



instituto de salud pública

05

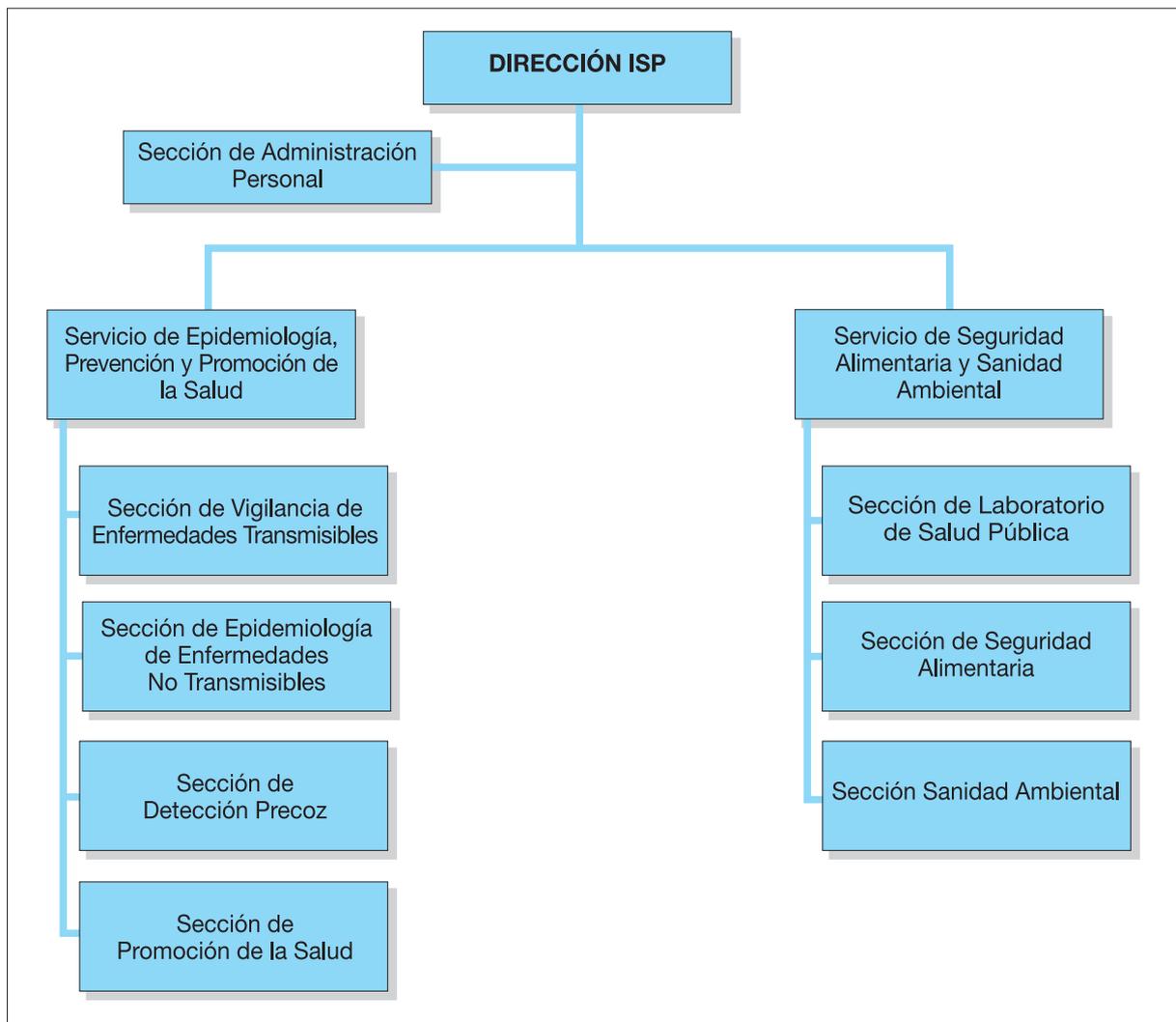
05

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 septiembre. 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 septiembre, 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) 128 ocupados por funcionarios fijos.
- 2) 39 ocupados por contratados temporales
- 3) 5 puestos sin cubrir.

Los 5 puestos sin cubrir corresponden a vacantes y plazas básicas de funcionarios que ocupan otros puestos directivos en el centro y fuera de él.

Por encima de esta plantilla existen 13 plazas estructurales.

Por lo cual, el total de empleados del Instituto de Salud Pública es de 180.

La distribución por niveles es la siguiente:

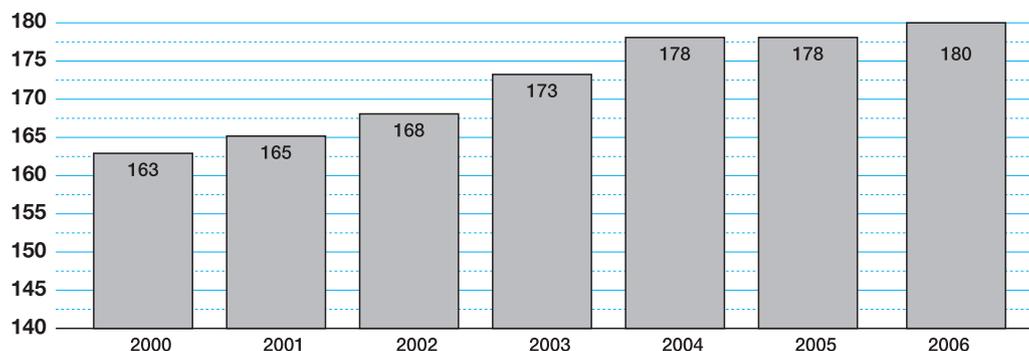
- Nivel A: 88 empleados (48,89%)
- Nivel B: 16 empleados (8,89%)
- Nivel C: 41 empleados (22,78%)
- Nivel D: 30 empleados (16,67%)
- Nivel E: 5 empleados (2,78%)

TABLA 5.1. PERSONAL POR SECCIONES. 2006

	NIVEL A			NIVEL B			NIVEL C			NIVEL D			NIVEL E			TOTAL	
	FF	CT	ES	FF	CT	ES	FF	CT	ES	FF	CT	ES	FF	CT	ES	Nº	%
DIRECCIÓN ISP	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	5	2,8%
ADMÓN Y PERSONAL	0	0	0	1	0	0	2	0	0	3	1	0	2	1	0	10	5,6%
SERV. EPID. PREV PROM	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,6%
VIG. ENF. TRANSMISIBLES	1	1	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	6	3,3%
EPID. ENF. NO TRANSMIS.	2	0	0	4	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	8	4,4%
DETECCION PRECOZ	6	0	1	1	1	1	3	6	3	0	11	0	0	0	0	33	18,3%
PROMOCION SALUD	3	1	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	8	4,4%
SERV. S. ALIMEN. Y S. AMB	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1,1%
LABORATORIO S.P.	6	0	0	1	0	0	8	3	2	4	1	0	1	1	0	27	15,0%
SEGURIDAD ALIMENTARIA	45	7	5	0	0	0	6	0	0	3	0	0	0	0	0	66	36,7%
SANIDAD AMBIENTAL	5	2	0	1	2	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	14	7,8%
TOTALES	71	11	6	12	3	1	26	10	5	16	13	1	3	2	0	180	100,0%

Como se aprecia en la evolución de la plantilla no ha habido un cambio significativo en cuanto al número de trabajadores, incrementándose en 2 el total de empleados, pero disminuyendo en 15 los empleados fijos, como consecuencia de traslados y jubilaciones.

Gráfico 5.1. Evolución plantilla desde 2000 ISP



5.3. EJECUCIÓN PRESUPUESTO 2006

El grado de ejecución del presupuesto de gastos para el año 2006 ha sido del 98,98%.

TABLA 5.2. CIERRE DEL PRESUPUESTO 2006 POR CAPÍTULOS

	PRESUPUESTO 2006			
	INICIAL	CONSOLIDADO	EJECUTADO	% E/C
CAPÍTULO I	7.964.611	7.948.188	7.948.185	100,00
CAPÍTULO II	3.456.915	4.114.419	3.987.082	96,91
CAPÍTULO IV				
CAPÍTULO VI	500.000	415.496	415.476	100,00
CAPÍTULO VII				
TOTAL	11.921.526	12.478.103	12.350.743	98,98

El presupuesto del Instituto de Salud Pública ha crecido de 11.029.908 euros en el año 2005, a 12.350.743 euros lo que supone un incremento del 11,98%.

Observando los datos vemos que el Capítulo I aumenta en un 5,20%, achacable a incrementos salariales, de plantilla y carrera profesional.

Respecto al Capítulo II observamos un incremento del 21,23% debido principalmente a la compra de Tratamientos de Oseltamivir fosfato (para la gripe aviar).

En cuanto al Capítulo VI ha habido un incremento del 166,33% respecto al año 2005, motivado por la sustitución de las ventanas del ISP.

TABLA 5.3. COMPARATIVO PRESUPUESTO 2005-2006 POR CAPÍTULOS

	PRESUPUESTO EJECUTADO		
	2005	2006	% 06/05
CAPÍTULO I	7.555.639	7.948.185	5,20
CAPÍTULO II	3.288.810	3.987.082	21,23
CAPÍTULO IV	29.459		
CAPÍTULO VI	156.000	415.476	166,33
TOTAL	11.029.908	12.350.743	11,98

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). <http://www.navarra.es/NR/exeres/2C79BF68-9BBB-4AC4-9C72-69C8C051B8F5.frameless.htm#1>.

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, 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/Lizarrza 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

http://www.cfnavarra.es/estadistica/agregados/poblacion/censos_padrones/Pob_mun_2005.xls

TABLA 5.4. POBLACIÓN POR GRUPOS DE EDADES NAVARRA. 2005

GRUPOS DE EDAD	TOTAL 1996		HOMBRES 2005		MUJERES 2005		TOTAL 2005	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
0-14 años	74.371	14,29	43.162	14,78	40.576	13,89	83.738	14,32
15-34 años	162.726	31,26	87.057	29,81	80.294	27,49	167.351	28,62
35-64 años	193.000	37,07	122.278	41,87	116.468	39,88	238.746	40,83
65+ años	90.477	17,38	44.090	15,10	59.547	20,39	103.637	17,72
TOTAL	520.574		296.587		296.885		593.472	

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

En 2006 se han recibido 18.613 partes semanales de notificación de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) de los médicos e instituciones declarantes, cifra similar a la del año anterior. La principal fuente de declaración son los 450 médicos adscritos a los 53 Centros de Salud de Atención Primaria: 353 son médicos generales o de familia y 97 pediatras. También declaran los hospitales públicos y privados, el centro penitenciario y sanidad militar. El 13% de estas declaraciones se recibieron con dos ó más semanas de retraso sobre la fecha prevista. En la tabla 5.5. se presentan los porcentajes de notificación de las Enfermedades de Declaración Obligatoria por Zonas Básicas y Áreas de Salud.

Cobertura

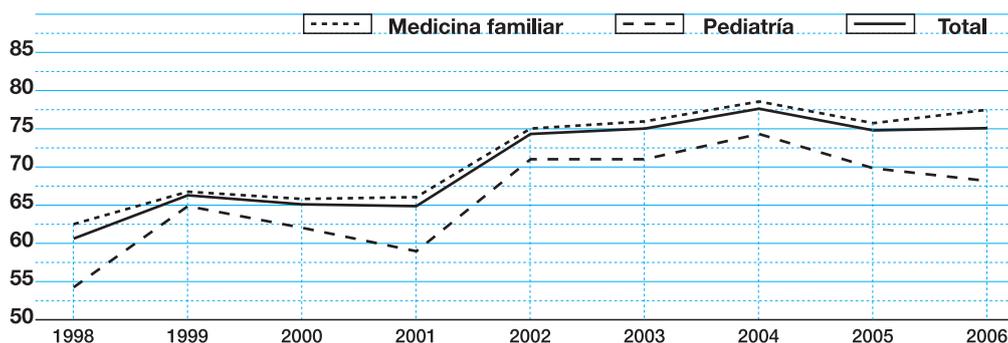
La cobertura del sistema de notificación, medida como el porcentaje de partes de notificación recibidos respecto al número de partes posibles (una declaración semanal por médico) ha sido del 75,0% en 2006. En el conjunto de los médicos de familia el porcentaje de declaración fue del 77,4% y en el conjunto de los pediatras, del 68,1%. Tanto el porcentaje de notificación global, como el de médicos de familia y pediatras considerados por separado, han mejorado en el último quinquenio (Grafico 5.2).

El área de Tudela ha mantenido un porcentaje alto (82,6%), al igual que en el área de Pamplona (76,4%), mientras que en el área de Estella ha mejorado, alcanzando el 63,1% en 2006. Sigue observándose una gran variabilidad en el porcentaje de declaración dependiendo de las zonas básicas, pero en general, ha sido mayor en el conjunto de las zonas urbanas (79,5%) que en el de las zonas rurales (71,6%), aunque las diferencias han disminuido desde la progresiva informatización de estas últimas.

TABLA 5.5. PORCENTAJE DE NOTIFICACIÓN DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA. NAVARRA. POR ZONAS BÁSICAS. AÑO 2006

ZONA BÁSICA	% DECLARACIÓN 2006		
01-Altsasu/Alsasua	78,5	32-Estella	50,7
02-Etxarri-Aranatz	59,6	33-Villatuerta	57,4
03-Irurtzun	0,0	34-Allo	1,5
04-Leitza	100,0	35-Ancín-Améscoa	46,8
05-Lesaka	100,0	36-Los Arcos	75,0
06-Elizondo	85,8	37-Viana	51,4
07-Donostia/Santesteban	88,5	38-Lodosa	100,0
08-Ultzama	100,0	39-San Adrián	88,1
09-Auritz/Burguete	86,2	40-Tafalla	100,0
10-Aoiz	100,0	41-Artajona	27,4
11-Huarte/Uharte	45,6	42-Carcastillo	74,2
12-Villava/Atarrabia	89,4	43-Olite	94,5
13-Burlada	79,5	44-Peralta	74,2
14-Berriozar	100,0	45-Tudela Oeste	76,4
15-Orcoyen	100,0	46-Tudela Este	71,0
16-San Jorge	100,0	47-Valtierra	92,3
17-Rochapea	100,0	48-Corella	84,6
18-Chantrea	100,0	49-Cintruénigo	100,0
19-Casco Viejo	47,1	50-Cascante	79,4
20-II Ensanche	100,0	51-Buñuel	86,6
21-Milagrosa	10,0	61-Azpilagaña	100,0
22-Iturrama	77,3	63-Mendillorri	82,5
23-San Juan	100,0	64-Ansoain	100,0
24-Ermitagaña	100,0	ÁREAS	% DECLARACIÓN 2006
25-Zizur-Echavacoiz	28,4	Área de Pamplona	76,4
26-Barañain	100,0	Área de Estella	63,1
27-Puente la Reina	80,1	Área de Tudela	82,6
28-Noain	0,2	CAMPOS	% DECLARACIÓN 2006
29-Sangüesa	92,5	Medicina Familiar	77,4
30-Salazar	0,0	Pediatría	68,1
31-Isaba	18,3	TOTAL RED	75,0

Gráfico 5.2. EDO, Evolución del porcentaje de declaración por zona básica. 1998/2006



Incidencia

En la tabla 5.6. se presenta el número de casos de cada enfermedad declarados desde 2000 hasta 2006, junto con el índice epidémico del año 2006. En la Tabla 5.7. se muestran las tasas de incidencia por 100.000 habitantes en los mismos años.

TABLA 5.6. CASOS E ÍNDICE EPIDÉMICO* DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.
NAVARRA 2000-2006

ENFERMEDADES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	I.E.
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA								
Botulismo	--	--	--	--	1	0	0	--
Cólera	--	--	--	--	--	--	0	--
Disentería Bacilar	3	3	6	7	13	37	7	1
F.Tifoidea y Paratifoidea	--	1	2	2	0	0	2	2
Toxoinfección Alimentaria	289	525	476	343	369	267	178	0,48
Triquinosis	--	--	--	--	--	--	0	--
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA								
Enfermedad Meningocócica	12	10	16	15	11	13	19	1,46
Gripe	31.112	7.778	24.870	28.300	8.441	21.952	10.135	0,46
Legionelosis	24	42	70	22	34	18	166	4,88
Tuberculosis Respiratoria	81	88	72	68	68	56	68	0,97
Otras Tuberculosis	22	11	11	11	16	26	14	1,08
Varicela	4.233	2.692	4.352	4.292	3.468	4.277	3.558	0,83
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL								
Infección Gonocócica	17	16	15	30	36	20	27	1,35
Sífilis	8	13	8	17	16	14	18	1,29
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN								
Difteria	--	--	--	--	--	--	0	---
Parotiditis	28	267	51	45	36	30	955	21,2
Poliomielitis	--	--	--	--	--	--	0	---
Rubéola	5	1	2	1	1	2	2	2,00
Sarampión	--	--	--	--	0	0	0	---
Tétanos	--	--	--	--	0	0	0	---
Tosferina	23	9	6	10	9	10	8	0,8
HEPATITIS VÍRICAS								
Hepatitis A	24	33	4	11	28	19	11	0,5
Hepatitis B	11	14	12	15	8	4	7	0,58
Otras Hepatitis	15	13	19	24	11	5	9	0,64
SIDA								
Sida	38	41	34	28	20	17	15	0,75
ZOONOSIS								
Brucelosis	2	7	10	8	1	2	1	0,14
Hidatidosis	12	9	10	10	2	3	12	0,92
Leishmaniasis	2	--	--	2	0	0	0	---
Rabia	--	--	--	--	--	--	0	---
ENFERMEDADES IMPORTADAS								
Fiebre Amarilla	--	--	--	--	--	--	0	---
Paludismo	5	16	10	7	12	8	11	1,10
Peste	--	--	--	--	--	--	0	---
Tifus Exantemático	--	--	--	--	--	--	0	---
OTRAS ENFERMEDADES								
Carbunco	3	--	2	0	0	0	0	---
Tularemia	--	--	--	--	0	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 del 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 índice.

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

ENFERMEDADES	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN ALIMENTARIA							
Botulismo	--	--	--	--	0,17	0	0
Cólera	--	--	--	--	--	0	0
Disentería Bacilar	0,55	0,54	1,05	1,21	2,22	6,24	1,16
F.Tifoidea y Paratifoidea	---	0,18	0,35	0,35	0	0	0,33
Toxoinfección Alimentaria	53,15	94,38	83,56	59,32	63,11	45,06	29,57
Triquinosis	--	--	--	--	--	0	0
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA							
Enfermedad Meningocócica	2,21	1,8	2,81	2,59	1,88	2,19	3,16
Gripe	5.721,67	1.398,26	4.370,80	4.892,42	1.443,56	3.705,10	1.683,90
Legionelosis	4,61	8,07	12,29	3,80	5,81	3,04	27,58
Tuberculosis Respiratoria	14,90	15,82	12,64	11,76	11,63	9,44	11,30
Otras Tuberculosis	4,05	1,98	1,93	1,90	2,74	5,22	2,33
Varicela	778,47	483,94	764,00	742,29	593,09	721,88	591,15
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL							
Infección Gonocócica	3,13	2,88	2,63	5,19	6,16	3,38	4,49
Sífilis	1,47	2,34	1,40	2,94	2,74	2,36	2,99
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN							
Difteria	--	--	--	--	--	0	0
Parotiditis	5,15	48,00	8,95	7,78	6,16	5,06	146,21
Poliomielitis	--	--	--	--	--	0	0
Rubéola	0,94	0,18	0,35	0,17	0,17	0,34	0,33
Sarampión	--	--	--	--	--	0	0
Tétanos	--	--	--	0,17	--	0	0
Tosferina	4,41	1,62	1,05	1,73	1,54	1,69	1,33
HEPATITIS VÍRICAS							
Hepatitis A	4,41	5,93	0,70	1,90	4,79	3,71	1,83
Hepatitis B	2,02	2,52	2,11	2,59	1,37	0,68	1,16
Otras Hepatitis	2,76	2,34	3,34	4,15	1,88	0,84	1,50
SIDA							
Sida	6,99	7,37	5,97	4,84	3,42	3,03	2,49
ZOONOSIS							
Brucelosis	0,37	1,26	1,76	1,38	0,17	0,34	0,17
Hidatidosis	2,21	1,62	1,76	1,73	0,34	1,2	1,99
Leishmaniasis	0,38	--	--	0,35	--	0	0
Rabia	--	--	--	--	--	0	0
ENFERMEDADES IMPORTADAS							
Fiebre Amarilla	--	--	--	--	--	0	0
Paludismo	0,96	3,07	1,76	1,21	2,05	1,52	1,83
Peste	--	--	--	--	--	0	0
Tifus Exantemático	--	--	--	--	--	0	0
OTRAS ENFERMEDADES							
Carbunco	0,58	--	0,35	--	--	--	--
Tularemia	--	--	--	--	--	--	--

A continuación comentamos la situación epidemiológica de las distintas enfermedades.

Enfermedades de transmisión respiratoria

En el año 2006 se han notificado 10.136 casos de *gripe*, cifra que supone una tasa de 16,84 casos por 1.000 habitantes. El número de casos es un 54% menor a la mediana del último quinquenio (IE: 0,46). El pico epidémico de gripe de la temporada 2005-2006 fue de dimensiones bajas y de aparición tardía, a mediados de marzo de 2006.

La *varicela*, con 3.558 casos notificados (5,91 casos por 1000 habitantes) se mantiene en cifras similares a las de años anteriores (I.E.:0,83). 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 2.497 casos, que suponen el 70% de todos los del año.

Durante 2006 se notificaron al sistema 19 casos de *enfermedad Meningocócica*, lo que supone una tasa de 3,16 casos por 100.000 habitantes. Los 19 casos se presentaron de forma esporádica. En 16 ocasiones se aisló *Neisseria Meningitidis* serogrupo B, en 1 el serogrupo C y 2 casos no se consiguió aislar el meningococo. Cuatro casos (23%) se produjeron en niños menores de 2 años, 8 casos (42%) entre 3 y 15 años y 6 casos (32%) entre 16 y 25 años. El caso restante (5%) ocurrió en una persona mayor de 80 años. Todos los niños y jóvenes menores de 22 años afectados estaban vacunados frente al meningococo C. Se produjo un aislamiento de *Neisseria Meningitidis* serogrupo C en una persona vacunada con 3 dosis de la vacuna conjugada Meningitec®. Este es el primer fallo de la vacuna meningocócica conjugada que se detecta en Navarra, si bien otras comunidades autónomas han venido notificando fallos vacunales esporádicos. La forma clínica de presentación más frecuente fue la meningitis (68,4%), seguida por la sepsis (57,9%), si bien en cinco casos coincidieron ambas formas clínicas. En dos casos se produjo el fallecimiento, lo que supone una letalidad del 10,5%.

La incidencia de *Enfermedad Meningocócica* ha aumentado un 46% respecto a la mediana de los 5 años anteriores (IE: 1,46). El serogrupo B se consolida como el predominante desde la introducción de la vacuna antimeningocócica, ya que la vacuna 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 9 de los 17 casos confirmados microbiológicamente se pudo conocer el tipo y/o el subtipo, observándose una gran variabilidad. El serotipo más frecuente fue el 4, que se aisló en 4 casos. El serotipo 2a se aisló en un caso. Se detectaron 4 casos con el subtipo P1.15, 2 con el P1.9 y casos aislados de los subtipos P1.2, P1.5 y P1.14.

En 2006 se notificaron 166 casos de *Legionelosis* (27,58 casos por 100.000 habitantes, I.E.: 4,88). De todos ellos, 146 fueron relacionados con un brote comunitario de grandes dimensiones ocurrido en el mes de junio en el II Ensanche de Pamplona. El 44% de los afectados por el brote vivía en la zona, el 50% la había visitado recientemente y el 5% vivía en distritos colindantes. Se analizaron todas las torres de refrigeración de la zona, detectándose antígeno de *L. pneumophila* en 4 torres, las cuales fueron cerradas el día 2 de junio. Sólo una cepa aislada en una de esas torres coincidió con la aislada en 5 pacientes. Ocho días después de cerrar las torres cesó la aparición de nuevos casos. Aparte de este brote todos los casos de legionelosis fueron esporádicos salvo dos en los que se encontró asociación epidemiológica con un mismo foco. No se registró ningún fallecimiento debido a la neumonía por *Legionella*.

En 2006 se notificaron 68 casos de *Tuberculosis* respiratoria (Tasa: 11,3 casos por 100.000 habitantes), siendo el índice epidémico de 0,97. Además, se notificaron 14 casos de *Tuberculosis* de localización no respiratoria (2,33 casos por 100.000 habitantes). Esta cifra supone un descenso del 55% respecto a 2005, aunque el índice epidémico indica un nivel de incidencia similar al promedio del quinquenio anterior (1,08). Dos de los casos de tuberculosis tuvieron localización meníngea, ambos en personas de edad avanzada. Hay que tener en cuenta que las notificaciones de tuberculosis correspondientes a 2006 todavía pueden aumentar cuando se complete la revisión de las altas hospitalarias.

Globalmente considerada, la incidencia de *Tuberculosis* en todas sus formas clínicas fue de 13,63 casos por 100.000 habitantes. Las tuberculosis en población autóctona han seguido descendiendo, y han pasado de 74 casos en 2001 a 52 en 2006. El número de diagnósticos de tuberculosis en inmigrantes se ha estabilizado y actualmente suponen un tercio de todos los casos (36,6%). Buena parte de los diagnósticos en inmigrantes se deben probablemente a la reactivación de infecciones antiguas y no a la transmisión reciente del bacilo. En 1996 el 21,0% de los casos de *Tuberculosis* estaban coinfectados por el VIH, este porcentaje cayó por debajo del 5% entre 2003 y 2005, pero en 2006 ha ascendido al 6,1%.

Enfermedades de transmisión Alimentaria

Las *Toxoinfecciones Alimentarias*, con 178 casos en 2006, han disminuido respecto a años anteriores. El índice epidémico fue de 0,48. Por otra parte, se declararon 22 brotes de toxoinfecciones Alimentarias en los que se vieron afectadas 147 personas, incluyendo tanto los casos confirmados microbiológicamente como los casos probables. Una parte de estos casos pueden no estar incluidos en la declaración individual por no haber acudido al médico.

Por otra parte, se notificaron 7 casos confirmados de *Disentería bacilar* (1,16 por 100.000 habitantes). En tres de ellos se detectó *S. flexneri* en el coprocultivo; en otras dos *S. Sonnei*, en uno *S. Boydii* y otro no se obtuvo la especie (*Shigella* spp). La incidencia de shigelosis fue similar a la de años anteriores (IE: 1,0). En 5 casos había antecedentes de estancia reciente en países de África o Latinoamérica. Un caso acababa de llegar de Andalucía cuando debutó con los síntomas y en otro la infección se relacionó con la ingesta de cangrejos.

Se notificaron 2 casos de fiebre tifoidea, ambos importados y en la misma familia.

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

Enfermedades prevenibles por inmunización

Por séptimo 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 2006 se notificaron dos casos.

Se han notificado 8 casos de *Tos ferina* (IE: 0,80), 3 fueron casos confirmados y otros 5 fueron diagnósticos de sospecha clínica. El 50% de los casos ocurrieron en niños de 1 a 4 meses de edad, dos de ellos antes de recibir la primera dosis de vacuna.

La incidencia de *Parotiditis* ha presentado un nuevo repunte, debido a un brote epidémico que se inició el 10 agosto en Viana y que en los meses siguientes, se ha ido extendiendo por toda la comunidad. A principios de 2007 el brote continuaba activo. En 2006, se han notificado 955 casos de parotiditis (158,67 casos por 100.000 habitantes, I.E.: 21,22), de los cuales, 911 corresponden al mencionado brote. El 61,6% de los afectados eran hombres y el 38,4% mujeres. La edad media fue de 23,6 años, siendo el 75% eran menores de 25 años. El 19% de los casos fueron confirmados por estudio virológico, serológico o por asociación epidemiológica con otro caso confirmado. Los restantes, son casos clínicamente compatibles. Entre las causas que pueden explicar el brote se encuentran:

- La eficacia no total de la vacuna frente a la parotiditis.
- La cobertura vacunal incompleta en los nacidos en los primeros años tras la introducción de la vacuna (nacidos entre 1980 y 1985)
- La menor protección en personas que sólo tienen una dosis de vacuna triple vírica y esta fue con la cepa Rubini (pequeño porcentaje de los jóvenes nacidos en los años 1986-1988).
- La disminución de la inmunidad natural por la escasa circulación del virus de la parotiditis en los últimos años.

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

Zoonosis

A través del sistema EDO se han notificado 12 casos de Hidatidosis (1,99 por 100.000 habitantes), si bien, este número puede verse incrementado ya que está pendiente de la revisión de las altas hospitalarias, dado que se trata de una enfermedad de diagnóstico eminentemente hospitalario.

En 2006 se notificó 1 caso de Brucelosis (0,17 por 100.000 habitantes; IE: 0,25), lo que supone una disminución de la incidencia de un 86% respecto al promedio del quinquenio anterior. Dicho caso pudo estar relacionado con exposición profesional.

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

Enfermedades de transmisión sexual

En 2006 se ha producido un ascenso en el número de casos de *Infección Gonocócica* y de *Sífilis*. Se notificaron 27 casos de *Infección Gonocócica* (4,49 por 100.000 habitantes) y 18 casos de *Sífilis* (2,99 por 100.000 habitantes). Estas cifras suponen un aumento del 35% y 29%, respectivamente, en relación con el promedio del último quinquenio.

Hepatitis víricas

Durante el año 2006 se han declarado 11 casos de *Hepatitis A* (1,83 por 100.000 habitantes), lo que supone un descenso del 50% en comparación con la mediana del pasado quinquenio. Se declararon 2 brotes; el primero entre familiares o convivientes del mismo domicilio y el segundo se trató de una agrupación de 3 casos en un mismo centro escolar. Entre los 2 brotes enfermaron un total de 5 personas (45,5%). Los restantes casos aparecieron de forma aislada.

La incidencia de *Hepatitis B* ha sido de 7 casos, lo que supone un 75% más que la mediana del quinquenio anterior (IE: 0,58). Todos los casos se han producido en personas mayores de 28 años, esto es, no vacunadas por calendario infantil. De los 7 casos, 4 no estaban vacunados y 3 desconocían su estado vacunal.

Los 9 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 36% 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 2006 se han notificado 15 casos de sida en Navarra (2,49 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 consolida el descenso respecto a los 5 años anteriores (IE: 0,85).

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 2006. En total se declararon

11 casos de esta enfermedad, un 10% más que la mediana de los últimos 5 años. Todos ellos causaron ingreso hospitalario y evolucionaron a la curación. En 6 de los 8 casos con antecedentes de estancia en países de África se identificó el *Plasmodium Falciparum*. En los 2 casos con antecedente de estancia en Sudamérica (Bolivia y Perú) se identificó *Plasmodium vivax*. Los 11 casos de paludismo fueron importados y afectaron a turistas y a inmigrantes que habían realizado viajes a países endémicos.

BROTOS EPIDÉMICOS

En la tabla 5.8. se resumen los brotes de diversa etiología declarados en Navarra entre 1998 y 2006. En 2006 se declararon en total 41 brotes: 17 fueron de tox infecciones Alimentarias, 10 por transmisión aérea, 4 por transmisión fecal-oral, 4 por fómites, 3 intoxicaciones por setas y 3 que consistieron en cuadros gastrointestinales leves con patrón de propagación aérea en el que no se logró aislar el agente causal. Se observa un descenso en el número de brotes alimentarios, lo que refleja un mayor control de los riesgos. Por otra parte, se ha producido un aumento de brotes no alimentarios que se explica por un mayor esfuerzo en la detección y en el estudio tanto de brotes comunitarios desde Salud Pública, como de brotes nosocomiales por los Servicios de Medicina Preventiva de los hospitales.

En 10 de los 17 brotes (58,8%) de toxiinfección Alimentaria el agente causal fue *Salmonella enteritidis*. El 58,8% de los brotes de toxiinfección Alimentaria se produjeron en ámbito familiar o doméstico.

Se declararon tres brotes familiares de intoxicación por ingesta de setas, que afectaron a un total de 7 personas.

De los 4 brotes atribuidos a transmisión fecal-oral, 2 fueron por hepatitis A, 1 por gastroenteritis por Norovirus y 1 por Fiebre tifoidea. De los brotes de hepatitis A, uno ocurrió en el ámbito familiar y otro afectó a tres personas de un mismo centro escolar.

Durante 2006 se investigaron 3 agrupaciones epidemiológicas de casos de tuberculosis en familiares y convivientes, sospechosas de haberse producido transmisión del bacilo. Ante la notificación de cuatro casos de tuberculosis en el municipio de Cortes, entre personas que no tenían relación estrecha entre sí, se realizó un estudio amplio en la población de jóvenes de dicho municipio. Este estudio permitió la detección precoz de otros dos casos adicionales y la administración de tratamiento preventivo a los contactos que presentaban resultado positivo a la prueba de tuberculina.

Finalmente, en cuanto al número de personas afectadas, los mayores brotes en el año 2006 fueron los ya expuestos con anterioridad: el brote de neumonía por *Legionella* del II Ensanche de Pamplona con 146 afectados y el brote de parotiditis con 911 afectados hasta final de 2006.

TABLA 5.8. EVOLUCIÓN DE BROTOS EPIDÉMICOS 1999-2006

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Tox infecciones Alimentarias	17	12	19	16	14	42	38	17
Brotos Hídricos	2	1				--	--	--
Tuberculosis Respiratoria	1	4	1	5	2	5	3	3
Enferm. Meningocócica					--	--	--	--
Otros	4	5	4	3	2	7	13	21
TOTAL	24	22	24	24	18	54	54	41

COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA

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 2006 (tabla 5.9). Para no distorsionar las comparaciones, todas se han realizado con datos tomados la misma fuente que pueden no coincidir con los datos más completos presentados en el apartado anterior. 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 en la tuberculosis, las declaraciones de EDO se completan en Navarra con a búsqueda activa en otras fuentes como el Sistema de Información Microbiológico, 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 una mayor cobertura de notificación.

La tasa de enfermedad meningocócica en Navarra en 2006 (3,54 por 100.000) fue mayor que la del conjunto de España (1,75 por 100.000 habitantes) y sólo fue superada por las de Cantabria y Ceuta. El porcentaje de casos con aislamiento del serogrupo C, cubierto por la vacuna, fue menor en Navarra (5,9%) que en España (12,2%), y la letalidad también fue algo superior en Navarra (10,5%) que en España (9,2%).

TABLA 5.9. EDO EN NAVARRA, ESPAÑA Y COMUNIDADES LIMÍTROFES. TASAS POR 100.000. AÑO 2006

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	2	10,00	0	0,00	4	0,01
Cólera	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	0,01
Disentería	7	1,30	4	0,35	17	0,85	1	0,39	152	0,38
F. tifoidea y paratifoidea	2	0,37	0	0,00	7	0,35	0	0,00	84	0,21
Triquinosis	0	0,00	2	0,17	0	0,00	1	0,39	21	0,05
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN RESPIRATORIA										
Enfermedad Meningocócica	19	3,54	10	0,86	70	3,50	7	2,73	775	1,95
Gripe	10.135	1.888,94	25.343	2.189,53	24.629	1.232,98	3.711	1.448,89	469.510	1.182,91
Legionelosis	166	30,94	52	4,49	114	5,71	12	4,69	1.287	3,24
Meningitis tuberculosa	2	0,37	0	0,00	4	0,20	1	0,39	53	0,13
Tuberculosis respiratoria	70	13,05	188	16,24	477	23,88	39	15,23	4.912	12,38
Varicela	3.558	663,13	6.157	531,94	8.848	442,95	1.457	568,86	177.301	446,70
ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL										
Infección gonocócica	24	4,47	27	2,33	64	3,20	11	4,29	1.384	3,49
Sífilis	19	3,54	65	5,62	38	1,90	1	0,39	1.653	4,16
ENFERMEDADES PREVENIBLES POR INMUNIZACIÓN										
Difteria	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Parotiditis	954	177,80	1.424	123,03	155	7,76	132	51,54	6.797	17,12
Poliomielitis	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Rubeola	2	0,37	3	0,26	1	0,05	0	0,00	87	0,22
Sarampión	0	0,00	4	0,35	0	0,00	15	5,86	337	0,85
Tétanos	0	0,00	0	0,00	5	0,25	0	0,00	18	0,05
Tos Ferina	8	1,49	14	1,21	21	1,05	0	0,00	378	0,95
HEPATITIS VÍRICAS										
Hepatitis A	11	2,05	25	2,16	137	6,86	5	1,95	1.479	3,73
Hepatitis B	7	1,30	42	3,63	30	1,50	8	3,12	795	2,00
Otras hepatitis víricas	9	1,68	45	3,89	14	0,70	3	1,17	698	1,76
ZOONOSIS										
Brucelosis	1	0,19	18	1,56	2	0,10	1	0,39	324	0,82
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	1	0,00	0	0,00
Paludismo	11	2,05	45	3,89	29	1,45	3	1,17	365	0,92
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	1	0,09	0	0,00	0	0,00	13	0,03
Rubéola congénita	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	0,00
Sífilis congénita	0	0,00	4	0,35	0	0,00	0	0,00	14	0,04
Tétanos neonatal	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

La tasa de notificaciones de gripe durante 2006 fue algo superior en Navarra (18,9 por 1000 habitantes) que en España (11,8 por 1000), y lo mismo ocurrió con la varicela (6,6 y 4,5 por 1000, respectivamente).

Debido al brote de Legionelosis ocurrido en junio en Pamplona, las tasas de esta enfermedad en Navarra (30,9 por 100.000 habitantes) se elevaron muy por encima de las de otras comunidades autónomas y las de España (3,2 por 100.000).

La notificación de Tuberculosis respiratoria está probablemente muy incompleta en algunas comunidades autónomas, lo que probablemente infraestima la tasa nacional. Por el contrario, en Navarra y algunas otras comunidades autónomas, la notificación está completada mediante la búsqueda activa de casos. Navarra con 13,1 casos por 100.000 habitantes, tiene una tasa inferior a la del País Vasco (23,9 por 100.000), Aragón (16,2 por 100.000) y La Rioja (15,2 por 100.000).

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 0,85 por 100.000 habitantes. En 2006 se han producido brotes de esta enfermedad en Cataluña, Comunidad Valenciana, Madrid y La Rioja. En Navarra se notificaron 2 casos de Rubéola, lo que supone una tasa de 0,37 por 100.000 habitantes, algo mayor que los 0,22 por 100.000 en el nivel estatal. En 2006 se produjo un brote extenso de Parotiditis en Navarra que alcanzó los 177,8 casos por 100.000 habitantes. Aragón, La Rioja, Galicia y Castilla y León también se vieron afectados por brotes de características similares aunque con tasas menores. La tasa de parotiditis para el conjunto de España se situó en 17,1 casos por 100.000 habitantes.

Al igual que en Navarra, en el conjunto de España también ha aumentado la incidencia de sífilis e infección gonocócica. En 2006 la tasa de infección gonocócica en Navarra (4,5 por 100.000) fue algo mayor que la estatal (3,5 por 100.000) y la de las comunidades autónomas circundantes. Por el contrario, la incidencia de sífilis (3,5 por 100.000) fue menor que la estatal (4,2 por 100.000).

La incidencia de hepatitis A en Navarra (2,1 por 100.000) ha disminuido respecto al año anterior y se ha situado por debajo de la estatal (3,7 por 100.000).

Respecto a las zoonosis, la Brucelosis es la más frecuente en nuestro medio, y arrojando una tasa de 0,82 casos por 100.000 habitantes en España, muy similar a la de Navarra (1,19 por 100.000). Desde 1998 no se han notificado casos de Triquinosis en Navarra, mientras que en España se notificaron un total de 21 casos en 2006 (0,05 casos por 100.000 habitantes).

Por último, en lo que respecta a la incidencia de enfermedades importadas, la tasa de paludismo en Navarra (2,1 por 100.000) es mayor que la de España (0,9 por 100.000 habitantes).

Durante 2006 no se notificó en España ningún caso de difteria, poliomielitis, rabia, fiebre amarilla, peste, tifus exantemático ni tétanos neonatal. Sin embargo, entre las enfermedades de baja incidencia cabe destacar la notificación de 2 casos importados de cólera, 4 casos de botulismo, 18 de tétanos, 13 de lepra, 1 de rubéola congénita y 14 sífilis congénitas. Ninguno de estos casos correspondió a Navarra.

5.5.2. OTROS SISTEMAS DE INFORMACION

5.5.2.1. SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

Durante 2006 se han registrado 37 nuevos casos de infección por VIH, 23 en personas residentes en Navarra y 14 en personas temporalmente residentes en esta Comunidad Autónoma. De los casos residentes en Navarra, 14 eran hombres y 9 mujeres (tabla 5.10.).

Entre los hombres y para el periodo 2000-2006, el 47,7% de los casos se han categorizado como de transmisión probablemente heterosexual, el 20% homosexual y el 22% por el uso de drogas por vía parenteral. Entre las mujeres y para el mismo periodo, el 81,3% corresponden a infecciones transmitidas por relaciones heterosexuales y un 14,7% por compartir jeringuillas entre usuarios de drogas.

TABLA 5.10. Nº DE CASOS DE INFECCIÓN POR VIH Y SIDA POR AÑO DE DIAGNÓSTICO EN NAVARRA. (1985-2006)

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	13	5	18
2006	14	9	23	10	4	14	8	7	15
TOTAL	1195	477	1672	527	183	710	597	231	828

5.5.2.2. ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

INCIDENCIA DE ENFERMEDAD NEUMOCÓCICA INVASIVA

TEMPORADAS 2000-2001 A 2005-2006

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 Garcia 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 de 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 la declaración de vacunas aplicadas en los Centro de Salud de Atención Primaria en los dos últimos años y anteriormente a través Inspección de Farmacia que nos facilitaba las vacunas distribuidas a farmacias de la Comunidad Foral.

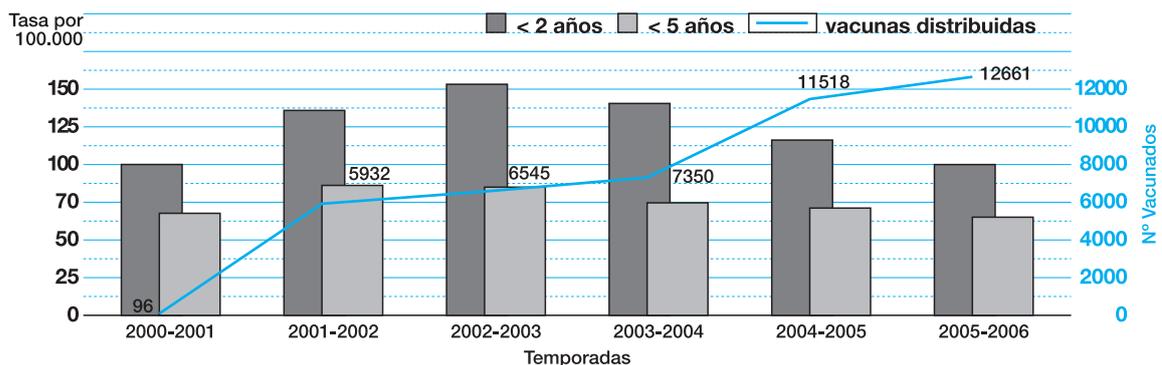
Se representa la Incidencia de Enfermedad Neumocócica Invasiva en Navarra durante las últimas seis temporadas y las vacunas aplicadas en Navarra en las diferentes temporadas (gráfico 5,3). Podemos ver que a pesar del ligero estancamiento del crecimiento de las vacunaciones debido a la situación de escasez entre las temporadas 2002-2003 y 2003-2004, existe un incremento progresivo de las vacunas aplicadas 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. Durante el año 2006, a pesar de no estar incluida en el calendario vacunal infantil, se han alcanzado las siguientes coberturas:

- 70% la 1ª dosis
- 63% la 2ª dosis
- 55% la 3ª dosis
- 33% la 4ª dosis

En columnas podemos observar que la incidencia de enfermedad neumocócica invasiva en niños menores de dos y cinco años no ha disminuido. Después de cinco temporadas vacunando, se observan tasas similares 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 05/06



5.5.3. REGISTRO DE CÁNCER

INCIDENCIA DE CÁNCER EN NAVARRA. 1998-2002

Los últimos datos de incidencia de cáncer disponibles en el Registro de Cáncer de Navarra corresponden al año 2002. Se presentan las estadísticas agrupadas de los años 1998 a 2002 con la finalidad de estabilizar los indicadores.

En los cinco años estudiados se registraron un total de 16.952 tumores malignos en la población residente en Navarra, con un promedio de 3.390 nuevos casos de cáncer por año. Para todos los cánceres excepto piel-no melanoma las tasas de incidencia bruta fueron de 547 y 369 por 100.000 en hombres y en mujeres, las tasas ajustadas a la población mundial de 311 y 202 respectivamente y las tasas acumuladas de 37,6% en hombres y de 21,6% 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 68 años para los hombres y de 66 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.

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 1998-2002 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, colorrectal, vejiga y estómago que sumaron el 63% de los cánceres. Entre las mujeres destacan el cáncer de mama, colorrectal, útero, estómago y ovario que sumaron el 58% de todos los tumores. Excluyendo piel no melanoma, cada año 1.520 hombres y 1.030 mujeres navarras desarrollaron un cáncer en el periodo 1998-2002.

La tasa de incidencia media anual de cáncer ajustada a la población mundial para todos los cánceres excepto piel-no melanoma fue de 311 por 100.000 en los hombres y de 202 por 100.000 en las mujeres y las tasas acumuladas de 37,6% y 21,6%, 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 1998-2002 ha aumentado un 4% en los hombres y un 7% entre las mujeres respecto al quinquenio 1993-97.

En el periodo 1998-2002 si consideramos el conjunto de los tumores excepto los de piel no melanoma, el diagnóstico fue verificado histológicamente en el 89,5% de los casos, en el 8,5% 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 3,2 % 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 1993-97. 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 3,2% 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 2002 y que se encuentra lejos de la tendencia descendente observada en algunos países de la Unión Europea o los Estados Unidos. En conjunto, los tumores relacionados con el tabaquismo (cavidad oral y faringe, esófago, laringe, pulmón, riñón, vejiga y páncreas) parece que se van estabilizando en los hombres, si bien todavía se observa un aumento de la tasa del cáncer de pulmón de un 6%, mientras que entre las mujeres, aunque las tasas continúan siendo bajas, se observa un incremento sobre todo en el cáncer de pulmón que ha aumentado un 57% respecto al quinquenio 1993-97. 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 11. Los últimos datos de mortalidad reflejan un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres navarras.

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 2002 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 1998-2002 en Navarra, registrándose 81 nuevos casos al año entre los hombres y 48 casos entre las mujeres. La ratio de las tasas de incidencia de los hombres y mujeres es de 2,3. 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 28,1% 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 9,4%. Sin embargo entre las mujeres destaca el importante descenso del 27 % de la mortalidad por cáncer de mama durante el último periodo analizado 1999 a 2003 respecto al 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 1998-2002, 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 9,3. Es el cáncer que ocupa el cuarto lugar en cuanto a frecuencia entre los varones (7,4%) y de los últimos lugares en mujeres (1,8%). 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 quinquenio 1998-2002 se mantiene el aumento de la incidencia global de cáncer en hombres y mujeres publicada para el periodo 1998-2001. 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 encuentra en un lugar alto entre los registros españoles y bajas respecto al ranking europeo.

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, destacando un aumento del 15% en el número de casos respecto al periodo anterior tanto en hombres como en mujeres. El envejecimiento de la población y el aumento demográfico determina que el número anual de casos de cáncer siga aumentando como ocurre en Europa, lo que conlleva un aumento de demanda de distintos servicios relacionados con la atención de los pacientes oncológicos. Además en este periodo sigue la tendencia ascendente de la incidencia de cáncer, con un incremento de las tasas ajustadas de un 4% en hombres y un 7% en mujeres respecto al quinquenio anterior.

TABLA 5.11. INCIDENCIA DE TUMORES MALIGNOS. TASAS 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 1998-2002	Nº CASOS	TASA BRUTA	TASA AJUS.	TASA TRUNC. (35-64)	TASA ACUM. (0-74)
HOMBRES					
Todas las localizaciones	9.864	709,8	399,7	563,5	47,5
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	7.601	547	311,4	438,8	37,6
MUJERES					
Todas las localizaciones	7.088	507,5	269,8	509,7	28,9
Todas las localizaciones excepto piel-no melanoma	5.158	369,3	202,2	387,8	21,6

TABLA 5.12. CASOS INCIDENTES DE TUMORES MALIGNOS. TASA BRUTA (TASA B) Y TASA AJUSTADA A LA POBLACIÓN MUNDIAL (TASA A) POR SEXO. NAVARRA 1998-2002 VERSUS 1997-93

	HOMBRES 1998-2002				1993-97	MUJERES 1998-2002				1993-97	COD.
	TOTAL	%	TASA B	TASA A	TASA A	TOTAL	%	TASA B	TASA A	TASA A	CIE 9
Labio	133	1,7	9,6	5,2	6,1	19	0,4	1,4	0,4	0,4	140
Lengua	44	0,6	3,2	2,2	2,7	15	0,3	1,1	0,7	0,7	141
G.Salival	15	0,2	1,1	0,6	0,7	13	0,3	0,9	0,5	0,3	142
Boca	53	0,7	3,8	2,5	3,8	25	0,5	1,8	0,9	0,6	143-5
Resto Faringe	108	1,4	7,9	5,4	5	4	0,1	0,3	0,1	0,1	146,8,9
Nasofaringe	11	0,1	0,8	0,5	0,8	4	0,1	0,3	0,2	0,5	147
Esófago	101	1,3	7,3	4,9	6,5	20	0,4	1,4	0,6	0,6	150
Estómago	407	5,4	29,3	15,8	21,4	244	4,7	17,5	6,7	8,3	151
Intest.delgado	20	0,3	1,4	0,8	1,1	11	0,2	0,8	0,4	0,4	152
Colon	589	7,7	42,4	22,6	21,3	469	9,1	33,6	14,3	12,3	153
Recto	433	5,7	31,2	16,9	15,4	248	4,8	17,8	7,8	7,5	154
Hígado,cond.bil.	201	2,6	14,5	7,7	8,3	76	1,5	5,4	1,9	2,4	155
Vesícula	89	1,2	6,4	3,1	2,9	132	2,6	9,5	3	3,8	156
Páncreas	208	2,7	15	8,3	8	166	3,2	11,9	4,3	4,2	157
Peritoneo-Retr.	13	0,2	0,9	0,6	0,8	28	0,5	2	1,3	1,4	158
Fosa nasal, senos	17	0,2	1,2	0,7	0,6	5	0,1	0,4	0,3	0,3	160
Laringe	282	3,7	20,3	13,3	14,1	8	0,2	0,6	0,4	0,5	161
Pulmón	1254	16,5	90,2	51,7	48,9	166	3,2	11,9	6,9	4,4	162
OtrosOrg.Torácicos	34	0,4	2,4	1,6	1,3	21	0,4	1,5	1	0,8	163-4
Huesos y articul.	16	0,2	1,2	1,1	1,2	8	0,2	0,6	0,5	1,4	170
Conjuntivo	40	0,5	2,9	1,6	2,1	38	0,7	2,7	2	1,5	171
Melanoma piel	143	1,9	10,3	6,6	4,5	149	2,9	10,7	7,5	5,8	172
Otros malig. piel	2263		162,9	88,4	70,6	1930		138,2	67,6	52	173
Mama	15	0,2	1,1	0,7	0,5	1447	28,1	103,6	66,3	60,6	174-175
Utero NOS						10	0,2	0,7	0,3	0,2	179
Cervix U. invasivo						86	1,7	6,2	4,3	3,6	180
Placenta						1	0	0,1	0,1		
Cuerpo de útero						347	6,7	24,8	14,6	12,1	182
Ovario						215	4,2	15,4	9,1	8,7	183
Otros genit.fem.						69	1,3	4,9	2	1,7	184
Próstata	1558	20,5	112,1	56,4	40						185
Testículo	41	0,5	3	2,5	1,6						186
Otros genit.mas.	25	0,3	1,8	0,8	1,6						187
Vejiga*	561	7,4	40,4	22,4	22,1	91	1,8	6,5	2,4	2,1	188
Riñon, otros uri.	278	3,7	20	12	9,5	112	2,2	8	3,7	4,4	189
Ojo- Lacrimal	10	0,1	0,7	0,7	0,4	8	0,2	0,6	0,3	0,2	190
Encéfalo- SNC.	146	1,9	10,5	8,2	8,5	125	2,4	8,9	5,8	5,8	191-2
Tiroides	51	0,7	3,7	2,4	2,7	186	3,6	13,3	10,1	7,9	193
Otras endocrinas	6	0,1	0,4	0,4	0,6	8	0,2	0,6	0,9	0,3	194
Linfomas no Hodgk	233	3,1	16,8	11	9,5	204	4	14,6	7,5	7,3	200,202
Enf. de Hodgkin	40	0,5	2,9	2,7	3,1	39	0,8	2,8	2,5	2,4	201
Mieloma Múltiple	57	0,7	4,1	2	3	52	1	3,7	1,7	2,1	203
Leucemia	143	1,9	10,3	7,1	9,8	95	1,8	6,8	4,6	5,6	204-208
Mal def/sec/No es	226	3	16,3	8,3	9,9	194	3,8	13,9	4,4	5,3	195-9
Total todas loc.	9864		709,8	399,7	370,3	7088		507,5	269,8	240,7	140-208
Total sin piel (173)	7601	100	547	311,4	299,7	5158	100	369,3	202,2	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) EN NAVARRA EN EL PERIODO 2003-2004

El infarto agudo de miocardio es la 2ª y 3ª causa de muerte en los hombres y mujeres de Navarra y es, además, una importante causa de muerte prematura sobre todo entre los varones (tras los accidentes de tráfico y el cáncer de pulmón). Desde el año 1997 los datos de mortalidad se completan con los datos del Registro de Infarto Agudo de Miocardio (RIAMN). El registro permite conocer las tasas de incidencia, ataque, mortalidad por IAM y la letalidad a los 28 días. Además el registro monitoriza los métodos diagnósticos y tratamientos aplicados durante el ingreso y al alta en los pacientes con IAM.

El registro, dado su carácter poblacional, incluye pacientes atendidos en unidades de cuidados intensivos cardiológico (UCIC), unidades de cuidados intensivos (UCI) y pacientes tratados en otros servicios hospitalarios y también los tratados en los hospitales comarcales, así como los fallecidos fuera del hospital. La búsqueda se realiza en los hospitales públicos, Clínica Universitaria, Clínica San Juan de Dios, Clínica San Miguel y se amplía a los hospitales del País Vasco y a la Rioja. Las fuentes para localizar los casos son el CMBD y el registro de mortalidad.

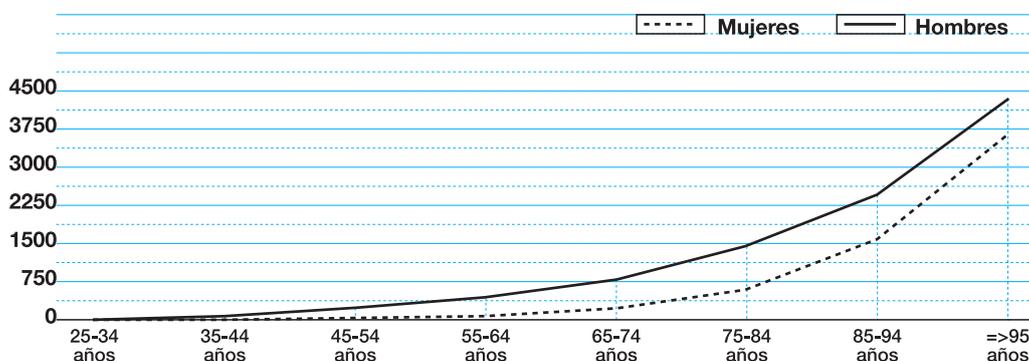
Con objeto de comparar los datos del periodo 2003-2004 con los del periodo 1997-98 se han utilizado la definición de IAM del estudio MONICA y no la nueva definición de la American Heart Association basada en la elevación de troponinas en presencia de síntomas de isquemia. Las troponinas son un marcador más sensible y su utilización incrementa la incidencia de IAM respecto a la definición del MONICA en un porcentaje que los estudios valoran entre un 15% y un 39%.

Durante el año 2003 y 2004 se registraron 2181 episodios de IAM en Navarra, de los cuales 1290 fueron casos hospitalarios, es decir, estuvieron ingresados en algún hospital y 891 fueron 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 para cada año por separado. Las tasas son más altas en varones sobre todo entre los menores de 75 años.

TABLA 5.13. Nº DE CASOS Y TASAS DE INCIDENCIA ACUMULADA DE IAM POR EDAD Y SEXO EN NAVARRA

EDAD	Población	Casos IAM	Tasa anual por 100.000 hab.	EDAD	Población	Casos IAM	Tasa anual por 100.000 hab.
HOMBRES 2003				HOMBRES 2004			
<25	76.868	1	1,3	<25	76.734		
25-34	52.465	6	11,4	25-34	52.725	4	7,6
35-44	47.964	28	58,4	35-44	48.848	31	63,5
45-54	38.165	85	222,7	45-54	38.812	89	229,3
55-64	29.485	135	457,9	55-64	30.889	118	382,0
65-74	25.093	212	844,9	65-74	24.487	173	706,5
75-84	15.217	209	1.373,5	75-84	15.720	206	1.304,1
85-94	3.527	91	2.551,7	85-94	3.608	69	1.912,4
=>95 años	207	7	3.381,6	=>95 años	236	8	3.389,8
Total Hombres	288.991	774		Total Hombres	292.059	698	
MUJERES 2003				MUJERES 2004			
<25	72.017			<25	72.216		
25-34	47.427	0		25-34	47.818	0	0,0
35-44	44.386	2	4,5	35-44	45.221	5	11,1
45-54	36.801	11	29,9	45-54	37.225	11	29,6
55-64	29.432	17	57,8	55-64	30.864	19	61,6
65-74	28.129	68	241,7	65-74	27.484	56	203,8
75-84	22.118	117	529,0	75-84	22.633	132	583,2
85-94	8.191	106	1.294,1	85-94	8.442	130	1.539,9
=>95 años	718	16	2.228,4	=>95 años	772	21	2.720,2
Total Mujeres	289.219	337		Total Mujeres	292.675	373	
TOTAL	578.210	1.110		TOTAL	578.734	1.071	

Gráfico 5.4. Tasas de incidencia acumulada de infarto agudo de miocardio por 100.000 habitantes en 2004 en Navarra



Letalidad en los primeros 28 días

En la tabla 5.14. se presenta los datos de letalidad a los 28 días por sexo y grupos de edad. El 50,7% de las personas que presentaron un IAM falleció en los 28 días siguientes al inicio de los síntomas (1105). La mayoría de los fallecimientos por IAM, el 76,2%, se produjeron en los primeros minutos tras el episodio y tuvieron lugar fuera de los hospitales o durante el traslado y sólo el 23,8% se produjeron en el hospital.

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 2003 Y 2004

	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	10	1	10,0	8	0	0,0
35-44	59	17	28,8	42	3	7,1
45-54	174	42	24,1	130	5	3,8
55-64	253	70	27,7	182	8	4,4
65-74	385	150	39,0	253	26	10,3
75-84	414	254	61,4	233	79	33,9
=>85	174	144	82,8	55	26	47,3
TOTAL HOMBRES	1470	679	46,2	903	147	16,3
MUJERES						
<25 años	0	0		0	0	
25-34	0	0		0	0	
35-44	7	3	42,9	4	0	0,0
45-54	22	5	22,7	19	2	10,5
55-64	36	11	30,6	29	4	13,8
65-74	124	50	40,3	85	16	18,8
75-84	249	148	59,4	141	47	33,3
=>85	273	209	76,6	109	47	43,1
TOTAL MUJERES	711	426	59,9	387	69	17,8
TOTAL	2181	1105	50,7	1290	216	16,7

Entre los pacientes que ingresan vivos en los hospitales, la letalidad a los 28 días fue en el periodo 2003-04 de un 20,4% y muestra un patrón relacionado con la edad y el sexo. La letalidad de los pacientes que llegan vivos al hospital fue 8,5% en las personas de menos de 75 años y de un 37,5% 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 5.15. 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 Y 2004

	HOSPITAL ATENCIÓN URGENTE (< 24 HORAS DE INGRESO)				DERIVACIONES EN PRIMERAS 24 HORAS			
	2003		2004		2003		2004	
	Nº	%	Nº	%	HNA	CUN	HNA	CUN
HOSPITALES DE NAVARRA	660	100,0	632,0	100,0				
Hospital de Navarra	296	44,8	275	43,5		4		7
Hospital Virgen del Camino	157	23,8	179	28,3	17	3	33	4
Hospital de Tudela	121	18,3	94	14,9	23	1	28	1
Hospital de Estella	64	9,7	66	10,4	17	1	24	1
CUN	9	1,4	9	1,4				
Clínica San Miguel	10	1,5	9	1,4		2		5
Clínica Ubarmin	2	0,3	0	0,0	1			
Clínica San Juan de Dios	1	0,2	0	0,0				
HOSPITALES FUERA DE NAVARRA	31	100,0	30	96,8				
Hospitales del País Vasco	17	54,8	15	50,0	1			
Hospitales de La Rioja	9	29,0	10	33,3				
Otros hospitales fuera Navarra	5	16,1	5	16,7				

HOSPITAL DE INGRESO	2003		2004	
HOSPITALES DE NAVARRA	663	100,0	632	100,0
Hospital de Navarra	350	52,8	353	55,9
Hospital Virgen del Camino	139	21,0	142	22,5
Hospital de Tudela	97	14,6	65	10,3
Hospital de Estella	47	7,1	41	6,5
CUN	21	3,2	27	4,3
Clínica San Miguel	8	1,2	4	0,6
Clínica San Juan de Dios	1	0,2	0	0,0
HOSPITALES FUERA DE NAVARRA	28	100,0	24	100,0
Hospitales del País Vasco	15	53,6	10	41,7
Hospitales de la Rioja	7	25,0	6	25,0
Otros hospitales fuera Navarra	6	21,4	8	33,3

Manejo de los pacientes hospitalarios

Durante los años 2003 y 2004 se han localizado 1292 episodios de IAM en personas residentes en Navarra en los hospitales de nuestra comunidad y 61 en hospitales de fuera de Navarra (tabla 5.15), fundamentalmente de País Vasco y de La Rioja. Dentro de los hospitales de Navarra, el hospital inicial de tratamiento donde los pacientes recibieron la primera atención urgente más frecuentemente fue el Hospital de Navarra (44,2%) seguido del Hospital Virgen del Camino (26,0%). El Hospital de Tudela proporcionó el 16,6% de la atención urgente inicial y el Hospital de Estella el 10,1%. 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 54,3% de los pacientes y el Hospital Virgen del Camino en el 21,7%. En los hospitales comarcales de Estella y Tudela estuvieron ingresados el 19,3% de los pacientes y un 4,6% estuvieron en la CUN o en la Clínica San Miguel.

El hospital de Estella "García Orcoyen" derivó a un hospital terciario dentro de las primeras 24 horas al 33% de los pacientes, el Hospital de Tudela "Reina Sofía" al 24,7% de los pacientes y el Hospital Virgen del Camino un 17,3%. Mayoritariamente la derivación de los hospitales públicos se realizó al Hospital de Navarra (tabla 5.15.).

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 54,3% del total y ha habido un importante incremento de derivaciones de los hospitales comarcales y del Hospital Virgen del Camino hacia el Hospital de Navarra.

De los pacientes que presentaron un IAM y llegaron vivos al hospital en el año 2003 y 2004, el 79,7% estuvieron ingresados en un hospital terciario y el 20,3% en hospitales no-terciarios. Se registró un porcentaje más alto de ingresos en hospital terciario entre los pacientes más jóvenes (tabla 5.16). Asimismo se ha incrementado el porcentaje de ingresos en hospitales terciarios en pacientes menores de 75 años. Respecto a 1997, los pacientes mayores de 75 años ha permanecido estable.

Entre los menores de 75 años, el 79,9% de los pacientes estuvieron ingresados en una UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) ó UCIC (Unidad de Cuidados Intensivos Cardiológicos), bajando este porcentaje al 52,3% 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 (tabla 5.16.).

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 2003-2004 POR EDAD

	PACIENTES DE < 75 AÑOS		PACIENTES >=75 AÑOS	
	1997	2003-04	1997	2003-04
Nº DE PACIENTES	341	756	168	540
Pacientes tratados en hospitales terciarios; %	78,3	83,6	73,2	74,3
Ingresados en UCIC o UCI de hospital terciario; %	69,7	79,9	44,6	52,3
Ecocardiograma; %	78,6	89,5	58,3	64,0
Prueba de esfuerzo; %	56,3	39,7	12,5	11,0
Coronariografía; %	41,9	76,9	5,4	33,0
Reperusión en fase aguda; %	46,3	44,4	21,4	19,7
Trombolisis; %	42,5	14,7	20,2	7,6
Angioplastia primaria; %	3,8	29,7	1,2	12,1
Angioplastia electiva o aguda o rescate	19,0	60,4	3,5	25,7
Cirugía by-pass	10,0	6,2	0,0	2,4
Antiagregantes durante el ingreso; %	90,0	96,8	82,2	90,1
Betabloqueantes durante el ingreso; %	54,0	86,5	17,6	56,5
IECAs durante el ingreso ; %	40,9	60,1	52,7	61,0
Hipolipemiantes durante el ingreso; %	nd	78,1	nd	40,0
Antiagregantes al alta; %	77,4	94,0	59,6	82,8
Betabloqueantes al alta; %	27,4	80,5	10,9	44,7
IECAs al alta; %	27,3	47,3	34,5	39,4
Hipolipemiantes al alta; %	nd	74,0	nd	36,0

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 76,9% y 33,0%, respectivamente (tabla 5.16.).

Se realizó reperusión en fase aguda (trombolisis o ACTP) en el 44,4% de los menores de 75 años y en el 19,7% de los mayores de 75 años; en ambos grupos de edad la ACTP fue el tratamiento más utilizado (tabla 5.16). Respecto a 1997, se observa un patrón inverso de utilización de los tipos de reperusión habiendo descendido el número de pacientes que recibieron trombolisis y aumentado el número de angioplastias primarias. El descenso de la trombolisis ha sido igualmente documentado por los datos de registros como el AMI de los Estados Unidos en el periodo 1990-1990 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.

Se realizó ACTP primaria, electiva o de rescate en al 60,49% de los menores de 75 años y al 25,7% de los mayores de 75. Además señalar que esta intervención se realizo en los primeros 28 días en el 98,1% de los casos. Se realizó cirugía en un 6,2% de los pacientes menores de 75 años y en un 2,4% 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 IECA's entre los pacientes menores de 75 años, tanto durante el ingreso como 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 durante los años 2003 y 2004.

Conclusiones

Los datos del registro de IAM de Navarra para el año 2003 y 2004 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% del total.

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 2003-2004 muestran una mayor utilización de procedimientos diagnósticos y tratamientos entre los pacientes más ancianos respecto a 1997 más destacada en la coronariografía y utilización de betabloqueantes. Sin embargo, 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 Centro de Transfusión Sanguínea de Navarra, 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 2004, 689 casos de tumores incluidos los casos de piel no melanoma, in situ de vejiga y benignos de cerebro. Tras los tumores de piel, en hombres destaca la próstata, vejiga y pulmón y en mujeres mama, útero y ovario. 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, (tabla 5.17.).

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

LITERAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL 1993-2003
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

Actualmente se están desarrollando otras líneas de investigación en la cohorte EPIC de Navarra sobre enfermedades cardiovasculares denominada EPIC-Heart y sobre diabetes tipo II denominada Inter-Act.

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

5.5.6. IMPACTO DE LA TEMPERATURA DURANTE EL VERANO DE 2006 EN LA ACTIVIDAD DE URGENCIAS Y EN LA MORTALIDAD EN NAVARRA

Durante el año 2006 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, número 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 2006 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 de verano de 2006 la media diaria del número de urgencias fue de 840 (+94) en toda la red sanitaria pública con un rango entre 1156 y 653 y una media diaria de ingresos de 73 (+14,3) con un rango de 36 a 125. Por meses fueron de 890, 871, 778 y 821 para junio, julio, agosto y septiembre respectivamente.

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%.

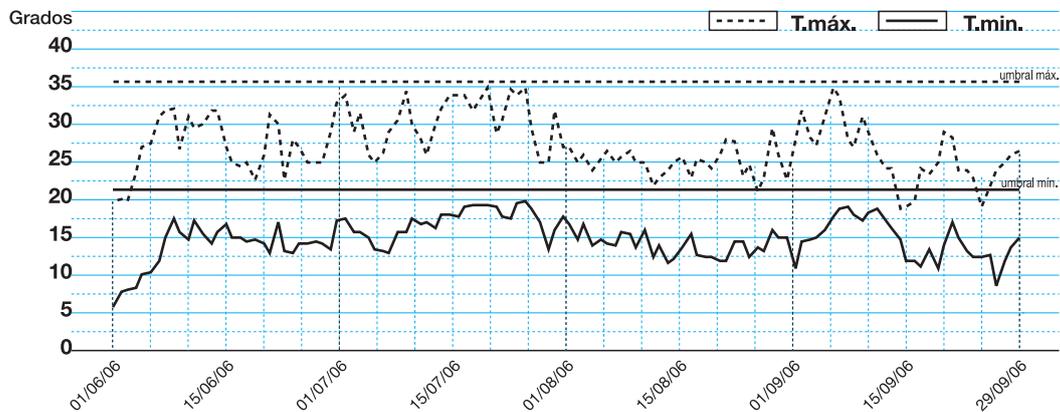
Vigilancia de las temperaturas

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. y gráfico 5.5.)

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

		MESES DEL AÑO 2006			
		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
T. MAXIMA	MEDIA	26,9	30,6	25,1	25,9
	MÁXIMO	32,2	35	29,5	35
	MÍNIMO	19,8	25	21,2	18,9
T. MINIMA	MEDIA	13,5	17,1	14	14,8
	MÁXIMO	17,6	20	16,9	19
	MÍNIMO	5,8	13	10,8	8,6

Gráfico 5.5. Temperatura máxima y mínima por semanas. Verano 2006 en Navarra



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 70%. Los datos se obtuvieron a través del Ministerio de Justicia con un retraso entre 24 horas a 48 horas después del fallecimiento (tabla 5.19.).

Durante los meses vigilados se recogieron por este sistema 1086 defunciones, destaca una disminución de la mortalidad diaria durante los meses de verano siendo agosto el mes que menos defunciones se registraron. No se apreció una asociación entre las defunciones ocurridas y las temperaturas

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 2006.

TABLA 5.19. MORTALIDAD DIARIA POR MESES EN EL 2006

	TOTAL DE DEFUNCIONES POR MES	MEDIA DIARIA	MÁXIMO	MÍNIMO
ENERO	315	10,2	18	3
FEBRERO	301	10,8	19	4
MARZO	292	9,4	14	4
ABRIL	302	10,1	16	4
MAYO	285	9,2	16	4
JUNIO	270	9,0	13	5
JULIO	279	9,0	15	5
AGOSTO	259	8,4	13	2
SEPTIEMBRE	278	9,3	17	3
OCTUBRE	271	8,7	16	2
NOVIEMBRE	286	9,5	15	3
DICIEMBRE	341	11,0	16	5

5.6. MORTALIDAD

Se presentan los indicadores de mortalidad para Navarra en el periodo 1996-2005 que describen la magnitud y la evolución de las principales causas de muerte en los últimos 10 años y que resume la información fundamental del patrón de mortalidad de Navarra. El origen de los datos son los Boletines Estadísticos de Defunción de los residentes en Navarra fallecidos en Navarra o en otras Comunidades Autónomas. La codificación de la causa básica de defunción se ha realizado utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), la novena revisión hasta el año 1998 y la décima revisión a partir de 1999. Se ha calculado la esperanza de vida como la media de años que una persona de determinada edad puede esperar vivir asumiendo que las tasas específicas de mortalidad permanezcan constantes (es decir, que se mantengan en las tasas observadas en el periodo de estudio) y se presentan los datos referidos a la esperanza de vida al nacer.

Para hacer comparaciones con otros países y entre los dos quinquenios y puesto que el objetivo es medir las tasas de mortalidad independientemente de la estructura de las poblaciones se han calculado las tasas ajustadas a la población estándar europea. Para analizar la mortalidad prematura se ha calculado la tasa de años potenciales de vida perdidos entre 1-70 años ajustada a la población europea (APVP). Las comparaciones con datos de España se han realizado utilizando los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y la comparación con los datos europeos se han realizado a través de los datos difundidos por Eurostat.

MORTALIDAD GENERAL Y ESPERANZA DE VIDA

En el año 2005 fallecieron en Navarra 2.688 hombres y 2.514 mujeres. El 19% de los hombres fallecidos tenían menos de 65 años y el 25,6% más de 85 años. Entre las mujeres fallecidas estos porcentajes eran de 9% y 50%, respectivamente.

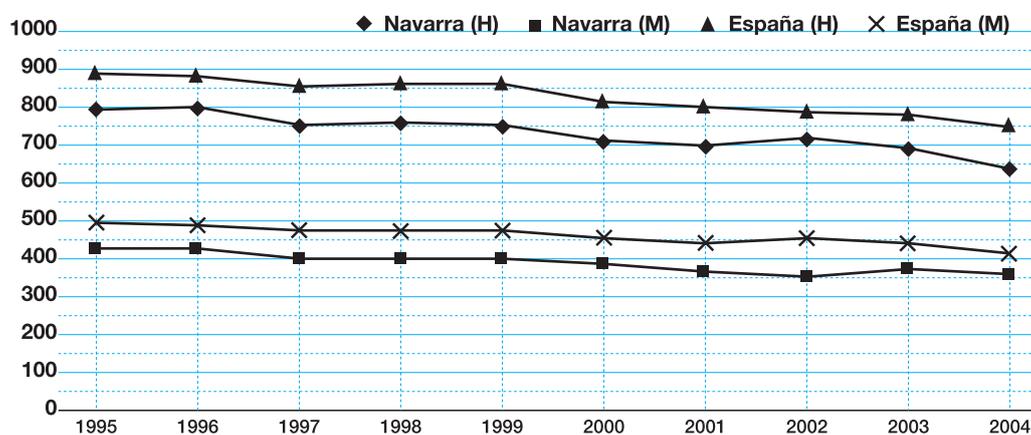
En el último quinquenio, 2001-2005, la esperanza de vida al nacer en Navarra fue de 78,2 años en los hombres y 85,1 años en las mujeres, por encima de la observada en España donde en el año 2003 fue de 76,9 en los hombres y de 83,6 en las mujeres. En el año 2003, la esperanza de vida más alta a nivel de los países de la UE-15 se observó entre los hombres de Suecia (77,9) y en las mujeres de España (83,6 años).

En la tabla 5.20, se pueden observar las tasas ajustadas de mortalidad para las 17 comunidades autónomas en el año 2004 que ordenadas de manera descendente indican que Navarra ocupa el lugar 16 en ambos sexos. La tasa de mortalidad de los hombres de Navarra es un 11,1% más baja que la de España y la de las mujeres un 11,4% en el año 2004. Esta menor mortalidad de Navarra se viene observando durante todo el periodo estudiado (gráfico 5.6).

TABLA 5.20. TASAS DE MORTALIDAD POR TODAS LAS CAUSAS EN EL AÑO 2004 POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. TASAS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA POR 100.000.

COMUNIDADES AUTÓNOMAS	HOMBRES	MUJERES
Andalucía	834,51	478,06
Aragón	723,67	397,38
Asturias	807,38	419,89
Baleares	719,9	407,77
C.Valenciana	779,02	448,53
Canarias	791,27	468,08
Cantabria	739,95	369,96
Castilla-León	668,78	362,24
Castilla-Mancha	680,54	404,5
Cataluña	729,09	397,97
Extremadura	760,7	428,22
Galicia	739,21	388,65
La Rioja	659,14	388,95
Madrid	685,07	381,69
Murcia	767,82	454,98
Navarra	660,93	366,39
País Vasco	729,74	383,62
España	743,6	413,87

Gráfico 5.6. Mortalidad por todas las causas en Navarra y España en el periodo 1995/2005
Tasas ajustadas por edad a la población europea por 100,000: Hombres y Mujeres



MORTALIDAD POR GRUPOS DE EDAD. MORTALIDAD INFANTIL

La tasa de mortalidad infantil en el quinquenio 2001-2005 fue de 3 fallecidos por mil nacidos vivos, un 27% más baja que la del quinquenio anterior, 4,1 por mil (tabla 5.21). A nivel europeo, la tasa de Navarra se encuentra en el quintil inferior y se aproxima a la registrada en el año 2002 en Islandia (2,3) y Suecia (3,3), países que presentaron las tasas más bajas.

TABLA 5.21. NÚMERO DE RECIÉN NACIDOS VIVOS, DEFUNCIONES DE MENORES DE 1 AÑO Y TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR 1000 NACIDOS VIVOS. NAVARRA 1996-2005

AÑO	NÚMERO RECIÉN NACIDOS*	MUERTES < 1AÑO	TASA MORTALIDAD INFANTIL
1996	4.830	26	5,4
1997	4.967	19	3,8
1998	4.952	27	5,5
1999	5.122	10	2,0
2000	5.262	21	4,0
2001	5.710	17	3,0
2002	5.802	15	2,6
2003	6.180	14	2,3
2004	6.293	29	4,6
2005	6.080	15	2,5

*Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

Además de la mortalidad en el primer año de vida, las tasas de mortalidad por edad han descendido en la mayoría de los grupos de edad en ambos sexos, indicándonos que los aumentos de la esperanza de vida son el resultado de que el riesgo de muerte está descendiendo en los niños y jóvenes pero también en las edades adultas y entre los grupos de mayor edad.

Las tasas de mortalidad fueron más altas entre los hombres; los ratios de las tasas de mortalidad entre hombres y mujeres están por encima de 2 en bastantes grupos de edad.

**TABLA 5.22. TASAS ESPECÍFICAS DE MORTALIDAD POR EDAD EN NAVARRA. TASAS POR 100.000.
RATIO DE LAS TASAS DE LOS HOMBRES RESPECTO A LAS MUJERES**

EDAD	HOMBRES		MUJERES		HOMBRES/ MUJERES
	1996-2000	2001-2005	1996-2000	2001-2005	
<1 año	464	334	359	272	1,2
1-4	37	25	33	27	0,9
5-9	13	15	16	3	4,7
10-14	23	12	25	5	2,5
15-19	67	47	19	19	2,5
20-24	95	93	20	33	2,9
25-29	110	78	37	29	2,7
30-34	136	79	54	40	2,0
35-39	129	133	52	67	2,0
40-44	218	187	95	97	1,9
45-49	310	273	144	146	1,9
50-54	462	430	195	186	2,3
55-59	772	666	278	266	2,5
60-64	1215	1040	427	363	2,9
65-69	1865	1645	689	632	2,6
70-74	3199	2679	1292	1136	2,4
75-79	5137	4667	2647	2246	2,1
80-84	9170	8478	5551	4672	1,8
<=85	16677	15923	13636	12850	1,2

MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS

Entre los hombres, en el último periodo 2001-05, las cuatro causas de muerte más frecuentes fueron el cáncer, las enfermedades circulatorias, enfermedades respiratorias y muertes por causas externas. Estas 4 causas de muerte han descendido en el último quinquenio en porcentajes que oscilan entre el 7 y el 17% (tabla 5.23).

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 enfermedades del sistema nervioso. En el último periodo ha descendido, como entre los hombres, la mortalidad por cáncer, enfermedades circulatorias y enfermedades respiratorias. La mortalidad por causas externas, que ocupa el quinto lugar, ha aumentado entre las mujeres en el quinquenio 2001-2005 un 41,3% (tabla 5.23).

Tabla 5.23. MORTALIDAD POR GRANDES GRUPOS DE CAUSAS EN NAVARRA Y % DE DESCENSO EN EL PERIODO 01-05 RESPECTO AL QUINQUENIO ANTERIOR. TASAS AJUSTADAS POR EDAD A LA POBLACIÓN EUROPEA POR 100.000.

HOMBRES	96-00	01-05	%	MUJERES	96-00	01-05	%
Tumores	247,4	229,5	-7,2	Enf. aparato circulatorio	136,8	108,3	-20,8
Enf. aparato circulatorio	229,3	190,4	-17,0	Tumores	113,5	106,1	-6,5
Enf. aparato respiratorio	90,2	79,2	-12,2	Enf. aparato respiratorio	37,2	33,2	-10,9
Causas externas	58,6	52,2	-10,9	Enf. sistema nervioso	19,0	20,5	7,6
Enf. aparato digestivo	33,3	32,6	-2,1	Causas externas	13,8	19,5	41,3
Enf. sistema nervioso	20,0	19,8	-1,0	Enf. aparato digestivo	18,5	16,3	-11,7
Enf. endocrinas, nutrición, metab	15,2	14,7	-2,9	Enf. endocrinas, nutrición, metab	13,0	12,9	-1,0
Enf. infecciosas y parasitarias	14,2	12,5	-12,2	Enf. mentales	12,0	10,5	-12,4
Enf. aparato genito-urinario	12,5	12,3	-1,8	Causas mal definidas	9,6	9,2	-5,0
Causas mal definidas	12,2	11,1	-9,2	Enf. aparato genito-urinario	6,8	7,3	7,7
Enf. mentales	11,2	10,9	-2,6	Enf. infecciosas y parasitarias	7,8	7,1	-9,1
Enf. sist. osteom. y tej. conjuntivo	3,2	4,1	30,7	Enf. sist. osteom. y tej. conjuntivo	5,7	4,8	-15,5
Afecciones perinatales	3,8	3,1	-20,4	Malformaciones congénitas	3,8	2,6	-30,7
Malformaciones congénitas	3,4	1,8	-47,9	Afecciones perinatales	2,1	2,3	8,0
Enf. sangres y transt inmunidad	2,1	1,2	-43,2	Enf. piel y tej. subcutáneo	1,5	1,6	10,2
Enf. piel y tej. subcutáneo	1,3	1,1	-16,5	Enf. sangres y transt inmunidad	1,8	1,0	-41,1
				Embarazo, parto y puerperio	0,1	0,0	-100,0

AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS

En la tabla 5.24 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 que en las mujeres. Los accidentes de tráfico, el cáncer de pulmón, el infarto agudo de miocardio y las muertes por suicidio ocupan los 4 primeros lugares como causas de mortalidad prematura entre los hombres en el periodo 2001-2005, sumando entre ellas el 40% de los APVP. Como dato positivo señalar que las muertes prematuras

Tabla 5.24. TASAS ESTANDARIZADAS A LA POBLACIÓN EUROPEA DE AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS DE 1-70 AÑOS. TENDENCIAS DE LAS 20 CAUSAS CON MAYOR TASA EN EL PERIODO 1996-2000. PORCENTAJE DE CAMBIO 2001-05 RESPECTO QUINQUENIO ANTERIOR

HOMBRES	1996-2000	2001-2005	% CAMBIO
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	809,1	607,7	-24,9
Tumor maligno de la tráquea, brónquios y pulmón	448,6	419,7	-6,4
Infarto agudo de miocardio	446,6	348,1	-22,1
Suicidio y lesiones autoinfligidas	290,3	301,8	4,0
Otras enfermedades del corazón	128,5	131,7	2,5
Tumor maligno encefalo	106,0	123,4	16,4
SIDA	239,0	116,8	-51,1
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	103,4	112,3	8,5
Otras enfermedades del sistema nervioso	113,6	102,7	-9,6
Otros accidentes	108,9	100,8	-7,4
Envenenamiento accidental por psicofár, drogas	126,4	99,6	-21,1
Enf. cerebrovasculares	103,8	94,8	-8,7
Tumor maligno del estómago	112,9	94,6	-16,2
Caídas accidentales	86,8	79,6	-8,3
Tumor maligno del colon	96,1	74,3	-22,6
Tumor maligno de la laringe	91,7	71,1	-22,4
Tumor maligno del labio, cavidad bucal y faringe	79,7	63,9	-19,9
Tumor maligno del esófago	73,1	56,5	-22,8
Leucemia	74,9	56,2	-25,0
Tumor maligno del páncreas	79,0	56,2	-28,9
TOTAL	5075	4276	-15,8
MUJERES	1995-99	2000-04	2003
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	193,5	239,1	23,6
Tumor maligno de la mama	233,4	182,2	-22,0
Tumor maligno de la tráquea, brónquios y pulmón	73,2	122,1	66,9
Suicidio y lesiones autoinfligidas	66,8	118,7	77,5
Otras enfermedades del sistema nervioso	99,0	91,3	-7,8
Tumor maligno encefalo	66,2	67,9	2,6
Tumor maligno del colon	49,2	59,8	21,5
Tumor maligno del ovario	50,8	59,5	17,1
Enf. cerebrovasculares	50,4	57,8	14,7
Otras enfermedades del corazón	57,5	54,0	-6,0
SIDA	93,4	47,1	-49,6
Tumor maligno del estómago	41,3	44,5	7,8
Infarto agudo de miocardio	58,0	35,9	-38,1
Leucemia	31,7	34,2	7,9
Otros tumores malignos del tejido linfático, órg. hematopo.	51,6	32,3	-37,5
Otras malformaciones congénitas y anomalías cromosómicas	35,5	23,3	-34,4
Tumor maligno de sitios mal definidos, secundarios y no especifi	31,5	16,3	-48,2
Tumor maligno de otras partes del útero	33,1	13,5	-59,3
Infecciones meningocócicas	46,4	8,9	-80,9
Otras enfer endocrinas, nutricionales y metabólicas	51,8	6,5	-87,4
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	30,0	32,3	7,9
TOTAL	2119	1909	-9,9

por las 3 primeras causas de muerte han descendido, sobre todo la mortalidad por accidentes de tráfico e infarto de miocardio. El descenso de las muertes prematuras por cáncer de pulmón así como el descenso de otros tumores relacionados con el consumo de tabaco como el cáncer de laringe, páncreas o los tumores de la cavidad oral parecen señalar el impacto del descenso del consumo de tabaco entre los varones en los últimos años.

Si bien la tasa de APVP entre las mujeres sigue siendo más baja que entre los hombres y además, ha descendido en el último quinquenio. Hay que señalar que el descenso entre las mujeres (10%) han sido más bajo que el registrado entre los hombres (16%). También las muertes por accidentes de tráfico ocupan el primer lugar como causantes de APVP entre las mujeres, mientras que la segunda posición la ocupan las muertes por cáncer de mama, el tercer lugar el cáncer de pulmón y el cuarto lugar como entre los hombres las muertes por suicidio. Al contrario que entre los hombres se observa un empeoramiento para algunas de las causas de muerte prematura como los accidentes de tráfico, cáncer de pulmón o la mortalidad por suicidio.

En ambos sexos ha disminuido un 50%, la tasa de APVP por sida.

TENDENCIAS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD MÁS FRECUENTES

En la tabla 5.25 se muestra la evolución de las 30 causas de muerte más frecuentes en ambos sexos, ordenadas por orden decreciente de la tasa ajustada en el periodo 2001-2005 y el porcentaje de cambio respecto al quinquenio anterior. Estas 30 causas representan el 80% de las muertes de los hombres y el 79% entre las mujeres.

Tabla 5.25. TENDENCIAS DE LAS 30 PRIMERAS CAUSAS CON MAYOR TASA DE MORTALIDAD EN EL PERIODO 2001-2005 ENTRE LOS HOMBRES Y MUJERES DE NAVARRA. TASAS AJUSTADAS A LA POBLACIÓN ESTANDAR EUROPEA. PORCENTAJE DE CAMBIO 2001-05 RESPECTO 1996-2000.

HOMBRES	1996-2000	2001-2005	% CAMBIO
Tumor maligno de la tráquea, brónquios y pulmón	59,7	61,8	3,6
Infarto agudo de miocardio	66,8	56,6	-15,4
Enf. cerebrovasculares	54,7	43,2	-21,1
Enf. crónicas de las vías respiratorias (excepto asma)	44,9	34,8	-22,6
Otras enfermedades del corazón	27,5	29,7	7,9
Otras enfermedades del sistema respiratorio	20,4	21,7	6,7
Otras enfermedades isquémicas del corazón	24,9	21,2	-15,0
Tumor maligno de la próstata	24,1	19,6	-18,4
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	26,8	19,4	-27,5
Insuficiencia cardíaca	27,6	19,0	-31,3
Neumonía	19,2	18,8	-2,1
Tumor maligno del colon	18,2	17,1	-6,1
Otras enfermedades del sistema digestivo	15,4	16,6	7,2
Tumor maligno del estómago	18,2	15,1	-17,2
Tumor maligno de la vejiga	13,3	13,5	1,8
Diabetes mellitus	12,3	12,2	-1,1
Tumor maligno mal definidos, secunda. y no especifi	12,4	11,8	-5,2
Suicidio y lesiones autoinfligidas	11,8	11,5	-2,5
Tumor maligno del páncreas	11,1	11,4	2,7
Otras enfermedades del sistema nervioso	11,3	11,1	-1,2
Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	11,0	10,9	-0,9
Enf. del riñón y del uréter	10,1	9,9	-2,4
Otras enfermedades de los vasos sanguíneos	13,4	9,7	-27,8
Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas	10,9	9,1	-16,2
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	9,2	9,0	-1,6
Enf. del Alzheimer	8,5	8,3	-2,4
Tumor maligno encefalo	7,2	8,0	11,9
Tumor maligno de la laringe	9,9	7,8	-21,9
Tumor maligno del recto, rectosigmoide y ano	7,7	6,6	-13,4
Tumor maligno del labio, cavidad bucal y faringe	7,7	6,5	-14,8
TOTAL	758,1	676,7	-10,7

MUJERES	1995-99	2000-04	2003
Enf. cerebrovasculares	40,2	32,1	-20,3
Otras enfermedades del corazón	18,7	19,3	3,3
Infarto agudo de miocardio	22,9	18,9	-17,7
Insuficiencia cardíaca	26,9	17,7	-34,1
Tumor maligno de la mama	20,1	17,2	-14,3
Otras enfermedades del sistema respiratorio	12,9	14,5	11,9
Enf. de Alzheimer	11,3	12,7	11,8
Tumor maligno del colon	9,9	10,4	5,0
Diabetes mellitus	9,8	10,3	5,5
Trastornos mentales orgánicos, senil y presenil	11,2	10,0	-10,6
Otras enfermedades del sistema digestivo	11,7	9,9	-14,7
Neumonía	10,9	8,9	-18,1
Tumor maligno de la tráquea, brónquios y pulmón	6,7	8,9	32,1
Accidentes de tráfico de vehículos de motor	6,0	7,7	28,3
Otras enfermedades del sistema nervioso	7,4	7,5	1,2
Otras enfermedades isquémicas del corazón	11,5	7,4	-35,8
Tumor maligno del ovario	5,5	7,2	30,8
Tumor maligno del páncreas	6,9	6,6	-3,3
Tumor maligno del estómago	7,5	6,4	-14,4
Enf. hipertensivas	5,8	5,7	-1,5
Enf. crónicas de las vías respiratorias (excepto asma)	8,3	5,7	-31,6
Enf. del riñón y del uréter	5,7	5,5	-4,1
Tumor maligno mal definidos, secunda. y no especifici	7,0	5,2	-26,2
Tumor maligno encefalo	5,2	4,9	-5,1
Otros tumores malignos del tejido linfático, órg. Hemat.	6,9	4,8	-29,8
Suicidio y lesiones autoinfligidas	2,7	4,5	64,1
Otros tumores malignos digestivos	5,3	4,5	-14,7
Paro cardíaco, muerte sin asistencia y causa descon.	4,0	4,1	1,4
Tumor maligno del recto, rectosigmoide y ano	3,4	3,8	10,4
Tumor maligno del hígado y vías biliares intrahepáticas	4,0	3,4	-15,1
TOTAL	403,0	363,3	-9,9

El **cáncer de pulmón**, es la primera causa de muerte entre los hombres mientras que entre las mujeres ocupa el puesto 13. En el año 2006, fallecieron 240 hombres y 50 mujeres por cáncer de pulmón en Navarra. Entre los hombres la mortalidad por cáncer de pulmón ha presentado un incremento del 6% respecto al quinquenio anterior y mantiene la tendencia creciente de las últimas décadas. Entre las mujeres, si bien las tasas son considerablemente más bajas que entre los hombres, el incremento en el último quinquenio, 33%, es mucho mayor que el observado en los hombres. En Navarra todavía no se ha alcanzado el punto más alto de la curva de mortalidad para este tumor en los hombres y todavía mucho menos entre las mujeres mientras numerosos países de la Unión Europea o los Estados Unidos muestran tasas de mortalidad claramente descendentes desde hace bastantes años en ambos sexos. La probada evitabilidad de las muertes por cáncer de pulmón señala la necesidad de reforzar las estrategias para disminuir el consumo de tabaco en la población de Navarra.

Las muertes por enfermedades cardiovasculares; por **infarto agudo de miocardio** o por **enfermedades cerebrovasculares** ocupan el segundo y tercer lugar entre los hombres y el primero y tercero entre las mujeres. Tanto las tasas de mortalidad por infarto agudo de miocardio, como por otras formas de enfermedad isquémica del corazón y las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular han disminuido en el último periodo en ambos sexos. Los descensos de las tasas de mortalidad por estas causas superan el 10% y son responsables en buena medida del incremento de la esperanza de vida en Navarra. También la mortalidad por **insuficiencia cardíaca**, que ocupa el 4º lugar en las mujeres y el décimo en los hombres ha descendido de manera importante en el último quinquenio, por encima del 30%. Existe una gran disparidad dentro de la UE 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. Francia y Suiza presentan las tasas más bajas y las tasas de Navarra son muy parecidas a las encontradas en esos países. 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 POR CADA 100.000 HABITANTES. DATOS DE 1998 Y 1995-99 EN EL CASO DE NAVARRA

	VARONES	MUJERES		VARONES	MUJERES
TODAS LAS CAUSAS			CÁNCER DE ESTÓMAGO		
Navarra	774,8	410,9	Navarra	19,8	8,6
España	872,0	480,7	España	17,1	7,3
Unión Europea	923,0	525,5	Unión Europea	15,5	7,2
<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>759 (SM)</i>	<i>442,2 (SM)</i>	<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>9,4 (SUI)</i>	<i>4,0 (FRA)</i>
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO			CÁNCER DE LARINGE/TRÁQUEA/BRONQUIOS/PULMÓN		
Navarra	237,9	141,5	Navarra	70,7	5,9
España	277,1	187,8	España	79,5	6,5
Unión Europea	349,2	210,1	Unión Europea	73,9	15,9
<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>233,8 (FRA)</i>	<i>136,3 (FRA)</i>	<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>32,9 (SM)</i>	<i>6,5 (ESP)</i>
ENFERMEDADES ISQUEMIAS DEL CORAZÓN			CÁNCER DE MAMA		
Navarra	93,9	36,0	Navarra	-	22,2
España	103,9	45,5	España	-	22,2
Unión Europea	157,1	52,0	Unión Europea	-	28,4
<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>78,2 (FRA)</i>	<i>32,2 (FRA)</i>	<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	-	<i>21,4 (LUX)</i>
ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES			CAUSAS EXTERNAS		
Navarra	56,8	42,7	Navarra	58,1	14,5
España	70,5	64,9	España	58,3	-
Unión Europea	78,9	67,6	Unión Europea	60,5	-
<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>66,3 (FRA)</i>	<i>41,0 (FRA)</i>	<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>37,0 (HOL)</i>	-
TUMORES			ACCIDENTES DE TRAFICO		
Navarra	252,0	117,0	Navarra	27,9	6,7
España	265,2	116,9	España	23,7	-
Unión Europea	264,6	145,1	Unión Europea	17,5	-
<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>215,9 (FIN)</i>	<i>115 (GRE)</i>	<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>8,9 (GBR)</i>	-
CÁNCER COLORRECTAL			SUICIDIOS		
Navarra	25,1	13,7	Navarra	11,6	2,9
España	27,3	15,6	España	11,8	-
Unión Europea	27,7	17,0	Unión Europea	17,1	-
<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>12,8</i>	<i>9,6</i>	<i>Tasa más baja de la Unión Europea</i>	<i>5,7 (GRE)</i>	-

El **cáncer de mama**, el tumor maligno que causa más muertes por cáncer entre las mujeres presenta una tasa de 17 por 100.000 en el quinquenio 2001-05 y ha descendido un 14% en el último quinquenio. Los últimos datos de cáncer de mama publicados por el Centro Nacional de Epidemiología señalan que la tasa de mortalidad más baja en el año 2004 corresponde a Ceuta (7,2 por 100.000) y la segunda más baja a Navarra (15,2 por 100.000). La tasa de Navarra esta claramente por debajo de la media de España (19,14) o también de la observada en el País Vasco (17,6) con la que Navarra presenta muchas similitudes para la mayoría de causas de muerte.

Las tasas de mortalidad por **cáncer de estómago** continúan descendiendo en Navarra en ambos sexos continuando una tendencia iniciada hace varias décadas y siguiendo el mismo patrón que se registra en España y otros países industrializados. El descenso supera el 10% en hombres y en mujeres en el último quinquenio. Respecto al **cáncer de colon y recto**, las tasas de los hombres han disminuido en el último quinquenio en porcentajes en torno al 5%. Las tasas de mortalidad de las mujeres presentan incrementos no significativos pero continúan siendo considerablemente más bajas que las de los hombres.

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 18% 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 20,2 muertes por 100.000 en el año 2004.

La mortalidad por causas externas ha disminuido entre los hombres y ha aumentado entre las mujeres. En este grupo de causas de muerte destacan las muertes por **accidente de tráfico** y las muertes por **suicidio** como las más frecuentes. Mientras que entre los hombres ambas causas de muerte han disminuido, lo contrario ocurre entre las mujeres: las muertes por accidente de tráfico han aumentado un 38% y las muertes por **suicidio** un 64% en el quinquenio 2001-05 respecto al periodo 1996-2000. A nivel de la UE-15, tanto Navarra como España presentan una tasa de mortalidad por accidentes de tráfico por encima de la media y tres veces más alta que la observada en Reino Unido que es el país que tiene mortalidad más baja. La mortalidad por suicidios de Navarra es muy parecida a la de España y las tasas están por debajo de la media de la UE.

CONCLUSIONES

Indicadores que presentan una evolución positiva en el periodo 2001-2005 respecto al quinquenio 1996-2000

- En el quinquenio 2001-2005 la esperanza de vida al nacer fue de 78,2 años en los hombres y 85,1 años en las mujeres, esta última una de las más altas a nivel mundial.
- Han disminuido las tasas de mortalidad en ambos sexos en prácticamente todos los grupos de edad.
- Importante descenso de la mortalidad infantil que se sitúa en 3 muertes por 1000 recién nacidos vivos en el periodo 2001-2005 frente a 4,1 en el quinquenio anterior.
- La utilización de tratamientos antirretrovirales más eficaces ha hecho descender las muertes por sida que se además se producen sobre todo entre la población joven.
- Bajas tasas de mortalidad por enfermedades circulatorias en comparación a la mortalidad registrada en España y en la mayoría de los países de la Unión Europea. Además durante 2001-2006 han continuado descendiendo la mortalidad por isquemia cardíaca, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.
- Descenso importante de la mortalidad por cáncer de estómago en ambos sexos y estabilización del cáncer colorrectal en los hombres.
- La mortalidad total y mortalidad prematura por cáncer de mama que hasta mediados de los 90 presentaba una tendencia ascendente muestra un descenso de la mortalidad total pero sobre todo de la mortalidad prematura.
- Descenso de la mortalidad prematura por accidentes de tráfico entre los hombres.
- Descenso de la mortalidad prematura por tumores relacionados con el consumo de tabaco entre los hombres jóvenes.

Indicadores que presentan una evolución negativa en el periodo 2001-2005 respecto al quinquenio 1996-2000

- Fuerte incremento de la mortalidad por cáncer de pulmón entre las mujeres (32% las tasas de mortalidad y 70% la tasa de APVP).
- Incremento de la mortalidad por accidentes de tráfico y suicidio entre las mujeres.

5.7. ATENCIÓN AL MEDIO

5.7.1. MEDIO EXTERNO

5.7.1.1. AGUAS DE CONSUMO

Calidad del Agua. En 2006, el 83,3% de la población de Navarra recibió el agua de una Mancomunidad, siendo aptas para el consumo el 98,74% 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 86,1% de las muestras analizadas (en 2005 fueron el 83,5%). Supone el suministro del 16,7% 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 2006, debido a que se trata de localidades de menos de 10 habitantes y a las dificultades que supone este control.

En los análisis gestionados por el Instituto de Salud Pública se incide con un mayor muestreo en los suministros no mancomunados y por lo tanto con más problemas de calidad del agua.

TABLA 5.27. CALIFICACIÓN DE LOS RESULTADOS ANALÍTICOS DE LAS AGUAS DE ABASTECIMIENTO PÚBLICO DE NAVARRA, A LA SALIDA DE TRATAMIENTO O RED, 2006

	Nº CONTROLADOS DE		Nº TOTAL ANÁLISIS	APTAS PARA CONSUMO		NO APTAS PARA CONSUMO	
	LOCALIDADES	HABITANTES (*)		Nº	%	Nº	%
No mancomunadas	316	98.635	2.195	1.889	86,1	306	13,9
Junta de Aguas de Tudela	5	40.856	297	294	99	3	1
Mancomunidad Arratoz	7	1.198	32	32	100	0	0
Mancomunidad Cascante-Cintruénigo-Fitero	3	12.898	72	65	90,3	7	9,7
Mancomunidad Mairaga	22	18.112	1.368	1.343	98,2	25	1,8
Mancomunidad Moncayo	8	20.642	219	217	99,1	2	0,9
Mancomunidad Montejurra	81	46.436	1.112	1.109	99,7	3	0,3
Mancomunidad Pamplona	173	324.359	1.620	1.613	99,6	7	0,4
Mancomunidad Sangüesa	16	7.083	252	239	94,8	13	5,2
Mancomunidad Sakana	24	16.612	209	201	96,2	8	3,8
Mancomunidad Valdizarbe	26	10.921	210	210	100	0	0
TOTAL	681	597.752	7.586	7.212	95,1	374	4,9

(*) Población total de Navarra (Censo de 1 de enero de 2005): 593.472 habitantes.

TABLA 5.28. ANÁLISIS DE AGUA DE CONSUMO PÚBLICO GESTIONADOS POR EL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA 2006

CONSUMO PÚBLICO	AGUA			
	APTA	NO APTA (*)	SIN CALIFICAR	TOTALES
Origen	0	0	5	5
Salida tratamiento	68	8	13	89
Red	1.542	352	66	1.960
Abastecimiento particular	10	11	30	51
Fuentes	1	4	1	6
Naturales	0	0	15	15
TOTALES	1.621	375	130	2.126

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

Nota: La falta de calificación se debe a que las de origen y naturales no procede, por cuanto son aguas sin tratar.

Subvenciones 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 2006. 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 2006	nº: 24	48.317,69 euros
--------------------------	---------------	------------------------

Expedientes sancionadores. Se han incoado expedientes sancionadores a dos gestores responsables 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.

Reuniones. Se ha asistido a dos reuniones de la Comisión del Agua de la Administración de la Comunidad Foral a la que asisten representantes de diversos departamentos relacionados con este tema.

Informes proyectos abastecimientos. Se realizaron 11 informes sanitarios, preceptivos según la legislación vigente, en relación a modificaciones a realizar en sistemas de abastecimiento a poblaciones.

Determinaciones de nuevos parámetros en aguas. En colaboración con la Sección de Laboratorio se acordó realizar controles de herbicidas en aguas de consumo humano. Para la elección de los herbicidas a analizar se consultó al I.T.G. agrícola sobre los más utilizados en el ámbito de nuestra Comunidad Autónoma, por lo que se realizó el análisis en 142 muestras de agua de las siguientes sustancias, en dependencia de su compatibilidad con las técnicas analíticas disponibles en ese Laboratorio: alacloro, atrazina, cianazina, clortoluron, imazametabenz, isoproturon, metribuzina, pendimetalina, propanil, simazina, terbutilazina y terbutrina.

Nueva aplicación gestión muestras de agua. Se comenzó a trabajar en una nueva aplicación informática que sustituirá a la existente el próximo año 2007, en colaboración con la sección de laboratorio y los técnicos de informática.

Brotos. Se realizaron 2 informes sanitarios y toma de muestras por una sospecha de brote de gastroenteritis en la localidad de Lumbier, a petición de la Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles del I.S.P.

5.7.1.2. PISCINAS DE USO PÚBLICO.

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 219 instalaciones, que agrupan a 407 vasos descubiertos, 27 cubiertos y 23 mixtos.

Se propusieron 26 expedientes sancionadores como consecuencia de diversos incumplimientos.

Se requirieron 23 informes previos a la construcción o reforma y se realizaron 6 informes previos a la primera apertura.

También se realizaron 3 informes, fundamentalmente a petición de los titulares de las instalaciones, para conocer sus deficiencias y las reformas que deben realizar para adecuarse al Decreto Foral 123/2003, de 19 de mayo.

Se han realizado 2 controles analíticos del agua de los vasos de piscinas.

Se realizó un informe sobre la enfermedad "molluscum contagiosum" en las instalaciones deportivas que servirá como base a un folleto informativo a realizar sobre este problema.

5.7.1.3. LEGIONELLA

Censo de torres y condensadores evaporativos. El número de instalaciones inscritas en dicho censo es de 620, de las que 192 son condensadores evaporativos y 428 corresponden a torres de refrigeración. Estos equipos se encuentran instalados en un total de 246 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 ha emitido informe favorable para 2 entidades nuevas. Las entidades registradas han realizado un total de 8 cursos de formación en Navarra. En 4 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 110 empresas autorizadas.

Plan de prevención y control de la legionelosis. Con motivo de dicho plan se han realizado un total de 82 visitas de inspección a edificios de uso colectivo y/o industrias, de ellas 45 corresponden a primeras visitas de inspección y 37 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.

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 7 expedientes administrativos.

Por último señalar que a petición del Departamento de Salud y del Ayuntamiento de Pamplona/Iruña se ha procedido a elaborar informes de asesoramiento de legionelosis tanto para la reforma y construcción de edificios de uso público. Así mismo, el Ayuntamiento de Pamplona/Iruña solicitó la inspección de todos los Polideportivos de su titularidad, a fin de comprobar el cumplimiento de la legislación vigente de la legionelosis, que se realizó durante 2006.

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 brotes de legionelosis en la Comunidad Foral de Navarra, así como también de diversos estudios relacionados con la notificación de casos aislados de legionelosis asociados a diversas instalaciones. De especial relevancia fue el brote de Pamplona/Iruña con 148 casos, realizándose un informe final del brote.

Normativa. Se ha promovido, publicado y aplicado el nuevo Decreto Foral 54/2006, de 31 de julio, por el que se establecen medidas para la prevención y control de la legionelosis. Se han realizado actividades de inspección e investigación ambiental en relación al estudio de la notificación de positivos de Legionella por los titulares de las instalaciones de riesgo, conforme al artículo 10 del citado decreto foral. Así mismo, se ha autorizado una nueva torre de refrigeración y se ha denegado la autorización para otras dos.

Muestreo y control analítico. Se han realizado muestreos de agua de instalaciones de riesgo correspondiente a edificios de uso público, centros sanitarios, empresas. El número de muestras recogidas fue de 218. De estas, 35 corresponden a los brotes ocurridos en la Comunidad Foral de Navarra durante el año 2006 y 183 corresponden a la investigación de casos de legionelosis y a la aplicación del nuevo Decreto Foral 54/2006, de 31 de julio.

Reuniones. Se ha mantenido una reunión con el Servicio de Seguridad Industrial del Departamento de Industria, Tecnología y Trabajo en relación al Reglamento de Instalaciones térmicas de los edificios (RITE).

TABLA 5.29. INSPECCIONES REALIZADAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LA LEGIONELOSIS EN NAVARRA. AÑO 2006

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	INSPECCIONES		
	1ª VISITAS	2ª VISITAS	TOTALES
Centros sanitarios con internamiento	0	7	7
Balnearios	0	0	0
Centros residenciales de riesgo (tercera edad, disminuidos físicos, disminuidos psíquicos)	4	11	15
Establecimientos hoteleros	5	4	9
Piscinas de uso público que dispongas de vasos climatizados, hidromasajes, etc	4	0	4
Industrias y establecimientos públicos con torres de refrigeración y condensadores evaporativos	24	15	39
Establecimientos deportivos (polideportivos, etc)	6	0	6
Establecimientos educativos	1	0	1
Establecimientos de las instituciones forales	1	0	1
TOTAL	45	37	82

Se han presentado a los técnicos de la sección por parte de diversas empresas nuevos sistemas físico-químicos para la desinfección del agua y nuevos sistemas de filtración para mejorar la calidad del agua, todo ello para la mejora del control de la legionelosis.

5.7.1.4. INFORMES ACTIVIDADES CLASIFICADAS

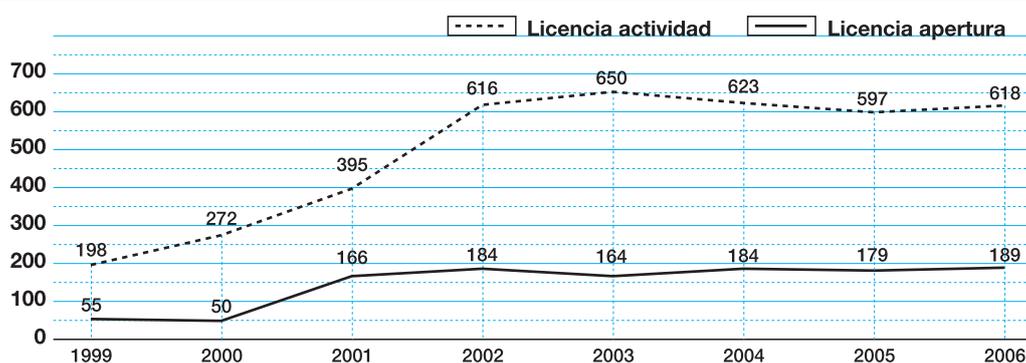
Durante el año 2006 se han informado un total de 807 actividades, 618 expedientes de licencia de actividad remitidos por los Ayuntamientos, por equipos de Atención Primaria y Departamento de Medio Ambiente, y 189 licencias de apertura, a solicitud de los Ayuntamientos.

TABLA 5.30. INFORMES REALIZADOS DE LICENCIA DE ACTIVIDAD. AÑO 2006

TIPO DE ACTIVIDAD	LICENCIA DE ACTIVIDAD		LICENCIA DE APERTURA	
	Nº	%	Nº	%
Comercios, restaurantes, hostelería	164	26,5	27	14,3
Industrias en general	82	13,3	14	7,4
Garajes y aparcamientos	80	12,9	35	18,5
Industrias transformadoras de metales	33	5,3	6	3,2
Sector agrícola y ganadero	40	6,5	14	7,4
Reparación de vehículos, maquinaria y transportes	33	5,3	20	10,6
Energía, agua	16	2,6	4	2,1
Almacenamiento y logística de productos	76	12,3	46	24,3
Construcción	14	2,3	2	1,1
Actividades extractivas y químicas	7	1,1	0	0,0
Otros	73	11,8	21	11,1
TOTAL	618	100,0	189	100,0

(*) Población total de Navarra (Censo de 1 de enero de 2005): 593.472 habitantes.

Gráfico 5.7. Evolución de los informes de actividad clasificada por tipo de actividad 1999/2006



5.7.1.5. SEGURIDAD QUÍMICA

Establecimientos y servicios plaguicidas. Durante el año 2006 se han producido 23 nuevas inscripciones en el Registro Oficial de Establecimientos y Servicios Plaguicidas, 3 en la Rama B (uso ambiental y alimentario), 18 en la Rama C y 3 mixtas, estando inscritos en el citado registro, a 31 de diciembre de 2006, 72 servicios de la Rama B y 110 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 16 charlas impartidas a agricultores de Navarra sobre la correcta utilización de productos fitosanitarios en la agricultura.

Se ha intervenido en 3 comunicaciones de Alerta remitidas a través de la Red de Vigilancia, Inspección y control de Productos Químicos y en una denuncia en un producto mal etiquetado.

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

5.7.1.6. RESIDUOS SANITARIOS

Durante el año 2006 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 (31 inspecciones en el 2006), de las de Rayos X de radiodiagnóstico médico (50 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 5 informes relativos a la autorización de estaciones base de telefonía móvil y atendida las 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 registradas y en funcionamiento 340, que suponen un total de 651 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 ISP, en aplicación del Decreto Foral 297/2001, de 15 de octubre por el que se aprueba el Reglamento de Sanidad Mortuoria, se realizaron 3 informes de construcción.

Además, se elaboraron las observaciones, que desde la Sección de Sanidad Ambiental se consideraron oportunas, al proyecto de real decreto por el que se regulan las condiciones sanitarias mínimas comunes para la autorización de la prestación de los servicios funerarios que se está elaborando por el Ministerio de Sanidad y Consumo.

5.7.1.9. OTROS

Aguas Residuales

Se han realizado 2 informes sobre vertidos de aguas residuales.

Se realizó un informe de alegaciones relativo al proyecto de real decreto por el que se establecen las condiciones básicas para la reutilización de las aguas depuradas y se modifica parcialmente el reglamento del dominio público hidráulico aprobado por Real Decreto 849/1986, de 11 de abril promovido por el Ministerio de Medio Ambiente y se propuso su discusión en la Ponencia de Sanidad Ambiental del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Locales Públicos

En relación a problemas de chinches en albergues se preparó un folleto y se convocó a la red de albergues del Camino de Santiago en Navarra para una charla informativa en la que se les presentó este folleto.

Aire

Se realizó una campaña de información sobre el ozono como contaminante, por ser competencia de la administración sanitaria según la legislación vigente y se realizaron charlas informativas en colaboración con el Departamento de Medio Ambiente en las localidades de Cintruénigo, Peralta, Tudela y Pamplona/Iruña. También se editó un folleto y se colgó información en la Web del CRANA (Centro de Recursos Ambientales de Navarra).

Administración Hidráulica

Se realizaron 34 informes para organismos de Cuenca en relación a autorizaciones de caudal de Confederaciones Hidrográficas.

Denuncias

Se atendieron 26 denuncias realizándose los oportunos informes sanitarios sobre diversos aspectos ambientales y en relación con posibles afecciones para la salud.

Bioseguridad

Se participó en 3 reuniones de la Comisión Foral de Bioseguridad.

Se realizaron 8 autorizaciones de instalaciones y/o con organismos modificados genéticamente y 4 inspecciones a centros que realizaron estas actividades.

Piercing y Tatuajes

Se realizó un informe sobre condiciones higiénico-sanitarias de un establecimiento.

Se asesoró al Ayuntamiento de Tudela para la incoación de expediente a un local por incumplimientos de la normativa.

Se revisó nuevamente la normativa de estas actividades, estando en tramitación un borrador para su modificación.

Ponencia de Sanidad y Ambiental

Se ha asistido a 5 reuniones en el Ministerio de Sanidad y Consumo de la Ponencia de Sanidad Ambiental.

Medio Escolar

Se realizaron mediciones de diversos contaminantes, en colaboración con el Instituto Navarro de Salud Laboral y se elaboró el correspondiente informe sanitario relativo a los resultados de estas mediciones de hidrocarburos aromáticos policíclicos realizadas en el ambiente interior del "colegio público de Oronoz - Oronozko ikastetxe publikoa", tras la denuncia efectuada por la Asociación de padres y madres.

Se revisó el Colegio Público Comarcal Atargi de Villava/Atarrabia y se realizó el oportuno informe sanitario en referencia al estado de conservación e higiénico-sanitario del Colegio Público citado y a solicitud de la Apyma Idoskia.

Ordenación del Territorio

Se han realizado 3 informes a los aspectos sanitarios a contemplar en el Plan Urbanístico Municipal en relación con el Cementerio de la localidad de Goizueta y Olite, y al Expediente de Estrategia y Modelo de Ordenación Territorial del término municipal del Gallipienzo.

Palinología

Se han realizado diversas actuaciones y reuniones con expertos en relación a la implantación de la Red palinológica y la participación de este ISP aunque por el momento no ha comenzado a funcionar.

Zonas de Baño

Se ha revisado el nuevo sistema de información para remitir información a la UE y se han realizado alegaciones al proyecto de real decreto sobre la gestión de la calidad de las aguas de baño del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Plan de Ciclabilidad en Pamplona/Iruña

Se asistió a una reunión de aprobación de este Plan en el Ayuntamiento de Pamplona/Iruña.

Otros

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.

Formación

Los cursos formativos realizados por personal de la sección han sido 18.

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 2006 se realizaron 62 nuevas inscripciones. A 31 de diciembre había en Navarra 1.805 empresas registradas, habiéndose dado de baja en el registro 82 empresas y habiendo convalidado 254 empresas.

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 toda la cadena alimentaria. Los establecimientos sometidos a controles e inspecciones son todos aquellos que tienen como actividad la producción, transformación, elaboración, envasado, almacenamiento, distribución y comercialización de alimentos y productos alimentarios.

Exceptuando el control que se realiza en los mataderos y los controles que se realizan en el marco de las campañas de reconocimiento de carnes de cerdos y jabalíes para el consumo privado se han realizado 12.344 visitas a un total de 5.869 establecimientos repartidos por toda la superficie de la Comunidad Foral de Navarra. Los establecimientos radicados en los Ayuntamientos de Pamplona y Tudela son supervisados por sus propios Servicios Veterinarios Oficiales.

TABLA 5.31. INSPECCIONES EN INDUSTRIAS ALIMENTARIAS SEGÚN ACTIVIDAD INDUSTRIAL. AÑO 2006

ACTIVIDAD COMERCIAL	NÚMERO			VISITAS POR ESTABLECIMIENTO	ACTAS POR ESTABLECIMIENTO
	ESTABLEC	VISITAS	ACTAS		
PRODUCTOS CÁRNICOS	181	2.103	523	11,6	2,9
Industrias cárnicas	72	718	229	10,0	3,2
Salas despiece	25	585	112	23,4	4,5
Salazón y curado jamón	31	134	60	4,3	1,9
Almacén frigorífico	30	594	85	19,8	2,8
Almacén productos	22	44	37	2,0	1,7
Depósitos caza	1	28	0	28,0	0,0
HUEVOS Y OVOPRODUCTOS	27	170	94	6,3	3,5
PRODUCTOS DE LA PESCA	27	276	55	10,2	2,0
LÁCTEOS Y DERIVADOS	87	302	175	3,5	2,0
Elaboración de queso	60	230	127	3,8	2,1
Otros	27	72	48	2,7	1,8
GRASAS	15	67	22	4,5	1,5
HARINAS Y DERIVADOS	207	581	449	2,8	2,2
Obrador panadería	124	327	250	2,6	2,0
Obrador pastelería	70	185	144	2,6	2,1
Fabricación envasado	13	69	55	5,3	4,2
PRODUCTOS VEGETALES	92	657	267	7,1	2,9
Fca. Conservas	54	477	187	8,8	3,5
Congelados	7	62	13	8,9	1,9
Otros	31	118	67	3,8	2,2
LEGUMBRES, CEREALES Y TUBÉRCULOS	29	68	51	2,3	1,8
PLATOS PREPARADOS	79	472	236	6,0	3,0
COCINAS CENTRALES	16	87	54	5,4	3,4
HELADOS	16	57	34	3,6	2,1
AGUAS Y BEBIDAS NO ALCOHÓLICAS	29	54	34	1,9	1,2
BEBIDAS ALCOHÓLICAS	150	312	163	2,1	1,1
ALMACENES POLIVALENTES	142	233	118	1,6	0,8
MATERIALES CONTACTO CON ALIMENTOS	40	15	5	0,4	0,1
OTROS	45	62	36	1,4	0,8
TOTALES	1.182	5.516	2.316	4,7	2,0

El mayor peso de las inspecciones recae en establecimientos industriales con un total de 5291 visitas, lo cual supone un total de 4,47 de visitas por establecimiento y año frente a las 7053 visitas realizadas a los establecimientos minoristas o de consumo final con una media de 1,50 visitas por establecimiento y año.

Las siguientes tablas 5.31 y 5.32 resumen las inspecciones realizadas el año 2006 en actividades alimentarias.

TABLA 5.32. INSPECCIONES EN ESTABLECIMIENTOS DE VENTA O CONSUMO. AÑO 2006

COMERCIO	NÚMERO			VISITAS POR ESTABLECIMIENTO	ACTAS POR ESTABLECIMIENTO
	ESTABLEC.	VISITAS	ACTAS		
Minorista general	929	1.650	9.206	1,8	9,9
Mercadillos	54	386	132	7,1	2,4
Carnicería-salchichería	437	1.301	999	3,0	2,3
Pescaderías	156	535	427	3,4	2,7
Lecherías	3	4	1	1,3	0,3
Panadería	227	355	283	1,6	1,2
Pastelería	157	196	168	1,2	1,1
Bares	1.670	1.328	993	0,8	0,6
Comedores colectivos	1.006	1.298	1.066	1,3	1,1
TOTALES	4.639	7.053	13.275	1,5	2,9

Inspecciones de mataderos

La actividad propia de los procesos de carnización se realiza en los mataderos. Durante el año 2006 ocho de los mataderos considerados de pequeña capacidad han cesado su actividad. En la actualidad siguen en funcionamiento 18 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 en el control de zoonosis y epizootias y por tanto para la puesta en el mercado de las carnes.

En total se han inspeccionado de 27.654.772 animales de los cuales 1.069.175 son animales de abasto y correspondiendo 24.520.000 a aves y 2.065.597 a conejos, según se refleja en la siguiente tabla.

TABLA 5.33. SACRIFICIOS Y DECOMISOS. AÑO 2006

	BOVINO	OVINO/CAPRINO	PORCINO	EQUINO	AVES	CONEJOS
Sacrificados	36.159	519.683	513.000	333	24.520.000	2.065.597
Decomisos totales	147	1.370	1.321	1	276.000	6.121
Decomisos parciales	4.301	55.230	103.126	18	0	0

Como consecuencia de los controles, se han producido 147 decomisos de la canal entera de bovinos, 1370 de ovino/caprino, 1321 de porcino, lo que hace un total de 2.839 canales de animales de abasto que se han retirado del consumo por diversas causas como tuberculosis, caquexia, peritonitis, mal rojo etc., lo que supone un 0,26% de las presentadas para consumo. De aves y conejos se han decomisado un total de 276.000 y 6.121 lo que hace un 1,12% y un 0,29% respectivamente en los totales. Si se añaden los decomisos parciales que comprenden espurgos y vísceras no aptas para consumo se concluye que se han realizado un número elevado de intervenciones que han evitado la llegada de alimentos no aptos para consumo humano.

Festejos taurinos. Los veterinarios pertenecientes a la Sección de Seguridad Alimentaria han prestado sus Servicios en 77 espectáculos taurinos en los que se reconocieron 517 animales de los 3 fueron rechazados y considerados no aptos para la lidia. Por otra parte, se inspeccionaron para consumo humano 579 reses, de las cuales 406 pertenecían a espectáculos realizados en Navarra y 172 de espectáculos taurinos celebrados en la Comunidad Autónoma de La Rioja.

Jabalíes y sacrificio domiciliario. Se realizó el análisis triquinoscópico a 5702 jabalíes y a 2.120 cerdos de sacrificio domiciliario, de los que 5.302 jabalíes y 1.970 cerdos los analizaron veterinarios colaboradores y 460 jabalíes y 150 cerdos fueron investigados por inspectores de salud pública. En el 2006 se encontró un jabalí con triquina.

5.7.2.3. CONTROL ANALÍTICO DE LOS ALIMENTOS

Además de las inspecciones realizadas en las industrias y establecimientos alimentarios a lo largo de la cadena Alimentaria, desde la producción primaria hasta el consumo, se han realizado una serie de recogidas de muestras de alimentos para ser sometidas a análisis microbiológicos y de presencia de contaminantes y comprobar si cumplen la normativa que establece los criterios microbiológicos y los niveles de contaminación en los productos alimenticios.

Dentro de los análisis microbiológicos se está investigando la presencia de organismos patógenos tales como Salmonella, Listeria Monocytogenes y Enterotoxina Estafilococica según los criterios del Reglamento 2073/2005, sobre criterios microbiológicos aplicables a los productos alimenticios.

En cuanto a contaminación abiótica se está investigando el cumplimiento de la normativa vigente para distintos tipos de contaminantes como nitratos, nitritos, benzoatos, sorbatos, plaguicidas, micotoxinas, edulcorantes artificiales, sulfitos, PCBs,...

TABLA 5.34. MUESTRAS DE ALIMENTOS ANALIZADOS EN EL PLAN DE CONTROL. AÑO 2006

SECTOR	MUESTRAS RECOGIDAS	CON ALGUNA INCIDENCIA	% CON INCIDENCIAS
A Carnes, aves, caza y derivados	196	10	5,1
B Pescados, mariscos y derivados	38	2	5,3
C Huevos y derivados	44	3	6,8
D Leche y productos lácteos	90	0	0,0
E Aceites y grasas comestibles	6	0	0,0
G Harinas y derivados de cereales	41	0	0,0
H Hortalizas y Derivados	73	0	0,0
J Edulcorantes naturales y derivados	5	1	20,0
K Condimentos, especias, salsas y aditivos	15	1	6,7
I Frutas y derivados	33	1	3,0
M Platos cocinados y precocinados	52	6	11,5
N Agua y hielo	10	3	30,0
O Helados y mezcla envasada para congelar	2	0	0,0
P Bebidas no alcohólicas	3	0	0,0
TOTALES	608	27	4,4

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 o como agentes externos para obtener mejor rendimiento en el engorde de los animales o bien por contaminantes ambientales como productos fitosanitarios, PCBs (policlorobifenilos), micotoxinas o metales pesados.

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 del Programa PNIR, se recogieron un total de 1.630 muestras en carne fresca, huevos, leche, miel y pescado por los Servicios del Instituto de Salud Pública. El Servicio de Ganadería recogió 195 muestras dentro de este programa.

Las sustancias detectadas en las muestras positivas de carne fresca fueron la dexametasona (2 muestras), doxiciclina (2 muestras), dihidroestreptomocina (1 muestra) y cadmio (6 muestras). Las sustancias detectadas en las muestras positivas de huevos fueron la nicarbazina (3 muestras) y el diclazuril (1 muestra), ambas dentro del grupo de los coccidiostáticos. En el caso de la leche se detectó 3,3',4,4'-tetraclorobifenilo (PCB 81) en una muestra.

Las muestras recogidas obedecen a los criterios de muestreo aleatorio dirigido según planificación (1196 muestras) y muestreos sospechosos por seguimiento y por observación veterinaria (629 muestras).

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 abrir el correspondiente expediente administrativo.

Durante el año 2006, a través del PNIR, el Instituto de Salud Pública remitió un total de 54 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 10 alertas en el marco de los controles de sustancias en animales de producción.

TABLA 5.35. MUESTRAS DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL ANALIZADAS DENTRO DEL PROGRAMA PNIR, 2006

2006	ANÁLISIS	Nº MUESTRAS	NEGATIVOS	POSITIVOS	% POSITIVO
Carne Fresca	Medicamentos veterinarios	1431	1426	5	0,3
	PCBs	57	57	0	
	Metales pesados	30	24	6	20
	Micotoxinas	25	25	0	
Huevos	Medicamentos veterinarios	18	14	4	22,2
	PCBs	5	5	0	
	Metales pesados	0	0	0	
	Micotoxinas	0	0	0	
Leche	Medicamentos veterinarios	7	7	0	
	PCBs	2	1	1	50
	Metales pesados	2	2	0	
	Micotoxinas	2	2	0	
Miel	Medicamentos veterinarios	21	21	0	
	PCBs	0	0	0	
	Metales pesados	2	2	0	
	Micotoxinas	0	0	0	
Pescado	Medicamentos veterinarios	23	23	0	
	PCBs	2	2	0	
	Metales pesados	3	3	0	
	Micotoxinas	0	0	0	
TOTAL		1630	1614	16	1

Alertas alimentarias. A través del Sistema de Intercambio Rápido de Información, se recibieron un total de 789 comunicados, de los cuales 197 correspondieron a alertas alimentarias, se realizaron actuaciones en 14 de ellas 4 alertas alimentarias tuvieron origen en la Comunidad Foral.

5.7.2.4. FORMACIÓN DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS:

Entidades y empresas autorizadas para impartir la formación. Durante el año 2006, se autorizaron y registraron 9 entidades y 4 empresas.

El 31 de diciembre de 2006, había autorizadas en Navarra un total de 51 entidades y 47 empresas alimentarias.

Ampliación de actividades de formación. El número de Entidades que han ampliado sus actividades formativas han sido 11.

Tramitación de sesiones formativas. Se han tramitado un total de 831 sesiones de formación, de las cuales, 701 corresponden a entidades y 130 a las empresas de alimentación. El número total de manipuladores aptos que han conseguido el certificado de formación correspondiente a su sector, han sido 11.744; expedidos por entidades: 10.184 y por empresas: 1.560.

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. A 31 de diciembre había 79.692 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 1862, de los que fueron reclamados por sus propietarios 80, se colocaron en adopción 705 y el resto, excepto los que murieron de forma natural, 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 2006 se han realizado 227 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 de la población canina. Se enviaron 43.140 cartas personalizadas a los propietarios de 50.279 perros de aptitud caza, de pastor y de otras aptitudes que conviven con ellos, en las que junto con pastillas para tratamientos antiparasitarios se les informaba sobre esta zoonosis. De esta manera fueron expedidas 314.645 pastillas de praziquantel.

TABLA 5.36. DATOS DE ACTIVIDAD DE RECOGIDA Y CAPTURA DE PERROS. 2000 - 2006

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Perros recogidos y/o capturados	2.441	2.343	1.855	1.638	1.748	1.801	1.862
Perros reclamados	128	146	106	97	102	85	80
Perros colocados	476	558	542	487	581	708	705
Perros sacrificados	1.623	1.614	1.190	976	905	870	981
Muerte natural y desaparecidos				77	160	163	96

Rabia. La Comunidad Foral de Navarra continua libre de rabia. Desde 1995 la vacunación de los perros es obligatoria cada dos años, habiéndose vacunado 26.433 perros en el año 2006. El número de animales sometidos a observación sanitaria por mordedura fue de 188. Se enviaron 19 cartas a propietarios de perros por abandono y se propuso la incoación de 123 expedientes sancionadores.

REUNIONES DE COORDINACIÓN CON LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL. FORMACIÓN

Reuniones. Se asistió a 11 reuniones en la A.E.S.A.N. (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición) para tratar diversos temas relacionados con la actividad de la Sección.

Se realizaron independientemente de los contactos habituales tres reuniones para coordinar actuaciones con representantes del Servicio de Ganadería.

Se mantuvieron dos reuniones con las autonomías de Aragón, Asturias, Cantabria, La Rioja y País Vasco dentro del marco de coordinación establecido para llevar a cabo analíticas tanto relacionadas con el P.N.I.R. como ampliar a otras determinaciones ajenas al Plan.

Se mantuvo una reunión con representantes autonómicos del País Vasco para estudiar sus Planes de Registro, Inspección y Control Alimentario. Así como otras con las autonomías citadas en primer lugar otras con Castilla-León, Andalucía, Madrid para estudiar acciones a realizar ante problemáticas similares aparecidas en el desarrollo de nuestras funciones.

Formación. Se asistió a congresos sobre Trazabilidad, Hidatidosis y Condiciones de Exportación de Productos Alimenticios a EE.UU.

Se realizaron tres cursos sobre Trazabilidad, aspectos legales de levantamiento de actas en visitas de inspección y un tercero, sobre recogida de muestras y técnicas laboratoriales repartidas en varias veces de forma que pudieran asistir la totalidad de los veterinarios y los otros licenciados adscritos a la Sección.

El personal adscrito a la Sección realizó diversos cursos relacionado con su actividad hasta un total de 53 cursos.

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 muestra 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 comentaba 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 al ámbito 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.

Según los objetivos planteados para 2006 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.
- 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 impartirlos 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.
- N° de reuniones de preparación y coordinación realizadas: 5.

- 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, y en el grupo de trabajo conjunto entre Educación y Salud.

ACTIVIDADES:

- Se enviaron materiales solicitados a demanda desde tres centros educativos previo acuerdo con quienes realizaban funciones de orientación en los mismos.
- 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.). Se mantuvo la colaboración en iniciativas surgidas de Equipos de Atención Primaria, Servicios Sociales, Centros educativos, y otros, en facilitar medios audiovisuales, material preventivo, etc., para la celebración del Día Mundial sobre SIDA. Además se participa en actos institucionales, y mediante la elaboración para ese día de una propuesta para los Medios de Comunicación.

ACTIVIDADES:

- Se apoyó la preparación de las actividades a realizar el Día Mundial de SIDA por parte de grupos comunitarios.
- Se colaboró en la divulgación de materiales específicos editados para el Día Mundial de SIDA, que supuso la distribución de 10.000 folletos y 500 carteles 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, y participación en diferentes medios de comunicación oral, escrita, y visual.

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:

- Nº de kits sanitarios distribuidos a través de oficinas de farmacia mediante dispensación y mediante intercambio. Se distribuyeron un total de 39.058 kits cifra menor que las de años precedentes, confirmando el descenso en esta vía de consumo. Los kits intercambiados en oficinas de farmacia se incrementaron desde 7.359 hasta 11.776, compensando el descenso en el PIJ de la CCASN, y evidenciando la importancia de la accesibilidad para mejorar este indicador.
- Nº de kits intercambiados en PIJ Comisión Ciudadana. Se han intercambiado un total de 2030 kits en el programa de la CCASN, que supone una notable disminución en el intercambio en este punto respecto a 2005.
- Nº de oficinas de farmacia que colaboran en el P.I.J. y porcentaje sobre el total. El total de oficinas de farmacia que participan en programas de venta e intercambio es de 224.
- En el programa de intercambio participan un total de 93 oficinas de farmacia sobre un total algo superior a 500, con distribución en al menos 38 zonas básicas de Navarra.
- 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.
- 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.). Mantener la distribución de preservativos a colectivos, grupos juveniles y asociaciones para posibilitar actividades de prevención en espacios como fiestas de pueblos, festivales, fiestas universitarias, etc. así como en ONG y centros como la Prisión de Pamplona

ACTIVIDADES:

- Nº de preservativos distribuidos en espacios apropiados para la prevención. Se distribuyeron en 2006 un total de 174.790 preservativos en espacios como fiestas de localidades o barrios, espacios de ocio, carpas, prisión, centro penitenciario, lugares donde hay sexo comercial, etc.

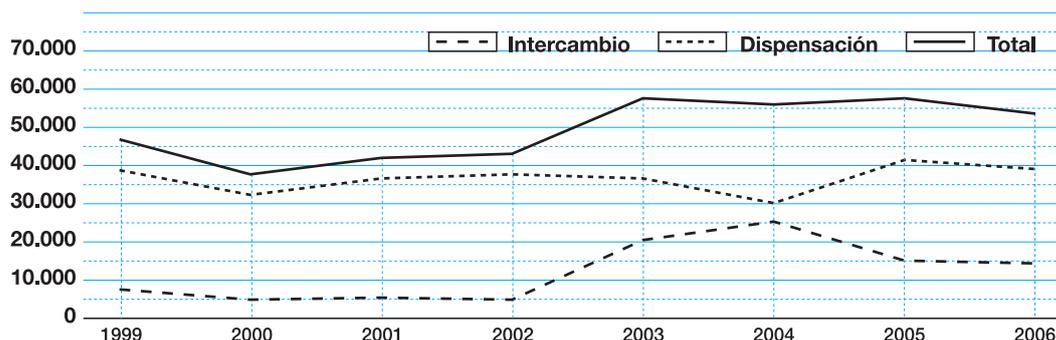
3. Mantener actuaciones de intercambio de jeringuillas en la Prisión de Pamplona

- 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 C.P. de Pamplona. En total se han intercambiado en el Centro Penitenciario 691 kits con una notable reducción frente a los datos de 2005 que supone menos de la mitad de kits intercambiados.

Gráfico 5.8. Evolución Kit sanitario Antisida 1999/2006



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.* Facilitar el acceso a la formación ofrecida desde el Programa o cuya financiación se apruebe desde el Programa a propuesta de ONG.

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 realizó un curso sobre estrategias para prevención de VIH entre adolescentes en el que participaron 25 profesionales de servicios, ONG, y centros educativos y sociales que trabajan en esta área de prevención. Igualmente se realizó un taller sobre educación sexual entre hombres que tiene sexo con hombres en el que participaron 12 personas.
- *Mantener la colaboración en el estudio promovido desde el Plan Nacional sobre SIDA que se realiza en Navarra sobre Consumo de Recursos Hospitalarios.*

ACTIVIDADES:

- Se ha mantenido la coordinación de este estudio que se realiza ininterrumpidamente desde 1995. Se han distribuido los resultados correspondientes a años anteriores, y se ha facilitado a los tres hospitales la participación en la recogida de datos.

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

- *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:

- Financiación propia y por B. Social de Hogar Zoe. Se ha incrementado la subvención al Hogar Zoe desde el Departamento de Salud hasta 104.300 para garantizar la viabilidad financiera del mismo cuya situación presupuestaria es precaria. Se realizó un estudio sobre las características de las personas que han utilizado este recurso residencial desde su inicio para identificar las necesidades de dichas personas y su evolución. El estudio se presentó en el Congreso de Seisida.
- Se han realizado seis reuniones de coordinación con Bienestar Social, y el Plan sociosanitario orientadas a definir el perfil residencial y asistencial del Hogar Zoe que integre dicho recurso en el conjunto de recursos sociosanitarios de la CF de acuerdo a los estándares y normativa vigente.
- Se han valorado las solicitudes de ingreso, 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.

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

- *Apoyar el seguimiento del PIJ en Prisión.* Una vez terminada la fase de puesta en marcha se plantea apoyar al funcionamiento del PIJ en aquellos aspectos en que sea requerido el Programa por los responsables del mismo en el interior de la 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. Se editaron un total de 1500 ejemplares de dos tipos de folletos destinados a facilitar el conocimiento de normas y funcionamiento del PIJ en Prisión a personal funcionario e interno que inicia su estancia en este Centro Penitenciario. Se han mantenido los suministros de materiales como kits, contendores y cítrico según cambios introducidos al programa en 2006.
- *Promover el funcionamiento de la Comisión Asesora Técnica sobre sida.* Teniendo en cuenta las posibilidades de acción del Programa se plantea abrir a los sectores y profesionales y sociales la definición de áreas de trabajo comunes: Entre los temas a abordar está la posible edición de material para personas seropositivas, y la búsqueda de acciones conjuntas para mejorar los aspectos sociosanitarias de las personas afectadas.

ACTIVIDADES:

- Se han realizado un total de tres reuniones de la comisión permanente de la CAT donde se han analizado las diferentes situaciones a resolver así como propuestas de solución. mejoras de asistencia, informes para acceso a prestaciones para personas seropositivas con necesidades concretas como cirugía de lipodistrofia o técnicas de reproducción asistida. Es de destacar que los problemas detectados permanecen sin solucionar ya que de las gestiones realizadas no se ha derivado ningún mecanismo de adaptación por el Departamento de Salud: no es posible el acceso a cirugía para lipodistrofia, el lavado de semen no se incluye entre las prestaciones sanitarias y existen quejas no subsanadas en relación con la citación para nuevas consultas a pacientes y las citaciones para analíticas.
- 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 y también una propuesta de trabajo en relación con la no exclusión de idoneidad para poder realizar adopciones internacionales a personas seropositivas.
- Además se han llevado a cabo 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.
- Se ha impulsado la creación de un grupo de trabajo para favorecer intervenciones preventivas en contextos de hombres que tienen sexo con hombres. Se han tenido un total de 10 reuniones de trabajo, se ha creado un grupo estable formado por 8 personas, y se han elaborado propuestas de formación, de difusión de material preventivo, y de búsqueda de formas de intervención adaptadas al contexto de Navarra.
- 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 dos reuniones en Madrid y Barcelona 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 requiere algunas participaciones desde el programa en espacios como M.C.S., 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 las demandas de información telefónica suponen un total de 300 en el año.

Prevención

Desde la línea de subvenciones se colaboró en la coordinación y financiación de actuaciones de prevención sobre poblaciones jóvenes en distintas localidades de Navarra en las cuales se consiguió la participación de 4.070 personas implicadas de diferentes formas. En estas acciones participan diversas asociaciones, y servicios socio sanitarios tanto de instituciones locales como departamentales, y se considera que son una importante experiencia de prevención y promoción de salud que contribuye a paliar algunos déficit de en las actuaciones desde el ámbito más formal.

Información y realización de pruebas de VIH. Se han mantenido en Navarra diversos centros y teléfonos de información sobre SIDA en los cuales se proporciona asesoramiento, orientación y consejo así como la realización de la prueba de VIH. El número de solicitudes de información y/o pruebas controlado desde el programa asciende a cerca de 300 llamadas en 2006, sin incluir todas las que por iniciativa propia o derivadas se han atendido en centros asistenciales.

Desde hace varios años se plantea el objetivo de incrementar la realización de pruebas de detección precoz de VIH en personas que hubieran tenido alguna exposición a riesgo en el pasado, ya que entre los casos incidentes de SIDA se detecta en los últimos años una proporción creciente de personas que desconocían su estatus frente al VIH.

Para detección de VIH se realizaron en Navarra un total de 10.680 pruebas extrahospitalarias, número superior en un 8% al de 2005, con un total de 27 resultados positivos.

Se intervino desde el Programa en un total de siete ocasiones en Medios de Comunicación Social hablados y escritos.

Intervención Social

Entre las actuaciones que se realizan desde el Programa figura la tramitación de solicitudes de acogida para personas enfermas de SIDA y carentes de recursos económicos, familiares y/o sociales.

El recurso principal con que se cuenta en Navarra es el Hogar Zoe, financiado conjuntamente desde Salud y Bienestar Social, y gestionado por las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, que cuenta con un total de 11 plazas instaladas.

Durante 2006 se tramitaron un total de 19 solicitudes tanto al Centro de Acogida de Navarra como a otros centros para personas de Navarra en momentos en que no existía disponibilidad de plazas, o a personas residentes en Navarra con otra comunidad de origen. El Hogar Zoe estuvo con una ocupación completa de su capacidad, que incluso en momentos puntuales se aumentó para acoger temporalmente a personas necesitadas. Han residido en 2006 un total de 17 personas.

Se tramitaron desde el Programa 8 nuevas tarjetas sanitarias para adquisición de medicamentos a precio reducido, así como la reexpedición de las previamente vigentes.

Vigilancia Epidemiológica

- **Sistema de información.** Se ha mantenido por parte de la Sección de Enfermedades Infecciosas y Control de Brotes la actualización de casos de infección por VIH, SIDA, y la mortalidad asociada a SIDA como soportes básicos de información para el Programa.

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 250. 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

Se colabora desde el Programa en la revisión y evaluación de trabajos de investigación presentados a la Convocatoria anula de FIPSE (Fundación para la Investigación y la Prevención del SIDA en España).

Se organizaron dos talleres de formación para agentes de salud. El primero sobre Prevención de VIH en adolescentes en el que participaron 25 personas de diferentes centros y asociaciones relacionadas directamente con la prevención: CAM, centros educativos, ONG, servicios sociales...

En el segundo participaron 12 personas y el taller que impartió Stop Sida se centró en la prevención de VIH en hombres que tienen sexo con hombres.

Por último se colabora en la coordinación del estudio sobre consumo de recursos hospitalarios impulsado por el Plan Nacional sobre SIDA

5.8.1.2. 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 de alta morbimortalidad: Enfermedades Cardio – Cerebrovasculares, Diabetes, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Salud Mental y otras (Enfermedades Oncológicas, Enfermedades Neurodegenerativas...).

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:

1. 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.
2. Información y educación sanitaria de la población con los procesos crónicos priorizados que contiene un componente diagnóstico - terapéutico educativo importante.
3. 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 2006 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).
- 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" (2.398 ejemplares en castellano y 203 en euskera) y "La Enfermedad Obstructiva Crónica" (696 en castellano y 129 ejemplares en euskera).

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

5.8.2.1.1. DETECCIÓN PRECOZ DE METABOLOPATÍAS 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".

Con el paso de los años el Programa se ha mantenido con entidad propia y ha obtenido gran arraigo en la población por lo que se hace necesario una reordenación del mismo, así en el año 2003 se publica la Orden Foral de 10 de febrero por la que se reordena el Programa de Detección Precoz de Metabolopatías Congénitas, en la que para su evaluación el coordinador contará con la colaboración de la Sección de Detección Precoz del Instituto de Salud Pública.

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 cuando el niño tiene 2 días cumplidos, para la detección de TSH y fenilalanina.

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2006

Durante el año 2006 se han realizado 6.588 pruebas en los hospitales tanto públicos como privados de la Comunidad Foral de Navarra. Según los datos recogidos el porcentaje de niños a los que se les ha realizado la prueba se encuentra ligeramente por encima del 99% (99,04%).

Así mismo durante este año y a partir de la actividad desarrollada en el programa no se ha confirmado ningún caso de fenilcetonuria y un caso de hipotiroidismo congénito.

Durante este año se ha participado en el grupo de trabajo de cribado neonatal, constituido a instancia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, para analizar la situación de las actividades de cribado neonatal de enfermedades metabólicas congénitas en el ámbito de las Comunidades Autónomas.

5.8.2.1.2. DETECCIÓN PRECOZ DE HIPOACUSIAS EN EL RECIÉN NACIDO

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 2006 (No se incluye la información correspondiente a los nacidos en la Clínica Universitaria de Navarra).

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2006

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 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 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.
- Solicitud y concesión por parte del Departamento de Salud del proyecto de investigación: Evaluación de las otoemisiones acústicas automáticas como test de screening en un programa poblacional de detección precoz de la hipoacusia neonatal
- Participación como ponentes en:
 - Reunión de Responsables Autonómicos de Programas de Detección Precoz de Hipoacusia y Atención a la Deficiencia Auditiva Infantil. 7 de noviembre de 2006. Oviedo (Asturias). Programa de Detección Precoz de la Hipoacusia Neonatal en Navarra. María Ederra
- Presentación de comunicaciones:
 - XXIV reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Logroño, 4-6 de octubre de 2006. Resultados del programa de detección precoz de la hipoacusia neonatal (PDPHN) en Navarra en el periodo 1999-2006. M. Ederra Sanz, N. Ascunce Elizaga, A. Barcos Urriaga, J. Zbicaray Ugarteche, N. Erdozain Egüaras, A. Lekunberri Labiano, M. García Lopez.

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

Durante el año se han realizado 6650 Otoemisiones Acústicas y 61 Potenciales Evocados Auditivos en niños nacidos en el año. 18 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 2006 se han adaptado 13 audioprótesis y no se ha realizado ningún implantes cocleares a niños del Programa.

TABLA 5.37. ACTIVIDADES EN FASE DE DETECCIÓN Y CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA, 2006.

	ACTIVIDAD
Nº de niños a los que se ofrece la 1ª OEA	6.203
Total de OEA realizadas*	6.650
1ª OEA	6.183
2ª OEA	374
3ª OEA	93
Total de PEA diagnósticos *	61
Nº de niños enviados a estimulación precoz auditiva*	18
Nº de audioprótesis adaptadas**	13
Nº de implantes cocleares**	0

* en niños nacidos en el año.

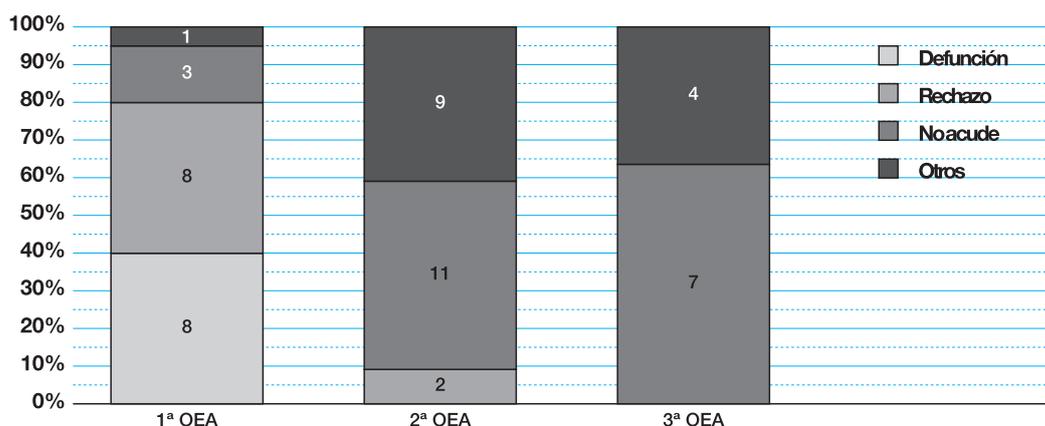
** realizados en el año.

RESULTADOS

Participación: La participación en la realización de la primera OEA en los nacidos en 2006 fue de 99,67%. La participación en segunda y tercera OEA fue, respectivamente, de 94,44% y 89,4%.

Las causas de pérdidas de niños se describen en el gráfico 5.9.

Gráfico 5.9. Otoemisiones acústicas (OEA) y causas de no realización. año 2006



Resultados del proceso de screening: La primera OEA ha permitido descartar hipoacusia en el 94% de los recién nacidos (gráfico 5.10). Al 6% ha sido necesario repetir una segunda y, al 28% de éstas, una tercera OEA. En definitiva, el 1,1% no ha superado ninguna de las tres OEA y ha sido necesario enviar para confirmación diagnóstica (PEA).

Resultados del diagnóstico (PEA): De los 61 PEA diagnósticos realizados, el 49% ha sido patológico. De las 30 hipoacusias detectadas durante el año 2006, el 46,67% corresponde a hipoacusias moderadas (umbrales auditivos entre 40 y 69 decibelios), siendo las graves-profundas (umbrales auditivos iguales o superiores a 70 decibelios) el 53,33% restante. (Gráfico 5.11).

En cuanto a la existencia de hipoacusia en uno o en los dos oídos, la distribución es la siguiente: 40% corresponde a hipoacusias unilaterales, y 60% a bilaterales. Las hipoacusias bilaterales resultan ser, además, de mayor gravedad que las unilaterales. En las bilaterales predominan las hipoacusias de grado grave-profundo sobre las moderadas (66% frente a 33%). Esta proporción es exactamente inversa en el caso de las hipoacusias unilaterales (33% de graves-profundas y 66% de moderadas). (Gráfico 5.12)

Gráfico 5.10. Resultados del Test de Screening 2006 (Otoemisiones acústicas, OEA)

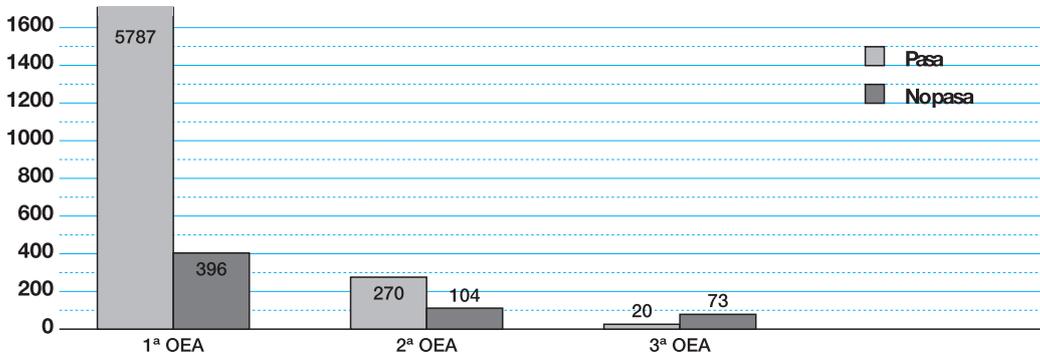


Gráfico 5.11. Grado de afección de las Hipoacusias detectadas. 2006

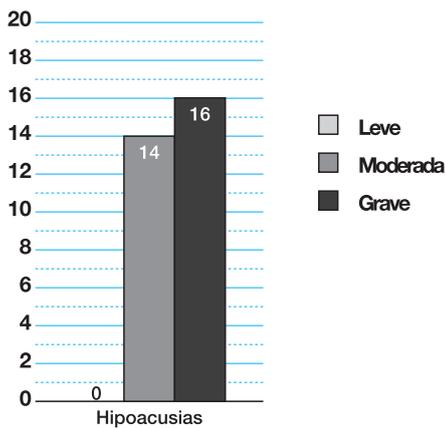
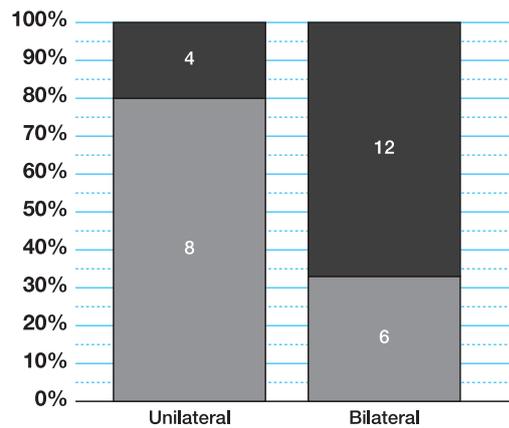


Gráfico 5.12. Grado de afección de las Hipoacusias detectadas según lateralidad. 2006



Tasas de detección: La tasa de detección total de hipoacusia es 4,85/1000 recién nacidos.

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

- >• Hipoacusia moderada: 2,26/1000 recién nacidos.
- >• Hipoacusia grave-profunda: 2,58/1000 recién nacidos.

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

- >• Hipoacusias Unilaterales: 1,94 / 1000 recién nacidos.
- >• Hipoacusias Bilaterales: 2,91 / 1000 recién nacidos.

5.8.2.1.3. VACUNACIONES

Durante el año 2006 la cobertura de la primovacunación de Difteria –Tétanos-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 al mismo nivel que la española.

La cobertura de vacuna triple vírica (sarampión rubéola y parotiditis) a los 15 meses de edad a alcanzado 99%, siendo ligeramente superior a la media española.

También al 89% de los niños se les administró el refuerzo (cuarta dosis) de Difteria –Tétanos-Pertusis acelular y Polio oral a los 18 meses de edad.

El 89 % de los niños de 1º de Educación Primaria recibieron una dosis de Difteria-Tétanos-Pertusis acelular y también el 89% de estos niños/as recibieron la segunda dosis de vacuna triple vírica.

Se ha suprimido la vacunación de Hepatitis B a los adolescentes que cursan 2º de ESO, ya que esta cohorte no fue vacunada de lactante.

Por último, el 80% 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.

Se modificó el Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra mediante Orden Foral 133/2006, de 13 de diciembre, de la Consejera de Salud.

La principal modificación se refiere a que incluye la vacunación universal frente a varicela a los 15 meses de edad, para todos aquellos niños nacidos a partir del 1 de enero de 2006. Además, serán vacunados frente a la varicela, a los tres años de edad, los niños nacidos a partir del 1 de enero de 2004 que no hayan pasado la citada enfermedad y que no hayan sido previamente vacunados.

Por otra parte se aplicará una segunda dosis de vacuna frente a la Varicela, a los tres años de edad, a todos aquellos niños nacidos a partir del 1 de enero de 2006, siempre que lo permita en ese momento la ficha técnica de la vacuna y se adelanta la aplicación de la segunda dosis de triple vírica a esta edad.

TABLA 5.38. COBERTURA VACUNAL (EN PORCENTAJE). NAVARRA Y ESPAÑA 2006

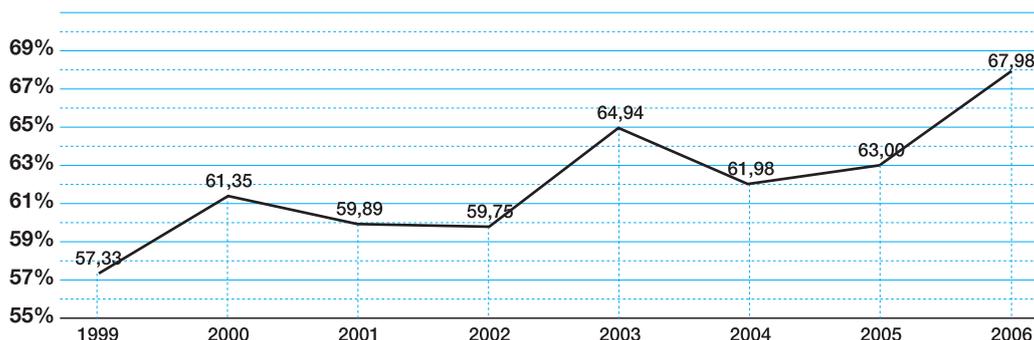
	2003		2004		2005		2006	
	ESPAÑA	NAVARRA	ESPAÑA	NAVARRA	ESPAÑA	NAVARRA	ESPAÑA	NAVARRA
POLIO	98	95	97	96	96	98	98	98
DTP/DTPa	98	95	97	96	96	98	98	98
HB Recién nacido	98	95	97	96	96	98	96	98
Antimeningocócica C	98	95	97	96	96	99	94	98
Triple Vírica	98	95	94	98	96	103	97	99
Hib	98	95	97	96	94	98	98	98
POLIO Refuerzo	96	95	94	92	95	95	95	89
DTPa Refuerzo.	96	95	94	92	95	95	95	89
Triple Vírica 2º disis					92	95	94	86
HB Adolescentes	81	97	77	96	81	96	79	*
Td 14 años					81	95	78	80

VACUNACIÓN ANTIGRI PAL

En la campaña de vacunación antigripal de 2006, se ha notificado la administración un total de 91431 dosis lo que representa un descenso respecto a la campaña anterior.

El principal grupo de riesgo, mayores de 65 años, ha recibido 71.188 dosis, lo que representa un incremento de 5.000 dosis respecto a la campaña de vacunación anterior. La cobertura de vacunación antigripal en este grupo de población ha experimentado incremento, pasando del 63% al 68%.

Gráfico 5.13. Evolución cobertura de vacunación Antigripal en mayores de 65 años. 1999/2006



Como en años anteriores la cobertura de vacunación antigripal en mayores de 65 años resulta muy desigual por zonas básicas de salud. Dieciocho zonas básicas no alcanzan la media de cobertura del conjunto de Navarra y el resto igualan o superan dicha cifra. Además, 31 zonas básicas, superan el objetivo de cobertura propuesto de vacunar a más del 70% de la población igual o mayor de 65 años.

TABLA 5.39. COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTIGRIपाल EN MAYORES DE 65 AÑOS POR ZONA BÁSICA, 2006

2006	> 65 AÑOS			2006	> 65 AÑOS		
	POBLACIÓN	VACUNADOS	COBERTURA		POBLACIÓN	VACUNADOS	COBERTURA
ALLO	1.478	1.101	74%	LEIZA	710	445	63%
ALSASUA	1.885	1.204	64%	LESACA	1.539	1.081	70%
ANCIN-AMESCOA	1.243	937	75%	LODOSA	2.817	1.707	61%
ANSOAIN	800	900	113%	LOS ARCOS	948	671	71%
AOIZ	731	604	83%	MENDILLORRI	1.339	638	48%
ARTAJONA	1.399	909	65%	MILAGROSA	3.066	1.820	59%
AZPILAGAÑA	2.367	1.773	75%	NOAIN	1.346	1.039	77%
BARAÑAIN	1.994	1.597	80%	OLITE	1.939	1.438	74%
BERRIOZAR	865	936	108%	ORCOYEN	656	443	68%
BUÑUEL	2.689	2.188	81%	PERALTA	2.603	1.914	74%
BURGUETE	679	445	66%	PUNTE LA REINA	1.427	1.062	74%
BURLADA	2.591	1.883	73%	ROCHAPEA	3.419	2.237	65%
CARCASTILLO	1.228	856	70%	SALAZAR	456	460	101%
CASCANTE	2.425	1.488	61%	SAN ADRIAN	2.753	2.058	75%
CASCO VIEJO	2.750	1.868	68%	SAN JORGE	1.620	1.299	80%
CHANTREA	4.559	3.316	73%	SAN JUAN	5.826	3.558	61%
CINTRUENIGO	1.872	1.380	74%	SANGUESA	2.535	1.735	68%
CIZUR-ECHAVACOIZ	1.526	1.049	69%	SANTESTEBAN	961	749	78%
CORELLA	2.094	1.224	58%	TAFALLA	2.543	1.784	70%
ECHARRI-ARANAZ	1.279	799	62%	TUDELA ESTE	2.922	2.188	75%
ELIZONDO	2.115	1.125	53%	TUDELA OESTE	2.186	1.363	62%
ERMITAGAÑA	1.892	1.290	68%	ULZAMA	696	504	72%
ESTELLA	2.866	2.002	70%	VALTIERRA-CADREITA	3.072	2.055	67%
HUARTE-PAMPLONA	1.102	953	86%	VIANA	958	734	77%
II ENSANCHE	4.782	2.861	60%	VILLATUERTA	779	775	99%
IRURZUN	1.419	1.085	76%	VILLAVA	1.371	986	72%
ISABA	355	238	67%				
ITURRAMA	3.245	2.845	88%	TOTAL	104.717	73.599	70,28%

5.8.2.1.4. 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 2006 se ha apoyado el trabajo de educación para la salud con familias desde los centros de salud y otros servicios y entidades sociales, incluida:

- Elaboración y distribución de un material informativo – educativo “Vuelta al cole con salud” dirigidos a madres y padres y enviado a los centros educativos para distribuir en las reuniones de clase de inicio del curso
- Colaborar con el grupo de trabajo de pediatría de Atención Primaria en la elaboración y edición del folleto “Cuando una pareja se separa” material informativo - educativos dirigidos a madres, padres y educadores para abordar esta crisis psicosocial de gran repercusión en la infancia. Se han editado 5.000 ejemplares en castellano y 1.000 ejemplares en euskera.
- Envío a demanda de materiales de apoyo a profesionales: Guías de Salud y Desarrollo Personal, Educación Parental, cuaderno y/o otros materiales de apoyo, Banco de proyectos... y asesoramiento.

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: Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud (REEPS), Material educativo par primer ciclo de la ESO, Jornadas de intercambio de experiencias, 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, Resolución 1321/2005 de 20 de diciembre), 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), 6 adheridos en el 2005 (3 de Educación Infantil y Primaria, 2 de Educación Secundaria y 1 de Especial) y 2 incorporados en el 2006. Se han realizado reuniones de seguimiento en cada uno de los centros y se les ha facilitado los recursos de apoyo acordados en dichas reuniones, que en cada caso han sido diferentes, incluyendo apoyo documental, acceso a formación, edición de revista, asesoría, acceso a fuentes de información, etc.

En la actualidad son 19 los centros escolares de la REEPS:

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

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.

- Organizar unas Jornadas de Intercambio de Experiencias entre centros de la red y otros centros interesados, a celebrar en marzo de 2007.

A lo largo de 2006, se ha continuado el Plan de Universidad Saludable con la Universidad Pública de Navarra (UPNA) para el desarrollo de actividades de promoción de salud en la Universidad. El acuerdo UPNA - Sección de Promoción de Salud 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 2006-2007, cuyas actividades han comenzado a realizarse. Así mismo, en 2006, se ha llevado a cabo 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).

El estudio ha sido cofinanciado entre el ISP y la UPNA, y se ha realizado con el apoyo de la Fundación Bartolomé de Carranza. La población estudiada ha incluido un total de 1317 personas entre los tres sectores universitarios. Dicho estudio se presentará en 2007.

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.

5.8.2.2. 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 2006, se completó la 8ª vuelta del programa y se inició la novena.

ACTIVIDADES EN EL AÑO 2006

1. Actividades generales

Como más significativas se señalan:

- Planificación y programación de la 9ª vuelta del programa, con la inclusión de las nuevas cohortes (mujeres nacidas en 1961 y 1962).
- Durante el verano de 2006, coincidiendo con el cambio de vuelta se realizó un expurgo del archivo. Se destruyeron todas las mamografías de mujeres que hubieran sido dadas de baja como mínimo 10 años previa comunicación por carta a cada una. A las que las solicitaron se les remitió. En total se destruyeron aproximadamente 15.000 historias.
- Programación de actividades realizándose la gestión de personal: calendarios, turnos, gestión de ausencias, sustituciones etc.

Durante este año 2006 se realizó la incorporación de personal administrativo tras la resolución del concurso oposición correspondiente, así como los traslados de Técnicos Especialistas en Radiología del último concurso.

- Gestión de materiales, control, pedidos, facturación etc.
- Desarrollo, con carácter sistemático, del Programa de Control de Calidad de Imagen según la Guía Europea de Garantía de Calidad en Cribado Mamográfico.
- Con carácter extraordinario con el personal y recursos del programa (unidad móvil) se realizaron mamografías a las mujeres en lista de espera del Hospital García Orcoyen de Estella.
- Participación en la Comisión de Garantía de Calidad en Radiodiagnóstico del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Participación en el grupo de trabajo para la realización de un estudio sobre la utilización de la prueba complementaria "mamografía" en el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Durante el año 2006 se solicitaron y concedieron los siguientes proyectos de investigación:
 - Determinantes de la densidad mamográfica en las mujeres participantes de los programas de detección precoz del cáncer de mama en España (DDM-Spain)
 - Análisis de la probabilidad acumulada de al menos un falso positivo en el cribado mamográfico en España en la indicación de alguna exploración adicional invasiva (paaf, core-biopsia o biopsia quirúrgica)
- Publicaciones:
 - Breast cancer screening programmes in 21 countries: delivery of services, notification of results and outcomes ascertainment. Jean-Luc Bulliard. European Journal of Cancer. 2006: 119, 1158-1163
 - La importancia del diagnóstico precoz como forma de control del cáncer de mama. Ascunce N. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2006, 19 (2) 56-61
 - Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Navarra: Principales resultados. Ascunce N. Revista de Senología y Patología Mamaria. 2006, 19 (3) 88-89
 - Modulation of biomarkers expression (OR, PR and C-erbB2) in breast cancer following neoadjuvant treatment. Córdoba A, Ederra M, Ariceta I, Gomez ML, Arrechea MA, De Llano P, Martínez Peñuela JM. An Sist Sanit Navar. 2006 Sep-Dec; 29(3):349-56. Spanish. Capítulo 4: Indicadores para la valuación en: Implantación y evaluación de programas poblacionales de cribado. 3ª monografía de la Sociedad Española de Epidemiología. Ascunce N. Sociedad Española de Epidemiología 2006. ISBN: 84-689-5779-8

- Epidemiological guidelines for quality assurance in breast cancer screening Broeders M., Nystrom L, Ascunce N, Riza E, Becker N, Tornberg S, Ponti A. en: European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Fourth Edition. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, von Karsa L, Puthaar E (eds). European Commission. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2006 (ISBN 92-79-01258-4)
- Rueda JR; Sarriugarte G; Michelena MJ; Ascunce N; Izarzugaza I; Rodríguez C. Información necesaria para el análisis del impacto del programa de detección precoz del Cáncer de Mama. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2006. Informe nº Osteba D-06-02 (ISBN: 84-457-2463-0)
- Participación como ponentes en:
 - X Jornada sobre el Cáncer de Mama. Institut Municipal d'Assistència Sanitària-Programa de Detecció Precoc del Cáncer de Mama. Reducción de la mortalidad por Cáncer de Mama. Programa de Detección Precoz de Mama de Navarra. N. Ascunce
Barcelona 10 de marzo de 2006.
 - XXV Congreso de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Planificación y resultados del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Navarra. N. Ascunce. Cáceres, 19-21 de octubre de 2006.
 - I Jornada de Encuentro de Unidades de Cribado del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama. Organización, evaluación y resultados del Programa de detección precoz de cáncer de mama en Navarra. N. Ascunce. Mérida, 28 de noviembre de 2006
- Presentación de comunicaciones:
 - Annual Meeting of the European Cancer Network (ECN). Budapest, Hungría: 23-25 de febrero de 2006. Changes on mortality from breast cancer in Navarre (Spain) after the introduction of the screening programme. Ederra Sanz M, Ascunce Elizaga N, Barcos Urteaga A, Ardanaz Aicua E, Moreno Iribas C, Egues Olazabal N, Castilla Catalán J.
 - Biennial Meeting of the International Breast Cancer Screening Network (IBSN).
Ottawa, Canada: 11-12 de mayo de 2006. Impact of the screening programme on mortality from breast cancer in Navarre (Spain) in the period 1991-2004
Ascunce Elizaga N, Egues Olazabal N, Barcos Urteaga A, Moreno Iribas C, Ardanaz Aicua E, Ederra Sanz M, Castilla Catalán J.
 - XXXI reunión du groupe pour l'épidémiologie et l'enregistrement du cancer dans les pays de langue latine: ENCR annual meeting. Palma de Mallorca, 24-26 de mayo de 2006
Comparación del periodo pre-screening 1986-1990 vs periodo 1997-2001".
E Ardanaz, C Moreno, N Ascunce, Barcos A, M Ederra, N Egues, J Castilla
 - XXVIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica SERAM Y XXIII Congreso Interamericano de Radiología CIR. Análisis del retraso diagnóstico en mujeres con cáncer de mama ya sometidas a pruebas invasivas con anterioridad. Experiencia en el Programa de Screening de Navarra (1991-2005)". Zaragoza 26-29 de mayo de 2006. Maite Mellado Rodríguez, Alberto Murillo Espinal, Ana Osa Labrador, Luis Apesteguía Ciriza, Begoña Álvarez Galván.
 - XXIV reunión científica de la Sociedad Española de Epidemiología. Logroño, 4-6 de octubre de 2006. Evolución de la mortalidad por cáncer de mama en Navarra tras la introducción del programa de detección precoz. A Barcos, N Ascunce, M Ederra, E Ardanaz, C Moreno, J Castilla, N Egues.
- Participación como docentes:
 - Master Internacional de especialización en Mastología. Organizado por la Universidad Internacional Menéndez Pelayo y La Fundación de Estudios Mastológicos. Madrid. 7 de abril de 2006. N. Ascunce
 - Curso de Actualización en Técnicas de Mamografía. Organizado por el I.E.S. Sanitario y el Servicio de Salud Pública de Navarra. Pamplona. 15 a 26 de Mayo de 2006: 6 charlas
 - Ana Barcos: ¿Qué es un Programa de Screening? Bases del programa
 - Maite Mellado: Ecografía y Resonancia de mama
 - Ana Osa: Patología Maligna y Benigna de la mama
 - Nora Burgui: Tubo de Rx. Factores tecnológicos en mamografía
Control de calidad en un programa de Detección Precoz
 - Marta de la Llave: Película, pantalla, chasis. Formación de la imagen
Programa de DPCM de Navarra. Papel del TER
 - Noemí Magdalena: Posiciones básicas en mamografía

- Maider Esparza: Anatomía y fisiología de la mama
Posiciones complementarias en mamografía
- Olga Miró: Radioprotección

2. Actividades en fase de detección

Durante el año 2006 se han realizado las exploraciones de las mujeres residentes en las zonas de Alsasua-Etxarri, Ansoain, Aoiz, Artajona-Larraga, Barañain, Berriozar, Buñuel, Carcastillo, Cascante, Estella-Villatuerta-Amescoa, Galar-Potasas, Huarte, Irurzun, Mendillorri, Noain, Orcoyen, Peralta, Sanguesa, Tafalla-Olite, Tudela, Ultzama, Villava y lo códigos postales de Pamplona 31001, 31002, 31003, 31004, 31008, 31010, 31011, 31012, 31013, 31014, 31015, 31016. En total se han visitado 35 zonas que incluyen 473 municipios.

A lo largo del año 2006 se han enviado 46.761 citaciones y se han realizado 39.474 exploraciones (39362 de screening y 112 para adaptación a nueva zona de residencia) (Tabla 5.40)

En el mismo periodo se han realizado 2.331 revisiones intermedias (1.953 recomendadas por el propio programa y 278 a demanda de la mujer o su médico)

2.375 mujeres han vuelto a ser citadas en las correspondientes unidades para realizarse nuevas proyecciones y/o ecografía y 309 han sido enviadas a unidades hospitalarias para valoración diagnóstica y tratamiento en caso de confirmación de lesión maligna.

TABLA 5.40. ACTIVIDADES EN FASE DE DETECCIÓN, AÑO 2006 Y EVOLUCIÓN.

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Nº de zona (localidades incluidas)	33(441)	30 (322)	29 (481)	33(323)	29(469)	32(294)	35(473)
Nº de citaciones ^{(1) (2)}	39.181	37.936	37.387	41.529	41.216	43.163	46.761
Nº de mujeres exploradas	35.007	32.659	32.197	36.280	35.431	36.903	39.362
Nº de exploraciones para adaptación a nueva zona de residencia	40 ⁽⁵⁾	125	138	182	134	183	112
Nº de mujeres a las que se realiza una revisión intermedia	2.729	2.720	2.550	2.039	1.952	1.922	2.231
1 año	2.420	2.498	2.266	1.755	1.682	1.629	1.949
6 meses	3	0	5	3	4	13	4
solicitada	306	222	279	281	266	280	278
Nº de mujeres a las que se realiza pruebas complementarias ⁽³⁾	3.233	3.759	3.011	3.274	3.252	2.532	2.375
Nº de mujeres remitidas a Hospital para confirmación diagnóstica ⁽⁴⁾	229	311	277	311	346	332	309

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

(2) No permite calcular participación ya que no corresponde a citaciones válidas

(3) Incluye pruebas complementarias realizadas tanto después de exploraciones de screening como de revisiones intermedias.

(4) Fecha consulta hospital en el año

(5) Esta información se recoge desde mediados de este año. Hasta entonces se incluían en el apartado Revisión solicitada

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).

Durante este año 2006 se constituyó de forma oficial mediante Resolución del Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea el Comité de Oncología Mamaria del Hospital de Navarra en el que se incluye personal de la sección.

- Seguimiento activo de resultados: Revisión de archivos de consulta, radiología y anatomía patológica de ambos hospitales.

RESULTADOS

En relación a las exploraciones de screening efectuadas en el año 2006, 39474, se han realizado imágenes adicionales en el 5,35% (14,47 en el caso de primera exploración y 4,05 en el de sucesivas) (tabla 5.40).

En exploraciones de screening se han confirmado 135 tumores malignos (hay que tener en cuenta que en el momento de elaboración de este informe queda pendiente de confirmar el resultado de 24 mujeres). De ellos, 25 (18,52%) son intraductales, y 110 invasivos. De estos 47 (42,73%) son mínimos (T1mic, T1a, T1b). 79 (71,82%) de los tumores invasivos diagnosticados no presentaban invasión ganglionar en el momento de diagnóstico.

El 4,00% 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 de dos años.

En relación a las revisiones intermedias efectuadas, a 6,09% se les han realizado pruebas adicionales. Se han detectado 10 tumores malignos, 3 In situ y 7 invasivos.

En las revisiones solicitadas por presentar sintomatología se han detectado 12 tumores (cánceres de intervalo), 1 in situ y 11 invasivos.

TABLA 5.41. RESULTADOS DEL PROGRAMA. AÑO 2006

EXPLORACIONES	SCREENING			REVISIONES	
	INICIALES	SUCESIVAS**	TOTAL	INTERMEDIAS	SOLICITADAS
Nº de exploraciones	4.919	34.555	39.474	1.953	278
Nº de imágenes complementarias (recomendadas)	712	1.401	2.113	119	219
% compl.sobre total exploraciones	14,47	4,05	5,35	6,09	78,78
Nº de envíos a hospital	65	198	263	24	26
% envíos sobre total exploraciones	1,32	0,57	0,67	1,23	9,35
RESULTADOS GLOBALES					
Normal/P. Benigna	4.325	33.399	37.724	1940	258
Revisión Intermedia	561	1.019	1.580	0	6
% R. Intermedia sobre total exploraciones	11,40	2,95	4,00	0,00	2,16
Negativa a seguir proceso	4	7	11	1	0
Pendiente de resultado	8	16	24	2	2
Tumor maligno	21	114	135	10	12
% Tumor maligno sobre total envíos	32,31	57,58	51,33	41,67	46,15
% Tumor maligno sobre total exploraciones (*)	0,43	0,33	0,34	0,51	4,32
CARACTERÍSTICAS DE LOS TUMORES DETECTADOS					
In situ	4	21	25	3	1
Invasivos	17	93	110	7	11
Desconocidos	0	0	0	0	0
% TIS sobre total tumores	19,05	18,42	18,52	30,00	8,33
% T1mic+T1a+T1b sobre total tumores	47,62	32,46	34,81	50,00	16,67
% T1mic+T1a+T1b sobre invasivos	58,82	39,78	42,73	71,43	18,18
% T1sobre invasivos	82,35	88,17	87,27	100,00	63,64
INVASIÓN GANGLIONAR DE TUMORES INVASIVOS					
Negativo	14	65	79	7	6
% Neg sobre Invasivos	82,35	69,89	71,82	100,00	54,55

(*) No corresponde a tasa de detección. Faltan los tumores que se detecten en las correspondientes Rev. intermedias

(**) Incluye 112 exploraciones y 3 pruebas complementarias realizadas para adaptar a nueva zona de residencia

Datos calculados con información a fecha 20 de abril de 2007

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 2006 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, envío del material "En la madurez... guía educativa para promover la salud de las mujeres", el curso de formación sobre Metodología de Educación para la Salud grupal dirigido a profesionales de los Centros de Atención a la Mujer y la colaboración con los Centros de Atención a la Mujer y el Instituto Navarro para la Igualdad.

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 2006 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. Se han enviado 927 ejemplares del material "Cuidar y Cuidarse".

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).

Durante el 2006 se ha atendido la demanda existente tanto de asesorías a profesionales como de distribución de materiales para profesionales y para usuarios, enviándose 652 ejemplares del material "Envejecer con Salud" y 90 de "Osasune Zahartu".

5.8.2.5. PROMOCIÓN DE SALUD MINORÍAS ÉTNICAS E INMIGRANTE

5.8.2.5.1. MINORÍAS ÉTNICAS

Desde que se iniciara en 1988, 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 2006 dicho Programa ha mantenido la estructura y funcionamiento de años anteriores. En este último año se ha trabajado especialmente en una exhaustiva evaluación del programa iniciada en el último trimestre de 2005.

Se estima que la población que integra este grupo étnico en Navarra oscila entorno a las 6.000-7000 personas, (datos aportados por la Universidad Pública de Navarra), lo que representa algo más del 1% respecto de la población total de Navarra, agrupadas en unos 1000 hogares (lo que viene a significar una media de miembros por unidad familiar por encima de la media de Navarra).

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 lo que se refiere a deficiencias en la calidad de vida, (entre las que destacan las condiciones de vivienda, la pobreza), cuidados de salud, (fundamentalmente alimentación, ejercicio físico...) y utilización de Servicios de Salud, tanto de Atención Primaria como Especializada.

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.

Por todo esto, la estrategia principal del programa está basada en procesos de educación entre iguales y la mediación.

Las 16 zonas básicas sobre las que se ha intervenido en este último año son las siguientes: Rochapea, Chantrea, San Jorge (Buztintxuri), Ermitagaña, Echavacoiz, Barañain, Berriozar, Estella, Andosilla, Tafalla, Peralta, San Adrián, Lodosa, Tudela Este, Tudela Oeste y Carcastillo.

Durante 2006 trabajaron en el programa 12 agentes de Salud Comunitaria (11 mujeres y un varón).

De acuerdo a la actualización de datos que aportan de dichos Agentes Comunitarias, entre todas ellas agrupan un total de 860 familias integradas por aproximadamente 3.400 personas de etnia gitana, esta cifra viene a incluir al 50% de la población total estimada para Navarra. La intervención se ha realizado con 470 familias (55% del total). Hay que recordar que el Programa se dirige básicamente a población gitana que vive con dificultad el acceso a los servicios.

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 90%), captación del recién nacido, (90%) 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 2006 la cantidad otorgada fue de 137.537 euros, a través de las cuatro entidades que participan en el programa son: La Romaní 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 desde la Sección de Promoción de Salud 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, la supervisión trimestral de Agentes de Salud así como la actualización de los indicadores de evaluación y sistema de información del mismo.

El Programa sigue haciendo parte de la red de la Comunidad Europea Eurohealthnet sobre desigualdades en Salud, manteniendo actualizado el modelo de buena práctica. En 2006 se inicia su incorporación al Programa de la Oficina Regional Europea de la O.M.S. "Poverty and health: Case study development for integrating health and social services for the reduction of health inequalities among vulnerable groups". Ello conlleva un gran compromiso de coordinación e intercambio con otras Instituciones y Entidades Europeas.

5.8.2.5.2. POBLACION INMIGRANTE

Durante este año, la comisión sobre migraciones de la Dirección de Atención Primaria con la que desde la sección hemos trabajado este tema en años anteriores, y suspendida en 2003, no ha vuelto a convocarse. Por ello, no se han realizado nuevas actividades ni de formación ni de elaboración de materiales, sino la continuidad de las actuaciones que se venían realizando.

Dentro de la convocatoria de subvenciones, de las líneas presupuestarias "Convenios para programas de prevención y promoción de salud" y de "Convenios con ONG (SIDA)", se han subvencionado 9 proyectos relacionados con este tema, concedidas a las siguientes entidades y programas y con un total de 202.854 €:

- Asamblea Navarra de Cruz Roja Española, la cantidad de 2.404 € para el programa denominado "Apoyo psicológico a inmigrantes (Apoyo en transiciones vitales)
- Asamblea Navarra de Cruz Roja Española, la cantidad de 2.880 € para el programa denominado "Promoción de la salud mujer inmigrante"
- Alter Nativas, la cantidad de 1.563 € para el programa denominado "Lo invisible de las migraciones: estresores y factores de protección".
- Asociación de Inmigrantes Senegaleses de Navarra (AISENA), la cantidad de 1.800 € para el programa denominado "Programa de promoción de la salud en minorías étnicas".
- Asociación ESAIN (Estella Ayuda Inmigrantes), la cantidad de 1.640 € para el programa denominado "¡Alcohol!, cuánto menos mejor".
- Agrupación Intermunicipal de Servicios Sociales de Base Zona Básica de Artajona, la cantidad de 576 € para el programa denominado "Fomento del deporte y vida sana para niños inmigrantes".
- Ayuntamiento de Orkoien, la cantidad de 432 € para el programa denominado "Jornadas interculturales"
- Asociación Ecuatoriana Amazonas, la cantidad de 2.016 € para el programa denominado "Promoción de la salud".
- Comisión Ciudadana ANTISIDA de Navarra y Asociación SARE, para la realización del programa "formación de mediadores inmigrantes" la cantidad de 96.037 €, la cantidad de 94.506 €.

Respecto a la difusión de materiales impresos relacionados con población inmigrante, de los trípticos existentes sobre alimentación infantil en árabe y castellano, en 2006 se distribuyeron 461 ejemplares del tríptico *Preparación del biberón*, 491 del de *Papilla de cereales*, 505 del de *Puré de verduras* y 491 del de *Papilla de frutas*.

De los folletos "*Salud, Los Servicios Sanitarios*" editados en diversos idiomas, se distribuyeron a petición de equipos de Atención Primaria 424 ejemplares en castellano, 212 en árabe, 122 en francés, 127 en inglés y 192 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 (PFAST) 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.

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 Instituto 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
- 2 Cursos *“Ayude a su paciente a dejar de fumar: Metodología en Educación para la Salud Grupal”*, de 12 horas de duración, dirigido a profesionales de Atención Primaria y Salud Laboral. En total han recibido formación 50 profesionales de distintas especialidades.

Asesoría y consultas

Con la entrada en vigor el 1 de enero de 2006 de la Ley Estatal 28/2005, de limitaciones del consumo de tabaco en lugares cerrados, las actividades de asesoría y consulta se han incrementado notablemente. Así, se pueden estimar en alrededor de 4.200 asesorías y 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 (<http://www.cfnavarra.es/sintabaco/>) y otros en formato electrónico. En muchos casos conlleva el envío de documentación y/o materiales.

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, dichas ediciones y reediciones se explicitan en el capítulo 5.8.4.2.

Envíos

- 282 ejemplares del folleto *“Da un nuevo aire a tu vida”*
- 4.465 ejemplares del folleto *“Dejar de fumar, puede conseguirlo”*
- 479 ejemplares del folleto *“Tabakoa utzi, lortuko duzu!”*
- 652 ejemplares del folleto *“Tu decisión me afecta”*
- 5 ejemplares del folleto *“Zure erabakiak badu eragina niregan”*
- 958 ejemplares de *“Debekatua 18 urtetik beheitikoei tabakoa saltzea - Prohibida la venta de tabaco a menores de 18 años”*.
- 570 ejemplares de *“Debekatua 18 urtetik beheitikoei tabakoa saltzea (pegatina)”*.
- 1.040 ejemplares de *“Erretzailleentzako eremua - Zona para fumar (Euskera)”*.
- 3.136 ejemplares de *“Erretzea debekatua - Prohibido Fumar (Euskera)”*.
- 1.969 ejemplares de *“Erretzea debekatua horretarako eremuetan izan ezik - Prohibido fumar excepto en las zona habilitadas”*.
- 871 ejemplares de *“Hemen librea da erretzea - Se permite fumar (Euskera)”*.
- 2.802 ejemplares de *“Prohibida la venta de productos de tabaco a menores de 18 años”*.
- 1.768 ejemplares de *“Prohibida la venta de tabaco a menores de 18 años (pegatina)”*.
- 12.590 ejemplares de *“Prohibido Fumar”*.
- 4.180 ejemplares de *“Prohibido fumar excepto en zonas habilitadas”*.
- 5.364 ejemplares de *“Se permite fumar”*.
- 4.042 ejemplares de *“Zona para fumar”*.

Subvenciones

En el marco de la convocatoria de subvenciones a otras instituciones y programas de salud por Resolución 1850/2005, de 28 de noviembre, del Director General de Salud, en la línea de "Subvenciones de proyectos y actividades de las entidades locales (tabaco), se evaluaron tres proyectos con los criterios y procedimientos establecidos, denegándose la subvención a dos proyectos por no ser pertinentes con la filosofía, bases y/o planteamientos de esta línea y subvencionándose a uno en parte o en su totalidad con una cantidad total de 1.500 €. Para la línea "Subvenciones de proyectos y actividades de las organizaciones sin ánimo de lucro (tabaco)", se evaluaron 14 proyectos con los criterios y procedimientos establecidos, denegándose dicha subvención a 3 proyectos por no ser pertinentes con la filosofía, bases y/o planteamientos de esta línea y subvencionándose a 11 en parte o en su totalidad con una cantidad total de 18.410 € .

5.8.3.2. ALIMENTACIÓN, EJERCICIO FÍSICO Y ESTRÉS

Como estilos de vida, durante el año 2006, 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 2005 se estableció 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 durante 2006 se han realizado las siguientes actividades:

- Grupo formador Atención Primaria – Salud Pública: coordinación para realización de sesiones y preparación de las mismas.
- Organización y realización de 26 sesiones de formación en los centros de salud: La cobertura durante el 2006 ha ascendido a 28 centros de salud y 318 participantes (profesionales de medicina, enfermería y trabajo social) con evaluación 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 2006 se han mantenido servicios de asesoramiento y apoyo a quienes realizan trabajo informativo – educativo sobre estilos de vida.

Se han atendido las demandas de materiales existentes, distribuyéndose:

Materiales para profesionales:

- 7 ejemplares de *carpetas de Estilos de Vida*.
- 7 protocolos para profesionales: *Educación y comunicación en consulta individual*.
- 72 revistas de *Promoción de Salud, acciones colectivas y comunitarias*.
- 11 ejemplares de *Educación en Salud 1, experiencias de educación para la salud en atención*.
- 112 ejemplares de *Estilos de Vida, guía educativa breve*.

Materiales para población:

- 276 ejemplares de *"El Ejercicio físico - Ariketa fisikoa (Euskera) (Folleto)"*.
- 444 ejemplares de *"El Ejercicio físico - Ariketa fisikoa (Euskera) (Tríptico)"*.
- 1.678 ejemplares de *"El Ejercicio físico (Folleto)"*.
- 2.947 ejemplares de *"El Ejercicio físico (Tríptico)"*.
- 256 ejemplares de *"El Estrés - Estresa (Euskera) (Folleto)"*.
- 534 ejemplares de *"El Estrés - Estresa (Euskera) (Tríptico)"*.
- 1.798 ejemplares de *"El Estrés (Folleto)"*.
- 2.862 ejemplares de *"El Estrés (Tríptico)"*.
- 443 ejemplares de *"La Alimentación - Elikadura (Folleto) (Euskera)"*.
- 730 ejemplares de *"La Alimentación - Elikadura (Tríptico) (Euskera)"*.
- 2.203 ejemplares de *"La Alimentación (Folleto)"*.
- 3.998 ejemplares de *"La Alimentación (Tríptico)"*.
- 80 juegos de cartas *"Los alimentos - Janariak"*
- 12.821 ejemplares del díptico *"Verano, calor y salud"*
- 2.875 ejemplares del díptico *"Verano, calor y salud - Uda, beroa eta osasuna (Euskera)"*

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

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 de diversos servicios en educación y promoción de la salud. Durante el 2006 las actividades realizadas han sido:

- Curso de Metodología en Educación para la Salud grupal dirigido a profesionales de Centros de Atención a la Mujer (2 y 9 de jun.).
- Curso "Ayude a su paciente a dejar de fumar": Curso de Metodología en Educación para la Salud grupal dirigido a profesionales de centros de salud y servicios de salud laboral (20 y 27 de enero).
- Sesión "Promoción de la salud en el ámbito laboral": habilidades en consejo educativo sanitario (4 horas, 23 de noviembre de 2006).
- Curso de metodología en Educación para la Salud grupal dirigido a residentes de Medicina Familiar y Comunitaria (11, 12 y 13 de diciembre).
- Curso de Autoprotección en Trabajo Familiar: Enfermedades Infecto-contagiosas. Federación Navarra de Municipios y Concejos, Pamplona, 20 de septiembre de 2006.

Elaboración de materiales de apoyo a la formación: Manual de formación en Educación para la Salud.

5.8.4.2. INFORMACIÓN, DOCUMENTACIÓN Y SUMINISTRO DE MATERIALES

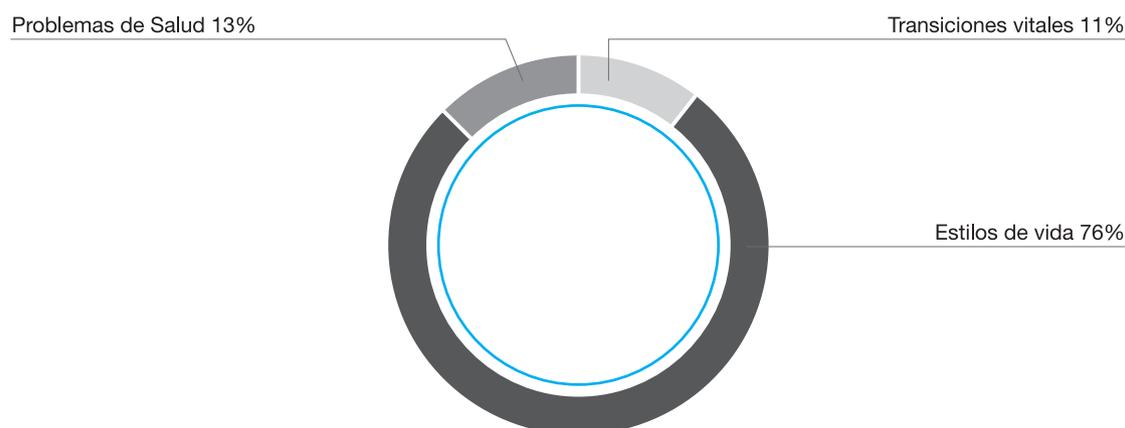
Envío de materiales para la población

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 2006 se han atendido 1.278 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.** 3.440 ejemplares, fundamentalmente: "Envejecer" (742). "Calendario del Desarrollo del niño y de la niña" (857), y "Cuidar y Cuidarse" (932), entre otros.
- **Estilos de vida.** 43.859 ejemplares: Alimentación, Ejercicio, Estrés, Tabaco, etc.
- **Problemas de Salud.** 24.718 ejemplares, fundamentalmente: Procesos Crónicos (diabetes y EPOC), pero también algunos problemas agudos (gripe, catarros y resfriados, vómitos y diarreas).

Gráfico 5.14. Proporción de material distribuido según área de trabajo. 2006



También se han distribuido otros ejemplares de folletos editados por otras entidades, fundamentalmente el Instituto de la Mujer (1.353 ejemplares).

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 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 942 ejemplares. Los de mayor frecuencia han sido:

- *Como ayudar a su paciente a dejar de fumar* (627)
- *Estilos de vida. Guía educativa breve* (117)
- *Promoción de Salud. Acciones colectivas y comunitarias* (72)
- *Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes* (37)
- *Ayudar a dejar de fumar. Protocolo de actuación para profesionales* (30)
- *Ayudar a crecer. Guía educativa para trabajar con grupos de padres y madres* (20)
- *Educación en Salud I y II. Experiencias de Educación para la Salud en Atención Primaria* (17)
- *En la madurez. Guía Educativa para promover la Salud de las Mujeres* (12)
- *Carpeta Estilos de vida* (7)
- *Protocolos para Profesionales. Educación y Comunicación en consulta individual* (7)
- *Educación en Salud III. Etapas vulnerables* (5)
- *Introducción Educación en Salud* (2)
- *Guía "Estilos de vida"* (1)

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 Navarro para la Igualdad, 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.
- Colaboración con el sindicato de enfermería en la formación en educación para la salud. Elaboración de temas y preguntas para temario y curso de formación para oposición:
 - Tema 68: Atención de enfermería a la persona adulta. Actividades preventivas y de promoción de salud. Educación sanitaria. Hábitos saludables.
 - Tema 69: Educación sanitaria. Concepto y modelos. Tipos de Intervención. Educación para la salud individual y grupal. Campañas de información sanitarias.
- Revisión del libro verde de la Unión Europea. Fomentar una alimentación sana y la actividad física: una dimensión europea para la prevención del exceso de peso, la obesidad y las enfermedades crónicas.
- Informe para Plan de Acción "Un mundo apropiado para niños y niñas", Dirección General de Familia.
- Colaboración en Jornadas sobre Interculturalidad de la UPNA: envío de proyectos, materiales – guía, etc.
- Informe Actividades Tercera Edad, para Plan Gerontológico.
- Colaboración con la Fundación Centro de Recursos Ambientales de Navarra (CRANA) y Departamentos de Educación, Agricultura, Ganadería y Alimentación e Industria y Tecnología, Comercio y Trabajo y distintas entidades sociales en la Guía de Alimentación.
- Colaboración con la Fundación Centro de Recursos Ambientales de Navarra (CRANA) y otros Departamentos en el "Plan de la Bicicleta de Navarra".

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

- Colaboración con Comunidades Autónomas vecinas: Aragón, País Vasco, La Rioja y otras:
 - Jornada de presentación de la experiencia navarra de Educación y Promoción de Salud en Atención Primaria y discusión de líneas de avance en CCAA, 14 de febrero de 2006.
 - Artículo, "Modelos de buena práctica y evidencia de la educación para la salud en Atención Primaria de Salud" para la revista "red de salud", revista aragonesa de promoción y educación para la salud.
 - Colaboración en edición del 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 Comunidad Autónoma del País Vasco (CAPV).

Participación en la mesa redonda “El futuro de la Promoción de Salud en España”, de la X Jornadas de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud y I Reunión de Redes Españolas de Promoción de Salud. 9 y 10 de noviembre de 2006.

- Colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo y otras Comunidades Autónomas: asistencia a diversas reuniones y grupos de trabajo, como “Formación en Promoción y Educación para la Salud” y “Minorías Étnicas” y participación en jornadas y mesas redondas.
- Participación en el desarrollo de SIPES, Sistema de Información en Promoción y Educación para la Salud.
- Colaboración con la sociedad española de Medicina Familiar y Comunitaria. Redacción de dos artículos para incluir en la 3ª edición de la guía de actuación en Atención Primaria.
- Participación en el Comité Permanente del Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP), de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC).
- Participación en el Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBER) de Epidemiología y Salud Pública.

5.8.4.5. APOYO ECONOMICO A PROYECTOS

Subvenciones a proyectos. En el marco de la convocatoria de subvenciones a otras instituciones y programas de salud por Resolución 1850/2005, de 28 de noviembre, del Director General de Salud, en la línea de “Desarrollo de programas de prevención y promoción de la salud”, se evaluaron 211 proyectos con los criterios y procedimientos establecidos, resolviéndose denegar las subvenciones a 17 proyectos por no ser pertinentes con la filosofía, bases y/o planteamientos de esta línea y subvencionar a los 194 restantes, en parte o en su totalidad con una cantidad total de 214.631 €.

Para la línea de “Subvenciones de proyectos y actividades de las entidades locales (tabaco)”, se evaluaron 3 proyectos con los criterios y procedimientos establecidos, resolviéndose denegar las subvenciones a 2 proyectos por no ser pertinentes con la filosofía, bases y/o planteamientos de esta línea y subvencionar a uno en parte o en su totalidad con una cantidad total de 1.500 €.

Para la línea “Subvenciones de proyectos y actividades de las organizaciones sin ánimo de lucro (tabaco)”, se evaluaron 14 proyectos con los criterios y procedimientos establecidos, resolviéndose denegar las subvenciones a 3 proyectos por no ser pertinentes con la filosofía, bases y/o planteamientos de esta línea y subvencionar a 11 en parte o en su totalidad con una cantidad total de 18.410 €.

Para la línea de “Convenios para programas de minorías étnicas”, se evaluaron 4 proyectos con los criterios y procedimientos establecidos, se resolvió subvencionarlos, en parte o en su totalidad con una cantidad total de 137.537 €.

Para la línea de “Proyectos y actividades de las organizaciones sin ánimo de lucro relacionadas con la infección por VIH-SIDA”, se evaluaron 10 proyectos con los criterios y procedimientos establecidos, se resolvió denegar las subvenciones a 2 proyectos por no ser pertinentes con la filosofía, bases y/o planteamientos de esta línea y subvencionar a los 8 restantes, en parte o en su totalidad con una cantidad total de 349.494 €.

TABLA 5.42. SUBVENCIONES A PROYECTOS ISP 2006

	Nº		Nº
PROMOCIÓN DE SALUD		Osteomuscular	3
(varios temas en un mismo proyecto)	45	Diagnóstico comunitario participativo	1
ESTILOS DE VIDA	75	Primeros auxilios	2
Alimentación	11	Uso de medicamentos	3
Ejercicio Físico	29	Educación vial	1
Sexualidad	15	Transformación del conflicto	2
Seguridad y prevención de accidentes	1	Inteligencia emocional	1
Estrés/Bienestar	19	Celebración de Jornadas	4
TRANSICIONES VITALES	55	TABACO	13
Embarazo y parto	1	Proyectos y actividades de las entidades locales	2
Infancia /Educación parental	16	Proyectos y actividades de las org. sin ánimo de lucro	11
Juventud	7	MINORÍAS ETNICAS	4
Envejecer	17	Convenios para programas de minorías étnicas	4
Cuidar y Cuidarse	4	SIDA	8
Migraciones	8	Proyectos y actividades de las org. sin ánimo de lucro	
Exclusión	2	relacionadas con la infección por VIH-SIDA	8
OTROS	19		
Prevención de Enfermedades Degenerativas	2	TOTAL	219

5.8.4.6. OTRAS ACTIVIDADES

Edición y Reedición de materiales

MATERIALES DE ESTILOS DE VIDA (POBLACIÓN), EDICIÓN DE:

- 1.000 ejemplares de *"Manual de educación para la Salud"*.
- 5.000 ejemplares de *"Dales aire, date vida (Castellano) desplegable"*.
- 500 ejemplares de *"Dales aire, date vida (Castellano) póster"*.
- 1.000 ejemplares de *"Dales aire, date vida (Euskera) desplegable."*
- 100 ejemplares de *"Dales aire, date vida (Euskera) póster"*.

REEDICIÓN DE:

- 5.000 ejemplares de *"Dejar de Fumar Puede conseguirlo"*.
- 950 ejemplares de *"El Ejercicio físico - Ariketa fisikoa (Euskera) (Tríptico)"*.
- 7.950 ejemplares de *"El Ejercicio físico (Tríptico)"*.
- 2.000 ejemplares de *"El Estrés - Estresa (Euskera) (Tríptico)"*.
- 7.950 ejemplares de *"El Estrés (Tríptico)"*.
- 2.000 ejemplares de *"La Alimentación - Elikadura (Tríptico) (Euskera)"*.
- 8.000 ejemplares de *"La Alimentación (Tríptico)"*.
- 200 ejemplares de *"Salud XIV. La Salud Laboral de las Mujeres"*.
- 200 ejemplares de *"Salud XV. La Salud Mental de las Mujeres"*.

MATERIALES DE ESTILOS DE VIDA (PROFESIONALES), REEDICIÓN DE:

- 2.000 ejemplares de *"Estilos de vida. Guía Educativa breve"*.

OTROS MATERIALES (POBLACIÓN), REEDICIÓN DE:

- 5.700 ejemplares de *"Debekatua 18 urtetik beheitikoei tabakoa saltzea - Prohibida la venta de tabaco a menores de 18 años"*.
- 1.700 ejemplares de *"Debekatua 18 urtetik beheitikoei tabakoa saltzea (pegatina)"*.
- 6.000 ejemplares de *"Erretzailentzako eremua - Zona para fumar (Euskera)"*.
- 14.000 ejemplares de *"Erretzea debekatua - Prohibido Fumar (Euskera)"*.
- 6.000 ejemplares de *"Erretzea debekatua horretarako eremuetan izan ezik - Prohibido fumar excepto en las zona habilitadas"*.
- 6.000 ejemplares de *"Hemen librea da erretzea - Se permite fumar (Euskera)"*.
- 525 ejemplares de *"Pirámide de alimentos - Qué comer (cartel 138x84 cm.)"*.
- 18.000 ejemplares de *"Prohibida la venta de productos de tabaco a menores de 18 años"*.
- 6.000 ejemplares de *"Prohibida la venta de tabaco a menores de 18 años (pegatina)"*.
- 20.000 ejemplares de *"Prohibido Fumar"*.
- 20.000 ejemplares de *"Prohibido fumar excepto en zonas habilitadas"*.
- 300 ejemplares de *"Salud VI. La consulta ginecológica"*.
- 500 ejemplares de *"Salud XVIII. La salud en las mujeres inmigrantes"*.
- 20.000 ejemplares de *"Se permite fumar"*.
- 1.500 ejemplares de *"Tatuajes y piercing"*.
- 20.000 ejemplares de *"Zona para fumar"*.

MATERIALES DE PROBLEMAS DE SALUD (POBLACIÓN), REEDICIÓN DE:

- 20.000 ejemplares de *"Diarreas y vómitos"*.
- 5.000 ejemplares de *"Diarreas y vómitos - Beheitikoak eta goitikoak (Euskera)"*.
- 8.000 ejemplares de *"El Riesgo Cardiovascular"*.
- 2.000 ejemplares de *"El Riesgo Cardiovascular - Arrisku kardiobaskularra (Euskera)"*.
- 1.950 ejemplares de *"La Diabetes"*.
- 475 ejemplares de *"La Diabetes - Diabetea (Euskera)"*.
- 450 ejemplares de *"La enfermedad pulmonar obstructiva crónica - Biriketako gaixotasun obstruktibo kronikoa (Euskera)"*.
- 300 ejemplares de *"Salud IV. Las enfermedades de transmisión sexual"*.
- 300 ejemplares de *"Salud XI. Cáncer Ginecológico y de Mama"*.
- 300 ejemplares de *"Salud XVII. La salud en las mujeres con discapacidad"*.

MATERIALES DE TRANSICIONES VITALES (POBLACIÓN), EDICIÓN DE:

- 5.000 ejemplares de *“Cuando una pareja se separa”*.
- 1.000 ejemplares de *“Cuando una pareja se separa – Bikote bat banantzen denean (Euskera)”*.
- 6.000 ejemplares de *“Vuelta al cole con salud”*.
- 1.000 ejemplares de *“Vuelta al cole con salud - Osasun itzuli ikastetxera (Euskera)”*.

REEDICIÓN DE:

- 780 ejemplares de *“Calendario del desarrollo del niño y la niña de 0 a 18 meses (Euskera)”*.
- 450 ejemplares de *“Cuidar y cuidarse - Besteak zaintzea (Euskera)”*.
- 750 ejemplares de *“El duelo en los niños”*.
- 100 ejemplares de *“El duelo en los niños - Dolua haurrengan (Euskera)”*.
- 890 ejemplares de *“Envejecer con Salud”*.
- 350 ejemplares de *“Envejecer con Salud - Osasunez zahartu (Euskera)”*.
- 200 ejemplares de *“Salud IIa. Maternidad/Paternidad. El embarazo”*.
- 1.200 ejemplares de *“Salud V. La Menopausia”*.
- 700 ejemplares de *“Tu ser querido ha muerto”*.
- 140 ejemplares de *“Tu ser querido ha muerto - Maite zenuena hil da (Euskera)”*.
- 700 ejemplares de *“Vivir cuando un ser querido ha muerto”*.
- 140 ejemplares de *“Vivir cuando un ser querido ha muerto - Bizitza maite dena hil denan (Euskera)”*.

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 2006 se ha seguido manteniendo actualizada la página Web de la Sección de Promoción de Salud realizada en 2005, integrada en la del Instituto de Salud Pública. <http://www.cfnavarra.es/isp/promocion/inicio.html>

Programa de Gestión de Almacén

El programa de gestión del Almacén de Publicaciones de Promoción de Salud cumple un año de actividad de registro de entradas y salidas de material de apoyo a las actividades de la sección, de tal manera que ha permitido mejorar la gestión de stocks y la planificación de reediciones de material propio y los pedidos de material externo.

Colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo y con Comunidades Autónomas

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

Se continúa con el pilotaje e introducción de material editado por la sección en formato electrónico y el alta de usuarios en el sistema.

Docencia recibida

- Curso de atención a la comunidad: Programas de Salud Comunitaria. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). 30 horas, realizadas por tres profesionales de la sección.
- Curso de “Educación para la Salud”, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). 30 horas, realizadas por tres profesionales de la Sección.
- Curso de “Abordaje del Tabaquismo en Atención Primaria”, Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). Del 18 abril a 15 de julio de 2006. 100 horas, realizadas por dos profesionales de la sección.

Asistencia, Ponencias y Comunicaciones a Congresos

M^a José Pérez Jarauta y Margarita Echañuri. “El futuro de la Promoción de Salud en España”, X Jornadas de la Red Aragonesa de Proyectos de Promoción de Salud y I Reunión de Redes Españolas de Promoción de Salud. 9 y 10 de noviembre de 2006.

Maria Jesús Azagra. Asistencia al Congreso Nacional del Comité Nacional de Prevención y Tratamiento de Tabaquismo celebrado en Logroño en octubre de 2006.

5.9. LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA

Pese a que durante 2006 se recibieron 5738 muestras (un 4,9 % menos que en el año 2005), el número de análisis solicitado a estas muestras fue superior al de 2005. En concreto, se analizaron: 16.137 parámetros microbiológicos (5,2% más con respecto a 2005) y 31.361 parámetros físico-químicos (12,0% más con respecto a 2005); en total, 47.498 parámetros, lo que representa un 9,6% de incremento con respecto a 2005.

Las muestras en cuya afluencia se produjo el descenso procedieron de la Sección de Seguridad Alimentaria, en sus divisiones de control de alimentos y de PNIR (Plan Nacional de Investigación de Residuos). La disminución estuvo causada por la adopción de la nueva normativa europea sobre control alimentario. Debe considerarse que los nuevos criterios de inspección de alimentos tuvo una importante repercusión en el laboratorio: las muestras de alimentos dejaron de ser informativas, para convertirse en oficiales. Al trabajarse bajo este ámbito legal, la presencia de peritos de parte en el laboratorio, junto con otras circunstancias (caducidades, etc.), los procedimientos del laboratorio se tuvieron que adaptar a las nuevas necesidades.

En lo que se refiere al PNIR, la disminución de muestras presentadas por la Sección de Seguridad Alimentaria estuvo motivada por los acuerdos de intercambio de muestras. Dicha sección envió muestras a otros laboratorios, y, recíprocamente, otras Comunidades Autónomas remitieron sus muestras a nuestro laboratorio. Esta situación se ve reflejada en la aparición de nuevos clientes: los coordinadores del PNIR de Aragón, La Rioja, Cantabria, País Vasco y Asturias.

Al contrario que la Sección de Seguridad Alimentaria, el resto de usuarios aumentó el número de muestras remitidas, aunque esto no compensó la disminución citada en lo que se refiere a las muestras presentadas en el laboratorio. La situación es bien diferente si se considera el número de análisis realizados, cifra ésta que da una idea de la actividad global. En este sentido, se observa un notable aumento (12%) de las determinaciones físico-químicas, y un incremento tampoco despreciable (5%) de las microbiológicas. Esta tendencia al alza de la actividad del laboratorio (más análisis totales sobre menos muestras), es la misma que se había constatado en 2005. La implantación de técnicas como PCR en tiempo real y LC-MS/MS, ha contribuido en gran medida a la ampliación de la oferta del laboratorio, y al incremento de su actividad analítica.

También se aumentó el número de determinaciones que el laboratorio llevó a cabo en condiciones de urgencia. El número en 2006 fue de 289, frente a las 97 de 2005. La urgencia está motivada por alertas, brotes o animales sospechosos para la inspección. La prioridad solicitada por el cliente en estos casos es máxima, lo que produce, justificada e inevitablemente, ciertos inconvenientes prácticos en el laboratorio.

En los datos anteriores no se han computado los análisis de control de calidad internos, y los que requieren las validaciones que se realizan para cumplir los requisitos de calidad. El número total de análisis realizados en actividades de control interno y de validación se estima en 10.400.

Las solicitudes de nuevas determinaciones por parte de los usuarios tuvieron reflejo en la ampliación de las unidades del Laboratorio. En la Unidad de Análisis Químicos, se utilizó la técnica LC-MS/MS para desarrollar métodos de análisis de residuos de aminoglucósidos, anticoccidianos, y micotoxinas en diversas matrices, y se aplicó en rutina la determinación de herbicidas en aguas. También se adquirió el equipo de medida de actividad de agua, y se puso a punto la metodología para esta determinación. En la Unidad de Análisis Microbiológicos, se pusieron a punto métodos de análisis de Salmonella y Listeria en alimentos mediante PCR en tiempo real; también en esta Unidad, se incorporaron los requisitos de la nueva reglamentación sobre análisis microbiológicos de alimentos, y se redujo el

tiempo de análisis de los alimentos en conserva. Debe mencionarse, igualmente, que la actuación de la Unidad de Análisis Microbiológicos durante el brote de legionelosis del mes de junio, en coordinación con los Servicios del Instituto de Salud Pública, permitió identificar el origen del mismo en un plazo muy breve.

Lo que respecta al Sistema de Gestión del Laboratorio, se superó la auditoría anual de seguimiento cumpliendo los nuevos requisitos de la Norma UNE-EN -ISO/IEC 17025:2005. También se puso en vigor y se distribuyó a los clientes del Laboratorio una nueva edición del Manual de Calidad. De acuerdo con la tendencia de los últimos años, el número total de documentos de calidad ascendió durante 2006, en consonancia con el constante incremento de las actividades de calidad que se ejerce desde esta unidad funcional.

Por último, cabe mencionar que se continuó el proyecto de investigación “Aplicación de la cromatografía de líquidos acoplada a espectrometría de masas con triple cuádruplo al control de la seguridad Alimentaria. Creación de una base de datos espectral de compuestos de interés sanitario”. La transferencia de la metodología desarrollada en este proyecto permitió ampliar la oferta analítica del Laboratorio, como se ha concretado anteriormente.

ACTIVIDAD

Las tablas 5.43. y 5.44. describen los indicadores y los productos analizados, respectivamente.

TABLA 5.43. LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA. INDICADORES GENERALES DEL AÑO 2002-2006

TIPO ACTIVIDAD	2002	2003	2004	2005	2006
Nº MUESTRAS ANALIZADAS	5.990	6.113	6.463	6.143	5.738
Nº ENSAYOS FÍSICO-QUÍMICOS	20.600	22.320	26.023	27.987	31.631
Nº ENSAYOS MICROBIOLÓGICOS	12.439	11.609	11.648	15.338	16.137
Nº DE CONTROLES, CALIBRACIONES, VALIDACIONES	7.416	7.717	8.305	9.300	10.400
Nº DE OTRAS ACTIVIDADES ANALÍTICAS	36	57	1	1	1
Nº DOCUMENTOS DE CALIDAD	5.166	6.761	7.358	8.065	8.700
Nº ACTIVIDAD ADMINISTRATIVA (1)	6.724	6.942	7.377	7.100	6.854
IMPORTE ACTIVIDADES ANALÍTICAS (2)	410,90	455,9	559,8	604,4	605,9

(1) Boletines de análisis más documentos registrados.

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

La media mensual de muestras recibidas en el laboratorio ha sido de 478 durante el año 2006, con un máximo en el mes de mayo, de 644 y un mínimo en el mes de julio, de 293.

TABLA 5.44. LABORATORIO DE SALUD PÚBLICA. DISTRIBUCIÓN DE MUESTRAS ANALIZADAS SEGÚN PRODUCTOS, 2006

	2006	
	Nº	%
ALIMENTOS	1.946	33,9
Carnes, aves, caza, etc.	827	13,5
Pescados, mariscos, etc.	26	0,4
Huevos y derivados	89	1,4
Leche y productos lácteos	46	0,7
Aceites y grasas	10	0,2
Harinas y derivados de cereales	24	0,4
Hortalizas y derivados	45	0,7
Platos preparados	853	13,9
Varios	26	0,4
AGUAS Y HIELOS	3.354	58,5
OTRAS MUESTRAS	438	7,6
Muestras biológicas	193	3,1
Piensos, fertilizantes, plaguicidas	31	0,5
Productos químicos y farmacéuticos	17	0,3
Control de calidad	174	2,8
Identificación microorganismos	3	0,0
Varios	20	0,3