DIARIO DE SESIONES

DEL

PARLAMENTO DE NAVARRA

IX Legislatura | Pamplona, 13 de febrero de 2019 | NÚM. 79

TRANSCRIPCIÓN LITERAL

COMISIÓN DE SALUD

PRESIDENCIA DE LA ILMA. SRA. D.ª CONSUELO SATRÚSTEGUI MARTURET

SESIÓN CELEBRADA EL DÍA 13 DE FEBRERO DE 2019

ORDEN DEL DÍA

— Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para exponer el Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023.

— Pregunta sobre el estado de ejecución de la Resolución por la que se insta al Gobierno de Navarra a impulsar una mejora de los sistemas de información sanitaria en relación con la endometriosis, presentada por la Ilma. Sra. D.ª María Teresa Sáez Barrao.

— Pregunta sobre la solicitud de los grupos políticos del Ayuntamiento de Tudela de no trasladar el servicio de salud mental, presentada por la Ilma. Sra. D.ª María Teresa Sáez Barrao.

(Comienza la sesión a las 15 horas y 19 minutos).

Comparecencia, a instancia de la Junta de Portavoces, del Consejero de Salud para exponer el Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Arratsalde on guztioi. Buenas tardes a todos y a todas. Damos comienzo a esta sesión de trabajo en la Comisión de Salud, con la comparecencia del Consejero para exponer el Plan de Salud Mental de Navarra. Nos acompaña también la señora Flamarique, a la que damos la bienvenida.

La solicitud de comparecencia viene de la mano de Euskal Herria Bildu Nafarroa. Tiene la palabra.

SRA. RUIZ JASO: Eskerrik asko Presidenta andrea. Arratsalde on guztioi. Bienvenidos y bienvenidas tanto al Consejero como a la señora Flamarique, al jefe de gabinete, y a todas las personas del Departamento de Salud, y en concreto de la gerencia de Salud Mental que nos acompañan.

Brevemente, solicitamos esta comparecencia después de conocer –porque ha estado en exposición pública– tanto la evaluación del plan estratégico anterior de salud mental como el borrador del plan de salud. Nos parecía importante traerlo aquí, conocerlo de primera mano por parte de esta Comisión y poner también el foco en la importancia de la salud mental, de lo que se ha hecho hasta ahora, del borrador del plan que ya tenemos a disposición, una cuestión a la que seguramente –todos tenemos que hacer una autocrítica– en esta Comisión no le hemos dedicado toda la atención que merece. En el ámbito parlamentario toman una sobredimensión determinados temas que probablemente traen más ruido político, pero seguramente nos dejamos en el camino temas tan importantes como es lo que está haciendo y lo que está previsto hacerse en salud mental. Hemos hecho diferentes sesiones de trabajo con diferentes asociaciones, hemos hecho también alguna comparecencia con las líneas estratégicas que están planteadas para esta legislatura, hemos aprobado también alguna moción y próximamente también tenemos diversas iniciativas. Pero es fundamental que, en este contexto, tanto socioeconómico como sanitario, y con las nuevas realidades y nuevas necesidades que se presentan en el ámbito de la salud mental, conozcamos de primera mano y podamos realizar al menos unas primeras aportaciones.

Yo quiero poner en valor –y acabo– la visión de la que parte este plan. Creo que están muy bien alineados tanto los resultados de la evaluación del plan estratégico anterior –del que luego hablaremos y podemos profundizar– con los objetivos y las acciones que se plantean en este plan, y creo que los dos documentos arrojan luz sobre la situación en la que actualmente se encuentra la red de salud mental en Navarra, las dificultades que ya se atisbaban en el anterior plan estratégico, de demasiada fragmentación del sistema, seguramente, que ello nos lleva también a plantear unos objetivos y unas acciones que creo que están sobre el papel, al menos, bien recogidas de lo que tiene que ser un modelo de salud mental más humano, más comunitario, más participativo, más centrado en la persona y más en la salud que en la enfermedad, y más integral y más integrado también. Por tanto, quedamos a la espera de las explicaciones que den. Le agradecemos la comparecencia y la presencia.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muy bien. Muchas gracias. Damos la palabra al señor Consejero.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Gracias, señora Presidenta. Buenas tardes. Arratsalde on. Comparezco hoy ante ustedes para exponerles el contenido del III Plan de Salud Mental de Navarra para el período 2019-2023, elaborado en cumplimiento del acuerdo programático para la presente legislatura, y de las líneas de acción estratégica del Departamento de Salud. Me acompaña en la mesa doña Begoña Flamarique, directora gerente del Área de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, quien posteriormente les expondrá con mayor detalle el contenido del citado plan. Quiero aprovechar la ocasión para agradecer públicamente a la directora gerente y al equipo de profesionales que integran el área su participación e implicación en el proceso de diseño de este nuevo plan, así como especialmente su labor diaria para garantizar a los pacientes una atención asistencial de calidad.

La misión de este nuevo 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 comunitario interdisciplinar que integre la promoción, la prevención, el tratamiento, la rehabilitación, la recuperación funcional y la inserción óptima de las personas que sufren trastornos mentales.

El Plan de Acción sobre la Salud Mental 2013-2020 de la Organización Mundial de la Salud, aprobado en 2013 en la asamblea mundial, reconoce el papel fundamental de la salud mental en la consecución de la salud de todas las personas. Las políticas de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental. Por eso, resulta esencial la participación interdepartamental, en la que, además de salud, participen sectores de educación, trabajo, justicia, transporte, medio ambiente, vivienda, asistencia social, etcétera.

Este tercer plan que hoy les presentamos es continuación del II Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016 y sus líneas de intervención se priorizan en torno a cuatro grandes metas, coherentes con el anterior plan de salud y la estrategia «Osasunbidea: Caminando por la salud», cuatro metas que son: mejorar la salud de la población, mejorar los cuidados y la experiencia de los pacientes, mejorar la eficiencia de la red de salud mental de Navarra y mejorar la implicación y satisfacción de los profesionales.

Se estructura alrededor de doce líneas estratégicas de intervención con un total de cuarenta objetivos, cuya finalidad es afrontar los retos a los que se enfrenta este ámbito asistencial, teniendo en cuenta las oportunidades y fortalezas de la Red de Salud Mental de Navarra. Todos ellos responden al compromiso estratégico de este Gobierno de proporcionar a la sociedad navarra una sanidad universal, accesible, equitativa y de calidad dentro de un sistema público fortalecido que ponga en el centro de la atención la salud y el bienestar de las personas.

Quisiera destacar por su importancia el amplio proceso participativo que ha acompañado al diseño de este plan, tanto en la fase de elaboración del documento base o documento cero, como posteriormente en el desarrollo del mismo hasta configurar el plan que hoy les

presentamos. Por ello, quiero agradecer también las aportaciones que durante el citado proceso participativo se han realizado tanto por parte de profesionales de la Red de Salud Mental como de pacientes, familiares, asociaciones y ciudadanía en general.

Quiero subrayar especialmente la labor realizada en el marco de ForoSalud con la participación de una treintena de personas, pacientes, familiares, profesionales de Osasunbidea de las áreas de enfermería, psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajo social, y representantes de asociaciones como la Asociación Navarra para la Salud Mental, Anasaps, Mejorana Elkartea y Los Perro Verde.

Posteriormente, el borrador del III Plan Estratégico de Salud Mental 2019-2023 se sometió a un proceso de exposición pública entre noviembre y diciembre del pasado año, en el que se recibieron un total de veintiocho aportaciones de profesionales, personas usuarias, familias y de la sociedad en general. Tras ser analizadas y evaluadas, fueron incorporadas al documento definitivo el 53 por ciento de las aportaciones recibidas.

Este plan apuesta por un modelo de atención comunitaria que se enriquece con la incorporación de la recuperación como meta y en el que el equipo multidisciplinar trabaja de manera integral en la continuidad de cuidados, incorporando a la persona usuaria en la toma de decisiones, favoreciendo su autonomía y con el compromiso profesional de utilización de la mejor evidencia científica disponible y el uso eficiente de los recursos. Propone igualmente incorporar un modelo de atención de hospitalización más flexible adaptado a las necesidades de las personas usuarias, lo que hace necesaria la dotación de una nueva infraestructura que contribuye y favorezca una atención más humana e individualizada. La Red de Salud Mental de Navarra es la principal herramienta para desarrollar este modelo comunitario, una red integral de servicios públicos de carácter multidisciplinar cuya misión es promover la salud mental, prevenir los trastornos mentales y la discapacidad asociada, así como prestar asistencia sanitaria especializada de calidad a toda la población.

Humanizar la asistencia y colocar al paciente en el centro del proceso y no a su enfermedad son dos principios destacados en este modelo de atención en salud mental, además de otros, como hacerle al paciente partícipe de su propia salud, respetar y promover su autonomía y favorecer la recuperación y superación de los efectos negativos de los trastornos mentales.

No quiero terminar mi intervención sin hacer una somera referencia a las principales actuaciones que recoge el tercer plan, entre las que quiero destacar estas tres: la construcción de una nueva unidad de hospitalización en el Complejo Hospitalario de Navarra, con una inversión total superior a los once millones, el incremento de pisos tutelados para personas con enfermedad mental con una previsión de sesenta nuevas plazas, el desarrollo de la segunda fase del plan director del centro San Francisco Javier, con una inversión prevista de 7,7 millones, y el aumento en treinta y cuatro profesionales de plantilla para atender la demanda asistencial y el desarrollo de este plan.

Tampoco quiero dejar de destacar el importante aumento presupuestario en salud mental previsto a lo largo del periodo de vigencia en este plan, que se cifra en un total de veinticuatro millones y el aumento de profesionales, ya comentado, que se prevé en treinta y cuatro más.

Voy a pasar ahora la palabra a la directora gerente del Área de Salud Mental para que les exponga con mayor detalle los contenidos principales de este documento.

SRA. GERENTE DE SALUD MENTAL (Sra. Flamarique Chocarro): Gracias, señor Consejero. Buenas tardes a todos y a todas. Arratsalde on guztioi. Quisiera retomar la exposición insistiendo, principalmente, en que este III Plan de Salud Mental es una continuación del Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016. Partimos de la evaluación del anterior plan y de los objetivos que quedaron pendientes y completamente vigentes. Los hemos retomado un poco para insistir en su cumplimiento y en su puesta en marcha.

Quiero destacar que el presente plan se centra en cuatros ejes de actuación. En primer lugar, la potenciación del modelo comunitario siguiendo en la línea del plan anterior. No es algo nuevo, ya venía del plan anterior. En este plan, lo que se pretende es incorporar nuevos programas que están encaminados a desarrollar una actuación más proactiva en la comunidad.

En segundo lugar, la detección y la intervención precoz. Para ello, se quiere tomar como ejemplo el programa de intervención en primera psicosis. La accesibilidad, el abordaje integral e integrado por objetivos, la coordinación interna, la evaluación de las intervenciones y sus resultados, así como la recuperación personal, son algunos de los principios que guían este programa y queremos hacer extensivos al resto de equipos.

La disminución de la variabilidad clínica. Para trabajar en esta dirección se plantean otras dos acciones. En primer lugar, la evaluación clínica estandarizada para tomarla como base para, en un segundo momento, elaborar un plan de tratamiento individualizado consensuado. Consensuado con el paciente y con el equipo profesional.

Y, para finalizar, una atención centrada en la persona, en la que la persona es la protagonista del proceso de su recuperación.

Como ya se ha comentado anteriormente, el plan define cuarenta objetivos, que se sitúan como un puzle alrededor de las doce líneas estratégicas de la estrategia de «Osasunbidea: Caminando por la salud» y de las cuatro metas. Como ven en la diapositiva, los cuarenta objetivos tienen ciento veinticuatro líneas de acción y ciento noventa indicadores. Y ambos, tanto la estrategia como el Plan de Salud Mental, están íntimamente relacionados.

Voy a pasar brevemente a explicarles los objetivos por cada una de las metas, porque creo que, de esta manera, será más sencillo entenderlo que si lo hacemos alrededor de cada una de las líneas estratégicas.

La primera meta es la de mejorar la salud mental de la población. En esta meta se definen trece objetivos. Estos objetivos están relacionados con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la intervención precoz en el tratamiento de los trastornos mentales. En los aspectos relacionados con la promoción y la prevención, el Instituto Navarro de Salud Pública tiene la competencia, por lo cual se hará en coordinación con ellos. También, como pueden ver en la transparencia, se recogen aspectos relacionados con la participación de las personas usuarias y de las familias en el proceso asistencial. También incluye la mejora de las políticas gubernamentales y la coordinación de los diferentes departamentos. Esto estaría englobado en la meta uno que tiene principalmente que ver con la promoción y con la prevención.

La meta dos, que es mejorar los cuidados y experiencia de pacientes –más relacionada con lo que es el proceso asistencial y la atención propiamente dicho de las personas usuarias–, incluye catorce objetivos y están relacionados con la mejora del proceso asistencial, con los modos de intervención y de hacer que tienen los profesionales. De este modo, incluyen objetivos relacionados con la mejora de los procesos asistenciales transversales que se definieron en el plan anterior y lo que pretenden es reflexionar sobre ellos, mejorarlos y adaptarlos a la situación actual. Además, incluyen temas relevantes, como pueden ver ahí, como el suicidio o el trastorno mental común, de abordaje con atención primaria –con quien hay que coordinarse para abordar, de modo colaborativo, este trastorno, el trastorno mental común–. En esta meta también está incluida la mejora de oferta de recursos sociales y sanitarios para las personas con trastorno mental grave.

En la meta número tres se incluyen ocho objetivos. La meta número tres está relacionada con la eficiencia de la Red de Salud Mental. Los objetivos están relacionados con la calidad y con el empleo óptimo de los recursos. Hemos destacado tres objetivos principalmente en esta meta, que serían: la tendencia a la contención mecánica cero, el uso racional de la medicación psicofarmacológica tanto en atención primaria como en salud mental, y disminuir la variabilidad en la práctica clínica –ya hemos explicado antes que es uno de los ejes fundamentales que sustenta el plan–.

Para finalizar, la cuarta meta incluye cinco objetivos: mejorar la implicación y satisfacción de los profesionales. No hay duda de que, sin la implicación y participación de los y las profesionales, no es posible avanzar ni que se den los cambios necesarios en la asistencia diaria para mejorar la calidad y la atención a los usuarios. Para ello, es necesario crear y fomentar un buen clima laboral y que los profesionales se sientan motivados. La satisfacción de los profesionales está muy relacionada con la formación continuada y con que los profesionales adquieran las competencias necesarias para poder desarrollar día a día su trabajo. Por ello, potenciar la formación continuada es uno de los objetivos que se recogen, mejorar el clima laboral y también todo lo relacionado con la docencia externa, que sería adecuar la unidad docente multiprofesional a las nuevas necesidades, bien a la aparición de especialidades nuevas o bien también a incorporar nuevos especialistas en formación a los que ya tenemos, en aumentar la capacidad docente de la Red de Salud Mental.

El seguimiento del plan es una parte muy importante porque, gracias al seguimiento y a la evaluación de los objetivos y de las acciones, conseguiremos saber verdaderamente si estamos en el camino de conseguir los objetivos que nos hemos marcado o en el recorrido en el que nos encontramos.

Para el seguimiento del plan, y teniendo en cuenta cómo han visto anteriormente que hay ciento noventa indicadores, pareció oportuno definir veintiún indicadores clave –con la palabra clave queremos se quiere destacar no solamente la importancia que tienen en sí, sino también que son temas que están muy relacionados y muy vigentes con el modelo de atención y con los ejes que se han definido en el plan–.

Estos indicadores, principalmente, son indicadores de resultado y con su seguimiento se alcanza un seguimiento aproximadamente de un 65 por ciento de los indicadores. Pero más que en el porcentaje de indicadores que se sigue, lo verdaderamente importante son los

indicadores en sí y lo que suponen. Para ello, se ha hecho una medición de la situación de partida en la que nos encontramos ahora y se ha puesto una meta, 2023, que es la que queremos alcanzar. Ese es el objetivo de mejora y lo que pretendemos conseguir con la implementación de este plan al cabo de estos cinco años.

De estos veintiún indicadores clave, hemos destacado aquí seis: la duración en meses del trastorno psicótico no tratado; el porcentaje de familiares con diagnóstico de esquizofrenia y trastornos relacionados en seguimiento de su salud física por atención primaria; el número de pacientes polimedicados; la creación de una comisión directora de los departamentos implicados –como hemos comentado, una visión de la salud mental no exclusivamente desde el punto de salud, sino en la que todos los departamentos, o bastantes departamentos, están implicados–; el porcentaje de pacientes en agendas de psicología clínica y grupos sobre el total de pacientes y el número de nuevas plazas de recursos sociosanitarios y sociales creadas.

En cuanto a la financiación, tengo que decir que, para conseguir la mayoría de los objetivos, el plan no requiere de una financiación adicional, porque principalmente están relacionados con aspectos de organización y gestión, bien de los propios equipos o bien de la red en general o de los recursos de la Red de Salud Mental. No obstante, el plan requiere financiación por tres motivos principalmente: porque es necesario redimensionar la plantilla, ya que hay un aumento de la demanda de la atención de salud mental, porque hay una necesidad de implementar nuevos servicios –y que sean adecuados a las necesidades de la comunidad, y también al contexto y a su idiosincrasia–, y por la carencia de los recursos sociosanitarios y sociales para cubrir las necesidades de las personas con trastornos mentales graves, que no solo implican a la gerencia de Salud Mental o al Departamento de Saludo, sino que también implican al Departamento de Derechos Sociales y a otros, como Empleo, Vivienda y Educación.

En la estimación de la financiación adicional, en el plan se han dotado presupuestariamente aquellos objetivos que claramente requieren una financiación, y se ha hecho en todo momento una estimación porque, como hemos dicho, hay muchas intervenciones que son necesarias analizar previamente. Pero en capítulo uno, relacionado con el incremento de personal, se ha tenido en cuenta no solamente el personal necesario para la gerencia de Salud Mental, sino también para el área de Estella y de Tudela. En capítulo seis, relacionado con inversiones, principalmente, como ha dicho el Consejero, para el complejo hospitalario, para la adecuación de estructuras de hospitalización, y también para continuar con el plan director del centro San Francisco Javier para continuar con el área de servicios generales y de farmacia. Y en lo concerniente al capítulo dos, se ha hecho una estimación de las necesidades de recursos sociosanitarios: sesenta plazas de pisos tutelados, teniendo en cuenta la lista de espera actual que tiene el Departamento de Derechos Sociales.

Muchas gracias por su atención. Eskerrik asko.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muy bien. Muchas gracias. Damos paso ahora a la señora Ruiz, por parte de Euskal Herria Bildu Nafarroa.

SRA. RUIZ JASO: Mila esker, Presidenta andrea. Agradecemos tanto el material como las explicaciones, aunque no se haya hecho mención a la evaluación del plan anterior. Creo, como he dicho en mi primera intervención, que es importante saber que partimos de un análisis de

los objetivos cumplidos o no cumplidos, y de lo que se había avanzado hasta ahora respecto al plan anterior. Y creo, tal y como he comentado antes, que hay una alineación que es importante como base de este plan.

Voy a hacer referencia también al documento de evaluación, porque creo que son llamativas algunas de las cuestiones que se reflejan y que son áreas de mejora que, de una manera o de otra, aparecen reflejadas en las líneas de actuación y en los objetivos y en las acciones concretas que se plantean en este plan. Y lo digo porque en la legislatura pasada, cuando se aprobó el plan estratégico 2012-2016, nosotros –aun estando en la oposición, valoramos bien el plan– dijimos que sobre el papel, al menos, lo que se planteaba era adecuado, pero también aquel plan partía de un cumplimiento muy escaso con respecto al plan anterior. Y aquí, de alguna manera, nos encontramos en la misma situación.

Creo que, en salud mental, los planes en general nos parecen adecuados a todos los grupos políticos –yo hablo del ámbito político, porque en esta Comisión es lo que analizamos–, pero luego es verdad que el nivel de cumplimiento de los dos anteriores ha sido bastante escaso.

Y hay cuestiones llamativas. Por ejemplo, hay porcentajes que aparecen reflejados en la misma evaluación del plan anterior, como el número de protocolos y programas comunes a toda la Red de Salud Mental implementados, que se cifra en el 20 por ciento; o dentro de la mejora de la eficiencia y la continuidad asistencial, potenciar la atención domiciliaria se cifra en un 15 por ciento lo que se hizo en el anterior plan; y el 22 por ciento en el fomento de las actividades comunitarias por los equipos de atención primaria, el 33 por ciento en la implementación de los circuitos asistenciales integrales, el 40 por ciento en la mejora de la coordinación de servicios de salud mental y servicios sociales; el 30 por ciento en el programa de coordinación sociosanitaria, etcétera.

No voy a abundar en más datos, pero sí que me parecen relevantes, sobre todo por la importancia que adquieren como objetivos clave como líneas estratégicas en este plan. Y, por eso, valoramos positivamente el planteamiento de este plan y, aun siendo continuista con la línea que ya estaba establecida, creemos que tiene un mayor nivel de concreción, creemos que tiene un mayor nivel de ambición, no porque establezca una línea diferente, sino porque realmente parte de las carencias y de los aspectos que han quedado en el camino en este camino –valga la redundancia– que se ha llevado a lo largo de los últimos años.

Dentro de las líneas y dentro de los objetivos que se plantean, quisiera poner el acento en los aspectos que son más relevantes para nuestro grupo y hacer alguna pregunta en relación con ellos. La importancia de la coordinación interdepartamental nos parece absolutamente clave. Clave porque seguramente hasta ahora, por equis razones, por diferentes razones, creemos –no solamente en el campo de la salud mental, en el campo sociosanitario en general– que ha sido una carencia importante. Y creemos que, en el contexto en el que vivimos y con la realidad y las necesidades que tenemos, esta es una de las áreas clave y de las áreas de mejora, sin ninguna duda. Así que me gustaría preguntar directamente cuál ha sido el nivel de participación e implicación del Departamento de Derechos Sociales en la elaboración de este plan. Y, sobre todo, cuál va a ser la implicación y qué mecanismos se van a establecer, más allá de lo que el papel puede aguantar, con respecto a esta cuestión. También tenemos todo el

tema de los recursos sociosanitarios, por una parte, y el tema de la inserción laboral. Y ahí, el Departamento de Derechos Sociales es clave.

Y en esta legislatura –aunque no solo en esta legislatura– también hemos hablado mucho de lo sociosanitario. Pero es algo de lo que se habla mucho y no sabemos realmente si existe en la práctica. Por eso quería poner el acento en esta cuestión.

Otro de los aspectos que nos parece que está reflejado suficientemente en los objetivos o en las líneas que se plantean –pero que nos preocupa bastante– es el tema de la equidad. Por ejemplo, la equidad geográfica y la atención en zonas rurales. Y, aun sabiendo que no es fácil, hay algún objetivo concreto –no sé si es el treinta y cinco o el treinta y seis– que plantea, en el marco de este plan, que se hará un estudio sobre el coste de efectividad –y lo tengo que decir así de crudo, porque así de crudo aparece– de la posibilidad de que la atención en salud mental sea lo más equitativa posible, poniendo encima de la mesa las dificultades que conlleva este tema. Es una cuestión que nos preocupa desde el punto de vista del equilibrio territorial y de equidad.

Y también está el tema de disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Creo que eso está contemplado y, como he dicho antes, dentro de la evaluación del plan estratégico anterior, el 20 por ciento de protocolos unificados es un dato bastante llamativo como para que en este siguiente plan no tenga un espacio como el que creemos que tiene.

Y también está todo el tema de la potenciación de la atención comunitaria. Creemos que está bien reflejado dentro de los objetivos concretos, no solo generales, y dentro de las líneas de acción que se plantean. Hemos hablado bastantes veces de la continuidad asistencial, de la realidad de tener una red bastante fragmentada, y no solo de la propia red, sino de todos los recursos del ámbito sanitario, como la atención primaria y otros ámbitos. Y creo que ese también es un aspecto fundamental.

Y también está todo el tema de detección precoz. Creo que el protocolo, la extensión y la unificación del protocolo de primeros episodios psicóticos, el protocolo de valoración de riesgo de suicidios, etcétera, todo eso –que aparece bien reflejado– tiene que tener una relevancia en este plan y en su ejecución. Y, como digo, creo que esas carencias que se habían detectado son coherentes con lo que se plantea en este plan.

También quiero reseñar las principales actuaciones en materia de infraestructuras y en materia de personal que se plantean. En el ámbito de las infraestructuras, hay que plantear las nuevas realidades que tenemos hoy y es necesario que se cree una nueva unidad de hospitalización y de breve estancia en el Complejo Hospitalario de Navarra. Creo que, en ese planteamiento, hay que flexibilizar los recursos de hospitalización de las personas con sus necesidades –no solo en materia de trastorno mental grave–, para que tengan a su disposición diferentes recursos que se adapten a sus situaciones. Y creo que es importante la apertura del centro de Lezkairu, la ampliación de plazas en pisos tutelados, la ampliación de plantilla, etcétera. Creo que van en la línea de cumplir lo que se ha puesto sobre el papel.

Por nuestra parte, agradecemos el trabajo que se ha hecho. Como segunda cuestión preguntaríamos sobre el proceso de participación que ustedes han comentado al principio. Ha

habido un periodo de exposición pública de un mes, y nos gustaría conocer qué conclusiones han obtenido o qué cuestiones relevantes han podido salir en ese proceso de participación. Además, la manera de reflejar la participación de las personas usuarias de la red adquiere una dimensión mayor en este plan. ¿Qué conclusiones podemos sacar de esas aportaciones y cómo se han introducido en este documento? Mila esker.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko zuri, señora Ruiz. Turno ahora de UPN. Tiene la palabra la señora Ganuza.

SRA. GANUZA BERNAOLA: Gracias, Presidenta. En primer lugar, quiero agradecer al Consejero y a la señora Flamarique y al equipo que le acompaña las explicaciones y la documentación aportada. Empezaré diciendo que a UPN nos parece que la salud mental ha sido la gran olvidada esta legislatura por este departamento. Bienvenido sea ahora este plan y su financiación, pero considero que se podía haber hecho antes.

Este documento es una continuación del segundo plan estratégico 2012-2016. De 2016 a 2019 han tenido tiempo. Y con la estimación de financiación comprometen a futuros gobiernos. Con esto no le quiero decir que no estemos de acuerdo, pero comprometen la siguiente legislatura. Entonces, me hubiera gustado que esto mismo se hubiera hecho antes.

También quiero decirles que compartimos los fines, los objetivos, las líneas de intervención... Todo lo que nos han estado explicando. Y lo más importante es la humanización de la asistencia y que se va a centrar la atención en el paciente, como en el anterior Plan de Salud Mental.

También es muy importante que se haya contado con los profesionales –como en planes anteriores– y con la participación de los pacientes en la toma de decisiones. Es un plan de mejora. Nosotros apoyaremos todo lo que mejore la salud y la salud mental de todos los ciudadanos de Navarra.

Y para llevar a cabo el plan, como bien han dicho, hay que redimensionar la plantilla y lo han estimado en treinta y cuatro o treinta y cinco personas –no lo recuerdo–, pero nos parece adecuado.

Y el presupuesto también. Si hubiera sido antes, muchísimo mejor.

También compartimos el abordaje integral que se ha llevado a cabo para la elaboración de este plan. Y también el modelo comunitario interdisciplinar que integra promoción, prevención, rehabilitación... Estamos completamente de acuerdo. Todo nuestro apoyo a todo lo que mejore. Nos hubiera gustado que fuera un poco antes, pero así ha sido. Bienvenido sea.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias, señora Ganuza. Tiene ahora la palabra la señora Alemán por parte de Geroa Bai.

SRA. ALEMAN ARRASTIO: Buenas tardes, señor Consejero y también a la directora de Salud Mental. Buenas tardes a los dos y a todo el equipo que les acompaña.

Mi grupo querría mostrar su satisfacción por la aprobación del III Plan de Salud Mental, que tendrá una aplicación hasta 2023 y que esté dotado con veinticuatro millones euros.

Como decía la señora Ganuza, compromete a futuros gobiernos, pero de eso se trata la planificación. Yo creo que es importantísimo planificar y la planificación se hace a uno, a cinco años... Para nosotros es importante tenerlo planificado. Y en este momento es cuando se presenta este III Plan de Salud Mental, que nosotros también lo recibimos con agrado y con satisfacción.

Nosotros también queremos resaltar de este tercer plan el amplio proceso participativo que ha llevado, en el que se ha tenido en cuenta a los usuarios o pacientes, a los profesionales, a las asociaciones de pacientes... Y nos parece que tenemos que resaltar el proceso, porque el proceso ha dado lugar a este plan.

Esta portavoz no conoce el anterior plan estratégico, pero nosotros queremos poner en valor el planteamiento que hace este plan, cuyo principio máximo es el de humanizar la atención centrándola en la persona, que obedece a los mandatos que, allá por 2015, nosotros hicimos con base en el acuerdo programático y el compromiso estratégico que esta fuerza adquirió –junto con otras fuerzas– de proporcionar a la sociedad navarra una sanidad universal, accesible, equitativa y de calidad dentro de un sistema público que ponga en el centro la atención, la salud y el bienestar de las personas, en concreto de las navarras y navarros.

Nosotros también queremos destacar de este plan, además de esta manera participada de hacerlo, el abordaje integral. También lo han destacado las otras dos portavoces que me han precedido. Entendemos que es importante en este momento la realización de planes, pero con un abordaje integral, que tengan una mirada transversal sobre lo que supone la salud mental y qué acciones debemos plantear para todas esas personas que están enfermas.

Y estamos absolutamente de acuerdo con las metas. Absolutamente de acuerdo con mejorar la salud de la población, mejorar los cuidados y la experiencia de los pacientes. Siempre apostamos por esa mejora y por mejorar la eficiencia de la Red de Salud Mental de Navarra, y también la implicación y la satisfacción de los propios profesionales.

También queríamos destacar que, para nosotros, es importante ese modelo comunitario que plantea el plan, y que centra especial atención en la prevención de la enfermedad mental, la atención y la intervención precoz, la mejora de los recursos sociales y sociosanitarios para personas con trastorno mental grave, el abordaje del suicidio... Y otro tema que también menciona este plan –y que también se ha planteado en anteriores comparecencias y sesiones de trabajo a lo largo de esta legislatura– es el uso racional de la medicación psicofarmacológica. Ese es un reto que tiene la sociedad navarra, pero es un reto más amplio. Existe una medicalización excesiva y debemos ser conscientes de esto y paliarlo o reducirlo de alguna forma.

Nosotros también queremos hacer especial hincapié en la preocupación que tenemos en torno al modelo de atención a la persona. Y para nosotros es muy importante la cohesión territorial, es fundamental. El plan la tiene en cuenta, pero queríamos destacarlo.

Hay una dotación de veinticuatro millones para desarrollar las acciones de este plan a lo largo de estos cinco años. Nosotros creemos que estos planteamientos atienden a las conclusiones de este proceso participativo, y para construir un modelo de atención y de hospitalización más

flexible adaptado a las necesidades de personas usuarias. Por eso, está el tema de una nueva unidad en el Complejo Hospitalario de Navarra, que es la mayor inversión que se realiza en todo este plan. Nos parece adecuado. También nos parece adecuado que se aumenten las plazas en los pisos tutelados, así como también esa segunda fase del centro San Francisco Javier a la que han hecho mención.

También me parece importante esa reducción de la contención mecánica –una tendencia a su nula utilización–, que es una respuesta a las reivindicaciones de los pacientes o de los familiares de los pacientes. Queríamos resaltar esto. Y, sobre todo, que todo plan tiene que tener un seguimiento y una evaluación. Ya se ha hecho mención a que existen veinticuatro indicadores que nos permitirán realizar ese seguimiento, además del cumplimiento de los objetivos.

Muchas gracias por toda la información y por el trabajo que han realizado a lo largo de este tiempo.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Eskerrik asko zuri. Turno ahora para Podemos-Ahal Dugu. Tiene la palabra la señora Sáez.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, Presidenta andrea. Muchas gracias, señor Consejero y señora Flamarique. Por lo que hemos oído hasta ahora, esta va a ser una de esas veces que se van a ir contentos porque todo el mundo les aplaudimos. No es fácil. Así que, señora Flamarique, le aplaudo especialmente por haber conseguido algo que todo el mundo estamos valorando en positivo, que no es fácil –se lo digo– en estas comisiones.

Por nuestra parte, solamente queremos recordar que es un plan que hace mención a 2019-2023 y que efectivamente parte de la evaluación del anterior plan. Ya se han explicado aquellas cuestiones en las que se detectaba que se había fallado –no conscientemente, sino por el propio desarrollo de la práctica–. Y, por lo tanto, lo que tiene que hacer el nuevo plan, efectivamente, es mejorar aquello que detecta una evaluación del anterior.

Yo comparto con la señora Begoña Ganuza... Además, un día me llevé una reprimenda de la señora María Chivite al decir que salud mental estaba bien. Y tienen razón. No ha sido bien tratada –yo sé que no es por consciencia–, sino que ha sido una de las hermanas pobres en cuanto a la dedicación y la atención.

Pero ahora estamos en otro momento. Estoy de acuerdo en que es un plan ligado a lo que plantea la OMS y está basado en algo que la población... Le he dicho lo de 2019-2023 porque, justamente, en los últimos años ha habido ya algunos cambios sociales muy importantes –además van muy rápidos–. Uno es lo que están detallando: el tema de la humanización de la asistencia –otra cosa es luego la práctica– porque la persona tiene que estar en el centro de los planteamientos –de los que sean, también en salud mental–. El cuidado de la persona es fundamental y este plan habla de eso. Recoge esto que hoy se comparte desde todos los aspectos y perspectivas políticas: la persona debe estar en el centro de los planteamientos. Y el cuidado. El cuidado como algo personal y colectivo.

Por lo tanto, nos parece que este plan en la medida en que plantea la cuestión comunitaria, la continuidad en el cuidado, un planteamiento integral –y, por lo tanto, interdepartamental–...

Porque todo en nuestra vida está coordinado e integrado. E, indudablemente, si viviéramos en un mundo donde hubiera un buen vivir para todas las personas, donde la felicidad estuviera más presente y no estuviera condicionada por un montón de amarguras –fundamentalmente por estereotipos y porque la vida nos coloca de diferente manera: unas personas más pobres, otras con más recursos...–, si viviésemos en otros contextos donde todo estuviera garantizado para la población y realmente a nadie se nos juzgara o se nos exigiera un cuerpo maravilloso o un no sé qué por ser mujer, o que se me hiciera vivir de otra manera por ser trans, indudablemente cantidad de cuestiones que hoy están en salud mental no estarían. Sería una vida de todo el mundo.

Así que nos parece muy importante esa idea de que es interdepartamental. Ya se ha señalado sobre todo el tema sociosanitario, que aquí tanto se insiste y se repite en un montón de cuestiones, pero luego, en la práctica, parece muy difícil de coordinar. Se ven las actuaciones de una parte y de otra, pero les aseguro que en esta línea van a tener que trabajar más en estos años que vienen porque es costoso. En la práctica, –no sé por qué– cada departamento suele hacer su propio castillo –por decirlo de alguna forma–, y es muy difícil trabajar... Así que ánimo porque esa es la perspectiva. Está claro.

Desde nuestro grupo le damos mucha importancia a la educación porque todo lo que trabajemos desde que nacemos en el aspecto educativo va a ayudar muchísimo a que las personas nos queramos más, nos aceptemos más y, por lo tanto, podamos vivir de otra manera y no tener que recurrir a cuestiones que, muchas veces, tienen que ver con esta presión social que no nos deja ser libres ni felices con cómo somos. Por lo tanto, pensamos que la parte educativa tiene que estar muy bien coordinada con este tipo de trabajo.

Con respecto a la coordinación, –más allá de todo lo que han señalado– les aplaudimos el proceso que han llevado porque, efectivamente, han participado –y nos consta–, no solo personas, sino asociaciones y entidades. Este es un cambio importante de la sociedad de los últimos cinco años que está en el plan. Siempre ha habido asociaciones dedicadas a salud mental, pero no como en este momento y con la conciencia del derecho. Como personas usuarias tienen derecho a opinar y a que sus decisiones sean tenidas en cuenta. Antes no era con esta rotundidad. Con lo cual, es un paso muy importante el hecho de que estén avalando, participando y mirando con ojos críticos cómo se concreta el plan en el día a día –si realmente les sirve en sus necesidades–.

Esto es fundamental y queremos insistir en esto, porque aquí vienen muchas entidades muchas oenegés, muchas asociaciones... Y es básico que la sociedad civil –no solamente el Parlamento o quienes legislamos o quienes gobiernan– esté mirando cómo se concreta todo esto y si realmente sirve para lo que se ha puesto y que se evalúe desde ese aspecto.

Esto lo voy a unir con una cuestión que usted ha comentado, y que para Podemos-Ahal Dugu es muy importante, que es el tema de los indicadores. Esta mañana lo hablábamos en otro tema. Los indicadores son básicos. Hay que tenerlos en cuenta a la hora de valorar si nos está sirviendo lo que estamos haciendo. Pero es importante poner los indicadores ajustados y necesarios, porque, a veces, el error en los indicadores nos hace ver lo que no hay o no nos deja ver lo que realmente hay. Yo lo he dicho aquí muchas veces y lo voy a volver a repetir.

Le recuerdo que en salud mental ya hay mucho trabajo realizado sobre el tema de la perspectiva de género y los indicadores necesarios para analizar las repercusiones de todo el trabajo de salud mental y cómo la práctica incide de diferente manera en hombres y mujeres. Y, por lo tanto, las actuaciones deben ir en esta línea, no solo de las personas usuarias, sino también de quienes trabajan en este campo. No tengo tiempo para extenderme en esto, pero este asunto está ya muy analizado, y no podemos seguir hablando solo de personas, sino de cómo inciden las cosas de manera diferente por la construcción que hacemos en esta sociedad.

En este asunto también quería incidir en el tema de la coordinación con atención primaria. Creo que lo han destacado en la meta dos. Para Podemos-Ahal Dugu es fundamental. Y recuerdo que nosotros seguimos apostando porque haya refuerzos en atención primaria, porque esa atención psicológica inicial, básica ayuda muchísimo a que realmente podamos, de manera grupal e individual, atender desde la base ciertas cuestiones porque, si no, luego se van creando más problemáticas. Nuestra apuesta es esa y seguiremos incidiendo en la coordinación y en que en atención primaria exista este recurso –que se demanda no solo por parte de profesionales, sino de diferentes entidades–.

Ya han nombrado en la meta tres el tema del descenso de la medicación, y creo que es conocido nuestro trabajo en este campo. Es un objetivo importantísimo. Pero también lo es el tema de la contención mecánica. Objetivo cero. La contención mecánica atenta, desde nuestro punto de vista, a los derechos humanos y eso tiene que tener objetivo cero. Lo vamos a ir viendo aquí, van a pasar diferentes asociaciones para hablar de ello, de qué realidad tenemos, pero por nuestra parte, insistimos, objetivo cero.

También quería comentarles una de las cuestiones que plantean y que a veces se olvida en salud mental, que es todo el tema de la investigación. Investigación no solo para ver cómo mejoramos los tratamientos de pastillas, sino la investigación, por dónde puede ir. Ahora tienen más oportunidad porque –lo recuerdo– ya tenemos el IdiSNA acreditado y que esta cuestión puede estar presente en las investigaciones. Y además ustedes van a tener una Facultad de Medicina de la universidad pública que también va a ayudar muchísimo, indudablemente, en este tipo de trabajo.

Les agradecemos los recursos que han planteado en cuanto a infraestructuras, a una nueva unidad –está claro que es necesaria–, el refuerzo del Soto de Lezkairu y la contratación de personal. Porque cualquier plan si no tiene presupuesto y si no tiene las medidas para poder hacerlo es como si cogemos el papel y lo tiramos. También agradecemos las sesenta plazas en pisos tutelados –además, en unas jornadas que hubo hace poco, era uno de los temas en los que más se insistió– porque realmente ayudan mucho a la autonomía.

Quiero destacar también algo que ya se ha dicho, lo de la inserción laboral. Es verdad que hay que hacer una coordinación mucho mayor con otros departamentos –termino ahora mismo–, no solo con los del Gobierno, sino con otros servicios que tiene el Gobierno para poder trabajar mucho más, porque es básico. Y, sin más, gracias también por tratar al personal para intentar motivarlo y formarle porque eso lo hace de calidad.

Así que compartimos el criterio de salud mental universal, accesible, equitativa y de calidad. Y equidad quiere decir por toda Navarra y accesible para todo el mundo. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Señora Medina, tiene la palabra por parte del PSN.

SRA. MEDINA SANTOS: Gracias, Presidenta. Buenas tardes, señorías. Quiero dar la bienvenida y agradecer la exposición tanto al señor Consejero como a la señora Flamarique, y agradecer la presencia tanto de su jefe de gabinete como del resto del equipo.

Antes de empezar con el Plan de Salud Mental, me gustaría felicitar al departamento por la acreditación del IdiSNA, algo que nosotros compartimos y que hemos estado reivindicando también desde hace tiempo. Por lo tanto, creo que es un hecho por el que nos tenemos que felicitar todos y todas, y desde luego quiero dar la enhorabuena al departamento.

Dicho esto, y centrándonos en el Plan de Salud Mental, quiero decir que, desde el Partido Socialista, compartimos los principios y los ejes de actuación del plan, como no puede ser de otra manera. Se alinea con los principios de autonomía, responsabilización y empoderamiento del paciente. También se hace referencia a la recuperación personal, a la psicología positiva, que es algo que se desprende a lo largo de todo el plan. Y con respecto a los ejes de actuación, que también se han señalado aquí, tampoco tenemos nada que añadir. Hemos estado también reivindicando –y lo hemos dicho en muchas ocasiones– la potenciación del modelo comunitario, la detección e intervención precoz, la homogeneización de la atención o el fortalecimiento del modelo de atención centrada en la persona, algo plenamente compartido por nosotros.

Ahora bien, dicho esto, también creo que debemos hacer algunas consideraciones. Y quizás me desvíe de la tónica, pero creo que, más que criticar algunos aspectos, me gustaría señalarlos como áreas de mejora o posibilidades de acciones para mejorar lo que nosotros entendemos que... En global, como digo, compartimos los principios y los ejes de actuación, pero creemos que se deben hacer algunas consideraciones.

En primer lugar, empezaré por el cómo se ha realizado el plan. Se ha dicho que ha habido una evaluación del anterior. Nosotros creemos que esa evaluación no ha sido una evaluación exhaustiva. Al menos los documentos a los que yo he podido acceder son documentos con unos datos muy globales. Pero no hay una evaluación cualitativa. Y, desde luego, no hay análisis profundo.

Tampoco se han realizado las evaluaciones que marca la Ley Foral de Salud Mental de 2010. En la disposición adicional quinta se habla de que se debería hacer una evaluación de la propia ley, también una vez al año se debería hacer evaluaciones de los centros de salud mental, incrementándose las evaluaciones a lo largo de los años. Creo que ha habido una carencia no solamente ahora, sino desde que se hizo la ley. Y, por lo tanto, con base en esta carencia creemos que nos falta un diagnóstico de la situación actual, un diagnóstico exhaustivo y, a partir de ahí, una reflexión mucho más profunda sobre todo que responda a tres preguntas: qué queremos conseguir, dónde queremos situar la salud mental en Navarra y qué modelo

queremos. Creo que son las cuestiones clave que quedan, como digo, sin resolver en su totalidad en el plan.

Nos da la sensación de que el plan resuelve más los problemas de gestión que los problemas de la ciudadanía y, en general, –y sin que se ofenda nadie ni se enfade nadie– creo que tiene una visión más psiquiatrizada que psicologizada. De la sensación de que el plan se centra demasiado en los trastornos más graves y no aborda tanto los problemas que en el plan se llaman trastornos comunes –yo prefiero llamarlos trastornos adaptativos o desórdenes emocionales, más que trastornos comunes, o como los llaman en el plan–. A mí me ha chirriado un poco el término.

También nos llama la atención que en la bibliografía –más allá de planes de otras comunidades recientes– no haya referencia a bibliografía más reciente con algo más de innovación. También nos ha llamado la atención.

Y respecto al qué, como digo, quizás por esa visión más psiquiatrizada, sigue poniendo demasiado el foco en la atención especializada –además, Navarra ha sido una de las comunidades que siempre ha ido por delante en la atención especializada–. Pero nos falta ver en el plan y nos falta ver también en la acción del Gobierno los recursos preventivos. Y, en este sentido, nos falta una apuesta mucho más clara por introducir la figura del psicólogo en los centros de atención primaria.

Yo suelo decir –no quiero pecar de corporativista– que cuando hay un profesional de salud mental en atención primaria, los problemas se abordan de otra manera. Yo creo que ese abordaje incidiría mucho más en que las personas estarían menos medicalizadas y los problemas se cronificarían muchísimo menos y se agravarían muchísimo menos. Por lo tanto, creo que sí se debe apostar... Esta es una pregunta que quería hacer. La información que tenemos nosotros es que no se va a apostar por la introducción de los psicólogos en atención primaria, pero sí se van a hacer unas derivaciones por parte de los médicos de atención primaria a unos grupos del estilo del Sicav, es decir, que desde el médico de atención primaria se van a formar unos grupos y se van a derivar a esos grupos, empezando por algunos centros de atención primaria como centros piloto. Esto no lo sé –y, de hecho, la información que tengo es que va a empezar en Buztintxuri–, pero me gustaría que me aclararan esto. En principio no es nuestro modelo porque, como digo, apostamos por la figura del psicólogo en atención primaria, pero la formación de estos grupos puede ser un primer paso.

Otra de las cosas que también nos llama la atención con respecto al qué es que se ha invertido y se ha apostado, como digo, por la atención especializada con las unidades asistenciales, especialmente en el psiquiátrico, pero nos falta por ver todavía los recursos sociosanitarios y sobre todo sociolaborales. Es verdad que es un trabajo conjunto con el Departamento de Derechos Sociales, pero creemos que debería... Cuando se ha señalado el presupuesto, llama mucho la atención siete millones y quinientos mil euros. Llama la atención. Pero luego el plan reconoce la carencia de recursos sociosanitarios y sociolaborales. Por lo tanto, quizá deberíamos empezar a cambiar esa visión por otro tipo de recursos.

En el plan también vemos algunas contradicciones con respecto a lo recogido en el plan y con respecto a la acción seguida hasta ahora por parte del departamento. Y voy a poner algunos

ejemplos, como el tema de la equidad. Además, usted dijo en su primera comparecencia aquí, en este Parlamento, en esta legislatura, que iba a ser uno de los objetivos estratégicos del departamento durante toda la legislatura. De hecho, dijo: «Es necesario asimismo reducir las desigualdades territoriales en el acceso a los servicios sanitarios y tener en cuenta las especificidades de las zonas rurales más alejadas o de difícil acceso». No acabamos de verlo porque si usted se va a la tabla de la página 45, las desigualdades en cuanto a recursos humanos son espantosas. Por lo tanto, no cuadra la tabla de recursos humanos con la apuesta por la equidad.

Y voy a poner otro ejemplo. La atención a los primeros episodios psicóticos nos parece una buena actuación, pero si no hay profesionales suficientes, no se puede abordar. Y ese es el caso de Tudela. O el de la atención infanto-juvenil. Hay una diferencia abismal: 1,7 en Tudela en psicólogos y 9,25 en Pamplona. Es verdad que el volumen también es mayor, pero aun así no es equitativo.

Y otra de las cosas que usted también decía en el párrafo que yo he leído con el tema del abordaje de las zonas rurales... Y yo quiero hacer una reflexión. Hay centros que se centralizan, por ejemplo, en Tudela, como el centro de rehabilitación psicosocial o el centro de día –obviamente no puedes poner uno en cada pueblo–, pero hay veces que no se facilita el transporte desde los pueblos y para algunas personas es muy complicado, por ejemplo, acceder al centro de rehabilitación psicosocial. Entonces, yo creo que ese hándicap que tienen los pueblos también debería tenerse en cuenta.

Acabo enseguida. Otra de las contradicciones que nos llama mucho la atención es que se apueste por la atención comunitaria y la accesibilidad, pero que se lleve el centro de día de Tudela a un entorno hospitalizado. No nos cuadra.

Y, por último, creemos que en los centros de salud mental debe haber una apuesta... Por la información que yo tengo, se va a contratar más personal, pero creo que se debe hacer apuesta por reforzar a los profesionales, porque ver un paciente hoy y otra vez a los dos meses, no cuadra con el modelo de atención centrada en la persona. En muchos casos es lo que pasa. No cuadra ver un paciente hoy y por falta de tiempo y por falta de agenda...

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Señora Medina, se le ha acabado el tiempo.

SRA. MEDINA SANTOS: Acabo Ya. Verlo a los dos meses. Eso no cuadra con el modelo de atención centrada en la persona. Por lo tanto, creemos que tenemos muchos retos por delante, que el plan aborda algunos de ellos, pero otros se nos quedan, como digo, algo cojos, y que es contradictorio con lo que se está realizando. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Señor García, tiene la palabra.

SR. GARCÍA JIMÉNEZ: Muchas gracias, Presidenta. Quiero agradecer las explicaciones aportadas por parte del equipo del Departamento de Salud. Efectivamente, si echamos un vistazo al III Plan de Salud Mental, vemos que si bien la finalización del anterior plan era en 2016 y la ejecución del nuevo plan de salud es en 2019, esto requiere de una profunda reflexión al respecto a la importancia que se le ha dado por parte de este Gobierno a la salud mental de nuestra Comunidad. Se llevan tres años de retraso y quizás hoy sea un punto final,

como digo, a ese olvido que ha existido por parte de este Gobierno con respecto a la inversión y a la mejora de la salud mental en nuestra Comunidad. Hoy parece que comienza esta nueva etapa, con cierto retraso, con un gran retraso de tres años, que ya se ha denunciado por parte de algún otro portavoz.

Yo voy a empezar por la financiación, algo de lo que ya se ha hablado. En la documentación que se nos ha facilitado hoy, con respecto a la inversión y al incremento de inversión que requiere la puesta en marcha de este tercer plan, efectivamente hay un compromiso mínimo en 2019 –creo que son 391.000 euros exactamente– frente a lo que se requiere en 2021. Por lo tanto, ese compromiso debería haber sido durante el segundo año de esta legislatura y este retraso marca, en cierta medida, el compromiso que deben adquirir futuros gobiernos, y entiendo que no hay dificultad para que así sea.

Pero yo creo que, además, –y así lo establece el III Plan de Salud Mental, que recoge esa continuidad que se le da al segundo plan–... Efectivamente hay una serie de modificaciones a este respecto, por lo que hay que reconocer que, en ciertas cuestiones, existe una serie de mejoras –es una copia mejorada–, pero es una continuidad de lo que ya teníamos en nuestra Comunidad.

Por lo tanto, ahora hay que hacer una profunda reflexión con respecto a la crítica que veníamos escuchando en anteriores legislaturas por parte de alguno de los partidos que sustentan al Gobierno sobre esta cuestión, porque ahora dan por válida esa continuidad. En cierta medida, quizás, esto reconoce que la crítica anterior no estaba en ningún aspecto justificada.

Tengo poco más que añadir en esta cuestión. Insisto en que, efectivamente, hay puntos que compartimos. Se habla de equidad en el propio plan, y equidad es lo que menos define a este plan, dada la diferencia que existe de recursos tanto humanos como medios en las diferentes áreas. Es otro de los compromisos que se deben adquirir por parte de este Gobierno. Sin más, insisto en que compartimos la continuidad que se le da a dicho plan y denunciamos el retraso que se lleva. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Turno para la señora De Simón.

SRA. DE SIMÓN CABALLERO: Muchas gracias, señora Presidenta. Arratsalde on. Buenas tardes, señorías. Buenas tardes, señor Domínguez, y a todas las personas que les acompañan. Gracias, señor Domínguez. Muchas gracias, señora Flamarique por su exposición hoy.

Yo voy a empezar felicitando al Departamento por lo que nos trae hoy aquí –también tengo otras cosas por las que felicitarles–. Pero les voy a felicitar porque, por fin, tenemos este nuevo Plan de Salud Mental. Efectivamente, llega tarde. ¡Claro que llega tarde! Pero yo entiendo que había muchísimas cuestiones que abordar y más vale tarde que nunca. Además, no me cabe ninguna duda de que se ha seguido aplicando el plan anterior introduciendo todas las mejoras derivadas de la aplicación del mismo.

No voy a decir nada nuevo al reconocer que la enfermedad mental es un problema de salud de primer orden. Una de cada cuatro personas experimentamos un trastorno mental común a lo largo de nuestra vida, y entre el 0,5 y 1 por ciento, un trastorno mental grave. Esto es algo que

evidentemente hay que tener en cuenta. Por eso, tenemos un Plan de Salud Mental que no es el primero, sino que es el tercero. No me cabe duda de que se podía haber hecho mucho más y se puede hacer mucho más de lo que en este plan se establece, pero, bajo mi punto de vista, los pasos que se dan son muy importantes.

Yo voy a destacar cuatro elementos o cuatro características que a mí me parece que son muy positivas en este III Plan de Salud Mental. La primera es ese proceso de elaboración que ha sido un proceso participativo y que parte, además, de la evaluación del plan anterior. Y esa participación, como en el anterior, de los pacientes, profesionales, la sociedad en general, diferentes oenegés y, en particular, de las familias. Porque, en este tipo de enfermedades, –tampoco descubro nada al decirlo– la familia soporta una parte importante, una parte muy importante, del cuidado y del tratamiento –por decirlo de alguna manera– de todas estas personas.

El segundo elemento que mi grupo quiere destacar es el contenido, los objetivos, esa mejora de la salud mental de la población, pero a partir de la eficiencia y la eficacia de los recursos. Por lo cual, pone el foco en las personas enfermas en la familia y en los profesionales, que son los que lo van a llevar a cabo. También quiero destacar ese enfoque integral que no es nuevo, pero que exige un abordaje interdisciplinar, como no puede ser de otra manera.

Y, en este sentido, quiero destacar un tercer elemento que tiene que ver con esa atención, con ese plan, que se apoya, que se soporta en el Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea, desde una atención, desde la sanidad pública y gratuita. Esto para mi grupo es absolutamente fundamental. También quiero destacar todo lo que tiene que ver con la detención precoz, esa atención para todos y para todas, la mejora de la asistencia, la limitación del uso de la medicación.

Ahí no estoy de acuerdo con la señora Medina, cuando decía que este plan tiene un enfoque con un mayor peso de la psiquiatría. No es que nos vayamos pelear entre los profesionales de la psiquiatría, la psicología o la asistencia social. Se trata de ver cuántos profesionales o cuántas profesionales se necesita de cada uno de los ámbitos. Y en este caso me ha sorprendido la crítica que hacía la señora Medina porque en esos veinticuatro millones de euros de financiación que estaban previstos hasta el año 2023, de los treinta y cuatro profesionales, catorce corresponden a la psicología clínica. Es un 41,2 por ciento... Yo pensaba hacer esta intervención resaltando precisamente esa apuesta por aumentar el personal proveniente de la psicología porque es evidente que los nuevos retos, en relación con la salud mental, requieren precisamente la participación de estos profesionales. Y también pensaba comentar otra cosa al final –pero la voy a comentar ahora– para preguntarle al señor Consejero y a la señora Flamarique, que tiene que ver con el abordaje de aquellas enfermedades que no son mentales, que tienen que ver con la frustración, con la frustración de los individuos, de las personas, con la frustración ante el fracaso y esa escasa capacidad de reacción que tenemos que convierte esa sensación de fracaso en una enfermedad mental. Por eso, a mí me parece muy importante el personal proveniente del mundo de la psicología, en particular en la atención primaria, para poder tratar este tipo de problemas como corresponde, porque no es que nadie tenga un problema mental. Tendrá un problema, no sé si de ñoñería o cómo llamarlo, pero desde luego no es mental –permítanme esta expresión.

Y otra cuestión que creo que merece la pena resaltar son los recursos. Ya había hecho referencia a esos treinta y cuatro profesionales más y a esos veinticuatro millones de euros que están previstos en los presupuestos hasta el año 2023. Es verdad que es un plan a futuro, pero es un plan a futuro. Yo espero que el nuevo Gobierno que se conforme –que espero que siga siendo del cambio, pero si no lo fuera– asuma este plan.

Voy a plantear tres dudas o sugerencias. Más bien son dudas. Uno de los objetivos –yo no sé si lo ha comentado el señor Domínguez o la señora Flamarique– hacía referencia a que la atención llegue a todas las personas. A mí sí que me preocupa la zona rural, pero entiendo que está contemplado. Y me preocupa Tudela. Entiendo que está contemplado porque hay una reorganización en marcha. Eso es lo que yo entiendo. Si no, me lo confirmará usted, señor Consejero. Está en marcha la reorganización de la atención de salud mental en La Ribera para traspasar el modelo de Pamplona a La Ribera en su totalidad, teniendo en cuenta las dimensiones. Yo entiendo que esto sigue en marcha.

Pero me preocupan esos casos en los que, una vez que se da de alta a una determinada persona del hospital, de un ingreso hospitalario o de un tratamiento en centro de día, vuelven a la familia, y a mí me preocupa el hecho de que, muchas veces, las familias no tienen capacidad para poder abordar esa situación y para atender a esas personas. Quiero decir, la cosa se queda entre «me voy a urgencias o pido cita hasta que me toque». En ese intervalo, en el medio, yo creo que debería haber alguna manera de poder hacer un seguimiento de estas personas, porque yo creo que se puede evaluar también qué familias tienen más capacidad o menos o qué familias necesitan más apoyo. Ahí está la hospitalización a domicilio, o un seguimiento domiciliario... Seguramente el señor Consejero me puede contestar.

Otro aspecto que me preocupa tiene que ver con la estigmatización de estas personas con enfermedad mental, con esa discriminación que se produce y esa autodiscriminación que yo creo que impide, incluso, un diagnóstico precoz por el miedo, la prevención, la vergüenza que aún se da en la ciudadanía. Porque alguien no tiene ningún problema en decir que tiene un problema de riñón y que le van a tener que hacer un trasplante, pero, sin embargo, si uno tiene que ir al psiquiatra o tiene que ir al psicólogo, sigue habiendo esa especie de tabú. Yo no he tenido tiempo de mirar el plan en la profundidad que hubiese debido, pero no sé si lo tiene en cuenta.

Y una tercera cuestión tiene que ver con la prevención. No termino de percibir, de ver cómo se puede prevenir. Puedo entender perfectamente que todas las medidas para evitar la drogodependencia es una manera de prevenir enfermedades mentales. Pero ¿cómo se puede ver que determinados sectores de la sociedad pueden tener más predisposición?

Y nada más. Termino felicitándoles otra vez por el trabajo que han realizado y esperando que este plan se desarrolle en su totalidad y que incorpore todas las mejoras que sean necesarias –porque antes no lo he comentado–. Pero también tiene un elemento que, bajo mi punto de vista, tiene un valor importante, que es la autoevaluación, es decir, la evaluación continua de este plan con ese montón de indicadores que han previsto para ello. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias, señora De Simón. Y ahora, a petición del Consejero, vamos a hacer diez minutos de receso.

(Se suspende la sesión a las 16 horas y 37 minutos).

(Se reanuda la sesión a las 16 horas y 50 minutos).

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Buenas tardes, de nuevo. Reanudamos la sesión. Un poco de silencio, por favor. Reanudamos la sesión. Tiene la palabra el señor Consejero y la señora Flamarique para hacer las aclaraciones oportunas.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Muchas gracias. En primer lugar, quiero agradecer a todos los portavoces sus aportaciones y también las felicitaciones por la acreditación de IdiSNA que me han hecho llegar. Realmente yo creo que, en este sentido, nos tenemos que felicitar todos porque es una buena noticia para Navarra y no solamente para este Gobierno.

Es cierto que partimos de un análisis del segundo plan y con él necesariamente tiene que estar alineado. Y es cierto también que en este segundo plan hay muchos objetivos con un escaso grado de cumplimiento. Y debemos tratar de que esto no vuelva a repetirse con este tercer plan, intentando evitar los errores que haya podido haber en la ejecución de este plan.

Se ha comentado que la salud mental es la gran olvidada del departamento. Y yo creo que no es así, sinceramente. Una cosa es que no se haya hecho un plan, porque elaborar un plan cuesta tiempo y trabajo –el análisis, la evaluación, el proceso participativo...– y otra cosa es que no se hayan hecho cosas en salud mental. Voy a recordar a vuela pluma, por ejemplo, la atención a los primeros episodios psicóticos, que tiene gran importancia y un reconocimiento en el nivel científico; se han hecho campañas para evitar la estigmatización; se han completado las obras del centro San Francisco Javier; se han internalizado las unidades de larga y media distancia. Es decir, sí se han hecho cosas.

Es cierto que este plan puede comprometer a otros gobiernos, sean del mismo o de otro color. Espero que del mismo. Pero también es verdad que eso es planificación, porque la salud no depende del color del Gobierno, sino que creo que tenemos que darle continuidad a lo que teníamos –lo mismo que nosotros nos vimos obligados con el segundo plan que nos dejaron de herencia–. Por lo tanto, yo creo que eso es lógico y no es criticable.

Quisiera también insistir en la coordinación interdepartamental. Ya hemos comentado que las políticas de salud mental no deben ocuparse únicamente de atender los trastornos mentales, sino que hay que reconocer y abordar cuestiones más amplias, todas las cuestiones que fomentan la salud. Y, en ese sentido, todos los departamentos estamos implicados. En la búsqueda de la salud en todas las políticas, hay que buscar también la salud mental en todas las políticas. Y, en ese sentido, la implicación de departamentos como Educación, Derechos Sociales, Justicia... son fundamentales. Y en esa línea de trabajo, la única forma de que eso sea así es hacer un comité interdepartamental, como ya está recogido en este tercer plan, y la figura de la coordinación sociosanitaria.

Se me ha preguntado por el centro de día de Tudela, de llevarlo o no llevarlo al entorno hospitalario y, como a continuación tengo una pregunta, les contestaré ampliamente a esta cuestión.

También se ha comentado la medicalización del fracaso. Y eso sí que me parece que es importante. Yo creo que, más que dentro de este plan de salud mental, debe ser un tema que se incorpore no solamente a la atención de la salud mental, sino a la atención primaria e incluso al entorno social. Yo creo que hay que gestionar los fracasos, hay que gestionar las tristezas, hay que diferenciar qué es estar triste y qué es estar deprimido. El duelo no se tiene que pasar con pastillas. Por lo tanto, yo creo que eso lo tenemos que integrar no solamente en la atención sanitaria, sino también dentro de la sociedad. Incluso cambiar el hábito de las palabras. El decir «estoy depre» significa que tienes una depresión, que no es lo mismo que estar triste.

Y para contestar a los temas más técnicos, le doy la palabra a la señora Flamarique.

SRA. GERENTE DE SALUD MENTAL (Sra. Flamarique Chocarro): Buenas tardes de nuevo. Voy a intentar responder, por orden, a las dudas y a las preguntas que quedaban. En primer lugar, sobre las conclusiones y la valoración de las aportaciones, tengo que decir que, en general, el proceso de participación ha sido muy satisfactorio para todos.

El ambiente de colaboración que se ha generado la verdad es que ha sido excelente y se percibían las ganas de participar y de que todos estábamos en lo mismo; cada uno desde su punto de vista, pero con el mismo objetivo, que es lo principal.

En cuanto a la participación del Departamento de Derechos Sociales, les hemos ido informando de las ideas y de las preocupaciones que nosotros teníamos, aprovechando las reuniones que teníamos. Y ellos también nos hicieron llegar sus aportaciones al final del proceso, parte de las cuales se han incluido en el plan y otras no han sido incluidas. Ahora estamos pendientes de hacer una sesión de retorno con la evaluación y con un informe de todo el proceso de participación –está pendiente de poner fecha, pero será a finales de febrero o, como muy tarde, primeros de marzo–.

Por poner algún ejemplo de aportaciones que se han recogido, se ha incluido como un principio de la Red de Salud Mental, a los que previamente había, el valor de la humanización. Ha sido una de las aportaciones. También hacían referencia a incluir, por ejemplo, psicoterapia grupal para víctimas de violencia de género. Aquí voy a responder a lo que se ha comentado de que estaba muy centrado en la psiquiatrización y poco en la psicologización, cosa que creo que no corresponde con lo que recoge el plan, porque hay numerosos objetivos y líneas sobre intervención psicológica –en el anterior plan ya se veía como una necesidad aumentar la intervención psicológica–.

En el programa de terapia grupal ambulatoria, que se ha puesto en marcha en el segundo semestre del año pasado, se prevé un aumento y un despliegue, con una cartera de servicios en relación con el tema de la psicoterapia grupal para mujeres víctimas de violencia de género, que se podrá ofrecer en el momento en que haya una masa crítica necesaria para ello. Puede ser violencia de género o puede ser abordaje de suicidio o puede ser cualquier otro tipo de problemática.

También se ha revisado el lenguaje inclusivo y se ha modificado el documento. También se incluirá en el documento para cada objetivo, según la evidencia científica disponible, la

perspectiva de género. De igual manera, en los indicadores serán tenidos en cuenta tanto el género como la edad cuando haya disponibilidad de esa información y cuando la relevancia de los datos así se manifieste.

Se ha cambiado el enunciado de algunos objetivos. Por ejemplo, el de mejorar la coordinación con Educación se ha cambiado por mejorar la coordinación con Educación para potenciar la promoción, la prevención y detección precoz de la patología mental. También se ha cambiado el punto nueve por detección e intervención precoz en situaciones de riesgo para la salud mental en la infancia. Hay varios así y la verdad es que el proceso de participación ha sido muy satisfactorio.

En cuanto al tema de la investigación, yo no he hecho mención al tema de la investigación, pero ya que ha salido el IdiSNA, en la meta tres está recogido el tema de la investigación y en el IdiSNA hay una línea de trabajo en salud mental donde hay un importante número de profesionales de la red que están implicados.

En cuanto a la evaluación exhaustiva y refiriéndose a la ley anterior y a la evaluación exhaustiva de los servicios, tengo que decir que se han hecho tres evaluaciones interservicios. Eso de que no se ha hecho ninguna evaluación no es del todo cierto. Se han hecho tres evaluaciones interservicios. El año pasado tocaba otra, pero como estábamos en medio de todo el plan estratégico, se pospuso para este año y está previsto que en abril de este año se haga la correspondiente.

Sobre el tema de la psicologización y de la visión psiquiátrica, ya he comentado todo el aumento de la cartera de servicios y la psicoterapia grupal, tanto de apoyo a la Red de Salud Mental, cuando los propios recursos de la red no tienen masa crítica suficiente, como también dando respuesta a atención primaria. En ese sentido, eso es lo que se está haciendo. Se va a poner en marcha un pilotaje del Sicav, efectivamente, para ver qué resultados se obtienen y para ver su efectividad.

Sobre la bibliografía del plan, he de decir que es la que hay disponible. El plan anterior contaba con una cierta ventaja, y es que la estrategia nacional de salud mental estaba vigente y recién aprobada. Entonces, fue un documento que guío muchos planes estratégicos. Actualmente la estrategia de salud mental del Sistema Nacional de Salud ha comenzado ahora otra vez a tener contactos y a trabajar, pero, desde luego, la actualización quedó pendiente y es un documento que no existe de referencia. La referencia más actual es la de la OMS, y desde luego se han revisado los planes estratégicos que estaban en horizonte temporal no pasados, sino en vigencia. Es la bibliografía disponible.

En cuanto a los recursos sociosanitarios y laborales, en la diferencia del presupuesto dentro de capítulo 2, lo que aparece ahí es lo que le corresponde pagar a Salud Mental. Quedaría pendiente la parte del presupuesto que Derechos Sociales debería aportar a esas plazas. Ese es el dinero que corresponde al Departamento de Salud y a Salud Mental, en concreto.

Sobre el presupuesto en general, también se ha hecho referencia a que en 2019 había una cantidad muy pequeña. Pero hay que decir que, cuando se hizo la estimación del presupuesto necesario, se ha tenido en cuenta desde el año 2020: 2020, 2021, 2022 y 2023. Porque el

presupuesto de 2019 ya estaba aprobado y entonces no había lugar a comprometer un presupuesto del que no se disponía. Y el presupuesto que aparece ahí en 2019 es presupuesto de la gerencia que está previsto abordar entre las actuaciones que tenemos para realizar.

Y, por último, con el tema de la equidad, se comentaba el despliegue a Tudela de los servicios o programas que están en Pamplona. Como bien se ha dicho en la sala, se está en ello. No se ha dejado de trabajar. El despliegue de infanto-juvenil sigue parcialmente la cronología prevista. El año pasado se hizo el despliegue de la unidad de deterioro cognitivo al área de Tudela. Está previsto hacer el despliegue del programa de primeros episodios y, desde luego, también se hará el despliegue del programa de psicoterapia grupal. Aquí, como se ha dicho anteriormente, el tema de la coordinación con la gerencia de Tudela es lo verdaderamente importante y en lo que hay que trabajar.

Y, para terminar, en el tema de la prevención general de salud mental, tengo que decir que no existe la prevención general en salud mental, sino que son las medidas de prevención generales para la salud: tener un trabajo digno, una vivienda en condiciones, acceso a trabajo... Todos estos temas favorecen preventivamente e influyen positivamente en una salud mental positiva. La prevención, como se entiende en salud mental, es en población concreta o cuando hay signos. Con lo cual, es muy importante la intervención precoz y sobre todo la sensibilización de los profesionales que, ante el más mínimo de los signos o de los síntomas, deben ser capaces de detectarlos, estar sensibilizados y procurar el tratamiento. Es decir, hacer la evaluación y el tratamiento adecuado. Eso es todo.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muy bien.

Pregunta sobre el estado de ejecución de la Resolución por la que se insta al Gobierno de Navarra a impulsar una mejora de los sistemas de información sanitaria en relación con la endometriosis, presentada por la Ilma. Sra. D.ª María Teresa Sáez Barrao.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Tras las explicaciones y aclaraciones, pasamos al punto dos que es la pregunta sobre el estado de ejecución de la resolución por la que se insta al Gobierno de Navarra a impulsar una mejora de los sistemas de información sanitaria en relación con la endometriosis, presentada por la señora Teresa Sáez de Podemos-Ahal Dugu.

SRA. SÁEZ BARRAO: Eskerrik asko, señora Presidenta. Sin más, queremos saber lo que dice la pregunta, que es la situación en la que se encuentra todo lo aprobado en materia de endometriosis en el Pleno del 15 de marzo de 2018.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): En primer lugar, he de decir que el Departamento de Salud y el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Navarra, como no puede ser de otra manera, tienen gran interés en mejorar de forma permanente y continua el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de la endometriosis, al igual que el resto de procesos. En esta línea, el Servicio de Obstetricia y Ginecología mantiene el compromiso de elaborar una guía de atención a mujeres con endometriosis en el sistema sanitario público de Navarra, similar a la publicada en 2013 para el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad y que, actualmente, está actualizando el propio ministerio.

Osasunbidea, al igual que el resto de servicios sanitarios, se encuentra a la espera del nuevo documento para redefinir el marco de atención a las mujeres con endometriosis. Por otro lado, tal como recoge la resolución aprobada por el Parlamento de Navarra el pasado mes de marzo, Osasunbidea está estudiando la creación de un equipo multidisciplinar para el abordaje de la enfermedad desde el diagnóstico precoz y la atención integrada de la mujer. Este equipo estaría formado por ginecólogos, en estrecho contacto con ginecólogos de la unidad de fertilidad, urólogos, cirujanos digestivos especialistas en cirugía colorrectal, especialistas de la unidad del dolor, radiólogos, psicólogos y profesionales de enfermería, y tendría como objetivos, en primer lugar, dar respuesta coordinada y consensuada entre múltiples especialidades, con el objetivo de realizar un abordaje multidisciplinar de los pacientes. En segundo lugar, que las pacientes encuentren una atención más coordinada y sean asesoradas en los diferentes aspectos de su enfermedad por especialistas con experiencia demostrada. Y, finalmente, la creación de un comité clínico para el seguimiento específico de los casos complejos.

La creación de equipos multidisciplinares para la atención de patologías concretas debe pasar por una prescripción basada en la evidencia y que conduzca a una optimización de circuitos asistenciales que mejoren el modelo de asistencia que se presta desde la práctica clínica habitual.

Para contextualizar el proceso del que estamos hablando, hay que decir que la endometriosis, en todas sus formas y grados, afecta al 10-15 por ciento de las mujeres en edad fértil, por lo que puede calcularse que en Navarra entre nueve mil y quince mil quinientas mujeres, más o menos, en edades comprendidas entre los quince y los cuarenta años, podrían sufrir la enfermedad. Como ven, son cifras que abarcan un amplio abanico.

Aunque se trata de una enfermedad crónica que puede llegar a ser invalidante en un subgrupo de pacientes y en su forma ovárica produce esterilidad, afortunadamente lo más común es que la endometriosis sea un proceso que, hasta en un 50 por ciento de las pacientes, es asintomático. Su tratamiento mayoritariamente es médico y solo alrededor del 30 por ciento de las mujeres con endometriosis precisan una intervención quirúrgica de mayor o menor complejidad y que, en algunas ocasiones, precisa la intervención de dos o más profesionales de distintas especialidades.

Actualmente la atención a las pacientes con sospecha de endometriosis sigue un circuito que garantiza la calidad asistencial. Inicialmente, la realiza el especialista en ginecología, que orienta el diagnóstico y evalúa el tratamiento a instaurar, ya sea médico o quirúrgico. Dicho especialista está en coordinación directa con los ginecólogos de la unidad de fertilidad cuando se requiere su participación para el oportuno tratamiento, según criterios, como son la edad y la gravedad de la misma, y con ginecólogos expertos en ecografía para el diagnóstico más preciso de la extensión local de la enfermedad. Cuando es necesaria la colaboración de otros profesionales como cirujanos, urólogos, radiólogos, etcétera, coordina su atención con la del resto de especialistas.

La creación de un equipo multidisciplinar para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con endometriosis es, sin duda, deseable. Sin embargo, es necesario priorizar la creación de aquellas unidades que mejoren y optimicen los circuitos asistenciales existentes

actualmente en Osasunbidea y que mejoren la asistencia que se presta en la práctica clínica habitual en enfermedades de alta prevalencia y gravedad.

En cualquier caso, la creación de cualquier unidad multidisciplinar debe ser sometida previamente a un análisis de factibilidad institucional, técnica y económica, y sus objetivos deberán estar integrados en el plan de salud y en la línea estratégica general y ser priorizados. Gracias.

SRA. SÁEZ BARRAO: Gracias. La verdad es que voy a ser muy breve. En marzo de 2019 va a hacer un año –realmente se lo digo con todo el cariño–, y yo sé que las instituciones son lentas, pero que haya pasado un año para adaptar la guía... Sé también que el Estado la está modificando, pero es igual. En un año ya se ha podido valorar un equipo multidisciplinar, desde el punto de vista de la factibilidad y todo lo que usted ha señalado, pero le recuerdo que en otras comunidades sí están funcionando. Realmente, han pasado ya las cribas y se ha demostrado que son eficaces y eficientes. Por lo cual, siento decirle que... Usted ha señalado aquí un porcentaje importantísimo de mujeres que están, de alguna manera, no bien atendidas –no digo que lo que estén haciendo no esté bien, sino que no es lo que hemos acordado en este Parlamento–. Y lo que acordó este Parlamento tiene que ver con una demanda muy clara y muy concreta hecha desde las propias asociaciones y desde las mujeres, desde la vivencia de las que tienen endometriosis. Así que siguen esperando.

Se lo digo porque nos han llamado y, por eso, hemos formulado esta pregunta. También la hemos hecho porque nos gusta saber qué ocurre con aquello que se aprueba en este Parlamento. Porque no nos gusta nada venir al Parlamento a aprobar cosas y que luego nadie las cumpla o nadie las controle. Queremos saber qué ocurre. Pero, además, unas cuantas nos han llamado para preguntar qué pasa con todo lo que se aprobó. Vamos a hacer un año dentro de nada.

Entonces, es estupendo lo que se hace, pero el acuerdo no se ha hecho en este año. Y lo que le digo es que hay que agilizarlo, porque hay muchas mujeres sufriendo por no tener unos derechos garantizados en algunas cuestiones, por todo lo que se acordó aquí, pero además también por no sentirse atendidas correctamente, algo que afecta a muchas. Lo debatimos en esta Comisión, lo hemos debatido en Pleno, y ojalá aquí no haya ninguna afectada, pero realmente es doloroso.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Lo primero que quiero recalcar es lo que ya he dicho. Vuelvo a insistir en que las pacientes con endometriosis en este momento están bien atendidas y con absolutas garantías de calidad. Con absolutas.

Como ya he comentado, la creación de una unidad multidisciplinar para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con endometriosis es un objetivo de este departamento, pero también es verdad que, dada la falta de facultativos especialistas en determinadas disciplinas, no parece adecuado dirigirnos hacia la superespecialización, sino a la transversalidad de sus funciones.

Por ese motivo consideramos imprescindible la priorización de objetivos asistenciales globales y, en esta línea, parece más prioritaria la creación de unidades para diagnóstico, tratamiento y

seguimiento de otras enfermedades de mayor prevalencia y/o gravedad, como pueden ser determinados procesos tumorales, la unidad de cáncer colorrectal, la unidad patología de mama, etcétera, siendo la creación de la unidad multidisciplinar un objetivo a medio-largo plazo. Gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muy bien.

Pregunta sobre la solicitud de los grupos políticos del Ayuntamiento de Tudela de no trasladar el servicio de salud mental, presentada por la Ilma. Sra. D.ª María Teresa Sáez Barrao.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Pasamos al tercer punto del orden del día, que es la pregunta sobre la solicitud de los grupos políticos del Ayuntamiento de Tudela de no trasladar el servicio de salud mental, presentada de nuevo por la señora Sáez de Podemos-Ahal Dugu.

SRA. SÁEZ BARRAO: Gracias. Doy por reproducida la pregunta. Además, como ya ha salido antes en el debate del Plan de Salud Mental, sencillamente queremos saber qué valoración hacen y cuál es el plan. Le recuerdo que el Ayuntamiento de Tudela lo que les ha solicitado y lo que plantea es, con base en la coherencia del propio Plan de Salud Mental, que se mantenga donde está en este momento, y que sea retirado del Plan estratégico de Salud Mental el que vaya al Hospital Reina Sofía. Pero queremos saber su opinión al respecto.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Como recoge el plan funcional del hospital de día de Tudela, elaborado y consensuado el pasado año, el Hospital de Día de Salud Mental es un recurso sanitario de hospitalización a tiempo parcial orientado a personas mayores de diecisiete años y menores de sesenta y cinco con trastorno mental en fase aguda o subaguda, que posibilita intervenciones terapéuticas intensivas durante un período limitado de tiempo –treinta y cinco-cincuenta días– manteniendo a la persona en su entorno sociofamiliar. Constituye una alternativa y/o complemento al ingreso en la unidad de hospitalización psiquiátrica, siendo, por tanto, un recurso intermedio de hospitalización parcial entre dicha unidad y el centro de salud mental, como alternativa al ingreso completo y para disminuir ingresos prolongados. Además de su principal función asistencial desarrolla también otras de carácter docente o investigador.

Conviene resaltar, antes de nada, que el posible traslado del hospital de día al Reina Sofía de Tudela figuraba ya entre las líneas de actuación del II Plan de Salud Mental 2012-2016, documento que lo recogía dentro del objetivo general 6.3 de mejora de la organización funcional de los servicios generalistas, y que fue sometido en su momento a la consideración de esta Cámara.

En esta ocasión, la gerencia de Salud Mental de Osasunbidea ha incorporado esta actuación al III Plan de Salud Mental junto a otras que, de igual manera, no se llegaron a acometer durante el periodo de vigencia del anterior plan. En este tercer plan, el posible traslado del hospital de día de Tudela está previsto dentro de su objetivo 35, junto a otras actuaciones orientadas a mejorar la organización funcional de los servicios de la Red de Salud Mental de Navarra.

Este traslado responde a criterios técnicos de atención, centrados en la misión y función que los hospitales de día desempeñan dentro de la variedad de recursos con los que cuenta la Red de Salud Mental, con el fin de prestar asistencia sanitaria especializada e integrada de calidad en salud mental a la población de Navarra.

No obstante, alguna discrepancia de índole profesional, laboral y condicionantes socioculturales dificultan el traslado del hospital de día al Hospital Reina Sofía. En cualquier caso, por tanto, aprovecho esta intervención para repetir una vez más lo que ya he venido anunciando en recientes declaraciones públicas y para que quede absolutamente claro: El citado traslado no figura en modo alguno entre las actuaciones que el Departamento de Salud tiene previsto acometer de aquí al final de la presente legislatura. Gracias.

SRA. SÁEZ BARRAO: Gracias por aclararlo, porque es cierto que usted públicamente lo ha dicho, pero aquí no… Habíamos oído que realmente, en este momento, no figuraba el traslado. Este es un buen momento para volverse a sentar a hablar, no solo con el Ayuntamiento de Tudela, que también –está hablando por su ciudadanía y es lógico que se preocupe–, sino también con las personas profesionales que están allí que, por la información que tenemos, tampoco ven muy claro este traslado.

Seguramente ustedes tendrán criterios muy correctos –no lo pongo en duda–, pero, a veces, las miradas diferentes ayudan mucho a entender y comprender que potenciar el modelo comunitario, la atención centrada en la persona, la autonomía y la accesibilidad... Quizás, en estos momentos, en Tudela esté mucho mejor donde está que donde se quiere trasladar, al hospital, por lo que significa de hospital como algo más medicalizado, etcétera.

Entonces, sin más, nuestro llamamiento es que aprovechen –ya que no está decidido y le agradecemos que no sea una cosa inmediata– para que realmente se sienten a hablar otra vez con el ayuntamiento, con las personas profesionales que están trabajando ahí, con las personas usuarias –porque tienen todo el derecho a ser escuchadas– y que, a partir de ahí, tomen una decisión reflexionada desde otro ángulo. Gracias.

SR. CONSEJERO DE SALUD (Sr. Domínguez Cunchillos): Considerando que el Hospital de Día de Salud Mental de Tudela, como he comentado, constituye un recurso intermedio de hospitalización parcial entre la unidad de hospitalización psiquiátrica y el centro de salud mental, parece que la ubicación más apropiada deba ser un recinto hospitalario en continuidad con la unidad de hospitalización psiquiátrica. De esta forma, se garantiza que realmente se constituya como alternativa al ingreso completo, reducir los ingresos prolongados en la unidad de hospitalización psiquiátrica, mejorar la atención multidisciplinar en esta unidad y garantizar la continuidad asistencial.

Se consiguen, además otros, beneficios adicionales relacionados con la garantía de una asistencia sanitaria de mayor calidad, valor y seguridad para las personas usuarias, como son un uso más racional y eficiente de los equipos profesionales, lo que permite no sobredimensionar el número de profesionales de la unidad de hospitalización; aumentar la cartera de servicios en salud mental a pacientes ingresados e ingresadas por patologías médicas en atención especializada del Hospital Reina Sofía; favorece también la accesibilidad de los pacientes tanto de la ciudad de Tudela como de su área de influencia, ya que está

ubicado en el mismo entorno que la atención especializada del área de Tudela, es decir, en el Hospital Reina Sofía; y favorece también, desde nuestro punto de vista, la reducción del estigma al ubicar el recurso en el mismo entorno que cualquier otro dispositivo de salud.

Debo destacar, por otro lado, que la ubicación del hospital de día en el recinto del Hospital Reina Sofía no choca con el modelo comunitario, que es uno de los ejes del III Plan de Salud Mental que acabamos de presentar. Al contrario, pretende su consolidación, potenciando la atención en salud mental de Tudela en el centro de salud mental desarrollando otros programas como el de primeros episodios psicóticos y el de terapia grupal ambulatoria, mientras que el hospital de día pasa a ser definitivamente un recurso de hospitalización parcial.

Sin embargo, teniendo en cuenta que estos argumentos a favor de que el Hospital de Día de Salud Mental esté ubicado en el Reina Sofía no son compartidos por todos y todas las profesionales y, además, existen dificultades derivadas de la costumbre y el arraigo social, consideramos que es una cuestión que merece un análisis más detallado y sereno, y por eso insisto una vez más que el citado traslado no figura entre las actuaciones que el Departamento de Salud tiene previsto acometer hasta el final de la presente legislatura. Muchas gracias.

SRA. PRESIDENTA (Sra. Satrústegui Marturet): Muchas gracias. Y sin otro punto que tratar en el orden del día, despedimos a la señora Flamarique, al señor Consejero y al grupo que les ha acompañado. Y levantamos la sesión.

(Se levanta la sesión a las 17 horas y 21 minutos).