

2012-2016

de

Salud Mental

de

Plan Estratégico

Navarra

Julio 2012

Diseño y Edición: Dirección de Salud Mental
Servicio Navarro de Salud – Osasunbidea
Pamplona, Julio 2012

Para acceder directamente a cada capítulo, haga clic en su correspondiente título.

ÍNDICE

I. Resumen ejecutivo	1
II. Introducción	7
II.1 La importancia de la Salud Mental	7
II.2 Breve historia de la Salud Mental en Navarra	10
III.- Metodología	21
III.1 Proceso de elaboración	21
III.2 Fases de elaboración	21
IV.- Finalidad	25
IV.1 Misión	25
IV.2 Visión	25
IV.3 Principios y valores	26
V.- Situación actual	29
V.1 Marco Normativo	29
V.2 Demografía y Morbilidad	34
V.3 Recursos para atención a personas con TM	46
V.4 Actividad asistencial	69
V.5 Actividad docente e investigadora	80
V.6 Cartera de Servicios	84
V.7 Matriz DAFO	88
VI.- Conclusiones estratégicas	93
VII.- Objetivos	99
VII.1 Línea Estratégica 1: Promoción, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma	99
VII.2 Línea Estratégica 2: Atención a los Trastornos Mentales	102
VII.3 Línea Estratégica 3: Coordinación intra e interinstitucional	118
VII.4 Línea Estratégica 4: Participación y desarrollo de profesionales	120
VII.5 Línea Estratégica 5: Gestión del conocimiento e investigación	123
VII.6 Línea Estratégica 6: Gestión y organización de la red RSMNa	125

VIII.- Procesos clave. Evaluación y Seguimiento	137
VIII.1 Procesos clave	137
VIII.2 Evaluación	144
VIII.3 Seguimiento	152
VIII.4 Cronograma	153
IX.- Organización y Gestión de la Red de Salud Mental	159
IX.1. Reorganización y Gestión	159
IX.2. Aspectos legales.....	161
IX.3. Calidad Total	166
IX.4. Pactos de Gestión por objetivos	168
IX.5. Otros proyectos a desarrollar.....	172
X.- Financiación	179
XI.- Glosario y abreviaturas	185
XII.- Bibliografía	187
XIII.- Agradecimientos.....	191
Anexos	195

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico
Navarra

I. Resumen ejecutivo

I.1 RESUMEN EJECUTIVO

La falta de salud mental, en sus múltiples manifestaciones, es uno de los problemas más importantes de las sociedades desarrolladas, existiendo una conciencia creciente por parte de los gobiernos y la sociedad en general de que la salud mental es primordial para el desarrollo humano, social y económico de los países. Por otra parte, y en nuestro entorno, al menos un 9% de la población padece actualmente un trastorno mental y al menos un 15% lo padecerá a lo largo de su vida. Los trastornos mentales constituyen la carga más importante de enfermedad y discapacidad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer. En consonancia con estos datos, los gobiernos europeos están empezando a considerar los trastornos mentales como un problema de salud pública y a asumir la salud mental como un objetivo estratégico en los planes nacionales de salud.

En Navarra, la atención pública en salud mental es prestada por la Red de Salud Mental (RSMNa), que está constituida por un conjunto de servicios dependientes del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea e integrados en otros servicios sanitarios. La misión de la RSMNa es prestar a los ciudadanos una amplia variedad de servicios de calidad en salud mental sobre la base de procesos de mejora continua en todos y cada uno de sus dispositivos asistenciales. En este contexto, el propósito del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016 es alinear la misión de la RSMNa con el desarrollo e implementación en todo el Territorio de la Comunidad Foral de una red de servicios -integrada, integral y de calidad- para la promoción de la salud, la prevención de los trastornos mentales y la atención a las personas con trastorno mental.

Los tres principios básicos que sustentan el Plan Estratégico son:

- Eficiencia: una gestión eficiente de los recursos que tiene los valores añadidos de accesibilidad, equidad y sostenibilidad.
- Gestión del conocimiento: empleo de la mejor evidencia disponible en los procedimientos asistenciales y de gestión, del que se deriva una mejor competencia profesional, calidad asistencial y satisfacción de los usuarios.
- Participación de profesionales y usuarios: implicación de los actores principales en los procedimientos asistenciales y de gestión sobre la base de un proceso de mejora continua.

Las fortalezas de la RSMNa (nueva estructura organizativa, liderazgo directivo, multidisciplinariedad, nivel de desarrollo de servicios) y las oportunidades del entorno (buen nivel de desarrollo socioeconómico y sanitario de Navarra, estructura social cohesionada, estructura geográfica abordable y sectorizada) junto con los principales valores que sustentan el Plan Estratégico, hacen posible conjugar los nuevos retos asistenciales y demandas de la ciudadanía con una atención sostenible y

I.- RESUMEN EJECUTIVO Y MAPA ESTRATÉGICO

de calidad. En definitiva, la RSMNa pretende ser una organización integrada 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.

Este Plan Estratégico de Salud Mental surge en el contexto del nuevo modelo asistencial del SNS-O y al amparo de la Ley Foral 21/2010 de Salud Mental, que fija su elaboración como un objetivo prioritario. Entre los retos que debe abordar el nuevo Plan de Salud Mental están:

- la superación de la ausencia desde 1986 de una planificación estratégica en materia de salud mental en Navarra,
- la necesidad de adaptar la RSMNa al marco normativo internacional, nacional y autonómico en materia de salud mental,
- la necesidad de un nuevo modelo de atención que supere lo estrictamente asistencial e incorpore una visión más integral de la salud mental proporcional a su relevancia como problema de salud,
- la adaptación de los servicios y prestaciones a las nuevas demandas asistenciales de la ciudadanía,
- una orientación comunitaria en los servicios y las prestaciones, con un modelo más preventivo, rehabilitador y proactivo en todas las intervenciones, incluyendo una implicación más activa de los usuarios en los planes terapéuticos,
- una práctica asistencial basada en la evidencia científica, y en su defecto, en la experiencia demostrable,
- la capacitación profesional y la especialización de la asistencia en torno a programas asistenciales transversales,
- la integración entre los diferentes servicios de la RSMNa sobre la base de objetivos compartidos orientados a procesos de mejora continua,
- la adopción de procesos organizativos orientados a la instauración de una cultura de la calidad y de gestión por objetivos en todos los servicios de la RSMNa,
- completar los servicios e infraestructuras necesarias de la RSMNa.

El Plan Estratégico se ha elaborado de una forma participativa, siendo sus ejes de referencia los siguientes: (a) el marco normativo internacional, nacional y autonómico, (b) un análisis de los recursos y actividad de la 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. El Plan Estratégico fija su horizonte temporal de trabajo en 2016, que es un marco temporal suficientemente amplio como para establecer una visión ambiciosa sobre los retos a afrontar en materia de salud mental en Navarra.

I.- RESUMEN EJECUTIVO Y MAPA ESTRATÉGICO

Los objetivos del Plan Estratégico están organizados de forma jerárquica en 4 niveles: 6 grandes líneas estratégicas, 16 objetivos generales, 76 objetivos específicos y 334 líneas de actuación que se derivan de los citados objetivos.

Los 16 objetivos generales encuadrados en las 6 líneas estrategias 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
 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

Las principales estrategias que se utilizaran para conseguir los objetivos se ha resumido en 11 procesos clave:

- Sistemas de información y evaluación de resultados
- Gestión del conocimiento
- Gestión por objetivos
- Programas asistenciales transversales

I.- RESUMEN EJECUTIVO Y MAPA ESTRATÉGICO

- Optimización de recursos y eficiencia
- Reorganización funcional de la RSMNa
- Formación continuada
- Unidad Docente Multiprofesional
- Plan de Calidad de la RSMNa
- Participación de profesionales y usuarios
- Nuevas infraestructuras y servicios.

Estos procesos clave están ligados a la mayoría de los objetivos específicos, cuentan con indicadores hito para evaluar su desarrollo, un cronograma de actuaciones y tienen asignado personas responsables de su ejecución. La Figura 1.1. muestra el mapa estratégico del Plan de Salud Mental de Navarra en términos de las principales capacidades y recursos, procesos organizativos, resultados en los usuarios y resultados clave.

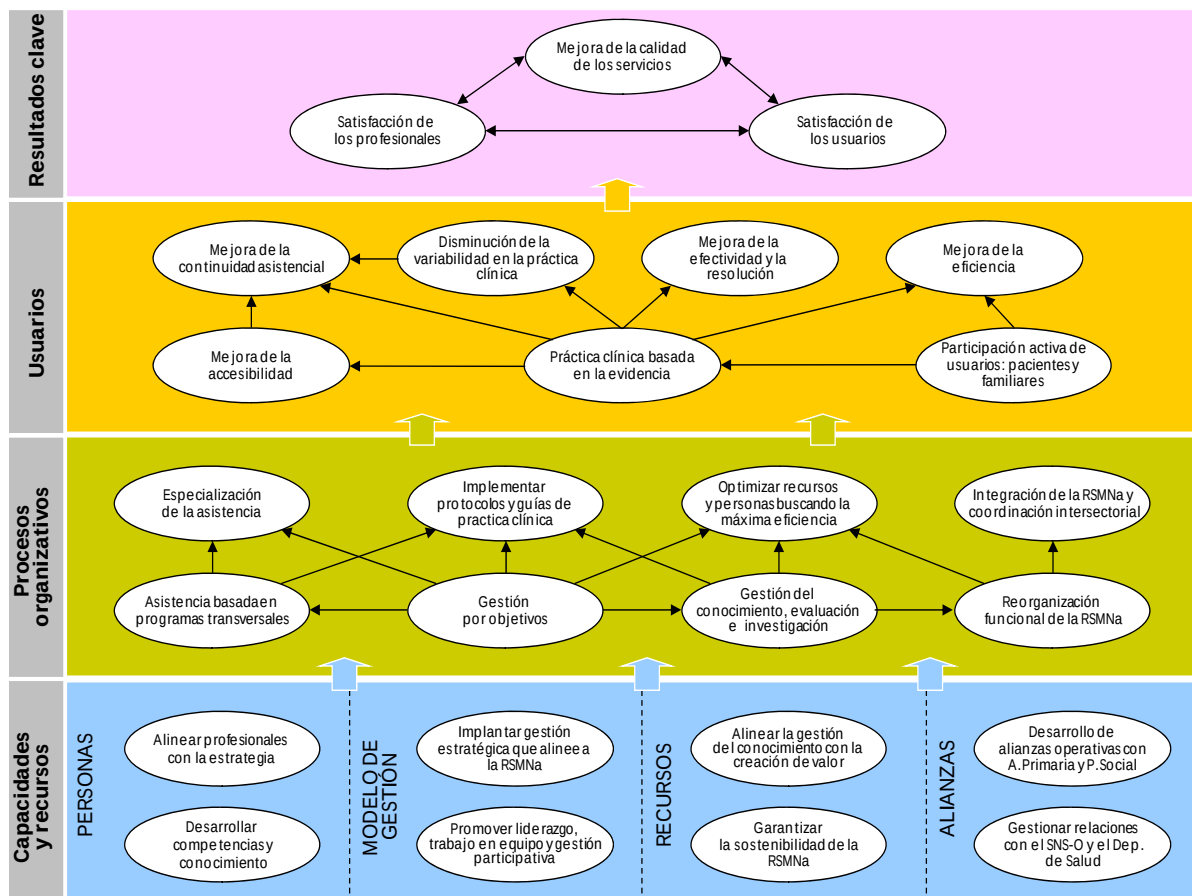
Los objetivos se priorizaron en base a una combinación de los siguientes criterios: (a) impacto en la población atendida, (b) eficiencia, (c) satisfacción de usuarios y profesionales, y (d) necesidades no resueltas. Así mismo se ha elaborado un cuadro de indicadores para los objetivos específicos que orientan el cambio de de la RSMNa, una estructura de evaluación y seguimiento del Plan Estratégico, y un cronograma de actuaciones en base a los objetivos priorizados.

La gran mayoría de los objetivos del Plan no precisan de financiación adicional, ya que están fundamentados en una gestión clínica eficiente. Sin embargo, el desarrollo del Plan en su integridad requiere financiación adicional por 4 razones: (a) la creación de servicios e infraestructuras de los que la Comunidad Foral ha sido históricamente deficitaria, (b) la creación o desarrollo de servicios demandados bien por las nuevas necesidades de las personas con trastorno mental o la normativa vigente, (c) el refuerzo de la eficiencia de algunos servicios que históricamente no han aumentado en recursos humanos ni en cartera de servicios, y (d) la formación y docencia orientadas a los objetivos del Plan. La financiación propuesta a la finalización del Plan supone un incremento del 5% respecto a la del 2010, y aunque sigue estando lejos de los estándares europeos, esta financiación adicional es razonable tanto para la consecución de los objetivos del Plan como para garantizar la sostenibilidad del sistema.

Por último, el Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra 2012-2016 pretende ser un instrumento que sienta las bases para un gran acuerdo entre los diversos sectores implicados en la mejora de la salud mental de los ciudadanos navarros para avanzar en la visión compartida de alcanzar mayores niveles de salud mental y de prestar la mejor atención posible a las personas con trastorno mental.

I.2 MAPA ESTRATÉGICO

Mapa estratégico del Plan de SMNa



[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de

Salud

Mental

de

Plan

Estratégico

Navarra

II. Introducción

II. INTRODUCCIÓN

II.1 LA IMPORTANCIA DE LA SALUD MENTAL

En España el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad y más del 15% lo sufrirán en lo largo de su vida.

La falta de salud mental, en sus múltiples manifestaciones es uno de los problemas más importantes de la sociedad actual. Aunque no existe una clara línea divisoria entre la salud y la enfermedad mental, es necesario diferenciar la ausencia de una buena salud mental (estilos de vida de riesgo, insatisfacción personal, dificultades de adaptación a los problemas de la vida diaria, etc) de la patología mental, cuyo abordaje es el objeto fundamental de los sistemas sanitarios.

En España, excluyendo los trastornos causados por el uso indebido de sustancias, se puede afirmar que, al menos, el 9% de la población padece un trastorno mental en la actualidad y que 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 frecuentes en todos los países y culturas, ocasionan un enorme sufrimiento, 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, 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 tienen una mayor carga de vulnerabilidad para los trastornos mentales.

Los trastornos mentales y neuro-psiquiátricos representan el 13% de la carga global de enfermedad en el mundo (Collins y cols, 2011), y a pesar de ello los esfuerzos destinados por los países para su investigación, prevención y tratamiento son desproporcionadamente bajos.

Los trastornos mentales constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa.

Los trastornos mentales en conjunto constituyen 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 cerebro-vasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades. En el año 2020 este tipo de trastornos serán los mayores

II.- INTRODUCCIÓN

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 e incrementan con la edad. También se eleva la morbilidad por aumento del riesgo de padecer accidentes, incluso con resultado de fallecimiento, y por padecer otras enfermedades como son el cáncer, las enfermedades cardiovasculares o SIDA. El no tratar o controlar los trastornos mentales acarrea 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 los costes asociados, especialmente los indirectos, 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.

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 (OMS, 2005). En la actualidad hay una evidencia sustancial de que la mayor inversión en recursos en muchas áreas de salud mental no sólo está justificada en función de la eliminación de las desigualdades, del elevado grado de exclusión social y de las consecuencias adversas de los trastornos mentales, sino que también representa un uso más eficiente de los recursos sanitarios y de otro tipo (Knapp y McDaid, 2007).

Por diversas razones, a las que no son ajenas el estigma asociado a la enfermedad mental, el infradiagnóstico de los trastornos mentales y deficiencias de accesibilidad a los recursos específicos, 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.

Los trastornos mentales generan una enorme carga económica y emocional en el sistema familiar de apoyo.

Más de la mitad de personas que necesitan tratamiento, no lo reciben.

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.

Las diferentes disciplinas clínicas, basan sus planteamientos en la aplicación del razonamiento clínico sistemático y en el método científico.

La mayor parte de los trastornos mentales no son graves, y en la mayoría de los casos de trastornos mentales graves, se dispone actualmente de medidas terapéuticas y de rehabilitación efectivas. La psiquiatría y la psicología clínica, antaño lastradas por la especulación, la ideología y visiones personales, son ahora materias que, junto a otras disciplinas clínicas, basan sus planteamientos en la aplicación del razonamiento clínico sistemático y en el método científico. Además, existe evidencia de que intervenciones enfocadas a la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales facilitan la inserción de las personas con trastornos mentales en la sociedad y disminuyen el estigma.

La salud mental es primordial para el desarrollo humano y económico de los países.

Los determinantes de la salud y la enfermedad mental son múltiples e interdependientes. Estos factores, biológicos, psicológicos y sociales, 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 de Helsinki (Declaración Europea, 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 se considera cada vez más una condición generadora de bienestar y productividad. En consonancia con esta visión, los países europeos están empezando a asumir la salud mental como objetivos estratégicos de gobierno mediante el desarrollo e implementación progresiva de políticas específicas de salud mental.

II.2 BREVE HISTORIA DE LA ASISTENCIA A LOS TRASTORNOS MENTALES EN NAVARRA

La historia de la asistencia psiquiátrica en Navarra, en general, ha tenido un desarrollo similar a la del resto del país y de los países de nuestro entorno. A grandes rasgos, en Navarra pueden diferenciarse tres periodos bien delimitados de la asistencia psiquiátrica: el periodo anterior al siglo XX, el periodo del hospital psiquiátrico (1904-1990), y el periodo desde la reforma psiquiátrica y el primer Plan de Salud Mental de Navarra (1986) hasta la actualidad.

II.2.1 EL PERIODO HASTA EL SIGLO XX

A diferencia de algunas otras Comunidades Autónomas (CC.AA.), en Navarra nunca existió una tradición psiquiátrica propia (Aztarain, 2005). La figura histórica más importante de nuestra comunidad fue Juan Huarte de San Juan en cuyo ensayo *Examen de ingenios para las ciencias* publicado en el año 1575, propone un modelo de funcionamiento cerebral y cognitivo en el que basa las diferentes capacidades y aptitudes de las personas. Este trabajo, de gran influencia en su época y aún citado en la actualidad, se desligó de las preconcepciones históricas sobre el cerebro y la mente, y aunque actualmente desfasado en muchos de sus contenidos, no lo es su método empírico de estudio, y ciertas observaciones aún siguen siendo válidas. De hecho, actualmente se considera a Huarte el precursor de la moderna neuropsicología cognitiva y de la psicología de las diferencias individuales.

En Navarra, nunca existió una tradición psiquiátrica propia.

Existen pocos datos sobre la asistencia psiquiátrica en Navarra antes de la creación del Manicomio Vasco-Navarro, y estos apuntan a la existencia de algunas camas para pacientes agudos en el hospital de la Diputación, siendo muchos casos trasladados al manicomio de Zaragoza, sin olvidar que la mayoría de pacientes probablemente convivían con sus familias sin apenas asistencia. Esta situación fue la que probablemente motivó al Dr. Nicasio Landa a elaborar la "Memoria para la construcción de un Manicomio Agrícola" en 1868, que debía servir como base para la construcción de un manicomio para Navarra y que puede considerarse como la primera propuesta de asistencia psiquiátrica en Navarra (Aztarain, 2005). Este proyecto se basaba tanto en una concepción médica de la enfermedad mental y en las corrientes más modernas en Europa sobre la enfermedad mental y su tratamiento, como en instituciones similares de Europa que el Dr. Landa visitó personalmente. El proyecto acabó siendo el modelo fundamental para la construcción del Manicomio Vasco-Navarro, también conocido como Hospital Psiquiátrico.

La "Memoria del Manicomio Agrícola" (1868) del Dr. Landa fue la primera propuesta de asistencia Psiquiátrica en Navarra.

II.2.2 EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO

El Manicomio Vasco-Navarro comenzó a funcionar en 1904 con un modelo asistencial que estaba en consonancia con otros de la época tanto en España como en el resto de Europa. Es de destacar que la entrada en

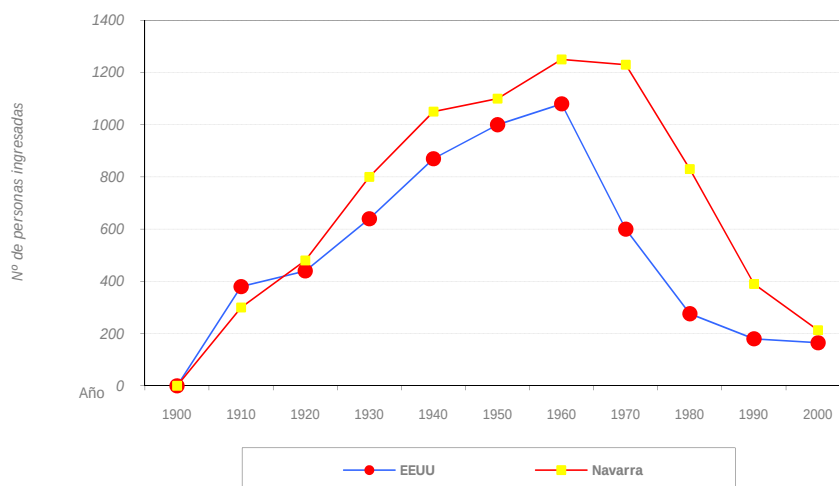
El Hospital Psiquiátrico, eje de la asistencia a las personas con enfermedad mental en Navarra durante la mayor parte del siglo pasado.

El proceso de desinstitucionalización se debió a avances terapéuticos y reformas sociales.

funcionamiento del Hospital Psiquiátrico, coincide con el desarrollo de la psiquiatría como una especialidad de la medicina y con la fundación de la nosología moderna de las enfermedades mentales, tal y como se evidencia en las primeras memorias del centro.

El Hospital Psiquiátrico ha representado el eje sobre el que ha pivotado la asistencia a las personas con enfermedad mental en Navarra durante más de 80 años, la mayor parte del pasado siglo. Como puede observarse en el gráfico I.1, el número de internos en el centro sigue un patrón muy similar al de otros países (Hudson y cols. 1994; Lizarraga, 1992) y el hospital llegó a tener hasta 1200 personas ingresadas durante los años 70. En la mayoría de los países de nuestro entorno, la externalización de las personas con enfermedad mental se inició a finales de los años 50 y principios de los 60 del pasado siglo, coincidiendo con la generalización del uso de los neurolepticos, los primeros tratamientos eficaces para los trastornos psicóticos. Sin embargo, la externalización de las personas con enfermedad mental se retrasó en Navarra más de una década tras la generalización del uso de los fármacos antipsicóticos, lo que demuestra que el proceso de desinstitucionalización no solo se debió a los avances terapéuticos, sino también a la instauración de políticas sanitarias y sociales acompañantes que dieron soporte a las personas desinstitucionalizadas (Strauss, 1979).

Gráfico I.1. Evolución del número de personas con enfermedad mental ingresadas en los hospitales psiquiátricos de los EE.UU. (x 5.000) y en el Hospital Psiquiátrico de Navarra (datos brutos) a lo largo del siglo XX



II.2.3 EL PRIMER PLAN DE SALUD MENTAL DE NAVARRA (1986-2010)

En Navarra, antes de la instauración de la reforma psiquiátrica, ya se inició un tímido proceso de desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental mediante la potenciación de las consultas externas

II.- INTRODUCCIÓN

en el propio Hospital Psiquiátrico y la creación de un Hospital de Día (Varo, 2011). Sin embargo, es tras el Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica en el año 1985 y la posterior Ley General de Sanidad de 1986 cuando se observa un avance decisivo en la consideración y mejora de la atención de las personas con enfermedad mental. En el cap. III art. 20.1 de dicha Ley se recogen los puntos principales de dicha reforma:

1. La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará en el ámbito comunitario, potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio y los sistemas de hospitalización parcial y atención a domicilio.
2. La hospitalización de pacientes por procesos que así lo requieran se realizará en unidades psiquiátricas de hospitales generales.
3. Se desarrollarán servicios de rehabilitación y reinserción social necesarios para una adecuada atención integral de problemas de las personas con enfermedad mental, buscando la necesaria coordinación con los servicios sociales.
4. Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general cubrirán, así mismo, en coordinación con los servicios sociales, los aspectos de prevención primaria y la atención a los problemas psicosociales que acompañan a la pérdida de salud en general.
5. La sectorización de la asistencia.

El nuevo modelo de servicios planteado por dicho informe contemplaba la universalización de la asistencia sanitaria y por tanto, suponía la inclusión de la Salud Mental en el sistema sanitario general. Para ello era esencial la transformación de los Hospitales Psiquiátricos y el desarrollo de toda una red de dispositivos de atención comunitaria. En Navarra, la elaboración del I Plan de Salud Mental (1986) siguió en lo fundamental el modelo avanzado por el Informe Ministerial para la Reforma Psiquiátrica (1985) y desarrolla lo establecido por la Ley General de Sanidad de 1986.

El modelo asistencial desarrollado por el I Plan de Salud Mental se caracteriza por la existencia de una Red Pública de Salud Mental única, constituida por estructuras y servicios diversificados, integrada en el sistema socio-sanitario general y cuyo centro de gravedad radica en los Centros de Salud Mental (CSM) comunitarios.

Navarra fue una de las primeras CC.AA. en elaborar e implementar un plan integral de salud mental. El desarrollo inicial del Plan puede considerarse modélico en relación a otras CC.AA., tanto por la rapidez de su implementación, como por la asunción del modelo asistencial comunitario (Varo, 2011). Sin embargo, el desarrollo de las diferentes áreas que en él se contemplaban ha sido desigual y a veces insuficiente, como es el caso de la prevención y el diagnóstico precoz de los trastornos mentales (Peralta y cols, 2005), y el desarrollo de recursos asistenciales

En Navarra, se inició tímidamente el proceso de desinstitutionalización de las personas con enfermedad mental antes de la reforma psiquiátrica.

La Ley General de Sanidad supuso la integración de la Salud Mental en el Sistema Sanitario.

Navarra fue una de las primeras Comunidades Autónomas en elaborar e implementar un plan integral de salud mental.

El desarrollo del primer Plan de SM fue insuficiente y desigual.

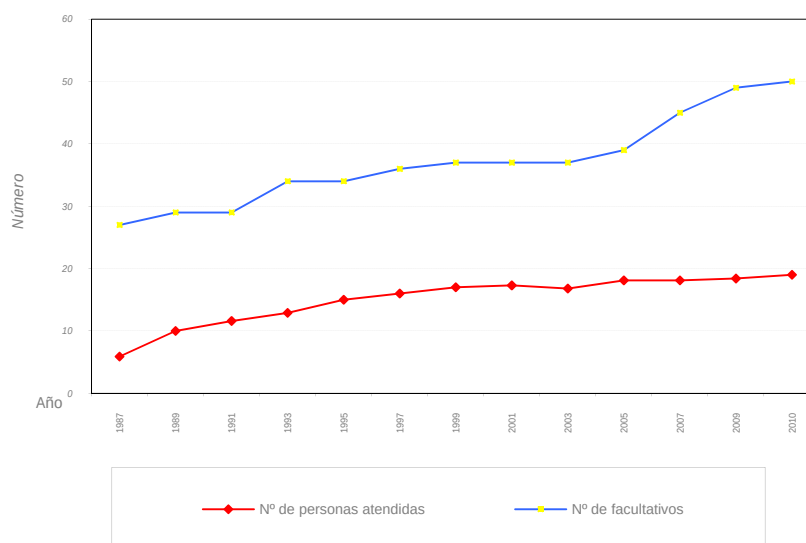
para personas con trastornos mentales graves y persistentes (Abaurrea y cols, 2000).

Procedimientos asistenciales como la atención domiciliaria y en zonas rurales alejadas, así como la intervención en crisis por parte de equipos comunitarios, apenas se desarrollaron o solo lo hicieron de forma puntual en algún equipo. A lo largo de estos años se han incrementado progresivamente los recursos humanos (gráfico I.2.) y se han creado numerosos servicios, propios y concertados, algunos de los cuales han funcionado de forma paralela y escasamente integrada con el resto de los dispositivos asistenciales de la red de Salud Mental de Navarra (RSMNa). Además, servicios con similares objetivos, recursos y población atendida se han desarrollado de manera muy diferente en términos de niveles de actividad asistencial como de calidad (Peralta, 2005).

Existe el riesgo de fragmentación de la red de Salud Mental de Navarra.

Como consecuencia de ello, existe una evidente y progresiva falta de coordinación entre dispositivos y particularmente entre los CSM y el resto de servicios, lo que pone en riesgo tanto la cohesión de la RSMNa como el modelo de asistencia comunitaria, cuyo centro de gravedad debe residir en los CSM.

Gráfico I.2. Número de personas atendidas x 1.000h. y número de facultativos en los CSM, desde la implementación del primer Plan de Salud Mental de Navarra hasta la actualidad.



Es de destacar que, entre las principales acciones del Plan, se contemplaba tanto un ambicioso subsistema de información para salud mental que apenas se desarrolló, como la evaluación sistemática de los servicios de la red de salud mental que nunca se llegó a realizar. A estas dificultades no es ajeno el hecho de que la Dirección de Salud Mental pasó a ser Subdirección, con la correspondiente reducción de su autonomía y capacidad propia de gestión.

II.- INTRODUCCIÓN

En el año 2003 la Defensora del Pueblo de Navarra emitió un informe especial al Parlamento de Navarra en el que se realiza un análisis exhaustivo de la situación de la atención a las personas con trastorno mental, que aún hoy sigue siendo válido y en el que se recomiendan las siguientes acciones:

1. Necesidad de un nuevo modelo de gestión de la atención a las personas con trastorno mental.
2. Constituir una red de servicios integrados de Salud Mental que desarrolle el espacio Sociosanitario.
3. Elaboración de un Plan Integral de Salud Mental.
4. Elaboración de una carta de derechos de personas con trastorno mental y los servicios que les han de atender.
5. Reforzamiento de la integración laboral e impulso de la normativa vigente para su aplicación.
6. Establecer marcos de actuación con todas las organizaciones que actúan en la atención a las personas con trastorno mental.
7. Prevención y promoción de la Salud Mental.
8. Sobre el internamiento involuntario de las personas con trastorno mental.
9. Garantías de las personas con trastorno mental en los procedimientos judiciales por incapacitación.

El informe especial al Parlamento de Navarra de la Defensora del Pueblo señaló las principales áreas de mejora de la asistencia a las personas con trastorno mental.

II.2.4 JUSTIFICACIÓN DE UN NUEVO PLAN DE SALUD MENTAL

La planificación estratégica es uno de los métodos más fructíferos para conseguir guiar las políticas sanitarias. De ahí que uno de los instrumentos principales que dinamizan la organización, para adecuarla a su contexto y orientar las actuaciones para conseguir los objetivos, sea la elaboración de planes de salud (Gispert, 2001). Un ejemplo lo constituye la estrategia de la OMS de “salud para todos el año 2000” redefinida después como “salud para todos en el siglo XXI” (OMS, 1998). Dicha estrategia ha orientado los planes de salud de la última década en los distintos países y regiones del mundo, aunque con resultados muy desiguales en función de las múltiples variables locales.

El modelo asistencial de los años 80, ha recibido un impulso importante en los últimos años desde instancias internacionales.

El modelo asistencial desarrollado en los años ochenta, ha recibido un impulso importante en los últimos años desde instancias supranacionales que están logrando que la salud mental llegue a ocupar un lugar relevante en el diseño de las políticas de salud en Europa. Los documentos clave para entender las nuevas orientaciones son los siguientes:

- El informe de la OMS de 2001 sobre la salud en el mundo, dedicado a la salud mental.
- Un conjunto de guías de la OMS sobre servicios y políticas de salud mental, especialmente las siguientes:
 - El contexto de la salud mental
 - Políticas, planes y programas de salud mental

Las estrategias en Salud Mental del SNS son un apoyo para la coordinación entre CC.AA. de las actuaciones de prevención, promoción y atención integral a la salud mental.

Transformar las declaraciones estratégicas en compromisos para la intervención operativa es un reto fundamental.

Navarra no ha elaborado actualizaciones del primer Plan de Salud Mental (1986).

- Mejora de la calidad de la salud mental
- La declaración de Helsinki, surgida de la Conferencia Ministerial Europea de la OMS de 2005, cuyo resultado fue el Plan de Acción Europeo para la salud mental.
- El Libro Verde de la Comisión de las Comunidades Europeas de 2005 y la resolución del Parlamento Europeo de 2006 que definen, ambos, una estrategia de salud mental para Europa.
- Al amparo de este impulso, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS) aprobó en Diciembre de 2006 la Estrategia en Salud Mental del SNS (2007). Recientemente, se ha realizado una evaluación de dicha estrategia (2010) y ha aparecido una nueva estrategia actualizada (2011).

Estos son, en síntesis, los documentos que definen hoy el marco de referencia obligado para la planificación y organización de los servicios de salud mental en nuestro entorno. Más específicamente, las estrategias de Salud Mental del SNS constituyen un texto de apoyo para la coordinación en el Estado de las actuaciones en materia de prevención, promoción y atención integral a la salud mental, que pretende contribuir a la cohesión del sistema sanitario. Estas estrategias tratan de adecuar la organización a los cambios sociales y técnicos que se están produciendo en nuestro contexto y priorizan una serie de líneas estratégicas como adoptar políticas y legislación en materia de salud mental, la promoción de la salud mental, la prevención de la enfermedad mental, la participación de todos los agentes implicados, la mejora de la atención a las personas con trastorno mental, la coordinación entre instituciones, la formación de profesionales y la investigación estratégica y operativa, entre otras.

En este marco se están insertando los diferentes Planes de Salud Mental de las distintas CC.AA., y que deberían ser seguidos por planes de servicios que pudieran hacer efectivas las grandes líneas estratégicas. Este es el reto que se nos plantea: cómo transformar las declaraciones contenidas en los planes en compromisos para la intervención operativa. Por ello, debe establecerse un encadenamiento entre las Estrategias Globales, los Planes de Salud Mental de un territorio y los planes de servicio, que además sea un modelo circular que permita ir ajustando de forma permanente los cambios de la organización al contexto. En el diseño de este Plan se ha puesto especial énfasis en especificar claramente los objetivos operativos y las líneas concretas de actuación.

A diferencia de la mayoría de las CC.AA., que han ido desarrollando planes actualizados de salud mental basados en estas directrices internacionales y estatales, Navarra no ha elaborado actualizaciones del Plan de 1986, por lo que este, aunque vigente en los principios fundamentales que lo sustentan, se encuentra desfasado en cuanto a las organización de la red de salud mental, modelo de gestión, organización

II.- INTRODUCCIÓN

de sus servicios y capacidad de respuesta a las necesidades asistenciales cambiantes de la población.

El Plan Estratégico de la Sanidad Pública de la Comunidad Foral de Navarra 2009-2012, en la Línea de Acción 3 (Abordar planes específicos para patologías prevalentes) fija como objetivo la elaboración del Plan de Salud Mental de Navarra (SMNa). En este contexto, y con el objetivo de dar respuesta a las necesidades anteriormente señaladas, se publica en el BON la Ley Foral 21/2010 de Salud Mental que principalmente se fundamenta en un modelo de asistencia comunitaria y en la Estrategia en Salud Mental del SNS, y que establece los siguientes objetivos generales:

1. Elaborar el plan estratégico de SMNa.
2. Desarrollar el Plan Director del Psicogeriátrico.
3. La incorporación del espacio socio-sanitario.
4. Desarrollar un nuevo modelo asistencial basado en la atención al ciudadano.
5. Desarrollar programas de prevención y nuevos programas asistenciales.
6. Facilitar mecanismos, instituciones y redes que permitan el desarrollo de la Estrategia de Salud Mental.
7. Desarrollar procedimientos de gestión asistencial basados en sistemas de calidad:
 - desarrollo de sistemas de información
 - implantación de guías de práctica clínica
 - gestión por procesos clínicos
8. Facilitar la formación continua y la investigación como elementos de mejora continua

La Ley Foral 21/2010 se fundamenta en un modelo asistencial comunitario y en la Estrategia en Salud Mental del SNS.

El presente Plan, por lo tanto, surge al amparo de la Ley Foral de Salud Mental, que además establece como una prioridad su elaboración. El Plan pretende recoger tanto los principios fundamentales explicitados en la Ley, como el espíritu de la misma, con el objetivo de impulsar el desarrollo de la mejor atención posible a la ciudadanía en materia de salud mental.

El presente Plan surge al amparo de la Ley Foral 21/2010.

En resumen, la ausencia de actualizaciones del Plan de Salud Mental de 1986, las nuevas necesidades asistenciales, el aumento de dispositivos asistenciales -tanto propios como concertados- que ponen en riesgo la coordinación y la integridad de la RSMNa, y los importantes cambios organizativos y de gestión que introduce la Ley de Salud Mental, hacen necesario un profundo replanteamiento de los objetivos en salud mental para Navarra, que deberán tener un carácter estratégico y de largo alcance. Por ello, y a diferencia de otros planes, que limitan su duración a 3-4 años, se ha considerado conveniente realizar un Plan Estratégico a 5 años vista, al final del cual deberían estar conseguidos los objetivos

previstos. Esta duración tiene la ventaja adicional de que el plan no se vincula a la propia de una legislatura política.

II.2.5 FINALIDAD DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL DE NAVARRA 2012-2016

La misión del Plan es decidir, planificar, ejecutar y evaluar las acciones mas efectivas y los recursos apropiados de acuerdo con un modelo comunitario.

Una misión específica del Plan Estratégico de SMNa 2012-2016 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, la recuperación personal, y la inserción óptimos de las personas que sufren trastornos mentales.

Una atención que supere lo estrictamente asistencial e incorpore una visión mas integral de la salud mental, proporcional a su relevancia como problema de salud.

El escenario que pretende el nuevo Plan de SMNa a partir del año 2012 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.

Se potenciará la atención multidisciplinar por procesos clínicos.

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 de la RSMNa. Todo esto dentro del marco de una atención generalista que la dimensión y especificidad de los servicios permita.

El funcionamiento por programas asistenciales 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 continuidad de cuidados centrada en el paciente mediante procesos asistenciales coordinados en el marco de las Áreas de Salud, de forma que estas sean progresivamente más autónomas en la organización, potenciación y desarrollo de programas y dispositivos dentro de las directrices del Plan.

II.- INTRODUCCIÓN

Asimismo, el Plan potenciará la red de apoyo social específico, así como la coordinación con aquellos Departamentos Gubernamentales implicados en la atención a las personas con trastornos mentales, todo ello considerando la especificidad y las necesidades de las personas con enfermedad mental y en el marco de la reciente regulación estatal y local de los derechos de las personas en situación de dependencia. De esta manera, el Plan busca consolidar una política regional de atención, que supere por un lado su tradicional desconocimiento entre los distintos ámbitos de intervención social y por otro, la identificación exclusiva con el sector sanitario.

El Plan pretende avanzar el desarrollo de servicios y programas mas especializados, pero a la vez integrados y coordinados.

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.

Se racionalizará la dotación de dispositivos básicos para mejorar la equidad y accesibilidad.

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 comorbilidad.

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.

Un Plan que pretende llevar a cabo un proceso de mejora continua de la calidad, cuyos pilares son el liderazgo estratégico, la gestión del conocimiento y la participación activa de profesionales.

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. (Rodrigo, 2011). Esto se refuerza con una potenciación de la formación continua de profesionales y la creación de una Unidad Docente

Plan orientado a proporcionar las vías de información y participación adecuadas de pacientes y sus familiares.

Multiprofesional. Se promocionará la formación en la metodología de gestión del conocimiento 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 competa.

[Haga clic para volver al índice](#)

Nota aclaratoria:

En los casos en que este Documento o Plan utiliza sustantivos de género gramatical masculino debe entenderse que se hace por mera economía en la expresión y que se refiere de forma genérica incluyendo tanto al género masculino como al femenino, con estricta igualdad entre ambos.

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico

Navarra

III. Metodología

III. METODOLOGÍA DE ELABORACION DEL PLAN

III.1 PROCESO DE ELABORACIÓN

Se realizó un análisis exhaustivo de los recursos y actividad de la red de Salud Mental de Navarra.

El proceso de elaboración de un plan sigue una lógica interna que se inicia con la recopilación y estudio de la documentación y bibliografía relacionada para proceder al análisis de la situación de los factores determinantes de una región sanitaria y ámbito de actuación concreto (análisis de la situación), la identificación de los problemas de salud relevantes (establecimiento de prioridades), la definición y ejecución de intervenciones pertinentes y recomendaciones basadas en pruebas (formulación de objetivos y acciones a desarrollar), y por último, la previsión de la asignación de recursos –humanos, financieros y tecnológicos- en el periodo de ejecución previsto, y la propuesta de indicadores de seguimiento y evaluación de las mismas.

Para el análisis de la situación se realizó un estudio exhaustivo de los recursos y actividad de la RSMNa, un análisis DAFO, y la evaluación específica de Navarra realizada en la Estrategia de Salud Mental del SNS. Una vez identificados los problemas de salud relevantes y ámbitos de mejora, estos se fijaron como objetivos generales y específicos siguiendo la metodología de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

III.2 FASES DE ELABORACIÓN

El Plan de SMNa se ha elaborado en 4 fases.

III.2.1. PRIMERA FASE: ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN. IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES Y PRIORIDADES.

Se constituyó el Comité de elaboración del plan.

Se constituyó el Comité de elaboración del plan, compuesto por el conjunto de miembros de la Comisión de Dirección de SMNa bajo la asesoría técnica del Departamento de Planificación y Desarrollo. Se repartió la tarea de elaboración del Plan en función de los diferentes apartados del mismo entre miembros del Comité de elaboración del Plan y se empleó una metodología cualitativa usando como técnica el grupo de discusión.

El análisis de la situación se realizó empleando la siguiente metodología:

III.- METODOLOGÍA

1. Consulta de la documentación relevante sobre la situación en Navarra de la asistencia a las personas con trastorno mental.
2. El coordinador del Plan contactó con personas claves de la RSMNa (7), de agencias externas relacionadas con la salud mental (4), de otros Departamentos de Salud (3), del movimiento asociativo (4) y personas con trastorno mental (5), al objeto de conocer su percepción de la RSMNa e identificar necesidades actuales y futuras.
3. Se consideró la evaluación de Navarra en el marco de los objetivos de la Estrategia en SM del SNS de 2006 durante los años 2007 y 2008 y se procedió a la actualización de su evaluación hasta el año 2011.
4. Se realizó un estudio detallado de los recursos y actividad de la RSMNa con una perspectiva temporal.
5. Se cotejaron los datos disponibles para Navarra con estándares externos.
6. Entre el conjunto de miembros del Comité de elaboración del Plan, se realizó un análisis DAFO de la situación actual sobre la atención en SM en Navarra y se comparó con la Evaluación de la Estrategia del SNS.

Se contactó con personas clave procedentes de diversos ámbitos relacionados con la salud mental.

Se consideró la evaluación de Navarra en el marco de los objetivos de la Estrategia en Salud Mental del SNS.

III.2.2 SEGUNDA FASE: FORMULACIÓN Y PRIORIZACIÓN DE ACCIONES

Tomando como base el análisis de la situación actual de la RSMNa en función de los elementos señalados anteriormente y, utilizando como marco de referencia general los objetivos de la nueva Estrategia en SM del SNS, se realizó la formulación de los objetivos del Plan en base a las siguientes líneas estratégicas:

- Promoción de la salud mental, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma.
- Atención a personas con trastorno mental.
- Coordinación intrainstitucional e interinstitucional.
- Participación y desarrollo de profesionales.
- Gestión del conocimiento e investigación.
- Organización y gestión.

Se realizó la formulación de los objetivos generales y específicos tomando como base el análisis de la situación actual.

III.2.3 TERCERA FASE: ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO MARCO (Versión.1)

La primera versión del documento marco se realizó en base a la presentación de las coordenadas estratégicas, principios y valores, objetivos del plan y objetivos de los grupos de trabajo sobre una agenda cerrada.

Se realizaron sesiones de trabajo en grupo para la puesta en común de los diferentes apartados del Plan.

Se realizaron sesiones de trabajo y estudio individual complementándolas con trabajo en grupo para la puesta en común de cada apartado del Plan Estratégico. Mediante sesiones de discusión y consenso se discutieron e integraron las propuestas de acción elaboradas a ejecutar en el periodo de vigencia del Plan. A partir de la información generada por los grupos de trabajo se utilizaron básicamente tres técnicas de producción y análisis de la situación:

- Sistematización de la información producida por los grupos de trabajo.
- Triangulación de la información emitida por las diversas fuentes y actores implicados en la elaboración del plan.
- Revisión de documentos marco de políticas de salud mental:
 - Informes de la OMS.
 - Declaración Europea de Salud Mental de Helsinki (2005).
 - Libro Verde “Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental” de la Comisión de las Comunidades Europeas (Bruselas, 2005).
 - Estrategia en Salud Mental del SNS (2006).
 - Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del SNS para Navarra (2010).
 - Estrategia en Salud Mental del SNS 2009-2013.
 - Planes de en vigor de otras CC.AA.
 - Normativa vigente, y más específicamente, la Ley Foral de Salud Mental.

Se tomaron como referencia documentos marco internacionales, nacionales y autonómicos.

III.2.4 CUARTA FASE: ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO MARCO (Versión definitiva)

La versión.1 del Plan se finalizó en Mayo del 2011 y se abrió un periodo de recepción de sugerencias durante los meses de Junio-Julio. Para tal finalidad, la versión.1 del Plan se remitió a las siguientes personas e instituciones:

- Profesionales de los diferentes servicios y centros que componen la RSMNa
- Otros servicios sanitarios del SNS-O.
- Centros concertados con la RSMNa
- Departamento de Asuntos Sociales, actualmente Política Social
- Asociaciones de familiares y usuarios
- Asociaciones y Colegios profesionales
- Expertos y personas claves en Salud Mental y Planificación
- Otros organismos relacionados con la Salud Mental

Con el objeto de abrir un periodo de sugerencias, durante el mes de junio, se habilitó una dirección de correo electrónico: miplandesaludmental@cfnavarra.es para la canalización de las sugerencias.

III.- METODOLOGÍA

Las sugerencias y opiniones recogidas fueron estudiadas detalladamente para valorar su incorporación a la versión definitiva del Plan. En el caso de aportaciones sustanciales se realizaron entrevistas personales adicionales con los autores de las mismas.

Las sugerencias y opiniones recogidas fueron estudiadas detalladamente.

Un total de 57 personas, servicios, asociaciones o instituciones realizaron aportaciones con la siguiente representación:

- 40 profesionales de diversos ámbitos (RSMNa, AP, AE, Dpto de Salud, Dpto de Política Social, Justicia y práctica privada)
- 4 centros concertados
- 3 servicios de la RSMNa
- 3 asociaciones profesionales
- 3 asociaciones de pacientes y familiares
- 1 agrupación multiprofesional
- 1 asociación científica
- 1 colegio profesional
- 1 Sistema Nacional de Salud

Una gran variedad de personas e instituciones hicieron aportaciones al Plan.

De todos estos participantes 17 realizaron explícitamente una valoración global del Plan que puede encuadrarse en las siguientes categorías: Muy buena (12), Buena (2), Regular (1), Mala (1) Muy mala (1). También hubo una impugnación a la totalidad por no seguirse “la casuística establecida (sic) para la elaboración de planes estratégicos”.

Se realizaron un total de 622 aportaciones, de las cuales 433 (69,6%) fueron aportaciones operativas susceptibles de ser valoradas para su inclusión en el Plan. Las 433 aportaciones operativas fueron examinadas de forma detallada por el Comité de elaboración del Plan. Tras dicho análisis se estimó que 279 aportaciones operativas (59,6%) debían incorporarse total o parcialmente y fueron la base para realizar la versión definitiva del Plan.

El 60% de las aportaciones operativas recibidas han sido incorporadas a la versión definitiva del Plan de SMNa.

Resumen del proceso de elaboración del Plan



[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico

Navarra

IV. Finalidad

IV. FINALIDAD

Una finalidad de este Plan es desarrollar la nueva Ley Foral de Salud Mental, tanto en su contenido como en su espíritu.

Si el primer Plan de SMNa supuso la incorporación a la planificación sanitaria en la Comunidad Foral de los principios y valores de la salud mental comunitaria, este segundo Plan trata de consolidar, profundizar y avanzar en dicho proceso teniendo en cuenta los cambios organizativos, competenciales y asistenciales que se han producido en Navarra desde el año 1986, así como las nuevas necesidades asistenciales de la población en materia de salud mental.

La misión, visión y valores de la RSMNa hace suyos los propios del SNS-O y los desarrolla para su ámbito de actuación.

IV.1 MISIÓN

La misión de la RSMNa es promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y prestar asistencia sanitaria especializada de calidad.

La RSMNa es una red integral de servicios públicos de carácter multidisciplinar dependiente del SNS-O, cuya misión es promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y prestar asistencia sanitaria especializada de calidad en salud mental a las personas con trastorno mental en el ámbito de la Comunidad Foral Navarra. Así mismo, contribuye a la docencia pregrado y postgrado, formación continuada y a la investigación en el área de su especialidad.

El nuevo marco de gestión de la RSMNa, derivado del Plan SMNa, pretende cambiar el paradigma de atención en la forma de entender la organización asistencial como consecuencia de una creciente conciencia ciudadana sobre la importancia de la salud mental, la dignidad, el respeto a la autonomía y derechos de pacientes, en el que se da protagonismo a las personas con trastorno mental y sus familiares con respecto a la definición de sus necesidades y la participación en los órganos consultivos que se establezcan.

En este contexto, el propósito de este Plan es alinear la misión de la RSMNa al desarrollo e implementación en todo el territorio foral de una red de servicios de calidad adaptados a las nuevas necesidades de las personas con trastorno mental y a las características sociodemográficas de las áreas de salud.

IV.2 VISIÓN

En su conjunto, la visión de la RSMNa es la de una organización que se dota de una nueva gestión y metodología de trabajo como instrumentos

IV.- FINALIDAD

para desarrollar procesos de mejora continua en todos y cada uno de sus dispositivos asistenciales, con el fin último de conseguir la excelencia.

En definitiva, la RSMNa pretende ser una Organización comprometida con la sostenibilidad del sistema que ejerza una posición de liderazgo en Navarra y dentro del SNS.

Organización comprometida con la sostenibilidad del sistema que ejerza una posición de liderazgo en Navarra y dentro del SNS.

IV.3 PRINCIPIOS Y VALORES

Quizá en ningún campo de la planificación sanitaria se hace tan necesario explicitar los valores y principios que sustentan una determinada forma de entender la atención como en SM. Históricamente el campo de la salud mental ha estado teñido de creencias, ideas irracionales, principios morales y visiones personalistas. Actualmente, sin embargo, los valores de todo sistema público de atención a personas con trastorno mental están firmemente basados en principios éticos y técnicos orientados a dar respuesta a sus necesidades.

La atención a personas con trastorno mental está firmemente basada en valores éticos y principios técnicos.

La importancia de los principios y valores de una organización radica en que guían y modelan necesariamente tanto los aspectos de organización general como las actividades cotidianas específicas de los servicios que la componen. Los principios y valores de una organización contribuyen a construir un estilo de trabajo de los profesionales que la componen y a establecer un marco de referencia sobre los límites aceptables de la actividad profesional.

De acuerdo a los principios básicos de la OMS (1996) y otros organismos internacionales sobre la atención en SM y los principios y valores de la Estrategia en SM del SNS-O, los principios y valores que sustentan el modelo de atención de la RSMNa son los siguientes:

Los principios y valores de una organización contribuyen a construir un estilo de trabajo del conjunto de profesionales que la componen.

- *Compromiso* del conjunto de profesionales de salud mental basado en un concepto ético del proceso asistencial, la utilización de la mejor evidencia técnica posible y el uso eficiente de los recursos disponibles.
- *Autonomía*. Los servicios y profesionales deben respetar y promover la autosuficiencia y la capacidad de las personas con trastorno mental, así como fomentar su responsabilización en las cuestiones que afecten a su salud mental, al proceso asistencial, y al uso adecuado de los recursos.
- *Recuperación personal*. Además de la recuperación clínica de las personas con enfermedad mental, es necesario favorecer la recuperación personal basada en la esperanza, la autonomía y la afiliación, orientado a superar los efectos negativos para el

Fomentar la responsabilización en las cuestiones que afecten a la salud mental, al proceso asistencial y al uso adecuado de los recursos.

desarrollo personal que, en muchos casos, tienen los trastornos mentales.

Ofrecer una asistencia integral en las diferentes fases de la enfermedad y a lo largo de la vida del individuo.

- *Continuidad de cuidados.* Los servicios que conforman la red de atención deben estar organizados para ofrecer una asistencia integral en las diferentes fases de la enfermedad y a lo largo de la vida del individuo y garantizar, además una atención coherente entre sí en el marco de un territorio definido: el Área de Salud. También implica una continuidad de las actuaciones en los sistemas sanitario, social, educativo o laboral.

- *Accesibilidad.* La atención debe estar centrada en las necesidades del paciente, y los servicios deben estar organizados para dar respuesta a sus necesidades en tiempo y lugar adecuados.

- *Equidad.* Distribución de los recursos de manera adecuada a las necesidades, en función de criterios explícitos y racionales, priorizando cuando sea necesario en función de criterios de prevalencia, carga de enfermedad o vulnerabilidad ligada a la edad.

- *Salud mental positiva.* Visión que implica que, además de centrarse en la enfermedad, se tendrá en cuenta la promoción de la salud y la prevención, así como un abordaje activo del estigma que las personas afectadas tienen en la sociedad.

Gestión eficiente y transparente de los recursos.

- *Responsabilidad y transparencia.* Es el reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a las personas con trastornos mentales, sus familiares y la comunidad. Implica una gestión eficiente y transparente de los recursos, la difusión de servicios y prestaciones, la explicitación de los criterios de asignación de prioridades y la provisión de cauces administrativos adecuados para la tramitación de quejas y sus respuestas.

Implementar mecanismos de evaluación continuada orientados a un proceso de mejora continua de la asistencia.

- *Calidad.* La búsqueda de la mejora del proceso asistencial debe ser un principio deseable de cualquier servicio sanitario, por lo que se hace necesario implementar intervenciones con la mejor evidencia disponible y mecanismos de evaluación continuada orientados a un proceso de mejora continua de la asistencia, y asegurando que los criterios de calidad se apliquen en todos los ámbitos de intervención.

- *Formación, Investigación e Innovación constantes.* Los trastornos mentales siguen estando sujetos a múltiples visiones profesionales, algunas de ellas con escasa evidencia científica, lo que tiene como consecuencia una excesiva variabilidad de la

IV.- FINALIDAD

práctica clínica en relación con otras áreas sanitarias. Por ello es imprescindible el empleo de la mejor evidencia científica disponible en el proceso asistencial, así como el uso de la metodología de gestión del conocimiento y la promoción de la investigación.

El proceso asistencial debe basarse en la mejor evidencia científica disponible.

- **Sostenibilidad.** La combinación de la eficiencia (uso adecuado de recursos) y efectividad (logro de los objetivos fijados) de profesionales y servicios de la red salud mental garantizan la sostenibilidad del sistema sanitario público. Una adecuada sostenibilidad, además, conlleva los valores añadidos de calidad, equidad y generalización de los recursos para la ciudadanía.

Estos valores se pueden resumir en tres principios básicos: *eficiencia* (óptimo aprovechamiento de los recursos humanos y materiales), *satisfacción* (de usuarios y profesionales) y *evidencia* (el empleo de procedimientos asistenciales y de gestión basados en la mejor evidencia disponible).

Los valores se pueden resumir en tres principios básicos: eficiencia, satisfacción y práctica basada en la evidencia.

Haga clic para volver al índice

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico
Navarra

V. Situación actual

V. SITUACIÓN ACTUAL

V.1 MARCO NORMATIVO Y ACUERDOS INSTITUCIONALES

El Plan de SMNa se fundamenta en un conjunto de principios éticos y normativos de carácter internacional, nacional y autonómico.

El Plan de SMNa se fundamenta en el conjunto general de principios éticos y normativa jurídica de carácter internacional, nacional y autonómico que regula los diferentes aspectos de la atención integral al enfermo mental.

Las personas con trastorno mental constituyen un sector vulnerable de la sociedad. En consecuencia, la legislación sobre salud mental es necesaria para proteger los derechos de las personas con trastornos mentales. La legislación sobre salud mental se ocupa de algo más que de la atención y el tratamiento de las personas con trastornos mentales: proporciona un marco legal para tratar temas complejos relativos a la salud mental como el acceso a los cuidados médicos, la rehabilitación, la integración total en la comunidad y la promoción de la salud mental en otros sectores de la sociedad.

Este capítulo recoge aquellos documentos, institucionales y normativos, que, por su especial relevancia y trascendencia en el desarrollo de las políticas en salud mental durante la última década, constituyen el principal marco de referencia de este plan. En el Anexo (A) se encuentra una recopilación más exhaustiva de la normativa de ámbito internacional, nacional y autonómico en lo referente a la salud mental.

En Europa existen desde hace varios siglos, movimientos de humanización de la asistencia a las personas con trastorno mental y es una de las regiones del mundo con más normativa sobre salud mental, especialmente en forma de recomendaciones dirigidas a los Estados del Consejo de Europa.

Por los derechos de las personas con trastorno mental.

Recomendación 2004 relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales. Aprobada por el Comité de Ministros del Consejo de Europa. Esta recomendación recoge de forma detallada los principios básicos relativos al enfermo mental; no discriminación, conservación del ejercicio de los derechos civiles y políticos, restricción mínima y equiparación de las condiciones de vida de los establecimientos psiquiátricos al estándar asistencial general. A partir de esta recomendación se inicia la elaboración de un instrumento con el objetivo de velar por los derechos de las personas con trastornos de salud mental que mida el grado de cumplimiento de esta norma en las políticas de los países miembros. En el 2009 se realizó una encuesta destinada a evaluar la repercusión del instrumento, sin que por el momento se hayan publicado los resultados.

(texto completo www.coe.int/)

V.- SITUACIÓN ACTUAL

Por su interés y determinación en las políticas actuales referentes a la salud mental se detallan a continuación algunos de los aspectos fundamentales de la **Declaración de Helsinki y Plan de Acción Europeo para la Salud Mental** (Conferencia Ministerial de la OMS del 12-15 de enero de 2005). Basándose en el informe mundial de la salud de la OMS 2001 y en anteriores resoluciones del Consejo de Europa, se reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y productividad de las personas, familias, la comunidad y los países y se establece la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones basadas en la evidencia. Así mismo se presenta el documento: *Mental Health Promotion & Mental Disorder Prevention, a Policy for Europe*, con indicaciones sobre las áreas de acción y los principios de intervención para desarrollar políticas de intervención para mejorar la salud mental en Europa.

Reconoce que la salud mental es fundamental para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y los países.

Los objetivos fueron:

- Revisar la situación de la salud mental en Europa.
- Potenciar la promoción, la prevención y el tratamiento de los trastornos mentales en los individuos y las comunidades.
- Sugerir tratamientos basados en la evidencia.
- Luchar contra el estigma y potenciar el cumplimiento de los derechos humanos
- Establecer un Plan de Acción de Salud Mental que permita desarrollar recomendaciones para los países miembros y la OMS.

El reto de la salud mental en Europa reside en:

- Tasas de suicidio altas, con cifras mayores que las de los accidentes de tráfico.
- Costes económicos altos por los trastornos mentales: además de los derivados de la asistencia sanitaria, debidos a pérdida de empleo, absentismo y baja laboral, falta de rendimiento en el trabajo y mortalidad prematura.
- Costes sociales por la falta de salud mental: el trastorno mental puede causar tragedias familiares y llevar al aislamiento social; provoca mayor riesgo de desempleo, consumo de drogas y comportamiento delictivo.
- Aspectos éticos relacionados con el tratamiento de personas con enfermedad mental. Se debe hacer más para acabar con el estigma y los prejuicios hacia ellos y también para asegurar sus derechos humanos.

Como resultado de la Conferencia:

- Se firma la Declaración sobre Salud Mental para Europa; afrontando los retos, construyendo soluciones, en la que se

Los Ministros de Salud se comprometen a reconocer la necesidad de adoptar en cada país políticas integrales de salud mental.

señalan para los próximos 10 años las prioridades, acciones y responsabilidades para los países e instituciones europeas.

- Los Ministros de Salud se comprometen a reconocer la necesidad de adoptar en cada país políticas integrales de salud mental y establecer los medios y mecanismos para su desarrollo, implementación y consolidación.
- Se elabora el Plan de Acción para Europa.

Promover actividades de sensibilización en las etapas vulnerables de la vida.

Ideas clave del **Plan de Acción en Salud Mental para Europa**:

- Promover bienestar mental para todos.
- Demostrar la importancia central de la salud mental para conseguir una buena salud pública.
- Rechazar el estigma y la discriminación.
- Promover actividades de sensibilización en las etapas vulnerables de la vida.
- Prevenir los problemas de salud mental y suicidio.
- Asegurar el acceso adecuado de los problemas de salud mental a la atención primaria de salud.
- Ofrecer cuidados efectivos en servicios comunitarios para personas con problemas severos de salud mental.
- Establecer coordinación entre los sectores.
- Crear suficientes y competentes profesionales.
- Establecer buena información en salud mental.
- Proveer fondos equitativos y adecuados.
- Evaluar la efectividad y generar nuevas evidencias nacionales.

(texto completo <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>)

Proveer fondos equitativos y adecuados.

Estrategia de la Unión Europea para crear un marco de intercambio y cooperación con los estados miembros.

Se invita a la Comisión Europea, socia colaboradora de la Conferencia, a que ayude a poner en práctica este marco de acción. La primera respuesta a esta invitación ha sido el **Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental** (Noviembre de 2005). En él se propone establecer una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental, creando un marco de intercambio y cooperación entre los estados miembros.

(texto completo <http://ec.europa.eu/health/>)

La propuesta de continuidad fue el **Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar** aprobado por el Parlamento Europeo en el 2009. Se realizó de forma conjunta por la Comisaria Europea de Salud y el Comisario Europeo de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades, como una declaración intersectorial que engloba cinco áreas prioritarias:

V.- SITUACIÓN ACTUAL

- La salud mental de jóvenes y en la educación
- La prevención del suicidio y la depresión
- La salud mental en el entorno laboral
- La salud mental de las personas mayores
- Luchar contra el estigma y la exclusión social.

Tras la realización de cinco conferencias temáticas sobre cada una de las áreas prioritarias de acción, la Comisión Europea ha elaborado el documento **Conclusiones del Consejo: El Pacto Europeo para La Salud y el Bienestar Mental: resultados de actuación futura (Junio de 2011)**. En él se reconoce explícitamente la importancia de seguir adoptando medidas para mejorar la salud mental de los europeos, de nuevo se insta a los Estados miembros a que den prioridad a la salud y el bienestar mental de la ciudadanía en sus políticas sanitarias y elaboren estrategias y /o planes de acción que abarquen la prevención y fomenten los hábitos de vida saludables (trabajo, escuela), mejoren las infraestructuras de atención a la salud mental y fomenten modelos de tratamiento comunitarios

(texto completo <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/>)

En España, en el 2007 se elabora por el Ministerio de Sanidad, en coordinación con las CC.AA., las sociedades científicas y las asociaciones de pacientes, la **Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo**. Esta estrategia adopta un enfoque integrado que combina la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, el diagnóstico y el tratamiento de pacientes, la coordinación inter e intra-institucional, y adopta medidas que fomentan la inserción laboral y social de las personas que padecen estos trastornos. Se establecieron seis líneas estratégicas de actuación con sus respectivos objetivos generales y específicos, y se acordó que se realizaría una primera evaluación a los dos años de su aprobación.

Combinando la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de los pacientes. La coordinación inter e intrainstitucional junto a medidas que fomenten la inserción laboral y social de las personas con trastorno mental.

Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. El Comité de Seguimiento y Evaluación, constituido por representantes de las CC.AA. e Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) y de las sociedades científicas del ámbito de la Estrategia, estableció por consenso la metodología de la evaluación. Se elaboró un instrumento de evaluación cualitativa consistente en un conjunto de preguntas que pudieran dar cuenta del grado de cumplimiento de cada uno de los objetivos específicos de la Estrategia en cada CC.AA. a 31 de diciembre de 2008. Los resultados de la evaluación indicaron que el grado de implementación de la Estrategia según CC.AA., es diverso y moderado. Diverso en los niveles de cumplimiento de cada objetivo y entre las CC.AA., y moderado porque, excepto tres objetivos que fueron plenamente logrados, y uno que ni siquiera fue iniciado, los restantes se situaron entre iniciado y parcialmente logrado en una escala de cuatro puntos (objetivo no iniciado, objetivo iniciado, objetivo parcialmente logrado y objetivo logrado).

El grado de implementación de la Estrategia es diverso y moderado según CC.AA.

Nueva evidencia científica disponible, buenas prácticas, redefinición y propuesta de nuevos objetivo, recomendaciones e indicadores aprobados.

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Recientemente publicada, incluye nueva evidencia científica disponible, el análisis de los resultados de la evaluación, ejemplos de buenas prácticas, la redefinición y propuesta de nuevos objetivos y recomendaciones y los indicadores aprobados.

(Texto completo <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/saludMental>)

Nueva estructura orgánica de la Red de Salud Mental y creación de la Dirección de Salud Mental. Se establece la prioridad de elaborar y actualizar un Plan de Salud Mental en Navarra.

En Navarra, la **Ley Foral 21/2010**, de 13 de diciembre, **de Salud Mental de Navarra**, contiene un conjunto de medidas para impulsar la Salud Mental de Navarra según el modelo de atención comunitaria: establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del Servicio Navarra, desarrolla el Plan Director del Centro Psicogeriátrico, la puesta en marcha de nuevos programas que den una respuesta más adaptada a las necesidades de pacientes y la incorporación del espacio sociosanitario. Se crea la Dirección de Salud Mental, configurándose como órgano central de gestión que asume la máxima responsabilidad técnica de los programas y actuaciones de la Salud Mental en el ámbito de la Región Sanitaria de Navarra. Define y regula su estructura y funcionamiento como entidad independiente con gestión autónoma, orientada a la gestión clínica del proceso asistencial. Dentro de los objetivos generales que establece para la Dirección de Salud Mental, se establece como prioridad la elaboración, actualización y puesta en marcha del Plan de Salud Mental de Navarra.

(texto completo <http://www.lexnavarra.navarra.es/>)

V.- SITUACIÓN ACTUAL

V.2 DEMOGRAFÍA Y MORBILIDAD

V.2.1 DEMOGRAFÍA

Navarra con una superficie de 10.391 km² y dividida en 272 municipios, cuenta con 641.293 habitantes, con una distribución por sexo similar (50% de hombres y 50% de mujeres). El índice de envejecimiento (mayores de 65 años) es de 17,4% (15% en hombres y 20% en mujeres) tabla V.1. Una de las características más notables de las últimas décadas ha sido el progresivo envejecimiento de la población (tabla V.1 y gráfico V.1).

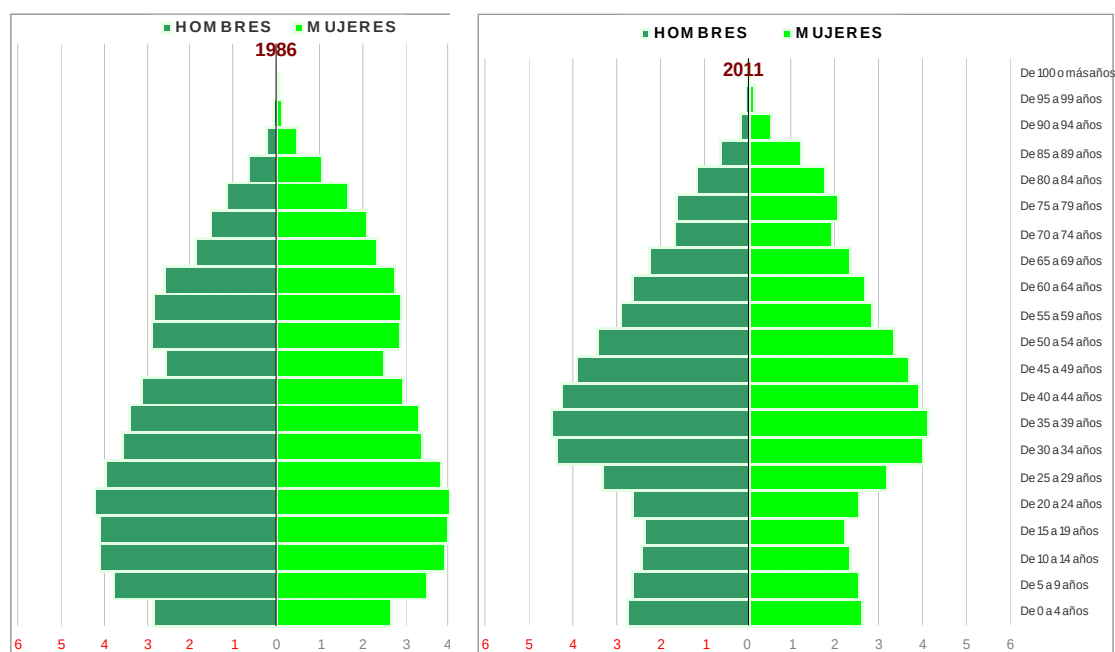
Progresivo envejecimiento de la población.

Tabla V.1. Población por grupos de edad y sexo.

	COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA			COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA. %		
	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES	AMBOS SEXOS	VARONES	MUJERES
Total	641.293	320.326	320.967			
0-4	34.570	17.748	16.822	5,4%	5,5%	5,2%
5-9	33.310	17.005	16.305	5,2%	5,3%	5,1%
10-14	30.779	15.777	15.002	4,8%	4,9%	4,7%
15-19	29.412	15.190	14.222	4,6%	4,7%	4,4%
20-24	33.005	16.865	16.140	5,1%	5,3%	5,0%
25-29	41.931	21.418	20.513	6,5%	6,7%	6,4%
30-34	53.697	28.054	25.643	8,4%	8,8%	8,0%
35-39	55.297	28.930	26.367	8,6%	9,0%	8,2%
40-44	52.647	27.436	25.211	8,2%	8,6%	7,9%
45-49	48.733	25.120	23.613	7,6%	7,8%	7,4%
50-54	43.437	22.139	21.298	6,8%	6,9%	6,6%
55-59	37.035	18.787	18.248	5,8%	5,9%	5,7%
60-64	34.333	17.064	17.269	5,4%	5,3%	5,4%
65-69	29.482	14.489	14.993	4,6%	4,5%	4,7%
70-74	23.143	10.793	12.350	3,6%	3,4%	3,8%
75-79	23.760	10.457	13.303	3,7%	3,3%	4,1%
80-84	18.961	7.593	11.368	3,0%	2,4%	3,5%
85 y más	17.761	5.461	12.300	2,8%	1,7%	3,8%

Fuente: Instituto de Estadística de Navarra.
Datos del Padrón provisional a 01/01/2011

Gráfico V.1. Evolución de pirámide poblacional de Navarra de 1986 a 2011.



Fuente Instituto de Estadística de Navarra

V.2.2 INDICADORES DE RIESGO PARA LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN

APOYO SOCIAL

Un 2,7% de la población refiere bajo apoyo social percibido. Los mayores de 65 años son los que perciben peor nivel de apoyo social.

Un 2,7% de la población refiere un apoyo social percibido bajo medido con el cuestionario Duke-UNC (Bellón 1996). El 3,5% de las mujeres y 1,2% de los hombres refieren un apoyo social bajo. Por grupos de edad, los mayores de 65 años son los que perciben peor nivel de apoyo social, y jóvenes de 16 a 24 años los que refieren mejor nivel.

Si bien estas diferencias por edad no son significativas en los hombres, si lo son en las mujeres, en las cuales conforme aumenta la edad se reduce el apoyo social (Gráfico V. 2).

V.- SITUACIÓN ACTUAL

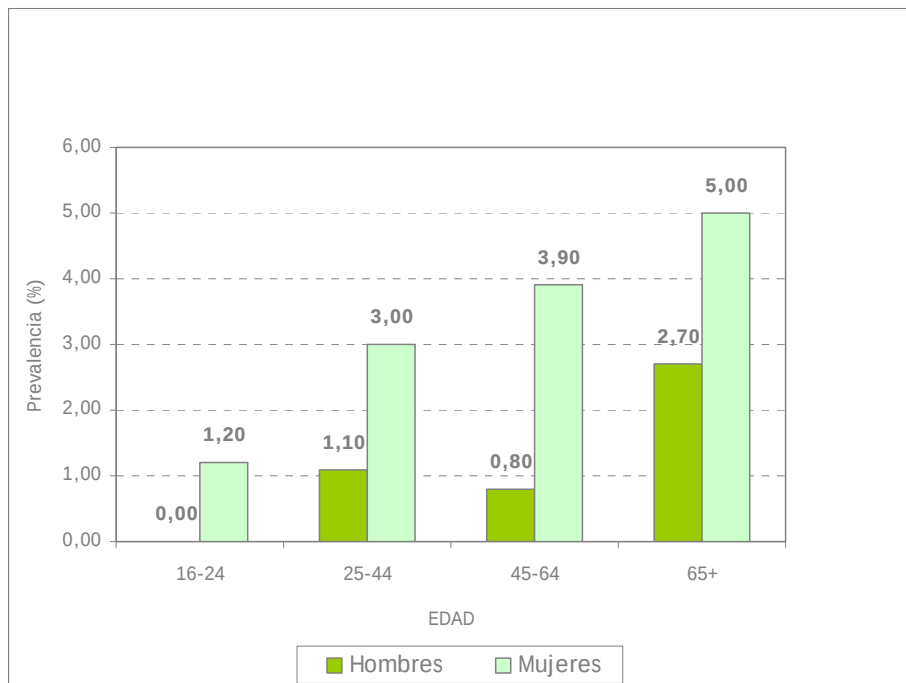


Gráfico V.2. Prevalencia de apoyo social bajo percibido, por edad y sexo en población mayor o igual de 16 años.

Fuente: ENSNa-06

FUNCIÓN FAMILIAR

El 91,5 % de la población adulta de Navarra refiere una buena función familiar medida con el instrumento APGAR, que evalúa los componentes del funcionamiento familiar en cuanto a adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad y capacidad resolutive (Bellón, 1996), siendo este valor del 91,1% en hombres y 92,2% en mujeres. Es relevante señalar que un 1,5% de la población refiere una disfunción familiar grave según la Encuesta Nacional de Salud. Navarra. 2006 (ENSNa-06).

Un 1,5% de la población refiere disfunción familiar grave.

V.2.3 SALUD MENTAL PERCIBIDA

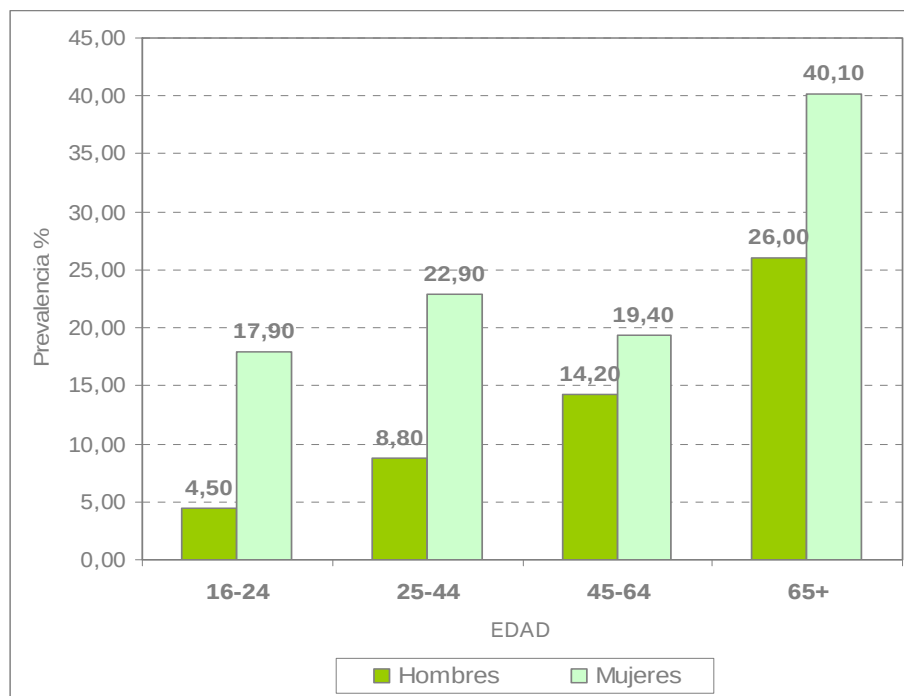
LA SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN GENERAL

La prevalencia de probables trastornos mentales, medida con el instrumento GHQ-12 (Muñoz, 1979), es de un 13,0% de los hombres y 25,2% en mujeres. Esta diferencia por sexo se encuentra en todos los grupos de edad estudiados como se puede ver en el gráfico V.3.

La prevalencia de probables trastornos mentales es de un 13% en hombres y un 25,2% en mujeres.

Gráfico V.3. Prevalencia de probables trastornos mentales por edad y sexo.

Fuente: ENSNa-06



La prevalencia de los TMC es sustancialmente mayor en mujeres que en hombres.

Además un 9% de los hombres y 17% de las mujeres mayores de 15 años de Navarra declara haber padecido algún problema de “Depresión, ansiedad u otros trastornos mentales” en los últimos 12 meses, siendo relevante el hecho de que más de la mitad de ellos ha tomado algún tipo de medicación por ese motivo.

SALUD MENTAL EN MENORES

El 8,1% de la población de 4 a 15 años presenta “riesgo de mala salud mental”, medido con el instrumento SDQ (Rodríguez 2006). No se han encontrado diferencias de riesgo por sexo ni por grupos de edad. (ENSNa-06).

DISCAPACIDAD ATRIBUIDA AL TRASTORNO MENTAL

Un 15% del total de personas con discapacidad tienen trastorno mental.

En Navarra la tasa de discapacidad atribuida a deficiencia mental (demencias, trastorno mental, y otro tipo de deficiencias) es de un 16,4 ‰, un 14,2‰ en hombres y 18,67‰ en mujeres. Suponen un 15% del total de personas con discapacidad (EDAD-08).

V.- SITUACIÓN ACTUAL

CONSUMO DE DROGAS POR SUSTANCIAS (Borrador del II Plan Foral de Drogo dependencias 2010)

Existe una relación cada vez más estrecha entre el consumo de drogas y los espacios y los tiempos de ocio. Este nuevo modelo de consumo, que es compatibilizado con unos estilos de vida muy integrados, se denomina “consumo recreativo” en la terminología del sector.

El alcohol es la sustancia sobre la que la población joven percibe menores riesgos y mayores beneficios. Asimismo, perciben más beneficios en el cánnabis que en el tabaco. Las mujeres se incorporan a los nuevos modelos de consumo, especialmente en el caso del tabaco y el alcohol.

Existe una relación cada vez mas estrecha entre el consumo de drogas y los espacios y los tiempos de ocio.

CONSUMO DE DROGAS ILEGALES

Hasta el año 2002 se produce un crecimiento sostenido en el porcentaje de personas que declaran haber consumido alguna droga ilegal, mientras que las encuestas realizadas en la segunda mitad de esa década marcan una reducción (gráfico V.4.).

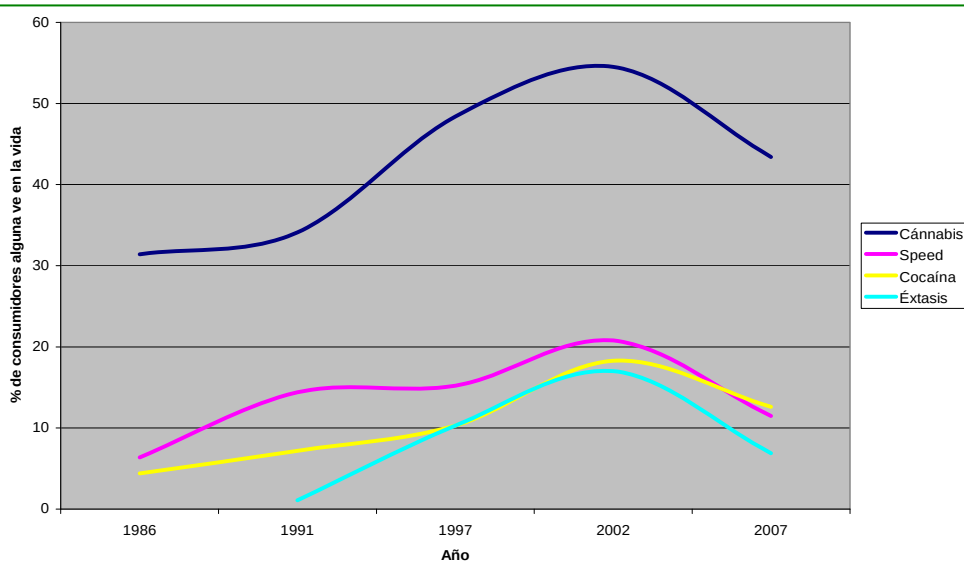


Gráfico V.4. Evolución del consumo “alguna vez en la vida” de drogas ilegales en jóvenes (14-29 años).

Fuente: Borrador del II Plan Foral de Drogo dependencias, año 2010.

El porcentaje de varones consumidores de drogas ilegales es muy superior al de mujeres.

El cánnabis es la droga ilegal más consumida, seguido a distancia por la cocaína y el speed/anfetaminas.

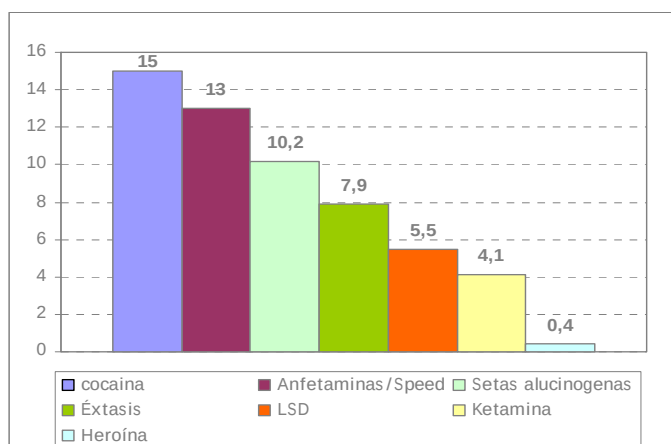
El 43,4% de jóvenes afirmó haber consumido alguna vez cánnabis. De entre ellos son mayoría aquellos que la última vez que consumieron

El 43,4% de los jóvenes afirmó haber consumido alguna vez cánnabis.

lo hicieron en función del contexto grupal (en más de la mitad de los casos fueron unas “caladas”, en 3 de cada 4 casos fueron invitados). El tipo de sustancias más presentes, excluido el cannabis, cuyo consumo se refiere “alguna vez en la vida”, se recoge en el gráfico V.5.

Gráfico V.5. Prevalencia (%) del consumo autoreferido alguna vez en la vida entre 14 y 29 años.

Fuente: Borrador II Plan Foral de Drogodependencias, año 2010.



El consumo intensivo de drogas afecta a un 14,7% de la población joven.

La edad media de inicio en el consumo de este tipo de drogas se sitúa entre los 17 y los 19 años.

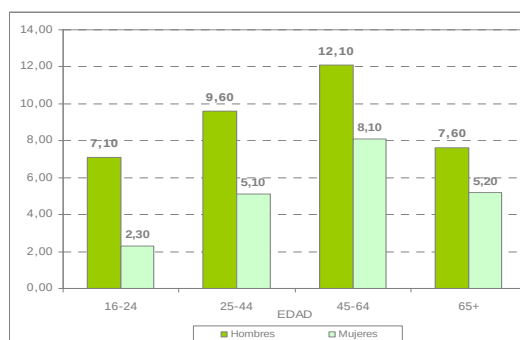
El denominado consumo intensivo de drogas afecta a un 14,7% de la población joven. La mayor parte de la población joven prevé que en el futuro abandonará el consumo de tabaco y drogas ilegales, pero mantendrá su relación actual con el alcohol.

CONSUMO DE ALCOHOL

Según la ENSEN-06 en población a partir de los 16 años, la prevalencia en Navarra de bebedores de riesgo es de un 7,7% (9,7% entre los hombres y 5,7% entre las mujeres). La mayor prevalencia entre hombres se observa en todos los grupos de edad (llegando hasta el 12,1% en hombres de 45-64 años) (Gráfico V.6.)

Gráfico V.6. Prevalencia (%) del consumo de alcohol con riesgo para la salud, según grupo de edad (años) y sexo.

Fuente: ENSNa-06.



V.- SITUACIÓN ACTUAL

CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En Navarra, un 9,6% de los hombres y un 16,5% de las mujeres han consumido tranquilizantes en las dos semanas anteriores a la encuesta. En la población general, un 5% de los hombres y un 7,7% de las mujeres los han consumido sin receta (ENSEN-06).

En Navarra, un 9,6% de los hombres y un 16,5% de las mujeres consumen tranquilizantes.

V.2.4 MORBILIDAD ASISTIDA

MORBILIDAD ASISTIDA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Un 3% de los episodios nuevos, en AP se atribuyen a problemas psicológicos, suponen un 5% de la prevalencia, y generan un 4% de las derivaciones.

La ansiedad y la depresión están entre los trastornos mas prevalentes en Atención Primaria.

Los problemas de salud mental están entre los 25 episodios más prevalentes en las consultas de Atención Primaria; en concreto la depresión/trastornos depresivos y los trastornos del sueño. Y también se encuentran entre los 25 episodios que mayor consumo de medicamentos realizan en función del coste de los mismos.

La depresión/trastornos depresivos, los trastornos de la ansiedad/estado de ansiedad, la sensación de ansiedad/tensión/nerviosismo y el estrés agudo están entre los episodios que más días de incapacidad laboral generan.

MORBILIDAD ASISTIDA EN LA RED DE SALUD MENTAL

A lo largo del año 2009 un 3% de la población navarra ha sido atendida en los CSM, siendo la incidencia menos del 1%. La prevalencia es similar en los diferentes grupos de edad, un 2,3% en los menores de 65 años y de un 3% en los mayores de 65 años.

La morbilidad asistida por sexo y grupos diagnósticos según la décima Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10^a) se recoge en el gráfico V.7.

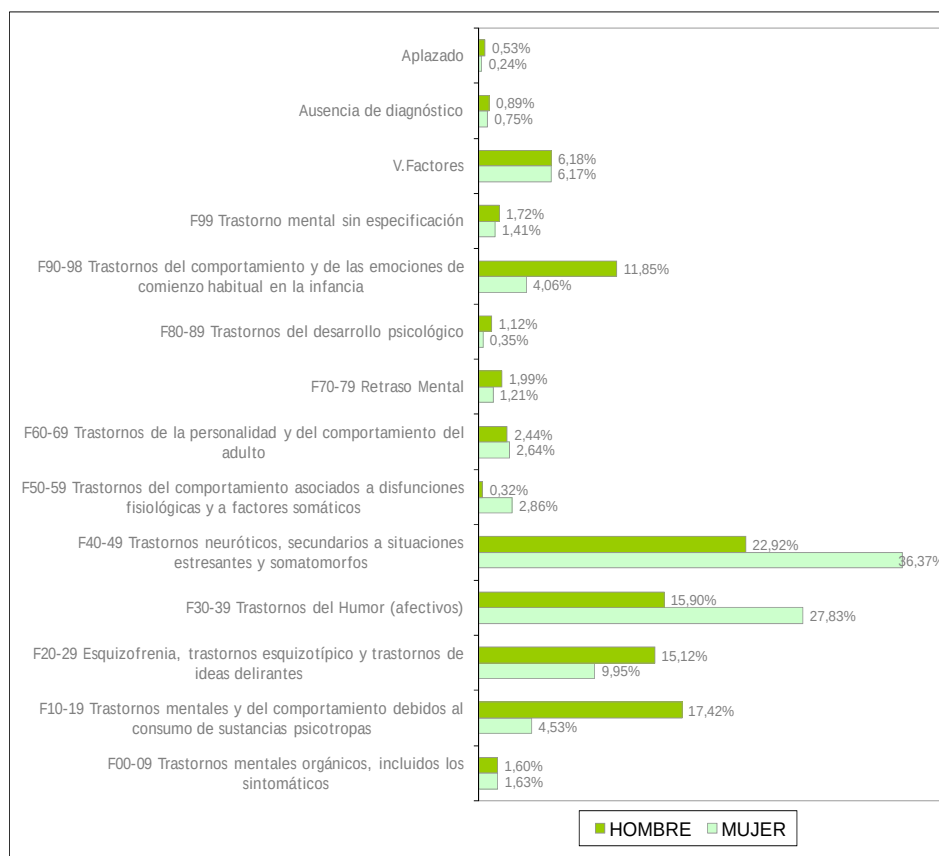
En Navarra, el 3% de la población es atendida en los CSM.

En los CSM la distribución del número total de personas atendidas es similar con respecto al sexo. Sin embargo existen grandes diferencias en cuanto a los diagnósticos. Las diferencias más notables se producen en los trastornos afectivos y ansiosos, en el que se atienden 2 mujeres por cada hombre, y en los trastornos adictivos en el que esta relación se invierte marcadamente pues se atienden 3,4 hombres por mujer. Además

son atendidos por trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia 2 hombres por cada mujer.

Gráfico V.7. Pacientes atendidos en los CSM por sexo en cada categoría diagnóstica CIE 10^a.

Fuente: SISM 2009.



MORBILIDAD ASISTIDA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA DE LOS HOSPITALES GENERALES PÚBLICOS DE NAVARRA

La tasa de hospitalización en unidades de hospitalización psiquiátrica de agudos, de estancia breve, ubicadas en los hospitales generales públicos de la Comunidad Foral es del 0,20%.

La morbilidad asistida en dichas unidades por sexo y grupos diagnósticos CIE 10^a se recoge el gráfico V.8.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

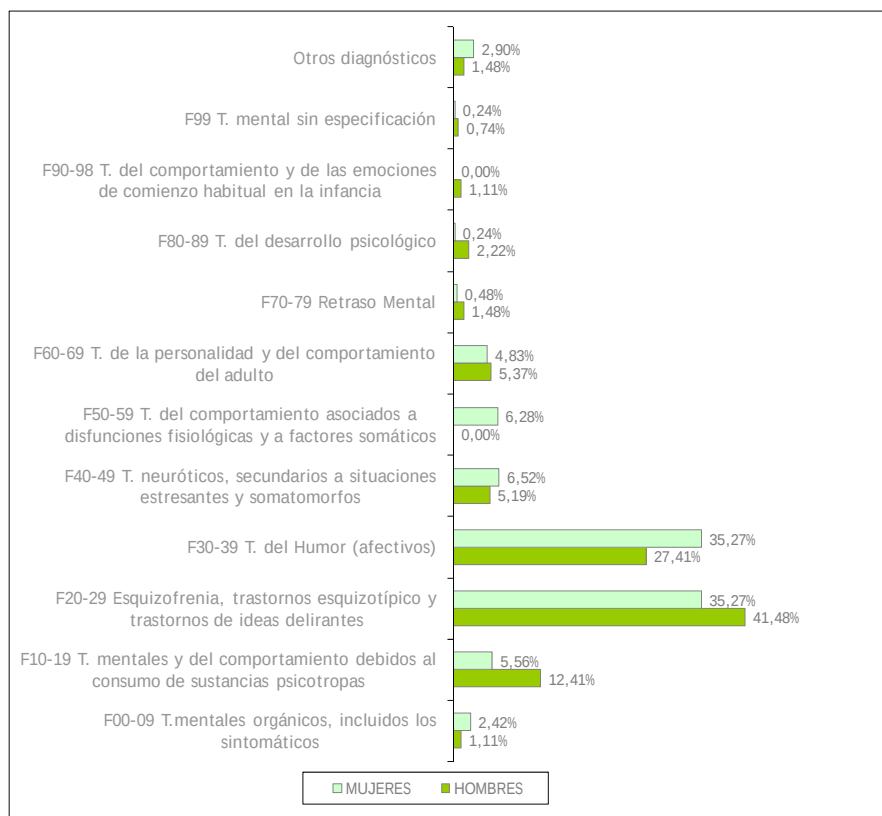


Gráfico V.8. Ingresos en UHP del Complejo Hospitalario de Navarra por sexo y categoría diagnóstica (2009).

LA TRAYECTORIA ASISTENCIAL DE LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN NAVARRA.

La trayectoria en la atención al trastorno mental en Navarra sigue un patrón similar al propuesto por Goldberg y Huxley (1980) y que reflejamos en el Gráfico V.9. El modelo propuesto permite entender cómo se define un episodio de enfermedad mental y cómo llega a los dispositivos claves para recibir un adecuado diagnóstico y tratamiento. Sirve para organizar los datos epidemiológicos sobre el trastorno mental en grupos en función del recorrido a lo largo de los diferentes niveles y los filtros que deben de atravesar para recibir atención especializada.

El primer filtro hace referencia a la conciencia del trastorno mental, a la capacidad de las personas para identificar su sufrimiento como susceptible de tratamiento, y la necesidad de consulta en atención primaria. Según las estimaciones, aproximadamente 190 personas en Navarra de cada mil tienen síntomas susceptibles de ser diagnosticados como trastorno mental. No todas estas personas consultan de manera explícita sobre sus síntomas, por lo que el segundo filtro se refiere a la

capacidad de “detección de casos psiquiátricos por médicos en AP”, que depende tanto de la formación de Médicos de Familia (MF) para detectar la enfermedad como de pacientes en la forma de presentación de los síntomas.

Una vez que MF detectan un posible caso, han de plantearse en función de la “gravedad del caso” si tratarlos o derivarlos a los CSM. Se confirma el crucial papel que juegan los programas de promoción y prevención de la enfermedad para reforzar los autocuidados de las personas en el reconocimiento y gestión de su enfermedad. Además, reflejan la importancia de la Atención Primaria tanto para reconocer la forma en la que los pacientes presentan sus síntomas para poderlos diagnosticar y tratar adecuadamente, y la importancia de la fluidez en la derivación a la RSMNa.

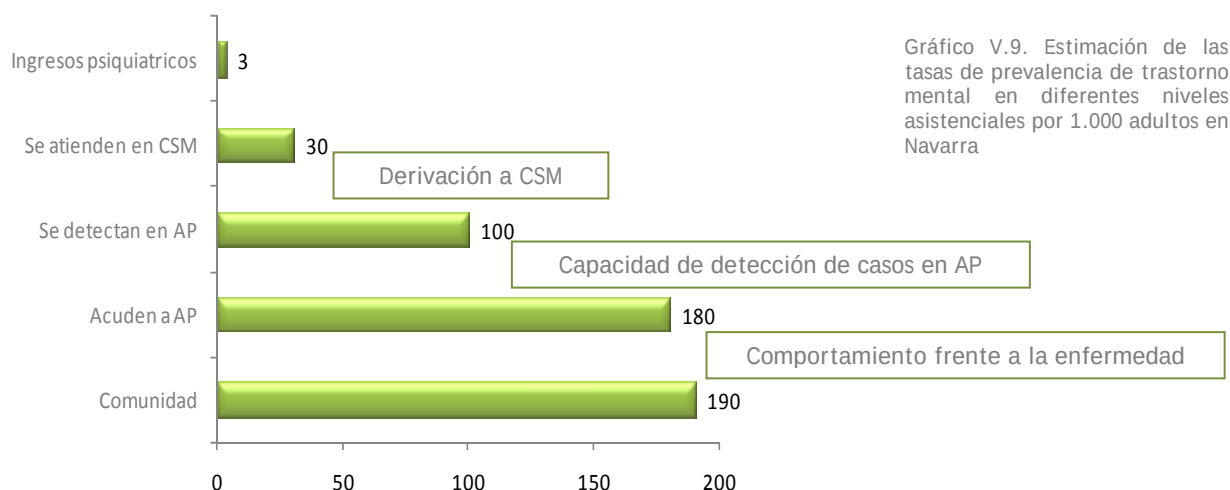
Según este modelo, es decisivo comprender “lo que ocurre en las inmediaciones del 2º filtro”, es decir el comportamiento diagnóstico y de derivación del médico de familia. Se estima que es muy alto el porcentaje de pacientes de atención primaria que presentan ansiedad o trastorno depresivos y son identificados como casos por el MF llegando según algunas estimaciones, a la mitad de todos los casos atendidos.

No obstante, estas cifras disminuyen drásticamente si se utilizan criterios de identificación de “caso” propios de profesionales de Salud Mental, a través de sistemas CIE o DSM quedando reducidos para algunos autores hasta el 5%.

También se estima por el contrario que existe cierto número de trastornos mentales graves no identificados como tales por el médico de familia. Es decir, no coincide la definición de “caso” del médico de familia con la de “caso” del especialista en Psiquiatría.

El Plan de Salud Mental de Navarra de 1986 se basa en este modelo de Goldberg y Huxley y maneja datos de prevalencia anual, de 1,7% de la población general, por diagnósticos especializados. Las cifras que desde el mismo modelo se proponen actualmente son más altas, y llegan al 4% de la población general de los que acceden a servicios especializados de Salud Mental. Tal vez se deba, entre otros motivos, al aumento de la oferta de servicios especializados de salud mental. Desde presupuestos sociales y organizativos diferentes, en los Estados Unidos la cifra que se maneja actualmente es de una prevalencia diagnosticada correctamente del 6%.

V.- SITUACIÓN ACTUAL



Fuente: Elaboración propia utilizando el Sistema de Información de SMNa y la ENSNa-2006. En la "comunidad" se ha utilizado la prevalencia de probables casos psiquiátricos (GHQ-12); en "acuden a AP" la prevalencia de los probables casos psiquiátricos que acuden al médico en el último año; y finalmente el dato de "detección en AP" procede de la prevalencia de personas que declaran padecer Ansiedad/depresión u otro trastorno mental en los últimos 12 meses y que además han sido diagnosticados por su médico.

V. 2. 5 MORTALIDAD: SUICIDIOS Y AUTOLESIONES

La tasa de altas por autolesiones en 2007 en Navarra fue de 12,49 por 100.000 habitantes, muy similar entre hombres y mujeres (12,69 y 12,28 respectivamente).

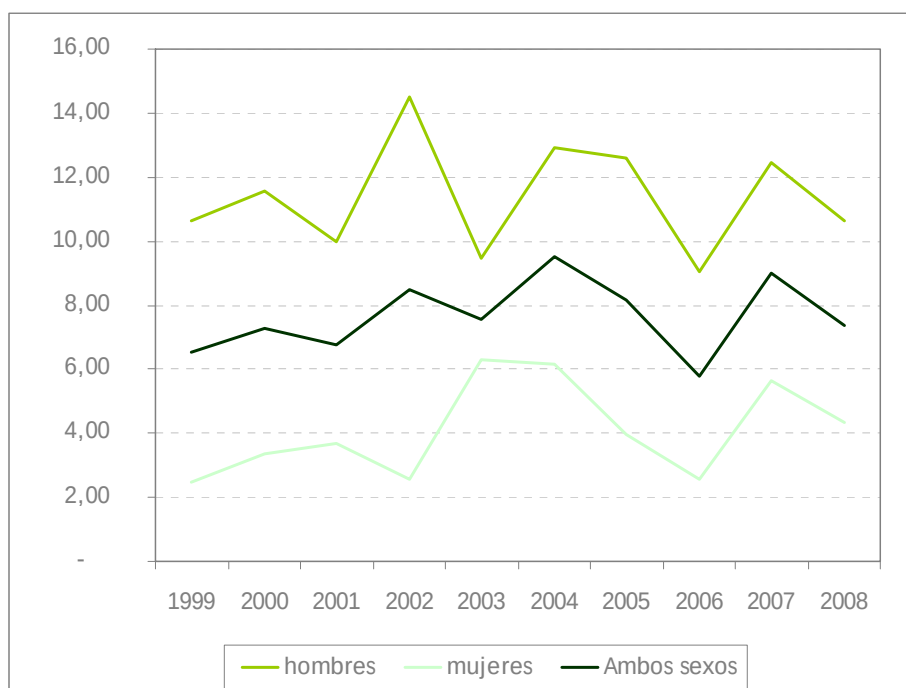
En 2009 fallecieron por etiología médico-legal suicida 55 personas, 6 más que en 2008 (un 12% más), pero un 25% menos que en 2007. El 85,5% eran varones. La media de edad fue de 52 años (varones 50 años y mujeres 65,5). El grupo de edad con mayor incidencia es el de 31-40 años (18,2%), al igual que en 2005, 2006 y 2008 (en 2007 lo fue el de 41-50 años). El 49% de los fallecidos tenía entre 21 y 50 años. Crece el peso de los mayores de 71 años que en 2007 representaban menos del 20%, en 2008 más del 30% y en 2009 superaron el 31%. En 2009, como en 2006 y 2007, el 54% de las personas que se suicidaron tenía menos de 50 años de edad. En 2008, el 53% tenían más de 51 años según la memoria del Instituto Navarro de Medicina Legal (INML).

La tasa de altas por autolesiones en 2007 en Navarra, fue de 12,49 por 100.000 habitantes.

La evolución de la tasa de mortalidad por suicidio y autolesiones se recoge en el gráfico V. 10.

Gráfico V.10. Evolución de las tasas de mortalidad por suicidio, ajustadas por edad por 100.000 habitantes (1999-2008).

Fuente: INE, ISCIII.



V.- SITUACIÓN ACTUAL

V.3 RECURSOS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

La atención a personas con trastorno mental precisa de una red amplia y muy diversificada de recursos, 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. Estas características hacen que la tarea de definir un mapa coherente de todos los recursos implicados sea especialmente compleja.

La atención a personas con trastorno mental precisa de una amplia y diversificada red de recursos.

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.

La organización del SNS-O, descansa sobre un principio de interrelación de las dos referencias organizativas para la prestación de la asistencia sanitaria:

- Referencia territorial a través de las Áreas de Salud y de la Zonificación Sanitaria.
- Referencia funcional, que diferencia la Atención Primaria y la Asistencia Especializada.

La zonificación Sanitaria de Navarra se sustenta en la AP como núcleo principal y función central del Sistema Sanitario.

La Ley Foral de Zonificación Sanitaria de Navarra (LF 22/1985) se sustenta en la Atención Primaria como núcleo principal y función central del sistema sanitario, y considera la Zona Básica de Salud (ZBS) como el marco territorial idóneo para el logro de una atención integral e integradora.

Las demarcaciones sanitarias se denominan:

- Zonas Básicas de Salud, constituyen la demarcación geográfica y poblacional que sirve de marco territorial a la atención primaria de salud garantizando la accesibilidad de la población a los servicios sanitarios primarios. (Grafico V.11). Actualmente existen 54 ZBS.
- Sectores de Salud Mental: Las ZBS se agrupan actualmente en 10 sectores de salud mental con un Centro de Salud Mental de referencia para cada uno (tabla V.2.).

Navarra está repartida en 10 sectores de salud mental.

- Áreas de Salud, son las demarcaciones territoriales operativas de las actuaciones y servicios sanitarios, responsabilizadas de la gestión descentralizada de los centros y establecimiento del Servicio Navarro de Salud en su demarcación territorial, y de las prestaciones y programas sanitarios a desarrollar por ellos. Las ZBS quedan integradas en tres Áreas: Estella, Tudela y Pamplona.

Gráfico V.11. Zonificación Sanitaria de Navarra.



V.- SITUACIÓN ACTUAL

SECTOR	Z.B.	ZONAS BÁSICAS	Población total	Población > 64 años	Población 0-16 años
IA-Casco Viejo	1	Altsasu/Alsasua	59.578	12.086	8.297
	2	Etzarri-Aranatz			
	3	Irurtzun			
	4	Leitza			
	19	Casco Viejo-I Ensanche			
IB-Burlada	61	Azpilagaña	77.096	12.150	14.104
	5	Lesaka			
	6	Elizondo			
	7	Doneztebe/Santesteban			
	8	Ultzama			
	9	Auritz/Burguete			
	10	Aoiz			
	11	Huarte			
	12	Villava			
IC-Buztintxuri	13	Burlada	52.996		6.577
	14	Berriozar			
	15	Orcoyen			
	16	San Jorge Buztintxuri (estimada)			
ID-Ansoain	17	Rochapea	59.816		10.047
	64	Ansoain Nuevo			
	18	Chantrea			
IIA-Milagrosa	20	II Ensanche	68.104	14.297	10.416
	21	Milagrosa			
	27	Puente la Reina			
	28	Noáin			
	29	Sangüesa			
	30	Valle de Salazar			
IIB-Ermitagaña	31	Isaba	59.501	6.094	11.706
	24	Ermitagaña			
	25	Cizur			
	65	Echavacoiz			
IIC-San Juan	26	Barañáin	67.746	10.617	11.826
	22	Iturrama			
	23	San Juan			
Estella	63	Mendillorri	64.328	13.906	9.682
	32	Estella			
	33	Villatuerta			
	34	Allo			
	35	Ancín-Améscoa			
	36	Los Arcos			
	37	Viana			
	38	Lodosa			
	39	San Adrián			
Tafalla	40	Tafalla	46.393	9.571	7.394
	41	Artajona			
	42	Carcastillo			
	43	Olite			
	44	Peralta			
Tudela	45	Tudela Oeste	96.556	17.455	15.952
	46	Tudela Este			
	47	Valtierra-Cadreita			
	48	Corella			
	49	Cintruénigo			
	50	Cascante			
	51	Buñuel			
			630.578	108.833	106.290

Tabla V.2. Sectores de Salud Mental

Fuente:
Padrón a 01/01/2009

Se mantiene la configuración, como órganos periféricos de gestión de las Direcciones de las Áreas de Salud de Tudela y de Estella.

En Diciembre de 2010 se crea la Dirección de Salud Mental de la que dependen, orgánica o funcionalmente, todos los recursos sanitarios especializados en la atención de personas con trastornos mentales.

Esta Red de recursos de SMNa está estructurada en dos niveles.

Los CSM son el elemento vertebrador de la asistencia a personas con trastorno mental.

- 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.

Navarra ha asumido el reto de cambiar el modelo de atención a las personas con trastorno mental grave.

Navarra ha asumido el reto de cambiar el modelo de atención a las personas con trastornos mentales graves, pretendiendo que puedan vivir en la comunidad por medio de un sistema de recursos especializados de rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario orientados a favorecer y apoyar la integración social de estas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental. Este planteamiento se confirma en el Plan Foral de Atención Sociosanitaria (2000).

Los recursos necesarios se desarrollan e incluyen en el marco del Programa de Atención al Trastorno Mental Grave (TMG) diseñado por la Dirección General de Política Social, destinado a mayores de 18 y menores de 65 años, con TMG que cumplen criterios especificados en la cartera de Servicios Sociales de Política Social.

V.3.1 RED DE RECURSOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL

Navarra cuenta con una amplia red de recursos especializados de salud mental recogidos en el gráfico V.12.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

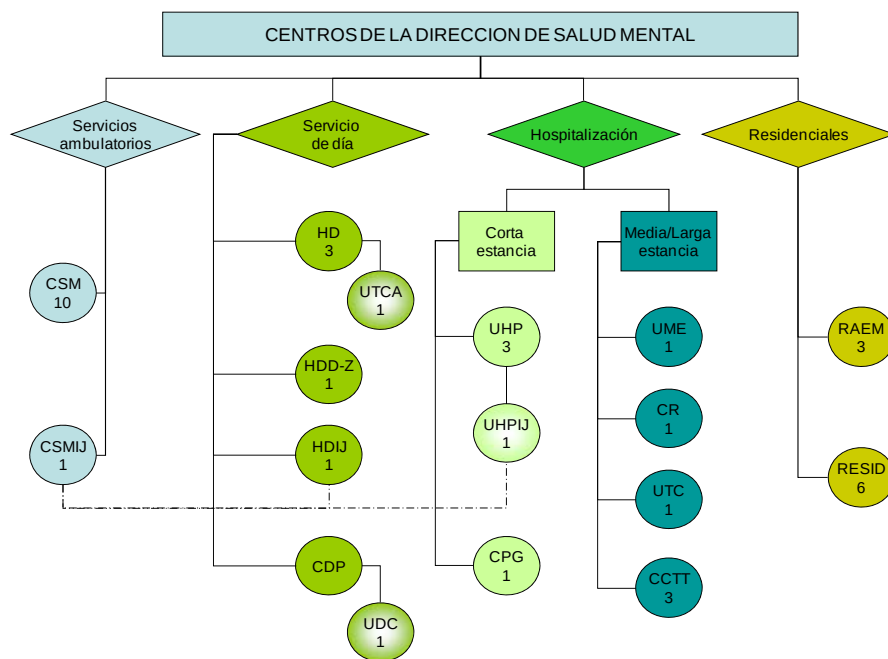


Gráfico V.12. Centros de la Dirección de Salud Mental de Navarra.

Diagrama de Centros/Unidades dependientes orgánica y/o funcionalmente de la Dirección de Salud Mental:(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 Continuado
 UTCA: Unidad de Trastornos de la Conducta Alimenticia

Mapa de servicios de la Dirección de Salud Mental. Los ratios se han calculado por 100.000 habitantes de la población de referencia del recurso según censo de 2009 (Tabla V.3).

Tabla V.3: Plazas en servicios para personas con enfermedad mental grave. Ratios por 100.000 habitantes. Enero 2011.

	Plazas	Ratios
Plazas Servicios de día		
HD general	50	9,54
UTCA	10	1,91
HDIJ	10	9,41
HDD -Z	15	2,86
CR CD	34	31,24
CDPG	30	27,57
Total	159	25,21
Plazas Hospitalización Corta Estancia		
UHP	55	10,49
UHPIJ	4	3,76
CPG	21	19,30
Total	80	12,69
Plazas Hospitalización Media/Larga Estancia		
UME	28	5,34
CR CAMAS	16	3,05
UTC	12	2,29
CCTT	92	17,55
Total	148	28,23
Total de plazas Asistenciales	387	61,37
Plazas Residenciales:		
RAEM	34	6,48
PSICOGERIATRICAS	132	121,29
Total de plazas Residenciales	166	31,66

Los CSM están constituidos por equipos multidisciplinares especializados en la atención ambulatoria en la comunidad.

SERVICIOS AMBULATORIOS: CENTROS DE SALUD MENTAL

Son los dispositivos básicos de atención especializada al trastorno mental; constituyen el primer nivel de atención y se coordinan el resto de dispositivos asistenciales.

Organizados en 10 Sectores, atiende cada uno a las ZBS correspondientes.

Son centros propios de SNS-O, dependientes de la Dirección de Salud mental. El CSM IB Burlada tiene concertada la gestión de la asistencia. Están constituidos por equipos multidisciplinares especializados en la atención ambulatoria en la comunidad.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

Atienden a personas de cualquier edad y a todo el espectro de trastornos mentales, incluidas trastornos adictivos.

SERVICIOS DE DÍA

- Hospitales de Día

Son dispositivos intermedios de Hospitalización a tiempo parcial, con estancia limitada, encaminada a pacientes mayores de 16 años con trastorno mental grave en fase aguda o subaguda, Tabla V.4.

Los HD realizan programas alternativos al ingreso en las unidades de hospitalización y tratamiento intensivo en la comunidad.

Denominación	Plazas	Población Total	Población > 16 años	Localidad
Hospital de Día I	20	227.950	188.635	Pamplona
Hospital de Día II	20	306.072	255.048	Pamplona
Hospital de Día V	10	96.556	80.604	Tudela

Tabla V.4. Hospitales de día de la red de Salud Mental de Navarra.

Los dos Hospitales de Día de Pamplona disponen de 20 plazas cada uno. Realizan programas alternativos al ingreso en las unidades de hospitalización psiquiátrica y de tratamiento intensivo en la comunidad. La gestión de la asistencia en uno de ellos está concertada.

El Servicio de Día de Tudela, ubicado en el CSM de Tudela, dispone de 10 plazas y lleva a cabo programas mixtos de hospitalización parcial para episodios agudos y subagudos -programas de Hospital de Día- y otros de rehabilitación.

La derivación a estos centros se realiza desde otros dispositivos sanitarios de la RSMNa.

Ofrecen atención los días laborables, de Lunes a Viernes, de 8:00 a 15:00 horas.

- Programa de trastornos de la Conducta Alimenticia (UTCA)

Ubicada en el Hospital de Día Irubide, ofrece tratamiento multidisciplinar en régimen de hospitalización parcial, ambulatorio intensivo y terapia grupal de los trastornos de la alimentación en pacientes mayores de 16 años que precisan un tratamiento de mayor intensidad que el proporcionado en el CSM. Dispone de 10 plazas de hospitalización parcial.

La UTCA es de referencia para toda la Comunidad Foral.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

Se realizan en Unidades de Hospitalización, integradas en Hospitales Generales de la Comunidad Foral, para tratamiento en régimen de ingreso de 24 horas, y estancias cortas de pacientes con trastorno mental grave en fase aguda.

Incorporan la atención de Urgencias de Psiquiatría las 24 horas del día en los servicios de Urgencias del Hospital General de referencia.

Realizan programas de Interconsulta y Psiquiatría de enlace con otros Servicios del Hospital de referencia.

Se accede mediante derivación desde otros dispositivos sanitarios de la Red de Salud Mental o desde el Servicio de Urgencias Hospitalaria.

En el momento actual disponemos de 3 unidades cuyas características se resumen en la tabla V.5.

		Denominación	CAMAS	Población Total	Población >16 años	
Tabla V.5. Población de referencia en Unidades de Hospitalización breve.		Complejo Hospitalario de Navarra (CHN)	Sección de Psiquiatría A	27	306.072	255.048
			Sección de Psiquiatría B	24	227.950	188.635
		Hospital Reina Sofía (HRS)	Unidad Hospital. Psiquiátrica	4	96.556	80.604
		TOTAL	55	630.578	524.287	

Relación de camas/población atendida mayor de 16 años = 10,3 x 100.000h.

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

- Unidad de Media Estancia (UME)

El SNS-O tiene 28 plazas concertadas de UME en un centro especializado con la finalidad de atender a pacientes procedentes de la Unidades de Hospitalización Breve que precisan ingresos más prolongados de los previstos en estos dispositivos para su estabilización y recuperación y en los que se persigue, junto con la mejoría sintomática, la rehabilitación funcional y social del paciente.

Centro destinado a la prevención secundaria y terciaria de la enfermedad mental grave.

- Clínica de Rehabilitación (CR)

La CR se puso en marcha en 1998, tomando como punto de partida dos recursos que existían previamente, el Centro de Día y la Unidad de Rehabilitación.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

Es un centro suprasectorial destinado a la rehabilitación del trastorno mental grave, diseñado para media-larga estancia entre 6 y 18 meses. Atiende a toda la población navarra mayor de 16 años con sintomatología cronicada, que afecta significativamente al funcionamiento general del paciente y es susceptible de un programa de rehabilitación

Ofrece tratamiento multidisciplinar de alta intensidad, básicamente en torno a dos programas:

- Centro de Día: recurso de hospitalización parcial, de 10:00 a 17:00, de lunes a viernes: 34 plazas
- Programa de Hospitalización de 24 horas de lunes a viernes: 16 camas.

- Unidad de Tratamiento Continuoado “Federico Soto” (UTC)

Es una unidad de rehabilitación en régimen de hospitalización de media-larga estancia, con estancia máxima de 18 meses y atención de 24 horas los 365 días del año.

Cuenta con 12 plazas dirigidas al tratamiento de pacientes con trastorno mental grave.

SERVICIOS SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Como consecuencia de la aplicación del Documento Técnico de Salud Mental Infanto-Juvenil de Navarra (2007) se están reorganizando los recursos para la atención a la salud mental en población infanto-juvenil encontrándose actualmente en proceso de transición.

Estos servicios se dirigen a la población de 16 años o menos que ascendía en 2009 en Navarra a 106.290 habitantes. Las personas de 17 años de edad que precisan atención por trastorno mental son atendidas de forma flexible en recursos infanto-juveniles o de adultos según sus características y necesidades.

- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)

El primer nivel de asistencia especializada en salud mental a la infancia y adolescencia se realiza en los Centros de Salud Mental, donde está definido un programa de atención infanto-juvenil.

El segundo nivel de asistencia lo constituye el CSMIJ, centro suprasectorial, de referencia para toda Navarra, que atiende a niños y jóvenes que precisan tratamientos de carácter más intensivo o especializado que el que se puede facilitar en los CSM. El acceso se realiza por medio de derivación desde los CSM de referencia. El CSMIJ

El primer nivel de asistencia especializada en salud mental a la infancia y adolescencia se realiza en los CSM.

El segundo nivel de asistencia se da en un centro de referencia para toda Navarra.

está constituido por un equipo multidisciplinar especializado y funciona por programas.

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil

La Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil integrada en la Sección de Psiquiatría-B del CHN. Dispone de 4 camas en un área independiente de la hospitalización de adultos.

El acceso se realiza desde el resto de programas y/o dispositivos de salud mental infanto-juvenil o desde Urgencias Psiquiátricas Hospitalarias.

- Hospital de día Infanto-Juvenil.

Hospital de día específico para población menor de 16 años, que permite el tratamiento intensivo en régimen de hospitalización parcial. Dispone de 10 plazas. Los pacientes son derivados desde CSMIJ y UHPIJ.

SERVICIOS DE PSICOGERIATRÍA

- Servicio de hospitalización breve

El SNS-O mantiene un concierto con una Clínica Psicogeriatrica de 21 camas dirigido al tratamiento de

1. Pacientes con síndromes demenciales con síntomas neuropsiquiátricos comórbidos.
2. Pacientes geriátricos que padezcan una descompensación de un trastorno mental primario.
3. Pacientes geriátricos que padezcan una descompensación de un trastorno mental secundario a lesión o disfunción cerebral o enfermedad somática (delirium, trastornos mentales orgánicos).

- Centro de Día Psicogeriatrico:

Centro de Día especializado en la atención a pacientes mayores de 65 años con patología neuropsiquiátrica o psiquiátrica.

Centro de Día especializado en la atención a pacientes mayores de 65 años con patología neuropsiquiátrica y/o psiquiátrica, asociada con deterioro cognitivo y susceptible de intervenciones terapéuticas específicas en régimen de hospitalización parcial.

Acceso desde la Unidad de Deterioro Cognitivo y según cartera de servicios de la ANDEP.

Desarrolla diversos programas y actividades regladas asistenciales:

- Programa de Hospitalización Parcial: 30 plazas
- Programa Terapéutico de Estimulación Cognitiva.
- Programa de Evaluación Neuropsicológica de deterioro cognitivo.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

SERVICIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS:

- Hospital de Día de Drogodependencia-Zurúa

Centro de referencia para la RSMNa para el tratamiento de trastornos adictivos. La gestión del mismo está concertada.

Oferta 3 programas: hospitalización parcial con 15 plazas, tratamiento ambulatorio intensivo e intervención en Centro Penitenciario.

Centro de referencia para el tratamiento de trastornos adictivos.

- Comunidades Terapéuticas

Centros de referencia de la RSMNa para el tratamiento de media-larga estancia en régimen residencial de pacientes con trastornos relacionados con el uso de sustancias.

Se conciertan 92 plazas con tres Comunidades Terapéuticas. Además realizan atención ambulatoria y atención intensiva comunitaria en modalidad de centro de día.

SECCIÓN DE FARMACIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

La Sección de Farmacia y Dietética se encuentra adscrita a la Dirección de Salud Mental de Navarra. Desarrolla actividades de atención farmacéutica a centros de la Dirección de Salud Mental, de Atención Primaria, Sociosanitarios y otros recursos sanitarios vinculados al Servicio Navarro de Salud.

La sección de Farmacia y Dietética se encuentra adscrita a la Dirección de Salud Mental.

V.3.2 RED DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIO SANITARIOS ESPECIALIZADOS PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

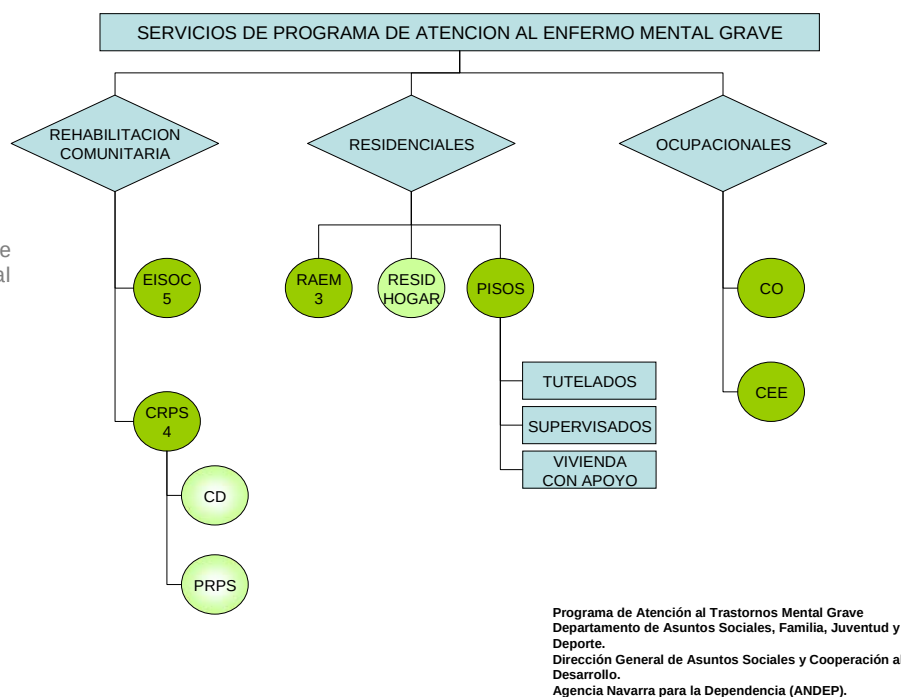
Desarrollados en el marco del Programa de Atención al Trastorno Mental Grave, dependiente de Departamento de Política Social, Familia, Juventud y Deporte. Dirección General de Política Social y Cooperación al Desarrollo y la ANDEP en colaboración con el Programa de Atención Sociosanitaria de Departamento de Salud.

Existe una amplia red de recursos sociales para el TMG.

Destinados a personas entre 18 y 65 años afectada por trastornos mentales graves. Los servicios desarrollados se recogen en el gráfico V.13.

Gráfico V.13. Servicios de atención al enfermo mental grave.

Fuente: ANDEP



CD:	Servicio de Centro de Día en centros de Rehabilitación Psicosocial
CEE:	Centro Especial De Empleo
CO:	Centro Ocupacional
CRPS:	Centro de Rehabilitacion Psicosocial
EISOC:	Equipo de Intervención Sociocomunitaria
PISOS:	Tutelados, Supervisados y Vivienda con Apoyo
PRPS:	Servicio de Rehabilitación Psicosocial
RAEM:	Residencia Asistida para Enfermos Mentales
RESID HOGAR:	Residencias Hogar

Mapa de Servicios Sociales y Sociosanitarios para la atención del Trastorno Mental Grave. Los ratios se han calculado por 100.000 habitantes de la población de referencia del recurso según censo de 2009 (Tabla V.6).

V.- SITUACIÓN ACTUAL

Plazas x 100000 habit.	PLAZAS	RATIOS
CRPS		
CENTRO DE DIA	80	19,26
SERVICIO DE REHABILITACION PSICOSOCIAL	100	24,07
TOTAL	180	43,33
RESIDENCIALES		
RAEM	116	27,92
PISOS TUTELADOS	14	3,37
PISOS SUPERVISADOS	4	0,96
VIVIENDA CON APOYO	4	0,96
RESIDENCIA HOGAR		
TOTAL	138	33,22
OCUPACIONALES		
CENTRO OCUPACIONAL PAMPLONA	130	24,80
CENTRO OCUPACIONAL TUDELA	20	20,71
CENTRO ESPECIAL DE EMPLEO	36	6,87
TOTAL	186	44,77
RESIDENCIAS PSICOGERIATRICAS	237	217,76

TABLA V.6. Plazas de atención al enfermo mental grave. Ratios x 100.000 habitantes.

Fuente: Programa de Atención al TMG 2010.

El CRPS de Elizondo cuenta con 15 plazas polivalentes que pueden usarse como Servicio de Día o Servicio de Rehabilitación. En la tabla se incluyen en Servicio de Rehabilitación.

Incluye las RAEM y Residencias Psicogerítricas dependientes de la Dirección de Salud Mental.

No incluye Centro de Día Psicogeriatrico ajeno a la RSMNa.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIOS

Servicios de atención ambulatoria, de intensidad variable según necesidades de las personas con el objeto de facilitar la permanencia en el entorno habitual y apoyando a las personas cuidadoras.

Se ofertan dos servicios diferenciados:

- Servicio de intervención Sociocomunitaria:

Desarrollado por profesionales que atienden todas las áreas de Política Social de Navarra, que ofrecen atención en medio abierto y acompañamiento social, durante todos los días laborables del año de lunes a viernes, según las necesidades de las personas.

Están garantizados según criterios de cartera de Servicios Sociales.

Los servicios de rehabilitación psicosocial están distribuidos por la geografía de la Comunidad Foral.

- Servicio de Rehabilitación Psicosocial:

Se desarrolla en 4 establecimientos específicos (Centros De Rehabilitación Psicosocial, CRPS), distribuidos por la geografía de la Comunidad Foral de Navarra que ofrecen dos modalidades diferenciadas:

- Servicio de Rehabilitación Psicosocial.
Con apertura del servicio, once meses al año, todos los días laborables del año de lunes a viernes. Garantizados según criterios establecidos en Cartera de Servicios Sociales.
- Servicio de Centro de Día.
Servicio de atención diaria diurna, prestado en un establecimiento específico con horario de atención de 8 horas por día. Dicha prestación no está garantizada según criterios establecidos en Cartera de Servicios Sociales.

SERVICIOS RESIDENCIALES.

Según recoge el gráfico V.13 y en el contexto del Programa de Atención al TMG coordinado con el Plan de Atención Sociosanitaria de Navarra se han diseñado diversos dispositivos residenciales para enfermos mentales graves: Pisos, Residencias Hogar y Residencias Asistidas.

Los recursos de alojamiento suponen un modelo de atención alternativo a la familia con atención las 24 horas del día todo el año.

Los recursos de alojamiento suponen un modelo de atención alternativo a la familia con atención las 24 horas del día, todos los días del año. Las características de cada uno de ellos vienen condicionadas por la situación de enfermedad y el nivel de supervisión e intensidad de intervención que ofrece a la persona con trastorno mental grave. La intensidad del recurso es inversamente proporcional a la autonomía de la persona que lo ocupa.

Todos los recursos están incluidos en la cartera de servicios del Departamento de Política Social como prestación garantizada según requisitos establecidos en Cartera de Servicios Sociales.

La primera Residencia Hogar comenzará a funcionar en Septiembre de 2011.

Además de los recursos mencionados, el Departamento de Política Social, Familia, Juventud y Deporte de la Dirección General de Política Social y Cooperación al Desarrollo, ANDEP, ofrece Ayudas económicas individuales para la integración familiar y social, destinadas al mantenimiento de personas con trastorno mental, sin cobertura familiar, en su medio habitual. Este recurso es utilizado por personas que desean residir en la comunidad, autogestionándose

V.- SITUACIÓN ACTUAL

el alojamiento. Actualmente 36 personas con trastorno mental se están beneficiando de este servicio.

También se ofrecen Servicios de Ayuda a Domicilio y Prestaciones vinculadas al servicio en otros centros no concertados directamente con los servicios sociales o sanitarios de Navarra.

Las unidades RAEM y Residenciales Psicogerítricas de la Dirección de Salud Mental están en proceso de transformación de acuerdo a la Ley de Salud Mental y al Plan Estratégico del Centro Psicogerítrico San Francisco Javier.

Las unidades RAEM y Residenciales Psicogerítricas de la Dirección de Salud Mental están en proceso de transformación.

- Pisos

Servicio residencial prestado en una vivienda normalizada, donde la dinámica de relación y convivencia es de tipo familiar, que ofrece atención integral a las necesidades básicas y sociosanitarias para mantener o mejorar la autonomía personal, facilitando la integración y participación social. Prestación garantizada, según requisitos establecidos en Cartera de Servicios Sociales.

- Funcional/Tutelado para personas con trastorno mental
- Existen tres pisos tutelados en Pamplona:
 - Sarries, con 4 plazas de hombre.
 - Ursúa, con 4 plazas de hombre.
 - Guipúzcoa, 6 plazas de mujeres.
- La atención sanitaria de estos pacientes está concertada como recurso sociosanitario.
- Piso supervisado para personas con trastorno mental.
- Se dispone de un piso de estas características con 4 plazas, ubicado en la localidad de Tudela.
- Vivienda con Apoyo para personas con trastorno mental.
- Se dispone de un piso con 4 plazas en Pamplona. Es la modalidad con mayor autonomía de pacientes.

Asuntos Sociales dispone de una amplia y diversa cartera de servicios para personas con TMG.

- Residencia Asistida para Enfermos Mentales (RAEM)

Plazas residenciales en Centros sanitarios monográficos para la atención de personas con trastorno mental grave que precisan atención intensiva sanitaria y social. Se dispone de 3 Unidades.

UNIDADES PSICOGERIÁTRICAS:

Dentro del mapa de servicios sociosanitarios, en coordinación, los Departamentos de Salud y de Política Social, Familia, Juventud y Deporte, han creado las Unidades Residenciales Psicogerítricas y Centro

de día Psicogeriátrico. Ambos recursos garantizados según criterios establecidos en Cartera de Servicios Sociales.

- Unidades Residenciales Psicogeriátricas.

Ofrecen plazas residenciales para mayores de 65 años, con atención integral por tiempo indefinido, fundamentalmente a pacientes con trastorno mental grave envejecidos y/o demencias graves.

Se dispone de cuatro centros específicos: Lumbier, Elizondo y dos en Pamplona, uno de ellos dependiente de la DSM, que ofertan en conjunto 237 plazas.

- Centro de Día Psicogeriátrico.

Servicio de atención diaria diurna para pacientes mayores de 65 años o menores de esa edad con Deterioro Cognitivo asimilado a persona mayor en situación de dependencia. El servicio funciona todos los días laborables, del año de lunes a viernes, con un horario de atención de 8 horas al día.

En estos momentos se cuenta con 30 plazas concertadas. Acceso según criterios establecidos en Cartera de Servicios Sociales.

RECURSOS OCUPACIONALES

Existen dos centros ocupacionales en Pamplona con 130 plazas y uno en Tudela con 20. Así mismo existe un Centro Especial de Empleo en Pamplona con 36 plazas.

Los centros ocupacionales ofrecen servicio de atención diaria, en días laborables once meses al año, prestado en un establecimiento específico para ofrecer programas de actividad ocupacional y de desarrollo personal y social a personas con trastorno mental que no pueden integrarse en una actividad laboral de mercado, sea centro especial de empleo o empresa ordinaria. Servicio no garantizado según criterios establecidos en Cartera de Servicios Sociales.

V.3.3 RECURSOS HUMANOS

La RSMNa cuenta con un importante grupo de profesionales repartidos en diferentes centros o programas y con una diferenciada variedad de cualificación.

Se cuenta con un importante grupo de profesionales repartidos en una gran variedad de cualificaciones profesionales.

Para gestionar esta Red de Salud Mental se dispone de una estructura directiva, personas de apoyo técnico, encargados de procedimientos, apoyo administrativo y de servicios generales y mantenimiento.

Además, personal asistencial de la Red de Salud Mental realiza funciones de Jefaturas y Dirección de Centros y Unidades.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

La siguiente tabla (V.7) recoge la dotación de recursos humanos dedicados a la Red Sanitaria de Salud Mental de Navarra.

RECURSOS HUMANOS SALUD MENTAL (Enero 2011)

	PSQUIATRA	PSICOLOGO	ENFERMERA	TRABAJO SOCIAL	AUX. CLINICA/ CELADORES	TERAPEUTA OCUPACIONAL	AUXILIAR/ ADMINISTRATIVO	EDUCADOR	OTROS FACULTATIVOS	Servicios Generales	Servicios Centrales
AMBULATORIOS											
CSM											
IA Casco Viejo	3,5	1,0	2,0	1,0			2,0				
IB Burlada	3,5	2,0	2,0	1,0			2,0				
IC Buztintxuri	3,0	2,0	2,0	1,0	1,0		2,0				
ID Ansoain	4,0	2,0	2,0	1,0	1,0		3,0				
IIA Milagrosa	3,0	1,0	2,0	1,0			2,0				
IIB Ermitagaña	2,5	2,0	1,0	1,0	1,0		2,0				
IIC San Juan	2,5	2,0	1,0	1,0			2,0				
III Estella	3,0	2,0	1,0	1,0	1,0		1,0				
IV Tafalla	1,0	1,0	1,0	1,0			1,0				
V Tudela	5,0	2,5	2,0	1,0	1,0		1,0				
Dirección SM (PIC)	1,5										
TOTAL	32,5	17,5	16,0	10,0	5,0		18,0				
Programa Infanto Juvenil											
CSMIJ	5,0	5,0	1,0	1,0	1,0		1,0				
HDIJ	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0			
TOTAL	6,0	6,0	2,0	2,0	2,0	1,0	2,0	1,0			
HOSPITALIZACION											
Corta Estancia											
Sección A	5,0	1,0	10,0	1,0	22,0	1,0	1,0				
Sección B (y UHPIJ)	7,0	1,0	10,0	1,0	22,0	1,0	1,0				
Tudela	1,0	0,0	6,0	1,0	7,0		1,0				
TOTAL	13,0	2,0	26,0	3,0	51,0	2,0	3,0				
Hospitalización											
HD I	1,0	1,0	2,0	1,0	1,0	1,0	1,0				
HD II	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	1,0	1,0				
HD V	1,0	0,5						3,0			
UTCA	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0					
HDD-Z		2,0	1,0	1,0			1,0	2,0	1,0		
TOTAL	4,0	5,5	6,0	4,0	4,0	3,0	3,0	5,0	1,0		
Centro de Día / Hospitalización de semana											
CR	1,0	3,0	3,0	1,0	14,0	1,0	1,0	1,0			
TOTAL	1,0	3,0	3,0	1,0	14,0	1,0	1,0	1,0			
Psicogeriatría											
CD-SFJ		1,0	1,0		5,0	1,0					
U. Deterioro Cognitivo			1,0		2,0	2,0					
TOTAL		1,0	2,0		7,0	3,0					
Unidades Larga Estancia, Residenciales RAEM y Psicogeriatría											
SFJ	2,0	2,0	26,0	2,0	183,0	3,0		1,0	2,0		
TOTAL	2,0	2,0	26,0	2,0	183,0	3,0	0,0	1,0	2,0		
SECCIÓN DE FARMACIA											
			1,0		8,0		1,0		2,0		
TOTAL			1,0		8,0		1,0		2,0		
Servicios Generales SSGG										24	27
Administración-Dirección											28,0
TOTAL										24,0	55,0
TOTAL	58,5	37,0	82	22	274	13	28	8	5	24	55

Tabla V.7. Recursos humanos de Salud Mental de Navarra. Enero 2011.

No se incluye personal de servicios concertados con centros cuya actividad no es exclusiva para la RSMNa como las CC.TT., UME y Clínica Psicogeriátrica.

Los Servicios de Atención Infanto-Juvenil cuentan con un profesor que procede de un programa de colaboración con el Dpto de Educación.

También se dispone de una fisioterapeuta para pacientes de unidades residenciales, de media y larga estancia

La siguiente tabla (V.8) recoge los datos de recursos humanos a Enero de 2011 por 100.000 habitantes de la población de referencia de los recursos según censo de 2009.

Tabla V.8. Ratios de recursos humanos Salud Mental por 100.000 habitantes. Enero 2011.

	PSIQUIATRA	PSICOLOGO	ENFERMERA	TRABAJO SOCIAL	AUX. CLINICA	TERAPEUTA OCUPACIONAL	AUXILIAR/ ADMINISTRATIVO	EDUCADOR	OTROS FACULTATIVOS
AMBULATORIOS									
TOTAL	5,15	2,85	2,54	1,59	0,79		2,85		
PROGRAMA INFANTO-JUVENIL									
CSMIJ	4,70	4,70	0,94	0,94	0,94		0,94		
HDIJ	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	0,94	
TOTAL	5,64	5,64	1,88	1,88	1,88	0,94	1,88	0,94	
HOSPITALIZACION PARCIAL									
	0,76	1,05	1,14	0,76	0,76	0,57	0,57	0,95	0,19
HOSPITALIZACION									
CORTA ESTANCIA	2,06	0,32	4,12	0,48	8,09	0,32	0,48		
CD/UME/ULE Rehabilitación	0,19	0,57	0,57	0,19	2,67	0,19	0,19	0,19	
TOTAL	2,25	0,89	4,69	0,67	10,76	0,51	0,67	0,19	
CD PSICOGERIATRIA									
		0,92	1,84		6,43	2,76			
UNIDADES DE LARGA ESTANCIA, RESIDENCIALES Y PSICOGERIATRICAS									
	0,38	0,38	4,96	0,38	34,90	0,57		0,19	0,38
SECCION DE FARMACIA									
			0,16		1,27		0,16		0,32
TOTAL	9,28	5,95	13,00	3,49	43,45	2,06	4,44	1,27	0,79

V.3.4 RECURSOS ECONÓMICOS

En la Comunidad Foral de Navarra la financiación de la atención a las personas con trastorno mental se realiza fundamentalmente por el SNS-O, contribuyendo también el Departamento de Política Social.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

El siguiente gráfico (V.14) recoge la distribución de gastos entre Departamentos.

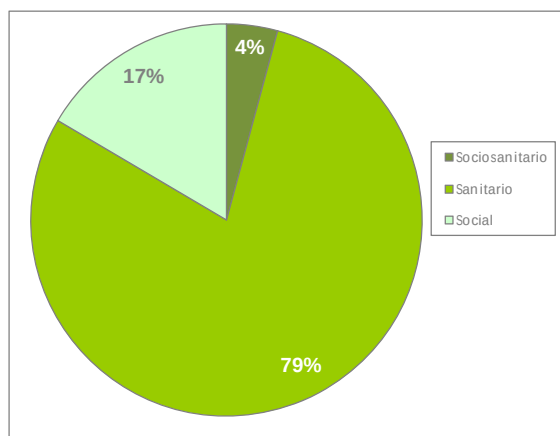


Gráfico V.14. Distribución del gasto

El Departamento de Salud aporta los recursos de la Dirección de Salud Mental, pero también los de Atención Primaria, CHN, Áreas de Tudela y Estella, Prestaciones y Conciertos y Prestaciones Farmacéuticas.

FINANCIACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL.

La Dirección de Salud Mental, órgano específico del SNS-O, dispone de un presupuesto anual, cuya presencia respecto del presupuesto total destinado al Organismo Autónomo supone para el año 2011 un 3,27%. Los márgenes de representatividad en los últimos siete años se han situado en una horquilla de 0,67 puntos, con el valor máximo alcanzado en el año 2008, conforme refleja la siguiente tabla (V.9).

Tabla V.9. Presupuestos anuales

	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Ppto SNS-O	648.911.838	717.321.205	791.784.153	856.441.433	891.477.176	965.756.688	958.297.742
Ppto Salud Mental	21.806.365	24.866.834	27.527.953	32.876.702	32.075.687	31.691.478	31.356.148
% representación	3,36%	3,47%	3,48%	3,84%	3,60%	3,28%	3,27%

La evolución del presupuesto específico para la Dirección de SM, la podemos observar en la siguiente tabla (V.10), que recoge la información por los distintos capítulos presupuestarios.

Tabla V.10. Capítulos Presupuestarios

	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010	Año 2011
Capítulo I	12.800.175	15.181.546	16.798.210	21.090.487	21.235.595	17.813.649	17.614.388
Capítulo II	6.839.690	7.334.278	8.019.922	8.327.215	7.693.737	9.343.803	9.908.760
Capítulo IV	1.876.500	1.946.010	2.288.121	2.416.000	2.322.818	2.236.613	2.088.000
Capítulo 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	31.356.148

EVOLUCIÓN DEL GASTO EN LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL:

La información respecto al gasto real de los últimos seis años de la Dirección de Salud Mental, se recoge en la tabla V.11.

Tabla V.11. Evolución del gasto en la Dirección de Salud Mental de Navarra.

	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Capítulo I	13.883.234	14.508.564	15.202.581	16.355.389	17.353.164	14.610.229
Capítulo II	7.598.628	8.070.725	8.658.237	8.470.288	9.042.249	10.842.471
Capítulo IV	1.792.872	1.986.619	1.942.401	2.159.702	2.126.265	2.165.964
Capítulo VI	322.948	404.080	661.812	637.033	487.401	161.890
Total	23.597.682	24.969.988	26.465.031	27.622.412	29.009.079	27.780.554

El capítulo I representa más de la mitad del gasto total.

El capítulo I (gastos de personal, retribuciones, indemnizaciones, Seguridad Social, prestaciones sociales, etc.), recoge el mayor volumen de gasto, suponiendo más de la mitad del gasto real total.

El siguiente capítulo con mayor nivel de gasto es el Capítulo II (gastos corrientes en bienes y servicios necesarios para el mantenimiento de la actividad). En este capítulo, aproximadamente el 30% del gasto está recogido en la partida destinada a los conciertos de asistencia sanitaria, que junto con el Capítulo IV (transferencias y subvenciones realizadas por la Administración), representan entre un 15 y un 20 por ciento del gasto real total.

Los gastos realizados destinados a la creación o adquisición de bienes, (Obras, equipamiento médico, mobiliario, etc.), no han supuesto más del 2,5% del gasto real total en el ejercicio con mayor presencia. En el año 2010 tan solo representó un 0,58%.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

OTRAS FUENTES DE FINANCIACIÓN EN EL SNS-O

El gasto de la Dirección de Salud Mental se complementa con el realizado por otros Servicios o Centros del organismo autónomo Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con prestaciones o dispositivos para la atención de personas con trastorno mental.

En los últimos años ha habido un incremento progresivo del gasto, excepto en 2010 que ha disminuido.

El área de Estella financia el CSM de Estella, el área de Tudela el CSM de Tudela, el HD y la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital Reina Sofía. El CHN aporta la dos Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y la Unidad de Neuropsicología y Neuropsiquiatría del Daño Cerebral Adquirido (tabla V.12.).

El Servicio de Prestaciones y Conciertos de la Dirección de Asistencia Especializada, ha financiado la asistencia sanitaria a través de conciertos con entidades externas, incluido en la tabla V.12.

- Resumen del gasto destinado a Salud Mental en el SNS-O

La tabla V.12, refleja los recursos asignados a la atención de las personas con trastorno mental en el conjunto del SNS-O, en los últimos cuatro años.

El presupuesto gestionado desde la Dirección de Salud Mental, dispone de partidas asignadas al Plan Sociosanitario.

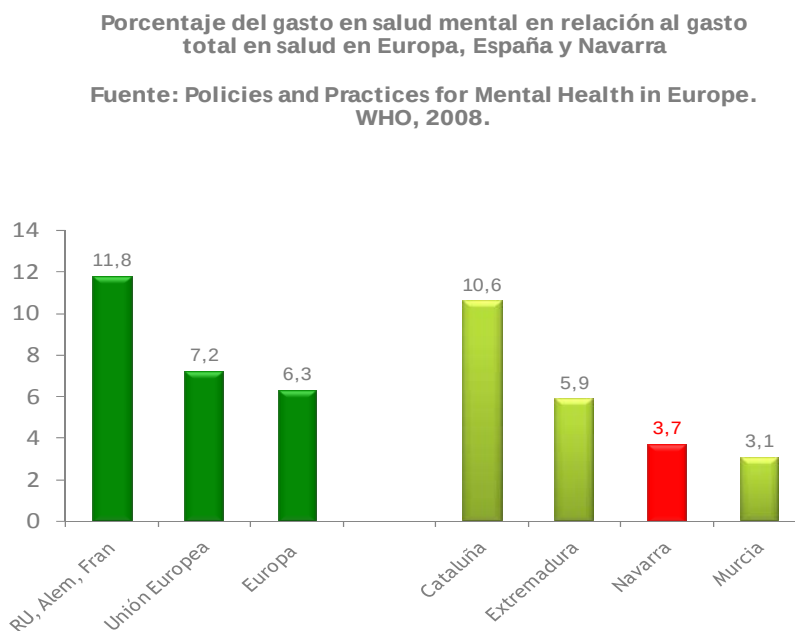
	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Dirección de SM	26.465.031	27.622.412	29.009.079	27.780.554
Área Estella	342.934	611.474	675.260	659.750
Área Tudela	749.410	976.019	1.757.535	1.747.251
Complejo Hospitalario	4.114.295	4.280.454	4.484.489	4.405.508
Prestaciones y conciertos	431.210	551.897	1.025.381	1.032.174
Total	32.102.881	34.042.256	36.951.745	35.625.237

Tabla V.12. Evolución del gasto

En el siguiente gráfico V.15, se puede apreciar que en Navarra, el gasto en Salud Mental, en relación al gasto total sanitario, aproximadamente representa la mitad del gasto destinado a la Salud Mental en la Unión Europea y solo un tercio del gasto de los países europeos mas desarrollados

El gasto en Salud Mental en Navarra es tres veces menor que el de los países europeos mas desarrollados.

Gráfico V.15. Gasto en Salud Mental



FINANCIACIÓN DEPARTAMENTO DE POLÍTICA SOCIAL, FAMILIA, JUVENTUD Y DEPORTE

El Programa de Trastorno Mental Grave del Departamento de Política Social, Familia, Juventud y Deporte, ha supuesto para este Departamento en los últimos seis años, el nivel de gastos que refleja la tabla V.13.

Tabla V.13. Evolución de gastos Departamento de Política Social, Familia, Juventud y Deporte.

	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008	Año 2009	Año 2010
Capítulo II	322.365	2.112.707	2.893.681	3.725.495	3.926.456	3.868.531
Capítulo IV	1.242.308	1.320.870	1.609.474	1.340.953	1.345.358	1.401.185
Capítulo VI	240.000	12.340	212.290	1.428.808	1.404.148	1.785.027
Capítulo VII	1.028.715	497.397	179.000			
Total	2.833.388	3.943.313	4.894.445	6.495.256	6.675.962	7.054.743

Las obras con ejecución plurianual, se ha dividido el coste entre los años del período

V.- SITUACIÓN ACTUAL

Evolución del gasto en psicofármacos

El importe de los psicofármacos prescritos por el Servicio Navarro de Salud mediante receta a los usuarios alcanzó en 2010 los 27.177.314 euros, con una tendencia continua al crecimiento en los últimos años (gráfico V.16).

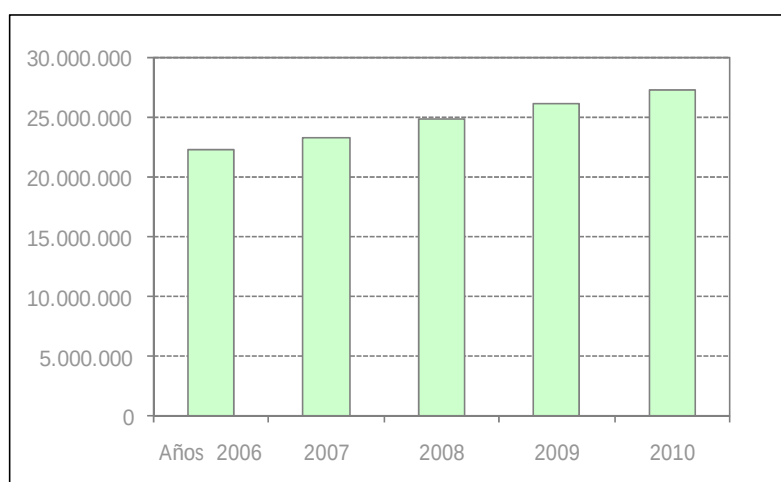


Gráfico V.16. Evolución del gasto en euros de psicofármacos prescritos mediante receta

V.4 ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Recogemos a continuación datos relevantes de la actividad en los recursos para la atención de las personas con trastorno mental en Navarra.

V.4.1 ACTIVIDAD DE LA RED DE RECURSOS SANITARIOS ESPECIALIZADOS DE SALUD MENTAL

SERVICIOS AMBULATORIOS

- Centros de Salud Mental

Durante el año 2009 la incidencia en los CSM fue de 0,80%, La prevalencia 2,92% y la frecuentación 15,5 por cada 100 habitantes. La evolución de la actividad en los CSM de Navarra está reflejada en la tabla V.14.

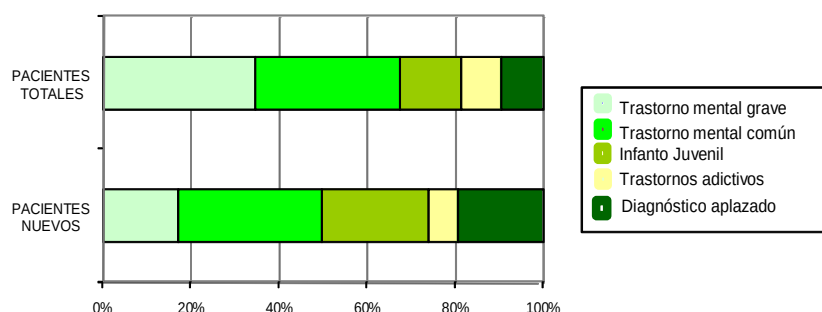
Tabla V.14. Evolución de la actividad en los CSM de Navarra.

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pacientes atendidos	17.509	16.791	17.515	18.071	17.723	18.094	18.336	18.402
Primeras Consultas	4.669	4.490	5.027	5.307	4.837	4.862	4.975	5.042
Total consultas individuales	87.229	82.765	88.795	87.234	89.570	92.454	94.071	94.126

El siguiente gráfico refleja la actividad atendiendo a la clasificación por programas (gráfico V.17).

La mayor incidencia asistida en la RSMNa se produce en los programas de Trastorno Mental Común e Infanto-Juvenil. La mayor prevalencia asistida se corresponde con el programa de Trastorno Mental Grave, y sigue siendo muy elevada en el Trastorno Mental Común.

Gráfico V.17. Distribución porcentual de pacientes por programas en los CSM de Navarra 2009.



V.- SITUACIÓN ACTUAL

En la red de salud mental la psicoterapia tanto grupal como individual son dos actividades que se realizan de forma habitual en los CSM. En el año 2009, las diferentes técnicas de psicoterapia se emplean con mayor frecuencia en el programa Infanto-Juvenil (39,4% de las consultas) y en el de Trastorno Mental Común (17.4%), siendo menos frecuentes en el de Trastorno Mental Grave (9.7%) y en el de Trastornos Adictivos (5,8%).

Además se desarrolla un programa de Terapia de Estimulación Cognitiva en personas con diagnóstico de deterioro cognitivo. Y, en 2011 se pone en marcha un programa de terapia grupal para TCA, y para otro tipo de patologías.

La siguiente tabla V.15. recoge la actividad en los CSM por grupos de edad.

	USUARIOS TOTALES		USUARIOS NUEVOS		POBLACION NAVARRA	
	N	%	N	%	N	%
CSM						
Población 0-16 años	2.546	24.4%	1.228	13.8	106.290	16.9
Población >64 años	13.267	9.9%	3.316	14.1	108.833	17.3
Población 17-64 años	2.589	65.8%	498	72.1	415.455	65.9
Población Total	18.402	100.0%	3.316	100.0	630.578	100.0
CSMIJ						
Población 0-16 años	769		248		106.290	

Tabla V.15. Actividad por grupos de edad en los CSM de Navarra.

- Programa Psiquiatra Interconsultor con AP (PIAP)

La actividad del PIAP aumenta progresivamente desde su implantación a finales de 2007, tanto mediante consultas presenciales como no presenciales. Tabla V.16.

Oferta 3 tipos de servicio: 1) interconsultas en base a dudas de tipo diagnóstico y/o terapéutico de casos (con posibilidad de acceso por parte del médico de familia vía teléfono, correo electrónico o fax, o mediante consulta directa con el paciente); 2) formación de equipos de atención primaria en el manejo de habilidades y tratamiento de determinadas patologías; 3) apoyo con carácter consultivo a otros programas.

Tabla V.16. Actividad Psiquiatra Interconsultor

Actividad PIC: Número y tipo de consultas

	TOTAL	TIPO DE CONSULTA	
	Nº consultas	c/presencial	c/TIC
2008	337	253	84
2009	441	348	87
2010	698	565	133
%		78,8	20,9

El 78% de pacientes vuelve al Médico de Familia tras la intervención, el 25 % es derivado a su CSM y el 0,6% a los servicios de Urgencia Psiquiátrica Hospitalaria para valoración de Ingreso.

El 26 % de las consultas se relacionan con Reacciones adaptativas (CIE 10^a F43), el 16% con otros trastornos de ansiedad (F41), un 13% se diagnostican únicamente con códigos Z. Un 16% se corresponden con episodios depresivos (F30), el 7% con trastornos mentales orgánicos (F00-09), y un 4% con trastornos relacionados con el uso de sustancias (F10-19).

SERVICIOS DE DÍA

La tabla V.17. refleja los ingresos en 2009 y la ratio por 100.000 habitantes de la población de referencia del dispositivo y el total respecto a la población total Navarra.

Tabla V.17. Ingresos por 100.000 habitantes

Fuente. Censo 2009

HOSPITALIZACION PARCIAL	INGRESOS	ingresos x 100000 h.
HD	322	61,42
UTCA	21	4,01
HDIJ	19	17,88
HDD-Z	51	9,73
CR CD	15	2,86
CDPG	12	11,03
ESTANCIAS DIURNAS	10	9,19
TOTAL	450	71,36

V.- SITUACIÓN ACTUAL

- Hospitales de Día

Evolución de la actividad en HD generales (tabla V.18.).

	2002	2004	2006	2008	2009
INGRESOS					
Hospital de Día I	151	140	152	163	159
Hospital de Día II	118	125	106	108	113
Servicio de Día Tudela	95	87	77	82	50
TOTAL	364	352	335	353	322
ESTANCIA MEDIA					
Hospital de Día I	29.7	32.6	32.1	31.3	30.2
Hospital de Día II	38.0	36.1	37.0	41.7	36.9
Servicio de Día Tudela	14.6	17.2	14.1	17.4	28.7
TOTAL				30.1	32
INDICE DE OCUPACION					
Hospital de Día I	97.9	97.1	96.9	95.8	92.0
Hospital de Día II	91.9	94.7	74.8	75.6	76.8
Servicio de Día Tudela	63.9	76.7	52.2	58.0	59.7
TOTAL				76.5	76.2

Tabla V.18. Actividad en Hospitales de Día.

- Programa de trastornos de la Conducta Alimenticia (UTCA)

Durante el año 2010 atendieron a 41 pacientes con diagnóstico principal de Trastorno de la Conducta Alimentaria, 21 de ellos en régimen de hospitalización parcial. La terapia grupal se inició en 2011.

SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN PSIQUIÁTRICA BREVE

La tabla V.19 incluye el número de ingreso en unidades de estancia breve, media y larga, durante el año 2009 y la tasa de ingreso por 100.000 habitantes en relación con la población de referencia del dispositivo en 2009.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

Tabla V.19. Ingresos por Unidades de estancia breve, media y larga.

HOSPITALIZACION CORTA ESTANCIA	INGRESOS	ingresos x 100000 h.
UHP	1071	204,28
UHPIJ	35	32,93
CPG	141	129,56
TOTAL	1247	197,76
HOSPITALIZACION MEDIA/LARGA ESTANCIA	INGRESOS	ingresos x 100000 h.
UME	112	21,36
CR CAMAS	29	5,53
UTC	8	1,53
CCTT	162	30,90
TOTAL	311	59,32

Indicadores de actividad en Unidades hospitalización psiquiátrica breve para adultos durante 2009 en tabla V.20.

Tabla V.20. Actividad en unidades de hospitalización psiquiátrica breve

	Denominación	Tasa de hospitalización	Estancia media (días)	Índice de Ocupación	Interconsultas	Urgencias
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)	Sección de Psiquiatría A	0.21%	17.2	94.5%	324	1138
	Sección de Psiquiatría B	0.22%	22.4	94.9%	920	955
HOSPITAL REINA SOFIA (HRS)	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica	0.14%	10.52	80%	124	540
TOTAL					1.368	2633

Evolución de la actividad en las UHP breve en tabla V.21

Tabla V.21. Evolución de actividad en UHP breve.

Fuente. Memorias SNS-O

	2000	2002	2004	2006	2008	2009
Actividad						
Camas	54	54	54	54	53	55
Total Ingresos	898	992	980	1064	902	1.071
Estancias	18.149	18.566	18.496	17.850	18271	19.917
Indicadores						
Estancia Media	20,2	18,7	18,9	16,8	20.3	18.6
Ocupación	92,1	94,2	93,8	90,6	94.4	92.5
Rotación	16,6	18,4	18,1	19,7	17.01	18.15

A partir de 2008 la comparabilidad de los datos se ve alterada por la apertura de la Unidad de Agudos del Hospital Reina Sofía de Tudela y de la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil. En 2010 la Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Hospital de Navarra modificó la forma de codificar las altas.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE MEDIA/LARGA ESTANCIA

- Unidad de Media Estancia (UME)

La UME atendió durante 2009 a 112 pacientes, con una estancia media de 84 días y una ocupación del 100%.

- Clínica de Rehabilitación (CR):

Evolución de la actividad en tabla V.22.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Hospitalización total						
Ingresos	28	24	33	23	33	29
Índice de Ocupación	98.5	76.1	79.3	89.9	95.1	84.2
Estancia Media (días)	122	139	115	150	130	154
Hospitalización parcial						
Ingresos	37	22	28	21	37	15
Índice de Ocupación	77.9	70.6	50.0	71.1	71.1	65.1
Estancia Media (días)	167,24	221,73	185,32	196,8	263,86	177,17
TOTAL INGRESOS	65	46	61	44	70	59

Tabla V.22. Evolución de actividad en la Clínica de Rehabilitación.

- Unidad de Tratamiento Continuado “Federico Soto” (UTC)

Durante 2010 se realizaron 8 ingresos, el índice de ocupación fue de 79,79% y la estancia media de 471 días.

SERVICIOS SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ)

En consulta ambulatoria, el centro especializado de CSMIJ atendió en 2009 a 769 pacientes de los cuales 248 acudían por primera vez. La incidencia anual en 2009 fue de 0.23% y la prevalencia del 0.72%, con una frecuentación de 11.6 consultas por cada 100 habitantes de 16 años o menos.

- Unidad de Hospitalización Psiquiátrica Infanto-Juvenil

En 2009 se realizaron 35 ingresos y 68 interconsultas desde otros servicios del hospital general de referencia.

- Hospital de día Infanto-Juvenil

Durante 2010 ingresaron 30 pacientes, con una estancia media de 65,13 días. La tasa de hospitalización fue de 0.028% de la población de 16 años o menos.

SERVICIOS DE PSICOGERIATRÍA

- Servicio de hospitalización de corta estancia para pacientes agudos y subagudos

Durante 2009 ingresaron 141 pacientes, con una estancia media de 29,74 días y una tasa de hospitalización de 0,13% habitantes mayores de 65 años.

- Centro de Día Psicogeriátrico

La actividad en el CDPG se resume en la tabla V.23.

Tabla V.23. Actividad en el Centro de Día Psicogeriátrico.

Año	2009
Programa de Hospitalización Parcial	
Capacidad Pacientes/Día	30
Índice de Ocupación	89.04
Número de Ingresos/año	12
Programa de Evaluación	
Nº Evaluaciones realizadas	537
Programa de Terapia de Estimulación Cognitiva	
Pacientes tratados	186
Nº de Grupos terapéuticos	12

SERVICIOS DE TRASTORNOS ADICTIVOS

- Hospital de Día de Drogodependencia-Zurúa

El programa de hospital de día durante 2009 atendió 51 ingresos, con una estancia media de 70,70 días, y un índice de ocupación del 100%. La actividad por programas se incluye en la tabla V.24.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

DATOS GENERALES POR PROGRAMA 2009				
	Pacientes	Consultas Individuales	Consultas Grupales	Intervención Enfermería
HOSPITALIZACION PARCIAL	51	1343	5670	1903
AMBULATORIO INTENSIVO	48	1409	172	1278
INTERVENCION EN PRISION	132	511	204	0
TOTAL	231	3263	6046	3181

Tabla V.24. Actividad en el Hospital de Día de Drogodependencia-Zuria.

- Comunidades Terapéuticas

Durante 2009 atendieron a 248 pacientes; 194 pacientes fueron derivados para ingreso, de los cuales ingresaron 162, siendo 77 de primer ingreso.

De los pacientes atendidos, 56 estaban incluidos en programa de metadona, 98 presentaban un diagnóstico dual.

El motivo más frecuente de demanda era el alcohol, seguido de la cocaína, heroína y politoxicomanía.

El tiempo medio de permanencia en comunidad de las personas con alta terapéutica se sitúa entre 8,7 y 11 meses.

El 39,9 % de pacientes solicita el alta en los primeros 3 meses, porcentaje que se eleva al 48,6 % en casos con diagnóstico de patología dual.

La evolución de la actividad asistencial en CT se recoge en la tabla V.25.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Total Personas atendidas	237	233	245	230	239	217	237	271	248
Nº de ingresos nuevos	53	55	76	68	83	118	84	86	77
Nº Estancias	30.568	29.861	27.680	27.815	27.164	28.405	30.068	31.264	31.798

Tabla V.25. Actividad asistencial en Comunidades Terapéuticas (2001-2009).

SECCIÓN DE FARMACIA DE LA DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

Durante el año 2009, las principales actividades de esta Sección, han sido las siguientes:

- Adquisición de medicamentos, y otros productos.
- Dispensación de medicamentos en dosis unitarias a un total de 418 camas de tres centros.
- Dispensación de medicamentos y suministro de los botiquines a un total de 162 Centros
- Preparación, dispensación y control de metadona para la atención de unos 300 usuarios del Programa de Mantenimiento con Metadona.

V.4.2 ACTIVIDAD DE LA RED DE RECURSOS SOCIALES Y SOCIOSANITARIOS ESPECIALIZADOS PARA LA ATENCIÓN DEL ENFERMO MENTAL GRAVE.

Datos obtenidos de la Evaluación del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave (TMG) 2005-2009 realizada por la ANDEP en Diciembre de 2010 y de la Reordenación del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave aprobado por el Gobierno de Navarra el 12 de abril de 2010 que recoge los diferentes ajustes realizados tras la implementación del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave.

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN COMUNITARIOS

- Servicio de intervención Sociocomunitaria

La evolución del Servicio de Intervención Sociocomunitaria queda recogida en la tabla V.26.

Tabla V.26. Evolución del servicio de intervención sociosanitaria.

	Año de Implantación	Personas atendidas				
		2005	2006	2007	2008	2009
Noroeste (Santesteban)	2006		12	11	5	9
Pamplona-Comarca	2000	75	75	75	85	85
Estella	2006		5	12	11	14
Tudela	2006	18	23	25	26	31
Tafalla	2006		3	4	4	4
Total		93	118	127	127	143

V.- SITUACIÓN ACTUAL

- Servicio de Rehabilitación Psicosocial

En la tabla V.27. se recoge la evolución de las personas atendidas en los Servicios de Rehabilitación Psicosocial.

Personas atendidas					
	2005	2006	2007	2008	2009
Servicio de Rehabilitación psicosocial	37	124	115	131	119
Centro de Día		109	129	117	112
Estancia Media CD: (meses)		6.7-7	9-11.2	9.74-16	8-15.4

Tabla V.27. Indicadores de actividad del Servicio de Rehabilitación Psicosocial.

- Servicio de Programas de Rehabilitación Psicosocial

La evolución de las personas atendidas en los distintos Programas del Servicio de Rehabilitación Psicosocial se recoge en la tabla V.28.

	2006	2007	2008	2009
Autocuidado y Actividades de la Vida Diaria	59	65	65	71
Rehabilitación Cognitiva	89	81	73	78
Rehabilitación Psicomotriz	15	24	22	19
Psicoeducación, educación para la salud y manejo de la ansiedad y el estrés	74	77	78	69
Relaciones y Habilidades Sociales	91	92	95	90
Ocio y Tiempo Libre	124	115	68	82
Atención a Familias	59	176	66	45
Formación y Apoyo Ocupacional-Laboral	40	68	52	54
Apoyo a la Integración Social y Soporte Comunitario	52	35	61	37
Centro de Día	109	129	117	112

Tabla V.28. Personas atendidas en programas del Servicio de Rehabilitación Psicosocial.

- Servicio de Centro de Día

Los indicadores de actividad en los Centros de Día de los CRPS, se recogen en la tabla V.29.

Tabla V.29. Altas, bajas y estancia media (en meses) en el Servicio de Centro de Día.

	2006			2007			2008			2009		
	Altas	Bajas	EM*	Altas	Bajas	EM*	Altas	Bajas	EM*	Altas	Bajas	EM*
Pamplona y Comarca	61	31	6,7	47	11	11,2	44	17	16	44	12	15,4
Estella	19	7	6,95	23	4	9	23	2	9,74	27	6	9,05
Elizondo	5	9		7	11		9	4		7	3	
Tudela	19	6	7	28	5	9	25	3	10	32	13	8
TOTAL	104	53		105	31		101	26		110	34	

*Estancia Media en Meses

SERVICIOS RESIDENCIALES

- Pisos

- Funcional/Tutelado para personas con trastorno mental.
Las 14 plazas disponibles desde 2007 presentan una ocupación del 100%, con una estancia media en 2009 de 355,5 días, prestando servicio a 17 personas.
- Piso supervisado para personas con trastorno mental.
Las 4 plazas disponibles desde 2006 presentan una ocupación durante 2009 del 86%, con una estancia media de 9 meses y prestó servicios a 5 pacientes.
- Vivienda con Apoyo para personas con trastorno mental.
Inició su funcionamiento en 2010

- Residencia Asistida para Enfermos Mentales (RAEM)

Desde el año 2006 las plazas se han incrementado de 109 a 140 y han dado servicios entre 116 y 158 personas al año, con una ocupación del 100%.

UNIDADES RESIDENCIALES PSICOGERIÁTRICAS

Ocupación del 100% con escasa índice de rotación, pero sin listas de espera actualmente.

RECURSOS OCUPACIONALES

Evolución de personas atendidas en Centros Ocupacionales (tabla V.30.).

Tabla V.30. Personas atendidas en Centros Ocupacionales.

Áreas de implantación	2006		2007		2008		2009	
	Pamplona	Pamplona	Tudela	Pamplona	Tudela	Pamplona	Tudela	Pamplona
Personas atendidas	116	112	23	130	28	158		

En los últimos 4 años 10 personas se han incorporado a Centros Especiales de Empleo.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

V.5 ACTIVIDAD DOCENTE E INVESTIGADORA

V.5.1 ACTIVIDAD DOCENTE

La RSMNa realiza actividades docentes a varios niveles, formación pregrado en colaboración con varias universidades, postgrado (Médico Interno Residente-Psicólogo Clínico Interno Residente) articulada por la Comisión Asesora Técnica de la Unidad Docente de Salud Mental de Navarra (CAT de la UDSM) y de formación continuada para todo el personal de la red. Estos tres ámbitos se coordinan y organizan desde la Comisión de Docencia de Salud Mental (CDSM).

La RSMNa realiza actividades docentes de pre y post grado y de formación continuada.

Desde el Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitario del Departamento de Salud se realiza de forma anual un Plan Docente al que también tienen acceso profesionales de la RSMNa. En este Plan Docente se han realizado acciones formativas del ámbito de la SM.

COMISIÓN DE DOCENCIA DE SALUD MENTAL

- Formación continuada

La CDSM es una comisión multidisciplinar representativa de profesionales que conforman la RSMNa. Desde su creación en 1997 su función ha sido diseñar, organizar, coordinar y evaluar la actividad docente de la red, realizando propuestas formativas anuales.

En el periodo 2006-2010 se han realizado 33 actividades formativas (tabla VI.31). El número de asistentes a cada actividad formativa ha sido entre 15 y 60. Todos los cursos han sido evaluados con una encuesta de satisfacción y los resultados se han publicado en las memorias de la CDSM. Para todas las actividades formativas programadas se ha solicitado acreditación a la Comisión de Acreditación de Formación Continuada.

Además a lo largo de estos últimos años algunas actividades docentes subvencionadas por la CDSM han estado orientadas específicamente a la formación MIR-PIR.

La Comisión de Docencia de SMNa es multidisciplinar y representa a los profesionales que conforman la red.

Las memorias de la CDSM y los programas de los cursos se han incluido en la página de la Intranet de Salud Mental para conseguir su máxima difusión y facilitar la inscripción a profesionales de la RSMNa.

- Formación pregrado

Desde el curso 2005/2006 se recoge en las memorias de la CDSM la información vinculada a las prácticas asistenciales de formación pregrado. Durante estos años las universidades que han remitido alumnos para sus prácticas tutorizadas por profesionales de la RSMNa han sido: Universidad de Navarra, Universidad Pública de Navarra, Universidad del País Vasco, Universidad Nacional a

Distancia, Universitat Oberta de Catalunya, Universidad Pontificia de Salamanca y Universidad de Salamanca. Los alumnos remitidos han sido de las siguientes disciplinas: Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, Dietética y Fisioterapia.

Los alumnos que han rotado a lo largo de cada periodo académico en el global de la red SMNa, se recogen en la tabla V.31.

Tabla V.31. Alumnos de pregrado que han realizado las prácticas asistenciales en RSMNa

Periodo académico	Medicina	Psicología	Enfermería	Trabajo Social	Farmacia	Dietética	Fisioterapia	Total
2005-2006	24	11	17	6	2	4	-	65
2006-2007	15	20	17	8	5	4	-	69
2007-2008	17	14	20	13	5	6	-	75
2008-2009	18	12	15	10	4	2	2	63
2009-2010	20	18	17	10	4	2	-	71

- Formación Postgrado MIR-PIR

En 1984 se acredita en Navarra la formación de Médicos Internos Residentes (MIR) en Psiquiatría por convocatoria nacional anual, cuatro años más tarde se acredita la formación de Psicólogos Clínicos Internos Residentes (PIR), siendo Navarra una de las comunidades pioneras en la implantación de ambos programas. Sin embargo la primera convocatoria PIR de ámbito nacional no se estableció hasta 1993. Desde entonces la RSMNa asume la formación de tres MIR de psiquiatría y de tres PIR, siguiendo las directrices del programa formativo de cada especialidad.

La RSMNa tiene acreditadas tres plazas de MIR y tres plazas de PIR por año.

En 1997 se crea la CAT de la UDSM cuyo objetivo principal ha sido responsabilizarse de la organización y adecuado desarrollo de todos los asuntos relacionados con la formación especializada de post-grado en las especialidades de Psiquiatría y Psicología Clínica, formando parte de ella representantes de los tutores, responsables docentes y de residentes, tanto del ámbito hospitalario como ambulatorio. Además de la actividad docente en formato de aprendizaje clínico directo, las sesiones bibliográficas y clínicas semanales y la tutorización, la CAT de la UDSM también programa al año actividades docentes estructuradas en formato de curso específicas para MIR/PIR.

Desde el 2006 hasta finales del 2010 se han realizado 26 cursos, 11 de ellos han sido impartidos por profesionales de la RSMNa. El contenido de los cursos ha sido diverso, tratando de abarcar los aspectos más relevantes de la formación de ambas especialidades, con un claro enfoque formativo y competencial.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

- Plan Docente del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra

En los planes docentes realizados a partir del 2006 se han ofertado 11 actividades formativas dirigidas específicamente a personal de la RSMNa. Las líneas de formación han sido: soporte vital básico, violencia de género y esquizofrenia.

Desde el año 2008 se ha incluido en Plan Docente un programa específico para especialistas en formación orientado al desarrollo de las competencias transversales. Estos cursos se ofertan a especialistas en formación y engloban aspectos como ética, técnicas de comunicación, metodología en investigación y habilidades para el manejo de plataformas de evidencia científica.

En la tabla V.32. se recoge el resumen de las actividades formativas de la RSMNa.

		2006	2007	2008	2009	2010
COMISION DOCENCIA SM	Formación continuada	1	9	12	3	8
	Formación MIR-PIR	7	4	7	4	4
PLAN DOCENTE área SM	Formación continuada	1	6	2	/	2
	Formación MIR-PIR	/	/	6	6	6

Tabla V.32. Actividades formativas en la Red de Salud Mental de Navarra.

V.5.2 ACTIVIDAD INVESTIGADORA

La actividad investigadora financiada de la RSMNa se centra mayoritariamente en la Sección de Psiquiatría B del CHN (antigua Unidad de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino). La línea de investigación principal es la psicosis en sus diferentes vertientes (primeros episodios, síntomas motores, genética, cognición, psicopatología,...). Desde 1988 hasta septiembre del 2010 han publicado 123 artículos recogidos en la base de datos MEDLINE con un factor de impacto acumulado de 350.

La RSMNa tiene varias líneas de investigación sobre trastornos afectivos y psicóticos de alto impacto internacional.

En los gráficos V.18. y V.19., se recoge la actividad investigadora de la RSMNa de los últimos años, mediante dos indicadores: el número de proyectos financiados al año y el número de citaciones al año de las publicaciones realizadas por investigadores de la RSMNa.

Gráfico V.18. Proyectos de investigación financiados en la Red de Salud Mental de Navarra.

Fuente: Centro de Investigación Biomédica

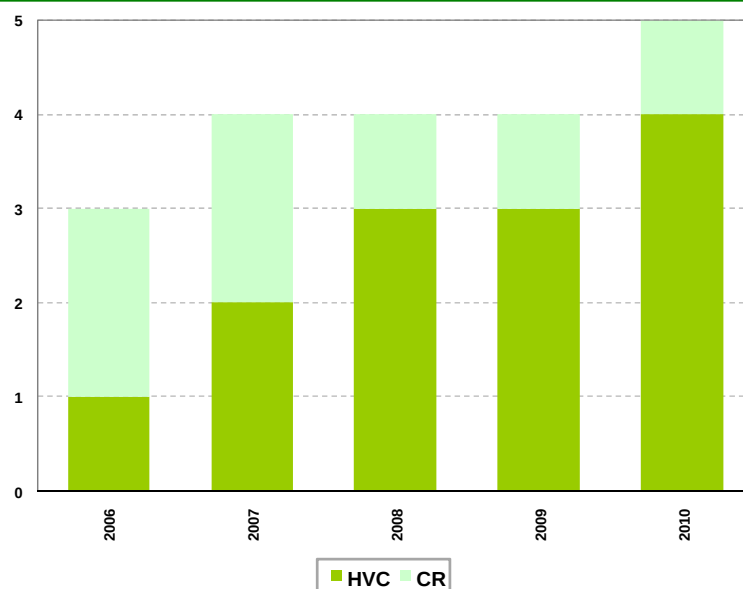
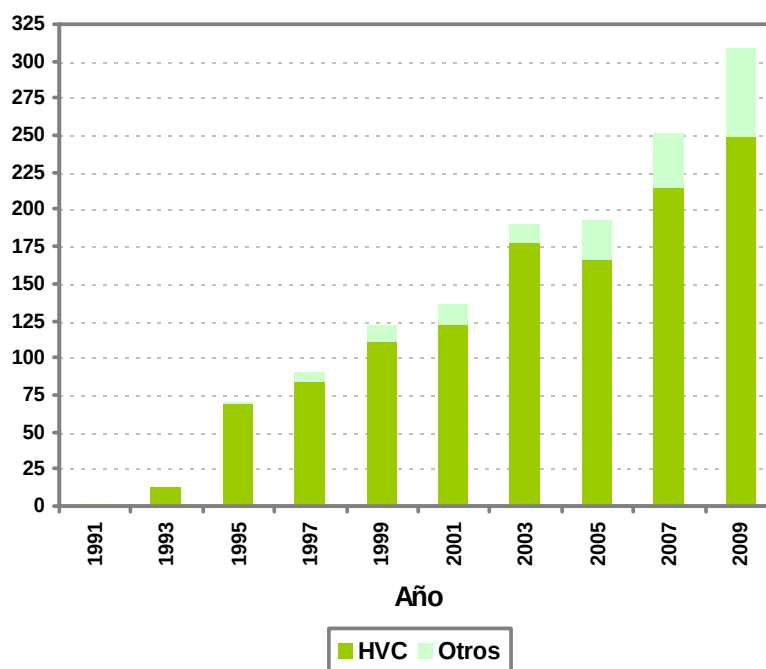


Gráfico V.19. Número de citaciones de las publicaciones de impacto realizadas por investigadores de la Red de Salud Mental de Navarra.

Fuente: ISI Web of Knowledge



V.- SITUACIÓN ACTUAL

V.6 CARTERA DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL

V.6.1 INTRODUCCIÓN

Las carteras de servicios se crean para informar de los servicios que tienen encomendados los órganos administrativos, unidades y centros, así como sobre los derechos de la ciudadanía y usuarios en relación con ellos y los compromisos de calidad en la prestación que asumen las instituciones.

La finalidad de las carteras de servicios no es sólo establecer o reconocer nuevos derechos o servicios, sino también fijar determinados niveles de calidad en la prestación de servicios previamente existentes, con el compromiso público de prestarlos en unas condiciones predeterminadas y con unos indicadores o estándares ponderables sobre la calidad del servicio que va a recibir el ciudadano.

En España, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, en el artículo 7.1, establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención. Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud, dirigidos a la ciudadanía. Señala, por último, las prestaciones que comprenderá el catálogo.

Se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud, los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud.

El artículo 8 de la citada Ley contempla que las prestaciones sanitarias del catálogo se harán efectivas mediante la cartera de servicios comunes, que, según prevé el artículo 20, se acordará en el seno del Consejo Interterritorial del SNS y se aprobará mediante Real Decreto.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización, se encarga de actualizar las prestaciones contempladas en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero y detalla las mismas, incluyendo, tanto en la cartera de servicios de atención primaria como en la de atención especializada, un apartado específico describiendo las prestaciones a ofertar a la población (tabla V.33).

Tabla V.33. Cartera de servicios en salud mental del Sistema Nacional de Salud

Fuente: SNS Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, 2006 (p. 64)

Atención primaria:

Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada. Incluye:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

Atención especializada a la salud mental:

Comprende el diagnóstico y seguimiento clínico de los trastornos mentales, la psicofarmacoterapia, las psicoterapias individuales, de grupo o familiares (excluyendo el psicoanálisis y la hipnosis), la terapia electroconvulsiva y, en su caso, la hospitalización.

La atención a la salud mental, que garantizará la necesaria continuidad asistencial, incluye:

1. Actuaciones preventivas y de promoción de la salud mental en coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios.
2. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales agudos y de las reagudizaciones de trastornos mentales crónicos, comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales o familiares y la hospitalización cuando se precise.

V.- SITUACIÓN ACTUAL

3. Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales crónicos, incluida la atención integral a la esquizofrenia, abarcando el tratamiento ambulatorio, las intervenciones individuales y familiares y la rehabilitación.

4. Diagnóstico y tratamiento de conductas adictivas, incluidos alcoholismo y ludopatías.

5. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos de la infancia/adolescencia, incluida la atención a niñas y niños con psicosis, autismo y con trastornos de conducta en general y alimentaria en particular (anorexia/bulimia), comprendiendo el tratamiento ambulatorio, las intervenciones psicoterapéuticas en hospital de día, la hospitalización cuando se precise y el refuerzo de las conductas saludables.

6. Atención a los trastornos de salud mental derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social.

7. Información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

El artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS define la prestación sociosanitaria «como el conjunto de cuidados destinados a personas enfermas, generalmente crónicos, que por sus especiales características y/o situación pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social».

Establece, asimismo, que en el ámbito sanitario la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada Comunidad Autónoma determine y, en cualquier caso, comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Sin embargo, termina diciendo que la continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes. Este aspecto es absolutamente determinante para poder adecuar la atención integral y la continuidad de cuidados a las personas con trastornos mentales graves.

La Comunidad Foral de Navarra aprobó en el 2005 un Programa para la Atención a Personas con Trastorno Mental Grave, en el cual se proponía un modelo de atención desde los ámbitos sociales y sociosanitario. Para ello, ha venido poniendo en marcha un conjunto de servicios sociales de

La prestación sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a los enfermos, generalmente crónicos, que puedan beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones y/o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

La Comunidad Foral de Navarra aprobó en 2005 un Programa para la Atención a personas con trastorno mental grave.

rehabilitación psicosocial, rehabilitación laboral, atención residencial y soporte comunitario orientados a favorecer y apoyar la integración social de éstas personas, trabajando de un modo complementario y coordinado con la red de servicios sanitarios de salud mental.

Al igual que en el resto de las comunidades autónomas, el abordaje del Trastorno Mental Grave ha sido objeto de un tratamiento socio-sanitario, lo que implica la coordinación política y técnica de los sistemas de Servicios Sociales y Sanitario para el diseño, la implantación y control de los recursos destinados a estas personas.

La Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, reconoce para las personas con enfermedad mental nueve servicios garantizados y ocho no garantizados.

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia ha incorporado nuevas posibilidades y oportunidades, ya que reconoce a la ciudadanía un nuevo derecho por la vía de atención a la dependencia. La Ley Foral 15/2006 de Servicios Sociales, a través de la Cartera de Servicios, ha dado todavía un paso más, posibilitando que podamos imaginar en un futuro inmediato un escenario muy distinto al que teníamos hasta el momento. Reconoce para el trastorno mental nueve servicios garantizados (servicio de valoración para acceso a una plaza residencial, servicio de valoración de la idoneidad ocupacional/laboral, servicio de intervención sociocomunitaria, servicio de rehabilitación psicosocial, servicio de transporte adaptado y asistido, servicio de piso supervisado, servicio de piso tutelado, servicio de ingreso temporal en residencia y servicio de residencia-hogar) y ocho no garantizados.

En el Anexo B se describen los servicios destinados a la atención del trastorno mental, así como su cartera de servicios.

V.7. MATRIZ DAFO

ANÁLISIS INTERNO: DEBILIDADES

- Ausencia de un Plan de SM en Navarra actualizado como marco de referencia
- Misión y fines poco definidos
- Déficit de programas en promoción y prevención en Salud Mental
- Déficit en programas de atención comunitaria: intervención en crisis, atención domiciliaria y de grupos de riesgo
- Redes asistenciales de psicogeriatría y trastornos adictivos fragmentadas y poco coordinadas con el resto de la RSMNa
- Ausencia de programas de atención a cuidadores de las personas con trastorno mental
- Ausencia de unidad de atención al paciente
- Baja morbilidad atendida respecto a la morbilidad real
- Deficiente organización y coordinación de la RSMNa, que genera desconocimiento de la actividad entre servicios y con propuestas de solución individualizadas
- Ausencia de Unidad Centralizada de admisión y gestión de agendas
- Escasa planificación en la puesta en marcha de nuevos servicios
- Déficit de programas de rehabilitación integrada
- Indefinición de la Cartera de Servicios
- Formación Continuada centrada en intereses individuales y comerciales más que en los de la Organización
- Dependencias administrativas con modelos de gestión diferentes: recursos propios frente a concertados, dependencia orgánica diversa.
- Marcada heterogeneidad en los objetivos, funcionamiento y resultados entre los diferentes centros de la red de salud mental
- Escasa financiación de la Salud Mental respecto a los países de nuestro entorno

Ausencia de un Plan de SM actualizado en Navarra como marco de referencia.

Deficiente organización y coordinación de la red de SMNa.

Formación continuada centrada en intereses individuales y comerciales mas que en los de la Organización.

<i>Ausencia de cultura de gestión por procesos.</i>	Gestión Clínica: – Insuficiente desarrollo de guías de práctica clínica y procedimientos terapéuticos basados en la evidencia – Elevada variabilidad en la práctica clínica – Ausencia de cultura de gestión por procesos – Ausencia de protocolos de atención por procesos – Carencia de cultura de calidad y evaluación
<i>Ausencia de una cultura de evaluación clínica estandarizada en salud mental.</i>	Profesionales: – Ausencia de una cultura de evaluación clínica estandarizada en salud mental – Escasa participación activa de profesionales – Escasa motivación ante gestión por objetivos – Problemas de integración interna en equipos, carencia de identidad, falta de trabajo en equipo – Unidad Docente multiprofesional incompleta y no actualizada – Sistemas de información insuficientes
<i>Indefinición de los procedimientos psicológicos.</i>	– Indefinición de los procedimientos psicológicos, importante variabilidad en su aplicación y ausencia de evaluación de resultados – Déficit de investigación clínica y epidemiológica.

ANÁLISIS INTERNO: FORTALEZAS

<i>Importante posibilidad de mejora y cambio.</i>	– Importante posibilidad de mejora y cambio (percibida por los equipos) – Plan Estratégico y Director del Centro San Francisco Javier – Liderazgo del equipo directivo – La nueva estructura organizativa creada por LF 21/2010 – Área geográfica de trabajo controlable
<i>Equipos multidisciplinarios.</i>	– Buen desarrollo de dispositivos asistenciales en atención Infanto-Juvenil – Tamaño de la red adecuado para trabajar

V.- SITUACIÓN ACTUAL

- Trabajo con Historia Clínica Informatizada
- Atención sectorizada geográficamente
- Equipos multidisciplinares
- Disponibilidad de recursos humanos
- Conciencia de pertenencia de profesionales a la organización
- Adecuada integración con Atención Primaria y Especializada

Integración con AP y AE.

ANÁLISIS DEL ENTORNO: AMENAZAS

- Falta de reconocimiento de la importancia de la SM de la población
- Estigma del trastorno mental grave
- Aumento de la demanda del Trastorno Mental Común en detrimento del Trastorno Mental Grave
- Envejecimiento de la población
- Nuevas demandas sociales de atención: penitenciarias, maltrato, emigración, malestar...
- Entorno social competitivo y consumista como factor de riesgo
- Cambios sociales en el núcleo familiar
- Cultura de la medicalización: "malestar tratable"
- Escasez de profesionales especializados en el mercado
- Desajuste entre lo planificado y lo financiado
- Priorización insuficiente de la SM en la agenda política
- Excesivo gasto farmacéutico
- Escasos recursos laborales (empleo con apoyo, empleo protegido) para las personas con trastorno mental grave
- Crisis económica como factor de riesgo de los trastornos mentales y de financiación insuficiente de la SM

Estigma de la Enfermedad Mental grave.

Envejecimiento de la población.

Excesivo gasto farmacéutico.

ANÁLISIS DEL ENTORNO: OPORTUNIDADES

Sensibilidad social y política.

- La ley Foral de Salud Mental y otra normativa de apoyo (Estrategia Europea de Salud Mental (2005), Estrategia de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (2006) y su actualización (2011)
- Sensibilidad social y política creciente hacia la SM
- Existencia del Plan de TMG de Política Social
- Posibilidad de desarrollo y actualización del Plan de Atención Sociosanitaria
- Coordinación con otros Departamentos del Gobierno
- Red amplia de recursos sociales
- Reorganización del modelo asistencial del SNS-O

Papel del movimiento asociativo y de otros grupos de interés de SM.

- Creación del CHN: especialización de la asistencia y gestión por procesos
- Red de Atención Primaria bien desarrollada
- Papel del movimiento asociativo y de otros grupos de interés en SM
- Papel de los medios de comunicación en ciertos temas de salud mental

Desarrollo socioeconómico de Navarra.

- Buen nivel de desarrollo socioeconómico y sanitario de Navarra
- Estructura social de Navarra cohesionada
- Distribución geográfica y poblacional de Navarra abordable y sectorizada
- Aportación de Sociedades Científicas.

Haga clic para volver al índice

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico

Navarra

VI. Conclusiones estratégicas

VI. CONCLUSIONES ESTRATÉGICAS

El análisis de situación de la RSMNa que se presenta en este capítulo se ha elaborado con la información procedente del capítulo anterior “Situación Actual”, así como de la Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud publicada en 2010, que evalúa cuantitativa y cualitativamente cada uno de los objetivos propuestos de las cinco líneas estratégicas y nos permite comparar la situación de Navarra con la de España y las CC.AA.

Las conclusiones estratégicas se han organizado en 8 apartados, los cuales están orientados a los objetivos de Plan, que se desarrollan en el próximo capítulo.

Marco normativo

- Existe un importante marco normativo internacional, estatal y autonómico que regula las políticas estratégicas en materia de salud mental referentes a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y la asistencia a las personas con trastorno mental.
- A nivel internacional, la OMS fija Planes, Políticas y Programas para la Salud Mental y el Plan de Acción Europeo para la Salud Mental define una estrategia para la salud mental en Europa.
- A nivel estatal, la Estrategia en Salud Mental del SNS (2007) y su reciente actualización (2011) constituyen el marco de referencia para el desarrollo de los planes autonómicos en materia de salud mental.
- En Navarra, la Ley Foral 21/2010 de Salud Mental recoge los principios fundamentales de normativas nacionales e internacionales y orientan el desarrollo del presente Plan.

Demografía y Morbilidad

- La población Navarra envejece de forma progresiva desde hace ya décadas.
- La percepción del apoyo social en Navarra es similar a la media española.
- La percepción de la función familiar es peor que la media española.

VI.- CONCLUSIONES ESTRATÉGICAS

- El porcentaje de personas con riesgo de mala salud mental es similar al español.
- Navarra se sitúa entre las CC.AA. con menor riesgo de mala salud mental en población de 4 a 15 años.
- El consumo de alcohol en jóvenes es el más elevado de España en las mujeres y segundo en los hombres, y a nivel internacional, sin embargo, ocupa un nivel intermedio.
- El consumo de psicofármacos en Navarra está por encima de la media española.
- No hay grandes diferencias por sexo en la población atendida en los CSM (53 % mujeres y 47 % hombres). Las diferencias se presentan por categorías diagnósticas, predominando claramente los trastornos afectivos y ansiosos en las mujeres y los relacionados con las conductas adictivas en los hombres.
- Atención primaria atiende mayoritariamente a la población con trastornos mentales.
- Solo una pequeña parte de pacientes con trastorno mental acceden a la RSMNa

Promoción y Prevención

- Dada la importante prevalencia de los trastornos mentales en la población es necesario desarrollar programas de promoción y prevención.
- La RSMNa tiene una orientación casi exclusivamente asistencial, sin apenas actividades de promoción de la SM y de prevención de los trastornos mentales.
- Existe una carencia de políticas activas contra el estigma y la discriminación social de la personas con trastorno mental

Atención a los trastornos mentales

- Las características sociodemográficas de la Comunidad Foral son una fortaleza para el desarrollo de servicios de calidad para la atención a personas con trastorno mental.

- Navarra dispone de un mapa de servicios extenso y diversificado, tanto en la red sanitaria como en la social.
- La sectorización de diferentes servicios de la RSMNa es adecuada a la masa crítica de los sectores.
- Existe la carencia de una clara definición de la cartera de servicios en el área sanitaria.
- En los últimos 10 años, el crecimiento de los recursos facultativos en los Centros de Salud Mental ha sido proporcionalmente mayor que el crecimiento de la población y el número de personas atendidas en los CSM.
- Desde el primer Plan de SM ha habido un crecimiento en los recursos humanos muy desigual entre los diferentes centros de la RSMNa: mientras que en los CSM se han duplicado, en los Hospitales de Día no se han modificado.
- Existen diferencias significativas en la actividad entre los servicios generalistas de la RSMNa en todos sus niveles: Centros de Salud Mental, Hospitales de Día y Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales.
- Existe una carencia de programas asistenciales estructurados transversales y de desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica, y como consecuencia de ello, una excesiva variabilidad en la práctica clínica.
- Servicios saturados y con marcado retraso en la accesibilidad.
- Excesiva medicalización de la práctica clínica con un déficit de oferta de procedimientos psicoterapéuticos.
- Mientras que en los últimos años se han incrementado sustancialmente los recursos en algunos servicios, esto no se ha traducido en cambios cualitativos tanto en el nivel de actividad como de calidad percibida de dichos servicios.
- Escasos recursos ocupacionales y asistenciales de media y larga estancia.

Coordinación de la RSMNa e intersectorial

- Existe un buen nivel de integración de la RSMNa con AP, AE y los servicios sociales.

VI.- CONCLUSIONES ESTRATÉGICAS

- La coordinación e integración entre los diferentes servicios de la RSMNa es escasa, así como su alineación con objetivos comunes, existiendo un marcado riesgo de fragmentación de la red.
- La coordinación con AP es marcadamente mejorable en lo que respecta a la atención a las personas con trastorno mental común, en la que tanto SM como AP son co-responsables.
- Exceptuando el programa de trastorno mental grave, hay una escasa coordinación interinstitucional para la atención integral a las personas con trastorno mental.
- Procedimientos de coordinación intersectorial escasamente desarrollados.

Participación y desarrollo de profesionales

- La RSMNa está formada por equipos multidisciplinares en cada uno de sus servicios y existe una clara conciencia de pertenencia de profesionales a la organización.
- Existen programas de formación continuada, formación pregrado y postgrado propios de la RSMNa y sinergias con el Plan Docente del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Ausencia de una planificación de la formación continuada orientada a las necesidades asistenciales de la RSMNa.
- Formación Continuada de psiquiatras ligada a la industria farmacéutica, no orientada a su formación integral y alejada de las necesidades asistenciales reales de las personas con trastorno mental.
- Ausencia de una Unidad Docente Multiprofesional para especialistas en formación.
- Escasa iniciativa y satisfacción profesional.
- La cohesión, el trabajo en equipo y el liderazgo de diferentes servicios es un área de mejora.
- Escasa participación de usuarios y profesionales en procesos de mejora de la RSMNa, así como ausencia de procedimientos reglamentados para ello.

- Usuarios generalmente insatisfechos y con altas expectativas.

Gestión del conocimiento e investigación

- En la RSMNa apenas existe cultura de evaluación de la actividad, de procedimientos terapéuticos, de profesionales y de servicios.
- En la mayoría de los servicios de la RSMNa no existen actividades regladas de gestión del conocimiento, tales como sesiones clínicas o bibliográficas.
- Existe un marcado déficit en la oferta de psicoterapias regladas, evaluables y basadas en la evidencia.
- Los sistemas de Información están centrados en lo cuantitativo, fragmentados por niveles asistenciales, y no permiten realizar un seguimiento de los procesos asistenciales, ni obtener conclusiones sobre la calidad de los mismos.
- En la RSMNa se realiza investigación de alto impacto pero muy poco diversificada en cuanto a áreas de investigación y equipos investigadores.

Organización y gestión

- Ausencia de una planificación estratégica en Navarra en materia de Salud Mental durante los últimos 25 años.
- Pactos de gestión por objetivos escasamente desarrollados y no alineados con objetivos comunes de la RSMNa.
- Escasa cultura de calidad, gestión clínica y por procesos asistenciales.
- Escasa relación funcional y coordinación entre los diferentes servicios de la RSMNa.
- Los servicios generalistas ofrecen servicios a menudo duplicados y con escasa especialización profesional.
- Los servicios especializados de la RSMNa no se han integrado suficientemente con el resto de la red, no han alcanzado el nivel de eficiencia deseable ni el liderazgo propio que les corresponde por su nivel de especialización dentro de la RSMNa.

VI.- CONCLUSIONES ESTRATÉGICAS

- La financiación de la Salud Mental dentro del SNS-O (3.7%) no es proporcional a la carga personal y social que suponen los trastornos mentales y está lejos del 6-7% de los países de nuestro entorno y lo recomendado por organismos internacionales.

[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico
Navarra

VII. Objetivos

VII. OBJETIVOS

Los objetivos del Plan Estratégico 2012-2016 están organizados de forma jerárquica en 4 niveles:

6	Grandes líneas estratégicas
16	Objetivos generales
77	Objetivos específicos
326	Líneas de actuación

Se tomarán en consideración las diferencias por grupos de edad y de sexo.

En los objetivos específicos que así lo requieran según la evidencia disponible, se tomarán en consideración las diferencias por grupos de edad y de sexo, incluyendo descriptores específicos para estos grupos.

VII.1 LÍNEA ESTRATEGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA

Objetivo General 1.1 Promoción de la salud mental de la población general y de grupos específicos

1.1.1 Promover la salud mental en la población general

Líneas de actuación

Promover la “alfabetización” en Salud Mental a través de los medios de comunicación.

- Realizar intervenciones dirigidas a representantes institucionales sobre la importancia de la salud mental como generadora de bienestar y productividad, así como las consecuencias socio-económicas negativas de ignorarlas.
- Promover la implicación de los equipos de salud mental en las actividades de prevención y promoción de la salud en la comunidad, asegurando que profesionales dispongan del tiempo adecuado para su realización.
- Promover la “alfabetización” en Salud Mental (psicoeducación e información a la población general sobre patología mental, prevención y recursos) a través de los medios de comunicación.
- Colaborar con otras instituciones en actividades para mejorar la resiliencia: afrontamiento del estrés, búsqueda de apoyo social, técnicas de resolución de problemas, y desarrollo de hábitos saludables, entre otras.

VII.- OBJETIVOS

1.1.2 Promover la salud mental por grupos de edad

Líneas de actuación

- Promover la salud mental por ciclos vitales: infancia y adolescencia, edad adulta y personas mayores, incidiendo en los determinantes diferenciales que para la salud mental tienen estos grupos de edad.
- Apoyar, en los ámbitos de AP y la escuela, el desarrollo de habilidades, actitudes y valores educativos en madres y padres que refuercen un adecuado desarrollo personal en el niño.
- Favorecer una aproximación holística en la escuela tendente a promover la salud mental y a aumentar las habilidades y competencias sociales, así como a detectar situaciones de riesgo de mala salud mental o de trastorno mental.

Promover la Salud Mental por etapas de la vida.

Objetivo General 1.2 Prevención de los trastornos mentales

1.2.1 Prevenir los trastornos mentales en la población general

Líneas de actuación

- Colaborar con el Plan Foral de Drogodependencias y otros organismos para reducir el uso y abuso de sustancias adictivas y prevenir las socioadicciones.
- Colaborar en los planes de promoción y prevención del Departamento de Salud, enfatizando los aspectos de Salud Mental.

1.2.2 Prevenir los trastornos mentales en grupos de riesgo

Líneas de actuación

- Realizar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidio en grupos de riesgo.
- Realizar un conjunto de “intervenciones comunitarias” en áreas de alto riesgo de exclusión social o marginalidad con el fin de actuar sobre los determinantes de los trastornos mentales y abuso de tóxicos.
- Realizar un conjunto de intervenciones en ámbitos laborales, de atención primaria y/o servicios sociales orientadas a la detección de factores de riesgo de trastorno mental y abuso de tóxicos.

Realizar acciones específicas para disminuir las tasas de depresión y suicidios en grupos de riesgo.

Intervenciones preventivas de grupos de riesgo en menores.

- Realizar intervenciones preventivas de grupos de riesgo en menores: hijos de padres con trastorno mental o con adicciones, hijos víctimas de abuso o de abandono y menores con medidas judiciales.

Objetivo General 1.3 Erradicación del estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales.

1.3.1 Desarrollar planes y programas que fomenten la integración social, laboral y académica de las personas con trastorno mental

Líneas de actuación

Promocionar el pleno ejercicio de los derechos de la ciudadanía.

- Promocionar el pleno ejercicio de los derechos de las personas con trastorno mental en los ámbitos legislativo e institucional.
- Los centros asistenciales de la RSMNa actuarán proactivamente informando y facilitando el ejercicio de los derechos y deberes de las personas con trastorno mental.
- La DSMNa ejercerá un papel proactivo ante la sociedad, y a través de los medios de comunicación, informando sobre la naturaleza de los trastornos mentales y las necesidades de las personas con trastorno mental.

1.3.2 Desarrollar planes y programas para evitar el estigma y victimización de las personas con trastorno mental

Líneas de actuación

Informar y sensibilizar a personas clave de diferentes ámbitos institucionales.

- Disponer en los centros asistenciales de normas específicas, en sus protocolos y procedimientos, encaminadas a fomentar la integración y evitar el estigma y la discriminación de las personas con trastorno mental.
- Informar y sensibilizar a personas clave de diferentes ámbitos institucionales, incluido el sanitario, sobre la naturaleza de los trastornos mentales y la importancia de su abordaje normalizado.
- Informar y sensibilizar a los servicios sanitarios y sociales sobre el riesgo de victimización que tienen las personas con trastornos mentales y sobre la importancia de la detección de esta situación.

VII.- OBJETIVOS

VII.2 LÍNEA ESTRATEGICA 2: ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

Objetivo General 2.1 Mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía

2.1.1 Orientar la organización de servicios a la mejora de la accesibilidad

Líneas de actuación

- Favorecer la accesibilidad directa de las personas atendidas en la RSMNa y sus familiares al profesional de salud mental a través de las TICs, teléfono, y correo electrónico para los procesos de consulta, estableciendo, cuando sea preciso, franjas horarias para ello.
- Adecuar y flexibilizar los servicios para garantizar el acceso a una prestación sanitaria de calidad a los usuarios, fundamentalmente a aquellos que pertenecen a grupos sociales desfavorecidos.
- Impulsar la atención en horario de tarde en los CSM comunitarios.
- Ajustar los tiempos de espera al tipo de patologías y necesidades de usuarios en todos los dispositivos de la RSMNa, priorizando las necesidades de las personas con trastorno mental grave.
- Disponer en los CSM, y en relación con los TMG, de un sistema organizativo para evitar los abandonos, facilitar la adherencia, y que incluya la coordinación multisectorial del proceso asistencial.
- Impulsar estrategias para disminuir la frecuentación innecesaria y la corresponsabilidad de la ciudadanía en la utilización de los servicios.

Favorecer la accesibilidad directa.

Ajustar los tiempos de espera al tipo de patologías y necesidades.

2.1.2 Gestionar la organización de la actividad para una adecuada y pronta atención

Líneas de actuación

- Optimizar la gestión de agendas y la ordenación de los flujos de usuarios a las necesidades de la población atendida.
- Gestionar eficientemente la organización de las consultas de forma que permita a profesionales disponer del tiempo necesario para cada paciente, todo ello sin que se produzca un impacto negativo sobre las demoras en la atención.
- Mejorar la eficiencia organizativa de los equipos mediante estrategias de redistribución de las cargas de trabajo.

Mejorar la eficiencia organizativa de los equipos.

2.1.3 Impulsar una imagen de la RSMNa como un sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud mental de la ciudadanía

Líneas de actuación

- Desarrollar estrategias informativas para fortalecer la imagen de los servicios de Salud Mental y la confianza de la ciudadanía en sus profesionales.
- Informar adecuadamente a la sociedad sobre la cartera de servicios, los procedimientos de trabajo y los resultados de la atención.
- Favorecer que la evaluación de servicios y de resultados en salud mental sean conocidas por la ciudadanía.
- Desarrollar una página web específica de Salud Mental orientada a la ciudadanía donde se muestren los recursos, actividad y procedimientos asistenciales de la RSMNa.

Desarrollar una página web específica de Salud Mental.

2.1.4 Potenciar la autonomía de las personas con trastorno mental y la capacidad de decidir sobre su salud y las opciones terapéuticas

Líneas de actuación

- Impulsar herramientas para ofrecer, a la ciudadanía en su conjunto, información rigurosa e independiente sobre aspectos prioritarios de la salud y acerca de sus derechos y deberes ante el sistema sanitario.
- Mejorar la información que el conjunto de profesionales facilitan al paciente, con objeto de asesorarle y ayudarle en la toma de decisiones, para que asuma mayor responsabilidad en relación a su salud.
- Promover las decisiones compartidas entre profesionales y pacientes en relación a los tratamientos en salud mental, mediante una información veraz sobre las distintas opciones terapéuticas y su eficacia.

Información rigurosa a los ciudadanos acerca de sus derechos y deberes.

VII.- OBJETIVOS

2.1.5 Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica clínica en salud mental

Líneas de actuación

- Promover actividades de educación en salud mental dirigidas a fomentar los autocuidados y los cambios en los estilos de vida en detrimento de la medicalización innecesaria.
- Facilitar a la ciudadanía información independiente acerca de los beneficios y riesgos del uso de medicamentos y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- Educar a la población sobre el uso adecuado de los recursos sanitarios.
- Considerar en los programas de formación dirigidos a profesionales y gestores el objetivo de reducir la tendencia hacia la medicalización de la práctica sanitaria.
- Impulsar la participación de las personas con trastorno mental y sus familiares en los programas de autocuidado.

Promover actividades de educación en salud mental.

Impulsar la participación de los usuarios.

2.1.6 Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades de la población

Líneas de actuación

- Desarrollar e implantar, en el marco de las competencias de Navarra, las prestaciones que se incluyen en la cartera de servicios del SNS relacionadas con la Salud Mental.
- Identificar de forma periódica las necesidades reales de la ciudadanía, para adecuar la prestación de servicios a los cambios demográficos, epidemiológicos, culturales y tecnológicos.
- Actualizar periódicamente la cartera, incorporando aquellos servicios cuya efectividad y eficiencia estén demostrados.
- Armonizar los objetivos de la cartera de servicios de Salud Mental con Atención Primaria, Atención Especializada, Salud Pública y Política Social.
- Favorecer la pronta incorporación de aquellos procedimientos asistenciales y tecnologías sanitarias en Salud Mental cuya seguridad, eficacia y eficiencia estén demostradas.

Actualizar periódicamente la cartera de servicios.

2.1.7 Potenciar la atención de los CSM en las zonas básicas rurales con menor accesibilidad

Líneas de actuación

Establecer protocolos de coordinación con los EAP de las zonas rurales.

- Establecer protocolos de coordinación de los CSM con los EAP de las zonas rurales mediante procedimientos de intercomunicación reglados: consulta telefónica, interconsulta no presencial, teleasistencia.
- Facilitar el empleo de las TICs por parte de los usuarios y sus familiares (consulta telefónica, correo electrónico, teleasistencia) en su relación con los distintos profesionales de los CSM.
- Evaluar la necesidad y el coste-eficacia del desplazamiento periódico de los Equipos de Salud Mental a zonas rurales con menor accesibilidad, una vez completadas las acciones anteriores.

2.1.8 Fomentar y cooperar en el desarrollo de actividades comunitarias de salud mental por los equipos de atención primaria

Líneas de actuación

Proyectos multisectoriales de educación para la salud.

- Participar en los Consejos de Salud de Área y de ZBS, implicando a todos los agentes en la promoción de la salud mental y en la prevención, detección precoz y asistencia de los trastornos mentales.
- Colaborar con la implantación de proyectos multisectoriales de educación para la salud dirigidos a colectividades o individuos con prácticas de riesgo, orientados hacia la modificación de estilos de vida o la mejora de sus problemas de salud mental.

2.1.9 Promover la intervención de los equipos de Salud Mental comunitarios en aquellas poblaciones con mayor riesgo social y sanitario

Líneas de actuación

Identificar personas con alto riesgo de padecer un trastorno mental.

- Potenciar la orientación multidisciplinar integrada en las características del entorno, facilitando los recursos materiales y legales para una coordinación efectiva y ágil entre servicios de salud, educativos, asociaciones y líderes de la ciudadanía, y servicios sociales en poblaciones de alto riesgo social.
- Adaptar los servicios y la información facilitados a los usuarios a las necesidades de las poblaciones de alto riesgo.
- Identificar personas con alto riesgo de padecer un trastorno mental grave y promover su evaluación y eventual tratamiento.

VII.- OBJETIVOS

- Ofertar, con un modelo asertivo comunitario, intervenciones de carácter integral, capaces de facilitar la atención necesaria a las personas que, como consecuencia del trastorno que padecen, tienen dificultades para ejercer su derecho a la asistencia.

Objetivo General 2.2 Mejora de la efectividad y la resolución

2.2.1 Mejorar las tecnologías de la información en Salud Mental

Líneas de actuación

- Generalizar el uso de la HCI con información compartida entre los diferentes niveles asistenciales.
- Mejorar los sistemas informáticos para reducir la burocracia y facilitar las actividades de mejora de calidad asistencial, docencia e investigación.
- Poner en funcionamiento la receta médica electrónica.
- Desarrollar la Intranet específica para Salud Mental.

Generalizar el uso del HCI

2.2.2 Promover la evaluación clínica estandarizada mediante escalas de evaluación, tanto generales como específicas

Líneas de actuación

- Elaborar un banco de instrumentos estandarizados de evaluación.
- Disponer de instrumentos estandarizados de cribaje, evaluación clínica general, evaluación clínica de trastornos específicos y evaluación funcional en todos los dispositivos de la RSMNa.
- Integrar progresivamente los instrumentos de evaluación clínica en la HCI.
- Aumentar progresivamente el número de pacientes con evaluación estandarizada.

Elaborar un banco de instrumentos estandarizados de evaluación

2.2.3 Implantar guías de práctica clínica y protocolos asistenciales

Líneas de actuación

- Disponer de guías de práctica clínica y protocolos elaboradas de acuerdo a las prioridades y los criterios de calidad establecidos por el Sistema Nacional de Salud.

Promover la formación continuada basada en guías clínicas.

- Incorporar sistemas de información en consulta que permitan el acceso *on line* a la información científica más relevante.
- Promover la formación continuada basada en guías clínicas.
- Desarrollar estrategias dirigidas a la implantación de las guías clínicas, así como a la evaluación del impacto de su implantación.
- Establecer actividades para el intercambio de la información y de conocimientos entre profesionales, que permitan el aprendizaje de las mejores prácticas.
- Unificar la información a pacientes para la obtención del consentimiento informado actualmente en uso en los diferentes dispositivos de la RSMNa, elaborar nuevos protocolos de consentimiento informado y actualizar todos ellos de forma periódica.

2.2.4 Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos

Líneas de actuación

Elaborar objetivos de mejora de utilización de medicamentos.

- Elaborar objetivos de mejora de utilización de medicamentos utilizando indicadores de prescripción basados en la evidencia científica.
- Elaborar e implantar guías clínicas y terapéuticas conjuntas entre los diferentes ámbitos de atención, y en especial, para los problemas de salud mental más prevalentes, de mayor incertidumbre o de mayor variabilidad.
- Desarrollar sistemas de información y nuevas tecnologías para que los profesionales puedan disponer de herramientas de ayuda que redunden en la mejora de la utilización de los medicamentos.
- Impulsar programas independientes de formación en farmacoterapia que mejoren la práctica clínica.
- Impulsar la prescripción progresiva de medicamentos genéricos.
- Elaborar una guía de prescripción en SM integrada en HCI.

2.2.5 Aumentar la intervención psicológica en los servicios de la RSMNa

Líneas de actuación

- Aumentar el número de pacientes en psicoterapia.

VII.- OBJETIVOS

- Impulsar el desarrollo de competencias psicoterapéuticas de profesionales en consonancia con su nivel de responsabilidad y capacitación.
- Implantar y desarrollar un programa de atención continuada en psicología clínica centrado en psicoterapias grupales y de otro tipo ligado a la formación PIR.

Aumentar el número de pacientes en psicoterapia.

2.2.6 Impulsar el empleo de psicoterapias regladas y basadas en la evidencia

Líneas de actuación

- Elaborar una cartera de servicios de psicoterapias regladas y con evidencia comprobada.
- Elaborar protocolos estandarizados de intervención psicológica conforme a los criterios de calidad de las psicoterapias.
- Fomentar la realización de procedimientos psicoterapéuticos limitados en el tiempo y con evaluación periódica de su eficacia.

Elaborar una cartera de servicios de psicoterapias regladas y con evidencia comprobada.

2.2.7 Impulsar en los CSM modelos resolutivos de intervención en crisis

Líneas de actuación

- Impulsar modelos de intervención en crisis en relación a la accesibilidad y resolución acordes a las necesidades de las personas con trastorno mental y sus familiares o cuidadores.
- Implicar en las intervenciones en crisis al conjunto de profesionales de los CSM a través de modelos de organización compatibles con el conjunto de actividades del equipo.
- Impulsar la adecuada utilización de las urgencias psiquiátricas por parte de la población.
- Desarrollar criterios de intervención en crisis en los CSM y de derivación a los servicios de urgencias de los hospitales generales.
- Desarrollar y protocolizar procedimientos de tratamiento intensivo ambulatorio para evitar ingresos hospitalarios.
- Potenciar el tratamiento de las personas con trastorno mental en el dispositivo menos restrictivo posible.

Impulsar modelos de intervención en crisis.

2.2.8 Promover, desarrollar e integrar programas transversales de rehabilitación

Líneas de actuación

Establecer circuitos de rehabilitación transversal e integral.

- Desarrollar programas de rehabilitación de carácter transversal en cada recurso de la RSMNa, y adaptados a la situación clínica y necesidades de las personas con trastorno mental grave y persistente.
- Establecer circuitos de rehabilitación transversal e integral diferenciando programas de alta y baja intensidad.
- Aumentar el número de pacientes que se incorporan a programas de rehabilitación.
- Realizar las actuaciones del programa de TMG en sus aspectos de rehabilitación, residenciales y ocupacionales recogidas en el Plan Integral de Atención a personas con discapacidad.

2.2.9 Promover y protocolizar medidas de atención a la salud general de las personas con trastornos mentales graves y prolongados

Líneas de actuación

Desarrollar programas en colaboración con otros servicios de salud.

- Impulsar estrategias para abordar de manera médica integral los TMG y persistentes, contemplando aspectos preventivos, diagnósticos, terapéuticos y de seguridad, así como la coordinación con el resto de los servicios de salud.
- Diseñar modelos de seguimiento de pacientes polimedicados que refuercen la adherencia terapéutica y garanticen un alto nivel de seguridad ante los riesgos potenciales de los medicamentos.
- Desarrollar programas con otros servicios de salud para un adecuado diagnóstico y tratamiento de la comorbilidad médica asociada a los trastornos mentales graves y persistentes (síndrome metabólico, tabaquismo, factores de riesgo cardio-vascular, efectos secundarios de la medicación, etc.).

2.2.10 Mejorar la efectividad y resolución de los Hospitales de Día

Líneas de actuación

- Promover el ingreso urgente de pacientes que así lo requieran en los tres días siguientes a la demanda, y el ingreso preferente en los 15 días siguientes a la demanda.
- Gestionar las estancias de forma ágil y adaptadas a las necesidades de pacientes, ajustando las estancias medias a los valores estándar.

VII.- OBJETIVOS

- Re-evaluar periódicamente la necesidad de ingreso de aquellos pacientes con estancias superiores a mes y medio.
- Potenciar las consultas post-hospitalización como un mecanismo eficaz de disminución de estancias, de continuidad asistencial y para disminuir los reingresos.
- Potenciar los hospitales de día como un recurso alternativo y complementario a la hospitalización total.
- Disminuir la tasa de reingresos mediante una adecuada planificación del alta y asegurando la continuidad de cuidados.

Gestión de estancias ágil y adaptada a las necesidades de pacientes.

Potenciar los HD como un recurso alternativo y complementario a la hospitalización total.

2.2.11 Mejorar la efectividad y resolución de los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales

Líneas de actuación

- Promover el ingreso urgente de pacientes que así lo requieran en las 24 horas siguientes a la demanda, y el ingreso preferente en los siete días siguientes a la demanda.
- Gestión de camas ágil y adaptada a las necesidades de pacientes, ajustando las estancias medias a los valores estándar.
- Re-evaluar periódicamente la necesidad de ingreso de aquellos pacientes con estancias superiores a un mes.
- Potenciar las consultas post-hospitalización como un mecanismo eficaz de disminución de estancias, de continuidad asistencial y para disminuir los reingresos.
- Disminuir la tasa de reingresos mediante una adecuada planificación del alta y asegurando la continuidad de cuidados.
- Tener la tasa de suicidios durante el ingreso a cero.

Promover el ingreso urgente de los pacientes que así lo requieran.

2.2.12 Implantar procedimientos de tratamiento involuntario que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de pacientes

Líneas de actuación

- Elaborar una guía general, referida a las buenas prácticas, sobre aspectos éticos y legales de la práctica asistencial de cualquier modalidad de intervención en contra de la voluntad de las personas con trastorno mental.
- Definir o actualizar protocolos para el traslado y la hospitalización involuntaria, la contención física, el tratamiento involuntario de

Impulsar buenas prácticas y el respeto de los derechos de los pacientes en los internamientos involuntarios.

pacientes hospitalizados y cualquier medida restrictiva dentro de lo contemplado en el actual ordenamiento jurídico.

- Ante un ingreso involuntario, realizar un seguimiento del impacto emocional del mismo en las familias y apoyarlas en función de sus necesidades.

2.2.13 Implementar planes de cuidados estandarizados como instrumento para individualizar y mejorar la calidad de los cuidados enfermeros

Líneas de actuación

Diseñar planes de cuidados estandarizados.

- Diseñar planes de cuidados estandarizados para la atención a pacientes con procesos de mayor prevalencia o gravedad.
- Incorporar planes de cuidados estandarizados de forma adaptada e individualizada en la atención a cada paciente.
- Evaluar resultados conseguidos, readaptando cada plan individualizado.
- Sistematizar procedimientos concretos a través de protocolos de aplicación general en toda la red o específicos en los diferentes dispositivos o equipos.
- Revisar y actualizar periódicamente los planes y protocolos.
- Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos en personas con TMG y prolongado.

Potenciar la figura de la enfermera gestora de casos.

2.2.14 Implementar protocolos y sistematizar procesos de trabajo social

Líneas de actuación

Coordinar los protocolos y procedimientos de Trabajo Social en Salud Mental con los de Política Social.

- Elaborar protocolos escritos de los procesos o procedimientos mas habituales o importantes para cada paciente, familia o dispositivo.
- Realizar el seguimiento sobre la calidad y resolución de la atención realizada.
- Revisar y actualizar periódicamente los protocolos.
- Elaborar un protocolo de coordinación de los procedimientos de Trabajo Social en Salud Mental, con los utilizados por los Servicios Sociales con la finalidad de una integración progresiva de los mismos.

VII.- OBJETIVOS

2.2.15 Programar y sistematizar las actividades de terapia ocupacional comprometiendo la evaluación y mejora de sus resultados

Líneas de actuación

- Elaborar protocolos de las actividades mas habituales dirigidas a diferentes pacientes y dispositivos.
- Programar la actividad enmarcada en cada paciente junto a los objetivos a alcanzar y la evaluación de resultados.
- Revisar y actualizar periódicamente los protocolos.
- Protocolizar y evaluar la funcionalidad y satisfacción de los usuarios en las áreas ocupacionales.

2.2.16 Promover un sistema de medición, evaluación y difusión de resultados en Salud Mental

Líneas de actuación

- Elaborar indicadores estándar de resultados que contemplen aspectos de resolución clínica, funcionamiento psicosocial y de calidad percibida.
- Elaborar indicadores específicos de cada servicio o programa, así como indicadores generales para toda la RSMNa.
- Realizar evaluaciones anuales y sistemáticas de todos los servicios de la RSMNa con el objeto de identificar puntos fuertes y áreas de mejora de cada servicio.
- Promover y facilitar que los servicios de SM realicen la explotación descentralizada de los sistemas de información de datos, y que esto sirva para las estrategias de formación e incentivación profesional.
- Mejorar los indicadores y la integración de datos de toda la RSMNa para facilitar a profesionales la autoevaluación de sus resultados.
- Incluir en la memoria anual la evaluación de los pactos de gestión de cada centro de la RSMNa.

Elaborar indicadores estándar de resultados.

Realizar evaluaciones anuales de los servicios de la RSMNa.

Incluir en la memoria anual la evaluación de los pactos de gestión de cada centro de la RSMNa.

Objetivo General 2.3 Mejora de la eficiencia y la continuidad asistencial**2.3.1 Orientar la actividad a programas asistenciales de carácter transversal****Líneas de actuación**

Desarrollar programas asistenciales de carácter transversal.

- Desarrollar los siguientes programas:
 - Trastorno mental grave
 - Trastorno de personalidad grave
 - Trastorno mental común
 - Infanto-juvenil
 - Trastornos de la conducta alimentaria
 - Rehabilitación
 - Psicogeriatría
 - Trastornos adictivos y patología dual
 - Salud mental penitenciaria y forense
 - Patologías complejas: trastorno mental co-mórbido con discapacidad intelectual y enfermedades médicas
- Asegurar la transversalidad de los programas, por medio de su implementación en cada dispositivo generalista en coordinación con los dispositivos específicos, propios o concertados, con el resto de dispositivos del SNS-O y con Servicios Sociales.
- Definir las características fundamentales de cada programa y sus indicadores correspondientes.
- Impulsar la especialización progresiva de profesionales de la RSMNa en la atención de uno o más programas, definiendo el facultativo responsable de cada programa en todos los dispositivos de la RSMNa.
- Sectorizar los procesos y programas asistenciales, así como la atención en general, de forma adecuada a las necesidades de la población y a la existencia de masa crítica apropiada.

VII.- OBJETIVOS

2.3.2 Promover la implantación de circuitos asistenciales integrados, de carácter multidisciplinar y transversal, entre los centros de la RSMNa y entre estos y los concertados

Líneas de actuación

- Desarrollar guías de cuidados integrados para los programas asistenciales o trastornos mentales específicos más relevantes por su gravedad, prevalencia o consumo de recursos, que garanticen la continuidad de cuidados del proceso asistencial.
- Desarrollar circuitos asistenciales por programas y procesos clínicos en todos los dispositivos de la RSMNa, propios y concertados, que garanticen una óptima coordinación.
- Promover y facilitar el trabajo en red entre los dispositivos y profesionales de la RSMNa identificando profesionales clave por dispositivos y programas.
- Incorporar estrategias de seguridad tanto para las personas con trastorno mental como para profesionales en todos los procesos, programas, protocolos y guías.

Desarrollar circuitos asistenciales por programas y procesos clínicos.

2.3.3 Implantar el “Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves”

Líneas de actuación (el PIATMG recogerá, al menos, los siguientes aspectos)

- La evaluación de las necesidades de tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo, así como la previsión de posibles situaciones de riesgo.
- La programación de todas las actuaciones necesarias para dar respuesta a las necesidades, y los criterios y plazos para la evaluación de su efecto.
- El acuerdo entre el equipo de SM, la de otros servicios que podrían estar involucrados en el caso, el paciente y/o cuidador responsable acerca de esta programación.
- El nombre del miembro del equipo que será responsable de su ejecución y de profesionales de referencia, en cada uno de los dispositivos que el paciente pueda utilizar.
- Este plan deberá ser reflejado en la HCI y actualizado periódicamente.

Plan integrado de atención para los TMG.

Acuerdo Terapéutico para los Trastornos Mentales Comunes.

2.3.4 Implantar el “Acuerdo Terapéutico para los Trastornos Mentales Comunes”

Líneas de actuación (el ATTMC recogerá, al menos, los siguientes aspectos)

- La asignación de la responsabilidad a los posibles profesionales que participan en el proceso de atención (al menos el médico de familia el facultativo especialista).
- Establecimiento del encuadre terapéutico: frecuencia y duración del tratamiento, intervención en crisis, intervención de otros profesionales, etc.
- Objetivos personalizados del tratamiento.
- La previsión de la duración del tratamiento y los criterios de revisión y terminación.
- Constará en HCI el informe remitido al MAP con el diagnóstico y propuesta de tratamiento.

Establecer procedimientos de comunicación y coordinación entre SM y AP.

2.3.5 Potenciar la comunicación, coordinación y colaboración entre los CSM y Atención Primaria

Líneas de actuación

- Establecer procedimientos de comunicación y coordinación entre SM y AP, en base a un modelo colaborativo, que faciliten la relación formal e informal entre profesionales (reuniones, sesiones clínicas, grupos de mejora continua de la calidad, encuentros entre directivos de SM y AP).
- Prever los recursos necesarios para facilitar la comunicación entre profesionales (personal, telefónica, informática, etc.) y el flujo de la información clínica a través de soportes digitales entre los CSM y los CS.
- Impulsar el desarrollo de las tecnologías de la información y comunicación (TICs) en la relación con AP: interconsultas no presenciales, telefónicas, correo electrónico, consultas on line, sesiones multiconferencia, etc.

VII.- OBJETIVOS

2.3.6 Impulsar el desarrollo de circuitos asistenciales integrados entre los CSM y los equipos de AP

Líneas de actuación

- Facilitar la gestión por procesos asistenciales integrados entre niveles, favoreciendo las “consultas de acto único” y la utilización de guías de práctica clínica compartida.
- Aumentar el número de guías de práctica clínica y protocolos integrados o compartidos entre SM y AP.
- Desarrollar y protocolizar un programa de diagnóstico e intervención precoz de los trastornos mentales en función de su prevalencia y gravedad.
- Establecer criterios de priorización clínica de consultas.
- Impulsar la utilización de indicadores comunes evaluables y comparables.

Aumentar el número de guías de práctica clínica y protocolos integrados o compartidos entre SM y AP.

2.3.7 Potenciar la modalidad de atención domiciliaria de las personas con trastornos mentales graves y/o con problemas de dependencia

Líneas de actuación

- Incluir en la atención sanitaria domiciliaria, los cuidados de salud mental a pacientes con enfermedades que cursan con grave incapacidad o dependencia y a pacientes con trastorno mental grave y marcada dependencia o discapacidad.
- Impulsar planes de acción de atención domiciliaria en colaboración con los Servicios Sociales, EAP y con el programa de hospitalización a domicilio, en los que se definan los objetivos de la atención en Salud Mental a las personas con TMG, dependientes y sus cuidadores.
- Generalizar desde los CSM actividades de prevención de situaciones que generen dependencia, y aquellas orientadas al mantenimiento y recuperación de la capacidad para actividades de la vida diaria.

Impulsar planes de acción de atención domiciliaria.

2.3.8 Mejorar la coordinación entre servicios de salud mental y servicios sociales definiendo circuitos asistenciales integrados

Líneas de actuación

Promover una visión comunitaria de la asistencia.

- Promover una visión comunitaria de la asistencia y la coordinación y comunicación entre las diferentes administraciones implicadas en la atención sanitaria y la atención social.
- Favorecer políticas de comunicación, divulgación e integración de procedimientos entre los sectores sanitario y social, adquiriendo compromisos conjuntos.
- Definir circuitos asistenciales integrados con los servicios sociales para los programas de trastornos adictivos, trastorno mental grave o grupos de alto riesgo (p.e., exclusión social).
- Potenciar la figura de Trabajo Social en los equipos de salud mental comunitarios encargada de la coordinación con los servicios sociales.

2.3.9 Garantizar y sistematizar actividades de apoyo y psicoeducación a familiares o cuidadores de personas con trastornos mentales

Líneas de actuación

Reconocer a los familiares como cuidadores principales y de vínculo con el entorno.

- Reconocer a familiares como cuidadores principales y de vínculo con el entorno.
- Informar a las familias sobre la naturaleza, manifestaciones y necesidades de las personas recién diagnosticadas de un trastorno mental.
- Mantener contacto periódico con familiares o cuidadores para informar, recabar información y recomendar sobre pautas de actuación y manejo adecuado de situaciones de conflicto.
- Implicar familiares cuidadores como agentes colaboradores en todo el proceso de tratamiento y rehabilitación.
- Apoyar a las personas cuidadoras, así como prevenir y manejar sus situaciones de sobrecarga.
- Potenciar el servicio de ingresos temporales en residencias para personas con TMG como apoyo a personas cuidadoras.

Apoyar a las personas cuidadoras, así como prevenir y manejar sus situaciones de sobrecarga.

VII.3 LÍNEA ESTRATÉGICA 3: COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL

Objetivo General 3.1 Coordinación intrainstitucional

3.1.1 Potenciar los mecanismos de coordinación de la Dirección de Salud Mental con los diferentes servicios asistenciales de la RSMNa

Líneas de actuación

- Establecer un programa anual de reuniones de la Dirección con directores de los centros de la RSMNa, por áreas asistenciales y por grupos profesionales.
- Potenciar la participación de profesionales de la RSMNa en los planes y programas de la Dirección.
- Implantar la Comisión Técnico-Asistencial y el desarrollo de cuantas comisiones técnicas y grupos de trabajo se estime necesario.

Establecer un programa anual de reuniones periódicas de la Dirección de SM por áreas asistenciales con los directores de centros.

3.1.2 Mejorar la coordinación de Salud Mental con el resto de Servicios de Salud

Líneas de actuación

- Establecer mecanismos de coordinación eficaces de la Dirección de Salud Mental con las Direcciones de Atención Primaria, Hospitalarias, Recursos Humanos, Servicios Generales y Salud Pública, y a varios niveles de dichas direcciones en función de los planes y programas específicos de salud mental.
- Desarrollar protocolos de coordinación y comisiones técnicas de trabajo entre Salud Mental, Atención Primaria y Hospitales Generales por grupos de edad y procesos clínicos.

Objetivo General 3.2 Coordinación interinstitucional

3.2.1 Mejorar la coordinación con Salud Mental de los Departamentos del Gobierno y agencias involucradas en la mejora de la salud mental y la atención a las personas con trastornos mentales

Líneas de actuación

- Participar en la planificación y desarrollo de planes y programas transversales de Gobierno que pudieran tener impacto en la promoción de la salud mental, en la prevención y en la asistencia a las personas con trastorno mental

Participar en la planificación y desarrollo de planes y programas transversales de Gobierno

Promover la designación de personas claves de Departamentos del Gobierno en su relación con la Dirección de SMNa

- Establecer mecanismos de coordinación eficaces de la Dirección de Salud Mental con las instituciones implicadas en la asistencia a las personas con trastornos mentales (Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud; Vivienda y Ordenación del Territorio; Educación, Presidencia, Justicia e Interior; Innovación, Empresa y Empleo; Economía y Hacienda, Defensor del Pueblo, Agencias Tutelares, y el movimiento asociativo) que garanticen la atención integral de las personas con trastorno mental.
- Promover la designación de personas claves de estos departamentos en su relación con la Dirección de SMNa y con los servicios o programas de la RSMNa.
- Promover el desarrollo de unos estándares de evaluación de la dependencia adaptadas a las personas con trastorno mental en el contexto de la “Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia”.
- Establecer un marco de coordinación con los ayuntamientos, fomentando la incorporación de las personas con trastorno mental en sus recursos.
- Desarrollar un modelo de coordinación con Política Social, Igualdad, Deporte y Juventud, Educación y Justicia que garantice el tratamiento integral e integrado de menores con trastorno mental.

3.2.2 Potenciar la participación de las personas con trastorno mental y de sus familiares en la RSMNa

Líneas de actuación

Crear una Unidad de Atención al Paciente.

- Crear una Unidad de Atención al Paciente dependiente de la Dirección de Salud Mental al objeto de informar a las personas con trastorno mental y sus familiares sobre recursos y servicios que pueden utilizar así como para cursar de forma protocolizada sugerencias y reclamaciones.
- Disponer en cada servicio de la RSMNa una hoja explicativa de buenas prácticas así como sobre los derechos y deberes de los usuarios de los servicios.

Colaborar activamente por parte de la Dirección de SMNa y sus diferentes servicios en las actividades desarrolladas por las asociaciones de familiares.

- Implantar mecanismos para la participación de las personas con trastornos mentales y sus familiares en todos los ámbitos de la salud mental, incluyendo la planificación y evaluación de los servicios.
- Colaborar activamente por parte de la Dirección de SMNa y de los diferentes servicios de la RSMNa en las actividades (foros, debates de reflexión) desarrolladas por el movimiento asociativo.

VII.- OBJETIVOS

- Analizar las quejas, sugerencias y reclamaciones para identificar y priorizar las áreas de mejora.

Analizar las quejas, sugerencias y reclamaciones para identificar y priorizar las áreas de mejora.

VII.4 LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO DE PROFESIONALES

Objetivo General 4.1 Mejora del desarrollo profesional

4.1.1 Aumentar la motivación de profesionales y mejorar el clima laboral

Líneas de actuación

- Impulsar sistemas de incentivación económica para profesionales en función de la calidad de la atención prestada (mejoras objetivas en el proceso asistencial, resultado en salud y satisfacción de los usuarios) y la dedicación profesional, todo ello ligado a la consecución de los objetivos.
- Promover la motivación a través de incentivos no económicos: facilitación de la formación continuada, mejora en los recursos, mayor autonomía en la toma de decisiones, participación en la organización del trabajo a través de grupos de mejora, acceso a las TICs, mayor flexibilidad en la composición de equipos, etc.
- Impulsar objetivos de equipo comunes, clarificando las funciones y distribuyendo de forma equilibrada las cargas laborales.

Promover la motivación a través de incentivos no económicos.

4.1.2 Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros

Líneas de actuación

- Definir estándares de calidad de los centros que permitan la evaluación y reflejen la calidad de los centros y de profesionales de la RSMNa.
- Reconocer las iniciativas de los diferentes profesionales para acreditar su desarrollo profesional por metodologías contrastadas por centros o instituciones de reconocido prestigio.
- Promover que la competencia profesional se adapte a la oferta de servicios.

Definir estándares de calidad de los centros.

4.1.3 Aumentar la ratio de profesionales especialistas en salud mental (psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras)

Aumentar la ratio de profesionales especialistas

- Adaptar progresivamente la plantilla de los distintos servicios de la RSMNa, a perfiles de especialista.
- Definir los distintos perfiles profesionales, adecuando los recursos a las nuevas especialidades (Enfermera especialista en Salud Mental, Psiquiatra Infantil y de la Adolescencia).

4.1.4 Favorecer la formación continuada de profesionales

Líneas de actuación

Facilitar la formación continuada.

Fomentar el desarrollo de actividades de formación on line.

- Potenciar y financiar programas permanentes de formación continuada de los profesionales, compatibilizando objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.
- Promover y velar por que la formación continuada financiada por la industria esté orientada a las necesidades de la RSMNa, al puesto de trabajo del profesional que recibe la financiación y a los objetivos docentes de los especialistas en formación.
- Facilitar la formación continuada en los equipos de salud mental mediante liberaciones parciales de asistencia, reserva de tiempos, acceso gratuito a herramientas formativas y publicaciones vía Internet.
- Fomentar el desarrollo de actividades de formación *on line*.

Objetivo General 4.2 Desarrollo de la actividad docente y de formación continuada de la RSMNa

4.2.1 Implantar la Unidad Docente Multiprofesional de SMNa

Líneas de actuación

Acreditar la Unidad Docente Multiprofesional.

- Implantar el programa EIR
- Acreditar la Unidad Docente Multiprofesional (UDM)
- Desarrollar el Plan de Calidad con los programas MIR, PIR, EIR y de la UDM.
- Adaptar los recursos de la RSMNa a los programas docentes de los especialistas en formación e impulsar su financiación.

VII.- OBJETIVOS

4.2.2 Potenciar las acciones formativas en todos los centros y equipos de la RSMNa

Líneas de actuación

- Implantar acciones formativas periódicas y regladas (sesiones clínicas y bibliográficas) en cada centro de la RSMNa.
- Favorecer acciones formativas compartidas entre los centros de la RSMNa.
- Potenciar estancias formativas y reciclajes en centros externos a la RSMNa.
- Colaborar en la docencia de pregrado, post-grado y formación continuada.
- Facilitar el reconocimiento a profesionales docentes a través de: tiempos propios de docencia y tutorías, objetivos específicos en los contratos de gestión y valoración en la carrera profesional.

Implantar acciones formativas periódicas y regladas en cada centro de la red de Salud Mental.

4.2.3 Dinamizar y organizar, de forma estructurada, actividades que impulsen el desarrollo profesional vinculado a la creación de conocimiento

Líneas de actuación

- Constituir una Unidad de Docencia, Formación Continuada e Investigación de Salud Mental y desarrollar un plan de calidad de la misma.
- Poner en marcha la Comisión y Subcomisiones necesarias para el adecuado desarrollo de los programas y actividades a desarrollar.
- Ofrecer a profesionales de la red, programas y actividades de docencia o formación continuada acreditados.
- Facilitar los procedimientos necesarios para la realización de docencia, actividades de formación continuada, formación en servicio, estancias de reciclaje u otras.
- Fomentar el reconocimiento de la actividad docente de calidad en la carrera profesional y en las convocatorias de Oferta Pública de Empleo de SNS-O.

Constituir una Unidad de Docencia, Formación Continuada e Investigación de Salud Mental.

VII.5 LÍNEA ESTRATEGICA 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN

Objetivo General 5.1 Fomento de la metodología de gestión del conocimiento científico y su aplicación a la práctica clínica

5.1.1 Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en Salud Mental

Fomentar la utilización on line de fondos bibliográficos y documentales.

Líneas de actuación

- Desarrollar un programa estable de formación sobre actualización de conocimientos y herramientas para la búsqueda y selección de información relevante para la práctica clínica.
- Fomentar la utilización *on line* de fondos bibliográficos y documentales, así como la utilización de recursos de búsqueda sistemática de la evidencia.
- Crear un portal de gestión del conocimiento en la Intranet de SMNa.

5.1.2 Potenciar la incorporación de la mejor evidencia disponible a la práctica clínica y extender la cultura de la atención basada en la evidencia en la RSMNa

Líneas de actuación

Promocionar la orientación de la práctica clínica basada en la evidencia

Incorporar procedimientos de búsqueda y síntesis de la evidencia en la actividad clínica diaria.

- Promocionar la orientación de la práctica clínica basada en la evidencia mediante el estudio regular y crítico de guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y artículos científicos.
- Fomentar la elaboración periódica de actualizaciones del conocimiento en las diferentes disciplinas de la Salud Mental en aquellos procesos y problemas clínicos de mayor relevancia, bien por su prevalencia, complejidad o necesidades no resueltas.
- Incorporar procedimientos de búsqueda y síntesis de la evidencia en la actividad clínica diaria.
- Fomentar la implementación, en la práctica clínica, de conocimientos firmemente basados en la evidencia, a la vez que revisar aquellas prácticas con dudosa evidencia.
- Fomentar la participación activa de profesionales en el desarrollo y difusión de evidencias en la promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales, procedimientos terapéuticos y gestión clínica en SMNa.

Objetivo General 5.2 Fomento de la investigación en Salud Mental

5.2.1 Fomentar la investigación en Salud Mental

Líneas de actuación

- Potenciar en la formación postgrado de PIR, MIR y EIR la participación en al menos un proyecto de investigación.
- Promover planes de investigación independientes de los intereses de la industria farmacéutica sobre resultados en salud derivados de la utilización de diferentes alternativas terapéuticas.
- Potenciar las líneas de investigación en salud mental de calidad existentes en la RSMNa mediante fórmulas de relación laboral flexibles que permitan la dedicación a la investigación.
- Impulsar proyectos de investigación conjuntos con Atención Primaria, Hospitalaria y Universidades.

Potenciar la participación de los especialistas en formación en al menos un proyecto de investigación.

5.2.2 Promover un plan de investigación propio de la RSMNa

Líneas de actuación

- Impulsar la creación de estructuras, grupos y redes de investigación estables en SM que se interrelacionen y comuniquen con el resto de grupos del ámbito sanitario, universitario u otros.
- Promover y facilitar la presentación de proyectos de investigación a las Convocatorias de Proyectos de Investigación en Ciencias de la Salud del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

Impulsar la creación de estructuras, grupos y redes de investigación estables.

5.2.3 Aumentar la masa crítica de investigadores en Salud Mental

Líneas de actuación

- Facilitar la formación en metodología de la investigación, tanto en la formación pregrado y postgrado, como en la formación continuada.
- Facilitar la realización de tesis doctorales y aumentar en número de doctores en la RSMNa.

Facilitar la formación en metodología de la investigación

- Fomentar el reconocimiento de la actividad investigadora de impacto en la carrera profesional y en las convocatorias de Oferta Pública de Empleo de SNS-O.

VII.6 LÍNEA ESTRATEGICA 6: GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA RSMNa

Objetivo General 6.1 Mejora de la gestión de la RSMNa

6.1.1 Generalizar un modelo de calidad total que incida en todos los dispositivos de la RSMNa

Líneas de actuación

- Diseñar e implantar un Plan de Calidad en SM alineado con el Servicio de Calidad de las Políticas y Servicios Públicos del Instituto Navarro de las Administraciones Públicas (INAP).
- Impulsar el liderazgo en la organización como una herramienta fundamental para una atención de calidad en salud mental.
- Identificar los procesos que definen el producto final de la actividad, y seleccionar indicadores de calidad aceptados de forma generalizada por profesionales.
- Desarrollar el modelo de trabajo basado en la gestión clínica como herramienta que mejora la calidad, incorporando la evaluación permanente y el aprendizaje reflexivo como actividades de calidad.
- Generalizar la evaluación de los parámetros que miden la calidad de funcionamiento de las organizaciones (liderazgo, cohesión, clima organizacional y satisfacción de profesionales y usuarios).

VII.- OBJETIVOS

6.1.2 Impulsar la planificación en Salud Mental basada en las necesidades asistenciales y en línea con estrategias nacionales e internacionales

Líneas de actuación

- Contribuir a elaborar la Estrategia en Salud Mental del SNS y colaborar con organismos internacionales en materia de Salud Mental.
- Asegurar la coordinación entre las estrategias de salud mental de Navarra y las de ámbito estatal e internacional, colaborando en el seguimiento, evaluación y actualización de la Estrategia de Salud Mental del SNS.
- Impulsar la implicación de profesionales y ciudadanía a través de foros de participación (comisiones, junta técnico-asistencial, etc.) en la definición de las estrategias de planificación y gestión.

Contribuir a elaborar las Estrategias en Salud Mental del SNS.

6.1.3 Desarrollar los pactos de gestión por objetivos fundamentados en el Plan de Salud Mental de Navarra

Líneas de actuación

- Desarrollar los objetivos de gestión para todos y cada uno de los centros de la RSMNa, definiendo responsabilidades a nivel de la Dirección de Salud Mental, de la dirección de cada centro y de cada profesional.
- Vincular los pactos de gestión a los objetivos del Plan de Salud Mental y a su cronograma de actuaciones.
- Impulsar la vinculación de los contratos de gestión de Salud Mental con Atención Primaria y Hospitalaria en el marco del área de salud.

Desarrollar los objetivos de gestión para todos y cada uno de los centros de la RSMNa.

6.1.4 Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de oferta de servicios y actividad establecida en la planificación de salud mental

Líneas de actuación

- Ajustar la asignación de recursos a la oferta real de servicios, valorando su grado de innovación.
- Impulsar la equidad en la distribución del gasto sanitario público en la RSMNa.

Ajustar la asignación de recursos a la oferta real de servicios, valorando su grado de innovación.

- Adecuar regularmente los recursos a la actividad, cobertura de servicios y necesidades de la población atendida.

6.1.5 Potenciar las estructuras de dirección de los diferentes dispositivos de la RSMNa

Líneas de actuación

Potenciar la figura del director del Equipo de Salud Mental.

- Potenciar la figura del director del equipo, apoyando su papel de liderazgo participativo, dotándole de mayor capacidad ejecutiva para distribuir las actividades, mayor autonomía en la toma de decisiones y en el manejo de los conflictos en el centro.
- Impulsar la definición de las competencias de los directivos y la evaluación de la calidad de la función directiva (liderazgo, capacidad resolutoria y apoyo técnico, entre otros).
- Promover, que en los procesos de selección, los directores acrediten un nivel competencial definido en relación a las tareas a desarrollar en la consecución de los objetivos.
- Impulsar la formación de los directores de centros en el ámbito de la gestión y en programas de calidad.

6.1.6 Promover la descentralización de la gestión en los diferentes dispositivos de la RSMNa para mejorar los resultados

Líneas de actuación

Potenciar la autonomía de gestión.

- Potenciar la autonomía de gestión alineada con los pactos de gestión por objetivos, que permita la organización de la atención con flexibilidad suficiente, dentro del marco legal y presupuestario.
- Evaluar las distintas estrategias en descentralización y difundir sus resultados.
- Fomentar la flexibilidad suficiente en la oferta de servicios de cada centro para poder responder a necesidades locales, considerando las estrategias de salud mental establecidas en Navarra y en el conjunto del Sistema Nacional de Salud para asegurar la equidad en la oferta de servicios.

VII.- OBJETIVOS

6.1.7 Mejorar la coordinación de los centros propios de la RSMNa con los concertados

Líneas de actuación

- Asegurar que los objetivos de los centros concertados estén alineados con los del Plan de Salud Mental de Navarra.
- Integración progresiva de los centros sanitarios concertados en los sistemas de información de la RSMNa (acceso a HCI).
- Asegurar que los centros concertados cumplen los ratios y cualificación de profesionales y orienten sus objetivos cuantitativos y cualitativos a los propios de la RSMNa.
- Potenciar las comisiones técnicas de seguimiento para la revisión y evaluación periódicas de los objetivos y resultados de los conciertos en base a indicadores de actividad y de calidad.

Asegurar que los objetivos de los centros concertados estén alineados con los del Plan de SMNa.

6.1.8 Desarrollar los sistemas de información de SMNa

Líneas de actuación

- Impulsar que los sistemas de información de SM contemplen unos criterios y variables comunes, definiendo los indicadores clave que garanticen la comparabilidad para toda la RSMNa.
- Impulsar que los sistemas de información de SM contemplen unos criterios y variables específicas, definiendo los indicadores clave para cada área asistencial de la RSMNa.
- Colaborar en el desarrollo del Plan Director de Sistemas de Información del SNS-O.
- Promover que los sistemas de información sanitaria favorezcan la integralidad y continuidad de la atención, garantizando la compatibilidad de los sistemas de los diferentes proveedores.
- Garantizar que los sistemas de información cuenten con la aceptación de la ciudadanía y que preserven la confidencialidad conforme a la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Colaborar en el desarrollo del Plan Director de Sistemas de Información del SNS-O.

Objetivo General 6.2 Mejora de la organización general de la RSMNa

6.2.1 Adaptar el nuevo modelo organizativo de la Dirección de Salud Mental a los recursos de la RSMNa, oferta de servicios y necesidades de la ciudadanía.

Líneas de actuación

Reorientar e integrar los servicios, unidades y programas en los dispositivos asistenciales mas apropiados.

- Desarrollar las funciones atribuidas al equipo directivo, implementando los mecanismos de organización y gestión establecidos en la Ley de Salud Mental para cumplir los objetivos de la misma.
- Desarrollar los procedimientos de coordinación de los recursos humanos y dispositivos asistenciales dentro de cada área asistencial y entre las áreas.
- Reorientar e integrar los servicios, unidades y programas en los dispositivos asistenciales más apropiados al objeto de maximizar su eficiencia.
- Promover la evaluación de los distintos modelos organizativos con procedimientos definidos y transparentes, asegurando la difusión de los resultados.
- Promover la generalización a otros CSM de aquellos programas, actividades o modelos de funcionamiento realizadas en un determinado CSM que hayan demostrado su eficiencia y satisfacción tanto por parte de profesionales como de usuarios.

6.2.2 Consolidar y fortalecer el trabajo multidisciplinar y en equipo en Salud Mental

Líneas de actuación

Impulsar el trabajo en equipo y el desarrollo de la responsabilidad individual y colectiva.

- Impulsar en los diferentes centros de la RSMNa el trabajo en equipo y el desarrollo de la responsabilidad individual y colectiva, favoreciendo el trabajo multidisciplinar como la herramienta más efectiva.
- Distribuir tareas dentro del equipo basadas en la eficiencia, capacitación, nivel de responsabilidad, todo ello garantizando la personalización en la atención.
- Establecer elementos organizativos y dinámicas de funcionamiento que favorezcan el trabajo multidisciplinar.

VII.- OBJETIVOS

- Establecer criterios que valoren el trabajo en equipo entre los méritos a tener en cuenta en la carrera profesional.
- Definir las responsabilidades entre profesionales y establecer indicadores que las evalúen.

Definir las responsabilidades entre los profesionales.

6.2.3 Poner en marcha órganos de participación dirigidos a mejorar la calidad y el apoyo a la actividad asistencial, docente e investigadora de la RSMNa

Líneas de actuación

- Crear la Junta Técnico Asistencial de SMNa como el principal órgano técnico asesor y de participación.
- Crear, con la finalidad de asesorar y proponer mejoras en sus diferentes ámbitos, comisiones estructuradas de Garantía de Calidad y garantía al ciudadano, Bioética, Docencia, Formación Continuada e Investigación, Farmacia y Dietética, Documentación Clínica y Sistemas de Información.
- Realizar propuestas de mejora continua en las áreas de desarrollo correspondientes.

Realizar propuestas de mejora continua.

Objetivo General 6.3 Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la RSMNa

6.3.1 Centros de Salud Mental

Líneas de actuación

- Implementar y desarrollar los programas de atención comunitaria en sus aspectos preventivos y atención a grupos y personas de especial vulnerabilidad.
- Desarrollar programas conjuntos con AP en cada CSM, en línea con la corresponsabilidad que tanto AP como SM tienen respecto a la asistencia de personas con TMC.
- Desarrollar el Programa de Interconsulta con AP (PIAP).
- Promover la reorganización funcional y la especialización de la actividad en base a procesos clínicos diferenciados.
- Implementar y desarrollar consultas de alta frecuentación y resolución.

Implementar y desarrollar los programas de atención comunitaria.

Implementar y desarrollar consultas de alta frecuentación y resolución.

- Trasladar el CSM de Estella al Hospital García Orcoyen y redefinir algunas de sus funciones en el nuevo marco.

6.3.2 Hospitales de Día

Líneas de actuación

- Redefinir las funciones de los hospitales de día en términos de alternativa terapéutica a la hospitalización total, intervención en crisis, continuidad con la post-hospitalización total y tratamiento ambulatorio intensivo de trastornos mentales graves.
- Especialización progresiva de los dos hospitales de día generalistas de Pamplona en torno a programas asistenciales diferenciados.
- Implementar y desarrollar consultas de alta frecuentación post-alta.
- Impulsar el traslado del hospital de día de Tudela al Hospital Reina Sofía e integrarlo funcionalmente con la Unidad de Psiquiatría.

Impulsar el traslado del HD de Tudela al Hospital Reina Sofía e integrarlo funcionalmente con la UHP.

6.3.3 Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales

Líneas de actuación

- Potenciar el desarrollo de un Servicio de Psiquiatría Unificado en el CHN, así como la elaboración de un Plan Director para las UHP.
- Potenciar una puerta única de las urgencias psiquiátricas en el CHN y racionalizar los recursos facultativos de atención continuada.
- Desarrollo de un programa de hospitalización ultracorta (<48 horas) de alta resolución en el Área de Observación de Urgencias del CHN.
- Especialización progresiva de la hospitalización en torno a procesos clínicos diferenciados: infanto-juvenil, trastornos adictivos y patología dual, TCA, trastornos afectivos y psicóticos, patologías complejas/co-morbilidad y psicogeriatría.
- Implementar o desarrollar programas de interconsulta en base a los procesos clínicos más diferenciados o prevalentes: pediatría, psicogeriatría, unidad de dolor, psicooncología, neuro-psicología/psiquiatría, medicina psicosomática.
- Desarrollar programas ambulatorios de interconsulta tanto específicos del servicio como compartidos con otros servicios de acuerdo a las necesidades de pacientes.

Especialización progresiva de la hospitalización en torno a procesos clínicos diferenciados.

VII.- OBJETIVOS

- Impulsar el desarrollo de la Psicología Clínica en el CHN con programas diferenciados de psicodiagnóstico y de psicoterapias regladas orientadas al diagnóstico y tratamiento de los procesos y programas del Servicio.
- Adecuar los programas anteriores para el HRS de Tudela adaptándolas a los recursos humanos y masa crítica de pacientes de este hospital.
- Incrementar el número de camas de agudos en el HRS de Tudela.

Impulsar el desarrollo de la Psicología Clínica en el CHN.

Objetivo General 6.4 Mejora de la organización funcional de los servicios especializados de la RSMNa

6.4.1 Servicios Infanto-Juveniles

Líneas de actuación

- Diferenciar el programa de hospitalización parcial del programa ambulatorio del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.
- Organizar la actividad asistencial de forma flexible y semi-especializada en torno a tres grandes programas asistenciales: TMG, TMC y trastornos generalizados del desarrollo.
- Mejorar la organización funcional integrada entre los dispositivos específicos de este grupo de edad: CSM IJ, HD IJ y UHP IJ.
- Integrar progresivamente la atención infanto-juvenil que actualmente se presta en los CSM generalistas en el programa ambulatorio del CSM IJ.
- Definir y promover un módulo terapéutico-educativo con participación conjunta e integración funcional sanitaria, educativa y social que cubra las necesidades terapéuticas y educativas de menores con TMG.
- Protocolizar y desarrollar la intervención del CSM IJ en aquellas poblaciones con mayor riesgo social y sanitario: menores en situación de desprotección social, menores con medidas de seguridad y otros.
- Establecer criterios de derivación desde AP para las patologías más prevalentes o relevantes, así como prestar apoyo a los equipos de pediatría para tratar los trastornos menos graves en el marco de AP.
- Protocolizar y desarrollar actuaciones con Educación dirigidas a la promoción de la salud mental, así como la prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de los trastornos mentales en el ámbito escolar.

Organizar la actividad asistencial de forma flexible y semi-especializada.

Protocolizar y desarrollar actuaciones dirigidas a la promoción de la salud mental.

- Protocolizar la coordinación, en sus diferentes niveles, con Educación y Política Social en el programa de TMG de niños y adolescentes.
- Desarrollo progresivo del programa Infanto-Juvenil en las áreas de Tudela y Estella de acuerdo a las necesidades de cada sector sanitario.
- Impulsar la construcción del CSM IJ planificado en la Chantrea

6.4.2 Servicios de Rehabilitación

Líneas de actuación

Aumentar la eficiencia de los servicios de rehabilitación intensiva.

- Aumentar la eficiencia de los servicios de rehabilitación intensiva.
- Definir, protocolizar y desarrollar un circuito de rehabilitación intensiva hospitalaria que incluya la Clínica de Rehabilitación, Unidad de Tratamiento Continuado y las previstas Unidades de Media y Larga Estancia.
- Definir, protocolizar y desarrollar un circuito de rehabilitación comunitaria que incluya el Centro de Día de la Clínica de Rehabilitación, los Centros de Rehabilitación Psicosocial del Programa de Atención a las personas con enfermedad mental Grave del Departamento de Política Social y organizaciones no gubernamentales con actividades de rehabilitación (ANASAPS, Cáritas, Traperos de Emaús).

Impulsar el desarrollo de los recursos residenciales necesarios para la rehabilitación e integración de las personas con TMG.

- Desarrollar subprogramas de rehabilitación en función de la masa crítica y necesidades de usuarios.
- Impulsar el desarrollo de recursos ocupacionales como servicios de rehabilitación.
- Impulsar el desarrollo de los recursos residenciales necesarios para la rehabilitación e integración de las personas con TMG.
- Impulsar el Plan Director del Centro San Francisco Javier en lo referente a la creación de Unidades de Media y Larga Estancia, de carácter no finalista y orientación comunitaria y rehabilitadora, así como los programas comunitarios especializados.

VII.- OBJETIVOS

6.4.3 Servicios de Psicogeriatría

Líneas de actuación

- Definir y protocolizar el programa asistencial de psicogeriatría principalmente orientado a la asistencia de trastornos mentales primarios: trastornos mentales de inicio en la tercera edad y trastornos mentales envejecidos.
- Implantar el programa de psicogeriatría en todos los dispositivos generalistas de la RSMNa: CSM, HD, UHP con protocolos, procedimientos y personal especializados para atender este grupo de edad.
- Definir al menos tres sub-programas: TMG, TMC y trastornos mentales asociados a deterioro cognitivo.
- Reorientar el Centro de Día Psicogeriátrico de la RSMNa al tratamiento de trastornos mentales primarios en régimen de hospitalización parcial.
- Reorientar los recursos de evaluación e intervención de pacientes con deterioro cognitivo a las necesidades de pacientes con trastorno mental y al diagnóstico diferencial de esta con enfermedades neurodegenerativas.
- Crear un circuito asistencial integrado e integral que contemple todos los dispositivos asistenciales, propios y concertados, generales y específicos, para la óptima atención de este grupo de población.
- Colaborar en la elaboración y desarrollo del programa de atención a las Demencias del SNS-O.

Definir y protocolizar el programa asistencial de Psicogeriatría.

6.4.4 Servicios de Trastornos Adictivos

Líneas de actuación

- Definir y protocolizar un programa específico de atención a las personas con trastornos adictivos y patología dual en todos los dispositivos de la RSMNa que incluya aspectos preventivos y de diagnóstico precoz.
- Establecer un circuito integral e integrado de todos los dispositivos, propios y concertados, para la óptima atención de este grupo de población.

Definir y protocolizar un programa específico de trastornos adictivos y patología dual.

- Mejorar la coordinación e impulsar la integración de las Comunidades Terapéuticas en la RSMNa mediante el desarrollo de criterios de derivación unificados, así como programas integrados de tratamiento.
- Redefinir y diferenciar las CC.TT. en función de las tipologías, necesidades de usuarios y perfil de profesionales.
- Potenciar el Hospital de Día monográfico para el tratamiento de alta intensidad de los trastornos adictivos y patología dual incorporando el personal especializado necesario.
- Colaborar con el Plan Foral de Drogodependencias en aspectos de prevención de los trastornos adictivos.

6.4.5 Programa de Trastorno de la Conducta Alimentaria del adulto

Líneas de actuación

Desarrollar y evaluar los subprogramas de hospitalización parcial, atención intensiva ambulatoria y terapia grupal.

- Adscribir transitoriamente dicho programa, tanto orgánica como funcionalmente, al Hospital de Día Irubide.
- Desarrollar y evaluar los tres subprogramas: hospitalización parcial, atención intensiva ambulatoria y terapia grupal.
- Definir el programa como un servicio para pacientes agudos y subagudos, de alta intensidad terapéutica, con alta capacidad de resolución, de tiempo limitado, de apoyo a la red general de SM.
- Valorar la configuración en el futuro de dicho programa como una unidad específica de la RSMNa, en función del desarrollo de la cartera de servicios, nivel de actividad y eficiencia.

6.4.6 Programa de Salud Mental Penitenciaria y Forense

Líneas de actuación

Desarrollar un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias.

- Desarrollar un modelo de colaboración con los órganos de Justicia e Instituciones Penitenciarias para mejorar la atención de las personas con trastorno mentales sujetas a medidas judiciales, asegurando la continuidad de cuidados y la equidad con el resto de la población.
- Desarrollar el programa de salud mental penitenciaria que integre aspectos asistenciales de trastorno mental y abuso de sustancias.
- Desarrollar el programa asistencial para personas con trastorno mental y medidas de seguridad judiciales alternativas a la prisión, teniendo en cuenta sus necesidades terapéuticas, los recursos de la RSMNa y los del nuevo centro penitenciario.

VII.- OBJETIVOS

- Crear un programa de salud mental forense en colaboración con el Instituto de Medicina Legal de Navarra.

6.4.7 Programa de Coordinación Socio-Sanitaria

Líneas de actuación

- Protocolizar los procedimientos de coordinación, en sus diferentes niveles, entre los diferentes dispositivos de la RSMNa y Política Social.
- Desarrollar y coordinar los programas y circuitos asistenciales integrados entre la RSMNa y otros Departamentos del Gobierno.
- Desarrollar el programa de gestión integrada de Salud Mental y Política Social para la atención de las personas con trastorno mental grave.
- Gestionar los recursos socio-sanitarios del antiguo Centro Psicogeriátrico y los conciertos sociosanitarios de pacientes psicogeriátricos y con enfermedad mental.
- Elaborar una cartera de servicios socio-sanitarios para las personas con trastorno mental en línea con la cartera de servicios de Política Social.
- Colaborar en la actualización del Plan de Acción Sociosanitaria en colaboración con el Departamento de Política Social y el Servicio de Planificación y Desarrollo del Departamento de Salud.

Elaborar una cartera de servicios sociosanitarios en línea con la cartera de servicios de Política Social.

[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico
Navarra

VIII. Procesos clave

VIII. PROCESOS CLAVE. EVALUACION y SEGUIMIENTO

VIII.1 PROCESOS CLAVE

Los objetivos del Plan son numerosos y ambiciosos, por ello se requiere de una estrategia transversal para su consecución efectiva. Por este motivo se han establecido 11 procesos clave de carácter transversal que orientan los principios en los que se sustenta el plan a la consecución de los objetivos. Los 11 procesos clave están directamente ligados a la mayoría de los objetivos, cuentan con indicadores hito para evaluar su desarrollo, tienen designados a personas responsables de su ejecución y un cronograma de actuaciones.

Proceso clave 1: Sistemas de Información y Evaluación de Resultados

Objetivos
▪ Mejorar las Tecnologías de la Información en SM (2.2.1) ▪ Promover un sistema de medición, evaluación y difusión de resultados en SM (2.2.16) ▪ Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros (4.1.2) ▪ Desarrollar los sistemas de información de la RSMNa (6.1.8)
Indicadores
- Elaboración de los indicadores clave del cuadro de mandos y de evaluación de resultados - Control de agendas - Tiempos de espera - Nº de quejas y reclamaciones - Nº de servicios de la RSMNa evaluados
Responsables
• Jefes de Sº Asistenciales de Área • Jefe del Sº TA y de Enfermería • Responsable de la Unidad de Atención al Paciente y Agendas • Técnico de gestión

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

Proceso clave 2: Gestión del Conocimiento

Objetivos ▪ Promover la evaluación clínica estandarizada (2.2.2) ▪ Dinamizar y organizar de forma estructurada actividades que impulsen el desarrollo profesional vinculado a la creación de conocimiento (4.2.3) ▪ Fomento de la metodología de gestión del conocimiento y su aplicación a la práctica clínica (5.1) ▪ Potenciar la incorporación de la mejor evidencia disponible a la práctica clínica (5.1.2)
Indicadores - Nº de evaluaciones estandarizadas incorporadas a la práctica clínica habitual en cada servicio de la RSMNa - Gasto en formación en SM - Nº de acciones formativas de metodología basada en la evidencia - Creación de un portal de gestión del conocimiento en la intranet de SM - Indicadores de actividad de la biblioteca de SM
Responsables • Jefes de Servicios Asistenciales de Área • Jefa de Servicio Técnico Asistencial y de Enfermería • Responsable de Biblioteca de SMNa

Proceso clave 3: Pactos de Gestión por Objetivos

Objetivos ▪ Potenciar los mecanismos de coordinación de la DSM con todos los centros de la RSMNa (3.1.1) ▪ Generalizar un modelo de calidad total que incida en todos los dispositivos de la RSMNa (6.1.1) ▪ Desarrollar los pactos de gestión a los objetivos del Plan (6.1.3)
Indicadores - Nº de servicios con pactos de gestión por objetivos - Nº de objetivos del plan contemplados en los pactos - % de cumplimiento de los pactos en cada servicio de la RSMNa
Responsables • Jefes de Sº Asistenciales de Área • Técnico de gestión • Responsables de cada centro de la RSM

Proceso clave 4: Programas Asistenciales Transversales

Objetivos
▪ Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial (2.3) ▪ Promover la implantación de circuitos asistenciales integrados en la RSMNa (2.3.2), con AP (2.3.6) y con AS (2.3.8) ▪ Impulsar la especialización de los profesionales (4.2) ▪ Consolidar y fortalecer el trabajo multidisciplinar y en equipo (6.2.2) ▪ Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido (6.2.3)
Indicadores
- Nº de programas protocolizados - Nº y grado de implantación de los programas en cada centro - Nº y grado de implantación de los programas en toda la RSMNa - Nº de programas implementados por profesional y centro
Responsables
• Jefes de Sº Asistenciales de la DSM • Responsables de los diferentes servicios de la RSMNa • Profesional de la RSMNa responsable de cada programa

Proceso clave 5: Optimización de Recursos y Eficiencia

Objetivos
▪ Orientar la organización de los servicios a la mejora de la accesibilidad (2.1.1) ▪ Gestionar la organización de la actividad para una adecuada y pronta atención (2.1.2) ▪ Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de oferta de servicios (6.1.4)
Indicadores
- Días de espera para acceder a los diferentes servicios - Ratio de profesionales por población asignada - Nivel de actividad de los diferentes profesionales y servicios - Ratio entre profesionales y nivel de actividad
Responsables
• Director de Salud Mental • Jefes de Sº Asistenciales de Área y Jefa de Gestión • Responsables de los diferentes servicios de la RSMNa

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

Proceso clave 6: Reorganización Funcional de la RSMNa

Objetivos ▪ Mejora de la calidad de los servicios orientados al ciudadano (2.1) ▪ Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial (2.3) ▪ Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas (6.3) y especializados (6.4)
Indicadores - Grado de alineación de los servicios de la RSM con los objetivos estratégicos - Numero de protocolos y programas comunes a toda la RSMNa implementados
Responsables • Director de Salud Mental • Jefes de Sº Asistenciales de Área y Técnico Asistencial • Responsables de los diferentes servicios de la RSMNa

Proceso clave 7: Formación Continuada

Objetivos ▪ Aumentar la motivación de los profesionales (4.1.1) ▪ Favorecer la formación continuada de los profesionales (4.1.3) ▪ Potenciar las acciones formativas en todos los profesionales y equipos de la RSMNa (4.2.2)
Indicadores - Constituir una Unidad de Docencia, Formación Continuada e Investigación en Salud Mental - Nº de actividades formativas realizadas por la DSM - Nº de actividades formativas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada Sanitaria
Responsables • Director de Salud Mental • Jefa de Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería • Presidente de la Unidad de Docencia

Proceso clave 8: Unidad Docente Multiprofesional de SMNa

Objetivos ▪ Implantar el programa EIR (4.2.1) ▪ Desarrollar el programa calidad de los MIR, PIR y EIR (4.2.1) ▪ Adaptar los recursos de la RSMNa a los programas formativos de los especialistas en formación e impulsar su financiación(4.2.1)
Indicadores - Acreditación de la UDM por el Ministerio de Sanidad - Desarrollo de criterios de calidad de la UDM - Porcentaje de los objetivos docentes de la UDM cumplidos
Responsables • Director de Salud Mental • Jefa de Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería • Presidente de la Unidad de Docencia • Tutores docentes • Responsables de los diferentes servicios de la RSMNa

Proceso clave 9: Plan de Calidad de las RSMNa

Objetivos ▪ Mejorar la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía (2.1) ▪ Generalizar un modelo de Calidad Total que incida en todos los dispositivos de la RSMNa (6.1.1)
Indicadores - Número de (a)acciones formativas en calidad, (b)profesionales que participan, (c)centros o servicios que participan - Existencia del Plan de Calidad - Número de acciones del Plan puestas en marcha
Responsables • Director de SMNA • Comisión de Dirección de SMNa • Jefa de Servicio Técnico Asistencial y de Enfermería • Responsables de los diferentes servicios de la RSMNa

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

Proceso clave 10: Participación de profesionales y usuarios

Objetivos ▪ Consolidar y fortalecer el trabajo multidisciplinar y en equipo (6.2.2) ▪ Poner en marcha órganos de participación dirigidos a mejorar la calidad (6.2.3) ▪ Potenciar la participación de las personas con enfermedad mental y sus familiares en la RSMNa (3.2.2)
Indicadores - Creación de la Junta Técnico Asistencial - Nº de comisiones clínicas creadas/en funcionamiento - Nº de comisiones en las que participa el movimiento asociativo
Responsables • Director de Salud Mental • Vocales natos (Comisión de Dirección de SMNa) • Vocales elegidos

Proceso clave 11: Nuevas infraestructuras y servicios

Objetivos ▪ Impulsar el PD SFJ en lo referente a la creación de Unidades de Media y Larga Estancia (6.4.2) ▪ Impulsar la construcción del CSM IJ planificado en Chantrea (6.4.1) ▪ Incrementar el número de camas de agudos de la Unidad de Psiquiatría del HRS (6.3.3) e impulsar el traslado del HD Tudela al HRS e integrarlo funcionalmente en la UHP (6.3.2) ▪ Trasladar el CSM de Estella al Hospital García Orcoyen y redefinir algunas de sus funciones en el nuevo marco (6.3.1)
Indicadores - Desarrollo de los proyectos - Finalización efectiva de los proyectos
Responsables • Dirección Gerencia SNS-O • Dirección Servicios Generales SNS-O • Directores de Salud Mental, Tudela y Estella

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

El cronograma de actuaciones de los procesos clave tiene un desarrollo, en general, paralelo al de los objetivos; aunque dada su naturaleza estratégica, y por lo tanto previa a la consecución de los objetivos, el marco temporal es necesariamente más reducido y como mucho su finalización termina en el año 2014, exceptuando las nuevas infraestructuras y servicios.

En la figura VIII. 1 del cronograma, se resalta las diferentes fases en los siguientes colores:

Planificación (P),	P
Implementación (I),	I
Desarrollo (D),	D
Finalización	F

Tabla VIII.1. Cronograma de los 11 Procesos Clave

Procesos Clave	2012		2013		2014	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
1. Sistemas de Información y Evaluación	P	I	D	D	D	F
2. Gestión del Conocimiento	P	I	D	D	D	F
3. Gestión por Objetivos	I	D	D	D	D	F
4. Programas Asistenciales Transversales	P	I	D	D	F	
5. Optimización de Recursos y Eficiencia	P	I	D	D	D	F
6. Reorganización Funcional de la RSMNa	P	I	D	D	D	F
7. Formación Continuada	P	I	D	D	D	F
8. Unidad Docente Multiprofesional	P	D	F			
9. Plan de Calidad	P	I	D	D	D	D
10. Participación de profesionales y usuarios	P	I	D	F		
11. Nuevas infraestructuras y servicios	P	D	D	D	D	D

VIII.2 EVALUACIÓN

La evaluación constituye una herramienta indispensable para conocer la efectividad y eficiencia de todos los objetivos y líneas de actuación propuestas. La evaluación de los objetivos de este Plan se realizará mediante los indicadores correspondientes que más estrechamente se vinculan a cada uno de ellos. Para ello, se definirá una batería de indicadores para cada objetivo y líneas de actuación propuestas.

La evaluación de los objetivos de este Plan se realizará mediante los indicadores correspondientes que mas estrechamente se vinculan a cada uno de ellos.

Dado que el Plan va a desarrollarse a través de una amplia gama de instrumentos e iniciativas, se van a utilizar múltiples herramientas para su evaluación. Por un lado los indicadores aquí detallados, los propuestos en la Estrategia de SM del SNS, y todos aquellos otros instrumentos que se consideren necesarios para su correcta evaluación. El objetivo de la evaluación de Plan será determinar si se han alcanzado los objetivos propuestos describiendo que se ha hecho y cómo se ha hecho.

En esta sección, se presentan una serie de indicadores mínimos capaces de orientar sobre la dirección del cambio propuesto en el Plan. Hay que mencionar, también, que se proponen en el Plan varios objetivos centrados en la evaluación de la actividad de la Red de SMNa en términos de resultados. Este es el caso de los objetivos 2.2.16 y 6.1.8 que proponen la implantación de un sistema de información, medición y difusión de resultados. El objetivo 2.2.16 se centra en la medición, evaluación y difusión de los resultados en Salud Mental, estableciendo la incorporación en la memoria anual de la evaluación de los contratos programa de cada dispositivo de la RSM. Finalmente el 6.1.8 se centra en el desarrollo de un sistema de información de SM que permita la definición de indicadores clave de carácter transversal que permita la comparación entre todos los dispositivos. En definitiva que permita evaluar la red de SM desde una perspectiva centrada no tanto en la actividad “per se”, sino centrado en las trayectorias de los pacientes desde una perspectiva de gestión clínica.

En esta sección se presentan una serie de indicadores mínimos capaces de orientar sobre la dirección del cambio propuesto en el Plan.

Algunas de las propuestas del Plan como es el caso de los pactos de gestión por objetivos, y la implantación de GPC, protocolos y vías basados en la evidencia, así como otros programas tendrán sus propios indicadores de evaluación que habrá que tener en cuenta en la evaluación definitiva.

Como herramienta clave para la evaluación del plan contamos con el Sistema de Información de Salud Mental, creado en 1986, que obtiene datos de los CSM y HD, y permite obtener tasas de prevalencia e incidencia, número de pacientes atendidos, actividad y diagnósticos clínicos al relacionar la información registrada y continua en el tiempo con la población de base. Se trata de un instrumento planificador y

Los indicadores se obtienen de diversas bases de datos.

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

evaluador que se dota de datos longitudinales de todos los contactos realizados por los pacientes en los CSM y HD de una población definida.

Además, contamos con la Historia Clínica Informatizada, que se utiliza en la RSM desde 2006, será una fuente fundamental como sistema de información cuando su implementación sea total. Y, con una base de datos relacionada con las agendas electrónicas de citación que nos aporta datos sobre los ingresos en las UHP, listas de espera para primeras consultas y sucesivas, y gestión de agendas.

Hay que mencionar, también, el Sistema Estatal de Información en Toxicomanías (SEIT), que incluye todos los pacientes que solicitan tratamiento en los centros integrados en el Plan Nacional de Drogas. Igualmente, se dispone del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD), sistema de información sanitario nacional, desarrollado en el ámbito hospitalario y que proporciona numerosos indicadores cuantitativos y cualitativos de la actividad hospitalaria.

De acuerdo a los sistemas de información y fuentes de datos mencionados, los principales indicadores que evaluarán objetivos estratégicos se recogen en las siguientes tablas.

Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio.

Indicadores de mortalidad (fuente INE)

- Tasa estandarizada de mortalidad de personas por trastornos mentales
- Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas
- Tasa estandarizada de mortalidad relacionada con las drogas
- Tasa estandarizada de mortalidad relacionada con el alcohol

Indicadores de morbilidad

Porcentaje de personas con riesgo de una mala salud mental.

- Porcentaje de personas en riesgo de una mala salud mental (GHQ-12) (ENS)
- Prevalencia declarada de depresión, ansiedad u otros trastornos mentales (medida percibida) (ENS)
- Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol (ENS)
- Porcentaje de personas que declaran consumir drogas (EDADES)

INDICADORES DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD MENTAL Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA

1.1 Promoción de la salud mental de la población general y por grupos de edad

- Existencia de programas o actividades de promoción de la salud mental

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

- Programas de colaboración oficial con otras agencias o departamentos que no son de Salud

1.2 Prevención de los trastornos mentales

- Existencia de programas o actividades de prevención de la enfermedad mental

1.3. Erradicación el estigma y la discriminación asociados a las personas con trastornos mentales

- Realización de programas y/o actividades de concienciación sobre la salud mental
- Ejecución de programas y/o actividades para abordar el estigma y la discriminación hacia las personas con enfermedad mental

Existencia de programas o actividades de prevención de la enfermedad mental.

INDICADORES DE LA LÍNEA ESTRATÉGICA 2. ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES

2.1 Mejora de la Calidad de los servicios orientados a la ciudadanía

2.1.1 Orientar la organización de los servicios a la mejora de la accesibilidad

- Número de procedimientos habilitados para favorecer la accesibilidad directa
- Descripción de la flexibilidad de horarios

2.1.2 Gestionar adecuadamente la organización de la actividad para una adecuada y pronta atención

- Número de procedimientos de gestión de agendas
- Número de días de espera

2.1.3 Impulsar una imagen de la RSM como sistema de calidad y de confianza para resolver los problemas de salud mental de los ciudadanos

- Presencia en la red a través de un espacio propio en el portal de la salud.

Número de días de espera.

2.1.4 Potenciar la autonomía de las personas con trastorno mental y la capacidad para decidir sobre su salud y las opciones terapéuticas

- Descripción de los materiales de información basada en la evidencia para los pacientes y la ciudadanía
- Materiales de información con evaluación de su calidad como por ejemplo International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) (Elwyn G. 2006)

Materiales de información con evaluación de su calidad.

2.1.5 Desarrollar actuaciones que promuevan los autocuidados y que modifiquen la excesiva medicalización de la práctica clínica en SM.

- Descripción y evaluación de las actividades desarrolladas

2.1.6 Optimizar la cartera de servicios para mejorar la respuesta a las necesidades de la población

- Existencia de Normativa que sustenta el derecho a las prestaciones
- Existencia actualizada de una cartera de servicios de cada centro de la RSM

Existencia actualizada de una cartera de servicios de cada centro de la RSMNa.

- 2.1.7 Potenciar la atención de los CSM en zonas básicas rurales con menor accesibilidad.
 - Existencia de protocolos y procedimientos específicos
 - Ratio de interconsultas no presenciales con AP en estas zonas
- 2.1.8 Fomentar y cooperar en el desarrollo de actividades comunitarias de salud mental por los equipos de AP.
 - Número de Consejos en los que se participa activamente
 - Número de proyectos en los que se participa
- 2.1.9 Promover la intervención de los equipos de salud mental comunitarios en aquellas poblaciones de mayor riesgo social o sanitario.
 - Número de actividades protocolizadas y sistematizadas realizadas

Implantación de la Receta Electrónica.

2.2 Mejora de la efectividad y la resolución.

- 2.2.1 Mejorar las tecnologías de la información en SM
 - Porcentaje de profesionales que utilizan la HCI por centro y nivel asistencial
 - Porcentaje de pacientes con HCI abierta por centro y nivel asistencial
 - Implantación de la Receta Electrónica
- 2.2.2 Promover la evaluación clínica estandarizada mediante escalas de evaluación, tanto generales como específicas
 - Implantación de un banco de instrumentos disponible para todos los profesionales de la red
 - Número procedimientos de evaluación estandarizada regularmente aplicados en cada servicio
 - Cobertura: pacientes evaluados con instrumentos estandarizados
- 2.2.3 Implantar guías de práctica clínica y protocolos asistenciales
 - Número de GPC, protocolos y/o vías basadas en la evidencia implementadas en la RSMNa.
 - Cobertura: Número de programas con GPC, protocolos y vías clínicas
- 2.2.4 Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos
 - Elaboración de una Guía de prescripción integrada en la HCI
 - Prescripción de fármacos no incluidos en la Guía
 - Tasa de fármacos genéricos recetados

Número de GPC, protocolos y vías basadas en la evidencia implementadas.

- 2.2.5 Aumentar la intervención psicológica en todos los servicios de la RSMNa
 - Número de pacientes en psicoterapia
- 2.2.6 Impulsar el empleo de psicoterapias regladas y basadas en la evidencia
 - Desarrollo de la cartera de servicios de psicoterapias
 - Cobertura: Tasa de usuarios de dispositivos de salud mental ambulatorios que han recibido una intervención psicoterapéutica reglada

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

- 2.2.7 Impulsar en los CSM de modelos resolutivos de intervención en crisis
- Existencia de protocolos de intervención en crisis
 - Número de urgencias psiquiátricas en el CHN
 - Tasa de ingresos en UHP y HD por cada CSM
- 2.2.8 Promover, desarrollar e integrar programas transversales de rehabilitación
- Existencia del programas y grado de implantación de programa
 - Cobertura: pacientes incluidos en el programa
- 2.2.9 Promover y protocolizar medidas de atención a la salud general de las personas con trastornos mentales graves y prolongados.
- Existencia de programas y/o protocolos de atención médica al TMG
 - Cobertura del programa (porcentaje de pacientes con TMG participando en el programa)
- 2.2.10 y 2.2.11 Mejorar la efectividad y resolución de los Hospitales de Día y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.
- Días de espera para ingreso
 - Estancia media
 - Tasa de reingreso a los 30 días
 - Número de consultas post-hospitalización
 - Tasa de altas no programadas (involuntarias)
 - Tasa de suicidios durante el ingreso en las UHP
- 2.2.12 Implantar procedimientos de tratamiento involuntario que garanticen el uso de buenas prácticas y el respeto de los derechos y la dignidad de los pacientes.
- Tasa de Ingresos involuntarios en las UHP
 - Existencia de guía, y/o protocolos de tratamiento involuntario
- 2.2.13 Implementar planes de cuidados estandarizados como instrumento para individualizar y mejorar la calidad de los cuidados enfermeros
- Descripción de los planes y su implantación
 - Cobertura (% de pacientes con TMG con plan de cuidado individualizado)
- 2.2.14 Implementar protocolos y sistematizar procesos de trabajo social.
- Número de protocolos implantados
 - Cobertura (% de pacientes con TMG con plan de cuidado individualizado)
 - Grado de coordinación de los mismos con asuntos sociales
- 2.2.15 Programar y sistematizar actividades de terapia ocupacional comprometiendo la evaluación y mejora de sus resultados.
- Número de protocolos implantados
 - Cobertura: centros o programas en los que están implantados
- 2.2.16 Promover la evaluación y difusión de resultados en SM
- Resultados de la evaluación anual de centros de la RSMNa y evolución interanual de los indicadores básicos.
- Tasa de ingresos en UHP y HD por cada CSM.*
- Días de espera para ingreso.*
- Porcentaje de pacientes con TMG con plan de cuidados individualizado.*
- Evaluación interanual de centros de la RSMNa.*

- Difusión de los objetivos: Grado de cumplimiento de los objetivos en las memorias anuales de SMNa

2.3 Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial.

2.3.1 Orientar la actividad a programas asistenciales de carácter transversal

- Número de programas implantados en cada centro de la RSM
- Grado de implantación/desarrollo de la transversalidad de los programas propuestos

2.3.2 Promover la implantación de circuitos asistenciales integrados de carácter multidisciplinar y transversal entre los centros de la RSM y entre estos y los concertados

- Número de circuitos asistenciales implantados
- Cobertura: Número de dispositivos con implantación efectiva

2.3.3 Implantar el “Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves”.

- Cobertura: pacientes con TMG con evaluación de necesidades acreditada
- Cobertura: pacientes con TMG incluidos en el programa

2.3.4 Implantar el “Acuerdo Terapéutico para los Trastornos Mentales Comunes”.

- Cobertura: pacientes con TMC con “acuerdo terapéutico”

2.3.5 Potenciar la comunicación y coordinación entre los CSM y AP.

- Existe un protocolo de relación entre la atención primaria y la atención de salud mental
- Cobertura: Tasa de derivación de AP a SM

2.3.6 Impulsar la gestión de los procesos asistenciales integrados entre los CSM y AP

- Actividad: Número de consultas de acto único
- Número de protocolos clínicos compartidos entre AP y SM
- Grado de desarrollo de la interconsulta no presencial

2.3.7 Potenciar la modalidad de atención domiciliaria de las personas con trastornos mentales graves y/o problemas de dependencia.

- Existencia de criterios y protocolos de atención domiciliaria integrados con los EAP, programa de hospitalización a domicilio y Servicios Sociales
- Cobertura de la atención domiciliaria

2.3.8 Mejorar la coordinación entre los servicios de SM y los servicios sociales definiendo circuitos asistenciales integrados.

- Número de actividades protocolizadas de coordinación con servicios sociales
- Definición de circuitos asistenciales

2.3.9. Garantizar y sistematizar actividades de apoyo y psicoeducación a los familiares o cuidadores de personas con trastorno mental.

- Protocolización de las actividades
- Grado de implantación de actividades

Número de circuitos asistenciales implantados

Tasa de derivación de AP a SM.

Número de actividades protocolizadas de coordinación con servicios sociales.

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

LÍNEA ESTRATÉGICA 3. COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL

- Protocolización y sistematización de los mecanismos de coordinación y sus niveles
- Número de actividades regladas de coordinación
- Número de procedimientos y protocolos compartidos en cada nivel de coordinación
- Número de quejas, sugerencias y reclamaciones por centro

Número de quejas, sugerencias y reclamaciones por centro.

LÍNEA ESTRATÉGICA 4: PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO DE LOS PROFESIONALES

4.1 Mejora del desarrollo profesional

- 4.1.1 Aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral
 - Número de proyectos de mejora en los que participa cada profesional
 - Absentismo
 - Rotación
- 4.1.2 Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros
 - Establecimiento de estándares de calidad de los centros
 - Número de proyectos de mejora en los que participa cada centro
- 4.1.3 Aumentar la ratio de profesionales especialistas
 - Ratio de profesionales especialistas, respecto al total de profesionales sanitarios de la RSMNa
- 4.1.4 Favorecer la formación continuada de los profesionales.
 - Número de actividades programadas realizadas
 - Número de profesionales que realizan actividades

Número de proyectos de mejora en los que participa cada centro.

4.2 Desarrollo de la actividad docente de la RSM.

- Gasto en formación en salud mental
- Número de cursos ofertados a los profesionales de la red
- Grado de participación de los profesionales en la formación ofertada desde la Dirección.
- Acreditación de la Unidad Docente Multiprofesional
- Número de sesiones clínicas y bibliográficas programadas en cada centro de la RSM

Número de cursos ofertados a los profesionales de la red.

LÍNEA ESTRATÉGICA 5: GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN

5.1 Fomento de la metodología de gestión del conocimiento científico y su aplicación en la práctica clínica.

*Número de artículos
indexados en PUBMED de
profesionales de la RSMNa.*

- Existencia de una organización responsable de producir y difundir procedimientos asistenciales basados en la evidencia
- Número de acciones formativas en metodología basada en la evidencia
- Creación de un portal de gestión del conocimiento
- Indicadores de actividad de la biblioteca de SMNa

5.2 Fomento de la investigación en Salud Mental.

- Existencia de un plan de investigación propio de la Red de Salud Mental
- Número de proyectos de investigación financiados de salud mental cinco años
- Existencia de redes de investigación de salud mental
- Número de artículos indexados en PUBMED de profesionales de la RSM

LÍNEA ESTRATÉGICA 6: GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA RSMNa

6.1 Mejora de la gestión de la RSMNa.

6.1.1 Generalizar un modelo de Calidad Total que incida en todos los dispositivos de la RSMNa

- Número de (a) acciones formativas en calidad, (b) profesionales que participan, (c) centros o servicios que participan
- Existencia del Plan de Calidad
- Número de acciones del Plan puestas en marcha

6.1.3 Desarrollar los pactos de gestión por objetivos fundamentados en el Plan de SMNa

- Número de centros con pactos de gestión por objetivos
- Número de objetivos del Plan contemplados en los pactos
- Porcentaje de cumplimiento de los pactos en cada servicio de la RSMNa

6.1.4 Potenciar que la asignación de recursos este en relación con el nivel de oferta de servicios y actividad establecida en la planificación de SMNa

- Ratio de profesionales por población asignada
- Ratio entre profesionales y nivel de actividad

6.3 y 6.4 Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas y especializados de la RSMNa

- Grado de alineación de los servicios con los objetivos estratégicos del Plan
- Número de protocolos y programas implantados en cada servicio
- Número de protocolos y programas comunes a toda la RSMNa implementados

*Porcentaje de cumplimiento
de los pactos en cada servicio
de la RSMNa*

VIII.3 SEGUIMIENTO

Para el desarrollo eficaz de las acciones previstas, el Plan estará dotado de una estructura propia de evaluación y seguimiento del mismo, de la que, a su vez, dependerán las comisiones y grupos de trabajo que se consideren pertinentes. Para ello se constituye la Comisión de Seguimiento del Plan que estará formada por el Director Gerente del SNS-O, la Comisión de Dirección de Salud Mental, un miembro del Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitarios y cuantos miembros ajenos al SNS-O se estimen pertinentes.

El Plan estará dotado de una estructura propia de evaluación y seguimiento del mismo.

Con periodicidad anual, la Comisión de Seguimiento realizará una evaluación de los objetivos conforme al cronograma previsto de actuaciones, así como un informe completo de la situación de cada uno de los objetivos contemplados en el Plan. Estos informes de seguimiento serán también presentados públicamente, para su conocimiento y difusión a la ciudadanía y a los colectivos profesionales interesados. En dicha Comisión, a partir de los datos sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos y de la valoración del grado de desarrollo del plan de implantación previsto, se tomarán las decisiones pertinentes sobre las áreas de mejora identificadas.

El Plan de SMNa se evaluará de manera precisa y detallada -objetivo por objetivo- al finalizar su vigencia en 2016.

A lo largo de la vigencia del Plan, se desarrollará una metodología de evaluación de resultados en salud, a partir de la información disponible de mortalidad, morbilidad, encuestas de salud y sistemas de información y registros específicos. El Plan de SM de Navarra se evaluará de manera precisa y detallada -objetivo por objetivo- al finalizar su vigencia en 2016.

VIII.4 CRONOGRAMA DE ACTUACIONES

VIII.4.1 METODOLOGÍA DE LA ELABORACIÓN DEL CRONOGRAMA Y PRIORIZACIÓN DE OBJETIVOS

El presente Plan ha sido elaborado con la finalidad de cumplir los objetivos previstos, en sus elementos fundamentales, en el plazo de los 6 años siguientes a la publicación de la Ley de Salud Mental. Se ha establecido este marco, en vez del más habitual de 4 años para los Planes de Salud Mental, por lo ambicioso de los objetivos, que en consonancia con la Ley de Salud Mental, pretenden conseguir una segunda reforma de la Salud Mental en Navarra.

Una determinada línea de actuación puede contribuir al logro de mas de un objetivo.

El diseño del Plan hace que, para alcanzar un determinado objetivo, se utilicen diferentes líneas de actuación y que, a su vez, una determinada línea de actuación pueda contribuir al logro de más de un objetivo. Esto es particularmente relevante para la línea estratégica 6 correspondiente a los objetivos de organización y gestión, que están pensados para desarrollar la mayor parte de los objetivos del resto de líneas estratégicas.

Se priorizarán los objetivos generales en base a criterios definidos.

Los objetivos del plan están diseñados de una manera jerárquica que va desde las grandes líneas estratégicas –pasando por los objetivos generales y específicos- a las líneas concretas de actuación. Esta estructura permite seleccionar la priorización de los objetivos en el nivel deseado, lo cual facilita su jerarquización en función de las prioridades.

VIII.4.2 CRITERIOS DE PRIORIZACIÓN DE OBJETIVOS

Idealmente, las líneas de actuación deberían implementarse de manera armónica para los diferentes objetivos. Sin embargo, dado el número y diversidad de objetivos, esto es poco realista, por lo que los objetivos se priorizarán de acuerdo a los siguientes criterios.

- Impacto en la población atendida
- Factibilidad sin aumento significativo de recursos (eficiencia)
- Equidad
- Satisfacción de usuarios y profesionales
- Necesidades no resueltas

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

VIII.4.3 OBJETIVOS PRIORIZADOS

Dada la organización jerárquica de los objetivos, la forma más parsimoniosa de jerarquización se corresponde con el nivel de los objetivos generales. En base a los criterios anteriormente expuestos, los objetivos generales que se priorizarán para su desarrollo, son los siguientes:

- Mejora de la efectividad y la resolución.
- Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial
- Desarrollo de la actividad docente de la RSM
- Mejora de la gestión de la RSM
- Mejora de la organización general de la RSM
- Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la RSM
- Mejora la organización funcional de los servicios especializados de la RSM

La orientación de la asistencia a programas asistenciales definidos tiene importantes repercusiones en la organización funcional de todos los servicios de la red de SMNa.

La única línea estratégica priorizada en su totalidad es la de “Organización y Gestión”, ello se debe a que todos los objetivos de organización y gestión están relacionados con muchos objetivos del resto de líneas estratégicas y, además, son necesarios para la consecución de la mayoría de los demás objetivos.

En el marco del objetivo general de “Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial”, es de especial importancia el objetivo específico de “Orientar la actividad clínica a programas asistenciales de carácter transversal”. La orientación de la asistencia a programas asistenciales definidos tiene importantes repercusiones en la organización funcional de todos los servicios de la RSMNa, lo cual hace difícil el desarrollo uniforme de todos los programas contemplados. Por ello, y en base a los criterios previamente señalados, se priorizará el desarrollo de tres programas: infanto-juvenil, psicogeriatría y drogodependencias/patología dual.

Se priorizará el desarrollo de tres programas: infanto-juvenil, psicogeriatría y drogodependencias/patología dual.

En las siguientes tablas, se muestra el cronograma de actuaciones para (a) todos los objetivos generales, (b) los objetivos específicos de aquellos objetivos generales priorizados, y (c) los programas priorizados en términos de la reorganización funcional de los servicios.

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

Cronograma de actuaciones. Objetivos Generales (tabla IX.1)

Objetivos generales	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Promoción de la SM de la población general y de grupos específicos										
Prevención de la enfermedad mental										
Erradicación del estigma y la discriminación										
Mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía										
Mejora de la efectividad y la resolución										
Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial										
Coordinación intrainstitucional										
Coordinación interinstitucional y con otras agencias										
Mejora del desarrollo profesional										
Desarrollo de la actividad docente de la RSMNa										
Fomento de la metodología de gestión del conocimiento científico										
Fomento de la investigación en SM										
Mejora de la gestión de la RSMNa										
Mejora de la organización general de la RSMNa										
Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la RSMNa										
Mejora de la organización funcional de los servicios especializados de la RSMNa										

Tabla IX.1: Cronograma de objetivos generales Plan SMNa

Objetivo general priorizado: Mejora de la efectividad y la resolución (tabla IX.2)

Mejora de la efectividad y la resolución	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Mejorar las tecnologías de la información en SM										
Promover la evaluación clínica estandarizada mediante escalas de evaluación										
Implantar guías de práctica clínica y protocolos asistenciales										
Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos										
Aumentar la intervención psicológica en los servicios de la RSMNa										
Impulsar el empleo de psicoterapias regladas basadas en la evidencia										
Impulsar en los CSM modelos resolutivos de intervención en crisis										
Promover, desarrollar e integrar programas transversales de rehabilitación										
Promover y protocolizar medidas de atención a la salud general										
Mejorar la capacidad de resolución de las unidades de hospitalización										
Implantar procedimientos de tratamiento involuntario para una buena práctica										
Implementar planes de cuidados de enfermería										
Implementar protocolos y sistematizar procesos de trabajo social										
Programar y sistematizar las actividades de terapia ocupacional										
Promover un sistema de medición, evaluación y difusión de resultados en SMNa										

Tabla IX.2: Cronograma objetivo de mejora de la efectividad y la resolución

Objetivo general priorizado:

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

Mejora de la eficiencia y de la continuidad asistencial (tabla IX.3)

Mejora de la eficiencia y de la continuidad asistencial	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Orientar la actividad a procesos asistenciales de carácter transversal										
Promover la implantación de circuitos asistenciales integrados										
Implantar el "Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves"										
Implantar el "Acuerdo Terapéutico para los Trastornos Mentales Comunes"										
Potenciar la comunicación y coordinación entre los CSM y AP										
Impulsar el desarrollo de circuitos asistenciales integrados entre los CSM y AP										
Potenciar la modalidad de atención domiciliaria										
Mejorar la coordinación entre servicios de salud mental y servicios sociales										
Garantizar y sistematizar actividades de apoyo y psicoeducación a familiares										

Tabla IX.3: Cronograma objetivo de mejora de la eficiencia y de la continuidad asistencial

Objetivo general priorizado: Desarrollo de la actividad docente en la RSMNa (tabla IX.4)

Desarrollo de la actividad docente en la RSMNa	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Implantar la Unidad Docente Multiprofesional										
Potenciar las acciones formativas en cada centro de la RSMNa										
Desarrollo profesional vinculado a la creación de conocimiento										

Tabla IX.4: Cronograma objetivo de potenciar la actividad docente en la RSMNa

Objetivo general priorizado: Mejora de la gestión de la RSMNa (tabla IX.5)

Mejora de la gestión de la RSMNa	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Generalizar un modelo de calidad total										
Impulsar la planificación en salud mental basada en las necesidades asistenciales										
Impulsar los pactos de gestión por objetivos fundamentados en el Plan										
Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de la oferta										
Potenciar las estructuras de dirección en los diferentes dispositivos de la RSMNa										
Promover la descentralización de la gestión en los diferentes dispositivos										
Mejorar la coordinación de los centros propios de la RSMNa con los concertados										
Desarrollar los sistemas de información en salud mental										

Tabla IX.5: Cronograma objetivo mejora de la gestión de la RSM

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

Objetivo general priorizado: Mejora de la organización general de la RSMNa (tabla IX. 6)

Mejora de la organización general de la RSMNa	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Adaptar el nuevo modelo a los recursos, oferta de servicios y necesidades										
Consolidar y fortalecer el trabajo multidisciplinar y en equipo en la RSMNa										
Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido										
Poner en marcha comisiones clínicas como órganos de participación										

Tabla IX.6: Cronograma objetivo mejora de la organización general de la RSMNa

Objetivo general priorizado: Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas de la RSMNa (tabla IX.7)

Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas RSMNa	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Centros de Salud Mental										
Hospitales de Día										
Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales										

Tabla IX.7: Cronograma objetivo mejora de la organización funcional servicios generalistas RSMNa

Organización funcional de los servicios especializados: programa asistencial priorizado Infanto-Juvenil (tabla IX.8)

Organización funcional de los servicios Infanto-Juveniles	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Diferenciar el programa de hospitalización parcial del programa ambulatorio										
Organizar la actividad asistencial de forma flexible y semi-especializada										
Mejorar la organización funcional integrada entre los dispositivos específicos										
Integración progresiva de la atención infanto-juvenil de los CSM en el CSM-IJ										
Definir y promover un módulo terapéutico educativo										
Desarrollar y protocolizar la intervención del CSM-IJ en poblaciones de riesgo										
Establecer criterios de derivación desde AP para las patologías mas prevalentes										
Mejorar la accesibilidad del CSM IJ mediante apertura en horario de tarde										
Protocolizar y desarrollar actuaciones con Educación dirigidas a promover la SM										
Protocolizar la coordinación con ED y AP en el programa TMG										
Desarrollo progresivo del programa IJ en las áreas de Tudela y Estella										
Impulsar la construcción del CSM-IJ planificado en la Chantrea										

Tabla IX.8: Cronograma objetivo mejora organización funcional de los servicios Infanto-Juveniles

VIII.- PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO

Organización funcional de los servicios: programa asistencial priorizado
Psicogeriatría (tabla IX.9)

Organización funcional de los servicios de Psicogeriatría	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Definir y protocolizar el programa asistencial en Psicogeriatría										
Implantar el programa de Psicogeriatría en todos los dispositivos generalistas										
Definir al menos tres subprogramas										
Reorientar el centro de día Psicogeriátrico al tratamiento de TM primario										
Reorientar recursos de eval. e intervención de pacientes con deterioro cogn.										
Crear un circuito asistencial integrado e integral										
Colaborar en la elaboración y desarrollo programa de atención a las demencias										
Impulsar el Plan Director del SFJ referente a nuevas unidades psicogeriátricas										

Tabla IX. 9: Cronograma objetivo de organización funcional de los servicios de Psicogeriatría

Organización funcional de los servicios: programa asistencial priorizado
trastornos adictivos y patología dual (tabla IX.10)

Organización funcional de trastornos adictivos y patología dual	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Definir y protocolizar un proceso de trastorno adictivo y patología dual										
Mejorar la coordinación e impulsar la integración de las CC.TT. en la RSMNa										
Redefinir y diferenciar las CC.TT. en función de tipologías, necesidades y perfil										
Potenciar el HD Zurúa el tratamiento de alta intensidad de trastornos adictivos										
Establecer un circuito integral e integrado de todos los dispositivos de la RSMNa										
Colaborar con el PFD en aspectos de prevención de trastornos adictivos										

Tabla IX.10: Cronograma objetivo organización funcional de Drogodependencias y patología dual

[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico

Navarra

IX. Organización y gestión

IX. ORGANIZACIÓN Y GESTION DE LA RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA

Se propone una nueva organización adecuando los recursos a las necesidades de la ciudadanía navarra.

La finalidad de este capítulo es recoger aquellos compromisos más significativos vinculados a aspectos organizativos de los recursos asignados a la RSMNa, al mismo tiempo que proyecta el camino a seguir y posibles instrumentos a utilizar para la obtención de mejores resultados tanto en términos cuantitativos como en términos cualitativos. También, propone una nueva organización adecuando los recursos a las necesidades de la ciudadanía navarra, mejorando su gestión directa y dirigiéndola hacia la excelencia.

Dicha organización surge como consecuencia del desarrollo y aplicación Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, por la que se establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del SNS-O y del análisis específico realizado para la elaboración del presente Plan.

IX.1 REORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL DE NAVARRA

La RSMNa, en este proceso de nueva estructuración y reorganización general busca:

La organización asume el modelo asistencial comunitario, para atender a las personas en su entorno social.

- Que pacientes, familias y ciudadanía navarra encuentren más y mejores servicios a su alcance para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en materia de salud mental.
- Que profesionales dispongan de los medios necesarios para una adecuada actividad profesional, en un clima de consideración, respeto y responsabilidad que facilite su actualización, mejora del conocimiento, responsabilidad y práctica clínica.

La organización asume el modelo asistencial comunitario, atendiendo a las personas en su entorno social y se desarrolla con la implicación de equipos multidisciplinares, donde cada profesional asume la función, actividad y responsabilidad individual que le corresponde y donde están comprometidos con el mejor resultado. Persigue que profesionales que participen en la atención, alcancen cotas progresivas de autonomía en la gestión de su propio trabajo, en la configuración de sus cargas y en la optimización de los recursos.

Principales protagonistas: paciente y familia, profesionales, gestores sanitarios y la sociedad en general.

La Dirección de SMNa va a adoptar medidas innovadoras en la gestión clínica que favorezcan la implantación de la cultura de la calidad y de la mejora continua, en términos de calidad técnica, calidad percibida, efectividad y eficiencia. Para ello, tiene en cuenta a sus principales protagonistas: paciente y familia, profesionales, gestores sanitarios y la sociedad en general.

IX.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

El modelo de gestión clínica que se propone, basado en criterios de calidad integradora, supera la simple prestación de servicios y engloba las siguientes líneas de mejora:

- Definir y homogeneizar la oferta de servicios, garantizando la implantación de servicios básicos.
- Adecuar la utilización de los recursos, estimulando su empleo responsable a las necesidades tanto de pacientes como de la capacidad resolutoria de los mismos.
- Implicar a profesionales en un proceso continuo de evaluación y mejora del proceso asistencial.
- Conseguir una mayor información y satisfacción de la ciudadanía con los servicios prestados.

Este Plan da paso a un cambio dinámico y a una planificación de acciones que garanticen los mejores resultados asistenciales. En este sentido la incorporación de modelos de calidad, la potenciación del concepto de liderazgo gestor o clínico, así como la utilización de un modelo de dirección participativa por objetivos, serán los instrumentos más apropiados.

Este Plan da paso a un cambio dinámico y a una planificación de acciones que garanticen los mejores resultados asistenciales.

Se pretende comenzar un proceso de rediseño organizativo que incorpore a profesionales sanitarios en la mejor gestión de los recursos utilizados en su práctica clínica y otorgarles la responsabilidad sanitaria y social que corresponde a su capacidad de decisión junto al paciente. Un rediseño que parta del estudio de cada proceso priorizado para revisarlo en función de los objetivos del presente Plan y las actuales circunstancias, eliminando cada paso o actividad que no añada un verdadero valor al proceso.

La diversidad y complejidad de la RSMNa se pone de manifiesto en una organización que atiende a la población de toda Navarra con diversidad de servicios sanitarios y sociales, los cuales para lograr un circuito coordinado precisan de la intervención de otros profesionales, departamentos o instituciones.

Organización basada en el conocimiento, misión clara, gestión sostenible y eficiente, conocimiento como principal factor de decisión.

La RSMNa, organización basada en el conocimiento, precisa de una misión clara, una gestión sostenible y eficiente con visión global, donde el conocimiento sea el principal factor de decisión. La implantación de estrategias para la mejora de la eficiencia y efectividad en los servicios sanitarios públicos, requiere un esfuerzo común y competencia profesional, además de nuevas propuestas e ideas creativas.

Calidad, liderazgo, gestión por objetivos, sostenibilidad y evidencia.

La red debe orientarse con un modelo organizativo que promueva y proyecte valores basados en la calidad, evidencia, liderazgo, sostenibilidad, seguridad, innovación y relaciones éticas.

IX.2. ASPECTOS LEGALES DE LA REORGANIZACIÓN.

IX.2.1 LEY FORAL DE SALUD MENTAL

La LF 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra, establece la estructura orgánica de la Dirección de Salud Mental del SNS-O y recoge en la exposición de motivos que:

Creación de una Dirección de Salud Mental, el desarrollo del Plan Director del Centro Psicogeriátrico y la puesta en marcha de nuevos programas.

- Se plantean importantes medidas de transformación para impulsar la salud mental en Navarra según el modelo de atención comunitaria y organizar consecuentemente la RSMNa. Entre otras medidas se incluyen la creación de una Dirección de Salud Mental, el desarrollo del Plan Director del Centro Psicogeriátrico y la puesta en marcha de nuevos programas.
- La RSMNa debe orientarse al futuro con una renovada misión, con un modelo organizativo que garantice los mejores resultados asistenciales para las necesidades de la ciudadanía navarra. Su estructura deberá promover y proyectar valores basados en la calidad, evidencia, liderazgo, sostenibilidad, seguridad, innovación y relaciones éticas.

La presente LF procede a:

Un modelo organizativo que garantice los mejores resultados asistenciales.

- La creación de la Dirección de Salud Mental que pasará a tener carácter de órgano central de gestión.
- La organización de los servicios y centros propios de la RSMNa estableciendo tres Áreas diferenciadas correspondientes a los ámbitos de Hospitalización, Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental y Recursos Intermedios de Salud Mental.
- El Centro Psicogeriátrico se extingue como institución adscrita a la Dirección de Salud Mental apareciendo en su lugar diferentes Unidades integradas en las Áreas. La Dirección del Centro Psicogeriátrico se amortiza y sus recursos técnico-asistenciales se integran en las Áreas correspondientes. Su estructura administrativa se adscribe a la Dirección de Salud Mental, de manera que se centralizan y refuerzan los aspectos organizativos y administrativos desde la nueva instancia superior de Salud Mental. Las unidades y recursos del Centro Psicogeriátrico que se destinen a la amortización servirán para financiar y soportar el establecimiento de nuevas actividades y estructuras.

IX.2.2 DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL

Se crea la Dirección de Salud Mental, configurándose como órgano central de gestión que asume la máxima responsabilidad técnica de los

IX.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

programas y actuaciones de Salud Mental en el ámbito de la Región Sanitaria de Navarra.

Tendrá como prioridad la elaboración, actualización y puesta en marcha del Plan de Salud Mental de Navarra, con recursos propios y en colaboración con el Servicio de Planificación del Departamento de Salud.

La Dirección de Salud Mental pasará a tener carácter de órgano central de gestión.

Se crean dentro de la Dirección de Salud Mental los siguientes órganos directivos:

- a) Los Servicios Asistenciales de Área de Salud Mental, con sus correspondientes Jefes/as de Servicio relativos a las siguientes áreas:
 - Servicio de Área de Hospitalización.
 - Servicio de Área de Atención Comunitaria y Centros de Salud Mental.
 - Servicio de Recursos Intermedios.
- b) El Servicio de Gestión
- c) El Servicio Técnico Asistencial y de Enfermería

Tendrá como prioridad la elaboración, actualización y puesta en marcha del Plan de Salud Mental de Navarra.

La Dirección de Salud Mental tendrá los siguientes objetivos generales:

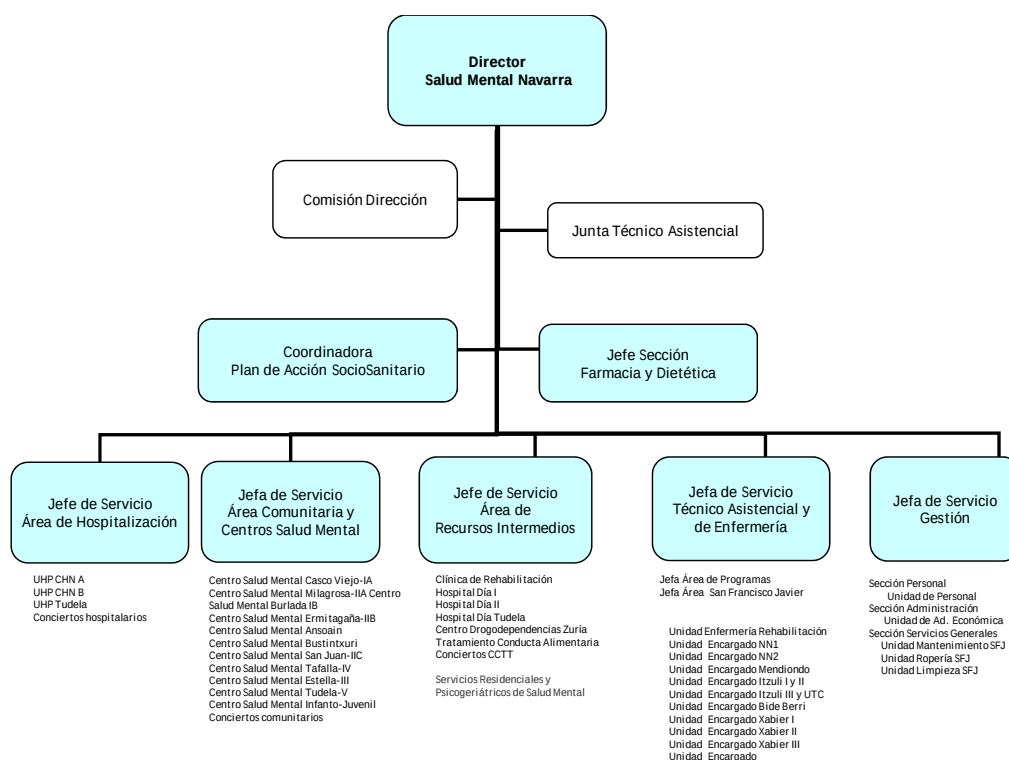
- Elaborar y mantener actualizado el Plan de Salud Mental de Navarra.
- Planificar, organizar y evaluar la RSMNa.
- Promocionar la salud mental, la prevención, la asistencia, y la rehabilitación de personas con trastornos mentales o necesidades de atención en salud mental. Colaborar con la normalización y erradicación del estigma asociado a personas con trastornos mentales.
- Ofertar a la población navarra los recursos humanos y técnicos precisos para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de personas con trastorno mental.
- Prestar atención sanitaria de calidad a través de programas dirigidos a satisfacer las necesidades de salud mental de la población asignada, procurando la mejor organización y coordinación entre profesionales de diferentes dispositivos de la red u otros recursos, niveles, servicios o departamentos.
- Desarrollar, colaborar y participar en las actividades y programas científicos de investigación, formación continuada, pregrado, postgrado y de especialización con proyectos propios o compartidos.
- Ejercer, responsablemente, las funciones y llevar a cabo las actividades que se deriven del Plan de Salud de Navarra, así como de las directrices nacionales y europeas.
- Gestionar la asistencia por procesos.
- Integrar la participación de los grupos de interés en la organización y mejora de la asistencia.
- Crear servicios asistenciales de Salud Mental multidisciplinar

Órgano central de gestión y responsabilidad técnica.

Prestar atención sanitaria de calidad a través de programas dirigidos a satisfacer las necesidades de salud mental de la población.

Gestionar la asistencia por procesos.

El organigrama funcional de la Dirección queda como se recoge a continuación:



IX.2.3 JUNTA TÉCNICO-ASISTENCIAL

La Dirección de Salud Mental será gestionada de forma descentralizada, bajo la superior dirección del Consejo de Gobierno y Director Gerente del SNS, por los siguientes órganos:

- Órganos Directivos: Director de Salud Mental, Coordinadora del Plan Sociosanitario, Jefes/as de los Servicios Asistenciales de Área, Jefa del Servicio de Gestión, Jefa del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería.
- Órganos Consultivos y de Participación: Junta Técnico-Asistencial.

IX.- ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN

La Junta Técnico-Asistencial es el órgano colegiado técnico-asesor de la Dirección de Salud Mental. Las decisiones adoptadas por ella no tendrán carácter vinculante para la Dirección de Salud Mental en temas de organización y funcionamiento que supongan modificaciones de plantilla o incremento de gasto.

Dentro de la Junta Técnico-Asistencial se crearán las Comisiones que se consideren convenientes o sean necesarias por disposición legal.

Se reunirá de forma ordinaria al menos una vez cada dos meses y, con carácter extraordinario, cuantas veces lo disponga su presidente o a solicitud de un tercio de sus componentes.

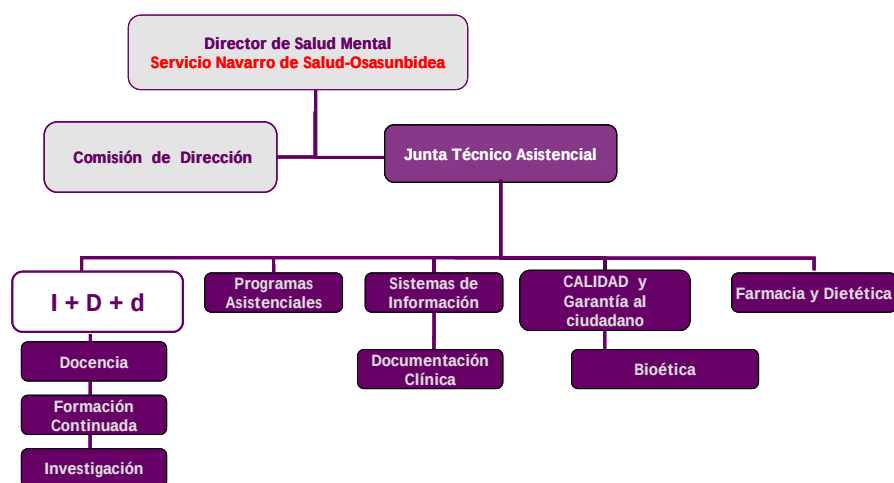
Asumirá funciones de asesoría e información sobre las siguientes materias:

- Cartera de Servicios.
- Criterios técnicos de evaluación del desempeño profesional y de acreditación de calidad de los servicios y unidades.
- Indicadores y estándares de calidad óptima de las prestaciones acordes con la disponibilidad de recursos humanos y materiales.
- Criterios de normalización técnica de procedimientos y documentación clínicos.
- Programas o protocolos de general aplicación en el ámbito de la Región Sanitaria.
- Plan de docencia anual
- Normas generales de funcionamiento de los centros y servicios.
- Objetivos y memoria anual de la dirección.
- Procedimientos administrativos de atención a ciudadanos
- Sistemas de evaluación y de incentivos
- Presupuestos individualizados de los centros.

El siguiente organigrama refleja las comisiones que se podrán crear dentro de la Junta Técnico Asistencial.

La Junta Técnico-Asistencial es el órgano colegiado técnico- asesor de la Dirección de SMNa.

Creación de Comisiones convenientes y necesarias.



Estará compuesta por los siguientes miembros:

Vocales natos,

- Director de Salud Mental, que actuará como Presidente.
- Coordinadora del Plan Sociosanitario.
- Jefes/as de los Servicio Asistenciales de Área.
- Jefa del Servicio Técnico-Asistencial y de Enfermería.
- Jefa del Servicio de Gestión, que actuará como Secretaria, con voz pero sin voto.

Vocales elegidos:

- Dos representantes de Directores de Equipos y Programas de Salud Mental.
- Dos representantes de Psiquiatras de Salud Mental.
- Dos representantes de Psicólogos de Salud Mental.
- Dos representantes de personal de Enfermería de Salud Mental.
- Un representante de Trabajadores Sociales de Salud Mental.
- Dos representantes del personal sanitario no titulado de Salud Mental.
- Un representante de las entidades concertadas en materia de servicios de Salud Mental.
- Un representante del resto de personal de Salud Mental.
- Un representante de las asociaciones de afectados por trastorno mental.
- Un representante de Terapeutas Ocupacionales de Salud Mental.

Los miembros natos cesarán en la Junta Técnico-Asistencial al cesar en su cargo en la Dirección de Salud Mental. Los elegidos serán renovados cada dos años.

IX.3 CALIDAD TOTAL

La Calidad Total, concepto entendido como el sistema de gestión a través del cual la organización satisface las necesidades y expectativas de sus clientes y de la sociedad en general, utilizando los recursos de que dispone. Trata de involucrar a toda la organización ("total") y satisfacer a clientes y a trabajadores.

La aplicación de la Ley Foral de Salud Mental 21/2010 nos orienta a desarrollar un sistema de calidad integral que permita asegurar la mejora continua de la atención y la evaluación permanente de la calidad del servicio recibido por pacientes y de sus resultados clínicos.

Son pacientes y familias la piedra angular de la RSMNa, por ello se impulsa una cultura de gestión que prioriza la accesibilidad al sistema, la participación activa y comprometida del ciudadano, la continuidad en la asistencia por un mismo profesional, la libre elección de servicios que pretenden ser más personalizados y de calidad humana y científico-técnica. Todos ellos son elementos constitutivos de lo que llamaríamos servicios de calidad total, cuyo fin sería la satisfacción del usuario relacionada con los servicios que ofrece y presta la red.

La calidad antes que una forma o un resultado de hacer las cosas, es una forma de pensamiento y actuación, donde la excelencia -hacer las cosas bien a la primera-, rige las decisiones y actividades de integrantes de la organización, empezando por la dirección, que formula la política de calidad y se constituye en impulsora del cambio, comprometiéndose con el mismo.

El compromiso de profesionales de cada equipo para que su aportación al conjunto sea la mejor, el gusto por hacer bien las cosas son actitudes o valores a potenciar en esta nueva etapa donde el compromiso con la calidad quiere ser expreso, objetivable y público. En este contexto, y dada la estrecha interdependencia funcional entre los diferentes servicios de la RSMNa, se implementará con periodicidad anual, un sistema de evaluación cruzada para conocer el grado de satisfacción que de los diferentes servicios tienen entre ellos, en base a 10 indicadores clave de calidad. Los resultados identificarán áreas de mejora que serán incorporadas a los pactos de gestión por objetivos, como estímulo y elemento de mejora continua.

Comprometidos con la calidad, es necesario avanzar hacia diseños organizativos donde prime una cultura de confianza que haga posible el desarrollo de herramientas evaluativas, implicando en la misma como agentes clave a usuarios, sus necesidades, expectativas y opinión.

Son pacientes y familias la piedra angular de la RSMNa, por ello se impulsa una cultura de gestión que prioriza la accesibilidad al sistema.

La calidad es una forma de pensamiento y actuación, antes que una forma o resultado de hacer las cosas.

Evaluación de la calidad percibida entre los servicios de la RSMNa

Avanzar hacia diseños organizativos donde prime una cultura de confianza que haga posible el desarrollo de herramientas evaluativas.

Los principios que inspiran la calidad en este Plan al igual que el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, son los de ofrecer garantías a pacientes y profesionales para conseguir una RSMNa,

- Centrada en las necesidades de pacientes y de usuarios
- Orientada a la protección, promoción y prevención de la salud
- Preocupada por el fomento de la equidad
- Decidida a fomentar la excelencia clínica
- Interesada en impulsar la evaluación de tecnologías y procedimientos con base en la mejor evidencia disponible
- Capaz de generalizar el uso de las nuevas tecnologías de la información para mejorar la atención a pacientes y ciudadanía y asegurar la cohesión de los servicios
- Capaz de planificar sus recursos humanos con suficiente anticipación para cubrir adecuadamente las necesidades de los servicios
- Transparente para todos
- Evaluable en el resultado de sus acciones

Algunas de las dimensiones de la calidad asistencial que mas peso tienen son: efectividad, eficiencia, acceso, competencia técnica, equidad, disponibilidad, respeto, oportunidad, elección/disponibilidad de información, continuo asistencial, prevención/detección temprana, sostenibilidad, circuito asistencial claro, atención integral e integrada, oferta equilibrada con la demanda.

El compromiso con la calidad articula los aspectos fundamentales de la organización.

Para que el compromiso con la calidad no sea solo una intención debe configurar un eje central sobre el que se articulen los aspectos fundamentales de toda organización. La elección de un modelo de calidad fundamentado en una teoría concreta orienta los objetivos que se desean conseguir, planifica acciones, organiza indicadores, evalúa resultados y formula mejoras. Por tanto, facilita mantener la atención y seguimiento en los aspectos identificados como relevantes.

La clasificación de calidad es convergente con las estrategias internacionales para la mejora de los servicios de salud mental.

La conocida y difundida clasificación de calidad de la asistencia de A. Donabedian (Lemus, 2009) centra su atención en el análisis de la calidad a través de la evaluación de la estructura (medios), proceso (métodos) y resultados (efectos conseguidos). Además, esta metodología es convergente con las estrategias internacionales para la mejora de los servicios de salud mental (Thornicroft G, 2005).

Plan de Calidad alineado con el INAP.

En la RSMNa de forma progresiva se va a diseñar e implementar un Plan de Calidad integral alineado con la política de calidad del INAP.

IX.4 PACTOS DE GESTIÓN POR OBJETIVOS

El Pacto de Gestión es el instrumento para el acuerdo, evaluación y gestión de los servicios prestados por los diferentes centros, dispositivos o unidades dependientes de la Dirección de SMNa.

Instrumento para el acuerdo, evaluación y gestión de los servicios.

La estrategia de dirección por objetivos constituye un firme compromiso para ofrecer un servicio de calidad y mejora continua. Esta iniciativa está incorporada en la RSMNa desde el año 2000, fecha en la que se aplica la carrera profesional del personal facultativo según DF 376/2000 diseñada por la LF 11/1999, de 6 de abril, y directamente vinculada en sus inicios a este hecho.

En el presente Plan, los pactos de gestión pasan de estar orientados a la carrera profesional a estar orientados a un proceso de mejora continua y a la consecución de los objetivos del Plan. Es ahora cuando se le añade una metodología determinada de calidad y se extiende a todos los dispositivos de la red.

En este Plan, los pactos de gestión pasan a estar orientados a un proceso de mejora continua y a la consecución de los objetivos del Plan.

Los Pactos de Gestión serán la principal herramienta para conseguir el desarrollo adecuado del Plan de Salud Mental, para lo cual se basarán en los objetivos e indicadores descritos y se adecuarán progresivamente al cronograma de actuaciones del mismo. Permitirán una evaluación continua de los objetivos para facilitar procesos de retroalimentación y acomodar el Plan a la realidad sanitaria variable, a las coyunturas sociales y a las disponibilidades de recursos del Sistema.

Se formularán Pactos de Gestión con directores de equipos y Jefaturas de recursos Hospitalarios/ Intermedios/ Comunitarios. En ellos se definirán los objetivos, estableciendo un sistema de evaluación que permitirá conocer el grado de cumplimiento y si procediera reorientarlos.

Pactos que recogerán e instrumentalizarán el modelo de gestión por objetivos y ajustarán a sus circunstancias aspectos como,

- Ámbito: el Pacto de Gestión por Objetivos se acordará y comprometerá a cada uno de los centros, unidades y programas de la Dirección de Salud Mental de Navarra.
- Modalidad: se diseñará un modelo adaptado a los recursos Hospitalarios, Intermedios y Comunitarios. El pacto será el resultado del compromiso de mejora asumido por director de equipo y participado con profesionales asistenciales de sus respectivos equipos. Se establecerán de forma consensuada la ponderación de los objetivos. Cada objetivo tendrá marcado con claridad los indicadores a través de los cuales se realizará la evaluación y su consecución y los registros o fuente de datos que se utilizará para su determinación.

Pactos de gestión anuales en cada dispositivo de la RSMNa.

- Duración: el período vigente será anual, de enero a diciembre. Si el objetivo así lo requiriera, podría ser bianual.
- Evaluación: se realizará a lo largo del mes de enero y se realizará, como mínimo, dos reuniones a lo largo del año para conocer el seguimiento e incidencias que puedan existir, incluso adaptaciones si así lo consideran ambas partes. Las conclusiones de estas reuniones deberán plasmarse en la hoja de seguimiento realizada a tal efecto. En el mes de diciembre deberá remitirse la autoevaluación por parte del director de equipo y en enero del año siguiente se procederá a la evaluación final.
- Aspectos estructurales: el Pacto en sus diferentes acuerdos deberá recoger compromisos para mejorar la estructura, procesos y resultados, en torno a la actividad asistencial, docente e investigadora, relacionado con la calidad tanto técnica, como percibida, de gestión económica y costes así como sobre las acciones y planes de mejora internos.
- Firma del Pacto: tras la evaluación de los resultados alcanzados el año anterior, se procederá a la firma por ambas partes.

Incorporar a profesionales sanitarios en la mejor gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

Este instrumento que recogerá los principales objetivos a conseguir en un acotado intervalo temporal, pretende incorporar a profesionales sanitarios en la mejor gestión de los recursos utilizados en su propia práctica clínica.

La evaluación, como aspecto básico de la mejora continua de la calidad, será un ejercicio continuo que deberá realizarse periódicamente y cuyos resultados comprometerán la actividad y recursos consiguientes.

El diseño de la estructura del pacto de gestión se recogerá a través de un esquema común para todos los centros de la RSMNa.

El diseño de la estructura del pacto de gestión se recogerá a través de un esquema o armazón común para todos los centros de la RSMNa, así como un sistema de ponderación de los distintos elementos que forman parte de los pactos de gestión. Incorpora una estructura según el esquema clásico de análisis de la calidad de evaluación de la estructura (medios), proceso (métodos) y resultados (efectos conseguidos).

Los siguientes cuadros agrupan, de forma global, aspectos relacionados con la evaluación y seguimiento de la mejora continua.

ESTRUCTURA

En este apartado se expresarán aquellos objetivos o actuaciones encaminadas a conseguir el uso adecuado de los recursos o medios asignados mejorando, de forma continua, la adecuación de los mismos.

- Definición de la Cartera de Servicios
- Uso adecuado de recursos, adaptación
- Sostenibilidad, eficiencia, eficacia, actividad ajustada a consumos
- Procedimientos de apoyo a Atención Primaria
- Trabajo en equipo
- Adecuación de recursos humanos, recursos materiales o tecnológicos

PROCESOS

En este apartado se expresarán aquellos objetivos o actuaciones encaminadas a mejorar actuaciones, decisiones y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada. Relacionados directamente con cómo se hacen las actividades. Forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia o actividad.

- Mapa de procesos asistenciales priorizados
- Normas y procedimientos escritos: guías de práctica clínica, protocolos clínicos, planes de cuidados estandarizados
- Mapa de procesos no clínicos
- Estrategias de seguridad y autocuidados a pacientes
- Coordinación y continuidad, ordenar actuaciones

RESULTADOS ASISTENCIALES

En este apartado se expresarán aquellos objetivos o actuaciones encaminadas a conseguir progresivamente, los mejores resultados cuantitativos y cualitativos (técnicos y percibidos) de la actividad asistencial.

- Satisfacción
 - . del paciente
 - . del profesional
 - . del resto de servicios

- Resultados técnicos de la Atención a los Trastornos Mentales
 - . Calidad de los servicios orientados a la comunidad
 - . Efectividad y resolución
 - . Eficiencia y continuidad asistencial

RESULTADOS de GESTIÓN

En este apartado se expresarán aquellos objetivos o actuaciones encaminadas a conseguir progresivamente, los mejores resultados cuantitativos y cualitativos (técnicos y percibidos) de la actividad gestora.

- Mejorar la calidad, Calidad Técnica, Calidad Percibida
- Junta Técnico Asistencial y Comisiones Clínicas
- Relaciones institucionales.
- Liderazgo e innovación
- Sistemas de información
- Concienciación social, medios de comunicación
- Garantías al ciudadano, manuales de buen funcionamiento
- Participación pacientes y profesionales

RESULTADOS DOCENCIA, FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

En este apartado se expresarán aquellos objetivos o actuaciones encaminadas a potenciar progresivamente, el conocimiento y talento, la capacidad docente e investigadora y su aportación científica.

- Programa de Formación Continuada y gestión del conocimiento
- Líneas de investigación
- Publicaciones, trabajos científicos

IX.5 OTROS PROYECTOS A DESARROLLAR

Se describen a continuación, dos proyectos que se consideran de especial importancia en la mejora global de la red, la creación de una Unidad de Atención al Paciente y Admisión y el desarrollo del Plan Estratégico y Director San Francisco Javier.

IX.5.1 UNIDAD DE ATENCIÓN AL PACIENTE Y ADMISIÓN (UAPA)

Partiendo de la consideración estratégica de situar a la ciudadanía como centro del sistema sanitario y con el propósito de buscar una mayor transparencia y su directa participación, se pondrá en marcha una Unidad de Atención al Paciente y Admisión que dispondrá de los siguientes medios:

Participación de ciudadanía y transparencia.

- Recogida directa de opinión, tras la utilización de cualquier servicio, a través de encuestas autocumplimentadas que permitirán su posterior valoración y publicación.
- Encuestas de satisfacción de usuarios con la finalidad de medir y analizar sus percepciones sobre las prestaciones sanitarias de la RSMNa.
- Hojas de sugerencias, quejas y reclamaciones.

La finalidad de la UAPA, es sistematizar los procedimientos de admisión, gestión de agendas y diversas gestiones administrativas solicitadas por pacientes, garantizando la máxima agilidad, flexibilidad e información tanto para pacientes como para las familias. Abordar medidas para reducir la variabilidad y sistematizar procedimientos son medidas de calidad que parece oportuno abordar en esta nueva etapa en la que la calidad y la mejora continua serán una preocupación constante.

La presencia de esta unidad centralizada se fundamenta en el convencimiento de que éste es un subproceso común a todo circuito asistencial que tanto pacientes como familias viven con especial ansiedad y puede ser notoriamente mejorado. Es un acto en el que intervienen profesionales diferentes, pacientes, familias, dispositivos de Salud e incluso otros Departamentos. Todo ello confluye en un importante número de decisiones acerca de la cita, espera, admisión y estancia que hace conveniente la máxima coordinación de todas las personas y agentes intervinientes.

Sistematizar procedimientos administrativos y gestión de agendas.

En términos generales el acto de ingreso o admisión en un centro asistencial se convierte en un acto que, en muchos casos compromete algunos valores, libertad o autonomía de la persona con trastorno mental. Ello justifica poner en marcha todos los mecanismos posibles que garanticen la mejor coordinación, así como la mejor información

previa y durante el ingreso, ya que esto facilitará la necesaria relación de confianza para la consecución de los mejores resultados terapéuticos.

*UAPA: Unidad técnico
asistencial transversal de
apoyo.*

En el circuito que la persona y familia inician desde que les comunican la necesidad de tratamiento o ingreso hasta que el paciente llega al centro correspondiente, se hace necesario abordar correctamente y según protocolo una función básicamente administrativa en donde se procede a recoger y dar toda la información necesaria a pacientes, familias y equipos asistenciales para facilitar la mejor atención.

Objetivos generales:

- Ser una unidad técnico asistencial transversal de apoyo para los procedimientos administrativos de ingreso, admisión, citación, registros e información a los diferentes centros, unidades, personal, pacientes y familias.
- Mejorar el procedimiento del ingreso en los centros estableciendo una base informatizada y normativizada.
- Colaborar proactivamente en la organización y gestión de la Dirección de Salud Mental.

Funciones de la Unidad:

*Cauce de mejora continua
para la actividad asistencial.*

- Ser un cauce de mejora continua para la actividad asistencial de la RSMNa actuando como fuente de información para la toma de decisiones de la Dirección y gestión de actividades administrativas.
- Tutelar y velar por el cumplimiento de los derechos y deberes de pacientes, familiares y usuarios, contemplados en la normativa vigente.
- Gestionar aquellos procedimientos administrativos y de coordinación con instituciones de carácter social y sanitario que no puedan realizarse desde cada uno de los centros de la red.
- Informar y orientar a pacientes, familiares y usuarios sobre los aspectos concernientes a su estancia en los centros, así como sobre la existencia de la Carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios del SNS-O.
- Informar y orientar a pacientes, familiares y usuarios sobre la existencia de la Unidad de Atención al Paciente, sus funciones y la forma de acceder a dicha Unidad.
- Atender y tramitar todas las quejas, reclamaciones y sugerencias que se presenten por los usuarios, así como proponer a la dirección de cada centro su mejor resolución.

*Informar y orientar a
pacientes, familiares y
usuarios.*

IX.5.2 DESARROLLO DEL PLAN ESTRATÉGICO Y EL PLAN DIRECTOR DEL CENTRO SAN FRANCISCO JAVIER

El desarrollo del Plan Director del Centro "San Francisco Javier" (LF 21/2010) conlleva un cambio de misión sustancial e incluye la progresiva reconversión de sus recursos en nuevas unidades y programas, incrementando así la oferta de servicios asistenciales en la red. Ello supone la desaparición de la institución, residuo manicomial, para pasar a convertirse en nuevas unidades que se incorporarán organizativamente a la red como unos dispositivos más de la misma. En el acuerdo suscrito por el Gobierno de Navarra y el Partido Socialista de Navarra plasmado en el Plan Navarra 2008-2012 se incluyó, entre las acciones prioritarias, la cantidad de 9,2 millones € destinados al Plan Director Psicogeriátrico San Francisco Javier (PD SFJ).

Progresiva reconversión de los recursos en nuevas unidades y programas.

De forma previa al PD SF, se elaboró un Plan Estratégico San Francisco Javier (PE SFJ) que proyectó una transformación radical de los actuales recursos, espacios o áreas de actividad sugiriendo la necesidad de una reorganización global de los mismos. Los cambios fundamentales se refirieron a la transformación de la actual función y actividad ejercida para dar lugar a una oferta de nuevos y necesarios servicios para la RSMNa desde un principio de adecuación, reorganización y optimización de profesionales junto a todo el resto de recursos y con el horizonte de llegar a convertirse en un referente de buena práctica no solo a nivel autonómico sino nacional o internacional.

Cambio de misión e incremento de servicios asistenciales en la RSMNa.

Algunas consideraciones previas y fundamentales fueron:

- Consolidarlo definitivamente como recursos dirigidos a actividad del Departamento de Salud, SNS-O para atender necesidades de los ciudadanos formando parte integrada de la RSMNa.
- Toda la función que, a partir del PE SFJ, se incorpore será de carácter asistencial y sanitario. No, residencial ni finalista.
- Su patrimonio, se transformará en diversos dispositivos asistenciales manteniéndose un núcleo de servicios centrales que den infraestructura al conjunto.
- El modelo de organización y prestación de servicios se centrará en procesos y programas con actuaciones basadas en la evidencia, evaluados por sus resultados que deberán ser periódicamente ajustados a la mayor calidad y eficiencia posible.

Formar parte integrada de la RSMNa.

La visión para las futuras unidades SFJ:

El Centro se proyectará como recursos sanitarios de la RSMNa, integrados en el SNS-O, con actividades asistenciales de carácter rehabilitador no finalista, dirigidas a cubrir necesidades sanitarias de nivel comunitario o especializado a la ciudadanía navarra.

Actividades asistenciales de carácter rehabilitador no finalista.

Ofrecerá servicios de referencia y calidad, encaminados a satisfacer coordinada e integralmente las necesidades de atención en salud mental psiquiátrica y psicogeriatrica. A través de actividades diagnósticas y de tratamientos en modalidad de hospitalización completa o parcial, atención en domicilio o comunidad y atención ambulatoria.

Modelo funcional y de actividad asistencial.

Modelo arquitectónico y urbanístico.

Modelo organizativo y de gestión.

Estas mejoras deseadas son el resultado de la suma y combinación de los siguientes modelos:

- Modelo funcional y de actividad asistencial -PE SFJ- (2009)
- Modelo arquitectónico y urbanístico -Plan Director y Proyectos- (2010)
- Modelo organizativo y de gestión -Proyecto de Gestión del cambio- (2011-2013)

Tras la realización y aprobación del PE SFJ, en Junio del 2009 por parte del SNS-O, se realizó un anteproyecto que propuso la oportuna ordenación de las actuaciones arquitectónicas, estructurales y urbanísticas necesarias y con ello se solicitó el Plan Especial de Reforma Interior (PERI) al Ayuntamiento de Pamplona. La transformación de estructuras e infraestructuras renovadas y adecuadas para toda la actividad asistencial, docente e investigadora, se fundamenta en un importante y plurianual plan de obras PD SFJ que, lógicamente, deberá desarrollarse y transcurrir a lo largo de varias legislaturas.

El siguiente cronograma recoge, a grandes rasgos, las actividades vinculadas a este proyecto en las siguientes fases diferenciadas:

Plan Funcional SFJ	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Meses	EF MA MJ JA SO NO	EF MA MJ JA SO NO	EF MA MJ JA SO NO	EF MA MJ JA SO NO	EF MA MJ JA SO NO	EF MA MJ JA SO NO	EF MA MJ JA SO NO
Plan Estratégico SFJ							
Trabajo Realización							
Actividades de participación							
Plan Director de Obras - Funcional							
Trabajo Técnico							
Anteproyecto Fase I							
PERI Ayuntamiento Pamplona							
Primer Proyecto							
Previsión obras Primer Proyecto							
Plan de Gestión del cambio							
Gestión de pacientes							
Gestión de profesionales							
Gestión de la Formación							
Gestión de la información							
Gestión presupuestaria							
Gestiones logísticas							
Puesta en marcha nuevas unidades							

IX.5.3 OTROS SERVICIOS E INFRAESTRUCTURAS

El presente Plan apuesta por la construcción de un Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil, proyecto que quedó interrumpido al no incluirse en el Plan Navarra 2012. Este centro comprende los servicios ambulatorios (CSM IJ) y de hospital de día (HD IJ), y debe prestar una atención diferenciada de la de adultos para este grupo de edad, tanto profesionalmente como en espacio físico. La situación actual del CSM IJ (en el CS de Sarriguren) y del HD IJ (antiguo HD de la Chantrea) debe considerarse provisional hasta que se construya el nuevo centro. A la finalización de dicho centro, deberá haberse completado la plantilla para una atención diferenciada y especializada de este grupo de población. El nuevo centro IJ será de referencia para toda Navarra, siendo su actividad integral para el área de Pamplona y prestando el apoyo necesario a las áreas de Tudela y Estella, sin perjuicio de que estas áreas presten una atención diferenciada a este grupo de población con una adecuada reorganización de los recursos ya existentes.

Construir un nuevo Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil.

En el año 2012 está prevista la puesta en funcionamiento del nuevo Centro Penitenciario. La población de este centro alcanzará hasta 500 internos (150 en el actual). Esta nueva población tiene características más complejas, lo que requerirá una atención especializada más intensiva y específica debido a la elevada prevalencia de trastornos mentales y conductas adictivas de esta población.

Adaptar los recursos asistenciales al nuevo centro penitenciario.

El área de Tudela necesita completar el Plan Director de Salud Mental del HRS, que también quedó interrumpido al no incluirse en el Plan Navarra 2012. Dicho Plan contempla el aumento de camas de agudos (de las cuatro actuales hasta las 10 previstas) y el traslado del HD, actualmente sito en el CSM, al HRS. El traslado del HD, con una orientación más clínica y orientada a pacientes agudos o de elevada intensidad de tratamiento, pretende producir sinergias con la UHP, tanto en lo referente a recursos humanos como a actividad asistencial. El espacio que dejaría libre el HD en el CSM se utilizaría para una atención diferenciada de la población infanto-juvenil del Área de Tudela.

Completar el Plan Director de Salud Mental del HRS de Tudela.

El crecimiento demográfico previsto para algunas zonas de la comarca de Pamplona que conforman una contigüidad geográfica (valle de Egües, Erripagaina, Entremutilvas), junto con Mendillorri, justifican la creación de un nuevo CSM para esta área. El nuevo centro estará ubicado en Sarriguren, en el espacio que dejaría libre la actual ubicación provisional del CSM IJ, cubriría una población estimada de 50.000 habitantes, y se estima su apertura entre 2016-2017. Este centro de Salud Mental, estaría dotado con los recursos profesionales básicos de un CSM, más los necesarios en función de la población de referencia real.

Crear un nuevo Centro de Salud Mental.

Trasladar el CSM de Estella al Hospital García Orcoyen. Este traslado, además de suponer una notable mejoría de las condiciones del centro, implica una reorientación de la actividad al contexto de un Hospital General Comarcal.

El siguiente cuadro recoge la previsión sobre las actuaciones a seguir para la realización de las nuevas y necesarias infraestructuras de la RSMNa.

Cronograma de nuevas infraestructuras	2012		2013		2014		2015		2016	
	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic	Jun	Dic
Plan Director San Francisco Javier (UME, ULE y área ambulatoria)										
Aumento número de camas de Psiquiatría en HRS										
Traslado del HD Tudela al HRS										
Traslado del CSM Estella al HGO										
Construcción nuevo CSM IJ										

[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico
Navarra

X. Financiación

X. FINANCIACIÓN

La gran mayoría de los objetivos del Plan no precisan de financiación adicional, ya que están fundamentados en una gestión clínica eficiente. Sin embargo, el desarrollo del Plan en su integridad requiere financiación adicional por 4 razones: (a) la creación de servicios e infraestructuras de los que la Comunidad Foral ha sido históricamente deficitaria, (b) la creación o desarrollo de servicios demandados bien por las nuevas necesidades de las personas con trastorno mental o la normativa vigente, (c) el refuerzo de la eficiencia de algunos servicios que históricamente no han aumentado en recursos humanos ni en cartera de servicios, y (d) la formación y docencia orientadas a los objetivos del Plan.

La financiación extraordinaria supone un incremento del 5% respecto a la presupuestación ordinaria de Salud Mental para el año 2010, y un incremento de dos décimas respecto a la financiación total de Salud del año 2010, suponiendo que esta permanece estable en los años de vigencia del Plan.

Aunque esta financiación sigue estando lejos de los estándares europeos (6-7% de la total de salud), es razonable tanto para la consecución de los objetivos del Plan como para garantizar la sostenibilidad del sistema.

En la elaboración de la financiación adicional que conlleva este Plan Estratégico, se han dotado presupuestariamente aquellos objetivos, que con su consecución impulsan muchos otros, y permitirán en el año 2016 la obtención de los resultados buscados al finalizar el Plan. Señalar especialmente la reorientación de la actividad prestada en el Centro SFJ, que ofrece la oportunidad de reconvertir los recursos humanos en una dirección de mayor especialización y menor incremento presupuestario.

- Capítulo I, el presupuesto correspondiente a este capítulo (12,5% del incremento presupuestario para el periodo 2012-2016), está destinado principalmente a transformar, cualificar y especializar la plantilla, instaurar la incentivación por objetivos, así como a potenciar la formación de especialistas postgrado. De especial relevancia en este apartado es completar la plantilla del CSM Infanto-Juvenil para la atención diferenciada y especializada de este grupo de población.
- Capítulo II, dirigido a mejorar las TICs, concluir el proceso de digitalización de Historias Clínicas, desarrollar los programas de docencia y formación continuada e implementar un Plan de Calidad para la RSMNa. Este capítulo supone el 7,5% del incremento presupuestario para el periodo 2012-2016.

X.- FINANCIACIÓN

- Capítulo VI, se recogen aquí las obras y equipamiento del Centro Infanto-Juvenil, adecuación del HRS para la hospitalización psiquiátrica total y parcial, y las nuevas Unidades contempladas en el Plan Estratégico “San Francisco Javier”. El 80% del incremento presupuestario del Plan corresponde a este Capítulo.

En la siguiente tabla (X.1), se muestran aquellos objetivos y líneas de actuación que precisan incremento presupuestario durante los años de vigencia del Plan.

Solo un 6% de las líneas de actuación y un 25% de los objetivos específicos requieren de un incremento presupuestario.

Tabla X.1 Objetivos del Plan con financiación adicional (en miles de euros)

Objetivo específico ▪ Línea de actuación	2012	2013	2014	2015	2016
2.2.1. Mejorar las Tecnologías de la Información en SM ▪ Generalizar el uso de la HCI	101,2	64,4	69,4	36,6	
2.2.5. Aumentar la intervención psicológica en todos los servicios de la RSMNa ▪ Impulsar y desarrollar un programa de atención continuada en Psicología Clínica ligado a la formación PIR	38,4	56,7	56,7	56,7	56,7
4.1.1. Aumentar la motivación de los profesionales ▪ Impulsar sistemas de incentiación económica, ligados a PGO		241,8	241,8	241,8	255
4.1.2. Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros ▪ Definir los distintos perfiles profesionales adecuando los recursos a las nuevas especialidades		50	50	50	115
4.1.3. Favorecer la formación continuada de los profesionales ▪ Potenciar y financiar programas permanentes de formación continuada de profesionales					
4.2.1. Implantar la Unidad Docente Multiprofesional de la RSMNa ▪ Adaptar los recursos de la RSMNa a los programas docentes e impulsar una financiación específica de los mismos		30	30	30	30
4.2.1. Implantar la Unidad Docente Multiprofesional de la RSMNa ▪ Implantar el programa EIR	29,1	74,9	90,5	90,5	90,5
6.1.1. Generalizar un modelo de calidad total que incida en todos los dispositivos de la RSMNa ▪ Diseñar e implantar un Plan de Calidad en SM en línea con el Servicio de Calidad de las Políticas y Servicios Públicos del INAP	30	38,1	34	34	34
6.1.4. Potenciar que la asignación de recursos este en relación con el nivel de oferta de servicios y actividad	94,2	175,8	175,8	175,8	175,8
6.3.1. Mejora de la organización funcional de los CSM ▪ Desarrollar el Programa de Interconsulta con AP (PIAP)		41,7	41,7	41,7	41,7
6.3.2. Mejora de la organización funcional de Hospitales de Día ▪ Redefinir las funciones de los Hospitales de Día ▪ Impulsar el traslado del Hospital de Día de Tudela al HRS e integrarlo funcionalmente con la UHP		72,8	872,8	145,2	145,2
6.3.3. Mejora de la organización funcional de los Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales ▪ Incrementar el nº de camas de agudos en el HRS de Tudela	350			216,4	216,4

X.- FINANCIACIÓN

6.4.1. Mejora de la organización funcional de Servicios I-Juveniles					
▪ Integrar progresivamente la atención infanto-juvenil que actualmente se presta en los CSM en el CSM IJ	81	224	224	2324	2674
▪ Impulsar la construcción del CSM IJ planificado en la Chantrea					
6.4.2. Mejora de la organización funcional de los Servicios de Rehabilitación					
▪ Impulsar el Plan Director del centro SFJ referido a la creación de Unidades de Media/Larga Estancia y Programas Especializados Comunitarios	-609	2107,5	4682,5	6595	-116
6.4.4. Mejora de la organización funcional de los Servicios de Trastornos Adictivos					
▪ Potenciar el Hospital de Día monográfico		66,2	66,2	66,2	66,2
6.4.6. Mejora de la organización funcional del Programa de Salud Mental Penitenciaria y Forense					
▪ Desarrollar el programa de salud mental penitenciaria que integre aspectos asistenciales de trastorno mental y adicciones	3,5	41,7	41,7	41,7	41,7
Otros Proyectos a desarrollar					
▪ Nuevo Centro de Salud Mental de Sarriguren	70	230	400	72,5	168
▪ Traslado CSM Estella al Hospital Garcia Orcoyen					

Todas las partidas económicas sin costes de Seguridad Social

En las tablas X.2, X.3 y X.4 se recogen respectivamente los conceptos presupuestarios de los Capítulos I, II y VI. En la tabla X.5 se resume el incremento presupuestario por capítulos.

Tabla X.2 Presupuesto Capítulo I (en miles de euros)

Concepto	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Atención continuada para Residentes en Psicología Clínica	38,4	56,7	56,7	56,7	56,7
Productividad por objetivos		241,8	241,8	241,8	241,8
Adecuación retributiva a enfermeras Especialistas en SM		39,1	39,1	39,1	104,2
Programa Enfermera Interna Residente	29,1	74,9	90,6	90,6	90,6
Incremento de Recursos Humanos	250	620,2	620,2	981,7	1.116,6
Reconversión plantilla a nuevas necesidades	-473,2	-466	-466	-394,5	-323
Costes de Seguridad Social	-46,7	170	174,7	304,6	386
<i>Total Capítulo I</i>	<i>-205,5</i>	<i>736,7</i>	<i>757</i>	<i>1.320</i>	<i>1.673</i>

X.- FINANCIACIÓN

Tabla X.3 Presupuesto Capítulo II (en miles de euros)

Concepto	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Digitalización de Historias Clínicas	101,2	64,4	69,4	36,6	0
Programas de Formación Continuada y Docencia		30	30	30	30
Gastos corrientes de la apertura en horario de tarde del CSM IJ y los derivados del funcionamiento del nuevo centro Infanto-Juvenil	6,6	13,2	13,2	13,2	55,3
Gastos corrientes nuevas Unidades UME y ULE	-97,1	-129,5	-129,5	38,7	207
Adecuación de conciertos a objetivos del Plan SMNa		102,6	102,6	102,6	120
Plan de Calidad	30	38,1	34	34	34
<i>Total Capítulo II</i>	<i>40,7</i>	<i>118,8</i>	<i>119,7</i>	<i>255,4</i>	<i>446,3</i>

Tabla X.4 Presupuesto Capítulo VI (en miles de euros)

Concepto	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Edificación nuevo Centro Infanto-Juvenil				2.100	2.369
Traslado CSM Estella al Hospital García Orcoyen	70	230	400		
Edificación nuevas unidades UME y ULE	60	3.000	5.575	7.099,5	
Acondicionamiento Hospital Reina Sofía	350		800		
<i>Total Capítulo VI</i>	<i>480</i>	<i>3.230</i>	<i>6.775</i>	<i>9.199,5</i>	<i>2.369</i>

Tabla X.5 Resumen del incremento presupuestario por Capítulos

CAPÍTULOS	Año 2012	Año 2013	Año 2014	Año 2015	Año 2016
Capítulo I	-202.525	736.673	756.993	1.319.953	1.673.074
Capítulo II	40.701	118.788	119.704	255.143	446.301
Capítulo VI	480.000	3.230.000	6.775.000	9.199.500	2.368.898
<i>Total</i>	<i>318.176</i>	<i>4.085.461</i>	<i>7.651.697</i>	<i>10.774.597</i>	<i>4.488.273</i>

Dada la importancia de la variación de la plantilla y la transformación asistencial derivada del Plan Director del Centro SFJ, en la siguiente

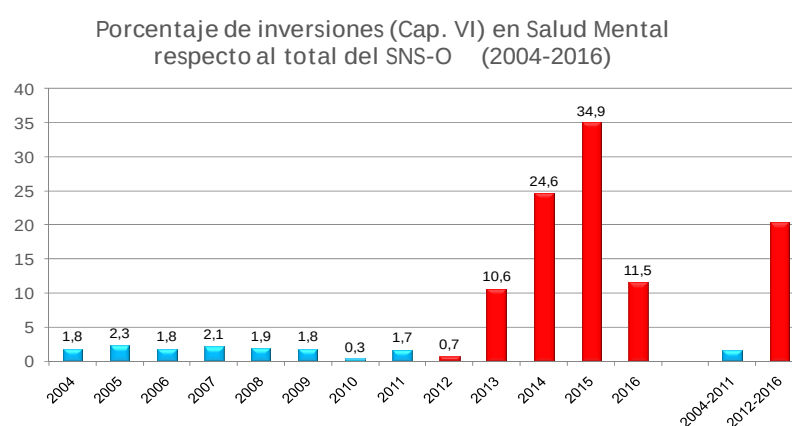
tabla (X.6) se muestra el cronograma de la evolución de los recursos humanos de la RSMNa, durante el periodo de vigencia del Plan.

Tabla X.6 Variación de plantilla

Categoría	Año 2012	Año 2013	Año 2015	Año 2016
FEA Psiquiatra	4		6,5	1
Psicólogo Clínico	6	1	6	1
Técnico en Gestión Sanitaria	1			
Enfermera Especialista		1	24	1
Enfermera Generalista	4		-12	
Terapeuta Ocupacional			2	
Trabajador Social	1		1	1
Auxiliar de enfermería	-31		-20	
Auxiliar Administrativo	1		1,5	1
Total	-14	2	9	5

Dada la importancia de la financiación en infraestructuras que conlleva el Plan, en la siguiente figura se muestra la evolución de la financiación en infraestructuras de Salud Mental antes y durante la vigencia del Plan

Gráfico X.1 Evolución de la financiación (Porcentaje del total del SNS-O) en infraestructuras en Salud Mental.



[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico

Navarra

XI. Glosario y abreviaturas

XI. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

AE	Atención Especializada
ANASAPS	Asociación Navarra para la Salud Mental
ANDEP	Agencia Navarra de la Dependencia
AP	Atención Primaria
ATTMC	Acuerdo Terapéutico para Trastornos Mentales Graves
CAT	Comisión Asesora Técnica
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CC.TT.	Comunidades Terapéuticas
CD SFJ	Centro de Día San Francisco Javier
CDP	Centro de Día Psicogeriátrico.
CDSM	Comisión Docencia de Salud Mental
CDSMNa	Comisión Docencia de Salud Mental de Navarra
CHN	Complejo Hospitalario de Navarra
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CPG	Clínica Psicogeriátrica
CR	Clínica de Rehabilitación
CRPS	Centro de Rehabilitación Psicosocial
CSM	Centros de Salud Mental
CSMIJ	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
EAP	Equipo de Atención Primaria
EIR	Enfermera Interna Residente
EISOC	Equipo de Intervención Sociocomunitaria
ENSE	Encuesta Nacional de Salud Española
ENSNa	Encuesta Nacional de Salud. Navarra
HCI	Historia Clínica Informatizada
HD	Hospital de Día
HDDZ	Hospital de Día de Drogodependencias
HDIJ	Hospital de Día Infanto-Juvenil.
IJ	Infanto-Juvenil
INAP	Instituto Navarro Administración Pública
INE	Instituto Nacional de Estadística
INGESA	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INML	Instituto Navarro de Medicina Legal
IPDAS	International Patient Decision Aid Standards
ISCI	Instituto Carlos III
ISI	Institute for Scientific Information
LORAFNA	Ley orgánica mejoramiento del régimen foral de Navarra
MF	Médico de Familia
MIR	Médico Interno Residente
OMS	Organización Mundial de la Salud
PIATMG	Plan Integrado de Atención para Trastornos Mentales Graves
PIAP	Psiquiatra de Interconsultas con Atención Primaria
PIR	Psicólogo Interno Residente

XI.- GLOSARIO Y ABREVIATURAS

RAEM	Residencia Asistida para Enfermos Mentales.
RESID	Residencias Psicogerítricas.
RSMNa	Red de Salud Mental de Navarra
SISM	Sistemas de Información Salud Mental
SM	Salud Mental
SMNa	Salud Mental de Navarra
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNS-O	Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
TCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
TICs	Tecnologías de la Información y Comunicación
TM	Trastorno Mental
TMG	Trastorno Mental Grave
UDM	Unidad Docente Multiprofesional
UD SMNa	Unidad Docente Salud Mental de Navarra
UHP	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica.
UHP IJ	Unidad hospitalización Infanto-Juvenil
UM	Unidad de Memoria.
UME	Unidad de Media Estancia
UTC	Unidad de Tratamiento Continuo
UTCA	Trastornos de la Conducta Alimentaria
ZBS	Zona Básica de Salud

[Haga clic para volver al índice](#)

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico
Navarra

XII. Bibliografía

XII. BIBLIOGRAFÍA

1. Abaurrea P, Astrain MV, Elgorriaga G, Litago R, Lora B. Necesidades sociales de los enfermos esquizofrénicos en Navarra. An Sis Sanit Navarra 2000;23 (suppl. 1):95-99.
<http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol23/suple1/pdf/09%20necesidades>
2. Aztarain Diez J. Nacimiento y consolidación de la asistencia psiquiátrica en Navarra (1868-1954). Pamplona: Departamento de Salud, Gobierno de Navarra; 2005.
3. Bellón Saameño J, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo J, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria. 1996;18(4):153-63.
4. Bellón Saameño J, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria. 1996;18(6):289-6.
5. Broadhead WE, Gehlbach SH, de Gruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in family medicine patients. Medical Care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. 1988 Jul;26(7):709-23.
6. Carmona J, Del Río Noriega F. Gestión Clínica en Salud Mental. Asociación Española de Neuropsiquiatría, Madrid, 2009.
7. Declaración Europea de Salud Mental del Plan de Acción de Helsinki (2006). Disponible en: www.mse.es/organización/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opse_est17.pdf.pdf.
8. Departamento de Asuntos Sociales Familia Juventud y Deporte. Reordenación del Programa de Atención a Personas con Trastorno Mental Grave. In: Departamento de Asuntos Sociales F, Juventud y Deporte, editor. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2010.
9. Departamento de Asuntos Sociales Familia Juventud y Deporte. Evaluación del Programa Atención a Personas con Trastorno Mental Grave (TMG) 2005-2009. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2010.
10. Departamento de Bienestar Social Deporte y Juventud. Programa de Atención a personas con Trastorno Mental Grave (TMG). In: Departamento de Bienestar Social DyJ, editor. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2005.
11. Departamento de Salud. Encuesta Nacional de Salud 2006 Navarra (ENSN 2006). 2011.
12. Departamento de Salud, Departamento de Bienestar Social. Plan Foral de Atención Socio Sanitaria. In: Departamento de Salud, Departamento de Bienestar Social. Pamplona, 2000.
13. Elwyn G, O'Connor A, Stacey D, Volk R, Edwards A, Coulter A, et al. Developing a quality criteria framework for patient decision aids:

XII.- BIBLIOGRAFÍA

- online international Delphi consensus process. BMJ. 2006.
14. Encuesta de la Juventud Bartolomé de Carranza, 2002.
 15. Encuesta Navarra de Juventud y Salud, 2007.
 16. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
 17. Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid, 2011.
 18. Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2010.
 19. Gispert R, Tresserras R. De la teoría a la práctica: elaborando Planes de Salud para el nuevo siglo. Gaceta Sanitaria. 2001;15(4):291-3.
 20. Goldberg D. Manual of the General Health Questionnaire. Windsor, England: NFER Publishing; 1978.
 21. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine. 1979 Feb;9(1):139-45.
 22. Hudson C, Flory III C, Friedrich R. Trends in psychiatric hospitalization and extended care: a plan for ongoing monitoring and advocacy. Network for Hospital and Long-Term Care. 1994.
 23. Hudson CG, Flory CB, Friedrich RM. Trends in psychiatric hospitalization and long term care: A plan for ongoing monitoring and advocacy," x, 1994.: National Alliance for the Mentally Ill, Hospital and Long Term Care Network; 1994.
 24. INE. Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. 2008.
 25. Informe Especial de la Defensora del Pueblo al Parlamento Foral. Defensora del Pueblo de Navarra. 2003.
www.defensornavarra.com/index.php/es/Informes-y-Otras-Publicaciones/Informes-especiales/2001-2006/La-atencion-a-la-Salud-Mental-en-Navarra
 26. Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985.
 27. Knapp M, McDaid D. Presupuestos y financiación de los servicios asistenciales de salud mental. En, Knapp M, McDaid D, Mossialos D, Thornicroft G, Salud mental en Europa: políticas y práctica. Líneas futuras en Salud Mental. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007, pp 69-160.
 28. Lemus J, Aragès V, Lucioni M. Administracion Hospitalaria y de Organizaciones de Atencion de la Salud. Buenos Aires: Corpus; 2010.
 29. Libro verde. Mejorar la salud mental de la población. Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas, 2005. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/archive/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
 30. Lizarraga Larrión L. Memoria General del Manicomio de Navarra (La

- casa del tejado colorado). Pamplona: Departamento de Salud, Gobierno de Navarra; 1992.
31. Munoz PE, Vazquez JL, Rodriguez Insausti F, Pastrana E, Varo J. [Spanish adaptation of the General Health Questionnaire (G.H.Q.) of D. P. Goldberg (a method for identifying psychiatric cases in the community)]. Arch Neurobiol (Madr). [Comparative Study]. 1979 Mar-Apr;42(2):139-58.
 32. Organización Mundial de la Salud: salud para todos en el siglo XXI. 1998. Disponible en: www.famp.es/racs/intranet/otras_secciones/documentos/SALUD%2021.pdf.
 33. Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental. Editores Médicos EDIMSA 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/Maqueta_OMS_Contexto_Ind.pdf.
 34. Organización Mundial de la Salud. Políticas, planes y programas de salud mental. Editores Médicos, SA EDIMSA 2006. Disponible en: http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est13.pdf.pdf.
 35. Organización Mundial de la Salud. Mejora de la calidad de la salud mental. Editores Médicos EDIMSA 2007. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/policy/quality_module_spanish.pdf.
 36. Peralta V, Cuesta MJ, Martinez-Larrea A, Serrano F, Langarica M. Duration of untreated psychotic illness: the role of premorbid social support Networks. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005;40:345-349.
 37. Peralta V. Informe Memoria de la Sección de Psiquiatría del Hospital Virgen del Camino. Servicio Navarro de Salud, 2005.
 38. Plan de Salud Mental. Departamento de Sanidad y Bienestar Social, Gobierno de Navarra; 1986.
 39. Plan Estratégico de la Sanidad Pública de la Comunidad Foral de Navarra. Departamento de salud, Gobierno de Navarra, 2009.
 40. Plan Foral de Drogodependencias (Borrador 2010)
 41. Planes Salud Mental de las Comunidades Autónomas actualmente vigentes. Disponibles en afernandez@mspsi.es
 42. Rodrigo I. Los profesionales sanitarios y la calidad. No sólo es cuestión de dialéctica. Revista de Calidad Asistencial. 2011;2011(26):2.
 43. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. The journal of family practice. [Case Reports]. 1978 Jun;6(6):1231-9.
 44. Strauss JS. Social and cultural influences on psychopathology. Ann Rev Psychol 1979; 30: 397-415.
 45. Thornicroft G, Tansella M. La Matriz de la Salud Mental. Manual para la mejora de servicios. Madrid: Tricastela; 2005.

XII.- BIBLIOGRAFÍA

- 46. Varo J. La reforma de la atención de la Salud Mental en Navarra. Comienzos y desarrollo. Madrid: Pfizer; 2011.
- 47. WHO. Mental health law: Ten Basic Principles. Geneva: WHO; 1996.
- 48. World Health Organization. Policies and Practices for Mental Health in Europe. Meeting the Challenges. WHO Regional Office for Europe; WHO, 2008.
www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732

Haga clic para volver al índice

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico

Navarra

XIII. Agradecimientos

XIII.- AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento al equipo directivo del Departamento de Salud y del SNS-O, por su estímulo, apoyo y colaboración en la elaboración de este documento.

Aunque obvio, es necesario resaltar que este Plan ha sido realizado pensando en las múltiples formas de enfermar y las diversas necesidades de las personas con trastorno mental, a ellas estamos particularmente agradecidos por su estímulo constante para superarnos profesionalmente. Agradecemos, así mismo, a los familiares de las personas con trastorno mental por su impagable ayuda en el proceso asistencial y por recordarnos cuales son nuestros deberes y obligaciones.

Agradecemos así mismo a las siguientes personas y asociaciones que han realizado por escrito, aportaciones, comentarios y sugerencias a este Plan:

- Alcohólicos Anónimos de Navarra.
- Alfonso Arana Marquina, en representación de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra
- Marta Álvarez Alonso, Exdirectora General de Asuntos Sociales
- Juan Ignacio Arrarás Urdaniz, Clínica de Rehabilitación
- Asociación Navarra de Apoyo a Personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad de la Ribera (ANDAR)
- Iñaki Arrizabalaga Etxegoena, en representación del CSM de Burlada
- Julián Basterra Oset, en representación del CSM de Ermitagaña
- Vitoria Beaumont, en representación de la Asociación Navarra de Enfermería de Salud Mental (BURUONDOAN) y las 10 enfermeras de la RSMNa que se suman individualmente a dichas aportaciones
- Luis Berrueta Maeztu, terapeuta ocupacional
- Antonio Brugos Larumbe, en representación de Foro de Salud Mental

XIII. AGRADECIMIENTOS

- David Brugos Miranda, del Centro de Salud Mental Infanto Juvenil y en representación de un grupo de Psicólogos Clínicos y Residentes de Psicología Clínica
- Juan Cabasés Hita, Universidad Pública de Navarra
- Fermín Castiella Lafuente, Exdirector del Plan Foral de Drogodependencias
- Manuel J. Cuesta Zorita, Sección de Psiquiatría B del Complejo Hospitalario de Navarra
- Pilar Durán Carrillo y Luis Mari Berrueta Maeztu, en representación del Colegio de Terapeutas Ocupacionales de Navarra y de los Terapeutas Ocupacionales de la RSMNa
- Gloria Elgorriaga Aranaz, en representación de las Trabajadoras Sociales de la RSMNa
- Carmen García de Eulate Martín Moro, Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
- María Paz García Vera, en representación de la Sociedad para el Avance de la Psicología Clínica y de la Salud (SEPCyS)
- Luis Gabilondo Puyol, Atención Primaria
- Manuel Gómez Beneyto, Director Científico de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud
- Ana Isabel Goñi Labat, Centro de Salud Mental de Estella
- Jose Antonio Inchauspe Aróstegui, Centro de Salud Mental de San Juan
- Germán Josué Erro, Unidad de Deterioro Cognitivo
- Juan Lahuerta Dal-Re, en representación de los centros de las Hermanas Hospitalarias de Navarra
- M^a José Lasanta Sáez, Agencia Navarra de la Salud
- Lucía Lorda, en representación de ANTOX
- Vicente Madoz Jáuregui, Fundación Argibide
- Adolfo Navascués Navascués, Centro de Salud Mental de Tudela

- Juan Carlos Oria Mundín, Hospital de Día de Drogodependencias
- Miren Peralta, Psicóloga, práctica privada
- Carlos Resano Echeverría, Área de Gestión de Salud Mental
- Isabel Rodrigo Rincón, Complejo Hospitalario de Navarra
- José Amador Ruiz Sanz, Servicio Social Penitenciario
- José María Salazar Fernández de Erenchun, en representación de la Sección de Psiquiatría A del Complejo Hospitalario de Navarra
- Luís Salvador Carulla, Asociación Científica PSICOST, Universidad de Cádiz
- Mikel Valverde Eizagirre, Sección de Psiquiatría A del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Aitziber Yárnoz, en representación de la Asociación Navarra para la Salud Mental (ANASAPS)

Nuestra particular gratitud a aquellos profesionales que han realizado aportaciones basadas en una visión global de la salud mental, más allá de su estricto ámbito profesional o corporativo.

Deseamos expresar nuestro especial agradecimiento a Manuel Gómez Beneyto, Director Científico de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud por sus sabios consejos estratégicos para la elaboración del Plan. A Vicente Madoz Jáuregui, por su apoyo a la filosofía del este Plan y clarificación de los elementos críticos para su implementación. A Isabel Rodrigo Rincón y Luis Gabilondo Puyol por sus críticas constructivas de la primera versión del Plan y acertados consejos metodológicos, los cuales han ayudado a mejorar sustancialmente este documento.

Por último, agradecemos al Departamento Política Social por su buen hacer y colaboración en la asistencia a personas con trastorno mental grave, así como por los datos proporcionados para elaborar el análisis de la situación asistencial actual de las personas con trastorno mental grave.

Haga clic para volver al índice

COMITÉ DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Coordinador: Peralta Martín, Víctor

Miembros del Comité:

Ferro Montiu, Mercedes

Gaminde Inda, Idoia

Garde Garde, Carmen

Goñi Sarriés, Adriana

Gordillo Gutierrez, Olga

Martínez Larrea, Alfredo

Zandio Zorrilla, María

2012-2016

de
Salud
Mental
de
Plan
Estratégico
Navarra

Anexos

ANEXOS

ANEXO A:

Marco normativo y acuerdos institucionales.

ANEXO B:

Servicios de atención a las personas con trastorno mental en Navarra y cartera de servicios.

ANEXO A. MARCO NORMATIVO Y ACUERDOS INSTITUCIONALES

A.1. Marco Internacional

Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en 1948. Afirma que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y deberes. De modo que las personas con trastornos mentales también tienen derecho al goce y a la protección de sus derechos humanos fundamentales. Dos años más tarde España suscribe el Convenio Europeo de Derechos Humanos.

Declaración de Luxor de 1989 sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales. Revisa y explicita las inquietudes de la Federación Mundial de la Salud Mental en cuanto a responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y considera que los Derechos Humanos trascienden las fronteras políticas, sociales, culturales y económicas, y se aplican a la raza humana en su conjunto.

Principios para la protección de los enfermos mentales y la mejora de la atención de la salud mental. Resolución 46/119 de las Naciones Unidas de Diciembre de 1991. Se establecen los estándares mínimos de derechos humanos para la práctica en la salud mental con respecto al tratamiento y las condiciones de vida.

Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina de 1996 (Convenio de Oviedo) del Consejo de Europa. Se trata del primer instrumento internacional jurídicamente vinculante en incorporar el principio del consentimiento informado, la igualdad de acceso a tratamiento médico, además establece altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación.

Declaración de Madrid. Aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Psiquiatría en agosto de 1996. En ella se aprobaron las directrices relativas a las normas éticas que deben regir la conducta de los psiquiatras de todo el mundo.

El Libro Blanco sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen de trastorno mental de marzo del 2000 del Comité de Bioética del Consejo de Europa. Especialmente aquellos ingresados como pacientes involuntarios en establecimientos psiquiátricos. Se abordan las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de hipotéticos abusos de la psiquiatría y las garantías para los enfermos mentales encarcelados.

La Resolución sobre la promoción de la salud mental del 2000 del Consejo de Europa. Sienta las bases sobre la importancia de la salud mental y la necesidad de actuaciones en este ámbito como parte integrante de la estrategia comunitaria sobre la salud pública. Invita a los estados miembros a poner en marcha acciones, que se deberían incluir en sus políticas sanitarias, para afrontar los problemas de la salud mental, prevenir las enfermedades mentales y reforzar su promoción.

Las Conclusiones sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión del 2002 del Consejo de Europa. Reconoce la importancia de estos problemas y su significativa contribución a la carga que suponen dichas enfermedades y a la pérdida de calidad de vida en la Unión Europea. El Consejo reconoce la importancia que tiene fomentar la salud mental actuando en todas las políticas y actividades, especialmente mediante la elaboración de estrategias en relación a los determinantes del estrés y la depresión.

Conclusiones de la Conferencia Europea sobre la Enfermedad Mental y la Estigmatización en Europa de junio del 2003. Pone de relieve la importancia de combatir la estigmatización para mejorar la salud mental y reconoce la importancia de fomentar una actuación eficaz en todas las políticas pertinentes para aumentar la inclusión social y la equidad, así como luchar contra la discriminación y la estigmatización.

Recomendación relativa a la protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas con trastornos mentales del 2004 del Consejo de Europa. (Ver capítulo IV)

Declaración de Helsinki y Plan de Acción Europeo para la Salud Mental. Conferencia Ministerial de la OMS del 12-15 de enero de 2005. (Ver capítulo IV)

Libro Verde de la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental (Noviembre de 2005). (Ver capítulo IV)

Pacto Europeo por la Salud Mental y el Bienestar aprobado por el Parlamento Europeo en el 2009. (Ver capítulo IV)

A.2. Marco Estatal

La Constitución Española de 1978. En su Artículo 43, reconoce a todos los ciudadanos el derecho a la protección de la salud y responsabiliza a los poderes públicos de organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas de las prestaciones y servicios necesarios.

<http://www.boe.es/boe/dias/1978/12/29/pdfs/A29313-29424.pdf>

Informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de abril de 1985 del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este informe no tiene carácter normativo pero ha tenido gran importancia y trascendencia para todas las elaboraciones posteriores para la introducción de la reforma psiquiátrica.

Ley 14/1986, de 25 de abril, **General de Sanidad.** El artículo 20 del Capítulo 3, recoge resumidamente las principales recomendaciones del informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. Determina la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el sistema nacional de salud y la total equiparación del enfermo mental a las demás personas que requieran servicios sanitarios y sociales, para ello las Administraciones Sanitarias competentes deben adecuar su actuación a los principios

enunciados en el mismo. El artículo 70 y siguientes, prevén la aprobación de planes de salud por parte del Estado y las Comunidades Autónomas, en el ámbito de su respectivas competencias y, en su artículo 74, del Plan Integrado de Salud, que recogerá en un único documento los Planes estatales, los Planes de las Comunidades Autónomas y los Planes conjuntos, teniendo en cuenta los criterios de coordinación general sanitaria.

<http://www.boe.es/boe/dias/1986/04/29/pdfs/A15207-15224.pdf>

Ley 1/2000, de 7 de enero, **de Enjuiciamiento Civil**. La Ley de Enjuiciamiento Civil en su Libro IV reglamenta los procesos sobre la capacidad de las personas. En el artículo 763 regula de manera pormenorizada el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, que requerirá autorización judicial previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciera necesaria la inmediata adopción de la medida, en cuyo caso se deberá informar al tribunal competente en el plazo de veinticuatro horas. Establece, igualmente, otros mecanismos de garantía de protección de derechos del internado, y explicita la necesidad de establecimientos adecuados a su edad para el internamiento de menores.

<http://www.boe.es/boe/dias/2000/01/08/pdfs/A00575-00728.pdf>

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, **Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica**.

Esta ley regula el consentimiento informado como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, para que tenga lugar una actuación que afecta a la salud; y la libre elección entre dos o más alternativas asistenciales y facultativos. Asimismo regula el derecho a la información sanitaria, haciendo titular del derecho al paciente; el derecho a la intimidad y el respeto a su autonomía.

<http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>

Ley 16/2003, de 28 de mayo, **de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**. Trata de dar respuesta a las nuevas necesidades secundarias a los profundos cambios culturales, socioeconómicos y tecnológicos que se han producido en la sociedad desde la puesta en vigor de la Ley General de sanidad. Configura el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Define la atención sociosanitaria como el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos generalmente crónicos que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía y facilitar su reinserción social. Establece como principal instrumento de configuración del Sistema Nacional de Salud el Consejo Interterritorial, que contará entre sus funciones de asesoramiento, planificación, y evaluación en el Sistema Nacional de Salud, con la evolución de los Planes Autonómicos de Salud y la formulación de los Planes Conjuntos y del Plan Integral de Salud, referidos en la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. En el capítulo I se ocupa de las prestaciones del Sistema nacional de salud, cuya garantía constituye unos de los principales objetivos de la ley, además introduce en los siguientes capítulos incide en la organización

de las competencias, planificación y formación de profesionales, en la investigación, sistema de información y en la mejora de la calidad.

<http://www.boe.es/boe/dias/2003/05/29/pdfs/A20567-20588.pdf>

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, **de Igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.**

Establece en sus artículos 1 y 8, que todas las personas con discapacidad (las personas con TMG son personas con discapacidad) deben disfrutar del conjunto de todos los derechos humanos: civiles, sociales, económicos y culturales y a la igualdad de oportunidades en todos los ámbitos, para ello se deberán adoptar medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de estas personas y conseguir su plena participación la vida política, económica cultural y social.

<http://www.boe.es/boe/dias/2003/12/03/pdfs/A43187-43195.pdf>

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.**

Detalla las prestaciones sanitarias en salud mental tanto a nivel de atención primaria como especializada. Dentro de las prestaciones en salud mental reconocidas por el SNS, se encuentra la prevención y la promoción, la atención a la salud mental y a la asistencia psiquiátrica, abarcando el diagnóstico clínico, la psicofarmacoterapia y la psicoterapia individual, de grupos o familiar y , en su caso, la hospitalización de procesos agudos o de la reagudización de procesos crónicos. Se incide en la atención integral de la enfermedad mental grave, en la coordinación y en la continuidad de cuidados.

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, **de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.**

En ella se reconoce un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía que garantiza atención y cuidados a las personas dependientes (personas mayores y personas con discapacidad que no se pueden valer por sí mismas). En relación con las personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental, la Ley, en su artículo 27, relativo a la valoración de la dependencia, establece que: el baremo valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización por personas con discapacidad intelectual o con enfermedad mental. Por tanto, en estos colectivos se valora no tanto la capacidad como la necesidad de apoyo y supervisión.

<http://www.boe.es/boe/dias/2006/12/15/pdfs/A44142-44156.pdf>

Ley 3/2007, de 22 de marzo, **para la igualdad efectiva de mujeres y hombres.** El objetivo de esta ley es crear una acción normativa dirigida a combatir todas las manifestaciones aún subsistentes de discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo y a promover la igualdad real entre mujeres y hombres, con remoción de los obstáculos y estereotipos sociales que impiden alcanzarla. La ley radica en la prevención de las conductas

discriminatorias por razón de sexo y en la previsión de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad. Tal opción implica necesariamente una proyección del principio de igualdad sobre los diversos ámbitos del ordenamiento de la realidad social, cultural y artística en que pueda generarse o perpetuarse la desigualdad. Enmarca la inclusión de la perspectiva de género en la planificación estratégica de las políticas públicas.

<http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud 2006 y 2010. Previstos por la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, impulsan la atención sanitaria de excelencia centrada en los pacientes y sus necesidades, englobando 6 grandes áreas de actuación: promoción de la salud, equidad, excelencia clínica, recursos humanos, tecnologías de la información y transparencia. Dentro de este plan se encuentra la Estrategia de Salud Mental.

<http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo 2007 (Ver capítulo IV)

Evaluación de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (Ver capítulo IV)

Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013 (Ver capítulo IV)

A.3. Marco Autonómico

Ley orgánica 13/1982, de 10 de agosto, **de reintegración y mejoramiento del régimen foral de Navarra** (LORAFNA). Los artículos 53, 54 y 58 recogen que a Navarra le corresponden las facultades y competencias sobre sanidad e higiene que ostentaba en virtud de sus derechos históricos a la entrada en vigor de la referida Ley, el desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad, interior e higiene y seguridad social, y la ejecución de la legislación del Estado en materia de establecimientos y productos farmacéuticos. Es necesario precisar que, junto a las bases en sanidad e interior, el Estado ostenta también los títulos competenciales de “coordinación general de la sanidad” previsto en la Constitución (artículo 149. 1. 16 CE) y “alta inspección” en la materia (artículo 53.3 LORAFNA).

Decreto Foral 244/1985, de 27 de Diciembre, sobre la sectorización psiquiátrica.

En **1986** se aprueba el primer **Plan de Salud Mental** que incluye el Plan de Alcoholismo y Toxicomanías.

Ley Foral 10/1990, de 23 de Noviembre, **de Salud**. Proclama que la Diputación Foral o Gobierno de Navarra constituye el poder público para el ejercicio de la sanidad interior e higiene, y a su vez establece los derechos sanitarios de los navarros, así como el sistema y la organización sanitaria. Derechos de los enfermos mentales.

Decreto Foral 10/1990, de 10 de enero, por el que se regula la acreditación de centros residenciales de atención a drogodependientes.

En 1993 se publica el primer **Plan Foral de Drogodependencias**.

Decreto Foral 196/1994, de 17 de octubre, por el que se regulan los convenios de colaboración con programa y Comunidades Terapéuticas para tratamiento de drogodependientes.

Decreto Foral 2452/1997, de 15 de septiembre, por el que se establecen los criterios y requisitos para la acreditación de los Centros y Servicios de tratamiento con opiáceos en Navarra.

Decreto Foral 247/1998 de 17 de agosto, por el que se reestructuran los servicios de día y de rehabilitación psiquiátrica adscritos a la Subdirección de Salud Mental de la Dirección de Atención Primaria y Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Ley Foral 13/1999, de 6 de abril, que regula el régimen de funcionamiento del Centro Psicogeriátrico San Francisco Javier.

Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios sociales, clasificándose los servicios de Residencia Asistida para Personas con Enfermedad Mental y los Pisos Funcionales y/o Tutelados para las Personas con Enfermedad Mental.

Acuerdo de Gobierno de 27 de junio de 2000 por el que se aprueba inicialmente el documento del **Plan Foral de Atención Sociosanitaria**, siendo una de sus áreas de actuación la Salud Mental.

Ley Foral 15/2006, de 14 de Diciembre, de **Servicios Sociales**. Por primera vez se prevé la aprobación de carteras de servicios, que incluirán las prestaciones a las que la ciudadanía va a tener derecho, derecho subjetivo que será exigible por ésta a las Administraciones que deban realizarlas y, en última instancia, ante los Tribunales, lo que elimina el carácter asistencialista de los servicios sociales. Además, se introducen elementos homogeneizadores en todo el territorio de la Comunidad Foral de Navarra, con el fin de garantizar a la ciudadanía de Navarra unas prestaciones mínimas y unas condiciones básicas de calidad de los servicios, independientemente del municipio en el que vivan o reciban la prestación. También pretende la Ley Foral acometer una reordenación de los servicios sociales, introduciendo la distinción entre zonas básicas de servicios sociales y áreas de servicios sociales.

Decreto Foral 69/2008, 17 de junio, por el que se aprueba **la Cartera de Servicios Sociales del ámbito general**. Recoge las prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales diferenciado entre prestaciones garantizadas como derecho subjetivo y no garantizadas, sujetas a disponibilidad presupuestaria

Plan de Salud de Navarra 2006-2012. Aprobado en la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra el 28 de febrero del 2007. Contempla las siguientes líneas estratégicas:

- Prevención de salud colectiva y problemas de salud emergentes.
- Cuidados por procesos según guías de práctica clínica consensuadas y basadas en la evidencia.
- Desarrollo de la organización y la gestión orientadas a la eficiencia y a la corresponsabilidad.
- Orientación de las acciones dirigidas a la equidad y a la satisfacción del ciudadano.
- Utilización adecuada de medicamentos y de la historia clínica informatizada.

Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de **Derechos y Deberes** de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra. Ley que recoge una amplia variedad de derechos en materia de salud, detallando específicamente aquellos referidos a personas con enfermedad mental.

Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de **Salud Mental de Navarra**. Ley que contiene un conjunto de medidas para impulsar la Salud Mental de Navarra según el modelo de atención comunitaria (Ver capítulo 4)

Ley Foral 1/2011, de 15 de Febrero, **por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia** y se regula la organización, funciones y el régimen personal que configura los grupos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra. En la Disposición final segunda se trata la atención a las personas con enfermedad mental grave.

(la mayoría de estos documentos se pueden encontrar <http://www.lexnavarra.navarra.es>)

Haga clic para volver al índice

ANEXO B:

Servicios destinados a la atención al trastorno mental en Navarra

SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL EN NAVARRA Y CARTERA DE SERVICIOS

Los servicios sanitarios de atención al trastorno mental en Navarra se dividen en seis grandes grupos:

- Servicios de atención comunitaria o ambulatoria.
- Servicios de Hospitalización breve
- Hospitalización 24 horas
- Hospitalización de Día
- Servicios de Rehabilitación comunitaria
- Servicios de Hospitalización Prolongada
- Servicios de Estancia Media
- Servicios de Rehabilitación Hospitalaria de Larga Estancia

- Servicios Psicogerítricos.
- Servicios de Hospitalización Breve de 24 horas
- Servicios de Centro de Día
- Servicio de evaluación Neuropsicológica deterioro cognitivo
- Servicio de Terapia de Estimulación Cognitiva

- Servicios Infanto-juveniles
- Servicio de atención comunitaria ambulatoria
- Servicio de Hospitalización de Día
- Servicio de Hospitalización Breve

Estos servicios se complementan con los prestados por el Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte al trastorno mental grave organizados en 5 grandes grupos:

A. Servicios de valoración:

- Servicio de valoración de la situación de dependencia
- Servicio de Valoración de la Discapacidad
- Servicio de valoración de la Situación Familiar para el acceso a una plaza residencial
- Servicio de valoración de la Idoneidad ocupacional y/o laboral

B. Servicios de rehabilitación comunitaria:

- Servicio de intervención sociocomunitaria para personas con TMG
- Centro Ocupacional para personas con trastorno mental.
- Servicio de Rehabilitación Psicosocial CRPS programas
- Servicio de centro de día en centros de rehabilitación psicosocial para personas con trastorno mental

C. Servicios residenciales:

- Ayudas de apoyo a la integración familiar y social
- Vivienda con Apoyo
- Piso Supervisado
- Piso tutelado/funcional
- Residencia Hogar
- Servicio de atención residencial para personas con trastorno mental

D. Servicios Psicogeriatría:

- Servicio de Centro de Día Psicogeriátrico
- Servicio de Atención Residencial en Centro Psicogeriátrico

E. Servicios de Ocio y Tiempo Libre

ANEXO B:

Servicios destinados a la atención al trastorno mental en Navarra

1.- Servicios de atención comunitaria ambulatoria

La atención ambulatoria en modalidad de consulta individual, grupal o familiar.

Servicios que presta:

- Evaluación, diagnóstico y orientación terapéutica
- Terapéuticos de seguimiento estándar
- Intervenciones psicoterapéuticas individuales y grupales
- Seguimiento de pacientes crónicos
- Atención de enfermería
- Atención Trabajo Social
- Apoyo y coordinación con Atención Primaria
- Programa de Psiquiatra Interconsultor (PIC) con Atención Primaria.
- Programa de atención penitenciaria.
- Apoyo y coordinación con otros dispositivos
- Intervención en crisis

Disponibles los días laborables de 8 a 15:00 h

2.- Servicios de Hospitalización breve

Servicio en régimen de hospitalización con pernoctación. La actividad principal se define por la evaluación, la intervención en crisis y la remisión de la psicopatología aguda.

Incluye actividades de:

- Evaluación y Diagnóstico
- Atención continuada
- Urgencias psiquiátricas
- Tratamiento farmacológico y biológico
- Psicoterapia
- Intervención familiar
- Atención de enfermería
- Atención Terapia Ocupacional
- Atención Trabajo Social
- Interconsulta: a) para los pacientes ingresados en otros servicios del hospital, y b) programas ambulatorios de interconsulta
- Psiquiatría Laboral
- Intervenciones de coordinación con los dispositivos comunitarios de salud mental, de la red sanitaria general y de servicios sociales

3.- Servicios de Hospitalización breve de Día

Se presta atención continuada de 8:00 a 15:00 a pacientes con enfermedad mental grave en fase aguda. Pueden ser generalistas o especializados por patologías: Drogodependencias, Trastornos de la Conducta Alimenticia.

La cartera de servicios para el dispositivo de hospitalización parcial de adultos ofrece programas de alternativa a la hospitalización total y atención intensiva en la comunidad para pacientes agudos, que incluye:

- Evaluación y Diagnóstico
- Intervención Crisis
- Tratamiento farmacológico
- Psicoterapia individual y grupal
- Intervención familiar
- Atención de enfermería

ANEXO B:

Servicios destinados a la atención al trastorno mental en Navarra

- Intervención de Terapia Ocupacional
- Intervención de Trabajo Social
- Intervenciones de coordinación con los dispositivos comunitarios y hospitalarios de salud mental, de la red sanitaria general y de servicios sociales

4.- Servicios de rehabilitación Comunitaria

Servicios en régimen de hospitalización parcial, o de atención de día, de 8:00 a 17:00 horas de lunes a Viernes, para pacientes con enfermedad mental grave.

La cartera de servicios se estructura básicamente en las siguientes actividades:

- Evaluación y Plan Individualizado de Rehabilitación
- Conciencia Enfermedad
- Habilidades Sociales
- Rehabilitación cognitiva
- Actividades Vida Diaria
- Educación para la Salud
- Atención psiquiátrica
- Atención psicológica
- Atención de enfermería
- Atención educativa
- Intervención de Terapia Ocupacional
- Intervención de Trabajo Social
- Integración sociocomunitaria
- Psicoeducación a familias y cuidadores
- Plan de alta

Realiza intervenciones de coordinación con los dispositivos de la red de salud mental y sanitaria general así como con los servicios sociales.

Se complementan con los servicios de rehabilitación sociocomunitaria ofertados por el Programa de Trastorno Mental Grave (ANDEP).

5.- Servicio de Hospitalización de Media y Larga Estancia

5.1. Media Estancia.

Se ofrecen servicios en régimen de hospitalización las 24 horas del día, más prolongados de los previstos en las Unidades de Hospitalización breve, en torno a 3 meses, para conseguir la estabilización y recuperación y en los que se persigue, junto con la mejoría sintomática, la rehabilitación funcional y social del paciente.

5.2. Larga Estancia.

Ofrecen servicios, en régimen de hospitalización, las 24 horas de carácter no finalista y con orientación rehabilitadora para pacientes con enfermedad mental grave.

La cartera de servicios ofrecidos en este tipo de dispositivos incluye:

- Evaluación y Plan individualizado de tratamiento
- Conciencia Enfermedad
- Habilidades Sociales
- Rehabilitación cognitiva
- Actividades Vida Diaria
- Educación Salud
- Integración socio-comunitaria

ANEXO B:

Servicios destinados a la atención al trastorno mental en Navarra

- Psicoeducación a familias y cuidadores
- Plan post-alta

Ofrece atención psiquiátrica, psicológica, de enfermería, Terapia Ocupacional y Trabajo Social.

Realiza intervenciones de coordinación con los dispositivos comunitarios de salud mental, de la red de salud mental y sanitaria general y de servicios sociales.

El servicio residencial de larga estancia para la rehabilitación de pacientes con problemas de drogodependencias se presta en las Comunidades Terapéuticas con características específicas.

6. Servicios Psicogeriátricos

6.1. Hospitalización Breve

Comparte las características del servicio general de Hospitalización breve adaptado a las necesidades de la población mayor de 65 años. Incluye atención Geriátrica.

6.2. Centro de Día

Servicio de centro de día que ofrece:

- Apoyo y supervisión en las actividades de la vida diaria
- Cuidados Asistenciales
- Psicoestimulación
- Fisioterapia: de seguimiento
- Terapia ocupacional
- Habilidades sociales e integración en la comunidad
- Actividades de ocio y tiempo libre
- Apoyo a familias

Actividades de coordinación con Servicios de Atención Primaria y Especializada y Servicio Social.

Ofrece atención psicológica, psiquiátrica, de enfermería, Terapia Ocupacional y Trabajo Social.

6.3. Evaluación Neuropsicológica del deterioro cognitivo

Servicio de evaluación neuropsicológica estandarizada del deterioro cognitivo.

6.4. Terapia de Estimulación Cognitiva

Servicio de Terapia de estimulación Cognitiva grupal y en domicilio.

7. Servicios Infanto-Juveniles

7.1.- Atención comunitaria ambulatoria

Comparte las características del Servicio de atención comunitaria ambulatoria general adaptado a las necesidades de la población de 16 o menos años de edad.

El CSMIJ ofrece:

- Evaluación, diagnóstico y orientación terapéutica.
- Intervenciones terapéuticas y de seguimiento.
- Intervenciones psicoterapéuticas (individuales, familiares y grupales).
- Intervenciones de asesoramiento
- Intervenciones de apoyo y coordinación con Atención Primaria

ANEXO B:

Servicios destinados a la atención al trastorno mental en Navarra

- Intervenciones de apoyo y coordinación con Servicios Sociales (generales y específicos) y otros servicios comunitarios
- Intervenciones de apoyo y coordinación con hospitalización pediátrica y con la unidad específica de hospitalización psiquiátrica Infanto- Juvenil
- Intervenciones de apoyo y coordinación con Hospital de Día Infanto- Juvenil
- Intervenciones de coordinación con la Administración de Justicia
- Intervenciones de coordinación con los servicios de apoyo educativo
- Programa de trastornos psicóticos y afectivos
- Programa de Trastornos de conducta y TDAH
- Programa de Trastornos de la Alimentación
- Programa de Trastornos del neurodesarrollo
- Programa de Trastornos de Ansiedad
- Programa de Atención a menores con trastornos mentales en situaciones de Desprotección Social.
- Atención a trastornos adictivos

7.2. Hospitalización de Día

Comparte las características del Servicio de atención comunitaria ambulatoria general adaptado a las necesidades de la población menor de 16 años de edad.

El HDIJ ofrece además un servicio educativo en coordinación con el Departamento de Educación

7.3. Hospitalización Breve

Comparte las características del Servicio de hospitalización breve general adaptado a las necesidades de la población menor de 16 de edad cuya patología mental no pueda ser tratada en otro dispositivo menos restrictivo.

La UHPIJ ofrece la máxima coordinación con el servicio de Pediatría, los dispositivos de salud mental infanto-juvenil extrahospitalarios y otros agentes implicados en abordaje del menor (educativos, asuntos sociales, familia) con el fin de conseguir la reintegración del menor lo más rápidamente posible a su medio habitual y asegurar una adecuada continuidad de cuidados tras el alta. Además de los Protocolos diagnósticos y terapéuticos básicos ofrece un servicio educativo en coordinación con el departamento de Educación

CARTERA DE SERVICIOS DEL DEPARTAMENTO DE ASUNTOS SOCIALES, FAMILIA, JUVENTUD Y DEPORTE PARA LA ATENCIÓN A PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE.

Servicios desarrollados en el Programa de Atención al Trastornos Mental Grave por el Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte. Dirección General de Asuntos Sociales y Cooperación al Desarrollo.

Consultar la cartera de Servicios Sociales de ámbito general en las áreas de atención a la dependencia y atención a personas con enfermedad mental.

Estos servicios se complementan con los prestados por el Departamento de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte a la enfermedad mental grave organizados en 5 grandes grupos:

1. Servicios de valoración:
 - Servicio de valoración de la situación de dependencia
 - Servicio de Valoración de la Discapacidad

ANEXO B:

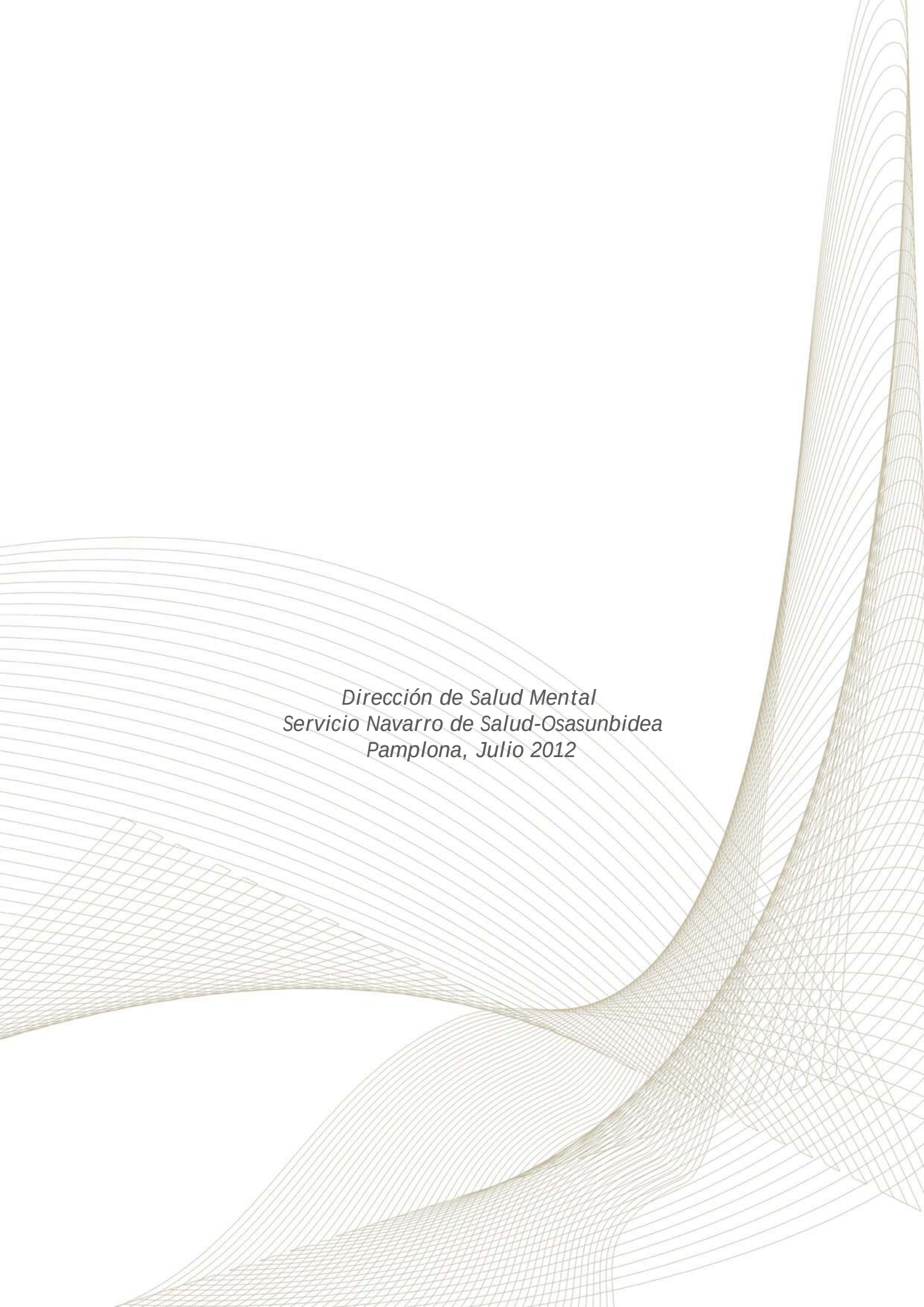
Servicios destinados a la atención al trastorno mental en Navarra

- Servicio de valoración de la Situación Familiar para el acceso a una plaza residencial
 - Servicio de valoración de la Idoneidad ocupacional y/o laboral
2. Servicios de rehabilitación comunitaria:
 - Servicio de intervención sociocomunitaria para personas con TMG
 - Centro Ocupacional para personas con enfermedad mental.
 - Servicio de Rehabilitación Psicosocial CRPS programas
 - Servicio de centro de día en centros de rehabilitación psicosocial para personas con enfermedad mental
 3. Servicios residenciales:
 - Ayudas de apoyo a la integración familiar y social
 - Vivienda con Apoyo
 - Piso Supervisado
 - Piso tutelado/funcional
 - Residencia Hogar
 - Servicio de atención residencial para personas con enfermedad mental
 4. Servicios Psicogeriatría:
 - Servicio de Centro de Día Psicogeriátrico
 - Servicio de Atención Residencial en Centro Psicogeriátrico
 5. Servicios de Ocio y Tiempo Libre

OTROS SERVICIOS

1. Servicio de Tutela de Personas Adultas
Desempeñado por la Fundación Navarra para la Tutela de Personas Adultas Es una Entidad Tutelar pública creada por Gobierno de Navarra mediante Decreto Foral 269/2001 de 24 de septiembre y cuya finalidad es el ejercicio de la tutela, curatela y defensa judicial de personas con capacidad legal limitada, residentes en Navarra, que no tengan familia o su familia no sea idónea, así como la defensa judicial de quienes están sometidos/as a un proceso de incapacitación.
2. Servicio Social Penitenciario.
Gestiona las Medidas Penales Alternativas para personas con enfermedad mental sometidas a penas judiciales.
3. Servicio judicial específico para personas en situación de Ingreso Involuntario y evaluación de capacidad legal.

[Haga clic para volver al índice](#)



*Dirección de Salud Mental
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
Pamplona, Julio 2012*