

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA 2012-2016

1. La importancia de la salud mental en los sistemas de salud.....	2
2. La Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa).....	3
2.1. Organización y gestión	4
2.2. Recursos materiales.....	4
2.2.1. Red de recursos sanitarios especializados	5
2.3. Recursos humanos	7
2.4. Recursos económicos	7
2.5. Actividad asistencial.....	7
2.5.1. Área comunitaria y Centros de Salud Mental.....	7
2.5.2. Área de Recursos Intermedios.....	9
2.5.3. Área de Hospitalización.....	9
2.5.4. Recursos Residenciales	11
3. El Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016.....	12
3.1. Antecedentes.....	12
3.2. Marco normativo.....	12
3.3. Proceso de elaboración.....	13
3.4. Finalidad	13
3.4. Objetivos.....	15
3.5. Financiación.....	16
3.6. Proyectos de mayor relevancia	18
4. Anexo: Resumen Ejecutivo del Plan Estratégico	

1. LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL EN LOS SISTEMAS DE SALUD

La falta de salud mental, en sus múltiples manifestaciones es uno de los problemas más importantes de la sociedad actual. En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, al menos, el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad y algo más del 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Estas cifras se incrementarán probablemente en el futuro debido tanto al aumento de los factores de riesgo derivados de la cultura del bienestar como de su mejor diagnóstico.

Los trastornos mentales son muy prevalentes en todos los países y culturas, ocasionan un enorme sufrimiento personal y familiar, dificultan el desarrollo personal e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen y su entorno, pudiendo ocasionar un marcado deterioro familiar, laboral y social. Además de la discapacidad y mortalidad prematura que originan, tienden también a producir exclusión y estigma social de quienes los padecen y en sus familiares, particularmente en los casos más graves. El impacto de los trastornos mentales no afecta uniformemente a todos los sectores de la sociedad, ya que los grupos con circunstancias adversas y con menos recursos son más vulnerables para presentar estos trastornos.

Los trastornos mentales y neuro-psiquiátricos representan el 13% de la carga global de enfermedad en el mundo, y a pesar de ello, los esfuerzos destinados por los países para su investigación, prevención y tratamiento son desproporcionadamente bajos. El conjunto de los trastornos mentales representa la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastorno mental. El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias. La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad, tras la isquemia coronaria y los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades. En el año 2020 este tipo de trastornos serán los mayores responsables de la carga de enfermedad en el mundo, por encima de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer y en términos de mortalidad, suponen la segunda causa de muerte de personas entre 15 y 34 años, después de los accidentes de tráfico.

Los trastornos mentales afectan más a las mujeres que a los varones y se incrementan con la edad. Se asocian con una mayor morbilidad médica por aumento del riesgo de accidentes, incluso con resultado de fallecimiento, y por padecer otras enfermedades como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, infecciosas o metabólicas. El no tratar o controlar los trastornos mentales conlleva peor cumplimiento de los regímenes terapéuticos y peor pronóstico en estas patologías. Todo ello tiene como resultado que las personas con trastorno mental grave tengan una esperanza de vida entre 15 y 20 años menos que la población general.

El impacto en la utilización de servicios y en el sistema familiar de apoyo es también elevado. Una de cada cinco personas atendida en los Equipos de Atención Primaria (EAP) padece algún tipo de trastorno mental. Estos trastornos generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo. Cuatro de cada diez familias dedican a su atención más de 8 horas al día. El 67% lo lleva haciendo, además, desde hace más de 8 años, con abandono de actividades laborales y de ocio.

Se estima que el 70% del coste económico de las enfermedades mentales no son estrictamente sanitarios, sino que son costes indirectos debidos a la repercusión de la enfermedad en múltiples ámbitos: social, laboral, familiar y judicial, costes que suponen en el conjunto de la UE entre un 3 y un 4% del PIB. Los trastornos mentales

son la causa del 10,5% de días perdidos por incapacidad temporal, y en torno al 6,8% de los años de vida laboral perdidos por invalidez permanente. Sin embargo, en la mayoría de países existe una diferencia significativa entre la carga que conlleva la enfermedad mental y la correspondiente asignación en los presupuestos de salud. Por otra parte, el tratamiento eficaz de los trastornos mentales es altamente coste-efectivo, y se estima que por cada euro que se invierte en el tratamiento de los trastornos mentales se ahorran 7 euros en costes indirectos (sociales, en sentido amplio).

En la actualidad hay una evidencia sustancial de que una mayor inversión en recursos de salud mental no sólo está justificada por cubrir las necesidades de las personas con enfermedad mental y la eliminación de las desigualdades con otras enfermedades, sino también por el ahorro en los costes sanitarios, y sobre todo sociales, que un adecuado tratamiento supone tanto a corto como a largo plazo. Como consecuencia de ello, durante la última década se ha producido un incremento significativo en la atención prestada a la salud mental por parte de numerosos organismos supranacionales, incluyendo la OMS, la Comisión Europea y el Consejo de Europa, con el compromiso reciente de los gobiernos europeos de asignar un nivel «justo y suficiente» de recursos a la salud mental.

Existe una importante brecha entre la prevalencia real de los trastornos mentales y la prevalencia asistida. Por diversas razones, entre las que figuran el estigma asociado a la enfermedad mental, el infradiagnóstico de los trastornos mentales en el sistema sanitario y la falta de conciencia algunas personas tienen de su enfermedad, más de la mitad de las personas que necesitan tratamiento no lo reciben y, de las que están en tratamiento, un porcentaje significativo no recibe el adecuado. Por otra parte, en el imaginario colectivo muchas situaciones de alarma social se asocian con la enfermedad mental (criminalidad, abusos y violencia de género, violencia social, consumo social de alcohol y drogas). En realidad, los trastornos mentales contribuyen poco a estos problemas sociales, por lo que es fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación asociados a las personas que sufren estos trastornos.

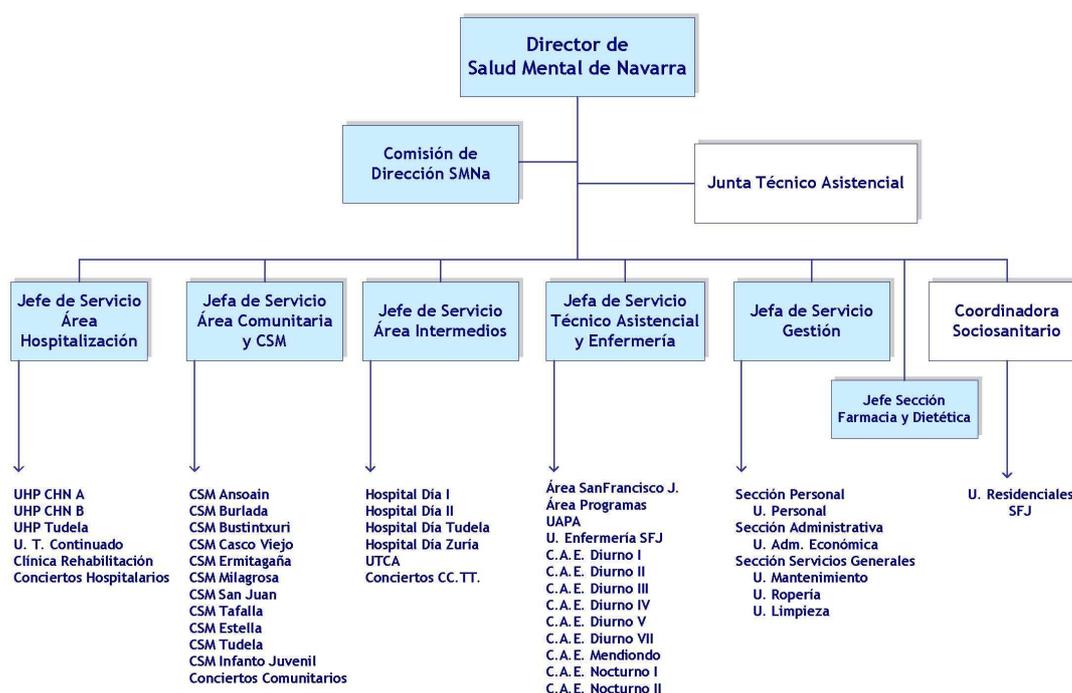
Los determinantes de la salud y la enfermedad mental son múltiples e interdependientes. Estos factores, que son de tipo biológico, psicológico y social, están estrechamente interrelacionados e interactúan entre sí para ocasionar la mayoría de los trastornos mentales. Por ello el abordaje de estos trastornos debe tener un carácter multidisciplinar dentro de los dispositivos de salud mental. Además, para su abordaje integral se precisa de la implicación de sectores sanitarios y sociales diversos, así como de las personas con enfermedad mental, sus familiares, las administraciones públicas y la sociedad en general. Este es el sentido de la declaración Europea de Helsinki de 2006, impulsar un giro desde la atención a la salud mental de los servicios a una concepción de salud pública que implique a la sociedad.

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, hay una conciencia creciente por parte de los gobiernos, y de la sociedad en general, de que la salud mental es primordial para el desarrollo humano, social y económico de los países. Por ello, la salud mental es considerada cada vez más una condición generadora de bienestar y productividad de las personas y países. En consonancia con esta visión, los estados europeos están empezando a asumir la salud mental como objetivos estratégicos de gobierno mediante el desarrollo e implementación progresiva de planes y políticas específicas de salud mental.

2. LA RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA (RSMNa)

2.1. Organización y Gestión

En base a la Ley Foral 21/2010, la Dirección de Salud Mental, bajo la dependencia directa del Director Gerente del SNS-O, se configura como el órgano central de gestión que asume la responsabilidad técnica de programas y actuaciones de Salud Mental en el ámbito de la Región Sanitaria de Navarra. En base a la citada Ley, la Dirección de Salud Mental en tres servicios asistenciales (comunitaria y CSM, recursos intermedios y hospitalización), un servicio técnico-asistencial y de enfermería y un servicio de gestión. De estos servicios depende toda la infraestructura asistencial de la RSMNa, tal y como se refleja en el siguiente diagrama.



2.2. Recursos materiales

La atención a personas con trastorno mental precisa de una red amplia y muy diversificada de recursos, tanto humanos como materiales, estructurada en distintos niveles y ámbitos. Las personas con trastorno mental son atendidas en recursos de atención primaria y de atención especializada; ambulatoria y hospitalaria; comunitaria y residencial, enfocados a la resolución de episodios agudos o a la rehabilitación; generalistas o especializados por patologías y edad. Estos recursos se desarrollan en el ámbito de Salud y de Política Social. Los límites son flexibles y permeables y su definición ha variado a lo largo del tiempo y de la geografía.

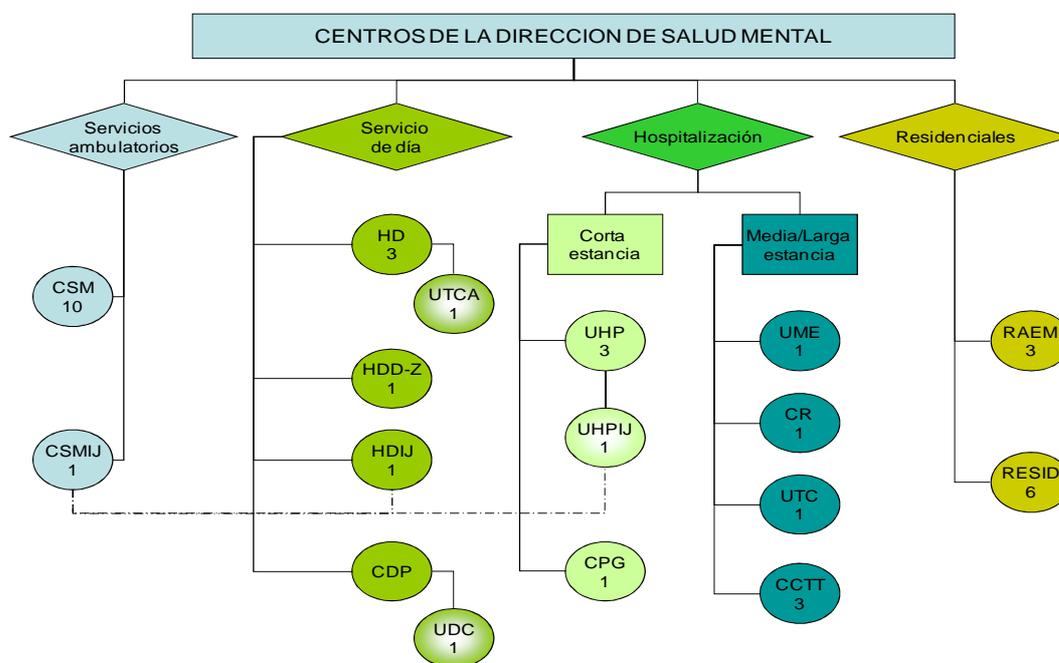
La organización de la atención sanitaria a las personas con trastorno mental se realiza por el Servicio Navarro de Salud de la misma forma que se atienden el resto de los problemas de salud de la población, implicando la red de Atención Primaria y Especializada, incluidos los servicios de Urgencias. Las Zonas Básicas de Salud (ZBS), constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la atención primaria garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios primarios. Actualmente existen 54 ZBS que actualmente se

agrupan en 10 sectores de salud mental con un Centro de Salud Mental (CSM) de referencia para cada uno.

La red de recursos de salud mental está estructurada en dos niveles. El primer nivel lo constituyen los CSM, elemento vertebrador de la asistencia a las personas con trastornos mentales. El segundo nivel está formado por el resto de dispositivos de Salud Mental y puede entenderse como red de apoyo a los CSM especializados en determinados servicios, tramos de edad y/o patologías y que se estructuran desde la entrada en vigor de la Ley de Salud Mental en Servicios Hospitalarios, Intermedios y Ambulatorios. La red incluye recursos públicos y concertados en los diferentes niveles asistenciales, así como recursos dependientes orgánicamente del CHN y de las Áreas de Tudela y Estella.

2.2.1. Red de recursos sanitarios especializados de salud mental

Navarra cuenta con una amplia red de recursos especializados de salud mental recogidos en el siguiente gráfico (los números indican el número de centros de cada tipo).

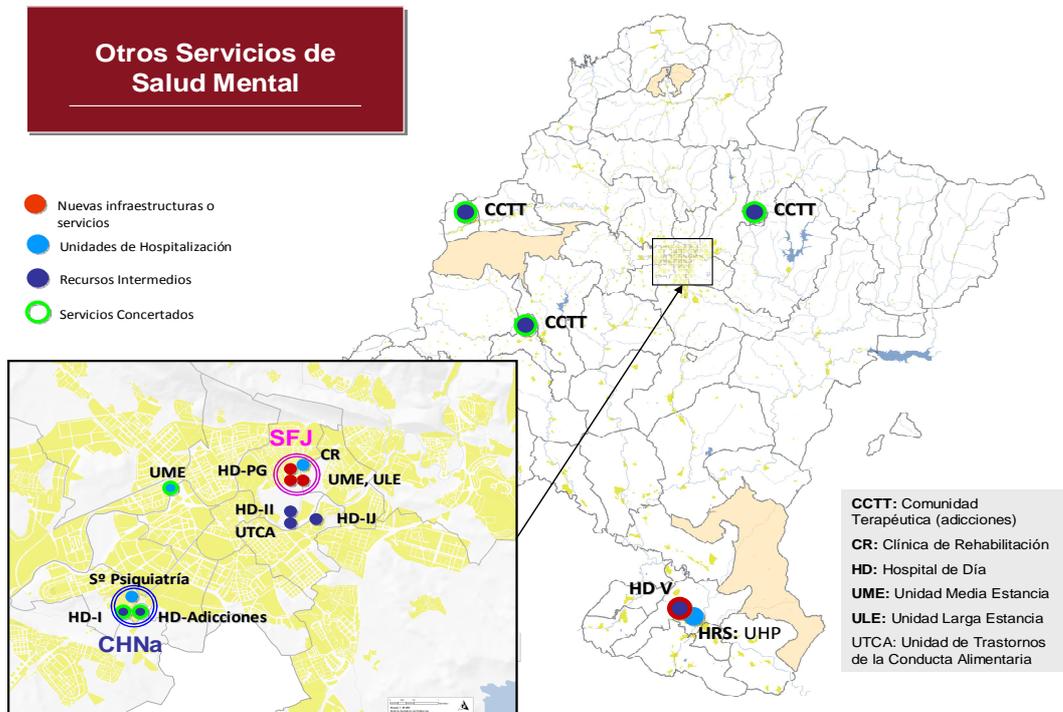
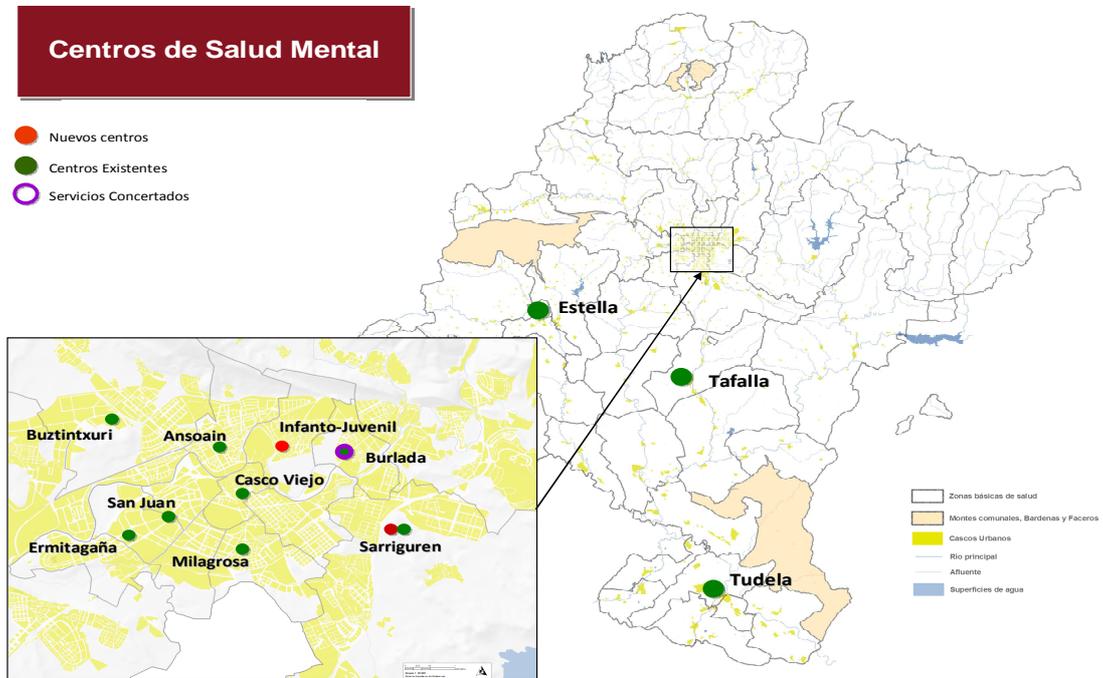


- CCTT: Comunidades Terapéuticas
- CDP: Centro de Día Psicogeriátrico
- CPG: Clínica Psicogeriátrica
- CR: Clínica de Rehabilitación
- CSM: Centros de Salud Mental
- CSMIJ: Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
- HD: Hospital de Día
- HDD-Z: Hospital de Día de Drogodependencias
- HDIJ: Hospital de Día Infanto-Juvenil
- RAEM: Residencia Asistida para Enfermos Mentales
- RESID: Residencias Psicogeriátricas
- UDC: Unidad de Deterioro Cognitivo
- UHP: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
- UHPIJ: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil
- UME: Unidad de Media Estancia
- UTC: Unidad de Tratamiento Continuoado
- UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimenticia

Esta red de centros y servicios se corresponde con la estructura organizativa de la Dirección de Salud Mental en torno a tres áreas asistenciales (Comunitaria y Centros

de Salud Mental, Recursos Intermedios y Hospitalización) más el área residencial cuya gestión depende de la coordinación socio-sanitaria. Esta red la componen un total de 38 centros/servicios que se pueden agrupar funcionalmente en 27 servicios.

La localización de los recursos sanitarios, incluidas las infraestructuras previstas en el Plan se Salud Mental se ilustran en los siguientes gráficos:



2.2.2. Recursos Humanos

Por definición, los recursos humanos de la RSMNa tienen un carácter multidisciplinar, y cada equipo o servicio consta al menos de 1 psiquiatra, 1 psicólogo clínico, 1 enfermera, 1 trabajadora social y 1 auxiliar administrativo. Los recursos humanos, incluyendo los centros que dependen orgánica y/o funcionalmente de la Dirección de SM, y excluyendo los centros concertados y el socio-sanitario, son los siguientes:

Profesional	Nº
Psiquiatra	60
Médico/a	2
Psicólogo/a Clínico/a	37
Enfermero/a	82
Trabajador/a social	22
Auxiliar de enfermería	272
Terapeuta ocupacional	13
Educadores/as	6
Monitores/as	2
Farmacéutico/a	2
Fisioterapeuta	1
No sanitario y Advo	29
Servicios Generales	51
Dirección	28
Total	607

2.2.3. Recursos Económicos

La financiación de la Dirección de Salud Mental se realiza por vía presupuestaria del SNS-O. En la siguiente Tabla se muestra la evolución del presupuesto específico para la Dirección de Salud Mental. La evolución del presupuesto ha ido en aumento con estabilización en los últimos 4 años, sin embargo, se ha mantenido bastante constante respecto al total del SNS-O (entre el 3.26 y el 3.84 del presupuesto total del SNS-O).

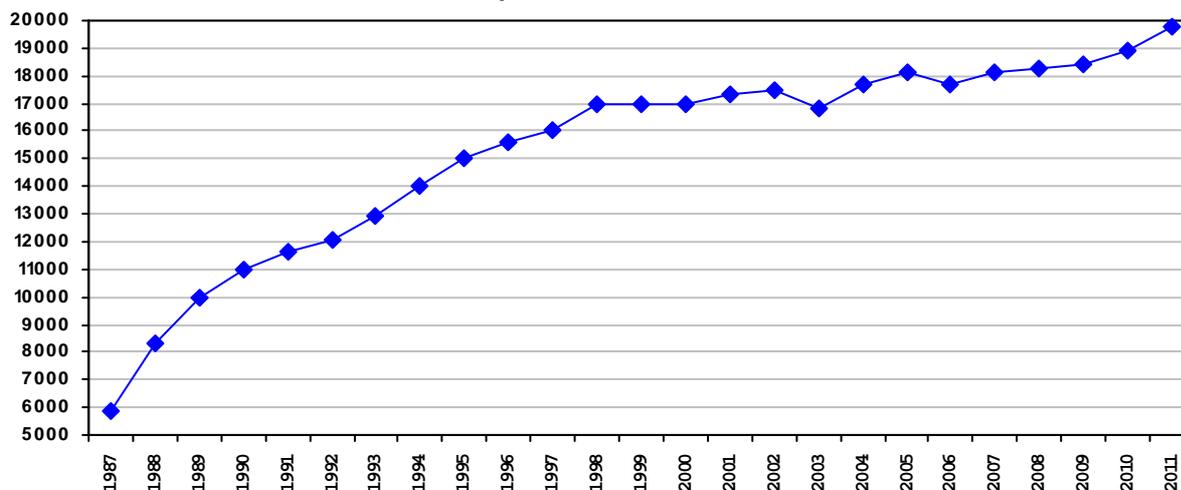
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Cap.I	12.800.175	15.181.546	16.798.210	21.090.487	21.235.595	17.813.649	17.614.388
Cap II	6.839.690	7.334.278	8.019.922	8.327.215	7.693.737	9.343.803	9.908.760
Cap IV	1.876.500	1.946.010	2.288.121	2.416.000	2.322.818	2.236.613	1.983.000
Cap VI	290.000	405.000	421.700	1.043.000	823.537	2.297.413	1.745.000
Total	21.806.365	24.866.834	27.527.953	32.876.702	32.075.687	31.691.478	31.251.148
% SNS	3.36	3.47	3.48	3.84	3.60	3.28	3.26

2.2.4. Actividad Asistencial

2.2.4.1. Área Comunitaria y Centros de Salud Mental (CSM)

El número total de pacientes atendidos anualmente en los CSM presenta un rápido crecimiento desde la implantación de la RSMNa hasta finales de los años 90 del pasado siglo, y un crecimiento sostenido desde entonces y hasta la actualidad.

Evolución del Nº de pacientes atendidos en la RSMNa



En el siguiente cuadro se desglosa con más detalle el número de pacientes atendidos y el número consultas realizadas durante los últimos años. El crecimiento de pacientes atendidos entre el año 2010 y el 2011 fue del 3.4%, con incremento del total de consultas individuales del 5.8%

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	% 10/11
Pacientes atendidos	18.071	17.723	18.094	18.336	18.402	19.149	19.809	+3.4%
Pacientes nuevos	5.307	4.837	4.862	4.975	5.042	5.027	5.100	+1.5%
Consultas individuales	87.234	89.570	92.454	94.071	96.126	99.100	104.842	+5.8%

En los CSM la actividad asistencial se estructura en torno a 4 programas: trastorno mental grave, trastorno mental común, infanto-juvenil y trastornos adictivos. En el año 2011, la distribución de los pacientes según programa es la siguiente:

Programas	Total pacientes		Pacientes nuevos	
	Nº	%	Nº	%
Trastornos Mentales Graves (TMG)	6.715	33.9	889	17.4
Trastornos Mentales Comunes (TMC)	6.424	32.4	1.716	33.6
Infanto-Juvenil (IJ)	2.815	14.2	1.239	24.3
Trastornos Adictivos (TA)	1.841	9.3	301	5.9
Otros	2.014	10.2	955	18.7

Los programas que más peso tienen en los CSM son los de T.M.Grave y T.M.Común, ya que cada uno de ellos supone la tercera parte de la actividad asistencial. Sin embargo, los programas que más pacientes nuevos tienen son el de T.M.Común y el I.Juvenil, ello se debe a que son las patologías más prevalentes y que responden mejor al tratamiento. Por el contrario la gran mayoría de pacientes en los programas de T.M.Grave y T.Adictivos no son nuevos, lo que indica el carácter crónico de estas patologías.

Algunos otros indicadores de actividad de los CSM son los siguientes:

- La frecuentación global es de 166,7 consultas por mil habitantes.
- La incidencia global es de 7,9, pero la incidencia por programas es bien diferente
 - en el caso de los T.M.Graves es de 1,7 por mil habitantes,
 - en I.Juvenil es de 11,2 (población de referencia ≤ 16 años),

- en T.M.Común es de 3,2
- en T.Adictivos es 0,6 por mil.
- La prevalencia global es de 30,9 por cada mil habitantes:
 - 25,4 en I.Juvenil (población de referencia ≤ 16 años),
 - 12,6 en T.M.Grave
 - 12,1 para T.M.Común
 - 3,5 para T.Adictivos.
- La media de consultas/paciente/año es de 5,4 en la actividad global. Esta media se eleva en los programas T.M.Grave (7) y T.Adictivos (8,9), siendo algo inferior en los programas de T.M.Común (3,9) e I.Juvenil (3,9).

Los diagnósticos más frecuentes por cada uno de los programas son los siguientes:

T.M.Grave		T.M.Común		Infanto Juvenil		T.Adictivos	
Diagnóstico	%	Diagnóstico	%	Diagnóstico	%	Diagnóstico	%
T. Afectivos	45.9	T.Ansiedad	34.5	T.Conducta	24.5	Alcohol	43.0
Esquizofrenia	26.0	T.Adaptación	31.1	Otros factores	10.2	Opiáceos	28.0
T.Personalidad	6.4	Otros factores	13.1	T.Ansiedad	7.9	Otras drogas	27.2
T.Obsesivo	4.1	Distimia	8.3	Otros	5.3	Ludopatías	1.8
T.M.Orgánico	4.1	T.menos grav	5,2	Otr neurosis	3.9		
T.C.Alimentar	3.4	Otros	3,2	T.Desarrollo	3.5		

2.5.2. Recursos Intermedios

La red de recursos intermedios está compuesta por una amplia variedad de servicios que incluyen servicios generalistas y especializados (drogodependencias, psicogeriatría, infanto-juvenil y trastornos de la conducta alimentaria). Estos dispositivos tienen en común el tratamiento intensivo de pacientes con trastorno mental grave en régimen de día o de hospitalización parcial.

Tal y como se recoge en la siguiente Tabla, esta red dispone de 180 plazas. En el año 2011 ingresaron un total de 489 pacientes, con una estancia media de 93 días y un total de 39.289 estancias.

	HD-I	HD-II	HD-V	HD-TA	HD IJ	CR	UTCA	C-PG	Total
Capacidad	20	20	10	15	10	50	10	45	180
Ingresos	143	80	74	73	25	55	29	10	489
Estanc. media	47	61	38	116	94	135	69	181	93
I. Ocupación	100	69,6	79,2	100	65	71,1	57,5	49.7	74.1
Estancias	7.449	5.079	2.892	3.802	2.357	7.449	2.097	8.164	39.289

Leyenda

HD=Hospital de Día generalista, HD-TA=Trastornos Adictivos; HD-IJ=Infanto-Juvenil; CR=Clinica de Rehabilitación; UTCA=Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria; C-PG= Centro de Día Psicogeriátrico.

Dentro de los recursos intermedios, mencion aparte merecen las Comunidades Terapéuticas (CCTT) que son un recurso asistencial para personas con trastornos adictivos en régimen residencial como máximo de un año, pero que no encajan en los estándares de la hospitalización clásica, ya que tienen una función rehabilitadora más que terapéutica intensiva.

En la siguiente Tabla se muestra la actividad de las 3 CCTT durante el año 2011. Ingresaron 231 pacientes drogodependientes (44% primeros ingresos) que generaron un total de 31.550 estancias.

	Nº de ingresos	Nº de primeros ingresos	Estancias
CT Antox (Larraingoa)	64	30 (47%)	7.825
CT Ibarre (Alsasua)	58	22 (38%)	9.855
CT Proyecto Hombre (Estella)	109	50 (46%)	13.870
Total	231	102 (44%)	31.550

2.5.3. Recursos de Hospitalización

Hospitalización Breve

La red de salud mental dispone de tres unidades de hospitalización breve, dos en el CHNa y una en el Hospital Reina Sofía de Tudela. La Unidad del CHNa-B dispone de 4 camas para hospitalización psiquiátrica de menores. La actividad de estas unidades durante el año 2011 fue la siguiente:

	CHN-A	CHN-B	CHN-IJ	HRS	Total
Nº de camas	27	24	4	4	59
Altas	410	446	34	123	1.013
Estancias	8.603	9.046	811	1.115	19.575
Est. Media	21.0	20.3	23.9	9.4	18,6
I. Ocupación	87.3	88.5	55.5	79.1	77.5

Hospitalización de media estancia

Este servicio está concertado con la Clínica Padre Menni de Pamplona, es un recurso complementario a las unidades de corta estancia y su actividad durante 2011 fue la siguiente:

Nº de camas	28
Ingresos	129
Altas	130
Estancias	9.749
Estancia media	75.6

Hospitalización de larga estancia

Este servicio está diseñado como una unidad de rehabilitación de larga estancia en régimen de hospitalización de 24 horas durante un máximo de 18 meses para pacientes muy graves cuyos trastornos no les permiten vivir en la comunidad. Su actividad durante 2011 fue la siguiente:

Nº de camas	12
Ingresos	10
Altas	10
Estancias	3.341
Estancia media	>365

2.5.4. Recursos Residenciales

Los recursos residenciales de Salud Mental están en el Centro San Francisco Javier, y suponen un residuo manicomial de hospital monográfico (primero como hospital psiquiátrico y después como centro psicogeriátrico). Este centro, está destinado a desaparecer como recurso residencial tanto por la construcción de nuevas unidades de media y larga estancia de carácter no finalista como por la progresiva transformación de las unidades residenciales en residencias asistidas de tipo comunitario, ligadas fundamentalmente al Departamento de Política Social. La actividad residencial del San Francisco Javier ha ido disminuyendo progresivamente en las 3 últimas décadas, y actualmente la actividad que se mantiene es la siguiente:

	Psiquiatría (RAEM)	Psicogeriatría	Total
Nº de Unidades (pabellones)	3	6	9
Capacidad (nº de pacientes)	57	129	188
Estancias	19.801	38.055	57.856
Índice de ocupación	95.2	80.8	87.6

3. EL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA 2012-2016

Este Plan es un proyecto estratégico del Departamento de Salud para la presente legislatura, que se enmarca dentro del nuevo modelo asistencial del SNS-O.

3.1. Antecedentes

El Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016 surge como consecuencia de la Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, Ley que establece como prioridad la elaboración del Plan Estratégico en su artículo 2.2.

El presente Plan viene a llenar un déficit histórico en materia de planificación en Salud Mental en Navarra, ya que desde 1986, año en que se elaboró el primer Plan de Salud Mental en el contexto de la reforma psiquiátrica promovida por la Ley General de Sanidad, no se habían realizado actualizaciones del mismo. Además, mientras que el primer Plan supuso un avance importante de la Salud Mental en Navarra, este nunca llegó a desarrollarse en su totalidad, y después de 25 años, las necesidades en materia de salud mental han cambiado sustancialmente.

Existe una conciencia creciente por parte de los gobiernos y la ciudadanía de la importancia de la salud mental como generadora de bienestar, productividad y progreso, tanto de las personas como de los países. Ello, junto con la elevada prevalencia de los trastornos mentales y la importante carga de discapacidad que provocan, ha generado en los últimos años, por parte de las instituciones y gobiernos, tanto nacionales como europeos, el desarrollo de un importante marco normativo que regula la promoción y prevención de la salud mental, así como una adecuada asistencia a los trastornos mentales que está en consonancia a su importancia como problema de salud.

Dada la ausencia de planificación previa en salud mental en las dos últimas décadas, este Plan necesariamente tiene un carácter global e integral en su abordaje la salud mental. Ello se manifiesta tanto por el análisis exhaustivo de la situación actual y las conclusiones estratégicas derivadas, como por en el número y variedad de objetivos.

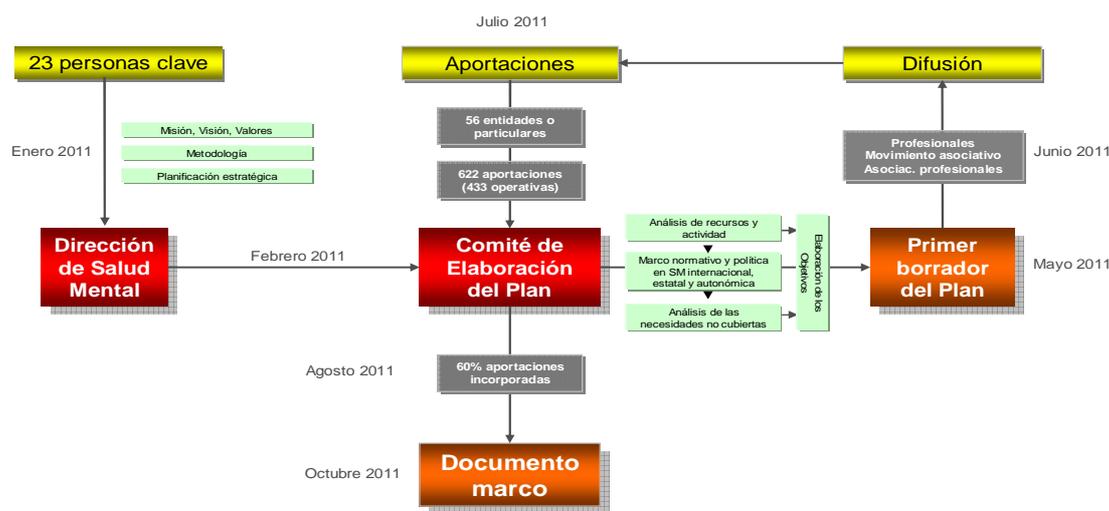
3.2. Marco normativo

Los principales documentos normativos sobre salud mental se pueden resumir en tres niveles: internacional, nacional y autonómico.

- *Internacional:* La declaración de Helsinki y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental (2005), los cuales se basaron en el informe mundial sobre Salud Mental de la OMS y en anteriores resoluciones del Consejo de Europa. Más recientemente, la Comisión Europea ha elaborado el Pacto Europeo para la Salud y el Bienestar Mental: Resultados de Acción Futura (2011) en el que se fijan las principales estrategias futuras.
- *Nacional:* La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2007) promovida por el Ministerio de Sanidad. Más recientemente se ha realizado una nueva Estrategia en Salud Mental (2009-2013) en base a la evaluación y actualización de la anterior. La Estrategia del Sistema Nacional de Salud es un modelo de referencia y cohesión en la elaboración de los Planes de Salud Mental por parte de las CC.AA.
- *Autonómico:* La Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra, que recoge los principios fundamentales de los anteriores documentos adaptándolos a la situación de Navarra.

3.3. Proceso de elaboración

El Plan ha sido realizado por el comité de elaboración del Plan, empleando una metodología participativa mediante la contribución de profesionales de Salud Mental, del SNS-O y del Departamento de Salud, además de organizaciones profesionales, asociaciones científicas, instituciones y asociaciones de usuarios y familiares de personas con trastorno mental. Las fases y procesos de la elaboración se resumen en el siguiente esquema:



Los ejes de referencia para la elaboración del Plan han sido: a) el marco normativo existente, y más específicamente la Ley de Salud Mental de Navarra, b) un análisis de los recursos y actividad de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa), y c) un análisis de las necesidades no cubiertas. De la confluencia de estas tres perspectivas se derivó un análisis estratégico de la situación actual de la RSMNa que dio lugar a la formulación de los objetivos del Plan.

3.4. Finalidad

Una misión específica del Plan Estratégico es desarrollar la nueva Ley de SM, tanto en su contenido explícito como en su espíritu. Este Plan trata de hacer explícito el concepto de segunda reforma de la SMNa mediante nuevos objetivos y procedimientos de gestión, todos ellos orientados a mejorar el proceso asistencial de las personas con trastorno mental. Más concretamente, la misión del Plan es decidir, planificar, ejecutar y evaluar las acciones más efectivas y los recursos más apropiados para la mejora de la salud mental de la población de acuerdo con un modelo de base comunitaria e intersectorial en el que participen de forma coordinada los diversos agentes implicados, que integre la promoción de los factores de salud y la prevención de los trastornos, y que incluya el tratamiento, la rehabilitación y la recuperación personal de las personas que sufren trastornos mentales.

El escenario que pretende el nuevo Plan es una atención que supere lo estrictamente asistencial e incorpore una visión más integral de la salud mental, proporcional a su relevancia como problema de salud. Las directrices Europeas y Estatales contenidas en la Estrategia en SM del SNS-O orientan el Plan de SMNa 2012-2016 hacia la consecución de una visión más positiva de la salud mental que tenga en cuenta su

promoción, la prevención en determinados grupos de riesgo y la mejora de la imagen que de las personas afectadas tiene la sociedad.

Con el objeto de alcanzar la máxima eficiencia y calidad de la atención a pacientes, y en consonancia con una tendencia general en el ámbito sanitario, se potenciará la atención multidisciplinar por procesos clínicos relevantes -en función de la prevalencia, gravedad o complejidad de estos-, mediante una subespecialización progresiva de profesionales y servicios de la RSMNa. Todo esto dentro del marco de una atención generalista que la dimensión y especificidad de los servicios permita.

El avance en recursos y prestaciones ha sido importante desde la puesta en marcha del primer Plan, que trataba de implementar unos recursos de atención básicos de carácter comunitario. Este segundo Plan pretende avanzar en el desarrollo de servicios y programas más especializados y diferenciados, pero a la vez integrados y coordinados, que se adecuen a las necesidades cambiantes de la población. También pretende desarrollar un modelo de gestión orientado a la calidad integral de los servicios. Para ello se establecerán objetivos asistenciales en función de los recursos existentes y necesidades de la población intentando potenciar la participación de profesionales de la RSMNa, así como la eficacia y eficiencia de los distintos servicios que la componen.

Los trastornos psicopatológicos son diversos y complejos, lo que ocasiona una amplia variabilidad de las manifestaciones y necesidades. Por ello, y sin perder de vista el objetivo último de un tratamiento personalizado, se elaborarán programas asistenciales para las patologías más prevalentes o graves. El funcionamiento por programas tendrá un carácter transversal y protocolizado para todos los centros de la RSMNa. En ese sentido, el valor que añade es el de promover la calidad científico técnica, la eficiencia y la continuidad de cuidados centrada en el paciente mediante procesos asistenciales coordinados.

Se racionalizará la dotación de los dispositivos básicos para lograr la equidad y accesibilidad en la atención en todas las zonas de la Comunidad Foral. Se planificará una adaptación progresiva de los ratios de profesionales al mismo tiempo que las prestaciones, para aproximarnos a los estándares europeos. Tratará de hacer compatible este objetivo con el de dedicar una atención especializada a determinadas problemáticas por razón de edad o prevalencia y con la progresiva atención a determinados grupos de riesgo o con elevada co-morbilidad.

Por lo que respecta al antiguo Centro Psicogeriátrico, sus dispositivos asistenciales se irán integrando en las áreas asistenciales creadas en la nueva Ley de SM, y conforme se vaya desarrollando el Plan Director del Centro se irá transformando su dotación de recursos en función de las necesidades de la población en torno a programas comunitarios, rehabilitadores y hospitalarios de media y larga estancia.

La atención a la salud mental que pretende el Plan necesariamente ha de llevarse a cabo con el concurso proactivo de profesionales en el proceso de mejora continua de la calidad, que tiene sus pilares en el liderazgo estratégico, la gestión del conocimiento y la participación profesional. Esto se refuerza con una potenciación de la formación continua de profesionales y la creación de una Unidad Docente Multiprofesional. Se promocionará la formación en la metodología de gestión del conocimiento científico-técnico, su aplicación en la práctica clínica y la investigación clínica y epidemiológica en áreas prioritarias de salud mental como un valor añadido de la calidad asistencial.

Por último, el nuevo Plan estará orientado a proporcionar las vías de información y participación adecuadas de pacientes y sus familiares en el proceso de toma de decisiones que les afecten, así como a su participación en los órganos de decisión que les compete.

En definitiva, el Plan pretende que la RSMNa sea una organización perfectamente integrada con el resto de los servicios de salud, formada por profesionales motivados y altamente cualificados, comprometida con la sostenibilidad del sistema sanitario y que ejerza una posición de liderazgo en Navarra y dentro del Sistema Nacional de Salud.

3.5. Objetivos

Los Objetivos del Plan Estratégico están estructurados de una manera jerárquica en cuatro niveles: 6 líneas estratégicas, 16 objetivos generales, 77 objetivos específicos y 326 líneas de actuación. Las líneas estratégicas y objetivos generales son los siguientes:

I. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y erradicación del estigma

1. Promoción de la salud mental de la población general y de grupos específicos
2. Prevención de los trastornos mentales
3. Erradicación del estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales

II. Atención a los trastornos mentales

4. Mejora de la calidad de los servicios orientados a los ciudadanos y a la comunidad.
5. Mejora de la efectividad y la resolución
6. Mejora de la eficiencia y la continuidad asistencial

III. Coordinación intra e interinstitucional

7. Coordinación intrainstitucional
8. Coordinación interinstitucional

IV. Participación y desarrollo de los profesionales

9. Mejora del desarrollo profesional
10. Desarrollo de la actividad docente

V. Gestión del conocimiento e investigación

11. Fomento de la metodología de gestión del conocimiento científico y su aplicación a la práctica clínica
12. Fomento de la investigación en Salud Mental

VI. Gestión y organización

13. Mejora de la gestión de la RSMNa
14. Mejora de la organización general de la RSMNa
15. Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la RSMNa
16. Mejora de la organización funcional de los servicios especializados de la RSMNa.

3.6. Financiación

La mayoría de los objetivos del Plan no precisan de financiación adicional a la actualmente asignada a la Dirección de Salud Mental, ya que están fundamentados en una gestión eficiente de los recursos. Sin embargo, el desarrollo del Plan en su integridad requiere financiación por dos razones principales:

- la creación de servicios e infraestructuras de los que la Comunidad Foral ha sido históricamente deficitaria, y
- el desarrollo de servicios demandados por la ciudadanía o la normativa vigente.

La financiación del Plan para el año 2012 está contemplada en los Presupuestos del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, y la financiación del Plan para ejercicios futuros está en consonancia con la previsión y proyección económica ordinaria del Departamento de Salud. En este sentido, los proyectos de inversión contemplados en el Plan, previos los trámites de aprobación correspondientes, se irán impulsando conforme a las disponibilidades presupuestarias de los próximos ejercicios.

En la siguiente Tabla se muestra un resumen de la financiación del Plan, en términos de incremento presupuestario, detallado por Capítulos.

	2012	2013	2014	2015	2016
Cap. I	-202.525	736.673	756.993	1.319.953	1.673.034
Cap. II	40.701	118.788	119.704	255.143	446.301
Cap. VI	480.000	3.230.000	6.775.000	9.199.500	2.368.898
Total	318.176	4.085.461	7.651.697	10.774.597	4.488.273

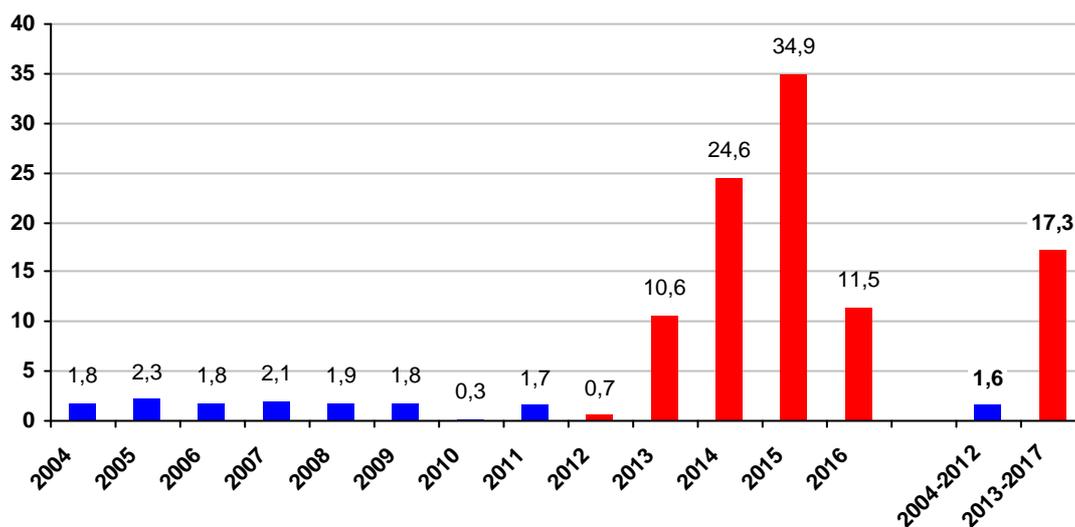
La mayor parte de la financiación está destinada al desarrollo de nuevas infraestructuras, que se detallan a continuación.

Inversión en nuevas infraestructuras y servicios (en miles de euros)

Concepto	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Plan Director San Fco Javier	60	3.000	5.575	7.099		15.734
HRS: ↑ nº camas y H. Día	60		800			1.400
Traslado CSM Estella al HGO	70	230	400			700
Nuevo CSM Infanto-Juvenil				2.100	2.369	4.469
Nuevo CSM z.b. Sarriguren					0	0

Dada la importancia de la inversión en infraestructuras, en la siguiente Figura se muestra la evolución de la inversión en infraestructuras en términos de porcentaje total del SNS-O destinado a salud mental antes de durante la vigencia del Plan.

**Porcentaje de inversiones en Salud Mental
respecto al total del SNS-O
(2004-2016)**



Cabe destacar, que mientras que la media de las inversiones en Salud Mental vienen representando el 1.6% del total del SNS-O, está previsto que estas representen el 17,3% durante los años de vigencia del Plan.

3.7. Proyectos del Plan Estratégico de mayor relevancia

Dado que los objetivos específicos son muy numerosos (77) y aún más las líneas de acción (326), en la siguiente Tabla se detallan los 15 proyectos más relevantes del Plan con las acciones necesarias para su ejecución y los beneficios esperables de cada uno de ellos.

LOS 15 PROYECTOS DE MAYOR RELEVANCIA

Proyecto	Acciones	Beneficios esperables
1. Prevención de la enfermedad mental, erradicación del estigma y discriminación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implicación de los profesionales de salud mental en actividades de promoción, prevención y lucha contra el estigma ▪ Colaboración con otros servicios de Salud y del Gobierno en actividades de promoción y prevención ▪ Colaboración con asociaciones de afectados en acciones dirigidas a evitar el estigma y la discriminación ▪ Mejora de la accesibilidad de grupos de riesgo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminución de las conductas de riesgo ▪ Normalización social de la enfermedad mental ▪ Mejora del diagnóstico precoz de los trastornos mentales
2. Aumento de la capacidad asistencial (Centros de Salud Mental, Recursos Intermedios y Hospitalización)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del número de profesionales en los CSM ▪ Redefinición de recursos de hospitalización parcial ▪ Aumento del nº de camas de hospitalización 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de la población atendida ▪ Mejora de la accesibilidad ▪ Aumento de la cartera de servicios
3. Mejora de la accesibilidad de todos los niveles asistenciales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Refuerzo del nº de profesionales en los servicios más deficitarios ▪ Instaurar programas de tratamiento intensivo ambulatorio en los CSM y HD ▪ Desarrollar programas de intervención en crisis en cada CSM y vías de priorización de pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir la lista de espera en primeras consultas y sucesivas en los CSM ▪ Disminuir la espera para ingreso en hospitales de día, de agudos y media estancia
4. Mejora de la capacidad de resolución	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Garantizar que los pacientes sean tratados por el profesional más adecuado en el dispositivo más comunitario posible ▪ Instaurar planes de tratamiento individualizado con evaluación periódica de su eficacia ▪ Desarrollar un modelo colaborativo con AP para el tratamiento de los trastornos mentales comunes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejora de la capacidad asistencial ▪ Mejora de la coordinación entre SM y AP para el tratamiento de los trastornos mentales comunes ▪ Adecuación de los dispositivos asistenciales a las necesidades de los pacientes.

LOS 15 PROYECTOS DE MAYOR RELEVANCIA

Proyecto	Acciones	Beneficios esperables
5. Diseño en implementación de programas asistenciales transversales en todos los servicios de la RSMNa en procesos de mayor prevalencia y/o gravedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de 10 programas asistenciales transversales (vías clínicas) e implementación en todos los dispositivos de la red ▪ Redefinición de competencias profesionales evitando duplicidades y fomentando sinergias ▪ Reorganización de servicios evitando duplicidad de los mismos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reorientación de la actividad a las necesidades de los pacientes más que a la estructura de los servicios ▪ Especialización de profesionales y servicios ▪ Aumento de la eficacia y eficiencia del proceso asistencial ▪ Disminución de la variabilidad asistencial ▪ Mejora de la coordinación entre servicios
6. Completar los servicios asistenciales necesarios para un adecuado tratamiento de la enfermedad mental grave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Construcción de Unidades de Media y Larga Estancia en el centro SFJ ▪ Redefinición de los procesos asistenciales de la Clínica de Rehabilitación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de un circuito asistencial integral para el tratamiento de las personas con enfermedad mental grave ▪ Mejora de la discapacidad asociada a estos trastornos
7. Diferenciación de la asistencia infanto-juvenil de la de adultos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación de un CSM infanto-juvenil de referencia para el área de Pamplona para todos los trastornos mentales y para toda Navarra de los trastornos graves ▪ Construcción de un nuevo CSM infanto-juvenil que integre los programas ambulatorio y de hospital de día 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Especialización de profesionales en patologías específicas por grupos de edad ▪ Mejora de la accesibilidad de los usuarios ▪ Mejora de la eficacia terapéutica ▪ Sinergias entre profesionales y programas de este grupo de población ▪ Mejora de la coordinación AP-SM
8. Implantar un red se servicios integrales de salud mental en el área de Salud de Tudela	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento del numero de camas de hospitalización de agudos en el HRS ▪ Construcción de un nuevo servicio de hospitalización parcial en el HRS ▪ Diferenciación física y profesional de la asistencia infanto-juvenil de la de adultos en el CSM 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Servicios de salud mental diferenciados y sinérgicos adaptados a las necesidades de la población.
9. Mejora de la calidad científico-técnica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implementación de guías de práctica clínica en procesos de mayor prevalencia o gravedad ▪ Implementación de aquellos tratamientos con mayor evidencia científica evaluando su coste-efectividad ▪ Uso racional de los psicofármacos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejora de la eficacia de los tratamientos en salud mental ▪ Disminución de la variabilidad asistencial ▪ Mejora de la equidad en los tratamientos de salud mental

LOS 15 PROYECTOS DE MAYOR RELEVANCIA

Proyecto	Acciones	Beneficios esperables
10. Aumento de la intervención psicológica de calidad en todos los servicios de la RSMNa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aumento de la ratio de profesionales de psicología clínica ▪ Elaboración e implementación de una cartera de servicios de psicoterapias basadas en la evidencia, evaluables y limitadas en el tiempo ▪ Plan de psicoterapias para su empleo por cada profesional según nivel de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disminuir la excesiva medicalización del tratamiento de algunos trastornos mentales ▪ Implicación de familiares y allegados en algunos programas de psicoterapia ▪ Mejora del tratamiento global de los trastornos mentales
11. Impulsar la figura de enfermero/a especialista en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantar el programa Enfermero Interno Residente (EIR) especialista en salud mental ▪ Adecuar progresivamente la plantilla de los distintos servicios a perfiles de especialista ▪ Potenciación de la figura de la enfermera especialista como gestora de caso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo profesional de este ámbito profesional ▪ Mejora de los cuidados integrales de las personas con enfermedad mental ▪ Mejora del abordaje multidisciplinar de la enfermedad mental
12. Gestión por objetivos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pactos de gestión anuales con todos los servicios de la RSMNa ▪ Objetivos integrales (prevención, asistencia, docencia, investigación) e integradores (de profesionales, servicios y procedimientos) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Alineamiento de profesionales y servicios con objetivos comunes de la red ▪ Mejora de la eficiencia y de la coordinación entre servicios y niveles profesionales
13. Programa de Calidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración de un plan de calidad en base a procesos de mejora continua con la participación de las direcciones de los centros ▪ Desarrollo de un modelo de calidad total 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación de profesionales y usuarios en la gestión del proceso asistencial ▪ Evaluación continua de servicios, profesionales, competencias y programas
14. Participación de profesionales y usuarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Puesta en marcha de la Junta Técnico-Asistencial de Salud Mental ▪ Establecimiento de procedimientos reglados de comunicación con asociaciones de afectados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implicación de profesionales y de usuarios en los procesos de gestión y de la actividad asistencial que les corresponda
15. Docencia, innovación e investigación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implantación de la Unidad Docente Multidisciplinar (MIR, PIR, EIR) ▪ Programa de formación continuada orientado a las necesidades asistenciales ▪ Plan de calidad docente y de investigación de Salud Mental 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implicación de los profesionales en la docencia especializada ▪ Mejora de calidad científico-técnica ▪ Aumento del nº de investigadores en SM ▪ Desarrollo profesional vinculado a la creación de conocimiento

