



BOLETIN OFICIAL
DEL
PARLAMENTO DE NAVARRA

XI Legislatura

Pamplona, 17 de junio de 2026

NÚM. 66

S U M A R I O

SERIE G:

Informes, Convocatorias e Información Parlamentaria:

—11-26/CCOI-00005. Informe de fiscalización sobre el Programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero (2023-2025), emitido por la Cámara de Comptos (Pág. 2).

**Serie G:
INFORMES, CONVOCATORIAS E INFORMACIÓN PARLAMENTARIA**

11-26/CCOI-00005. Informe de fiscalización sobre el Programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero (2023-2025), emitido por la Cámara de Comptos

En sesión celebrada el día 11 de mayo de 2026, la Mesa del Parlamento de Navarra, previa audiencia de la Junta de Portavoces, adoptó, entre otros, el siguiente Acuerdo:

La Cámara de Comptos ha emitido un informe de fiscalización sobre el Programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero (2023-2025).

De conformidad con lo dispuesto en el artículo 230 del Reglamento del Parlamento de Navarra en relación con el artículo 8 c) de la Ley Foral 19/1984,

de 20 de diciembre, reguladora de la Cámara de Comptos de Navarra, SE ACUERDA:

1.º Darse por enterada del contenido del informe de fiscalización sobre el Programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero (2023-2025).

2.º Ordenar su publicación en el Boletín Oficial del Parlamento de Navarra.

Pamplona, 11 de mayo de 2026

El Presidente: Unai Hualde Iglesias

PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO (2023-2025)

CONTEXTO Y MEDIDAS

TASA DE MORTALIDAD

1,5 / 100.000
personas

MEDIDAS ADOPTADAS

- Vacunación
- Educación Sexual
- Cribado Generalista

ALCANCE DEL PROGRAMA PERSONAS 30-65 AÑOS

100.000 PERSONAS
INVITADAS

99% POBLACIÓN
DIANA

EVOLUCIÓN DE LA PARTICIPACIÓN

2023 **70%**

2024 **68%**

2025 **54%**

(BAJA PARTICIPACIÓN ESPECIALMENTE ENTRE 30 Y 40 AÑOS)

RESULTADOS DEL CRIBADO

95% MUESTRAS
NEGATIVAS

100% ATENCIÓN
A POSITIVOS

RECOMENDACIONES

- Incidir en campañas: Animar a la participación, especialmente en el tramo de edad de 35 a 40 años.
- Completar los datos de las personas en la herramienta informática para poder invitar a toda la población diana.

ÍNDICE

	<i>Página</i>
GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	5
I. INTRODUCCIÓN	6
II. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO.....	6
II.1 El cáncer de cuello de útero	6
II.2 Programa de detección del cáncer de cuello del útero en Navarra	7
III. OBJETIVOS Y ALCANCE	10
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	12
V. RESPONSABILIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA Y DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA	15
VI. RESPONSABILIDAD DE LA CÁMARA DE COMPTOS DE NAVARRA.....	15
APÉNDICE 1. METODOLOGÍA Y MARCO NORMATIVO	16
1.1 Metodología.....	16
1.2 Marco normativo básico aplicable.....	16
APÉNDICE 2. OBSERVACIONES Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN	17
2.1 Objetivo 1. Adopción de medidas preventivas del CCU	17
2.2 Objetivo 2. Organización y coordinación del programa de detección del CCU.....	18
2.3 Objetivo 3. Ejecución del programa de detección del CCU	20
ANEXO 1. FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA SI EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES NEGATIVO	30
ANEXO 2. FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA SI EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES POSITIVO	31
ANEXO 4. FUNCIONES DE LAS UNIDADES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CCU.....	36
ANEXO 5. MEDIDAS A ADOPTAR EN EL CASO DE RESULTADOS POSITIVOS	39
ALEGACIONES PRESENTADAS AL INFORME PROVISIONAL.....	40
CONTESTACIÓN DE LA CÁMARA DE COMPTOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS AL INFORME PROVISIONAL.....	41

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Citología:** prueba en la que se toman y analizan muestras del tejido del cuello de útero.
- **Cohorte:** grupo específico de personas que comparten una característica común, generalmente el año de nacimiento.
- **Colposcopia:** procedimiento ginecológico diagnóstico que utiliza un microscopio de baja potencia (colposcopio) para examinar detalladamente el cuello uterino, la vagina y la vulva en busca de lesiones precancerosas o cancerosas.
- **Co-test:** procedimiento de cribado ginecológico preventivo que combina dos pruebas en una misma toma de muestra: la citología líquida y la detección del Virus del Papiloma Humano de alto riesgo. Esta combinación permite detectar tanto la presencia del virus como posibles lesiones precancerosas, ofreciendo mayor precisión y sensibilidad.
- **CUIS:** aplicación informática diseñada para la gestión y evaluación del programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero en Navarra.
- **GESTPATH:** sistema gestor de procesos de anatomía patológica que digitaliza los flujos de trabajo asociados a los estudios aportando trazabilidad completa al proceso diagnóstico.
- **Población diana:** grupo específico de individuos, definido por características geográficas, demográficas o clínicas, al que va dirigida una intervención sanitaria, programa de prevención o estudio, con el objetivo de mejorar su salud.
- **Prueba detección virus papiloma humano:** prueba en la que se toman muestras de fluido vaginal, sin embargo, en lugar de buscar células anormales como la citología, este test identifica si hay presencia o no del virus de papiloma humano.
- **Tasa bruta:** indicador que representa el número total de casos nuevos en Navarra entre su población.
- **Tasa ajustada a la población mundial:** indicador obtenido calculando cuántos casos habría si la población de Navarra tuviera la misma estructura de edad que la población estándar mundial.

I. INTRODUCCIÓN

La Cámara de Comptos, de conformidad con la Ley Foral 19/1984, de 20 de diciembre, y de acuerdo con su programa de actuación para 2025, ha fiscalizado por iniciativa propia la gestión del programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero.

El trabajo de campo lo realizó, entre noviembre de 2025 y febrero de 2026, un equipo formado por dos técnicas de auditoría, un técnico de grado medio en sistemas informáticos y una auditora, con la colaboración de los servicios jurídicos y administrativos de la Cámara.

Los resultados de esta actuación se pusieron de manifiesto al Consejero de Salud, al Director general de Salud y a la Directora gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra para que formularasen, en su caso, las alegaciones que estimasen oportunas, de conformidad con lo previsto en el art. 11.2 de la Ley Foral 19/1984, reguladora de la Cámara de comptos de Navarra.

Transcurrido el plazo fijado, se han presentado alegaciones por parte de la Directora gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, las cuales se incorporan a este informe junto con la respuesta de esta Cámara.

Agradecemos al personal del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra (ISPLN en adelante), del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O en adelante) y del Servicio de Sistemas de Información para la Gestión Asistencial y Sanitaria de la Dirección General de Telecomunicaciones y Digitalización (DGTD en adelante) la colaboración prestada en la realización del presente trabajo.

II. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

II.1 EL CÁNCER DE CUELLO DE ÚTERO

El cáncer de cuello de útero (CCU en adelante) o cáncer de cérvix es una enfermedad en la que se forman células malignas o cancerosas en los tejidos del cuello uterino. Según un informe de la Sociedad Española de Oncología Médica, en el mundo anualmente se detectan unos 600.000 casos de CCU de los cuales corresponden a España unos 2.300, lo que le sitúa como el tercer tumor ginecológico en incidencia y mortalidad por detrás del cáncer de endometrio y ovario.

Según datos del Registro del Cáncer de Navarra, en el periodo 2013-2016 se diagnosticaron 78 casos de CCU invasivo¹. La tasa bruta se sitúa en 6,7 por cada 100.000 personas, si bien la incidencia ajustada a la población mundial es de 4,1 por cada 100.000 personas. Esta tasa es inferior a la media española (5,2) y mundial (13,3).

Según los datos del mencionado registro, la incidencia del tumor hasta los 30 años es muy baja. A partir de entonces, aumenta hasta los 60 años y, posteriormente, vuelve a descender.

La tasa de mortalidad bruta en Navarra en el periodo 2014-2018 fue de 1,48 por cada 100.000 personas. Si ajustamos la tasa a población mundial, pasa a ser del 0,8 por cada 100.000, cifra inferior a la española (1,7) y mundial (3,8).

En los últimos años, la incidencia y mortalidad por CCU ha ido disminuyendo en los países desarrollados gracias a la introducción de pruebas de cribado, como la citología y la detección del virus del papiloma humano.

El virus del papiloma humano (VPH en adelante) es el causante del 99 por ciento de los casos de CCU, si bien más del 90 por ciento de las infecciones por este virus son transitorias y desaparecen.

Este virus es muy frecuente y lo puede transmitir a través de las relaciones sexuales cualquier persona infectada. En general, el sistema inmunológico consigue que desaparezca. En caso contrario, al cabo del tiempo y de manera excepcional, pueden derivarse cambios celulares que deriven en cáncer.

¹ El cáncer invasivo (o infiltrante) es aquel que se ha diseminado más allá de la capa de tejido original donde comenzó, creciendo e invadiendo los tejidos sanos circundantes.

El VPH puede ser de más de 200 tipos distintos. Los catalogados como 16 y 18 son los que causan la mayoría de los cánceres relacionados con este virus.

Las medidas adoptadas para prevenir el CCU son de dos tipos:

- Medidas primarias: son aquellas que buscan evitar que la enfermedad aparezca. Fundamentalmente son la vacunación del VPH y la educación sexual para reducir conductas sexuales de riesgo.

En Navarra, la información sobre las vacunas administradas a la población se registra en la aplicación informática INMUNIS.

- Medidas secundarias: son las que se centran en la detección y tratamiento temprano de una enfermedad ya existente antes de que aparezcan sus síntomas para limitar su progresión y reducir su prevalencia y severidad. En este caso, la medida básica es el programa de detección o cribado del CCU.

II.2 PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO DEL ÚTERO EN NAVARRA

Previamente a la aprobación de este programa, la medida secundaria utilizada en la mayoría de las comunidades autónomas, incluida Navarra, era un programa de cribado oportunista. Los programas oportunistas suponen la realización de pruebas durante una consulta médica rutinaria o por iniciativa de la persona. En el caso del CCU, el programa oportunista se basaba en la citología como método de detección de lesiones precursoras del CCU en fase inicial.

Dado que este programa oportunista no aseguraba una cobertura óptima poblacional, penalizando además la equidad, a partir de 2012, se evaluó la evidencia científica existente con el fin de diseñar un programa de detección del CCU que utilizara el cribado general en la población. Así, en abril de 2016, la Comisión de Salud Pública estatal aprobó un documento de consenso con las comunidades autónomas para el desarrollo e implementación del programa de cribado general de CCU.

En 2019, se incluyó este programa de cribado de detección del CCU en la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, incorporando la prueba de determinación del VPH como medida fundamental e instando a las comunidades autónomas a implantarlo.

En Navarra, y en el resto de comunidades autónomas, la pandemia interrumpió el proceso de implantación que volvió a retomarse en 2021 para, finalmente, concluir su implantación en 2023. El documento marco que sustenta este programa lo elaboró la Sección de Detección Precoz del ISPLN (sección en adelante), unidad encargada de gestionar y coordinar el programa, en colaboración con el resto de participantes en el programa: Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Universitario de Navarra (HUN en adelante), Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CASSyR² en adelante), servicios de ginecología del HUN, Hospital Reina Sofía de Tudela (HRS en adelante) y Hospital García Orcoyen de Estella (HGO en adelante) y centros de salud.

Posteriormente, en 2024, se actualizó el citado documento de consenso entre las comunidades autónomas, incorporando cuestiones relativas a la vacunación del VPH en función de la evidencia científica.

El objetivo fundamental de este programa es reducir la incidencia y mortalidad por CCU mediante la identificación y tratamiento precoz de las personas con lesiones cervicales precursoras con mayor riesgo de progresión a cáncer invasor, y la detección de casos con CCU en estadio inicial que puedan beneficiarse de terapias más eficaces y menos invasivas.

El protocolo del programa incluía la citología cada tres años para personas cuya edad estuviera entre 25 y 35 años y pruebas para la detección del VPH en aquellas de edad comprendida entre los 35 y los 65 años.

Este protocolo puede ir variando en función de la evidencia científica que vaya surgiendo en cohortes vacunadas. De hecho, posteriormente a la implantación inicial del programa, el Consejo

² Existen 12 CASSyRs en Navarra: diez en el Área de Pamplona, uno en el Área de Tudela y uno en el Área de Estella. Además, existen cinco subunidades: tres en el Área de Pamplona y dos en el Área de Estella.

Interterritorial de Salud rebajó la edad de inclusión en el programa a los 30 años para la realización de la prueba de detección del VPH, aplicando Navarra este criterio desde el año 2025.

Considerando estos criterios, la población objetivo está formada por personas con cuello de útero con edades entre 25 y 65 años empadronadas en la Comunidad Foral según el padrón de Navarra. Sobre esta población elegible se excluyen, de acuerdo con el consenso existente entre las comunidades autónomas, las personas con determinados antecedentes personales previos³.

A efectos de planificar la inclusión de toda la población objetivo, se consideran de forma independiente dos grupos de población. Por un lado, el correspondiente a las personas de 25 a 29 años con citología cada tres años que se incluirán a lo largo de 2026 y, por otro, el referido a las de 30 a 65 años con determinación del VPH cada cinco años.

Cada año se incluyen siete cohortes de nacimiento (las que en cada año cumplan una edad terminada en cero o cinco), que serán ocho cohortes a partir de 2025 con la inclusión de las personas de 30 años, lo cual unido a la realización de citologías a las personas entre 25 y 29 años hará que, al terminar 2029, se haya invitado a todas las personas de entre 25 y 65 años.

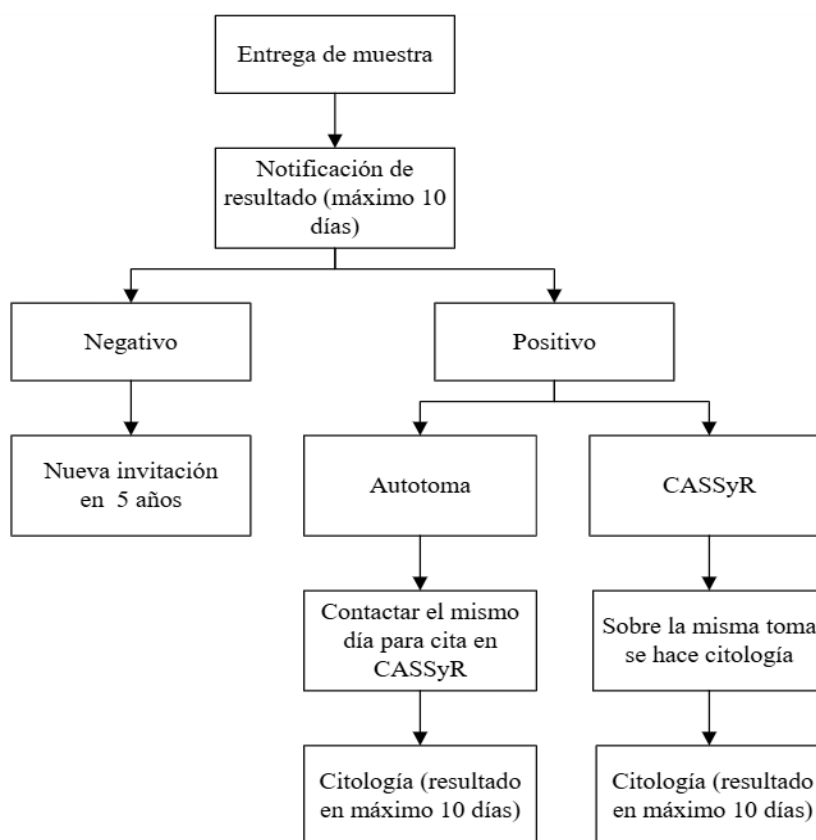
Las invitaciones se realizan a la población por carta incluyendo:

- Folleto informativo sobre el programa de detección del CCU.
- Instrucciones para la toma de la muestra en caso de que sea la persona la que decida hacerlo (autotoma).
- Indicaciones para solicitar cita en el CASSyR para que el personal de enfermería tome la muestra en su caso.
- Kit etiquetado de recogida de muestras. En la etiqueta constará: nombre y apellidos, número de identificación del programa, número de identificación de la muestra en el laboratorio y el código de barras correspondiente.
- Información y forma de proceder cuando haya motivos por los que se deba retrasar la toma de muestra.

En caso de no responder a la invitación, está previsto el envío de recordatorios para fomentar la participación en el programa.

³ CCU invasivo, histerectomía total, agenesia de cérvix, enfermedad terminal o enfermedad o invalidez grave para las que no estaría indicado el cribado o exclusiones temporales por neoplasia intraepitelial cervical de bajo o alto grado para las que se esté realizando un seguimiento específico.

Una vez tomada la muestra por la persona o por el personal de enfermería, se entrega en el centro de salud, CASSyR o en el propio ISPLN. Las muestras se remiten al laboratorio del Servicio de Anatomía Patológica del HUN para procesarlas. Con el resultado obtenido del procesamiento de la muestra, el programa establece el siguiente protocolo de actuación:



Asimismo, el programa recoge las acciones necesarias en el caso de que el resultado haya sido positivo. Estas medidas difieren en función de lo detectado en la citología y pueden ser de dos tipos: realización de un co-test al año o de una colposcopia en el CASSyR o en los hospitales.

La aplicación informática del ISPLN denominada CUIS registra toda la información relevante de este programa: población objetivo, población invitada, recordatorios realizados, participación, resultado, etc.

Por su parte, el Servicio de Anatomía Patológica del HUN registra los resultados de las pruebas realizadas en GESTPATH desde la cual se vuelcan los resultados a CUIS y a la Historia Clínica Informatizada (HCI).

En caso de que el resultado sea positivo en las biopsias tomadas en las colposcopias, las pruebas y seguimiento realizadas a las personas se registran exclusivamente en HCI, si bien el ISPLN rastrea a las personas en esta aplicación para incorporar dichos resultados en CUIS con el fin de evaluar el programa.

III. OBJETIVOS Y ALCANCE

La Cámara de Comptos ha analizado la gestión del programa de detección del CCU en el periodo 2023-2025. Para ello hemos definido los siguientes objetivos:

Objetivo 1: ¿El ISPLN ha adoptado medidas adecuadas para la prevención del cáncer de cuello de útero?
Objetivo 2: ¿La organización y coordinación del programa de detección del cáncer de cuello de útero es adecuada?
Objetivo 3: ¿La ejecución del programa de detección del cáncer de cuello de útero se ha llevado a cabo según lo establecido?

Hemos desglosado estos objetivos en los siguientes subobjetivos:

Objetivo 1. ¿El ISPLN ha adoptado medidas adecuadas para la prevención del cáncer de cuello de útero?

Subobjetivos	Criterios
1.1 ¿Se han tomado las medidas de prevención primaria recomendadas?	Diseño de la estrategia de vacunación del ISPLN: población diana, calendario y dosis administradas Gasto en vacunas de VPH (2020-2025) Integración del Registro de Vacunación INMUNIS con CUIS Existencia de medidas de prevención primarias adicionales a la vacunación.
1.2 ¿Se han adoptado las medidas de prevención secundaria recomendadas?	Cumplimiento de las recomendaciones del documento consenso en el diseño del programa de detección del CCU Cumplimiento de las órdenes ministeriales de 2019 y 2025 sobre la implantación de un programa de detección precoz del CCU

Objetivo 2. ¿La organización y coordinación del programa de detección del cáncer de cuello de útero es adecuada?

Subobjetivos	Criterios
2.1 ¿Es adecuada la organización del programa?	Análisis de las unidades participantes en el programa y sus funciones.
2.2 ¿Existe coordinación entre las distintas unidades participantes en el programa?	Protocolos de gestión entre las unidades participantes.
2.3 ¿Se han llevado a cabo acciones de difusión del programa?	Actuaciones realizadas. Gasto de dichas actuaciones.

Objetivo 3. ¿La ejecución del programa de detección del cáncer de cuello de útero se ha llevado a cabo según lo establecido?

Subobjetivos	Criterios
3.1 ¿La población diana obtenida se ajusta a lo previsto en el programa?	Procedimiento de obtención de la población diana. Población diana obtenida (2023-2025).
3.2 ¿Se ha invitado a participar a toda la población diana identificada?	Procedimiento de invitación a la población diana. Porcentaje de invitaciones realizadas sobre la población diana (2023-2025). Porcentaje de invitaciones devueltas por domicilio desconocido (2023-2025). Tasa de participación (2023-2025). Comparación de la tasa de participación en el programa con el porcentaje esperado establecido (80-85 por ciento) (2023-2025).
3.3 ¿La población diana ha participado en el programa?	Porcentaje de participación por modo de obtención de la muestra (2023-2025). Plazo transcurrido entre la generación de la carta y la entrega de la muestra (2023-2025). Porcentaje de recordatorios de invitaciones realizados (2023-2025). Reenvío de kits por deterioro o problemas en la manipulación (2023-2025). Procedimiento de recepción de la muestra al ser entregada.
3.4 ¿El procedimiento de recepción y remisión de la muestra a Anatomía Patológica es adecuado?	Cotejo entre el número de muestras entregadas y las recibidas por Anatomía Patológica (2023-2025). Plazo transcurrido entre la entrega de la muestra y la recepción en Anatomía Patológica (2023-2025). Certificación de calidad de procesamiento de muestras de Anatomía Patológica.
3.5 ¿El procesamiento de las muestras por Anatomía Patológica es adecuado?	Resultado del procesamiento de muestras (2023-2025). Registro de los resultados en GESTPATH y CUIS (2023-2025). Cumplimiento del plazo de diez días establecido en el programa entre la entrega de la muestra y la obtención del resultado. Medios empleados para la comunicación del resultado en caso de que sea negativo o positivo.
3.6 ¿Se comunica debidamente el resultado a las personas?	Comunicación efectiva del resultado. Plazo transcurrido entre el conocimiento del resultado y la comunicación a las personas. Verificación de que el resultado positivo se comunica de manera inmediata, ofreciendo a la persona una cita para una citología en caso de que se haya obtenido la muestra por autotoma.
3.7 En caso de que el resultado sea positivo, ¿se adoptan las medidas recomendadas?	Comparación de las medidas previstas con las recomendadas. Verificación de que se han llevado a cabo las medidas propuestas. Cumplimiento del plazo máximo de espera establecido entre el resultado y la adopción de la medida correspondiente. Registro del resultado en los distintos sistemas de información. Número de personas con un diagnóstico de CCU.

El alcance del trabajo es el programa de detección del CCU y hemos analizado la siguiente información:

- Marco normativo aplicable al programa de detección del CCU referenciado en el Apéndice 1 de este informe.
- Partidas presupuestarias relacionadas con los recursos económicos destinados al programa de detección del CCU y a la vacunación en el periodo 2023-2025.
- Documentos de consenso entre comunidades autónomas referidos al desarrollo e implementación del programa de detección del CCU y al sistema de información de dicho programa.
- Guía del cribado del cáncer de cuello del útero en España de la Asociación Española de Patología Cervical y Colposcopia (2025).
- Documentación específica sobre el diseño y aplicación del programa en Navarra.

- Bases de datos de las aplicaciones CUIS y GESPATH.

En cuanto a la información sobre población diana, personas invitadas y personas que participan son datos vivos en CUIS al producirse altas y bajas por distintos motivos (empadronamientos nuevos, patologías en seguimiento, fallecimientos, etc.) de manera constante en la aplicación. Para obtener estos datos necesarios para nuestro trabajo consideramos la información a 30 de enero de 2026, sin incluir a aquellas personas cuya situación en CUIS era distinta a partir de esa fecha, ni a las personas nacidas en 1993 y 1994, ya que en un principio se iba a iniciar el cribado incluyéndolas, pero esto se acabó retrasando, y serán invitadas a participar en 2028 y 2029 respectivamente.

- Estatutos del ISPLN.
- Memorias del ISPLN en el periodo 2023-2025.
- Datos sobre la lista de espera en las consultas de detección precoz de Ginecología del HUN, del HGO y del HRS en el periodo 2021-2025 proporcionados por la Sección de Admisión de consultas y pruebas complementarias, la Sección de Admisión del HGO y el Servicio de Atención a la Ciudadanía y Apoyo a la Gestión del HRS.

El alcance temporal de la fiscalización se refiere al periodo 2023-2025, si bien se han efectuado aquellas comprobaciones necesarias sobre otros ejercicios para una mejor consecución de los objetivos establecidos.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La Cámara de Comptos ha fiscalizado la gestión del programa de detección precoz del CCU adscrito a la sección del ISPLN en el que participan además los CASSyRs, el Servicio de Anatomía Patológica del HUN, los servicios de ginecología del HUN, HRS y HGO y centros de salud.

Su implantación en 2023 supuso un cambio significativo, pasando de un programa de cribado oportunista a uno poblacional organizado, lo que implica que para 2029 se habrá invitado a participar a todas las personas entre 25 y 65 años.

Objetivo 1. Adopción de medidas preventivas del CCU

La sección del ISPLN ha adoptado las medidas primarias (vacunación y educación sexual) y secundarias (implantación de un programa de cribado generalista) preventivas del CCU adecuadas, siguiendo en general las recomendaciones del documento de consenso estatal y las órdenes ministeriales aprobadas al efecto, si bien restaría por establecer interconexión entre INMUNIS y CUIS para incorporar los datos sobre vacunación del VPH, acción prevista para junio de 2026.

El programa de detección precoz del CCU implantado solo contemplaba los recursos humanos necesarios en la sección, los cuales a la fecha de redacción de este informe son inferiores a los previstos. En el resto de unidades participantes en el programa solo se estimaba la actividad que iba a suponer la puesta en marcha del programa, sin cuantificar el personal necesario.

Objetivo 2. Organización y coordinación del programa de detección del CCU

La organización y coordinación del programa ha sido adecuada en general, habiéndose llevado a cabo actuaciones de difusión del mismo por un total de 227.943 euros en el periodo 2023-2025.

Objetivo 3. Ejecución del programa de detección del CCU

El procedimiento de ejecución del programa está detallado y analizado en el Apéndice 2.3 de este informe. A continuación, mostramos las conclusiones más relevantes de nuestra fiscalización:

- La ejecución del programa comienza con la carga de la población en CUIS. El procedimiento anual para ello es laborioso e incluye un número significativo de acciones manuales, fundamentalmente por la ausencia de un censo único poblacional que sea el origen de la información y la existencia de personas sin Código de Identificación Personal Autonómico (CIPNA en adelante).

Hemos constatado que de las 193.952 personas que constaban en CUIS en febrero de 2026 como candidatas a ser invitadas en el periodo 2023-2027, 2.122 no tenían asignado CIPNA o número de historia clínica, lo que imposibilita tramitar su invitación a participar en el programa.

- En el periodo 2023-2025, la sección invitó a 98.424 personas a participar en el programa, porcentaje que supone el 99 por ciento de la población diana, descontado el seis por ciento de esta que se excluyó temporal o definitivamente por diversos criterios previamente establecidos (fallecimiento, no empadronamiento en Navarra, patologías en seguimiento, etc.).

Sobre el uno por ciento restante formado por 1.189 personas, en 991 casos la razón para no ser invitadas fue la falta de datos sobre su CIPNA, número de historia clínica o CASSyR asignado, y en 198 casos su no invitación estaba justificada por no haberse cambiado su situación en CUIS, o por haber sido dadas de alta recientemente en la aplicación sin haber dado tiempo a ser invitadas.

- La tasa de participación se sitúa en el 70, 68 y 54 por ciento respectivamente para cada año del periodo 2023-2025, si bien aún se pueden entregar muestras correspondientes a las invitaciones de 2025.

Esta tasa se aleja significativamente de la esperada en el diseño del programa, fundamentalmente en personas del rango de edad entre 35 y 40 años, que se estimó dentro del intervalo 80-85 por ciento, a pesar de las campañas de difusión y de los recordatorios sobre la participación realizados por la sección. En concreto, en el periodo 2023-2025, la sección remitió 48.271 cartas recordatorio, cifra que supone haber hecho esta acción para el 49 por ciento de las personas invitadas, consiguiendo que el 35 por ciento de estas participara.

- De las 60.550 muestras analizadas por el Servicio de Anatomía Patológica, 2.081 resultaron inválidas remitiendo el ISPLN un nuevo kit a todas las personas que lo precisaban. De estas 2.081 personas, finalmente participaron 1.510.

- De las 57.739 muestras válidas procesadas, un 95 por ciento resultaron negativas y un cinco por ciento positivas.

- El plazo medio de procesamiento de las muestras desde su entrega por las personas ascendió a 12 días naturales.

- El programa establecía un periodo máximo de 14 días naturales entre la entrega de la muestra y la notificación del resultado a la persona. El cuadro siguiente muestra el plazo de comunicación del resultado tras la entrega de la muestra:

	2023	2024	2025
Menor o igual a 15 días	70 %	63 %	92 %
Entre 16 y 30 días	28 %	36 %	7 %
Más de 30 días	2 %	2 %	1 %

Como se observa, el plazo establecido no se cumple en todos los casos. En la comunicación de los resultados positivos hay que tener en cuenta que el cumplimiento de dicho plazo podría estar condicionado por las dificultades para contactar telefónicamente con las personas.

- Las medidas previstas en el programa para los casos positivos detectados en el screening, se han aplicado a todas las personas que las han precisado. Así, en función del tipo de lesión detectada está previsto realizar un co-test en el CASSyR al año, una colposcopia en CASSyR en un plazo inferior o igual a ocho semanas o una colposcopia en los servicios de ginecología del HUN, HRS y HGO en un plazo inferior o igual a cuatro semanas.

En cuanto al cumplimiento de plazos, los co-test necesarios se planificaron adecuadamente en todos los casos, el plazo de la colposcopia en CASSyR se cumplió en el 93 por ciento de los casos, y el de la colposcopia en hospitales en el 70 por ciento. Sobre este incumplimiento en los plazos, al no completar el campo de observaciones en CUIS en todos los casos, no podemos concluir sobre si el retraso está justificado o no.

- En el periodo analizado se han detectado gracias al programa tres cánceres localizados en estadios iniciales y otros siete en estadios más avanzados.

En definitiva, esta Cámara considera que el programa de detección precoz del CCU se diseñó conforme a las directrices estatales aprobadas y está organizado y coordinado adecuadamente. La aplicación informática que gestiona el programa (CUIIS) es un elemento clave para el buen funcionamiento del programa y debe estar alimentado con datos suficientes que permitan invitar a toda la población diana, y más teniendo en cuenta que no se está consiguiendo que la participación sea alta, debiendo incidir en todas las acciones que puedan mejorar este aspecto. Dado que es un programa que lleva aplicándose solo tres años, no existen actualmente datos suficientes para valorar su impacto, debiendo llevar a cabo esta evaluación cuando todas las cohortes hayan participado al menos una vez.

Teniendo en cuenta las conclusiones de nuestro trabajo, *recomendamos*:

Proceso de carga de la población en la aplicación informática CUIIS

- *Completar en CUIIS los datos referidos al CIPNA, número de historia clínica y CASSyR a las personas que carezcan de ellos para simplificar el proceso de carga de las personas y posibilitar su participación en el programa.*
- *Volcar los cambios de direcciones postales de las personas a CUIIS en las cargas anuales que se realicen para reducir el número de cartas devueltas, la realización de recordatorios y el envío de nuevos kits en su caso.*
- *Unificar las tablas de las bases de datos referidas a personas de los tres programas de detección precoz gestionados en el ISPLN adoptando los cambios técnicos y organizativos correspondientes para corregir y actualizar la información demográfica y postal de las personas.*
- *Crear índices únicos por CIPNA, número de historia clínica y DNI/NIE para evitar la existencia de duplicados y simplificar el proceso de carga de las personas.*
- *Realizar la interconexión correspondiente entre CUIIS e INMUNIS para incorporar los datos sobre vacunación del VPH.*

Ejecución del programa

- *Incorporar en CUIIS todas las observaciones oportunas que permitan realizar un seguimiento más automatizado de las personas y obtener indicadores de gestión del programa.*
- *Analizar la conveniencia del uso de SMS en la comunicación con las personas participantes en el programa.*

Otras recomendaciones

- *Incidir en la educación sexual como medida primaria de prevención para evitar futuros contagios y en la concienciación de las personas para que participen en el programa.*
- *Analizar los recursos humanos actuales empleados en el programa y si es necesario incrementarlos dada la carga de trabajo de las unidades participantes en el mismo.*

V. RESPONSABILIDAD DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA Y DEL SERVICIO NAVARRO DE SALUD-OSASUNBIDEA

La Sección de Detección Precoz del ISPLN es la responsable de la gestión del programa de detección precoz del CCU debiendo, además, garantizar que las actividades y operaciones realizadas resultan conformes con las normas aplicables.

El SNS-O, y más concretamente los CASSyRs, el Servicio de Anatomía Patológica del HUN, los servicios de ginecología del HUN, HRS y HGO y los centros de salud son responsables de llevar a cabo las actividades establecidas en el programa en los plazos establecidos.

El Servicio de Sistemas de Información para la Gestión Asistencial y Sanitaria de la DGTD es el responsable del mantenimiento y evolución de CUIS, aplicación informática esencial en la gestión del programa de detección precoz de CCU.

Asimismo, el ISPLN debe establecer los mecanismos necesarios para lograr la eficacia en los objetivos propuestos y la eficiencia y la economía en el uso de los recursos públicos para la consecución de dichos objetivos, estableciendo los sistemas de control interno que consideren necesarios para esa finalidad.

VI. RESPONSABILIDAD DE LA CÁMARA DE COMPTOS DE NAVARRA

Nuestra responsabilidad es expresar unas conclusiones basadas en nuestra fiscalización sobre la gestión del programa de detección precoz del CCU en el periodo 2023-2025.

Para ello, hemos llevado a cabo la misma de conformidad con los principios generales de fiscalización de las Instituciones Públicas de Control Externo, establecidos en las ISSAI-ES, aplicándose fundamentalmente la ISSAI-ES 300 referida a las fiscalizaciones operativas y su desarrollo en las ISSAI-ES 3000 y 3100. Dichos principios y directrices exigen que cumplamos los requerimientos de ética, así como que planifiquemos y ejecutemos la fiscalización con el fin de obtener una seguridad razonable de que, la gestión de los recursos públicos resulte, en todos los aspectos significativos, conforme con la normativa vigente.

Una fiscalización requiere la aplicación de procedimientos para obtener evidencia de auditoría que fundamente las conclusiones obtenidas.

Consideramos que la evidencia de auditoría que hemos obtenido proporciona una base suficiente y adecuada para fundamentar las conclusiones alcanzadas.

Informe que se emite a propuesta de la auditora Karen Moreno Orduña, responsable de la realización de este trabajo, una vez cumplimentados los trámites previstos por la normativa vigente.

En Pamplona, a 29 de abril de 2026

El presidente de la Cámara de Comptos de Navarra: Jose Ignacio Cabeza del Salvador

APÉNDICE 1. METODOLOGÍA Y MARCO NORMATIVO

1.1 METODOLOGÍA

La Cámara de Comptos ha utilizado para la realización de este informe la metodología establecida en la ISSAI-ES 300 mencionada y las directrices de la Guías Prácticas de Fiscalización de los Órganos de Control Externo GPF-OCEX 3000, 3910 y 3920 sobre la auditoría operativa. La aplicación de estas guías supone plantear los objetivos del trabajo en forma de preguntas y asociar a cada uno de ellos subobjetivos que permitan emitir una conclusión para cada uno de ellos.

Para dar respuesta a estos subobjetivos, asociamos a los mismos los criterios que consideramos más adecuados, recogidos en el epígrafe III de este informe, teniendo en cuenta la información disponible.

1.2 MARCO NORMATIVO BÁSICO APLICABLE

El marco normativo básico relacionado con el programa de detección precoz del CCU está formado por las siguientes normas:

Normativa estatal

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Orden SCB/480/2019, de 26 de abril, por la que se modifican los anexos I, III y VI del real decreto anterior que incluye el programa de detección precoz del CCU en la cartera de servicios del Servicio Nacional de Salud.
- Orden SND/454/2025, de 9 de mayo, por la que se modifican los anexos I, II, III y VI del real decreto anterior incluyendo a las personas que cumplan 30 años en el programa de detección precoz del CCU.

Normativa foral

- Decreto Foral 248/2023, de 15 de noviembre, por el que se aprueban los estatutos del organismo autónomo Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.
- Orden Foral 310E/2023, de 29 de septiembre, del consejero de salud, por la que se establece el calendario oficial de vacunaciones para toda la vida en Navarra y el calendario de vacunaciones en situaciones especiales o de riesgo.

APÉNDICE 2. OBSERVACIONES Y HALLAZGOS DE LA FISCALIZACIÓN

Incluimos en este apéndice un desarrollo de las conclusiones obtenidas en cada uno de los subobjetivos de nuestra fiscalización.

2.1 OBJETIVO 1. ADOPCIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS DEL CCU

2.1.1 Medidas primarias

Vacunación del VPH

El procedimiento seguido para administrar la vacuna de una enfermedad a la población lo aprueba a nivel estatal la Comisión de Salud correspondiente. Este acuerdo se eleva al Consejo Interterritorial de Salud y, una vez aprobado, cada comunidad autónoma lo implanta.

De acuerdo con este protocolo de actuación, en Navarra, la vacunación del VPH comenzó en 2007 administrándose inicialmente a niñas nacidas a partir de enero de 1995 y que tuvieran 12-13 años. En los tres años siguientes se extendió a las niñas nacidas entre el 1 de enero de 1992 y el 31 de diciembre de 1994 no vacunadas anteriormente. En 2013, se adelantó la edad de vacunación un año.

Posteriormente, en 2023, se añadió la vacunación a los niños nacidos después del 1 de enero de 2012 a la misma edad que a las niñas.

En 2025, el ISPLN en la actualización que realizó del documento de vacunaciones a lo largo de la vida de las personas, estableció una recuperación de los varones no vacunados nacidos en el periodo 2007-2011.

El número de dosis inicialmente ascendió a tres, en 2016 se redujo a dos, y a partir de noviembre de 2024 a una, tras obtener la evidencia científica correspondiente.

El gasto de las vacunas del VPH en el periodo 2020-2025 ascendió a 3,54 millones según el siguiente desglose:

	Obligaciones reconocidas netas	Nº dosis	Precio unitario
2020	384.384	9.240	41,6
2021	399.360	9.600	41,6
2022	1.006.200	21.500	46,8
2023	491.400	10.500	46,8
2024	491.400	10.500	46,8
2025	772.200	16.500	46,8
Total	3.544.944	77.840	-

La información referida a la administración de esta vacuna y del resto previstas en el calendario de vacunaciones se registra en la aplicación INMUNIS. De acuerdo con el documento de consenso citado, esta aplicación tendría que estar conectada con CUIS; sin embargo, esta integración no existe, si bien está previsto que se realice en junio de 2026.

Otras medidas de prevención primarias

La otra medida de prevención primaria utilizada se centra en la educación sexual para fomentar la utilización de protección en las relaciones sexuales.

2.1.2 Medidas secundarias

Las principales características del programa de detección del CCU ya han sido descritas en el epígrafe II. Los Anexos 1 y 2 que acompañan a este informe representan el procedimiento del programa de detección del CCU si el resultado de la prueba realizada resulta negativo o positivo respectivamente.

Cumplimiento de las recomendaciones para el desarrollo e implementación del documento de consenso en el programa de detección del CCU

El documento de consenso del Estado actualizado en 2024 incluía, agrupadas por categorías, las 49 recomendaciones sobre el desarrollo e implementación del programa de detección del CCU que detallamos en el Anexo 3 que acompaña a este informe.

El siguiente cuadro incluye el detalle del cumplimiento de dichas recomendaciones por parte del programa en Navarra:

Categoría	Nº recomendaciones	Grado de cumplimiento
Organización y coordinación del programa	2	Se cumplen todas
Determinación población	8	Se cumplen todas menos una
Información sobre el programa	4	Se cumplen todas
Pruebas de cribado	24	Se cumplen 20, tres no son verificables y una se cumple parcialmente
Confirmación diagnóstica	7	Cuatro no son verificables y tres se cumplen
Evaluación del programa	4	Se cumplen todas

De las 49 recomendaciones, el programa en Navarra cumple 40, siete no son verificables, fundamentalmente por estar relacionadas con la forma de atención del personal con las personas, una se cumple parcialmente y una no se cumple.

La recomendación que no se cumple hace referencia a la falta de interconectividad de CUIS con INMUNIS y con los registros de cáncer mencionada previamente.

Cumplimiento de las órdenes ministeriales sobre el desarrollo e implementación del programa de detección del CCU

En 2019 y 2025 se aprobaron las dos órdenes ministeriales citadas en el Apéndice 1.2. en las que se establecían entre otras cuestiones los criterios de inclusión en el programa, intervalos entre exploraciones, etc.

Hemos verificado que el programa de detección del CCU de Navarra cumple con los requisitos y recomendaciones establecidos en ambas órdenes ministeriales, salvo en la falta de información en CUIS sobre la vacunación de la población debido a la ausencia de conexión ya citada entre esta aplicación e INMUNIS.

En conclusión, esta Cámara opina que el ISPLN ha adoptado las medidas primarias y secundarias preventivas del cáncer de CCU adecuadas, siguiendo las recomendaciones del documento de consenso estatal y las órdenes ministeriales aprobadas al efecto, si bien restaría por establecer la interconexión entre CUIS e INMUNIS y con el registro de cáncer, estando prevista la primera de las conectividades para junio de 2026.

2.2 OBJETIVO 2. ORGANIZACIÓN Y COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CCU

2.2.1 Organización del programa

Las unidades participantes en el programa lideradas por la sección del ISPLN mantuvieron varias reuniones para diseñarlo de acuerdo con el documento de consenso aprobado a nivel estatal y a las órdenes ministeriales citadas. El resultado obtenido fue el documento "Programa de detección precoz de cáncer de cuello de útero" que describe los protocolos y procedimientos de actuación de este.

Uno de los puntos fundamentales en el diseño del programa fue el análisis de los recursos humanos necesarios en el ISPLN. En la tabla siguiente incluimos la previsión de recursos y la realidad a la fecha de redacción de este informe:

Categoría profesional	Personal previsto	Personal real
Facultativo especialista adjunto	1	1 al 75 por ciento de su jornada
Técnico en sistemas de información	1	1 sin dedicar toda la jornada a ello
Personal de enfermería	1	Dos a tiempo completo y otra que coordina y supervisa este programa y el resto de programas ³
Personal administrativo	1	15 personas de perfil administrativo más una persona que los coordina y supervisa para los programas de detección precoz ⁴ que gestiona el ISPLN

En el caso del Servicio de Anatomía Patológica del HUN, de los servicios de ginecología del HUN, HRS y HGO y de los CASSyRs no se estimó el personal necesario, sino únicamente el incremento de actividad previsto, indicando que estas unidades deberían organizarse de la manera que consideraran más adecuada para realizarla.

El detalle de las funciones de cada unidad participante en el programa puede consultarse en el Anexo 4 que acompaña a este informe.

Del análisis de dichas funciones podemos concluir que muchas de las tareas llevadas a cabo por el personal facultativo y de enfermería de la sección se realizan manualmente y se anotan en hojas Excel. La razón principal para el uso de Excel es que, aunque CUIS permita realizar gran parte de la funcionalidad que se desarrolla en dicha aplicación, con Excel el personal de la sección tiene mejor ergonomía y control de las personas participantes en el programa para llevar a cabo actuaciones que CUIS no posibilita.

Este procedimiento de actuación supone que este personal tenga una carga de trabajo significativa y muy laboriosa, pero necesaria para llevar a cabo una buena gestión y control del programa.

2.2.2 Coordinación del programa

Previamente a la implantación del programa, la Sección de Detección Precoz coordinó su diseño con el resto de unidades participantes a través de reuniones periódicas en las que se determinaron flujos de trabajo, cargas de trabajo por estamento profesional que implicaban la adecuación de agendas y canales de comunicación, información y consultas bidireccionales.

Posteriormente a la puesta en marcha del programa, la coordinación ha consistido en reajustar lo previsto inicialmente en reuniones esporádicas en función de las necesidades que van surgiendo y la comunicación de los resultados del programa a los participantes.

Por otro lado, la sección mencionada está en contacto continuo para la resolución de incidencias e implantación de mejoras en CUIS con Servicio de Sistemas de Información para la Gestión Asistencial y Sanitaria de la DGTD.

2.2.3 Actuaciones de difusión del programa

La participación de la población a la que va dirigida el programa es un factor clave para evaluar su impacto y poder además disminuir la incidencia y mortalidad del CCU. Las actividades de difusión del programa son un elemento esencial, tanto en el momento de puesta en marcha del mismo como a posteriori.

⁴ Programa de detección de CCU, cáncer de mama, cáncer de colon, metabopatías congénitas en recién nacidos y de hipoacusias.

La sección realizó en el periodo 2023-2025 campañas de difusión utilizando fundamentalmente los siguientes canales: prensa, radio, televisión, folletos informativos, carteles, redes sociales (Facebook e Instagram), rotulación de autobuses y marquesinas, banners digitales y página web. Estas campañas conllevaron un gasto de 227.493 euros según el siguiente detalle:

	2023	2024	2025	Total
Gastos difusión	121.245	51.405	54.843	227.493

En conclusión, respecto a la organización y coordinación del programa, esta Cámara opina que es adecuada, habiéndose llevado a cabo actuaciones de difusión del mismo, si bien, como mostramos en el siguiente epígrafe, no se está consiguiendo el porcentaje de participación esperado, por lo que habría que reforzar esa difusión.

2.3 OBJETIVO 3. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CCU

2.3.1 Obtención población diana

Procedimiento de obtención de la población diana

En 2023, cuando se implantó el programa, la Sección de Detección Precoz, tras la solicitud correspondiente al Instituto de Estadística de Navarra (Nastat en adelante), cargó en CUIS a toda la población susceptible de ser invitada en los cinco años siguientes considerando sus años de nacimiento.

El procedimiento seguido por la sección para obtener la población diana, es el siguiente:

- En noviembre de cada año, la sección solicita a Nastat las personas nacidas en años que no están actualmente en CUIS, por no haberse incluido en la carga inicial, y las altas y bajas desde la última petición realizada de personas cuyos años de nacimiento ya están incluidos en CUIS.
- Nastat remite a la sección un fichero con todas las personas cuyo año de nacimiento está incluido en el intervalo de población total de aplicación del programa sin delimitar la información a lo solicitado. Asimismo, remite otro fichero con las personas fallecidas desde la última solicitud.

A la fecha de redacción de este informe, no es posible que Nastat mejore la calidad de los datos remitidos al extraer la información de una aplicación que pertenece al Estado.

- La información recibida se carga en una base de datos Access junto con la tabla de personas de CUIS y aquí se realizan varias consultas automáticas y actualizaciones manuales para eliminar duplicados, completar información de direcciones incompleta y obtener los siguientes grupos de personas:

- Personas que están CUIS y no en Nastat, porque han dejado de estar empadronadas en Navarra y por lo tanto no están incluidas en el alcance del programa. Se remite esta información al Servicio de Sistemas de Información para la Gestión Asistencial y Sanitaria de la DGTD para que modifiquen su situación en CUIS.
- Personas que están en Nastat y no en CUIS, porque son de nueva incorporación al haberse empadronado en Navarra. Si carecen de CIPNA o número de historia clínica, se remite esta información a la Sección de la Tarjeta Individual Sanitaria para que se asigne un CIPNA a todas ellas. Recibida esta información, se cruza con HCI y con ambos datos se remite esta relación de personas al Servicio de Sistemas de Información para la Gestión Asistencial y Sanitaria de la DGTD para que la incorpore a CUIS.
Esta tarea de obtener los CIPNA y número de historia clínica no se ha realizado en todos los casos, generando una deficiencia significativa referida a la imposibilidad de invitar a participar a las personas sin estos datos, ya que, al carecer de esta información, la muestra que se entregaría no generaría un volante de petición de procesamiento en el Servicio de Anatomía Patológica.
- La información sobre personas fallecidas remitida por Nastat se cruza con la de CUIS y se obtiene una relación con las no coincidentes que se remite al Servicio de Sistemas de Información para la Gestión Asistencial y Sanitaria de la DGTD para que modifique la situación de dichas personas e incluyan la fecha de fallecimiento.

Del análisis del procedimiento podemos concluir que es laborioso e incluye un número significativo de acciones manuales que podrían reducirse si se completaran siempre los datos de la persona con su número de historia clínica y su CIPNA.

Población diana obtenida

Aplicando el procedimiento anterior, en enero de 2023, primer año de implantación del programa, la sección realizó una carga de todas las personas susceptibles de ser invitadas en los próximos cinco años. Anualmente, y según el procedimiento descrito, se producen modificaciones de dicha población, obteniendo los siguientes datos según la última actualización de población realizada en febrero de 2026:

Fecha carga/actualización	Número de personas
24/01/2023	161.907
06/02/2024	19.179
20/01/2025	8.157
17/02/2026	4.709
Total personas	193.952

Si agrupamos a estas personas en función del año en el que son susceptibles de ser invitadas el resultado es el siguiente:

Año ejecución programa	Número de personas
2023	38.246
2024	38.867
2025	38.910
2026	39.126
2027	38.803
Total personas	193.952

Hemos verificado que 2.122 personas de las 193.952 no tienen asignado número de historia clínica. Como ya hemos mencionado, esta circunstancia es muy relevante dado que sin este dato no es posible invitar a estas personas a participar en el programa.

2.3.2 Invitación de participación en el programa

Cohortes de población invitadas

Las invitaciones a participar en el programa se realizan mensualmente ordenando a la población por fecha de nacimiento, lo que supone que las personas reciben dicha invitación en su mes de nacimiento o en el siguiente. En el caso de personas que residen en instituciones, solo existe una invitación en el año independientemente de su mes de nacimiento.

En el periodo fiscalizado las cohortes invitadas por año de nacimiento han sido las siguientes:

Año programa	Cohortes invitadas en función de fecha de nacimiento
2023	1958, 1963, 1968, 1973, 1978, 1983 y 1988
2024	1959, 1964, 1969, 1974, 1979, 1984 y 1989
2025	1960, 1965, 1970, 1975, 1980, 1985, 1990 y 1995 (se introdujeron las personas de 30 años)

Procedimiento de invitación e indicadores asociados al mismo

• La carga anual de la población realizada en CUIS refleja a las personas en la situación que les corresponde, es decir, “sin empadronar”, “fallecidas”, “pendientes de invitación” (BI, las personas que deben ser vistas este año) y “fuera de cohorte” (FC, las personas nuevas que no deben de ser vistas este año). Paralelamente, la facultativa de la sección excluye por motivos médicos a las que proceda. La tabla siguiente muestra las personas susceptibles de ser invitadas cada año y las que pasaron a la situación BI:

	2023	2024	2025
Personas por año susceptibles de ser invitadas	33.963	34.324	37.529
Personas que han pasado por la situación BI	33.947	33.764	36.231
Personas que no han pasado por la situación BI por exclusiones temporales o definitivas justificadas	1	540	1.275
Personas que se quedan en FC sin pasar a BI	15	20	6

El 98 por ciento de las personas que debieran haber pasado por la situación BI lo han hecho; el dos por ciento restante no pasó a dicha situación debido a exclusiones temporales o definitivas que justifican esta circunstancia (sin empadronar en Navarra, fallecimiento, patologías en seguimiento, etc.), salvo en el caso de 15 personas en 2023, 20 en 2024 y seis en 2025, es decir, un total de 41 personas.

La principal razón por la que estas 41 personas no han pasado por BI, y siguen en la situación FC, es la falta del número de historia clínica en sus datos que impide invitarlas, al no ser posible analizar su muestra sin esta información.

• El paso siguiente para invitar a participar a las personas consiste en cambiar la situación de las personas de BI a “Citada, kit enviado” (C) mes a mes y generar la invitación correspondiente. Se hace por bloques, agrupando a las personas en función de su CASSyR, motivo por el cual es fundamental que este dato conste para cada una de ellas. Previamente a la generación de las invitaciones, la facultativa de la sección revisa las personas excluidas temporales, por si el motivo hubiera desaparecido, y analiza si existen personas de años anteriores que se hubieran quedado en situación BI para añadirlas en su caso.

• La facultativa de la sección remite estos listados de invitaciones por CASSyR al personal de administración que prepara, imprime y envía las cartas con el kit correspondiente en el plazo de una semana en general. En CUIS consta el día de generación de la carta, pero no cuándo se imprime ni cuándo se envía.

• El cuadro siguiente muestra cuántas personas de las que se encontraban en situación BI han pasado a la situación C para ser invitadas:

	2023	2024	2025
Personas por año susceptibles de ser invitadas	33.963	34.324	37.529
Personas que han pasado por la situación BI (1)	33.947	33.764	36.231
Personas que pasan a la situación C (2)	32.764	32.055	33.605
Personas que no han pasado por la situación C por exclusiones temporales o definitivas justificadas (3)	947	1.945	3.282
Personas que no han pasado por la situación C	252	324	613
% de invitaciones realizadas sobre la población diana (2) / (1)	97	95	93
% de invitaciones realizadas sobre la población diana sin considerar las exclusiones ni las personas que no han pasado por BI	99	99	98

En el periodo analizado, la práctica totalidad de la población diana fue invitada. La principal razón por la cual no se invita al resto son exclusiones justificadas (sin empadronar en Navarra, fallecimientos, patologías en seguimiento, etc.).

Hemos analizado aquellas situaciones que *a priori* no obedecían a exclusiones justificadas y el resultado es el siguiente:

	2023	2024	2025
Sin CIPNA y/o CASSyR y/o número historia clínica	242	294	455
Pendiente de enviar invitación (BI):	9	27	156
-Residentes en instituciones, situación no modificada por error	6	21	33
-Paso a BI reciente	3	6	123
Fuera de cohorte (FC) dadas de alta en enero de 2026 por lo que justificada su situación	1	-	1
Asiste (justificado su no paso por C)	-	3	1
Total personas	252	324	613

La principal causa es la falta de datos que impide realizar la invitación a la persona; si bien este porcentaje supone solo el uno por ciento de las personas susceptibles de ser invitadas, si no se completa dicha información nunca podrán participar en el programa. En cuanto al resto de personas, sus situaciones en CUIS están justificadas.

- La sección recibe cartas devueltas por Correos por no haber podido ser entregadas. El personal de administración de la sección es el encargado de averiguar la razón de estas devoluciones mediante llamadas telefónicas, comprobaciones en la base de datos de la Tarjeta Individual Sanitaria o consultas en los registros de los otros programas de detección que gestionan (cáncer de mama y de colon).

En CUIS no queda reflejada información sobre cuántas cartas se devuelven y en cuantas de ellas finalmente se obtiene la dirección correcta. Solo consta información sobre aquellas cartas de las que, tras las averiguaciones correspondientes, no ha sido posible obtener la dirección correcta. El porcentaje de invitaciones devueltas de personas con situación final en CUIS “domicilio desconocido” es el siguiente:

	2023	2024	2025
Personas que han pasado por la situación C (1)	32.764	32.055	33.605
Personas en situación final “domicilio desconocido” (2)	98	130	76
Porcentaje de personas (2) / (1)	0,3	0,4	0,2

2.3.3 Participación en el programa

Tasa de participación

Una vez remitidas las cartas a las personas, son ellas las que deciden si participan en el programa o no. Cuando una persona ha participado en el programa y entrega la muestra, su situación en CUIS automáticamente pasa a “Asiste” (A).

En el documento sobre el programa en Navarra se establecía una tasa de participación deseada o esperada comprendida en el intervalo del 80-85 por ciento.

Hemos obtenido esta tasa para las personas incluidas en cada año del periodo 2023-2025 y es la siguiente:

	2023	2024	2025
Personas que han pasado por C (1)	32.764	32.055	33.605
Personas que tras pasar por C han sido excluidas (2)	1.830	1.225	581
Personas que han pasado por A (3)	21.616	20.930	17.695
Tasa de participación sobre personas invitadas (3) / (1-2)	70 %	68 %	54 %

La tasa de participación es significativamente inferior a la esperada, fundamentalmente en el caso de las cohortes incluidas en 2025. Hay que tener en cuenta que hemos obtenido el dato de

2025 en enero de 2026, sin que se haya dado tiempo suficiente a que todas las personas participen o a que reciban los recordatorios correspondientes.

Si bien esa es la tasa de participación total por año fiscalizado, esta tasa aumenta conforme lo hace la edad tal y como muestra el siguiente cuadro:

Edad en años	2023	2024	2025
30	-	-	43 %
35-40	57 %	66 %	70 %
45-50	66 %	66 %	59 %
55-65	70 %	70 %	66 %

En relación con las personas que sí han participado, la autotoma ha sido el método elegido en la mayoría de los casos para obtener la muestra tal y como refleja el siguiente cuadro:

	2023	2024	2025
% muestras obtenidas por autotoma	94	94	95
% muestras obtenidas por profesional en CASSyR	6	6	5

Plazo entre la generación de la carta de invitación y entrega de la muestra

CUIS registra la fecha en la que se genera la carta de invitación, pero no cuándo el ISPLN la envía a los domicilios ni cuándo la reciben las personas. Hemos obtenido el plazo medio entre la generación de la carta y la entrega de la muestra por la persona y los resultados son los siguientes:

	2023	2024	2025
Plazo entre generación de la carta y entrega de la muestra	80 días	91 días	55 días

Porcentaje de recordatorios a las personas invitadas al programa

La persona facultativa de la sección genera las cartas recordatorio para las personas invitadas que no han participado en el programa a los dos o tres meses de haber generado las cartas de invitación correspondientes. Una vez generadas las cartas recordatorio, las remite al personal de administración para que las impriman y las envíen.

En el periodo 2023-2025 se realizaron 48.271 recordatorios de participación de acuerdo con el siguiente detalle:

Nº recordatorios por persona	2023	2024	2025
Un recordatorio	6.464	3.889	7.591
Dos recordatorios	2.221	1.915	3.730
Tres recordatorios	10.251	10.238	1.972
Total recordatorios	18.936	16.042	13.293

El 47 por ciento de los recordatorios se corresponden con la realización de tres recordatorios por persona, el 37 por ciento con un recordatorio y el 16 por ciento con dos.

Teniendo en cuenta estos datos, el porcentaje de recordatorios realizado a las personas invitadas es el siguiente:

	2023	2024	2025
Personas invitadas (C)	32.764	32.055	33.605
Personas que han recibido algún recordatorio	18.936	16.042	13.293
% de personas que han recibido algún recordatorio sobre las citadas	58	50	40

En el conjunto del periodo analizado, la sección tramitó una carta recordatorio para el 49 por ciento de las personas invitadas. Los datos de 2025 son los más bajos al estar condicionados por el momento de obtención de la información.

En cuanto a la eficacia de la carta recordatorio, mostramos a continuación si la persona participó o no tras recibirla:

	2023	2024	2025
% de personas que tras recibir el recordatorio participan en el programa	46	36	24
% de personas que tras recibir el recordatorio no participan en el programa	45	57	72
% de personas que han recibido el recordatorio, pero no pueden participar por estar temporal o definitivamente excluida	9	7	4

La participación en el programa tras el envío de la carta recordatorio fue de un 35 por ciento en el conjunto del periodo, si bien este porcentaje difiere por año analizado. Un 57 por ciento siguió sin participar, con cifras dispares entre años, y el siete por ciento restante no pudo hacerlo al estar excluida temporal o definitivamente.

Reenvío de kits por deterioro o por problemas en la manipulación

La carta de invitación remitida contiene un kit para la obtención de la muestra por autotoma. El gasto en kits en el periodo 2023-2025 ascendió a 125.859 euros tal y como muestra la siguiente tabla:

	2023	2024	2025
Gasto kits	39.945	39.436	46.479
Número kits	25.200	33.600	39.600

En ocasiones, es necesario reenviar un kit por pérdida o deterioro del mismo o por problemas a la hora de tomar la muestra, quedando constancia de ello en CUIS. En el periodo analizado, la sección remitió 4.905 kits nuevos por las circunstancias señaladas de acuerdo con el siguiente detalle:

	2023	2024	2025
Personas invitadas (C)	32.764	32.055	33.605
Personas que han recibido un nuevo kit	1.897	2.172	836
% de personas que han recibido un nuevo kit	6	7	2

2.3.4 Recepción y remisión de la muestra a Anatomía Patológica

En el caso de autotoma, las personas pueden entregar la muestra en los centros habilitados para ello (centros de salud, CASSyRs e ISPLN). En estos centros, mediante la lectura del código de barras correspondiente, las muestras se registran en CUIS generándose automáticamente un volante en HCI y una solicitud de análisis en GESTPATH para el Servicio de Anatomía Patológica. Si la persona acude al CASSyR para que le tomen la muestra el procedimiento es similar.

Registradas las muestras, se remiten al Servicio de Anatomía Patológica. Hemos constatado que todas las muestras entregadas por las personas han generado una solicitud en GESTPATH, que estas solicitudes se han tramitado correctamente y que el personal de enfermería de la sección realiza un seguimiento exhaustivo de las muestras entregadas.

El plazo medio de remisión de los centros habilitados al servicio de Anatomía Patológica es de tres días en los tres años analizados.

Este servicio registra las muestras en GESPAT y éstas se asocian automáticamente con las peticiones de análisis generadas previamente.

2.3.5 Procesamiento de las muestras

El Servicio de Anatomía Patológica está certificado en la ISO 9001:2015 respecto a la realización de biopsias, autopsias, citologías y técnicas complementarias hasta julio de 2027.

Resultados obtenidos del procesamiento de las muestras

Anatomía Patológica analizó en el periodo fiscalizado 60.550 muestras, de las cuales resultaron inválidas 2.081 según el siguiente detalle:

	2023	2024	2025
Muestra inválida	3 %	6 %	5 %

A todas las personas cuya muestra resultó inválida se les remitió un nuevo kit para que participaran de nuevo. De las 2.081 personas acabaron participando 1.510.

El porcentaje por tipo de resultado de las 57.739 muestras válidas procesadas para cada año fiscalizado es el siguiente:

	2023	2024	2025
Negativo	95 %	95 %	95 %
Positivo con VPH 16-18	1 %	1 %	1 %
Positivo con VPH de alto riesgo de otro tipo	4 %	4 %	4 %

Hemos verificado que todos estos resultados constan en GESTPAH y CUIS.

Plazo transcurrido entre la entrega de la muestra y su procesamiento

En 2023 y 2024, el plazo medio transcurrido entre la entrega de la muestra y su procesamiento en Anatomía Patológica fue de 12 días naturales, mientras que en las muestras de 2025 fue de siete días naturales. Si bien estos fueron los plazos medios, la agrupación de plazos por intervalo temporal es la siguiente:

	2023	2024	2025
Menos de 15 días	80 %	73 %	95 %
Entre 16 y 30 días	19 %	26 %	4 %
Entre 31 y 60 días	1 %	1 %	1 %

2.3.6 Comunicación del resultado

Medios de comunicación del resultado

La persona facultativa de la sección obtiene diariamente los resultados del día anterior. Los medios de comunicación utilizados dependen del resultado del procesamiento de la muestra:

- Resultado negativo: la facultativa de la sección genera un listado que remite al personal de enfermería para que generen las cartas, que se remiten al personal administrativo que las imprime y envía.
- En el caso de las personas residentes en instituciones, no se remite carta, sino que se comunica el resultado al responsable del centro.
- Resultado positivo: la facultativa de la sección remite un listado al personal de enfermería para que realice las llamadas telefónicas correspondientes y citen a las personas que lo precisen. En caso de que no se consiga contactar con la persona se le remite una carta.
- Resultado inválido: la facultativa de la sección remite un listado al personal de enfermería para que genere la carta correspondiente con su nuevo kit, tal y como hemos mencionado anteriormente.

Comunicación efectiva del resultado

Hemos analizado si la comunicación se ha realizado, obteniendo los siguientes datos por tipo de resultado:

Tipo resultado	Observaciones
Negativo	Se comunican todos adecuadamente
Positivo	Se comunican adecuadamente y se hacen las acciones oportunas en todos los casos, salvo en cuatro en los que no constan observaciones, ni citas de pruebas, ni documentación complementaria en CUIS. En 19 casos, no se ha modificado su situación en CUIS y la justificación de por qué no se han realizado las acciones oportunas solo consta en las observaciones de CUIS
Inválido	Se comunican adecuadamente todos, si bien en cinco casos no consta el envío de la carta correspondiente y de estos en uno tampoco consta el envío de un nuevo kit

Plazo transcurrido entre la entrega de la muestra y la notificación del resultado

El programa establecía un plazo de 14 días naturales para obtener el resultado entre la entrega de la muestra y la notificación del resultado a la persona. El plazo de comunicación a la persona desde la entrega de la muestra no se ha cumplido en todos los casos, tal y como muestra el cuadro siguiente:

	2023	2024	2025
Menor o igual a 15 días	70 %	63 %	92 %
Entre 16 y 30 días	28 %	36 %	7 %
Más de 30 días	2 %	2 %	1 %

Al existir diferencias significativas entre el procedimiento de comunicación del resultado dependiendo del tipo que sea y las consecuencias de que sea uno u otro, cuantificamos también los plazos por tipo de resultado y año obteniendo los siguientes datos:

	2023			2024			2025		
	≤ 15 días	(16,30) días	>30 días	≤ 15 días	(16,30) días	>30 días	≤ 15 días	(16,30) días	>30 días
Negativo	72 %	27 %	1 %	64 %	35 %	1 %	93 %	6 %	1 %
Positivo	51 %	37 %	12 %	49 %	41 %	9 %	83 %	13 %	5 %
Inválido	48 %	40 %	12 %	49 %	48 %	3 %	82 %	15 %	3 %

Como se observa, el grado de cumplimiento en el caso de los resultados negativos es mayor al resto de opciones. En el caso de los resultados positivos, hay que tener en cuenta que este incumplimiento puede estar condicionado por la circunstancia de que la persona no atienda la llamada del personal de enfermería.

2.3.7 Adopción de medidas si el resultado de la muestra es positivo

Medidas previstas en casos positivos y realización efectiva de las mismas

El documento de consenso para el desarrollo e implementación del programa de cribado de CCU aprobado a nivel estatal establecía para los casos positivos obtenidos en el screening pautas de actuación en función del tipo de resultado positivo. Las medidas previstas en el programa de Navarra coinciden con las previstas en el documento de consenso y son las que se recogen en el Anexo 5 que acompaña a este informe que, fundamentalmente, son: co-test al año, colposcopia en CASSyR y colposcopia en los servicios de ginecología de hospitales.

Hemos verificado que se han realizado las medidas previstas a todas las personas con resultado positivo en función de la lesión detectada.

Plazo de realización de medidas previstas

El programa en Navarra establecía los siguientes plazos de realización de las medidas anteriores:

Medida adoptada	Plazo previsto
Colposcopia en CASSyR	Plazo entre resultado de citología o co-test y cita para colposcopia \leq 8 semanas
Colposcopia en los servicios de ginecología en HUN, HRS y HGO	Plazo entre resultado de citología o co-test y cita para colposcopia \leq 4 semanas

Hemos analizado el cumplimiento de dichos plazos para cada medida, considerando como cumplidos aquellos casos en los que el retraso está justificado según las observaciones de CUIS y aquellos en los que la espera ha sido inferior a ocho días obteniendo los siguientes resultados:

Medida	Nº personas afectadas	% cumplimiento plazo
Colposcopia en CASSyR	637	93
Colposcopia en HUN, HRS y HGO	171	70

La mayoría de las colposcopias de los CASSyRs se realiza en el plazo estipulado. En el caso de las colposcopias del HUN, HGO y HRS, el porcentaje de cumplimiento asciende al 70 por ciento. Hay que tener en cuenta que la inclusión de observaciones en CUIS no es obligatoria y podría ser que existieran más casos en los que el retraso esté justificado; este hecho también afectaría al resto de colposcopias realizadas en los CASSyRs que incumplían el plazo establecido.

Actuaciones posteriores a las medidas previstas

Las consultas sucesivas necesarias para las personas tras la realización de las pruebas anteriores se citan de la siguiente manera:

- En los CASSyRs: se citan en la agenda genérica del Servicio de Ginecología o en la de enfermería, en función del seguimiento que haya que realizar. Los diagnósticos tratados en estos centros son, en general, de carácter leve y los plazos en los que se deben citar son amplios y, según nos indican, no existen en general problemas para la reserva de citas. Este último aspecto no hemos podido verificarlo, al no existir agendas específicas que nos permitan evaluar el impacto del programa en las mismas.

- En los hospitales:

- HUN:

En este hospital, tanto la primera visita proveniente del cribado para colposcopia, como las sucesivas, se citan en una agenda de prevención de ginecología que no es exclusiva para el programa, sino que incluye también las citas de las personas a las que hay que realizar seguimiento por patología cervical.

La tabla siguiente muestra la evolución de las listas de espera en consultas sucesivas en dicha agenda en el periodo 2022-2025:

	2022	2023	2024	2025	Var. % 2025/2022
Nº personas en lista de espera	207	267	251	286	38 %

El número de personas en lista de espera, personas ya citadas esperando o personas sin citar para las consultas sucesivas o de seguimiento tras la colposcopia ha crecido un 38 por ciento tras la implantación del programa en 2023.

Dado que los datos en las listas de espera se actualizan constantemente, no podemos saber cuánto tiempo llevaban esperando estas personas para poder analizar si se está atendiendo o no en un plazo razonable, ni si las causas del retraso son achacables a la persona o a la carencia de huecos en la agenda.

o HRS:

En Tudela hay dos agendas para la ejecución de este programa: una, en la que se atiende a las personas que han dado positivo en el cribado y hay que realizarles una colposcopia en la que no hay lista de espera; y otra, en la que se trata toda la patología cervical y no solo la derivada del programa.

La evolución del número de personas en la lista de espera de esta segunda agenda es la siguiente:

	2022	2023	2024	2025	Var. % 2025/2022
Nº personas en lista de espera	53	134	61	107	102

El número de personas en lista de espera, personas citadas o sin citar, para las consultas sucesivas o de seguimiento tras la colposcopia ha crecido un 102 por ciento tras la implantación del programa en 2023. Las conclusiones sobre la existencia sobre la falta de información sobre el posible retraso en la atención son similares al HUN.

o HGO:

En el caso de Estella, hasta abril de 2025 no existía una agenda de patología cervical, sino que a las personas a las que había que realizarles una colposcopia y posterior seguimiento se les citaba en las agendas de ginecología generales, por lo que no podemos concluir sobre el impacto del programa en las listas de espera de esta agenda.

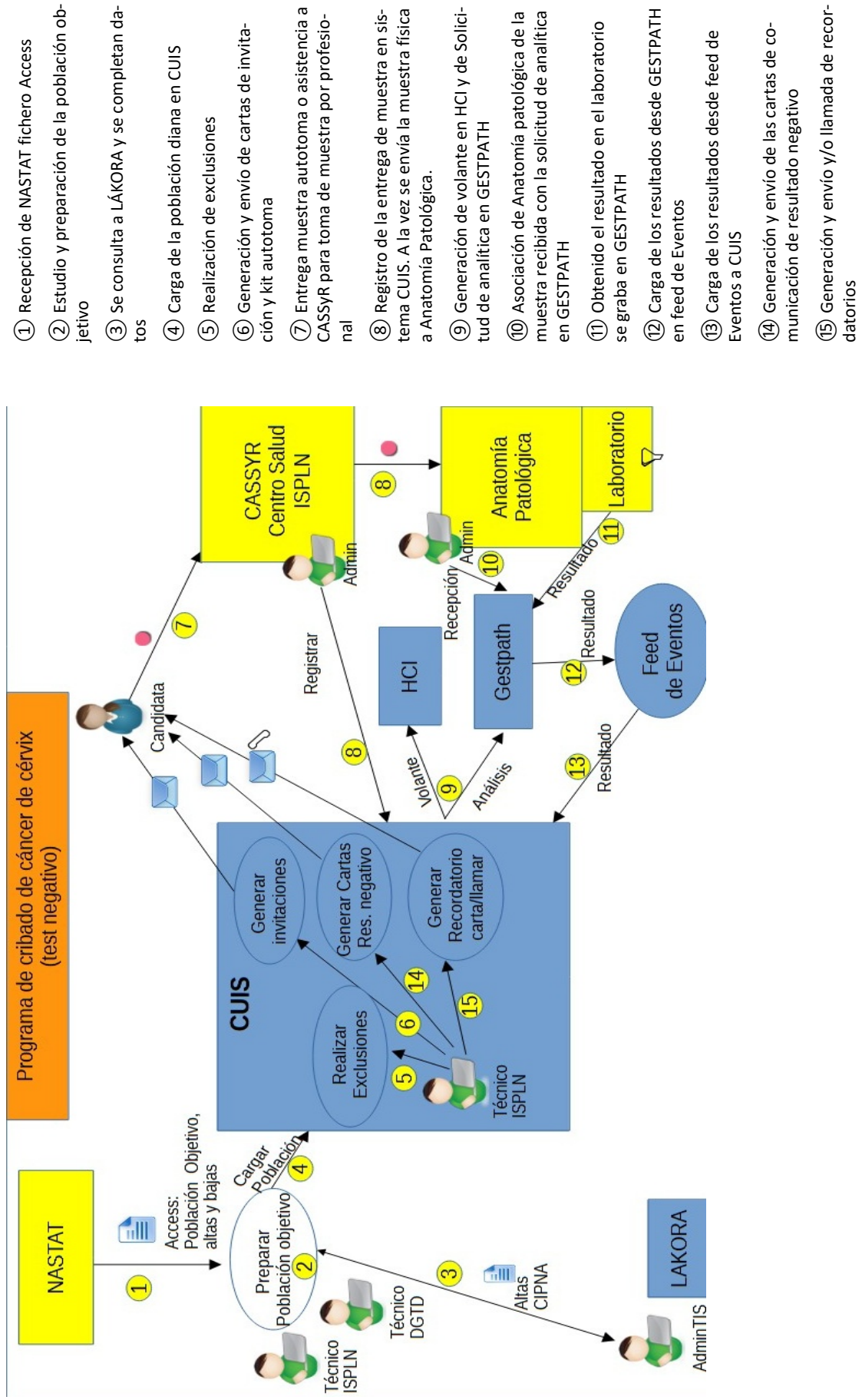
Número de casos de CCU detectados

Una vez realizada la prueba correspondiente, las consultas de seguimiento de las personas, así como las medidas que haya que tomar en caso de que se haya detectado un CCU, exceden del alcance del programa de detección precoz de CCU, si bien el personal del ISPLN hace un seguimiento con el fin de registrar el resultado o diagnóstico final de la persona.

Según la información registrada en CUIS, en el periodo analizado, gracias a este programa se detectaron tres cánceres in-situ en estadios iniciales y otros siete invasivos.

En definitiva, sobre la ejecución del programa, esta Cámara opina que el procedimiento para cargar la población diana es laborioso y manual en muchas fases, fundamentalmente por la ausencia de un censo único poblacional como origen de la información y la existencia de personas en CUIS sin CIPNA. Hemos verificado que la práctica totalidad de las personas de las cohortes que correspondía cada año ha sido invitada, si bien su tasa de participación se ha situado por debajo de lo esperado a pesar de los recordatorios y de las campañas de difusión realizados. Asimismo, hemos constatado que se ha realizado un seguimiento adecuado de todas las muestras entregadas y su resultado ha sido comunicado en un plazo ligeramente superior al establecido. Finalmente, hemos confirmado que en los casos positivos se han llevado a cabo todas las acciones previstas y, en general, en los plazos de referencia establecidos.

ANEXO 1. FLUJOGRAMA DEL PROGRAMA SI EL RESULTADO DE LA PRUEBA ES NEGATIVO



- ① Recepción de NASTAT fichero Access
- ② Estudio y preparación de la población objetivo
- ③ Se consulta a LÁKORA y se completan datos
- ④ Carga de la población diana en CUIS
- ⑤ Realización de exclusiones
- ⑥ Generación y envío de cartas de invitación y kit autotoma
- ⑦ Entrega muestra autotoma o asistencia a CASSYR para toma de muestra por profesional
- ⑧ Registro de la entrega de muestra en sistema CUIS. A la vez se envía la muestra física a Anatomía Patológica.
- ⑨ Generación de volante en HCI y de Solicitud de analítica en GESTPATH
- ⑩ Asociación de Anatomía patológica de la muestra recibida con la solicitud de analítica en GESTPATH
- ⑪ Obtenido el resultado en el laboratorio se graba en GESTPATH
- ⑫ Carga de los resultados desde GESTPATH en feed de Eventos
- ⑬ Carga de los resultados desde feed de Eventos a CUIS
- ⑭ Generación y envío de las cartas de comunicación de resultado negativo
- ⑮ Generación y envío y/o llamada de recordatorios

ANEXO 3. RECOMENDACIONES DEL DOCUMENTO DE CONSENSO DEL ESTADO Y GRADO DE CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL PROGRAMA DE NAVARRA

Organización y coordinación del programa	Grado de cumplimiento
• Establecer un plan de monitorización y evaluación que permita medir tanto el impacto del programa como el propio proceso, aconsejando realizar una evaluación anual de proceso y resultados finales.	Cumplida
• Establecer unos estándares de calidad para asegurar un nivel óptimo en todas las etapas del programa, siempre de acuerdo a las directrices nacionales establecidas.	Cumplida
Determinación población	Grado de cumplimiento
• No se recomienda realizar pruebas de cribado en personas menores de 25 años. Se recomienda fomentar la prevención primaria del CCU a esta edad.	Cumplida
• Se recomienda iniciar el cribado a los 25 años en las personas no vacunadas frente al VPH, o que han recibido al menos 1 dosis a partir de los 15 años (incluidos).	Cumplida
• El cribado podrá iniciarse a los 30 años de edad en personas que hayan recibido al menos una dosis de vacuna frente a VPH antes de los 15 años.	Cumplida
• Favorecer el acceso al programa de cribado de las personas con discapacidad, con una particular atención a las que están institucionalizadas y a las que presentan grandes necesidades de apoyo.	Cumplida
• Se recomienda establecer criterios de inclusión para garantizar la cobertura y participación de los hombres trans en el programa.	Cumplida
• En la invitación al programa, en la que se indicarán los pasos a seguir para hacer efectiva su participación, se recomienda incluir también información sobre el proceso de cribado y su importancia.	Cumplida
• En el caso de exclusión temporal por realización reciente de la prueba de cribado con valoración adecuada de su resultado, se recomienda informar a la persona sobre el programa de cribado y fecha de próxima invitación.	Cumplida
• Para facilitar esta fase del programa de cribado de cáncer de cérvix se recomienda que el sistema de información del programa autonómico tenga acceso a registros que permitan identificar a la población elegible, como los registros de cáncer.	No cumplida
Información del programa	Grado de cumplimiento
• Cuando la prueba de cribado sea realizada por un profesional sanitario se recomienda, que este proporcione a la persona información general sobre el programa incidiendo en su importancia, así como el asesoramiento oportuno.	Cumplida
• Aprovechar la toma de contacto con la persona para promover la prevención primaria del CCU, mediante una adecuada información sobre la causa de la enfermedad y su mecanismo de transmisión, identificando factores de riesgo, verificando el estado de vacunación frente al VPH y proporcionando información sobre el papel del uso del preservativo en las relaciones sexuales.	Cumplida
• Sensibilizar a la población de la importancia del cribado de cáncer de cérvix, siendo útiles las campañas de comunicación.	Cumplida
• La información será precisa, válida, y fácil de comprender, adaptándose a los diferentes idiomas y diversidad cultural.	Cumplida

Pruebas de cribado	Grado de cumplimiento
• Es recomendable el uso de la citología en medio líquido ya que permite realizar determinaciones moleculares en la misma muestra de forma diferida.	Cumplida
• Para informar los hallazgos citológicos se recomienda utilizar una terminología estandarizada, como el Sistema Bethesda.	Cumplida
• Se recomienda utilizar pruebas de detección de VPH con genotipado, con información específica al menos para el VPH16 y VPH18.	Cumplida
• Es recomendable la toma de la muestra en medio líquido que permitirá realizar una citología en diferido si así se precisa. Esto no es aplicable a la muestra recogida mediante autotoma.	Cumplida
• Ante un resultado de prueba VPH positiva se recomienda la realización de una prueba de triaje, citología, que permita estratificar el riesgo identificando solo a las personas con mayor probabilidad de presentar una lesión con capacidad de progresión. Esta prueba de triaje se podría omitir en las personas con VPH 16/18, por derivación directa para realización de colposcopia.	Cumplida
• Actualmente, tanto las guías europeas como nacionales, no recomiendan el uso del co-test en el cribado primario ya que supone un incremento significativo de los costes y de la variedad del programa de cribado con una mínima mejora de la sensibilidad en la detección de lesiones premalignas.	Cumplida
En el caso de la autotoma: • Se recomienda ofrecer a la persona también la alternativa de poder realizar la prueba mediante toma por un profesional sanitario.	Cumplida
• No se recomiendan las pruebas de detección de ARNm en estos casos dada su menor sensibilidad en comparación con muestras recogidas por profesional sanitario.	Cumplida
Personas entre 25 y 29 años de edad El cribado se adaptará según los antecedentes de vacunación frente a VPH de la siguiente manera: • Personas no vacunadas frente al VPH o que han recibido al menos 1 dosis a partir de los 15 años (incluidos): se recomienda realizar citología cada 3 años, si el resultado es negativo. • Personas vacunadas frente al VPH antes de los 15 años con al menos 1 dosis: se recomienda iniciar el cribado a los 30 años de edad, siguiendo las recomendaciones contempladas en el apartado siguiente. Si esto no es posible, en función del estado de implementación del programa de cribado, se realizará citología cada 3 años, si el resultado es negativo.	Cumplida
Personas entre 30 y 65 años de edad independientemente de su estado vacunal frente a VPH • Se recomienda realizar como prueba primaria de cribado la prueba de detección del VPH, preferentemente con genotipado, cada 5 años, si el resultado es negativo. • El cribado finalizará a los 65 años de edad siempre y cuando este haya sido adecuado y negativo durante los 10 últimos años (realizado con pruebas e intervalos establecidos y resultado negativo) y no exista antecedente de HSIL/CIN2+ o AIS los últimos 25 años. • Se recomienda disponer de una prueba VPH para la detección de genotipos de alto riesgo negativa en el momento de finalizar el cribado.	Cumplida
Cribado en personas gestantes En las personas gestantes a las que les corresponda realizarse el cribado se seguirán los criterios generales, realizando citología o prueba de VPH según la edad correspondiente. Podrá realizarse en cualquier momento de la gestación, preferentemente durante el primer trimestre.	Cumplida

<p>Cribado en personas con criterios de alto riesgo personal Se recomienda realizar una valoración del riesgo individual, y en caso de confirmarse, su seguimiento a través de protocolos de actuación específicos que se contemplan fuera del objetivo del programa poblacional de cribado de cáncer de cérvix. Esto incluye a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personas con antecedente de lesión HSIL/CIN2+ o AIS: pueden requerir periodos de seguimiento posterior a la edad de finalización del cribado poblacional. • Personas con infección por VIH: requerirán distintos periodos de seguimiento e intervalos entre pruebas que los establecidos en el cribado poblacional. • Personas con inmunosupresión por causas diferentes al VIH: se seguirán las mismas recomendaciones de cribado que en personas con infección por VIH o bien las mismas que para la población general, dependiendo del tipo de patología y realización de tratamiento inmunosupresor en algunas de ellas. Por tanto, se recomienda su valoración de manera individualizada. 	<p>Cumplida solo para personas inmunodeprimidas y con antecedente de lesión HSIL/CIN2+ o AIS</p>
<p>Cribado en personas trans: Se recomienda el cribado de CCU, según las recomendaciones establecidas en cualquier persona con cérvix. La información transmitida sobre el proceso de cribado en esta población deberá ser neutral en cuanto al género intentando crear un clima de confianza y seguridad.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>Se recomienda valorar establecer los mecanismos necesarios para garantizar que los hombres trans que hayan rectificado registralmente la mención relativa al sexo no queden excluidos del programa de cribado.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>Se recomienda tener en cuenta las posibles barreras físicas, psíquicas y culturales que puedan existir para poder conseguir una mejor calidad y aseguramiento en la atención.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>En el caso de cribado primario con prueba VPH, la realización mediante autotoma podría ser un enfoque adecuado para superar alguna de las barreras para el cribado en esta población.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>Se recomienda realizar citología a las personas con una prueba VPH positiva, preferentemente citología réflex, y valorar la información del genotipado, si se dispone de él, para una mejor conducta clínica.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>Podría omitirse la realización de citología en las personas con prueba VPH positiva 16/18 por ser derivadas a colposcopia.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>Los tiempos de espera para la realización de una colposcopia dependen del resultado de las pruebas de cribado.</p>	<p>Cumplida</p>
<p>Cuando los resultados de las pruebas de cribado requieran atención presencial por parte del profesional sanitario, la información se transmitirá de forma cuidadosa y empática. Se informará sobre el resultado de las pruebas de cribado y la conducta a seguir y se tramitará la derivación para la realización de la colposcopia cuando esta sea necesaria.</p>	<p>No verificable</p>
<p>El resultado positivo de una prueba de cribado puede ocasionar cierta ansiedad en la persona que recibe el resultado. Por este motivo, es esencial que la información se dé de una forma equilibrada, sin asustar, pero dejando muy clara la importancia de un diagnóstico adecuado lo más pronto posible.</p>	<p>No verificable</p>
<p>Es importante transmitir que el tratamiento de las lesiones premalignas detectadas en el cribado evita su progresión a un carcinoma invasor, y también la importancia en la calidad de vida de poder realizar tratamientos menos agresivos de estas lesiones premalignas o del CCU precoz detectados por el cribado.</p>	<p>No verificable</p>
<p>Las personas afiliadas a mutualidades administrativas, como Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (IS-FAS) o la Mutualidad General Judicial (MUGEJU), y que reciban la prestación sanitaria a través de entidades privadas, se derivarán a su entidad correspondiente para realización de pruebas de confirmación, aunque la prueba de cribado primaria se haya realizado en sistema sanitario público.</p>	<p>Cumplida</p>

Es importante realizar un informe anual de evaluación de resultados que se ponga a disposición de todos los profesionales sanitarios implicados en el programa incluyendo también a las autoridades sanitarias, Salud Pública, y personas directoras y gestoras de los centros sanitarios. Esto les permitirá apreciar los logros alcanzados con el programa de cribado, pudiendo conseguir una mayor implicación de todos los profesionales sanitarios del programa, y ser de ayuda en la toma de decisiones en la mejora del programa.	Cumplida
Confirmación diagnóstica	Grado de cumplimiento
Se recomienda informar de nuevo a la persona sobre el resultado de las pruebas de cribado que han conducido a la realización de la colposcopia, la técnica colposcópica y los resultados, siempre con una comunicación óptima.	No verificable
Se recomienda que los miembros de una unidad de colposcopia estén acreditados para su actividad, siendo deseable que al menos el 50% de los colposcopistas de las unidades de colposcopia dispongan de dicha acreditación.	No verificable
Es recomendable una evaluación continua por parte del colposcopista de la correlación entre los resultados de la citología, la colposcopia, y la histología.	No verificable
Se recomienda seguir las directrices de la Federación Europea de Colposcopia (EFC) con el objetivo de intentar conseguir un alto nivel de calidad en colposcopia, así como las recomendaciones de la AEPCC-Guía: Colposcopia. Estándares de calidad ¹⁸ .	Cumplida
El estudio histológico debería ser informado mediante un sistema de clasificación y terminología estandarizado como la clasificación LAST (Lower Anogenital Squamous Terminology), recomendándose añadir tras el diagnóstico principal de HSIL el grado de CIN.	No verificable
Se recomienda la vacunación frente al VPH con pauta de 3 dosis (0, 1-2 y 6 meses) a las personas que hayan recibido cualquier tratamiento de lesión intraepitelial de alto grado en cérvix (cualquier edad) exista o no persistencia del VPH tras el tratamiento.	Cumplida
Se recomienda la administración de la vacuna preferentemente antes del tratamiento de la lesión, o, si no es posible, cuanto antes después de finalizar el tratamiento.	Cumplida
Evaluación del programa	Grado de cumplimiento
La evaluación es uno de los aspectos fundamentales de un programa de cribado organizado. Esta ha de permitir valorar, entre otros aspectos, su calidad, impacto y rendimiento. Este proceso implica la definición de unos objetivos, obtener y analizar los datos sobre la consecución de estos y llevar a cabo las acciones necesarias.	Cumplida
Es imprescindible contar con un buen sistema de información que permita obtener los datos requeridos de las principales fuentes de información. Para ello, en la medida de lo posible, es importante que los sistemas de información de cribado de cérvix dispongan a futuro de un identificador único para permitir la interoperabilidad con el sistema de información de vacunación, con el sistema de información de cáncer, y con otros sistemas nacionales e internacionales.	Cumplida
Además, para poder realizar una evaluación sistemática del programa será necesario establecer también una serie de indicadores de proceso y de resultado, que se basarán en los establecidos por las guías europeas de garantía de calidad en cribado y diagnóstico de cáncer, y que permitirán la estandarización y comparabilidad tanto a nivel del SNS como de la Unión Europea. De esta manera se facilitará la toma de decisiones tanto en aspectos estratégicos como operativos en el conjunto del territorio, permitiendo también la actualización y mejora continua de la planificación del programa.	Cumplida
Se definirán los indicadores que se van a utilizar, y se establecerán los valores de referencia que se usarán en su análisis, así como la periodicidad de la evaluación, la fuente de los datos para la elaboración de los indicadores y los responsables de llevar a cabo la evaluación.	Cumplida

ANEXO 4. FUNCIONES DE LAS UNIDADES PARTICIPANTES EN EL PROGRAMA DE DETECCIÓN DEL CCU

Sección de detección precoz del ISPLN

- Dirección de sección:
 - Coordinación y supervisión del programa.
 - Solicitud anual a Nastat de la información referida a las personas de las cohortes a invitar.
 - Solicitud al Servicio de Evaluación y Difusión de Resultados en Salud de las personas con reserva en agendas de CASSyRs y en seguimiento por patología cervical en el HUN, HRS y HGO.
- Técnica de grado medio:
 - Cruzar la información recibida de Nastat y la existente en CUIS y preparar la siguiente información:
 - Personas a dar de alta en CUIS.
 - Personas a las que hay que cambiar la situación a no empadronadas.
 - Personas a las que hay que cambiar la situación a fallecidas.
 - Personas a las que hay que generar/obtener CIPNA y NHC.
 - Remisión a la Sección de la Tarjeta Individual Sanitaria de las personas sin CIPNA para que les den uno y poder incluirlas en el programa, así como de información actualizada obtenida sobre personas (domicilio, teléfono, etc.).
- Facultativa especialista adjunta:
 - Obtención del listado de personas anual a invitar.
 - Gestión anual y mensual de los cambios de situación de las personas en CUIS para que puedan ser invitadas.
 - Generación de las cartas de recordatorio de participación en el programa.
 - Gestión de la realización de la prueba en personas residentes en instituciones que no son citables automáticamente.
 - Consulta de resultados del día anterior para remitir los positivos, negativos e inválidos al personal de enfermería para que gestionen la comunicación del resultado.
 - Seguimiento de los casos positivos.
 - Realización de exclusiones manuales en los supuestos contemplados (exclusión voluntaria, cuidados paliativos, cáncer actual o anterior, inmunosuprimidas, histerectomía, incapacidad física o mental o realización de la prueba fuera del programa), revisar a las personas que han tenido lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado ya que deben seguir en el programa 25 años más.
 - Realización de informes de evaluación, de situación, de comprobación, etc.
- Personal de enfermería:
 - Revisión de los resultados del día anterior.
 - Generación de cartas en caso de resultados negativos.
 - Llamadas telefónicas en casos positivos para comunicar el resultado, dar educación sanitaria sobre el VPH y concertar las citas correspondientes en su caso.
 - Llamadas telefónicas en caso de muestras inválidas y generar la correspondiente carta.
 - Registrar las muestras de autotoma entregadas en el ISPLN en CUIS.

- Revisión de las muestras registradas el día anterior para cuadrar cifras e identificar y solucionar posibles errores.
- Contacto con el Servicio de Anatomía Patológica si existen muestras sin registrar.
- Revisión de las personas citadas el día anterior en CASSyRs para comprobar si han asistido.
- Comprobación de las citas en CASSyRs del día siguiente para verificar que están correctamente registradas en CUIS y LEIRE y generar las etiquetas correspondientes.
- Revisión mensual de todas las personas a las que les tienen que hacer revisión y seguimiento de su patología para confirmar su idoneidad, si la cita es correcta, enviar etiquetas, etc.
- Revisar en HCI para las personas mayores de 65 años si tienen al menos dos citologías negativas y valorar si se dan de alta en el programa.
- Atención telefónica de llamadas de profesionales de CASSyRs, centros de salud, personal administrativo y personas usuarias del programa.
- Cierre en CUIS de todos los casos completando los resultados de las colposcopias.
- Supervisión de la calidad de las actividades relacionadas con el programa de detección del CCU realizadas por el personal de enfermería, laboratorio y administrativo de los CASSyRs.
- Personal de administración:
 - Preparación, impresión y envío de las cartas con el kit para la realización de la prueba.
 - Impresión y envío de las cartas recordatorio de participación en el programa.
 - Atención telefónica a las personas usuarias del programa.
 - Citación en su CASSyR a las personas que lo solicitan para que se les tome la muestra.
 - Citación en su CASSyR a las personas que se realizaron la prueba y deben hacerse el seguimiento anual.
 - Resolución de las cartas devueltas por Correos al no estar la dirección de la persona actualizada mediante llamadas telefónicas y comprobación de la nueva dirección para remitirle un nuevo kit.

CASSyRs

- Personal de enfermería y matronas:
 - Toma de muestras a las personas que no optan por la autotoma.
 - Acceder a CUIS para registrar la muestra una vez validada.
 - Generar la documentación necesaria para la identificación de la muestra y generar de forma automática la petición a laboratorio correspondiente.
 - Toma de muestras para la citología de las personas que hayan dado positivo en la prueba mediante autotoma.
 - Registro de las muestras de autotoma para remitirlas al Servicio de Anatomía Patológica del HUN.
 - Toma de muestras para la realización de co-test.
 - Seguimiento de las personas que por sus resultados se excluyen temporalmente del programa por seguimiento por parte del CASSyR.
 - Educación sanitaria sobre el VPH.

- Personal de ginecología:
 - Realización de colposcopias.
 - Seguimiento de las personas que por sus resultados deban excluirse temporalmente del programa por seguimiento por parte del CASSyR.

Servicio de Anatomía Patológica del HUN

- Personal técnico especialista en anatomía patológica:
 - Recepción de todas las muestras que reciba el laboratorio.
 - Dar de alta en GESTPAH las muestras que previamente tenían una petición de trabajo en esta aplicación.
 - Contactar con la Sección de Detección Precoz en caso de que las muestras recibidas no tengan una petición de trabajo previa en GESPATH para que la den de alta en CUIS.
 - Procesar las muestras para la determinación del VPH e identificar los resultados en GESPATH.
- Personal citotécnico:
 - Clasificar las muestras de citología.
- Personal facultativo de laboratorio:
 - Analizar las muestras de citología incorporando los resultados a GESPATH.
 - Procesar las biopsias de las colposcopias e incorporar su resultado en GESPATH.

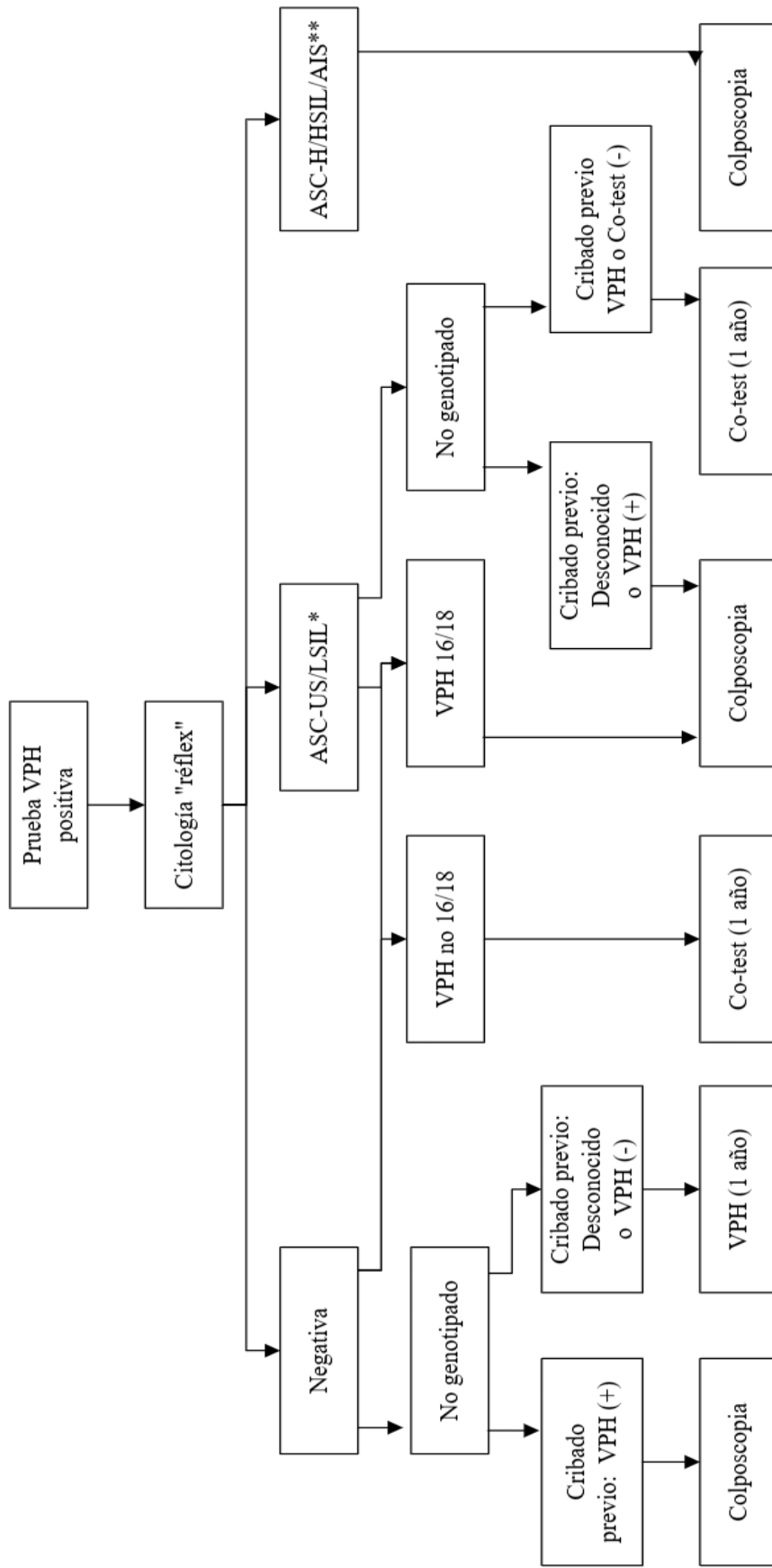
Servicio de Ginecología del HUN, HRS y HGO (personal facultativo y de enfermería)

- Realizar las colposcopias a las personas derivadas del cribado.
- Realizar el seguimiento clínico de estas personas a las que se les cita entre cinco y seis veces más aproximadamente.

Servicio de Sistemas de Información para la Gestión Asistencial y Sanitaria de la DGTD (tres técnicos, una gestora de proyectos y una persona responsable del proyecto)

- Mantenimiento correctivo y evolutivo de CUIS.
- Cargas y actualización de personas de forma masiva al comienzo de cada año.

ANEXO 5. MEDIDAS A ADOPTAR EN EL CASO DE RESULTADOS POSITIVOS



* Detección de células escamosas atípicas de significado indeterminado de P16-18 o de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado de P16-18.

** Detección de células de significado indeterminado, células glandulares atípicas, lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado o adenocarcinoma *in situ*.

ALEGACIONES PRESENTADAS AL INFORME PROVISIONAL

Leyre, 15 – Leire, 15
31003 PAMPLONA/IRUÑA
Teléfono 848 42 34 40



Pamplona/Iruña, 29 de abril de 2026

En relación con el informe provisional de fiscalización sobre el Programa de detección precoz del cáncer de cuello de útero (2023-2025), aprobado por Resolución del Presidente de la Cámara de Comptos número 2026-0028 de fecha 20/04/2026, el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra presenta las siguientes alegaciones:

- Pág.13: 2º párrafo del objetivo 1. En relación con los recursos humanos necesarios, y aunque en algunos de los estamentos son inferiores a lo previsto, en el caso de enfermería son superiores a lo inicialmente previsto (página 22) como el área de admisión, se reorganizan para la atención a todos los programas.
- Pág.14, 4º párrafo. Se propone sustituir el párrafo por el texto que se incorpora en el comentario: “En el diseño del programa se consideraron diferentes escenarios de participación, desde el 50% hasta el 85%. Las tasas obtenidas en 2023 y en 2024, sin ser las más altas contempladas, se pueden considerar media-altas, sobre todo en comparación con los programas del resto de CCAA”.
- Pág.14 último párrafo. Añadir que “se observa una evolución muy positiva en 2025”.
- Pág.15, 4º párrafo. En lugar de decir que no se está consiguiendo que la participación sea alta, se propone decir que “se dispone de un margen de mejora”.

Muchas gracias por el informe de fiscalización realizado, que nos da recomendaciones para mejorar el programa.

Un cordial saludo,

LA DIRECTORA GERENTE DEL INSTITUTO DE
SALUD PÚBLICA Y LABORAL DE NAVARRA

M^a Ángeles Nuin Villanueva Direc-
tora Gerente
Instituto de Salud Pública y Laboral
de Navarra

M^a Ángeles Nuin Villanueva

CONTESTACIÓN DE LA CÁMARA DE COMPTOS A LAS ALEGACIONES PRESENTADAS AL INFORME PROVISIONAL

Agradecemos a la directora gerente del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra las alegaciones presentadas. Estas alegaciones se incorporan al informe provisional y se eleva este a definitivo al considerar que constituyen una explicación de la fiscalización realizada y no alteran su contenido, si bien esta Cámara quiere señalar los siguientes aspectos:

En relación con la segunda alegación presentada al 4º párrafo de la página 14, en la documentación facilitada a esta Cámara no se señala que se contemplaron distintos escenarios de participación que variaban del 50 al 85 por ciento; de hecho, las únicas cifras que constaban oscilaban entre el 80 y el 85 por ciento, tal y como señalamos en nuestro informe. En cuanto a la comparación con la participación con otras CCAA, esta Cámara no ha analizado ese dato y durante el trabajo de campo no se nos facilitó el mismo.

En Pamplona, a 29 de abril de 2026

El presidente de la Cámara de Comptos de Navarra: Jose Ignacio Cabeza del Salvador

