

Navarra



**Gobierno
de Navarra**

1. Características socioeconómicas y demográficas de la población

El contenido de este apartado es la descripción de la población de la comunidad autónoma junto con sus características socioeconómicas fundamentales en el contexto del país (población, evolución reciente, renta, ocupación...)

Además se facilitarán los datos oficiales mas recientes de referencia para la población indicando la fuente (censo/padrón municipal), así como, el dato de población que proporciona la tarjeta sanitaria individual de la comunidad autónoma.

En la medida que sea posible se desagregarán los datos por sexo, edad y nacionalidad.

Características socioeconómicas de la población navarra

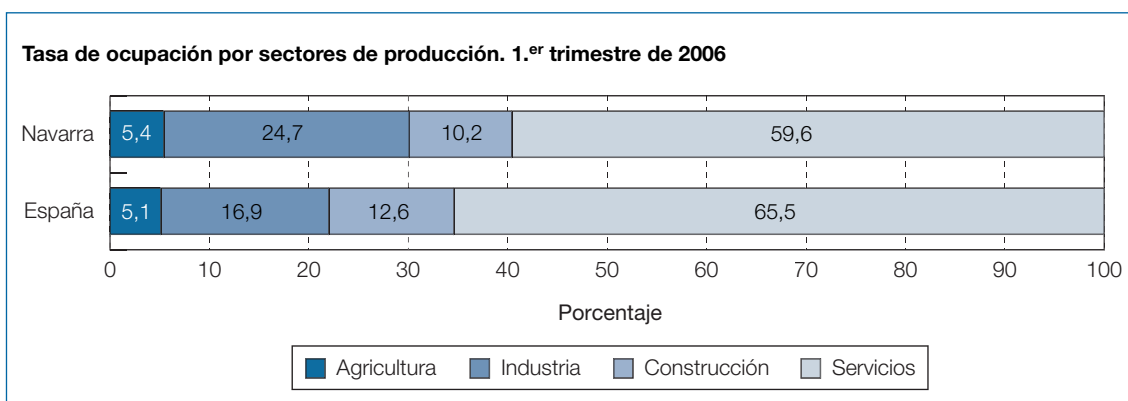
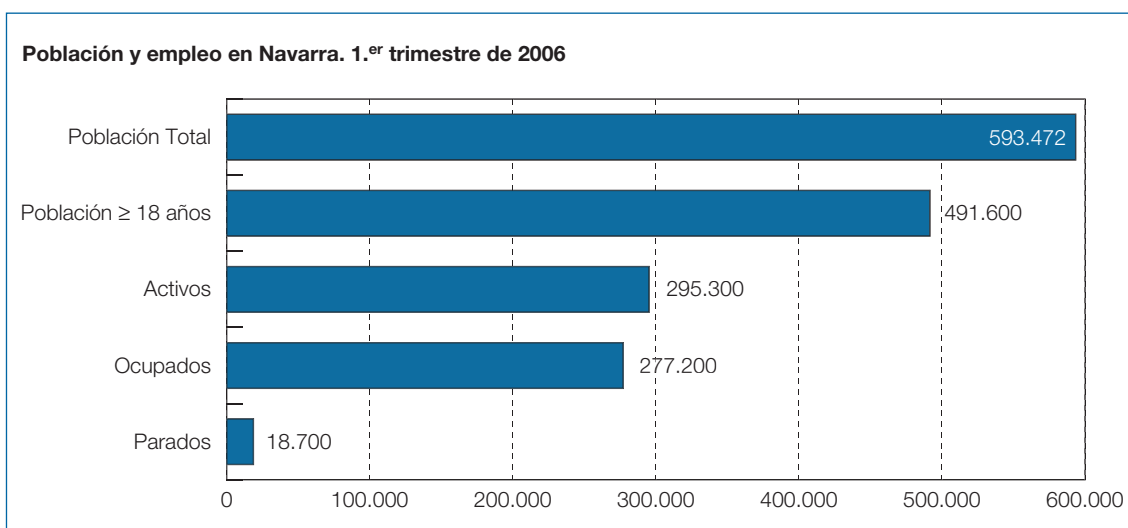
Población

Población por tramos de edad y sexo. Indicadores de población						
	1975	1981	1986	1991	1996	2001
Población	486.718	509.002	515.900	519.277	520.574	555.829
Tasa de crecimiento anual	0,87	0,26	0,13	0,05	1,19	
Índice de masculinidad	0,99	0,99	0,99	0,99	0,98	99,14
Densidad de la población	46,84	48,98	49,65	49,97	50,10	53,49
Índice de juventud de la población activa	25,92	23,97	20,85	17,35	14,29	13,72
Índice de tendencia	98,67	90,57	75,36	83,05	94,21	109,36
Edad media	33	34	36	38	40	41
Tasa bruta de natalidad	17,85	13,12	10,02	9,22	9,28	8,47
Tasa bruta de mortalidad	8,97	8,09	8,05	8,70	9,01	8,66
Pob. 15-64 años	63,09	64,05	65,84	67,29	68,33	68,18
Índice de envejecimiento	11,00	11,98	13,31	15,36	17,38	18,10
Pob. <20 años	34,35	32,41	28,95	25,36	21,52	19,02
Pob. 20-59 años	50,17	51,13	52,41	53,76	55,64	58,48
Pob. >59 años	15,48	16,46	18,65	20,88	22,84	22,49
Pob. >64/<15 años	42,42	49,96	63,85	88,53	121,66	131,96
Pob. >59/<20 años	45,06	50,80	64,42	82,35	106,15	118,27
Pob. <15 y >64/15-64 años	58,51	56,12	51,88	48,62	46,34	46,67
Pob. <20 y >59/20-59 años	99,34	95,57	90,81	86,01	79,73	70,98
Pob. <15/15-64 años	41,08	37,42	31,66	25,79	20,91	20,12
Pob. <20/20-59 años	68,48	63,37	55,23	47,17	38,68	32,52
Pob. >64/15-64 años	17,43	18,70	20,22	22,83	25,43	26,55
Pob. >59/20-59 años	30,86	32,19	35,58	38,84	41,06	38,46
Pob. 20-24/60-64 años	169,18	178,96	155,18	146,34	146,45	165,56
Pob. 20-29/55-64 años	158,97	150,89	145,17	145,64	155,68	156,04

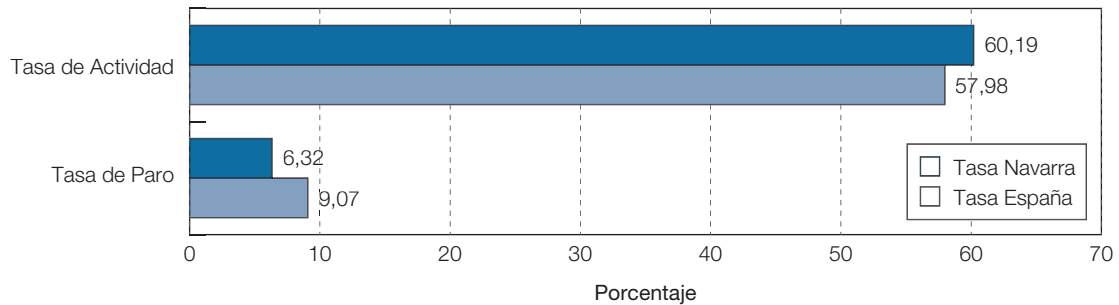
La población de Navarra alcanzó los 593.472 habitantes, según datos obtenidos del Padrón de Habitantes en enero de 2005, lo que supone que respecto a enero de 2004, ha crecido en 8.738 personas, es decir, un 1,5%. Son cifras de la Revisión del Padrón Municipal, declaradas oficiales por el Gobierno de España mediante el Real Decreto 1358/2005, de 18 de noviembre (BOE n.º 287, de 1/12/2005).

Ocupación

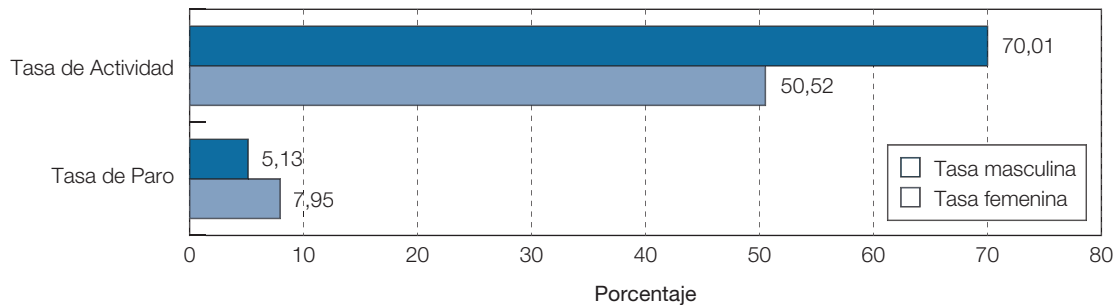
El número de activos en Navarra en el primer trimestre de 2006 es de 295.900, lo que representa un 60,19% del total de la población de más de 16 años. Los ocupados suman 277.200, de los cuales 162.100 son hombres y 115.100 mujeres, con una tasa de actividad del 70,01% y 50,52% respectivamente. La tasa de paro total en la Comunidad Foral es del 6,32% frente al 9,07% del conjunto de España.



Tasas de ocupación y paro de Navarra y España. 1.º trimestre de 2006



Tasas de ocupación y paro de Navarra y España. 1.º trimestre de 2006



2. Desarrollo normativo e institucional

En este apartado se describen los desarrollos legislativos más relevantes realizados durante el año 2005 y aquellos que se consideren más significativos desde la perspectiva de su contribución a desarrollar la cultura de calidad en la atención sanitaria a las ciudadanas y ciudadanos.

Durante el año 2005, el Gobierno de Navarra aprobó en materia de Salud las siguientes normativas:

Decreto Foral 45/2005, de 24 de febrero, por el que se establece la estructura orgánica del Departamento de Salud. BON 25, de 28-2-2005.

Decreto Foral 114/2005, de 12 de septiembre, por el que se crea el Comité Ejecutivo del Plan Foral de Preparación y Respuesta ante una pandemia de gripe. BON 116, de 28-9-2005.

Decreto Foral 115/2005, de 19 de septiembre, por el que se establece la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública.

Tabla 2. Normas legales fundamentales en materia de salud. Informe SNS 2005

Denominación	Fecha	Descripción ámbito regulado	Observaciones
Decreto Foral 45/2005	24 de febrero de 2005	Establece la estructura orgánica del Departamento de Salud.	
Decreto Foral 114/2005	12 de septiembre de 2005	Crea el Comité Ejecutivo del Plan Foral de Preparación y Respuesta ante una pandemia de gripe.	
Decreto Foral 115/2005	19 de septiembre de 2005	Establece la estructura orgánica del Instituto de Salud Pública.	

3. Planificación y Programas Sanitarios

Los Planes de Salud, se constituyen como el principal instrumento de las Administraciones sanitarias para orientar y planificar sus recursos hacia objetivos de salud previamente definidos, ya que contienen los principales objetivos de gobierno de las autoridades sanitarias correspondientes, y establecen las acciones y recursos necesarios para el desarrollo de los mismos.

Les pedimos que describan aquí las novedades respecto a la información remitida para el Informe 2004, de las modificaciones y desarrollos específicos de los planes y programas en su CC.AA. durante el año 2005, con especial referencia a aquellos aspectos más innovadores o que hayan supuesto mayores dificultades y cómo han hecho para superarlas. En los casos en los que existan evaluaciones sería interesante conocer la valoración que se hace de los resultados.

A lo largo del año 2005 se han realizados dos importantes actuaciones en relación con los Planes de salud:

3.1. Por un lado se ha evaluado el Plan de Salud 2001-2005 que finalizaba su periodo de aplicación. De la evolución podemos destacar:

El segundo Plan de Salud 2001-2005, planteó una innovación respecto al anterior y a lo que venían siendo los planes de salud en las CC.AA., al orientar su interés hacia los *cuidados de salud del ciudadano* sobre patologías prevalentes, establecidas como prioritarias. Con ello el Plan de Salud asumía una importante implicación con el desarrollo del sistema asistencial, tendiendo a cubrir las insuficiencias asistenciales y aplicando medidas que favorecieran los cuidados continuos del paciente y la incorporación del concepto de coste efectividad. Los procesos priorizados fueron: las enfermedades oncológicas, vasculares, neurodegenerativas, salud mental y de accidentabilidad. Los objetivos de cuidados continuos planteaba como valor añadido el introducir en la práctica asistencial, el trabajo por procesos, la protocolización de las atenciones en aras de la equidad, la evidencia científica y la efectividad y propiciando la coordinación entre niveles asistenciales de atención primaria y especializada, mejorando la personalización de la asistencia.

El Plan ha servido de orientación a los técnicos y profesionales y administradores públicos, señalando la dirección en la que debían dirigirse acciones instrumentales debiendo señalarse la confluencia entre los objetivos del plan y la acciones realizadas por los servicios de salud lo que permite constatar un porcentaje suficiente de los objetivos, no debiendo considerarse fracasado el Plan; se evidencia la necesidad de consensuar los planes, máxime cuando se plantean objetivos estratégicos que hayan de superar una legislatura.

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

3.2. En el último trimestre del año 2005 se inició el proceso de elaboración del nuevo Plan de Salud. Mediante el proceso de debate promovido entre los responsables del Departamento de Salud se explicitan las preocupaciones e intereses que plantea la elaboración del nuevo Plan. Destacando:

- Las oportunidades de mejora deben ser iguales para todos los ciudadanos, debiendo reforzar la equidad.

- Los objetivos de salud deben de contemplar las dificultades existentes en el día a día de la asistencia sanitaria, (véase listas de espera, incremento de demanda urgente y otros);
 - Las acciones tienen que comprender el proceso asistencial completo de las patologías (prevención, asistencia, recuperación) para poder ofrecer una respuesta coherente y de calidad a la demanda de los ciudadanos;
 - El Plan de Salud debe vincularse a los objetivos de gestión de los servicios, teniendo en cuenta la sostenibilidad y la eficiencia y adaptando las herramientas de gestión, hacia la participación y corresponsabilidad de los profesionales.
El Departamento de Salud responsable de las directrices políticas del nuevo plan, a la vista de las preocupaciones analizadas por los responsables del Sistema ha orientado el nuevo plan en los siguientes términos:
 - El Plan de Salud ha de tener un carácter estratégico que indique los objetivos y las líneas de actuación a seguir que en cualquier caso deberán ser desarrollados según recursos por los responsables de la gestión y por un periodo de 7 años.
 - El Plan de Salud debe priorizar las áreas y líneas estratégicas de actuación sobre los problemas reconocidos en los que se desea trabajar, sirviendo de guía para los centros asistenciales, consiguiendo la conjunción entre el plan de salud y la gestión de los servicios.
 - El Plan debe dirigirse a cuidados por procesos prioritarios, en continuidad con el plan anterior de patologías prevalentes, orientados de acuerdo al consenso con los profesionales y con la medicina basada en la evidencia, como base metodológica en la toma de decisiones.
 - Ha de incorporar líneas estratégicas para mejorar el rendimiento y la calidad del sistema que alcance a la organización y a la gestión de los servicios.
 - El plan contemplará también la respuesta a los problemas de salud colectivos de Navarra de mayor impacto, con una fuerte orientación preventiva según los indicadores de vigilancia, respetando los programas de salud pública ya desarrollados.
 - El Plan debe sustentarse en dos ejes: Estar orientado al ciudadano, sus necesidades y expectativas; y conseguir un sistema sanitario más acorde a las necesidades actuales de organización, generando herramientas de gestión ágiles desde los centros en base a la corresponsabilidad y participación de sus profesionales.
 - Se deberá contar activamente en la formulación del Plan con la participación de profesionales y de gestores.
En base a estos criterios se han establecido 5 líneas estratégicas en los que se han formulado los objetivos y las actuaciones.
 - Prevención de salud colectiva y problemas de salud emergentes.
 - Cuidados por procesos según guías de práctica clínica consensuadas, y basadas en la evidencia.
 - Desarrollo de la organización y la gestión orientada a la eficiencia y a la corresponsabilidad.
 - Orientación de las acciones dirigidas a la equidad y a la satisfacción del ciudadano.
 - Utilización adecuada de medicamentos y de la historia clínica informatizada.
- A Junio de 2006 el Plan de Salud está formulado y presentado a los órganos de decisión para su consideración.

Tabla 3. Planificación sanitaria. Programas, estrategias y planes. Informe SNS 2005

	Sí/No	Ediciones (fecha)	Observaciones (*)
Planes de Salud	Sí	1990-2000; 2001-2005; 2006-2012	El Plan de Salud 2006-2012 esta formulado pendiente de aprobación.
Cáncer de mama	Sí	Desde 1990	Revisión bienal a mujeres de 45 a 69 años.
	Sí		El apoyo psicológico está disponible para todos los pacientes diagnosticados o en tratamiento.
Cáncer de cervix	Sí	Desde mayo 2000	Acuerdo entre la administración sanitaria y las organizaciones de los profesionales implicados para el desarrollo de actuaciones preventivas en función del riesgo.
Enfermedades cardiovasculares	Sí	Desde 2003	Valoración de riesgos y cálculo de riesgo global.
Salud mental			Existe una red de salud mental con sus programas asistenciales. Reforma iniciada en 1988.
Violencia de género	Sí		Desde el Instituto Navarro de la Mujer.
	Sí		Desde el Instituto Navarro de la Mujer.
	Sí	Desde junio 2002	
Hipoacusia en recién nacidos		Desde 1999	La tasa de detección es de 5.8 por cada 1.000 recién nacido. Buen nivel de integración de los casos tratados.
Salud buco dental	Sí	Desde 1991	La población beneficiaria actual cubre desde los 6 a los 18 años. Es utilizado cada año por el 69% de la población diana.
Anomalias congénitas	Sí	Desde 1995	Da cobertura a 2 de cada 3 mujeres embarazadas.

(*) Aspectos innovadores y diferenciales.

4. Farmacia

En este apartado se propone que actualicen la información ya proporcionada para la elaboración del Informe anual del SNS 2004, y valoren las actuaciones en el ámbito de su CC.AA. de mayor relevancia durante el año 2005 en materia de análisis de la prescripción farmacéutica, políticas de uso racional de medicamentos, con especial mención de aquellas que, a su juicio, mejor resultado han ofrecido, y los mecanismos desarrollados para el seguimiento y evaluación de las mismas.

En el caso de los sistemas de información sobre consumo farmacéutico a nivel hospitalario, aportar los datos ó indicadores fundamentales que se crea oportuno señalar y si se ha desarrollado la posibilidad de relacionarlo informáticamente con su sistema de información sobre prescripción en Atención Primaria, así como su valoración general.

Se han editado 5 números del Boletín de Información Farmacoterapéutica del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. También se han editado 9 Fichas de Evaluación Terapéutica y 6 resúmenes en castellano de 110 artículos publicados en revistas científicas.

Se ha continuado participando en las Guías y Protocolos que se publican desde la Dirección de Atención Primaria así como atendiendo las diferentes consultas relacionadas con los medicamentos que nos hacen los profesionales sanitarios.

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

Se sigue enviando mensualmente un seguimiento presupuestario y un perfil global de indicadores de calidad de prescripción previamente consensuados a nivel de EAP. También se envía información a nivel de médico cuando lo solicitan.

Respecto a la participación en el CEIC y en la evaluación de los estudios post-autorización se sigue haciendo lo mismo así como en las Comisiones de Trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Se han abierto 2 servicios de farmacia más en 2 centros sociosanitarios.

Se está trabajando con una herramienta que explota los datos de la prescripción en OMI y se empiezan a proponer indicadores de calidad de la prescripción ligados a proceso y a resultados.

Tabla 4. Farmacia. Informe SNS 2005

Datos dispensación farmacéutica extrahospitalaria (en receta oficial del SNS a través de oficina de farmacia)

	Datos 2005		Observaciones
Número de recetas dispensadas	Número total de recetas	9.801.927	Tal y como se indica incluye todo lo dispensado en oficina de farmacia (recetas prescrites por médicos de AP y médicos de especializada).
	Porcentaje recetas de genéricos/total de recetas	13,40%	Calculado en envases de genéricos respecto al total de envases de no genéricos.
Gasto farmacéutico (considerado el resultado de la siguiente operación: Importe total a PVP-aportación del usuario)	Gasto farmacéutico total	135.591.708	Dato de gasto. El dato de gastó del año pasado fue 127.052.312. Lo que se incluyó en la tabla era importe.
	Porcentaje gasto genéricos/gasto farmacéutico total	6,70%	Calculado en importe a PVP de genéricos respecto a importe a PVP del resto.
Tres primeros subgrupos terapéuticos más prescritos (considerando el n.º de recetas dispensadas y especificando el nombre del subgrupo que se corresponda con el código de 5 dígitos de la clasificación ATC, según RD 1348/2003)	En el total de recetas dispensadas	1.526.800	A02BC: 535.101; N02BE: 498.335; N05BA: 493.364
	En el total de recetas dispensadas de genéricos	512.262	A02BC: 288.925 (54%) respecto a 535.101 envases del total grupo. C09AA: 131.749 (51,6%) respecto a 255.262 del total del grupo. C10AA: 91.578 (24%) respecto a 383.391 del total del grupo.

5. Aspectos relacionados con la planificación y desarrollo de recursos humanos

Este apartado incluye la descripción de los recursos humanos del sistema de salud regional junto con una reflexión sobre la disponibilidad, necesidades, dificultades surgidas y mecanismos de superación desarrollados.

Resultan de interés preferente asuntos como la jornada laboral e impacto previsible de la jornada de 48 horas, la disponibilidad de especialistas, los incentivos contemplados en los contratos de gestión, la política de permisos y sustituciones y en general todos aquellos asuntos en debate en la actualidad.

Elementos clave son también cómo se planifica y gestiona la formación continuada y si se llevan a cabo encuestas de satisfacción al personal indicando fecha de la última y síntesis de los resultados más importantes.

Resulta de especial interés conocer y difundir conocimiento sobre la incorporación de la perspectiva de género, como criterio de calidad, en los programas de formación continuada (cursos, diplomas, master, etc.) de las/os profesionales que integran su Servicio Sanitario ó que forman parte del personal adscrito a la Consejería correspondiente competente en materia de salud, Sería interesante también, en caso de haberse desarrollado, especificar el tipo de indicadores utilizados para el seguimiento y evaluación de dichos programas.

Se adjunta información en la tabla correspondiente.

Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005

Organización de la formación continuada	Sí/no	Nombre	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa (tipo)	Edad				Observaciones
					Hombres	Mujeres	<30 años	30-50 años	
Institución u Organismo específico									
Otro Sistema (especificar)									
Número de Profesionales en Atención Primaria									
Medicina familiar y comunitaria	194	142	1	206	129				
Pediatría	30	50		49	31				
Enfermería	36	384	10	276	134				
Farmacología	8	14		7	15				
Psicología Clínica	10	12		14	8				Están adscritos a Asistencia Especializada
Otros profesionales sanitarios (Rehabilitación, Fisioterapia)	66	78	1	104	39				Están incluidos los médicos y ATS de Urgencias.
Otros profesionales no sanitarios	55	248	18	241	44				
Porcentaje de población atendida por Equipos de Atención Primaria									
Número de Profesionales en Atención Especializada									
Medicina	458	342	9	451	340				
Enfermería	73	1395	67	966	435				
Auxiliar de enfermería	110	997	22	622	463				
Farmacología	4	12		7	9				
Otro personal sanitario	381	593	81	684	209				Incluidos F.E.A/Adjunto de Pediatría y los médicos adjuntos de urgencias.
Personal no sanitario vinculado	297	854	52	738	361				

Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Número de profesionales por especialidades médicas (según RD 127/1984 por el que se regula la Formación especializada y la obtención del Título de Médico Especialista)						
Alergología	2	6		8		
Análisis clínicos	1	18		8	11	
Anatomía patológica	6	16		12	10	
Anestesiología y reanimación	33	41	2	43	29	
Angiología y cirugía vascular	2	2				
Aparato digestivo	15	11		14	12	
Bioquímica clínica	1	3		2	2	
Cardiología	18	10		14	14	
Cirugía cardiovascular	6	2		4	4	
Cirugía general y del aparato digestivo	38	10		22	26	
Cirugía maxilofacial	5	1		5	1	
Cirugía pediátrica	4	1		3		
Cirugía torácica						
Cirugía plástica y reparadora	3	1		2	2	
Dermatología médico-quirúrgica y venereología	4	9		8	5	
Endocrinología y nutrición	4	8	2	9	1	
Estomatología						
Farmacología clínica	4	7		5	6	
Geriatría	2	1		2	1	
Hematología y hemoterapia	7	15		13	9	
Hidrología						
Inmunología						
Medicina del trabajo		4		3	1	

Tabla 5. Planificación y desarrollo de Recursos Humanos. Informe SNS 2005 (continuación)

	Hombres	Mujeres	Edad			Observaciones
			<30 años	30-50 años	>50 años	
Medicina de la educación física y el deporte						
Medicina espacial						
Medicina intensiva	16	5		11	10	
Medicina interna	34	10		28	16	
Medicina legal y forense						
Medicina Nuclear	1	3		2	2	
Medicina preventiva y salud pública	6	10		14	2	
Microbiología y parasitología	3	5		3	5	
Nefrología	4	1		1	4	
Neumología	10	4		11	3	
Neurocirugía	5			1	4	
Neurofisiología clínica	5	4	1	5	3	
Neurología	11	6		12	5	
Obstetricia y ginecología	30	35	2	36	27	
Oftalmología	22	14		20	16	
Oncología médica	3	5	1	6	1	
Oncología radioterapia	4	2		4	2	
Otorrinolaringología	13	10		10	13	
Psiquiatría	22	13		19	16	
Radiodiagnóstico	25	30	1	34	20	
Rehabilitación	5	15		14	6	
Reumatología	2	3		5		
Traumatología y cirugía ortopédica	58	4		25	37	
Urología	24			13	11	

6. Investigación

En este apartado se solicita una descripción de los proyectos desarrollados e implementados a lo largo del año 2005 sobre Investigación en Ciencias de la Salud en el ámbito de su CC.AA., así como su visión de los retos que se plantean en materia de investigación en salud. A continuación se expresan algunos interrogantes relacionados con la materia:

- ¿Existen convocatorias competitivas financiadas por el gobierno autonómico relacionadas con la investigación: **proyectos, becas** a personas, premios, otras ayudas, etc.?
- ¿Incluye aspectos de equidad en general y de género en particular, tanto como líneas de investigación, como en el acceso a los recursos de investigación y a la carrera investigadora?
- Balance de la investigación en su Comunidad Autónoma durante el año 2005 a partir de la participación en convocatorias competitivas (FIS-Carlos III, Fondos Europeos, etc.) y de la evolución de los equipos investigadores.
- Valoración general de los Ensayos clínicos en su comunidad autónoma.
- ¿Cuál es la estrategia de difusión de los **resultados** de la investigación?
- ¿Cuáles son los mecanismos para introducir la **práctica sanitaria** basada en la **evidencia científica**?

Se adjunta información en la tabla correspondiente.

Tabla 6. Investigación. Informe SNS 2005

	Sí/no	Denominación	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Agencia de Evaluación de Tecnologías				
Organismo de Investigación en Ciencias de la Salud	X			
<hr/>				
	Sí/no	Número		Observaciones
Comités Éticos de Investigación Clínica (CEIC)	X	1	CEIC de la Comunidad Foral de Navarra.	
Proyectos de Investigación financiados por FIS	X	34	5 en centros públicos.	
Proyectos de Investigación financiados por Fondos Europeos				
Proyectos de Investigación financiados en Convocatorias Regionales	X	29		
Ensayos Clínicos patrocinados por industria	X	84		

7. Sistemas de información sanitaria

En este apartado les solicitamos que describan las novedades respecto a la información aportada para el Informe del SNS 2004 sobre los sistemas de información específicos de su CC.AA., y valoración de los sistemas existentes y su importancia para el conocimiento del funcionamiento del SNS.

Por otra parte es interesante que describan en qué áreas debería incrementarse la colaboración institucional, es decir, entre Comunidades Autónomas y Ministerio de Sanidad y Consumo en relación con la información.

Describimos brevemente de entre los grupos de Sistemas de Información más relevantes, las variaciones respecto a la situación del año anterior y/o la situación actual.

Definimos cuatro ámbitos para su mejor comprensión:

A) *Administrativo:*

- A1) Sistema de Gestión Presupuestaria.
Sobre SAP. Funcionando a pleno rendimiento. La información está en línea, permanentemente actualizada.
- A2) De gestión Logística: Concursos, Compras, Almacenes (Entradas, Salidas, Existencias).
Igual que en el caso anterior. Sobre SAP. Funcionando a pleno rendimiento. La información está en línea, permanentemente actualizada.
- A3) De gestión de Personal: gestión de contratación, plantillas y OPEs y Nóminas.
Nóminas sobre SAP. El resto pendiente de migrar a SAP, está sobre una aplicación de desarrollo propio, denominada WINSIGP.
- A4) Ofimática en puestos de trabajo y aplicaciones departamentales.
- A5) Inventarios.

B) *De gestión Clínica:*

- B1) Sistemas de información de TIS y ciudadanos.
TIS funcionando perfectamente. Pendiente conectar con BD del Ministerio, se espera concluirlo en este año. Interacción con ciudadanos: se está en desarrollo de la Guía de Servicios y su implementación en INTERNET en el Portal del Gobierno de Navarra.
- B2) Sistemas de citación y gestión de agendas (Atención Primaria y Atención Especializada). Funcionando correctamente sobre una aplicación propia.
- B3) Historia Clínica Electrónica en Atención Primaria. Funcionando correctamente sobre una aplicación ajena (OMI). Alto grado de implementación.
- B4) Historia Clínica Electrónica en Atención Especializada. Funcionando correctamente sobre una aplicación propia. Grado medio de implementación
- B5) Historia Clínica en soporte papel en Atención Especializada. En proceso de digitalización. Se ha iniciado ya con los exitus (150.000 historias digitalizadas.)

- B6) Gestión de Laboratorios. Funcionando correctamente sobre una aplicación ajena (OMEGA). Este ejercicio se finaliza la estandarización (en el sistema de información) en todos los laboratorios de la red, y pasa a funcionar como un único laboratorio virtual.
- B7) Resto de pruebas y complementarias. Gran parte de las pruebas se han incorporado ya a H.^a Clínica Informatizada de manera automática (informes e imagen en su caso). Se continuará hasta incorporar la totalidad de las mismas.
- B8) Gestión de Imagen Médica Digital. Se ha finalizado la Fase I (distribución de imagen radiológica, de tórax, a toda la Atención Primaria del Area Norte —65% población—). Se ha iniciado la segunda que consiste en completar la distribución de toda la imagen radiológica en toda la red —Atención Primaria y Atención Especializada—. Finalizará en 2007. Como consecuencia no se imprimirán placas radiológicas tradicionales.

C) *De Gestión y explotación de la Información.*

Basado en Data WareHouse se han desarrollado o se están desarrollando cubos de información sobre:

- Personal. Ya concluido, está en proceso de validación en la actualidad.
- Logística. Funcionando perfectamente. Se carga y se procesa información diariamente.
- Farmacia. Funcionando perfectamente. Se carga y se procesa información diariamente.
- Ingresados. Funcionando perfectamente. Se carga y se procesa información mensual.
- Actividad y clínica en Atención Primaria. En proceso de validación.
- Sistema de Información sobre Origen (y destino) de Consultas Externas. En proceso de validación.
- Laboratorios: producción y costes. En desarrollo actualmente.

D) *Otros: Nueva INTRANET SANITARIA y e-salud* (apertura de los S.I. a los ciudadanos). Potenciando los aspectos de comunicación entre profesionales, el trabajo colaborativo en grupos, la integración informacional y los servicios de valor añadido de la organización interna y la apertura hacia los ciudadanos. Se ha finalizado la implementación para la totalidad de usuarios de la red sanitaria pública de Navarra (alrededor de 7.000 usuarios). En la actualidad se están desarrollando nuevas funcionalidades. Los ámbitos de colaboración con el Ministerio deberían ser todos aquellos que tengan que ver con aspectos básicos de los SI Sanitarios: definición de protocolos de comunicación, normalización de información a comunicar, *identificadores únicos del sistema* (por ejemplo ciudadano), etc. y menos en otros aspectos operativos no tan relevantes.

Tabla 7. Sistemas de información sanitaria. Informe SNS 2005					
	Sí/no	Denominación	Referencia legislativa	Figura jurídico-administrativa	Observaciones
Instituto de Información o Estadísticas sanitarias	NO				
Autopercepción estado de salud bueno o muy bueno en >16 años					
	Sí/no	Año(s) en que se ha realizado	Porcentaje hombres	Porcentaje mujeres	Observaciones
Encuestas de Salud (C.A.A.)	SÍ/NO	2000 y periódicamente anteriores			

8. Calidad

En este apartado se pide que describan y valoren los desarrollos realizados durante el año 2005 en el campo de la calidad de los servicios y los resultados obtenidos.

Descripción de los Planes de calidad su Comunidad, incluyendo:

- Evolución histórica de la calidad y la igualdad en sus políticas y servicios de salud
- Descripción del plan vigente especificando aspectos como:
 - Acreditación
 - Encuesta de satisfacción a usuarios
 - Incorporación de objetivos a contratos
 - Seguridad de pacientes
 - Gestión listas de espera

- Describir las lecciones aprendidas y una experiencia de éxito a destacar.

A. Situación de la actividad, listas de espera en los tres ámbitos solicitados y objetivos para el año 2006

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

La actividad quirúrgica programada con anestesia general, ha pasado de 16.475 en el año 1995 a 23.022 intervenciones quirúrgicas en el año 2005. La Lista de Espera en el año 1995 era de 4.178 pacientes para una intervención quirúrgica con anestesia general y en el año 2005, en diciembre, esperaban 8.560 pacientes. No obstante hay que señalar que los pacientes del año 1995 esperaban para intervenir de forma programada y con anestesia general, 135 días de media, mientras que en diciembre de 2005, la espera media para este tipo de intervenciones fue de 89 días.

La actividad en consultas externas, hemos pasado de 201.150 en el año 1995 a 305.030 en el 2005. La Lista de Espera de Consultas en el mismo tiempo, años 1995 y 2005, ambos medidos en el mes de diciembre, ha pasado de 21.136 a 38.638 respectivamente, con unas esperas de 54 días en el 95 y 35 días en el año 2005.

Como consecuencia del mayor número de consultas y de intervenciones quirúrgicas hemos llegado a unos niveles en la utilización de las pruebas complementarias que exigen una utilización continuada, prácticamente en jornada de mañana y tarde para que los procesos no vean interrumpido o reducida su velocidad por las pruebas diagnósticas.

Los datos de Pruebas Complementarias no son tan ricos en información, como en el caso de las de cirugía o de consultas, pero la actividad ha ido incrementándose paulatinamente habiendo llegado en los últimos años a duplicarse, como es el caso de la Resonancia Mag-

nética Nuclear (RMN) que ha pasado en cinco años de 9.207 a 16.149 en el año 2005. Los crecimientos tanto de actividad como de demanda ha crecido de forma paulatina con crecimientos interanuales de entre un 3 y un 5% en todas las modalidades (ecografía, endoscopio, mamografía,...), un 7% en Tomografía Axial Computarizada (TAC) y un 117% la RMN.

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

En el ámbito de las especialidades quirúrgicas se ha planteado para todos los servicios que las esperas deben de estar, en cualquier caso, por debajo de los 180 días como queda recogido en la Orden Foral 138/1998 de Garantías Quirúrgicas. Por lo cual se fija con las direcciones de los Centros una serie de:

1. Actividad mínima anual, trimestral y mensual, en Jornada Ordinaria. Esta actividad será mínima e indiscutible en función del histórico de los últimos ejercicios.
2. Actividad Quirúrgica Extraordinaria que asegure el cumplimiento de las necesidades quirúrgicas que en función de la Lista de Espera se plantee. Esta actividad extraordinaria deberá de concentrarse en los pacientes entre 120 y 180 días de espera evitando de pacientes en más de 180 días.
3. Si las dos primeras fuesen insuficientes para resolver la Lista de Espera, se aplicarán, como plantea la Orden Foral, artículos 4 y siguientes, en los que se establece la formulación de la derivación a otros centros de la Red Pública o la utilización de los Centros Concertados, o en su caso Centros Privados.

En este momento, nos encontramos con una situación muy deseable de pacientes en los distintos tramos de espera. El total de pacientes en toda la Red es en mayo de 2006 de 8.199, cuando en mayo de 2005 eran 8960 lo pacientes que esperaban a una intervención quirúrgica. La espera media a pasado de 77 días de media en el 2005 a 64 días en el 2006.

El Objetivo de Lista de Espera Quirúrgica para el año 2006 es de reducir el número de pacientes que teníamos en diciembre de 2005, que era de 8.570, en un 17,16%, dejando la lista de espera en 7.099 pacientes a finales del presente ejercicio 2006.

Para dejar la Lista de Espera en estas cifras la actividad quirúrgica debe incrementarse un 7,7% y realizar un número de intervenciones cercano a las 38.000 intervenciones.

En el ámbito de las consultas los objetivos persiguen conseguir a lo largo del año 2006 estar en esperas no superiores a 30 días de media cumpliendo además la normativa de referente a Consultas Preferentes, que en ningún caso deben superar los 10 días.

Respecto a las Pruebas Complementarias, los objetivos pasan por el funcionamiento de la Alta Tecnología en jornada de mañana y tarde para que su aprovechamiento sea máximo. Asimismo, se plantea la utilización de los recursos independientemente de donde esté la lista de espera. Está prevista la contratación de una unidad móvil de RMN que la acercará a los hospitales de Tudela y Estella, y a las cabeceras de Comarca para evitar el viaje a Pamplona a la población.

La mayor actividad que se está realizando en el primer cuatrimestre se resume en: Intervenciones quirúrgicas, 5% (741 intervenciones en el conjunto de la Red) más que en

el mismo periodo del año pasado, Consultas, las primeras consultas se han incrementado en un 4% y las sucesivas en un 2%, sobre las realizadas en el primer cuatrimestre de 2005. Las pruebas complementarias se han incrementado un 3%, concretamente 7.138 pruebas, estando algunas en el techo de utilización y es por lo que se plantean modalidades de contratación (Unidad móvil de RMN) o utilización de los hospitales concertados (CUN y Clínica San Miguel).

Previsiones 2006

Cirugía programada

Número de Personas en Lista de Espera: Número de personas en espera a 31/12/05 restando las personas del tramo >180 días, en su caso. En los servicios que no tienen personas en el tramo >180 días, el objetivo para 2006 es que el n.º de personas en espera descienda en proporción al incremento de actividad 06/05 resultante. Es objetivo general que durante 2006 no existan personas en espera por encima de 180 días.

En global el número de personas en Lista de Espera previsto a diciembre 2006 es de 7.099 lo que supone un descenso de (-17,16%) sobre diciembre 2005.

Espera media ponderada: Por servicio la espera media prevista para 2006 es proporcional al número de personas resultantes en lista de espera y a la actividad prevista para 2006. En global la espera media prevista es de aproximadamente 75 días, 14 días menos que en 2005. El global de la actividad prevista para 2006 supone un incremento del 7,7% sobre la realizada en 2005.

Primeras consultas

El compromiso es el de realizar cuantas acciones sean precisas para equilibrar la oferta y la demanda creciente de servicios con el objetivo de lograr que en diciembre de 2006, el número de personas en espera sea de 29.628, un (-23,3%) menos que en diciembre de 2005 y que la espera media de los pacientes atendidos en primeras consultas a lo largo del año 2006 sea de aproximadamente 40 días para los pacientes ordinarios en el Area de Pamplona, 36 días en el Area de Tudela y de 39 días en el Area de Estella. La espera objetivo de los pacientes preferentes será de 11-12 días.

El objetivo es el de realizar a lo largo del 2006, la actividad de Primeras Consultas necesaria para lograr el objetivo de personas en Lista de espera con una previsión del crecimiento de la demanda de un 2%. El compromiso de actividad es el de realizar durante 2006, 328.421 Primeras consultas, un 7,7% más que en 2005.

B. Encuestas de satisfacción

Durante el último trimestre del año 2005 se realizó un estudio cuyo objetivo principal fue recoger información de la satisfacción de los usuarios con los distintos centros y servicios clínicos asistenciales pertenecientes a la Dirección de Asistencia Especializada del Servicio Navarro de Salud.

Un total de 11.161 pacientes ha respondido a una encuesta realizada telefónicamente con encuestadores profesionales. Los pacientes seleccionados habían sido atendidos por los diferentes dispositivos sanitarios durante los meses de septiembre a diciembre.

Se ha analizado la calidad del servicio prestado en cada unidad o centro que ha ofrecido atención en régimen de ingreso, cirugía mayor ambulatoria y consultas, incluyendo consultas externas, salud mental y atención a la mujer. Además un cuestionario específico ha valorado la calidad de las gestiones administrativas realizadas en el Centro de de consultas externas Príncipe de Viana.

A continuación se refleja la ficha técnica.

	Ingresos	Consultas	Urgencias	Centros de Salud Mental	Centros de Atención a la Mujer	Cirugía Mayor Ambulatoria	Centro de consultas
Número de centros	5	5	4	8	9	2	1
Número de especialidades	26	34		1	1	2	Valorado el conjunto
Número de servicios clínicos	48	95	4			4	Valorado el conjunto
Número de personas encuestadas	2.251	6.922	400	645	450	245	248
Tasa de no respuestas (%)	5,6	7,6	17,3	15,9	18,5	10,9	14,1
Margen de error (%) con intervalo de confianza del 95%	1	0,6	2,5	1,96	2,3	3,1	3,2

Los cuestionarios están constituidos por un conjunto de entre 25 y 35 preguntas (excluyendo las variables personas y de control) mediante preguntas cerradas de opción múltiple y una pregunta abierta para que los pacientes pudieran expresar libremente su opinión. Las preguntas quedan agrupadas en un total de 12 factores. El factor que hace referencia a la satisfacción global con la prestación sanitaria alcanzó una puntuación de 8,6 puntos en una escala que va de 0 (peor puntuación posible) a 10 (mejor puntuación posible).

Los factores relacionados con el bienestar físico, dolor, competencia profesional, puntualidad, dedicación, amabilidad, empatía, intimidad y personalización alcanzaron puntuaciones medias superiores a 8 puntos. Los dos factores que continúan siendo áreas de mejora son los factores relacionados con la lista de espera y con la información que se proporciona a los pacientes.

Para un 80,7% de los pacientes la asistencia sanitaria ofrecida fue la que esperaban, para un 15,5% mejor de la que esperaban, para el 3,5% o peor de lo que esperaban, y el 0,35% no tenía ninguna expectativa previa.

Se ha analizado la perspectiva de género en los resultados obtenidos. En general, no se han detectado diferencias significativas en la valoración de la calidad realizada por las mujeres con respecto a la proporcionada por los hombres. Solamente se han detectado diferencias estadísticamente significativas en consultas y en cirugía mayor ambulatoria. En ambos casos las mujeres han otorgado mejores puntuaciones que los varones.

En cuanto a la edad, los pacientes de más de 65 años han otorgado puntuaciones más generosas que los menores de 65 años en todas las modalidades.

C. Seguridad de pacientes

La complejidad de la práctica clínica y de la organización sanitaria hace necesaria la incorporación de la seguridad clínica del paciente como un componente esencial de la calidad asistencial.

En esta línea se han realizado en la Comunidad Foral de Navarra diversas actuaciones relacionadas con la seguridad de los pacientes, a lo largo del año 2005.

Con la finalidad de implantar de una estrategia global sobre seguridad de los pacientes en el sistema sanitario de Navarra, se iniciaron actuaciones para promover la cultura de seguridad en todos los niveles de la organización sanitaria.

Considerando la formación de los profesionales como una fase previa y necesaria se organizó un curso de 30 horas sobre el tema: «seguridad del paciente en el ámbito asistencial» que fue impartido por profesionales del Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud y participación de profesionales del Servicio Navarro de Salud.

Así mismo, se colaboró en el estudio nacional de incidencia de efectos adversos en el medio hospitalario. En concreto el Hospital de Navarra participó en el estudio ENEAS que ha servido para realizar el análisis de situación en cuanto a los efectos adversos.

Otras actividades relacionadas con la seguridad han sido:

- Desarrollo de normativa sobre hemovigilancia.
- Control de la Infección nosocomial hospitalaria.
- Seguimiento del programa sobre Efectos Adversos sobre medicamentos.
- Inspección de instalaciones sanitarias en cuanto a cumplimiento de requisitos mínimos sobre higiene y seguridad.

D. Acreditación

Se han llevado a cabo por la empresa AENOR Auditorias de Renovación de del Certificado de Calidad en los laboratorios del Hospital Reina Sofía y del Ambulatorio General Solchaga.

En dichas Auditorias no se han detectado no conformidades, aunque se han sugerido áreas de mejora y algunas observaciones.

Como puntos fuertes, se ha destacado la gran implicación del personal con el Sistema y el compromiso de todo el equipo con la mejora continua, hecho que se refleja en todos los estamentos. El éxito se fundamenta en una buena planificación de los objetivos de calidad, una correcta sistemática de los mantenimientos preventivos internos, así como una profunda gestión de las incidencias del Laboratorio.

9. Seguimiento del estado de salud de la población

Con este apartado se pretende una descripción muy sintética del perfil de morbi-mortalidad (indicadores de salud: esperanza de vida, mortalidad, enfermedades prevalentes y rasgos específicos de la población de la comunidad) actualizados para el año 2005, sobre los datos e indicadores proporcionados para la edición del Informe Anual del SNS 2004, incluyendo nuevos indicadores si lo consideran oportuno.

Interesa también conocer las estrategias existentes en su CC.AA. para conocer y monitorizar el estado de salud de la población: herramientas utilizadas (análisis de fuentes secundarias, estadísticas oficiales, registros regionales, encuestas, exámenes de salud, etc.) análisis de la información y su periodicidad, así como, cualquier otra información al respecto que se considere interesante.

Seguimiento del estado de salud de la población.

9.1. Indicadores

En el año 2003, el 74% de la población consideraba que su estado de salud en los doce meses anteriores a la entrevista había sido bueno; 20% regular, y un 6% malo. Esta distribución permanece estable en el tiempo desde 1990 y se puede valorar como positiva. En todos los grupos de edad la percepción de la salud es significativamente peor en las mujeres.

Los problemas de salud que afectan a más personas en Navarra son por este orden, el dolor o malestar (19%), los problemas de movilidad y la depresión o ansiedad (8% cada uno de ellos), dificultad para desarrollar las actividades cotidianas (6%) y para el cuidado personal (2,3%). En todos ellos es notable una mayor prevalencia de problemas en mujeres, pero sobre todo la distancia mayor se produce en la dimensión de dolor/malestar, donde la prevalencia en mujeres es del doble que en hombres (25% frente a 12%). El número de personas con problemas aumenta con la edad, excepto en la depresión o ansiedad donde no se advierte de manera tan clara la relación con la edad.

En Navarra, alrededor de 40.000 personas mayores de 6 años relata alguna discapacidad, esto supone un 8% de la población total. Un 46% de las personas que declaran discapacidad son hombres y un 54% mujeres.

La mayoría de las discapacidades relatadas son de carácter grave o total: un 72% de las discapacidades de los varones y un 78% de las de las mujeres. El 2% de las personas entre 6 y 64 años, y el 20% de los mayores de 65 años tienen alguna discapacidad para las actividades de la vida diaria (AVD).

La mitad de la población con discapacidad no ha necesitado ningún tipo de servicio social o sanitario; y un 6% habiéndolo necesitado no lo ha recibido.

En el quinquenio 1997-2001 la esperanza de vida al nacer fue de 84 años en las mujeres y de 77 años en los hombres de Navarra, situándose entre las más altas de las descritas en los países industrializados.

Indicadores de mortalidad que presentan una evolución favorable:

- En todos los grupos de edad las tasas de mortalidad de la población de Navarra son más bajas que las registradas en España.

- Importante descenso de la mortalidad infantil que se sitúa en torno a 3,6 muertes por 1.000 en el periodo 1997-2001 frente a 7,7 en el periodo 1991-96. Indicadores de mortalidad que presentan una evolución desfavorable:
- La sobremortalidad masculina de 1,89 en el periodo 1997-2001 en Navarra es algo más alta que la descrita en España en el mismo periodo y además se ha incrementado en los últimos años
- Entre 1991 y 2001 han descendido las tasas de mortalidad específicas por edad en todos los grupos de edad y sexo excepto entre los varones de 45-54 años.

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

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

Sin una periodicidad fijada, se vienen realizando y publicando Diagnósticos de salud de la Comunidad que incluyen el estado de situación respecto a los condicionantes de salud y al estado de salud de la Comunidad.

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

Fuentes utilizadas:

- Estadísticas vitales:
- Movimiento Natural de la Población.
- Estadística de defunciones según causa de muerte.
- Registros poblacionales de patología:
 - Cáncer.
 - Cardiopatía isquémica.
 - Insuficiencia Renal Crónica.
 - SIDA y de Infección por VIH.
 - Registro individualizado de patología infecciosa: TBC y otras EDOs.
 - Accidentes laborales.
 - Enfermedades profesionales.
 - Incapacidad temporal.
 - Incapacidad permanente.
- Encuestas en población general:
- Encuesta de Condiciones de Vida, del Instituto de Estadística de Navarra. Es bienal. Se cuenta con un módulo sobre salud.

- Encuesta de Salud y Condiciones de Trabajo.
- Encuesta Nacional de Salud.
- Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud.
- Encuestas específicas, sobre: hábito tabáquico, abuso de sustancias...
- Encuesta sobre la juventud de Navarra (cuatrienal).
- Otros sistemas de vigilancia:
 - Sucesos centinela de salud laboral.
 - Sistema de vigilancia de las asistencias realizadas en los servicios de urgencia.
 - Declaración numérica de EDOs.
- Morbilidad atendida en los servicios sanitarios:
 - CMBD de las altas hospitalarias.
 - CMBD de la Cirugía Mayor Hospitalaria.
 - Episodios atendidos en atención primaria.
 - Programa de asistencia dental infantil y juvenil.
 - Interrupción voluntaria del embarazo.
 - Sistema de información de salud mental.
 - Programas de detección precoz: Cáncer de mama, hipoacusia en recién nacidos, metabolopatías congénitas...
 - Riesgos laborales.

10. Participación

Este apartado se dedica a la descripción del desarrollo legislativo, en el ámbito de su CC.AA., de todos aquellos aspectos y materias relacionados con la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como cualquier otra iniciativa orientada a la participación de pacientes o de la comunidad (consejos de salud, comisiones o plataformas de participación ciudadana en el ámbito sanitario, ...) que actualice ó amplíe la información facilitada para la edición del Informe Anual del SNS 2004, así como el seguimiento y evaluación de su funcionamiento, identificando posibles avances y retos en el funcionamiento y resultados de sus actuaciones, desde la perspectiva fundamental de la calidad de la asistencia sanitaria.

En este apartado no se han producido iniciativas en el año 2005.

11. Equidad

Este apartado está destinado a describir las medidas que se hayan puesto en marcha en el ámbito de su CC.AA. para mejorar y garantizar la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios sanitarios para hombres y mujeres y para los colectivos con menos

recursos económicos o más vulnerables (inmigrantes, personas con discapacidad, etc.). Incluye normativa, ejemplos de buenas prácticas, especialmente en la identificación de dificultades en el acceso y utilización de los servicios sanitarios por parte de estas personas, y en el enfoque multicultural de la atención a la salud.

En este apartado no se han producido iniciativas en el año 2005.

12. Descripción de dos experiencias innovadoras

Finalmente, en este apartado, se solicita información detallada acerca de dos experiencias especialmente innovadoras, bien sea por su planteamiento, desarrollo, gestión ó resultados, en las siguientes áreas:

- 12.1. Programas de promoción y prevención de la salud.
- 12.2. Gestión de los servicios sanitarios

Con todas las experiencias descritas por el conjunto de las CC.AA. se elaborará un repertorio de actividades, servicios, programas o políticas de salud que puedan servir de modelo de **buenas prácticas** a otras CC.AA. Para facilitar la comprensión de las experiencias, se recomienda que se organice su descripción, en la medida de lo posible, teniendo en cuenta la siguiente estructura:

- 1. Justificación, motivación de su inicio o planteamiento.
- 2. Población diana (en su caso)
- 3. Características principales de su desarrollo.
- 4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación.
- 5. Metodología seguida para su seguimiento y evaluación. Indicadores desarrollados y/o utilizados.
- 6. Resultados más destacables, con especial referencia a las repercusiones en la salud y calidad de vida de las y los ciudadanos/as.

12.1. Programas de promoción y prevención de la salud.

Programa de promoción de minorías étnicas de Navarra.

1987-2006

12.1.1. Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

El Programa de promoción de salud de minorías étnicas de Navarra se inició en 1987 y se orienta a la promoción de salud de las comunidades gitanas y gitanas-transmontanas, las dos principales minorías étnicas existentes en Navarra en esa época. El Programa partió de la iniciativa y demanda de una ONG, la Fundación Patronato Santa Lucía, que se ocupaba de la atención a minorías étnicas con diversas desigualdades para la integración en su entorno.

El Departamento de salud asumió la demanda y se implantó el Programa, situándolo en Atención Primaria de salud (lo que dará razón de su implantación a nivel de zonas de salud) y situando en el Instituto de salud pública, Sección de promoción de salud, su coordinación y gestión central.

Dos son las razones fundamentales que justifican su puesta en marcha:

- a. Planteamientos teóricos, de los Documentos de la OMS «Salud para todos en el 2000» y «Carta de Ottawa sobre promoción de salud»:
- b. Necesidades en salud de la población gitana y cigana transmontana. Aunque existían pocos estudios al respecto, sí los suficientes (especialmente en la comunidad gitana) para justificar un programa específico:
 - Esperanza de vida entre 8 y 10 años menor que la media, así como morbilidad más elevada. Tasas de natalidad y de fecundidad 5 y 6,7 veces superiores a la media respectivamente.
 - Alta prevalencia de accidentes domésticos y laborales, así como de otros problemas de salud relacionados con estilos de vida de riesgo para la salud: deficiente patrón alimentario con excesivo consumo de grasas, y café (este último además en edades tempranas), alto consumo de tabaco, inadecuado uso de medicamentos, insuficiente vacunación infantil y seguridad vial...
 - Escasa utilización de servicios y programas preventivos, especialmente los de embarazo y parto, infancia, planificación familiar, mujer, enfermedades crónicas y personas ancianas.
 - Baja utilización de Servicios de atención primaria y alta de urgencias y servicios de salud privados
 - Valores y modelos socioculturales propios respecto a diversos aspectos de la salud/enfermedad y a la utilización de salud, algunos de ellos favorecedores y otros dificultantes de su situación de salud.

12.1.2. Población diana

El Programa se dirigió inicialmente a grupos poblacionales con características étnicas específicas: gitanos asentados en Navarra (90%) y ciganos- transmontanos (provenientes del norte de Portugal) en fase de asentamiento (10%), aunque en su evolución se dirige prácticamente en su totalidad a población gitana, estimada en torno a las 5.000 personas en la actualidad (1% de la población).

Su implantación ha sido progresiva en las Zonas de salud de Navarra con más población gitana: de 4 zonas de salud en 1987 a 19 en la actualidad: Carcastillo, Estella, Lodosa, Tudela, San Adrián, Peralta y Tafalla, 5 en el cinturón urbano de Pamplona, Burlada, Huarte, Villaba, Noain, Barañain y Berriozar y 5 en la capital navarra: Chantrea, Rochapea, San Jorge, Casco viejo, Echavacoiz y Ermitagaña.

En este último año se ha trabajado, incluyendo las diversas actividades, con algo más de 2.500 personas, o sea, alrededor del 50% de la población estimada.

En la actualidad se financian desde el Programa 12 Agentes comunitarias de salud (11 mujeres y un varón) que trabajan en una (generalmente en zonas rurales) o varias zonas (generalmente en zonas urbanas).

12.1.3. Características principales de su desarrollo

Las estrategias principales del Programa son:

- a. Mediación. Las Agentes comunitarias de salud se entienden como figuras «puente» entre culturas para generar cambios constructivos en las relaciones entre ambas, en este caso entre la cultura gitana, minoritaria y la cultura paya mayoritaria. Se trata de generar un proceso de mediación cultural a medio-largo plazo, más que de solución de conflictos puntuales.
- b. Colaboración y Coordinación intersectorial, tanto a nivel central (Instituto de salud pública, Federación de Asociaciones gitanas de Navarra, Plan foral de drogodependencias, Departamentos de Bienestar social y Educación...) como local (Centro de salud, Servicio social municipal, Centros educativos, Asociación gitana local...)
- c. Empoderamiento y participación de la comunidad y potenciación del Asociacionismo gitano.
- d. Educación entre iguales, poniendo en marcha estrategias de información y educación individual, familiar y grupal.

12.1.4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Objetivo general

Reducir las desigualdades en salud de la comunidad gitana y cigana-transmontana de Navarra en tres aspectos: Nivel de salud, Determinantes de la salud (sociales, educativos, asociacionismo...) y Accesibilidad y utilización de los Servicios de salud.

Objetivos específicos

1. Mejorar la accesibilidad de los Servicios de salud a la comunidad gitana y cigana-transmontana, tanto cuantitativa (que todos tengan TIS) como cualitativa (que la cultura gitana sea comprendida por los profesionales y que la gente gitana comprenda el funcionamiento de los Servicios)
2. Mejorar algunos estilos de vida relacionados con la salud.
3. Aumentar la utilización de los Programas preventivos de los Servicios de salud, especialmente del niño sano, control de embarazo y parto, planificación familiar, detección precoz de cáncer de mama, vacunaciones en niños y adultos y enfermedades crónicas.
4. Potenciar la equidad en algunos condicionantes de la salud de estos grupos, como Educación (de niños y de adultos), Vivienda, Trabajo y recursos sociales, dinamización de la comunidad gitana...

Actividades del programa

A nivel central

El Programa en la Sección de promoción de salud del Instituto de salud pública tiene las siguientes funciones y actividades:

- Coordinación general del Programa, tanto con otros Departamentos del Gobierno de Navarra, como con las Asociaciones gitanas y otros Servicios de salud a nivel central
- Apoyo técnico y coordinación a y de los profesionales de los Servicios implicados en el Programa en las Zonas.
- Selección de l@s Agentes comunitarios de salud.
- Formación continuada de las mismas.
- Seguimiento, Registro y Evaluación,
- Gestión de los recursos humanos, materiales y económicos

A nivel de zona básica de salud

En cada Zona, existe la Comisión de zona, estructura básica y fundamental del Programa. Son sus Funciones

1. Analizar y contrastar la situación y necesidades de salud de la población diana en su Zona, así como su relación con los diferentes Servicios existentes.
2. Priorizar y definir objetivos y actividades anuales en la zona
3. Seguimiento y Evaluación del Programa en la zona.

De los agentes comunitarios de salud

- Atención (información, acompañamiento...) individual y familiar en temas de salud.
- Mediación entre gente gitana (personas o grupos) y profesionales de los diversos Servicios de la Zona (personas o Equipos)
- Educación para la salud, individual y grupal
- Trabajo sobre los determinantes de la salud citados
- Coordinación con los Servicios de la Zona y Asociación gitana. Funcionamiento de la Comisión de Zona.
- Información, Asesoramiento y Formación de los profesionales de los diferentes Servicios de la zona en temas relacionados con la comunidad gitana y cigana-transmontana.
- Dinamización y empoderamiento de la comunidad gitana para mejorar su situación de salud.
- Funciones «internas»: Participación en la Formación continuada, Cumplimentación de registros y Evaluación del Programa en su zona.

12.1.5. Metodología de seguimiento y evaluación. Indicadores desarrollados y utilizados

Tras identificar las zonas geográficas de intervención (se considera una media de 30 familias como mínimo para iniciarlo), se inicia una fase de Análisis de la viabilidad del Programa en esa Zona.

Desde el Programa central se contacta con el Centro de salud y éste con la Asociación gitana de la zona, si existe (y si no, con gente gitana «de «respeto» dentro de la comunidad para formarla) y con los diferentes Servicios de la Zona implicados en el Programa.

Se constituye la comisión de zona, se realiza la selección del o la Agente comunitaria de salud y se establece el análisis de necesidades en salud, los objetivos y actividades del primer año.

El seguimiento posterior se realiza como apoyo y asesoría a los profesionales implicados (por parte del Programa central), a la Asociación gitana, por parte de la Federación de Asociaciones gitanas de Navarra Gaz Kaló, y a las Agentes comunitarias de salud, por parte de ambos, ya que una parte se realiza en las sesiones de formación (2 horas semanales como parte del trabajo desde el inicio del contrato), que incluye además asesoría, supervisión e intercambio de experiencias entre las zonas .

Evaluación. Indicadores

Indicadores generales

- Número de familias y personas gitanas de la zona
- Número de familias gitanas con las que se trabaja en el programa
- Movilidad de las familias.

Indicadores población infantil

- Número de niñ@s menores de 14 años y en edad escolar (13-16 años)
- N.º niñ@s matriculados en total, en Secundaria y que finalizan el curso.
- N.º de niños que acuden al comedor escolar.
- N.º de nacidos en la Zona en el último año.
- N.º que pasan las consultas del Programa del niño sano.
- N.º de niños con el calendario de vacunación incompleto y Vacunados en 1.ª de Secundaria de Hepatitis B.

Indicadores situación mujer

- N.º de mujeres casadas, N.º que acuden a revisiones periódicas a los Centros de atención a la mujer y N.º de mujeres embarazadas
- N.º que siguen controles de embarazo.

- N.º de mujeres de entre 45 y 69 años y N.º que acuden al Programa de prevención de cáncer de mama.
- N.º de mujeres participantes en los grupos de promoción de salud.

Indicadores de consumos de sustancias

- N.º de hombres que fuman y N.º que tienen problemas con el alcohol
- N.º de personas que tienen problemas con otras drogas
- N.º de personas que están en el Programa de Metadona
- N.º de personas que están en Comunidad terapéutica

12.1.6. Resultados

La evaluación del Programa a lo largo de estos casi 20 años es muy positiva, tanto en cuanto a los Resultados como a los Procesos y Estructura del mismo.

Figuran a continuación algunos datos en cuanto a resultados:

- Cobertura en Atención primaria de salud: 90% de las familias, 80% de historias clínicas individualizadas, 80% de población infantil vacunada correctamente, 70% vacuna hepatitis B adolescentes.
- De las mujeres en edad fértil: 62% acuden a Programas de planificación familiar, 75% controlan sus embarazos en los centros de atención a la mujer, 25% participan en los cursos de preparación a la maternidad durante el embarazo.
- Escolarización infantil: 100% hasta los 12 años, pero con absentismo alto (variable según las zonas y que va disminuyendo), sólo el 20% termina la ESO:
- Educación para la salud: en el 80% de las zonas se realizan proyectos de educación grupal con temas adecuados a sus necesidades en salud.

12.2. Gestión de los servicios sanitarios. Prevención de la retinografía diabética mediante retinografía no midriática (RNM)

12.2.1. Justificación, motivación de su inicio o planteamiento

Como ejemplo de las continuas acciones que el SNS-O, está realizando, de cara a mejorar la atención sanitaria de los ciudadanos navarros, en el marco de la decidida apuesta por la telemedicina, dentro de la denominada teleconsulta, está el proyecto de prevención de la retinografía diabética [mediante retinografía no midriática (rnm)], puesto en marcha a finales de octubre del pasado año y del que se han beneficiado ya más de 1.000 pacientes. Las razones que impulsan esta actuación, se fundamentan en:

- 1.º Garantizar un procedimiento de revisión oftalmológica de pacientes con diabetes, uniforme, fiable y universal.

- 2.º Mejorar la revisión anual o periódica de estos pacientes y el screening de la retinopatía diabética.
- 3.º Realizar una prueba diagnóstica con escasas molestias, accesible y segura.
- 4.º Reducir circuitos clínicos de bajo valor añadido y reducir consultas sucesivas por parte del especialista.
- 5.º Reducir la lista de espera de revisiones de oftalmología.
- 6.º Poner en marcha un dispositivo de telemedicina generalizable a otros procesos.
- 7.º Intensificar el uso de la tecnología existente (se usa un retinografo existente, con uso para otros procesos en la mañana).
- 8.º Incrementar el valor añadido de la consulta, que se realiza por personal de enfermería en horario de tarde.

12.2.2. Población diana

Está dirigido a pacientes diabéticos sin retinopatía, que requieren revisión de fondo de ojo. Dentro de un programa específico existente en Atención Primaria de Prevención y control y de esta patología. Es un programa para la atención a pacientes de toda Navarra. El colectivo se estima en unas 12.000 personas.

12.2.3. Características principales de su desarrollo

- Se genera una agenda localizada en el Centro Príncipe de Viana para citar pacientes desde Atención Primaria y Endocrinología.
- Se citan pacientes diabéticos que requieren revisión de fondo de ojo sin retinopatía.
- Se citan los pacientes a esa agenda donde se habilitan 20 huecos/día, 4 pacientes/hora.
- Acuden al centro y sin dilatar la pupila, una enfermera realiza 4 fotos digitales del fondo del ojo y los guarda en un disco duro local.
- Periódicamente, en horario laboral ordinario los especialistas de ambos servicios realizan la visualización de las imágenes, elaboran un informe y lo envían al médico receptor. No envían la imagen, pero ésta podrá ser vista cuando esté disponible un archivo de imagen digital.
- Si se detecta retinopatía diabética se deriva el paciente a oftalmología, si no, se envía al médico receptor y se indica nueva revisión ordinaria cuando proceda por el mismo circuito.
- Las fotos las realiza una enfermera.
- Se realizan 4 fotos de cada paciente y de cada ojo.
- No se requiere dilatación pupilar para realizar la foto.
- Todo paciente diabético que nunca ha sido revisado por un oftalmólogo deberá ser visto primero por él para luego incluirse en el programa.

12.2.4. Aspectos destacables de su implantación o aplicación

Participan en el proyecto de forma coordinada los dos servicios oftalmología de los hospitales de Virgen del Camino y Hospital de Navarra en el Centro de Consultas Príncipe de Viana y la Atención Primaria.

Se pretende mejorar el acceso, reducir los tiempos de atención y garantizar las revisiones necesarias a las personas afectadas. La consulta es de enfermería, por la tarde y utiliza etnología existente. El procedimiento sanitario sustituye a otro más agresivo e incómodo.

Los pacientes son citados desde los centros de salud, por sus médicos de familia, dentro de sus programas de revisión (prevención) de la retinopatía diabética. Acuden al centro y sin dilatar la pupila, una enfermera realiza 4 fotos digitales del fondo del ojo. A la vista de las fotografías, el médico especialista elabora un informe que llega a su médico de cabecera. Si se detecta retinopatía directamente se deriva al paciente afectado a los servicios de oftalmología. Es un modelo de teleconsulta (interconsulta en el lenguaje sanitario) que será ampliado a otros procesos sanitarios. No existe papel en ningún punto del proceso: cita electrónica, informe electrónico,...En un futuro próximo, en muchos casos, ni siquiera será necesario el desplazamiento del paciente al Centro de Consultas.

12.2.5. Resultados

Participan todos los niveles de atención (AP y AE) y además de toda AP y de los servicios de los hospitales principales.

La consulta se realiza además en un centro de consulta por personal de enfermería.

Se realiza la revisión de los pacientes diabéticos por un procedimiento de imagen digital de alta calidad (valorada y reconocida por los oftalmólogos) y fiabilidad.

Se reducen visitas al oftalmólogo por este motivo.

Se implanta un nuevo modelo de coordinación entre Atención Primaria y Especializada con un nuevo modelo de interconsulta acortando circuitos clínicos.

Se pueden seleccionar mejor ya realizar un screening fiable para detección precoz de retinopatía diabética.

Se utiliza una tecnología que permitirá en un futuro no desplazar al paciente para realizar esta prueba, pues el oftalmólogo solo requiere ver la imagen y realizar un informe.

Se puede mejorar la captación de pacientes en riesgo de presentar esta patología y garantizar la revisión periódica de los mismos. Actualmente sólo un 30% de diabéticos acude al oftalmólogo para revisión de fondo de ojo.

Se ha realizado el proyecto de forma coordinada entre los dos servicios de ambos hospitales con la participación de 6 profesionales médicos.

Se ha valorado muy positivamente por el resto de oftalmólogos este modelo asistencial por su fiabilidad y porque puede reducir consultas innecesarias de revisión.

Este modelo tecnológico está avalado por la literatura médica como método fiable de screening de retinopatía diabética

12.2.6. Actividad asistencial

- Se comienza el programa en Octubre de 2005
- Se utiliza el Retinógrafo del Centro de Consultas Príncipe de Viana
- Se atiende a 20 pacientes por día
- Se realizan cuatro jornadas asistenciales /semana
- Se esperan atender a más de 2000 Pacientes/año.

- La cobertura de la población se estima en 12.000 pacientes diabéticos, en 6 años se podrá haber cubierto el total de pacientes potenciales.
- Los informes se realizan y se envían 7 días después de haberse realizado la fotografía.
- Hay satisfacción en Atención Primaria y Endocrinología sobre la evolución del programa.
- El programa ha sido muy bien recibido y aceptado por ambos servicios de oftalmología los cuales han organizado coordinadamente el programa.

