

Evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental

2012-2016



Servicio Navarro de Salud
Osasunbidea

Í N D I C E

I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. PROCESO DE ELABORACIÓN.....	5
III. ESTRUCTURA DEL PLAN	6
IV. EVALUACIÓN DEL PLAN: METODOLOGÍA	7
IV.1 Procesos Clave: evaluación cuantitativa y cualitativa	9
IV.2 Evaluación cualitativa Objetivos Específicos del Plan.....	52
V. CONCLUSIONES.....	59
V.1 Procesos clave	59
V.2 Líneas Estratégicas, Objetivos Generales y Específicos	62
VI. FINANCIACIÓN	65
VII. ANEXOS.....	67
ANEXO I. Indicadores del Cuadro de Mandos de Salud Mental ..	67
ANEXO II. Cuadro de Mandos y Panel de Ctrl: Esquizofrenia....	70
ANEXO III. Gestión de agendas	71
ANEXO IV. Datos Atención a Ciudadanos.....	73
ANEXO V. Resultados Pactos de Gestión por Centros	75
ANEXO VI. Tasas de profesionales por CC.AA	76
VIII. GLOSARIO Y ABREVIATURAS.....	77

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: N° de agendas en funcionamiento por año -----	11
Tabla 2: N° de personas en lista de espera a 31 de diciembre -----	11
Tabla 3: Definición de LE y Tiempos de espera -----	11
Tabla 4: N° de días de espera según recurso-----	12
Tabla 5: Sistemas de información en LE y tiempos de espera -----	12
Tabla 6: Gasto en actividades formativas -----	16
Tabla 7: Acciones en metodología basada en la evidencia -----	16
Tabla 8: Servicios con Pactos de Gestión por Objetivos-----	20
Tabla 9: Resultados evaluación de los PGO por área-----	20
Tabla 10: Implantación de Programas Transversales-----	24
Tabla 11: N° de días de espera según recursos -----	28
Tabla 12: N° de habitantes asignados por profesional-----	28
Tabla 13: Datos de actividad según recurso-----	29
Tabla 14: Ratio de profesionales y nivel activ. año 2016 y 2012 -----	29
Tabla 15: Dif. del ratio de profesionales y nivel actividad -----	29
Tabla 16: Evolución del número de profesionales de la RSMNa -----	30
Tabla 17: Actividad de formación continuada -----	38
Tabla 18: Actividades acreditadas por la CFCS -----	38
Tabla 19: N° de alumnos pregrado -----	39
Tabla 20: Cursos con temática de calidad-----	44
Tabla 21: Centros con reconocimiento de Compromiso con la Excelencia-----	45
Tabla 22: Resumen del cumplimiento de los Procesos Clave-----	51
Tabla 23: Objetivos específicos de la Línea Estratégica 1 -----	52
Tabla 24: Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100 000 hab. -----	53
Tabla 25: Prevalencia declarada de Trastornos Mentales en población adulta-----	53

Tabla 26: Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol -----	54
Tabla 27: Consumo de hipnóticos y sedantes, y/o de ansiolíticos. -	54
Tabla 28: Objetivos específicos de la Línea Estratégica 2 -----	55
Tabla 29: Objetivos específicos de las Líneas Estratégicas 3,4 y 5 -	56
Tabla 30: Objetivos específicos de la Línea Estratégica 6 -----	57
Tabla 31: Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los objetivos generales -----	58
Tabla 32: Evolución del presupuesto inicial Gerencia SMNa -----	65
Tabla 33: Evolución del gasto real Gerencia SMNa -----	65
Tabla 34: Peso específico del presupuesto de SM en el total del SNS-O-----	65

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: N° de quejas, reclamaciones y otros.....	13
Gráfico 2: Evolución del número de profesionales de la RSMNa ...	31
Gráfico 3: Ratios de profesionales por 100.000 habitantes	32
Gráfico 4: Evaluación del porcentaje de cumplimiento de las líneas estratégicas.....	58

I. INTRODUCCIÓN

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

Este Plan vino a llenar un déficit histórico en materia de planificación en Salud Mental en Navarra, ya que desde 1986, año en que se había elaborado el primer Plan de Salud Mental en el contexto de la reforma psiquiátrica promovida por la Ley General de Sanidad, no se habían realizado actualizaciones del mismo. Además, aunque el primer Plan supuso un avance importante de la Salud Mental en Navarra, el Plan nunca llegó a desarrollarse en su totalidad.

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

II. PROCESO DE ELABORACIÓN

El Plan fue elaborado por el comité de elaboración del Plan, empleando una metodología participativa mediante la contribución de profesionales de Salud Mental y de Salud, organizaciones profesionales, asociaciones científicas, instituciones y asociaciones de usuarios y familiares de personas con trastorno mental.

Los ejes de referencia para la elaboración del Plan fueron:

- el marco normativo existente, y más específicamente la Ley de Salud Mental de Navarra
- un análisis de los recursos y actividad de la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa)
- un análisis de las necesidades no cubiertas

De la confluencia de estas tres perspectivas se derivó un análisis estratégico de la situación de la RSMNa que dio lugar a la formulación de los objetivos del Plan.

III. ESTRUCTURA DEL PLAN

Los Objetivos del Plan Estratégico se estructuran de una manera jerárquica en tres niveles (16 objetivos generales, 77 objetivos específicos, 334 líneas de actuación) que se organizan en torno a las siguientes 6 grandes líneas estratégicas:

- I. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y erradicación del estigma.
- II. Atención a los trastornos mentales.
- III. Coordinación intra e interinstitucional.
- IV. Participación y desarrollo de los profesionales.
- V. Gestión del conocimiento e investigación.
- VI. Gestión y organización de la RSMNa.

En consonancia con los objetivos marcados por la Ley de Salud Mental, los objetivos del Plan se orientan a conseguir una asistencia de calidad para los ciudadanos navarros en materia de Salud Mental sobre la base de un proceso de mejora continua. En definitiva, el Plan pretende que la RSMNa sea una organización perfectamente integrada con el resto de los servicios de salud, formada por profesionales motivados y altamente cualificados, comprometida con la sostenibilidad del sistema sanitario y que ejerza una posición de liderazgo en Navarra y dentro del Sistema Nacional de Salud.

Los objetivos específicos están ligados a 11 procesos clave de carácter transversal y estratégico, cuentan con indicadores hito para evaluar su desarrollo, un cronograma de actuaciones y tienen asignadas personas responsables de su ejecución; estos procesos clave vienen detallados en el capítulo VIII del plan denominado “**PROCESOS CLAVE. EVALUACIÓN y SEGUIMIENTO**”.

Se contempla de manera diferenciada el apartado de evaluación, y se establece que la evaluación de los objetivos de este Plan se **realizará mediante los indicadores correspondientes que más estrechamente se vinculan a cada uno de ellos**. Para ello, se definió una batería de indicadores mínimos para cada objetivo y líneas de actuación propuestas.

Dado que el Plan se desarrolla a través de una amplia gama de instrumentos e iniciativas, se van a utilizar múltiples herramientas para su evaluación. Por un lado, los indicadores que se plantean en el documento, los propuestos en la **Estrategia de SM del SNS**, y todos aquellos otros instrumentos que se consideren necesarios para su correcta evaluación. **El objetivo de la evaluación del Plan será determinar si se han alcanzado los objetivos propuestos describiendo qué se ha hecho y cómo se ha hecho.**

Con respecto al **SEGUIMIENTO**, se plantea la constitución de la **Comisión de Seguimiento del Plan** que estará formada por el Director Gerente del SNS-O, la

Comisión de Dirección de Salud Mental, un miembro del Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitarios y cuantos miembros ajenos al SNS-O se estimen pertinentes. Con periodicidad anual, la Comisión de Seguimiento realizará una evaluación de los objetivos conforme al cronograma previsto de actuaciones, así como un informe completo de la situación de cada uno de los objetivos contemplados en el Plan. Estos informes de seguimiento serán también presentados públicamente, para su conocimiento y difusión a la ciudadanía y a los colectivos profesionales interesados. En dicha Comisión, a partir de los datos sobre el nivel de cumplimiento de los objetivos y de la valoración del grado de desarrollo del plan de implantación previsto, se tomarán las decisiones pertinentes sobre las áreas de mejora identificadas. A lo largo de la vigencia del Plan, se desarrollará una metodología de evaluación de resultados en salud, a partir de la información disponible de mortalidad, morbilidad, encuestas de salud y sistemas de información y registros específicos.

Queda recogido en el documento que **El Plan de SM de Navarra se evaluará de manera precisa y detallada -objetivo por objetivo- al finalizar su vigencia en 2016.**

Esta Comisión de Seguimiento no se formalizó de la forma prevista, pero sí que anualmente en la Memoria de Salud Mental se ha presentado un capítulo específico de seguimiento de los objetivos del Plan, realizado por la Comisión de Dirección de la Gerencia de Salud Mental. En él se detallan para cada una de las líneas estratégicas, el número de acciones en desarrollo, iniciadas, en estudio y cumplidas.

La evaluación final del Plan que se presenta en este documento ha sido realizada por la Gerencia de Salud Mental con el apoyo del Departamento de Salud, Sección de Investigación, Innovación y Gestión del Conocimiento.

IV. EVALUACIÓN DEL PLAN: METODOLOGÍA

Para la evaluación del Plan los indicadores empleados se obtienen de diversas bases de datos. Desde 1986, la principal fuente de datos ha sido el Sistema de Información de Salud Mental que ha sido sustituido por la ficha de Registro de Salud Mental que se recoge en Historia Clínica Informatizada (HCI). Otras fuentes que aportan información sobre la actividad de consultas, listas de espera e ingresos hospitalarios son la aplicación Host-Leire, así como la base de datos poblacional.

Debe señalarse que independientemente de este proceso de evaluación del Plan Estratégico, la actividad realizada en la RSMNa se encuentra recogida y disponible principalmente en tres memorias que tienen carácter anual:

- Memoria de Salud Mental
- Memoria de la Comisión de Formación Continuada
- Memoria de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental

La evaluación del Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra (PSMNa) incluye dos partes:

- Inicialmente, se exponen los datos disponibles de los indicadores de los Procesos Clave. Se realiza una evaluación cuantitativa y cualitativa de cada uno de los Procesos Clave incluyendo al final un apartado de **“Observaciones y oportunidad de mejora”**, en el que se exponen las incidencias en la obtención de los datos, así como la pertinencia de los indicadores, con la finalidad de servir como análisis inicial para la elaboración del próximo Plan.
- En segundo lugar, se procede a la evaluación cualitativa de los 77 objetivos específicos del Plan, con el objetivo principal de contrastar el grado de consecución de éstos con el grado de cumplimiento de los Procesos Clave. La cuantificación del cumplimiento de los objetivos específicos, se ha realizado a partir del estado de cumplimiento o desarrollo de las líneas de actuación correspondientes a cada uno de ellos y de la oportunidad de mejora.

IV.1 PROCESOS CLAVE: EVALUACIÓN CUANTITATIVA Y CUALITATIVA

Proceso clave 1: Sistemas de Información y Evaluación de Resultados

Objetivos

- Mejorar las Tecnologías de la Información en SM (2.2.1)
- Promover un sistema de medición, evaluación y difusión de resultados en SM (2.2.16)
- Promover la evaluación de las competencias profesionales y de la calidad de los centros (4.1.2)
- Desarrollar los sistemas de información de la RSMNa (6.1.8)

Indicadores

1. Elaboración de los indicadores clave del cuadro de mandos y de evaluación de resultados
2. Control de agendas
3. Tiempos de espera
4. N° de quejas y reclamaciones
5. N° de servicios de la RSMNa evaluados

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 1	Cumplimiento %
1. Elaboración de los indicadores clave del cuadro de mandos y de evaluación de resultados	100
2. Control de agendas	100
3. Tiempos de espera	100
4. N° de quejas y reclamaciones	100
5. N° de servicios de la RSMNa evaluados	100
Media del grado de cumplimiento	100

El **Proceso clave 1** recoge como objetivo general el desarrollo de los Sistemas de Información como herramienta de gestión para, en base a los resultados obtenidos, proponer líneas de acción que apoyen la consecución de los objetivos establecidos.

Indicador 1. Elaboración de los indicadores clave del cuadro de mandos y de evaluación de resultados. Cumplido.

En el **Anexo I** se explica de modo detallado los indicadores utilizados en función de los diferentes tipos de recursos, así como la difusión de dichos indicadores. Además, se ha elaborado un cuadro de mandos y panel de control con indicadores clínicos para el seguimiento y control de los pacientes diagnosticados de esquizofrenia y trastornos relacionados, al que se puede acceder desde HCI.

En el **Anexo II**, se puede ver en detalle dicho cuadro de mandos y panel de control de Esquizofrenia, en el que se continúa trabajando.

Indicador 2. Control de agendas. Cumplido.

Al medir este indicador es más adecuado hablar de gestión de agendas en lugar de control de las mismas.

Los datos de lista de espera y tiempos de espera avalan la buena gestión de agendas. La gestión de agendas se realiza principalmente a través de la aplicación HOST, que permite conocer en cualquier momento y para cualquier agenda las citas programadas, las asistencias, altas, etc.

La gestión se realiza a dos niveles, desde los propios Centros de Salud Mental (CSM) y desde la Unidad de Atención al Paciente y Admisión (UAPA).

En el **Anexo III** se detalla información sobre las acciones en Host para gestionar las agendas y el nivel de actuación.

En relación a la gestión de agendas, otros cambios que se han introducido han sido:

- Creación de agendas de GRUPO (desde 2014). Permite conocer la actividad grupal en los CSM: cuántos grupos, pacientes por grupo, etc.
- Crear agendas de BOTIQUÍN (desde 2015): Se define la agenda ajustada a este tipo de actividad, y permite diferenciarla de la de consultas individuales de enfermería.

A continuación se recogen el número de agendas abiertas a lo largo de 2012-2016 y el nº de personas en lista de espera (LE)

SERVICIO	2012	2013	2014	2015	2016
CSM	149	155	160	183	257
HD	8	38	31	32	47
CR			3	3	3
TOTAL	157	193	194	218	307

Tabla 1: N° de agendas en funcionamiento por año

		2012	2013	2014	2015	2016
CSM	LISTA DE ESPERA	1102	1004	833	923	612
HD	LISTA DE ESPERA			31	31	32

Tabla 2: N° de personas en lista de espera a 31 de diciembre

Indicador 3. Tiempos de agendas. Cumplido.

En el siguiente cuadro se definen los conceptos de lista de espera (LE) y tiempo de espera en función del tipo de recurso y la fuente de obtención del dato.

TIPO RECURSO	CONCEPTO	DEFINICIÓN	FUENTE DEL DATO
CSM	LISTA DE ESPERA	N° de personas en lista de espera de primera consulta Desde el 1 de Marzo de 2016 se aplica el RD 605/2003. Se excluyen todas las autoderivaciones.	BIG - HOST
	DEMORA MEDIA PROSPECTIVA	El tiempo (días) que tardaría en absorberse el total de pacientes pendientes al ritmo de trabajo de los últimos 12 meses.	
HD	LISTA DE ESPERA	N° de personas derivadas a HD y pendientes de asignar tratamiento (proceso abierto)	BIG - HOST
	ESPERA MEDIA	Promedio de días que permanece el proceso abierto hasta que se asigna tratamiento (y pasa a proceso activado).	
UHP	DÍAS DE ESPERA MEDIA DE INGRESO	Diferencia de días desde la fecha de solicitud de la derivación y la fecha de ingreso (preferentes, urgentes y ordinarios)	HCI
	ESPERA MEDIA INTERCONSULTA	Diferencia de días desde la fecha de interconsulta hasta la fecha de respuesta (Preferente, urgente y normal).	
CR	ESPERA MEDIA HASTA ENTREVISTA	Tiempo de espera desde la derivación hasta la evaluación de idoneidad	HCI
	ESPERA MEDIA HASTA INGRESO	Tiempo de espera desde la idoneidad favorable hasta el ingreso	

Tabla 3: Definición de LE y Tiempos de espera

		2012	2013	2014	2015	2016
CSM	DEMORA PROSP.	24	24	27	33	21
HD	ESPERA MEDIA			25	26	28
		2012 HN	2012 HVC			
UHP CHN	EM URGENTE	1,3	0,1		0,31	0,25
	EM PREFERENTE	9,9	2,2		2,97	4,1
	EM ORDINARIA	23,6	4,8		7,72	8,68
UHP TUDELA		ND	ND	ND	ND	ND
CR	EM ENTREVISTA				17,2	10,55
	EM INGRESO				26,7	12,41
	ENTREVISTA+INGRESO	91				

Tabla 4: N° de días de espera según recurso

SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE LISTA DE ESPERA (LE) Y TIEMPOS DE ESPERA	
1-	CSM y Hospitales de Día: Explotación mensual mediante BIG
2-	Desde 2016, Servicios Centrales envía información semanal de la LE de primera consulta y tiempos de espera de los CSM, diferenciando entre consultas ordinarias y preferentes, y en días de espera por tramos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ordinarias: >30 días, y total ordinarias ▪ preferentes: >15 días, y total preferentes ▪ global: >45 días, y total.
3-	En 2017, el Servicio de Gestión Clínica y Evaluación asistencial ha elaborado una página en la web de Información de Gestión , que permite consultar directamente la información de Lista de espera y Tiempos de espera de los CSM.
4-	Hospitalización: Información anual y trimestral, utilizando como fuente la Ficha de derivación de HCI. Desglosado por Servicio: Unidad de Hospitalización Psiquiátrica del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y del Hospital Reina Sofía de Tudela.

Tabla 5: Sistemas de información en LE y tiempos de espera

Indicador 4. N° de quejas y reclamaciones. Cumplido

Las solicitudes y objeciones suponen el 77% de los casos gestionados por la UAPA, destacando las solicitudes de documentación e informes y las objeciones relacionadas con la libre elección de centro y/o profesional.

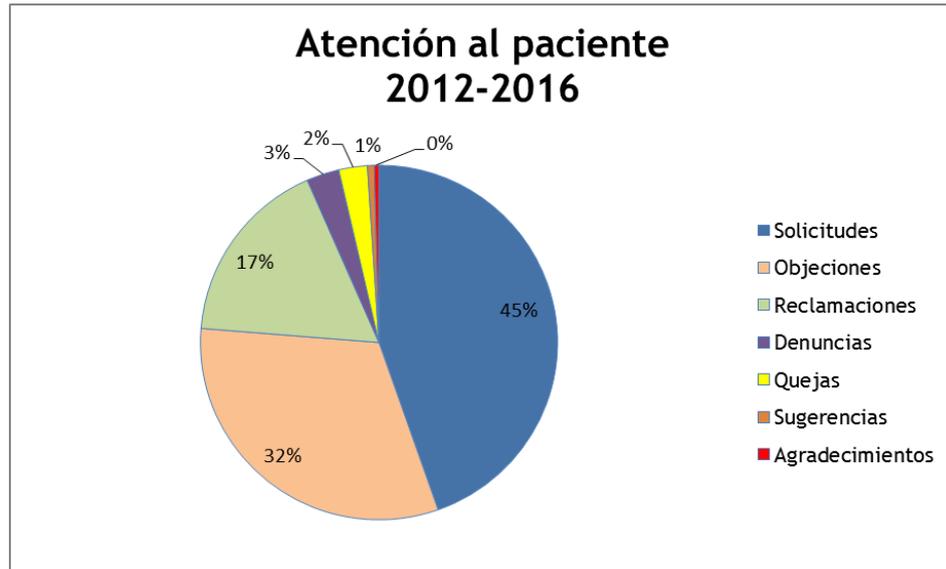


Gráfico 1: N° de quejas, reclamaciones y otros.
Fuente: Programa SISNA-SAP

En el **Anexo IV**, se recogen de modo detallado el número de quejas y reclamaciones por año.

Indicador 5. N° de servicios de la RSMNa evaluados. Todos. Cumplido

En este sentido, la Gerencia de Salud Mental ha incorporado la Evaluación de la calidad percibida de los clientes internos (cada uno de los recursos de la Red, tanto propios como concertados), así como de los clientes externos (personas usuarias de la red), como método de evaluación de la calidad de los servicios, con el fin de conocer la satisfacción con el servicio prestado y como punto de partida para obtener áreas de mejora.

A fecha 31 de Diciembre de 2016, se habían realizado:

- cuatro Evaluaciones “Interservicios”. En 2011, 2012, 2013 y 2015.
- dos Evaluaciones de la satisfacción de las personas usuarias de la Red de Salud Mental mediante encuesta satisfacción. En 2013 y 2015.

En 2017 se ha realizado la Evaluación de la satisfacción de los CSM en colaboración con el Servicio de Atención a Ciudadanos y Pacientes del Servicio Navarro de Salud -Osasunbidea, mediante encuesta adaptada del NHS (National Health Service). El resto de servicios han sido evaluados mediante la encuesta empleada en anteriores ocasiones. Se está elaborando el informe con los resultados.

Observaciones y oportunidad de mejora

En relación a los indicadores de control de agendas y tiempos de espera, destacar la dificultad de evaluar en términos de resultados; son indicadores generales y poco concretos. Dan información sobre lo que se hace (cuantitativa), no dando información sobre si se hace bien o no (cualitativa).

Ante el planteamiento de objetivos en esta área de trabajo, se considera un área de mejora incluir el horizonte temporal, así como la definición de estándares adecuados.

En la línea de trabajo de evaluación con criterios de tipo cualitativo y ligado a estos indicadores, estaría la definición de un Cuadro de Mando no tan centrado en la actividad, sino en el contenido de ésta y en los procesos asistenciales, que permitiera saber si lo que se realiza es lo adecuado para cada tipo de pacientes.

Un ejemplo a lo anterior, es la propuesta del Cuadro de Mando y Panel de Control que se está trabajando con un tipo de patología mental grave y crónica como es la Esquizofrenia. Es interesante hacerlo extensible a otros grupos de pacientes y ligarlo con las propuestas de atención protocolizadas, los programas y herramientas estandarizadas. Esto facilitaría que los pacientes nuevos atendidos en los CSM fueran evaluados con una herramienta estandarizada.

Todo esto plantea claras oportunidades de mejora, pero que están supeditadas en muchos casos al desarrollo de la HCE en la línea de transformarse en una herramienta que integre la actividad asistencial y la evaluación.

Proceso clave 2: Gestión del Conocimiento

Objetivos

- Promover la evaluación clínica estandarizada (2.2.2)
- Dinamizar y organizar de forma estructurada actividades que impulsen el desarrollo profesional vinculado a la creación de conocimiento (4.2.3)
- Fomento de la metodología de gestión del conocimiento y su aplicación a la práctica clínica (5.1)
- Potenciar la incorporación de la mejor evidencia disponible a la práctica clínica (5.1.2)

Indicadores

1. N° de evaluaciones estandarizadas incorporadas a la práctica clínica habitual en cada servicio de la RSMNa
2. Gasto en formación en SM
3. N° de acciones formativas de metodología basada en la evidencia
4. Creación de un portal de gestión del conocimiento en la intranet de SM
5. Indicadores de actividad de la biblioteca de Salud Mental

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 2	Cumplimiento %
1. N° de evaluaciones estandarizadas incorporadas a la práctica clínica habitual en cada servicio de la RSMNa	33
2. Gasto en formación en SM	100
3. N° de acciones formativas de metodología basada en la evidencia	9,73
4. Creación de un portal de gestión del conocimiento en la intranet de SM	100
5. Indicadores de actividad de la biblioteca de SM	No disponible
Media del grado de cumplimiento	63,25

La **Gestión del Conocimiento, Proceso clave 2**, consiste en utilizar la mejor evidencia disponible en los procedimientos asistenciales y de gestión en la atención a las personas con trastorno mental.

Una adecuada gestión del conocimiento significa el desarrollo de las competencias de los profesionales que desempeñan su labor en la RSMNa, teniendo su efecto sobre la calidad asistencial y sobre la satisfacción de las personas usuarias.

Indicador 1. Nº de evaluaciones estandarizadas incorporadas a la práctica clínica habitual en cada servicio de la RSMNa.

En general en la Red de Salud Mental, no se usan evaluaciones estandarizadas de modo sistematizado, salvo en recursos de hospitalización. Sí se utilizan algunas escalas para valorar aspectos determinados del paciente.

- CSM: En los CSM, no hay ni evaluación estandarizada ni escalas de evaluación implantadas a nivel general sistematizado. En la ficha Psicodiagnóstico de HCI, se registran los resultados de las escalas que pasan los psicólogos.
- CSM IJ: Desde Noviembre 2016, se utiliza la Escala CGAS.
- Hospitalización. En los Hospitales de Día, Clínica de Rehabilitación y Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, se usan la escala de Evaluación Psicopatológica Estandarizada y la escala de Evaluación del Riesgo de Suicidio. En las UHP, también se usa la Exploración Psicopatológica AMDP.
En la Unidad de Deterioro Cognitivo del Hospital de Día Psicogeriátrico, se hace una evaluación estandarizada de los pacientes.
- Programa de Primeros Episodios Psicóticos. Se realiza “Evaluación estandarizada basal y de seguimiento”.

Indicador 2. Gasto en formación en SM. Cumplido

El gasto que se ha realizado en formación en estos años, es decir el gasto invertido en la organización de actividades formativas, se recoge en la siguiente tabla. No se incluye el gasto de personal derivado de la asistencia a cursos.

	2012	2013	2014	2015	2016
Gasto en Formación Continuada	8.298,67	5.904,53	7.846,61	12.212,29	18.526,69

Tabla 6: Gasto en actividades formativas

Indicador 3. Nº de acciones formativas en metodología basada en la evidencia.

	2012	2013	2014	2015	2016
Nº de acciones formativas en metodología basada en la evidencia	2	4	3	1	1

Tabla 7: Acciones en metodología basada en la evidencia

Indicador 4. Creación de un portal de gestión del conocimiento en la intranet de SM. Cumplido.

Indicador 5. Indicadores de actividad de la biblioteca de Salud Mental.

De este indicador no se pueden aportar datos. La biblioteca de Salud Mental, no existe como tal en la actualidad.

La **Biblioteca de Ciencias de la Salud del Departamento de Salud** se constituye por Orden Foral de 25/2011, de 7 de marzo, de la Consejera de Salud, con el fin de que los profesionales sanitarios dispongan de fuentes de información de calidad, actualizada y accesible, que posibiliten la toma de decisiones basada en la evidencia científica y ello permita mejorar la calidad de su tarea asistencial, docente, investigadora y de gestión sanitaria.

Es el producto de la integración de todas las bibliotecas del sistema sanitario de Navarra. De un lado la Biblioteca virtual del Departamento de Salud, dependiente del Servicio de Planificación, Evaluación, Innovación y Gestión del Conocimiento, y de otro, las bibliotecas presenciales dependientes del Servicio Navarro de Salud que se integran en red en el Centro de Documentación e Información Biomédica.

Observaciones y oportunidad de mejora

La Comisión de Formación Continuada elabora anualmente una memoria con todos los datos de actividad, cursos, participación y otros aspectos relacionados con la formación de los profesionales.

Sería necesario profundizar más en la formación, trabajando propuestas concretas que se planteen desde la Comisión, ligadas a la implantación de nuevos programas y protocolos. Se podría plantear la evaluación en la consecución de objetivos y poder valorar si se han formado o no en lo que la línea de la organización considera que es de obligado cumplimiento para los profesionales de la Red, en confluencia con el Plan Estratégico.

Se proponen otros indicadores para sustituir al indicador 5: Proyectos Financiados y Proyectos presentados a convocatorias; la fuente de información sería la Fundación Miguel Servet.

**Proceso clave 3:
Pactos de Gestión por Objetivos**

Objetivos

- Potenciar los mecanismos de coordinación de la GSM con todos los centros de la RSMNa (3.1.1)
- Generalizar un modelo de calidad total que incida en todos los dispositivos de la RSMNa (6.1.1)
- Desarrollar los pactos de gestión a los objetivos del Plan (6.1.3)

Indicadores

1. N° de servicios con pactos de gestión por objetivos
2. N° de objetivos del plan contemplados en los pactos
3. % de cumplimiento de los pactos en cada servicio de la RSMNa

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 3	Cumplimiento %
1.N° de servicios con pactos de gestión por objetivos	100
2. N° de objetivos del plan contemplados en los pactos	33
3. % de cumplimiento de los pactos en cada servicio de la RSMNa	86,27
Media del grado de cumplimiento	73,09

El **Proceso clave 3** recoge objetivos relacionados con la implementación y desarrollo de los Pactos de Gestión por Objetivos (PGO).

Mediante los PGO, se pretende establecer un modelo colaborativo de atención integrada a las personas usuarias con objetivos comunes para los diferentes niveles asistenciales.

Son el instrumento de gestión utilizado para la consecución de los objetivos establecidos mediante el Contrato Programa entre la Gerencia de Salud Mental y la Gerencia del SNS-O, con la estrategia del SNS-O como telón de fondo.

Los PGO se estructuran en tres niveles, siguiendo la estructura de organización de la RSMNa; se establecen unos objetivos transversales comunes para todos los servicios, unos objetivos de área (área ambulatoria, de recursos intermedios, hospitalización y otras) y para finalizar, objetivos de servicios que consisten en el desarrollo de un área de mejora.

De este modo, los PGO se establecen como herramienta de mejora continua, garantía de cumplimiento del Plan Estratégico de Salud Mental y elemento de coordinación con la Gerencia.

Indicador 1. N° de servicios con pactos de gestión por objetivos. Todos. Cumplido.

	2012	2013	2014	2015	2016
n° servicios	25	25	25	24	25

Tabla 8: Servicios con Pactos de Gestión por Objetivos

Indicador 2. N° de objetivos del plan contemplados en los pactos. Si se tiene en cuenta el número de objetivos específicos del plan, un 53,94% están contemplados en los pactos mientras que si se tienen en cuenta todas las líneas de actuación, suponen un 32,83%. Esto es debido a que muchas de las líneas son realizadas de modo sistemático por los equipos o se han desarrollado por la dirección pero no se han incluido en los pactos. Un ejemplo sería la creación de la Unidad Docente Multiprofesional o de la Unidad de Atención al Paciente y Admisión.

Indicador 3. % de cumplimiento de los pactos en cada servicio de la RSMNa. Cumplido

Centro	2012	2013	2014	2015	2016	Media cumplimiento objetivos
Subtotal CSM	75,45	75,60	77,93	81,55	85,29	79,17
Subtotal A. Infanto-Juvenil	91,4	94,00	91,75	93,60	91,65	92,48
Subtotal Recursos Intermedios	84,34	87,15	86,69	89,14	89,90	87,44
Subtotal Hospitalización	84,82	85,08	92,00	91,07	91,00	88,79
Puntuación media RSMNa	85,94	87,28	83,68	86,25	88,21	86,27

Tabla 9: Resultados evaluación de los PGO por área

En el **Anexo V** se recoge de modo detallado el % de cumplimiento de cada servicio en los pactos de gestión por objetivos.

Observaciones y oportunidad de mejora

Como recoge el indicador 2, no todos los objetivos del Plan Estratégico pueden incluirse en los PGO pero sí que todos los objetivos incluidos en los PGO deben estar vinculados al Plan Estratégico.

Como los objetivos se cumplen en un alto grado se propone incorporar nuevos indicadores que reflejen la mejora de los equipos, no solo el porcentaje de cumplimiento.

Proceso clave 4: Programas Asistenciales Transversales

Objetivos

- Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial (2.3)
- Promover la implantación de circuitos asistenciales integrados en la RSMNa (2.3.2), con AP (2.3.6) y con AS (2.3.8)
- Impulsar la especialización de los profesionales (4.2)
- Consolidar y fortalecer el trabajo multidisciplinar y en equipo (6.2.2)
- Impulsar el trabajo conjunto y el desarrollo profesional compartido (6.2.3)

Indicadores

1. N° de programas protocolizados
2. N° y grado de implantación de los programas en cada centro
3. N° y grado de implantación de los programas en toda la RSMNa
4. N° de programas implementados por profesional y centro

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 4	Cumplimiento %
1. N° de programas protocolizados	80
2. N° y grado de implantación de los programas en cada centro	No disponible
3. N° y grado de implantación de los programas en toda la RSMNa	36,90
4. N° de programas implementados por profesional y centro	90,47
Media del grado de cumplimiento	69,12

Proceso clave 4: Programas Asistenciales Transversales. La atención sanitaria en Salud Mental se realiza en diferentes escenarios, implica a diferentes profesionales y se caracteriza por una sucesión de actividades o actuaciones, de cuya coordinación e integración depende la continuidad asistencial.

El principal objetivo de la definición y desarrollo de programas asistenciales transversales, es garantizar la continuidad asistencial partiendo del análisis de la actividad asistencial que se realiza en cada uno de los ámbitos, así como de la actividad realizada por los diferentes profesionales. Se trata no solo de mejorar qué se hace, sino también cómo y cuándo se hace.

Es por ello que el desarrollo de programas asistenciales y su implementación contribuyen a disminuir la variabilidad en la práctica clínica y se sustentan en el trabajo de equipo.

Indicador 1. Nº de programas protocolizados. Se protocolizaron 8 programas de 10 identificados. Es decir un 80% de cumplimiento. El programa de Trastorno Mental Grave se está desarrollando dentro de la Estrategia de Crónicos del SNS-O, es decir, el Programa de Atención a la Esquizofrenia y trastornos relacionados. El programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria se desarrolló dentro del Plan Funcional del Hospital de Día Il-Irubide.

Si bien los programas están desarrollados y disponibles en la página web de Salud Mental, no es posible cuantificar su grado de implementación en cada centro. Por ello, los indicadores 2, 3 y 4 se presentan en una tabla:

- **Indicador 2.** Nº y grado de implantación de los programas en cada centro.
- **Indicador 3.** Nº y grado de implantación de los programas en toda la RSMNa.
- **Indicador 4.** Nº de programas implementados por profesional y centro.

	Programas implantados	Nº de programas (8) implantados por centros (21)	Nº de programas con profesional responsable
T.Mental Grave	X	21	0
T.Personalidad Grave	X	1	1
T.Mental Común	X	11 + (3 x 4a=12)	11 (AC)
Infanto-Juvenil	X	3	3
T.Conducta Alimentaria	X	1	1
Rehabilitación	X	1	1
Psicogeriatría	X	1	1
T.Adictivos/P.Dual	X	1 + (1 x 4a=4)	1
SM Penitenc y Forense	0	0	0
Patologías complejas	0	0	0
Total	8	62/168	19/21
% sobre el total	80%	36,90%	90,47%

Tabla 10: Implantación de Programas Trasversales

Observaciones y oportunidad de mejora

El principal propósito de este proceso clave es integrar diferentes programas asistenciales en los diferentes dispositivos de la RSMNa y por lo tanto maximizar la continuidad asistencial.

Su bajo cumplimiento se debe a tres factores:

- 1) La baja prioridad/relevancia de algunos procesos (5,9,10) que no han llegado a implementarse.
- 2) La focalización de programas en dispositivos específicos (2,3,4,5).
- 3) La dificultad de implementar estos programas con responsable asociado en los CSM, por el cambio profundo de funcionamiento interno en los equipos que implica el trabajo integrado y por procesos.

En el nuevo plan hay que replantearse este objetivo en el sentido de reformularlo en función de su factibilidad.

**Proceso clave 5:
Optimización de Recursos y Eficiencia**

Objetivos

- Orientar la organización de los servicios a la mejora de la accesibilidad (2.1.1)
- Gestionar la organización de la actividad para una adecuada y pronta atención (2.1.2)
- Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de oferta de servicios (6.1.4)

Indicadores

1. Días de espera para acceder a los diferentes servicios
2. Ratio de profesionales por población asignada
3. Nivel de actividad de los diferentes profesionales y servicios
4. Ratio entre profesionales y nivel de actividad

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 5	Cumplimiento %
1. Días de espera para acceder a los diferentes servicios	95
2. Ratio de profesionales por población asignada	No valorable
3. Nivel de actividad de los diferentes profesionales y servicios	95
4. Ratio entre profesionales y nivel de actividad	No valorable
Media del grado de cumplimiento	95

Proceso clave 5: Optimización de recursos y eficiencia. Desarrollar un sistema eficiente y sostenible que atienda y fomente una demanda razonable, un uso racional de los recursos, dando respuesta en el nivel adecuado y garantizando la asignación adecuada de recursos.

Indicador 1. Días de espera para acceder a los diferentes servicios. Cumplido. Los días de espera media establecidos para citación de consulta son 20 días, 10 días para consulta preferente y 30 para ordinaria.

		2012	2013	2014	2015	2016
CSM	DEMORA PROSP.	24	24	27	33	21
HD	ESPERA MEDIA			25	26	28
		2012 HN	2012 HVC			
UHP CHN	EM URGENTE	1,3	0,1		0,31	0,25
	EM PREFERENTE	9,9	2,2		2,97	4,1
	EM ORDINARIA	23,6	4,8		7,72	8,68
UHP TUDELA		ND	ND	ND	ND	ND
CR	EM ENTREVISTA				17,2	10,55
	EM INGRESO				26,7	12,41
	ENTREVISTA+INGRESO	91				

Tabla 11: N° de días de espera según recursos

Indicador 2. Ratio de profesionales por población asignada. El cálculo de este indicador se ha realizado teniendo en cuenta el número de profesionales de cada categoría profesional y la población atendida. Se ha calculado para los años 2012 y 2016.

	2012	2016	2016-2012
FACULTATIVO	9.729	9.634	-95
PSIQUIATRÍA	16.527	16.322	-205
PSICOLOGÍA	23.653	23.510	-143
ENFERMERÍA	31.063	29.455	-1.608
T. SOCIAL	58.596	58.241	-355
TCAE	128.913	128.129	-784

Tabla 12: N° de habitantes asignados por profesional

Indicador 3. Nivel de actividad de los diferentes profesionales y servicios. Cumplido.

La siguiente tabla recoge la evolución de la actividad a lo largo de estos años. La actividad en los CSM tiene un techo, que viene determinado por la configuración de las agendas.

CENTROS DE SALUD MENTAL	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Consultas Totales	130.440	140.025	149.169	145.526	149.245	14,4
Psiquiatría	53.264	52.043	52.737	52.499	53.774	1,0
Psicología	30.560	33.122	34.504	31.572	32.504	6,4
Enfermería	38.074	45.650	50.110	50.461	52.673	38,3
Trabajo Social	7.463	7.555	7.803	7.333	6.436	-13,8
Otras	1.079	1.655	4.015	3.661	3.858	257,6
RECURSOS INTERMEDIOS	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Estancia Media			33,4	33,5	31,4	-5,9
Índice de Ocupación			75,86	80,76	83,01	9,4
SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Corta estancia (CHNa Y HRS)						
Estancia Media	15,1	19,4	18,2	17,8	17,6	16,5
Índice de Ocupación	90,4	86,5	85,1	82,0	84,7	-6,3
MEDIA Y LARGA ESTANCIA	2012	2013	2014	2015	2016	2012-2016
Estancia Media		0	114	136	114	-0,1
Índice de Ocupación			67,09	76,46	65,31	-2,7

Tabla 13: Datos de actividad según recurso

Indicador 4. Ratio entre profesionales y nivel de actividad

2016	ACTIVIDAD	PLANTILLA	Actividad/ profesionales /Mes	2012	ACTIVIDAD	PLANTILLA	Actividad/ profesionales/ Mes
FACULTATIVO	86.278	66,5	108	FACULTATIVO	83.824	66,25	105
PSIQUIATRÍA	53.774	39,25	114	PSIQUIATRÍA	53.264	39	114
PSICOLOGÍA	32.504	27,25	99	PSICOLOGÍA	30.560	27,25	93
ENFERMERÍA	52.673	21,75	202	ENFERMERÍA	38.074	20,75	153
T. SOCIAL	6.436	11	49	T. SOCIAL	7.463	11	57
TCAE	3.858	5	64	TCAE	1.079	5	18

Tabla 14: Ratio de profesionales y nivel actividad año 2016 y 2012

	2016	2012	2016-2012
FACULTATIVO	108	105	3
PSIQUIATRÍA	114	114	0
PSICOLOGÍA	99	93	6
ENFERMERÍA	202	153	49
T. SOCIAL	49	57	-8
TCAE	64	18	46

Tabla 15: Diferencia del ratio de profesionales y nivel actividad

Estos datos están referidos a los Centros de Salud Mental.

Observaciones y oportunidad de mejora

Los indicadores de ratios de profesionales incluidos en este Proceso Clave no dan información sobre la optimización de recursos y su eficiencia al no tener estándares de referencia.

La tabla siguiente muestra la plantilla de la RSMNa en el año 2011, situación previa a la entrada en vigor del Plan Estratégico y la actual, a diciembre de 2017. Esta evolución de la plantilla es fruto del desarrollo del Plan Director del Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier” que como recogía la Ley Foral 21/2010 de 13 de diciembre, de Salud Mental, en su exposición de motivos, conlleva un cambio de misión sustancial incluyendo la progresiva reconversión de sus recursos en nuevas unidades y programas.

Categoría Profesional	RSMNa 2011	RSMNa 2017
Psiquiatra	59,5	66,5
Médico/a	2	2
Psicólogo/a C.	37,3	43,75
Enfermero/a	82	86,75
Enfermera SM	0	1
T. social	22	22,68
TCAE	272	160,16
T. Ocupacional	13	13
Educadores/as	6	5
Monitores/as	2	0
Farmacéutico/a	2	2
Fisioterapeuta	1	1
No sanitario y advo.	29	34
SSGG	51	17
Técnico G. Sanitaria	1	2
Dirección	27	22

Tabla 16: Evolución del número de profesionales de la RSMNa

Queda pendiente de incorporar a esta plantilla el personal de las nuevas unidades (Media y Larga Estancia) cuyas plazas están creadas pero sin ocupar.

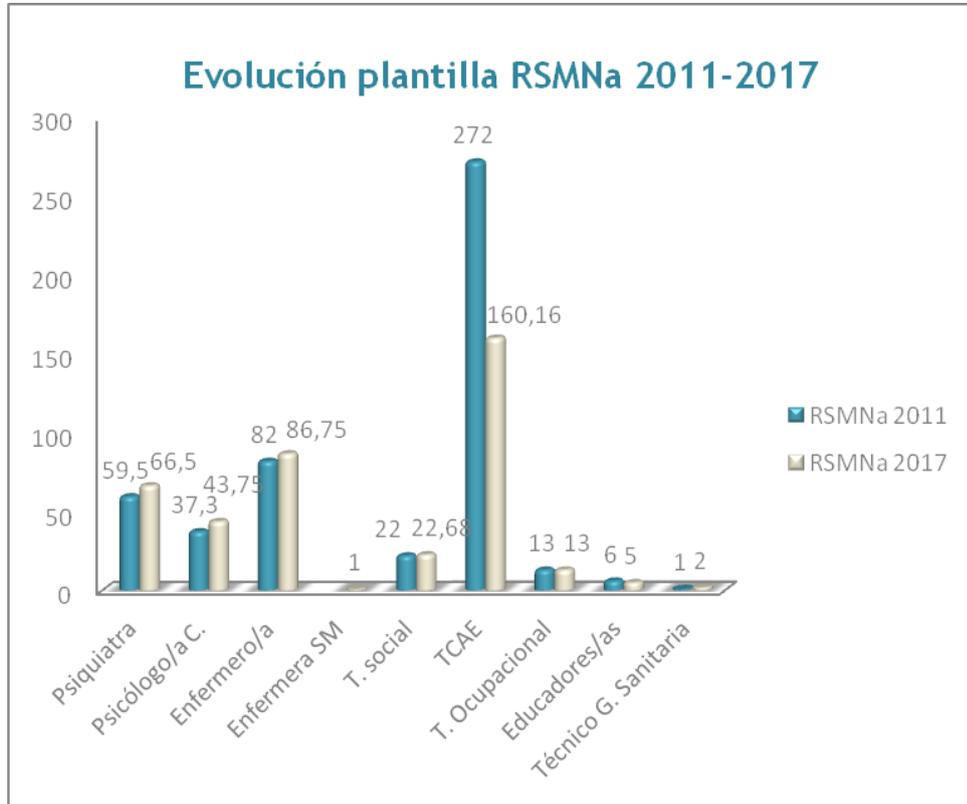


Gráfico 2: Evolución del número de profesionales de la RSMNa

En el **Anexo VI** se recoge información del Observatorio de la AEN (Asociación Española de Neuropsiquiatría-Profesionales de Salud Mental): <http://www.observatorio-aen.es/generador-de-estadisticas/> sobre los recursos humanos destinados a la atención de Salud Mental de las diferentes Comunidades Autónomas.

Los datos se presentan en tasas de profesionales/100.000 habitantes. La media hace referencia a las Comunidades que han aportado datos al Observatorio; las Comunidades de las que no figuran datos son: Asturias, Ceuta, Melilla, Cantabria, Extremadura, Galicia y La Rioja.

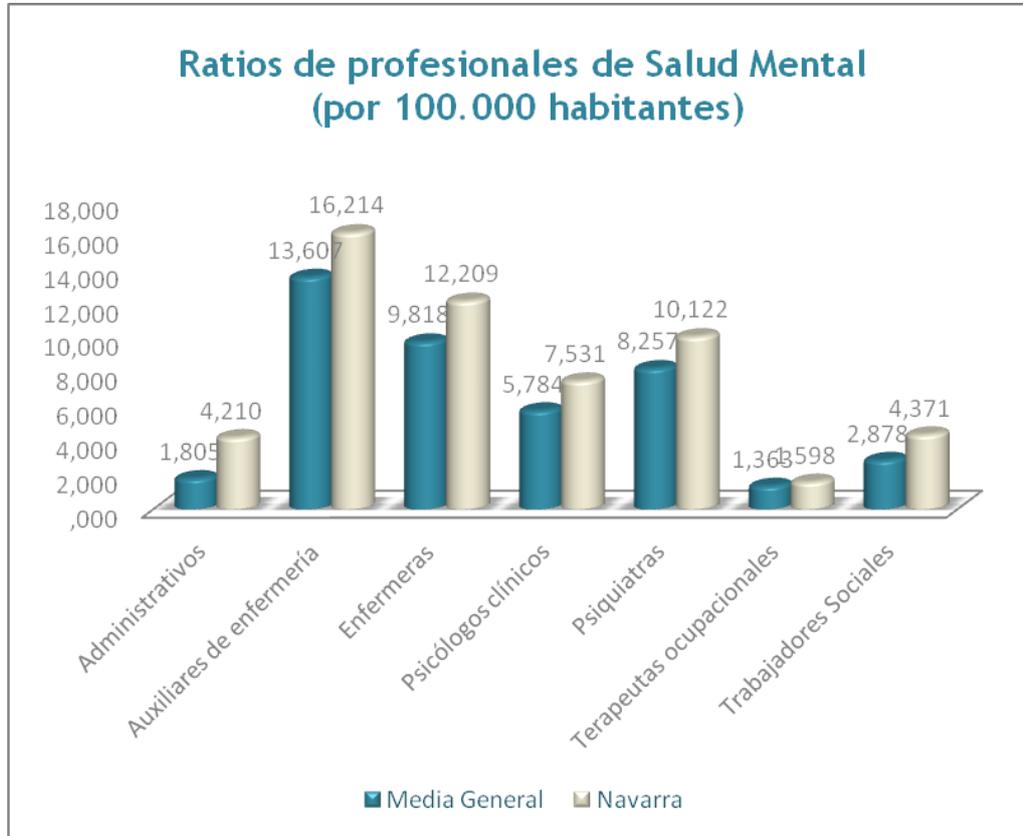


Gráfico 3: Ratios de profesionales por 100.000 habitantes

**Proceso clave 6:
Reorganización Funcional de la RSMNa**

Objetivos

- Mejora de la calidad de los servicios orientados al ciudadano (2.1)
- Mejora de la eficiencia y continuidad asistencial (2.3)
- Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas (6.3) y especializados (6.4)

Indicadores

1. Grado de alineación de los servicios de la RSMNa con los objetivos estratégicos
2. Número de protocolos y programas comunes a toda la RSMNa implementados

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 6	Cumplimiento %
1. Grado de alineación de los servicios de la RSMNa con los objetivos estratégicos	86,27
2. Número de protocolos y programas comunes a toda la RSMNa implementados	20
Media del grado de cumplimiento	53,13

El **Proceso clave 6** tiene por objetivo mejorar la reorganización funcional de los servicios generalistas y especializados como instrumento de mejora de la efectividad y continuidad asistencial.

Indicador 1. Grado de alineación de los servicios de la RSMNa con los objetivos estratégicos. Cumplido.

Se considera que el grado de alineación de los servicios con los objetivos estratégicos queda de manifiesto en el resultado de la evaluación de los PGO de cada uno de los servicios firmados con la Gerencia de Salud Mental.

En el **Anexo V**, se recoge de modo detallado la evaluación de los PGO de todos los servicios de la RSMNa en cada uno de los años del plan.

Indicador 2. Número de protocolos y programas comunes a toda la RSMNa implementados. Además de la implementación de Programas Asistenciales Transversales recogida en el Proceso Clave 4, se han implementado los siguientes protocolos:

- Protocolo de evaluación del riesgo de suicidio. En Recursos Intermedios y Hospitalización.
- Protocolo de actuación ante ingresos involuntarios. En Hospitalización.
- Protocolo de registro de Contención Mecánica. En la actualidad está en periodo de prueba en Unidades de Hospitalización de pacientes agudos; se hará extensible a toda modalidad de hospitalización psiquiátrica.
- Protocolo de tratamiento con Metadona en Navarra. En Recursos Ambulatorios.
- Protocolo de uso de determinados fármacos, por ejemplo: Nalmefeno.

Observaciones y oportunidad de mejora

La reorganización funcional de los servicios de la Red es una constante y una necesidad que viene determinada por las necesidades de las personas usuarias.

1. A nivel de los servicios Infanto-Juveniles:
 - En el área de Pamplona, se integró la atención infanto-juvenil que se desarrollaba en los CSM generalistas, en el programa ambulatorio del CSM-Infanto-Juvenil (CSM-IJ) de Sarriguren.
 - Se diferenció la actividad ambulatoria de la de hospital de día dentro de la atención infanto-juvenil.
 - Se mejoró la accesibilidad a los recursos infanto-juveniles ampliando el horario de atención a la tarde.
 - Se protocolizó y desarrolló la intervención del CSM-IJ dirigida a menores en la Granja Escuela de Ilundain.
 - Se ha comenzado con el desarrollo del programa infanto-juvenil diferenciado del de adultos en el Área de Tudela.

2. Implantación de un Programa de Atención Continuada en Psicología clínica centrado en terapia grupal y ligada a la formación PIR.

Este programa está dirigido a adultos en tratamiento en los CSMs del Área de Pamplona y que no alcanzan mejoría con el tratamiento estándar individualizado en el CSM. Actualmente se ofertan los siguientes programas:

- Programa para el abordaje de Trastornos emocionales de la vida diaria
 - Programa para padres de niños con alteraciones de conducta
 - Programa para pacientes con consumo de alcohol
 - Programa de manejo del dolor para pacientes con fibromialgia
3. Se redefinieron las funciones de los hospitales de día planteándose como una alternativa a la hospitalización completa.
 4. En el año 2015 se incorporó la Unidad de Trastornos de la Conducta Alimentaria, como un programa diferenciado al Hospital de Día Il-Irubide.
 5. Se reorientaron los Servicios de Rehabilitación, incorporando a la Clínica de Rehabilitación el programa de Hospitalización Total que se realizaba en la Unidad de Tratamiento Continuo del Centro San Francisco Javier.

Desde enero de 2013, la Clínica de Rehabilitación ofrece tres tipos de programas:

- Hospitalización diurna, con 32 plazas.
 - Hospitalización semanal (de lunes a viernes), con 12 camas.
 - Hospitalización total: diseñado como programa de rehabilitación de larga estancia, en régimen de hospitalización de 24 horas (de lunes a domingo). Dispone de 16 plazas.
6. Se reorientó el Centro de Día Psicogeriátrico al tratamiento de trastornos mentales primarios en régimen de hospitalización parcial en población mayor de 65 años.
 7. Se unificó el Servicio de Psiquiatría del CHNa.
 8. Reorganización de las Unidades Residenciales del Centro San Francisco Javier. A lo largo de estos años se han cerrado varias unidades como consecuencia de la disminución de la ocupación. Se ha pasado de atender a 180 pacientes aproximadamente, a atender en la actualidad a 95 pacientes.

Estas acciones son muestra del esfuerzo constante de reorganización funcional de los servicios de la Red; el reto está en aprovechar la oportunidad de adaptación e incorporación de nuevos programas y/o unidades en función de las necesidades, de la demanda, así como en la agilidad de respuesta.

Proceso clave 7: Formación Continuada

Objetivos

- Aumentar la motivación de los profesionales (4.1.1)
- Favorecer la formación continuada de los profesionales (4.1.3)
- Potenciar las acciones formativas en todos los profesionales y equipos de la RSMNa (4.2.2)

Indicadores

1. Constituir una Unidad de Docencia, Formación Continuada e Investigación en Salud Mental
2. N° de actividades formativas realizadas por la GSM
3. N° de actividades formativas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada Sanitaria

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 7	Cumplimiento %
1. Constituir una Unidad de Docencia, Formación Continuada e Investigación en Salud Mental	30
2. N° de actividades formativas realizadas por la Gerencia de Salud Mental	100
3. N° de actividades formativas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada Sanitaria	100
Media del grado de cumplimiento	76,67

El **Proceso clave 7** recoge objetivos relacionados con la formación continuada de los profesionales y con el aumento de la motivación de los mismos.

Indicador 1. Constituir la Unidad de Docencia, Formación Continuada e Investigación de Salud Mental. Esta unidad como tal no se ha constituido.

Indicador 2. Nº de actividades formativas realizadas por la Gerencia de SM. Cumplido.

Actividades Formativas	2012	2013	2014	2015	2016
Nº Actividades programadas y realizadas: total cursos	12	22	27	28	24
Sesiones clínicas Multidisciplinares	0	6	8	8	7
Nº Actividades realizadas para Residentes	3	1	5	5	6

Tabla 17: Actividad de formación continuada

Indicador 3. Nº de actividades formativas acreditadas por la Comisión de Formación Continuada Sanitaria.

Actividades Formativas	2012	2013	2014	2015	2016
Nº Actividades programadas y realizadas: total cursos	12	22	27	28	24
Nº Actividades formativas acreditadas	9	13	11	16	13

Tabla 18: Actividades acreditadas por la CFCS

Observaciones y oportunidad de mejora

Las actividades relacionadas con la formación continuada (FC) de los profesionales, se canalizan a través de la Comisión de Formación Continuada (CFC), comisión que venía funcionando de modo sistemático y continuado.

La CFC tiene como objetivo prioritario desarrollar actividades formativas para el personal de la RSMNa, aproximando la FC a las necesidades asistenciales de los diferentes colectivos profesionales y en sintonía con el Plan Estratégico.

No fue solicitada acreditación (por quedar excluidas de la norma) para aquellas actividades que iban dirigidas a residentes MIR, PIR y EIR y al personal no sanitario.

Los objetivos de este proceso clave están íntimamente relacionados con el Proceso clave 2: Gestión del conocimiento, en el que se habla de formación continuada y donde se proponen nuevos indicadores relacionados con la investigación.

En relación a la Investigación en Salud Mental, si bien no hay una unidad específica dentro de la Gerencia de Salud Mental, dentro del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA) existe un área específica de salud mental en la que participan profesionales de la RSMNa.

Además de los temas relacionados con la formación continuada, en el ámbito de la docencia, se elaboró el Mapa con la Capacidad Docente de la RSMNa, en colaboración con la Sección de Formación del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento.

Para ello se tiene en cuenta a los profesionales asignados a los diferentes recursos, así como los convenios de colaboración realizados por el Departamento de Salud con las Universidades.

Año	Medicina	Psicología	Enfermería	T. Social	Farmacia	Dietética	Fisioterapia	Master Gestión	Terapia Ocupacional	Total
2012	34	23	56	6	5	3	1	0	0	128
2013	14	24	84	11	3	1	0	1	0	138
2014	21	21	87	15	4	1	1	1	1	152
2015	12	18	101	13	4	0	3	1	1	153
2016	8	22	87	6	1	0	0	0	0	124

Tabla 19: N° de alumnos pregrado

**Proceso clave 8:
Unidad Docente Multiprofesional de SMNa**

Objetivos

- Implantar el programa EIR (4.2.1)
- Desarrollar el programa de calidad de los MIR, PIR y EIR (4.2.1)
- Adaptar los recursos de la RSMNa a los programas formativos de los especialistas en formación e impulsar su financiación(4.2.1)

Indicadores

1. Acreditación de la UDM por el Ministerio de Sanidad
2. Desarrollo de criterios de calidad de la UDM
3. Porcentaje de los objetivos docentes de la UDM cumplidos

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 8	Cumplimiento %
1. Acreditación de la UDM por el Ministerio de Sanidad	100
2. Desarrollo de criterios de calidad de la UDM	100
3. Porcentaje de los objetivos docentes de la UDM cumplidos	69,23
Media del grado de cumplimiento	89,74

El **Proceso clave 8** recoge objetivos relacionados con la creación de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Navarra (UDM-SMNa) y con las acciones que son necesarias llevar a cabo para garantizar la misión de la UDM-SMNa, es decir, *la formación de especialistas sanitarios, psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras especialistas en Salud Mental para garantizar la atención sanitaria de calidad a los problemas de Salud Mental en la Comunidad Foral de Navarra en concordancia con el modelo de Salud Mental Comunitaria.*

Mediante el seguimiento de sus respectivos programas oficiales pretende garantizar la adquisición de las habilidades y competencias profesionales específicas en la especialidad correspondiente.

Indicador 1. Acreditación de la UDM por el Ministerio de Sanidad. Cumplido

La UDM-SMNa, fue acreditada por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Política Social en Agosto del año 2011 para la formación de los especialistas de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería en Salud Mental.

Indicador 2. Desarrollo de criterios de calidad de la UDM. Cumplido

En 2016, se elaboró el Plan de Gestión de la Calidad Docente de la UDM-SMNa.

Indicador 3. Porcentaje de los objetivos docentes de la UDM cumplidos.

De los 13 objetivos específicos identificados en el Plan de Gestión de la Calidad, se cumplen 9, es decir el 69.23% de ellos; el resto, están en desarrollo.

Observaciones y oportunidad de mejora

La acreditación de la UDM-SMNa en Agosto de 2011, supuso la implementación del Programa EIR para la formación de especialistas en Enfermería de Salud Mental.

Se creó la Comisión de Docencia, que es el órgano gestor de la UDM-SMNa. Planifica, gestiona y supervisa la docencia especializada. Actúa bajo la dependencia de la Gerencia de SMNa y está compuesta por un Presidente y quince vocales. Dichos miembros están implicados dinámicamente en las tareas de docencia e investigación de los residentes (ej.: seguimiento de las guardias, implicación en el desarrollo de líneas de investigación, rotaciones externas, etc.).

Como los objetivos se han cumplido en un alto grado, se propone actualizar/revisar los objetivos e indicadores.

**Proceso clave 9:
Plan de Calidad de la RSMNa**

Objetivos

- Mejorar la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía (2.1)
- Generalizar un modelo de Calidad Total que incida en todos los dispositivos de la RSMNa (6.1.1)

Indicadores

1. (a)Número de acciones formativas en calidad, (b)profesionales que participan, (c)centros o servicios que participan
2. Existencia del Plan de Calidad
3. Número de acciones del Plan puestas en marcha

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 9	Cumplimiento %
1. (a)Número de acciones formativas en calidad, (b)profesionales que participan, (c)centros o servicios que participan	100
2. Existencia del Plan de Calidad	40
3. Número de acciones del Plan puestas en marcha	40
Media del grado de cumplimiento	60

El proceso clave 9 recoge objetivos relacionados con el Plan de Calidad de la RSMNa. Define como objetivos mejorar la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía y generalizar un modelo de Calidad Total.

Indicador 1. Se compone a su vez, de varios indicadores:

- a) Número de acciones formativas en calidad: 10
- b) Número de profesionales que participan: 198
- c) Centros o servicios que participan: todos

La siguiente tabla recoge las actividades de formación relacionadas con el tema de la calidad asistencial.

CURSOS ORGANIZADOS	AÑO	ASISTENTES
Taller para la Elaboración del Plan de Calidad de la RSMNa	2012	26
Taller para el Desarrollo de Programas Asistenciales	2012	21
Elaboración de Procesos y Protocolos de Acciones en Trabajo Social.	2013	24
Desarrollo de competencias de Liderazgo. 1ª edición	2015	11
Desarrollo de competencias de Liderazgo. 2ª edición	2016	17
Seguimiento del plan de acción de Liderazgo. Primer grupo	2016	10
Seguimiento del plan de acción de Liderazgo. Segundo grupo	2016	17
Seguridad del paciente y gestión de riesgos. (Pamplona)	2016	31
Seguridad del paciente y gestión de riesgos. (Tudela)	2016	16
Prevención y gestión de conflictos en las organizaciones. 1ª Edición y 2ª Edición	2017	25

Tabla 20: Cursos con temática de calidad

Indicador 2. Existencia del Plan de Calidad de la RSMNa. No cumplido

Indicador 3. Número de acciones del Plan puestas en marcha. No cumplido.

Observaciones y oportunidad de mejora

Si bien no se ha cumplido el objetivo de elaborar el Plan de Calidad de la RSMNa, implantar una cultura de calidad y mejora continua es uno de los compromisos de la Gerencia de Salud Mental.

Por ello, han sido varias las acciones puestas en marcha con el objetivo único de “Mejorar los servicios sanitarios de Salud Mental, la práctica clínica y la atención sanitaria que se ofrece”. Estas acciones no están en el contexto del plan de calidad pero lo están en el cumplimiento de la Ley Foral 21/2010, de 13 de diciembre, de Salud Mental de Navarra.

Las acciones relacionadas con la mejora de la calidad de la asistencia prestada, son las siguientes:

1. Una de esas acciones ha sido incorporar la evaluación de la calidad percibida de clientes externos e internos como punto de partida para establecer prioridades en las áreas más relevantes sin perder de vista el todo que constituye la Red de Salud Mental. Para ello se han realizado las siguientes evaluaciones:
 - Evaluación Interservicios: en los años 2011, 2012, 2013 y 2015
 - Evaluación satisfacción usuarios RSMNa: en los años 2013, 2015 y 2016
2. En los Pactos de Gestión por Objetivos anuales, se incluye como objetivo de servicio la elaboración de un Proyecto de Mejora.
3. Desde la Gerencia de Salud Mental y en colaboración de la Fundación Navarra para la Excelencia, se ha venido trabajando en la incorporación del Modelo EFQM de calidad como herramienta de gestión.
En este sentido, algunos centros de la Red de Salud Mental de Navarra, han sido evaluados obteniendo reconocimientos con respecto a su compromiso con la excelencia. Los centros que han obtenido reconocimiento de Compromiso con la Excelencia EFQM, han sido:

Centro	Reconocimiento	Año
Centro Salud Mental Infanto Juvenil	Compromiso Hacia la Excelencia EFQM	2014
CSM Burlada	Compromiso Hacia la Excelencia EFQM	2015
Clínica de Rehabilitación	Compromiso Hacia la Excelencia EFQM	2015
Hospital de día Irubide	Compromiso Hacia la Excelencia EFQM	2015
Hospital de día Psicogeriátrico	Compromiso Hacia la Excelencia EFQM	2015
Hospital de Día I	Compromiso Hacia la Excelencia EFQM	2016
Hospital de Día Zuría	Compromiso Hacia la Excelencia EFQM	2016

Tabla 21: Centros con reconocimiento de Compromiso con la Excelencia

El SNS-Osasunbidea, para asegurar y mejorar de forma continua la calidad de los servicios y resultados para la ciudadanía y la sociedad navarra, y como desarrollo de su Plan Estratégico, apuesta por los Modelos de Calidad Total. Por ello y en alianza con la Fundación Navarra para la Excelencia, el SNS-O, junto con cada una de la gerencias que lo componen, entre ellas la de Salud Mental, ha abogado por la incorporación del Modelo de Gestión Avanzada como instrumento de gestión con el objetivo de orientar y ayudar al SNS-Osasunbidea, sus organizaciones y servicios, en las acciones de mejora de sus procesos de gestión.

Hay que analizar la pertinencia de elaborar un Plan de Calidad. Así, la elaboración de un Plan de Calidad debe estar enmarcada en el contexto general del SNS-O y estar alineada con las propuestas que la Gerencia del SNS-O determine en este tema.

**Proceso clave 10:
Participación de profesionales y usuarios**

Objetivos

- Consolidar y fortalecer el trabajo multidisciplinar y en equipo (6.2.2)
- Poner en marcha órganos de participación dirigidos a mejorar la calidad (6.2.3)
- Potenciar la participación de las personas con enfermedad mental y sus familiares en la RSMNa (3.2.2)

Indicadores

1. Creación de la Junta Técnico Asistencial
2. N° de comisiones clínicas creadas/en funcionamiento
3. N° de comisiones en las que participa el movimiento asociativo

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 10	Cumplimiento %
1. Creación de la Junta Técnico Asistencial	100
2. N° de comisiones clínicas creadas/en funcionamiento	100
3. N° de comisiones en las que participa el movimiento asociativo	28,87
Media del grado de cumplimiento	76,29

El proceso clave 10 recoge objetivos relacionados con la Participación de profesionales y usuarios; su implicación de forma activa en la organización tanto a nivel clínico como de gestión.

Indicador 1. Creación de la Junta Técnico Asistencial (JTA). Cumplido

Indicador 2. Nº de comisiones clínicas creadas/en funcionamiento. 6 Comisiones en funcionamiento. Cumplido

Indicador 3. Nº de comisiones en las que participa el movimiento asociativo. Son dos: en la JTA y en la Comisión de Calidad y Garantía al Ciudadano.

Observaciones y oportunidad de mejora

La JTA se reúne cada dos meses aproximadamente desde su creación, el 28 de febrero de 2012. Asume funciones de asesoría e información sobre aspectos relacionados con la calidad de la asistencia sanitaria en la RSMNa. Se tratan temas de interés del momento, además de los propuestos por los propios componentes.

De forma programada, se informa sobre los trabajos que vienen desarrollando las distintas comisiones, dándose información concreta sobre aspectos estratégicos de la Red de Salud Mental. Anualmente se informa del ejercicio económico del año finalizado y del presupuesto del año en curso.

Fue renovada en Octubre de 2016.

La última comisión que se ha formado es la de Psicoterapia.

Este proceso exige una reflexión en el SNS-O sobre el papel que los pacientes y ciudadanía tienen en los diferentes órganos de participación ¿En cuáles sí, de qué manera, cómo han de seleccionarse?, etc.

**Proceso clave 11:
Nuevas infraestructuras y servicios**

Objetivos

- Impulsar el PD SFJ en lo referente a la creación de Unidades de Media y Larga Estancia (6.4.2)
- Impulsar la construcción del CSM IJ planificado en Chantrea (6.4.1)
- Incrementar el número de camas de agudos de la Unidad de Psiquiatría del HRS (6.3.3) e impulsar el traslado del HD Tudela al Hospital Reina Sofía e integrarlo funcionalmente en la UHP (6.3.2)
- Trasladar el CSM de Estella al Hospital García Orcoyen y redefinir algunas de sus funciones en el nuevo marco (6.3.1)

Indicadores

1. Desarrollo de los proyectos
2. Finalización efectiva de los proyectos

Evaluación cuantitativa del cumplimiento de indicadores

Proceso Clave 11	Cumplimiento %
1. Desarrollo de los proyectos	80
2. Finalización efectiva de los proyectos	60
Media del grado de cumplimiento	70

El proceso clave 11 está relacionado con la creación de nuevas infraestructuras y servicios necesarios para dar respuesta a necesidades existentes o emergentes.

Indicador 1. Desarrollo de los proyectos. A continuación se describe el desarrollo de los proyectos:

1. Creación de Unidades de Media y Larga Estancia. Está prevista su apertura en el primer semestre del año 2018.
2. Construcción del CSM-IJ en Chantrea. Si bien inicialmente fue este el planteamiento, el objetivo se reorientó y el proyecto de construir un nuevo centro en el barrio de la Chantrea fue reemplazado por trasladar el centro de Salud Mental Infanto-Juvenil al nuevo local del centro de Atención Primaria en Sarriguren. Cumplido.
3. En el área de Tudela:
 - a. Incrementar el número de camas de agudos de la UHP del HRS. El número de camas pasó de 5 a 9 camas. Cumplido.
 - b. Impulsar el traslado del HD de Tudela al Hospital Reina Sofía e integrarlo funcionalmente en la UHP. En desarrollo.
4. Trasladar el CSM de Estella al Hospital García Orcoyen y redefinir algunas de sus funciones en el nuevo marco. La obra se realizará a lo largo del 2018 y estará finalizada en el último trimestre de 2018.

Indicador 2. Finalización efectiva de los proyectos. De los cinco proyectos, dos están finalizados. Las Unidades de Media y Larga Estancia, se abrirán en el primer semestre de 2018; el 60% de los proyectos está cumplido.

Observaciones y oportunidades de mejora

El cumplimiento de los objetivos relacionados en este apartado, con la creación de nuevas estructuras, depende de la disponibilidad presupuestaria. Por otro lado, no hay que olvidar que los recursos de salud mental de las áreas dependen orgánicamente de ellas y las nuevas estructuras están sujetas a la planificación y gestión del área, si bien la estrategia es definida por la Gerencia de Salud Mental.

En cuanto a la puesta en marcha de nuevos programas, destacar los siguientes:

- Programa de Atención Continuada en Psicología Clínica centrado en terapias grupales.
- Durante el último trimestre de 2016, se trabajó en el diseño e implementación de un Programa de Primeros Episodios Psicóticos para su puesta en funcionamiento en enero de 2017.
- Durante el segundo semestre de 2017, se ha desarrollado e implantado un Programa de seguimiento telefónico tras un intento de suicidio. Para ello se ha incorporado una Enfermera Especialista en Salud Mental a la Unidad de Atención al Paciente y Admisión.

Una vez descritos y cuantificados los indicadores de cada uno de los Procesos Clave, la tabla siguiente recoge el nivel de cumplimiento de cada uno de ellos con el objetivo de ofrecer una idea acerca del cumplimiento del Plan Estratégico de Salud Mental 2012-2016.

La media de cumplimiento de los 11 Procesos Clave definidos es del 74,88%, siendo el Proceso Clave 6, Reorganización Funcional de la RSMNa, el que menos porcentaje de consecución ha obtenido, con un 53,14%. El Proceso Clave 1, Sistemas de Información y Evaluación de Resultados, ha alcanzado un 100% de cumplimiento.

Proceso Clave		% Cumplimiento
P. Clave 1	Sistemas de Información y Evaluación de Resultados	100
P. Clave 2	Gestión del Conocimiento	60,68
P. Clave 3	Gestión por Objetivos	73,09
P. Clave 4	Programas Asistenciales Transversales	69,12
P. Clave 5	Optimización de Recursos y Eficiencia	95
P. Clave 6	Reorganización Funcional de la RSMNa	53,14
P. Clave 7	Formación Continuada	76,67
P. Clave 8	Unidad Docente Multiprofesional	89,74
P. Clave 9	Plan de Calidad de la RSMNa	60,00
P. Clave 10	Participación de Profesionales y usuarios	76,29
P. Clave 11	Nuevas Infraestructuras y Servicios	70,00
Media cumplimiento		74,88

Tabla 22: Resumen del cumplimiento de los Procesos Clave

IV.2 EVALUACIÓN CUALITATIVA OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PLAN

Si bien la evaluación de los 11 Procesos Clave da una idea del cumplimiento de los objetivos transversales del Plan, con la evaluación de los objetivos específicos se pretende identificar aquellos que no hayan sido evaluados y comparar si existe o no sintonía con la evaluación de los Procesos Clave.

Esta evaluación ha sido realizada por la Comisión de Dirección a lo largo de varias reuniones; la puntuación se ha designado mediante consenso, en función del cumplimiento total y/o del estado de desarrollo de las líneas de actuación incluidas en cada objetivo específico, así como la capacidad de mejora en dicho objetivo.

A continuación se exponen de modo detallado cada uno de los objetivos específicos y su porcentaje de cumplimiento.

LÍNEA ESTRATÉGICA 1	PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL, PREVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES Y ERRADICACIÓN DEL ESTIGMA	% cumplimiento
OBJETIVO GENERAL	Promoción de la SM de la población general y de grupos específicos	53,00%
OBJETIVOS	Promover la salud mental en la población general	40%
ESPECÍFICOS	Promover la salud mental por grupos de edad	66%
OBJETIVO GENERAL	Prevención de la enfermedad mental	52,50%
OBJETIVOS	Prevenir los trastornos mentales en la población general	50%
ESPECÍFICOS	Prevenir los trastornos mentales en grupos riesgo	55%
OBJETIVO GENERAL	Erradicación del estigma y la discriminación	48,00%
OBJETIVOS	Desarrollar planes y programas que fomenten la integración	56%
ESPECÍFICOS	Desarrollar planes y programas para evitar el estigma y la victimización	40%

Tabla 23: Objetivos específicos de la Línea Estratégica 1

Los objetivos de la Línea Estratégica 1 no vienen recogidos en los Procesos Clave.

El Plan Estratégico de Salud Mental de Navarra proponía incluir como indicadores de resultado del Plan indicadores de mortalidad y morbilidad recogidos en la “*Línea estratégica 1: Promoción de la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con trastorno mental*” de la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013.

Estos datos se obtienen de la Encuesta Nacional de Salud (ENS) realizada por el Instituto Nacional de Estadística. Al ser datos de carácter nacional, los datos dispuestos hacen referencia a la última Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, justo cuando comienza el periodo de vigencia del Plan Estratégico de Salud Mental, no disponiéndose de datos más recientes.

A continuación se destacan los indicadores con los datos más recientes disponibles.

- Tasa estandarizada de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento.

Las tasas estandarizadas han aumentado desde 2012 de un 30,18 por cien mil a un 44,04 por cien mil en 2015.

- Tasa estandarizada de mortalidad por suicidio y lesiones autoinflingidas.

CC.AA.	2013			2014			2015		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Navarra, C. Foral de	10,03	4,3	7,01	10,1	2,32	6,16	7,26	7,38	7,24
España	10,81	3,41	6,98	10,84	3,49	7,02	9,77	3,26	6,38

Tabla 24: Tasa de mortalidad por suicidio, ajustada por edad, por 100 000 hab.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Las tasas estandarizadas de mortalidad por suicidio no son significativamente diferentes de las de España. Como consecuencia de la alta variabilidad de la muestra, no pueden obtenerse conclusiones significativas.

- Prevalencia declarada de Trastornos Mentales en población adulta

CC.AA.	2011			2014		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Navarra, C. Foral de	5,61	16,49	11,13	8,13	10,31	9,23
España (ES)	5,69	13,35	9,61	6,72	14,39	10,65

Tabla 25: Prevalencia declarada de Trastornos Mentales en población adulta

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2006 y 2011, MSSSI/INE. Encuesta Europea de Salud en España, 2009 y 2014, INE/MSSSI

Se observa una disminución de la prevalencia declarada de Trastornos Mentales en población adulta en Navarra, lo que contrasta con el aumento observado en la población española.

- Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol (ENS). Frecuencia de consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud.

CC.AA.	2011			2014		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Navarra, C. Foral de	2,45	0,93	1,69	3,1	1,85	2,47
España (ES)	2,05	1,35	1,69	1,96	1,24	1,59

Tabla 26: Porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol

Fuente: Encuesta Nacional de Salud, 2006 y 2011, MSSSI/INE. Encuesta Europea de Salud en España, 2009 y 2014, INE/MSSSI

Se observa un incremento del porcentaje de bebedores de riesgo de alcohol en Navarra en el periodo 2011-2014.

- DHD de hipnóticos y sedantes, y/o de ansiolíticos, dispensadas en un año.

CC.AA.	2012	2013	2014	2015	2016
	Total	Total	Total	Total	Total
Navarra, C. Foral de (N)	41,92	41,45	41,98	41,89	42,51
España (ES)	27,63	28,35	29,37	29,65	30,22

Tabla 27: Consumo de hipnóticos y sedantes, y/o de ansiolíticos

Fuente: Sistema de información de consumo farmacéutico del Sistema Nacional de Salud. MSSSI

LINEA ESTRATÉGICA 2	ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES	% cumplimiento
OBJETIVO GENERAL	Mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía	51,22%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Orientar los servicios a la mejora de la accesibilidad	71%
	Gestionar organización actividad para adecuada y pronta atención	85%
	Impulsar imagen RSMNa como sistema de calidad y confianza	39%
	Potenciar autonomía personas TMG, capacidad de decidir y opciones terapéuticas	44%
	Desarrollar actuaciones promover autocuidados y reduzcan excesiva medicalización	41%
	Optimizar la cartera de servicios para mejorar respuestas a necesidades	63%
	Potenciar atención CSM en zonas básicas rurales de poca accesibilidad	49%
	Fomentar desarrollo de actividades comunitarias en sm por los EAP	22%
	Intervención de ESM en poblaciones de mas riesgo social-sanitario	47%
OBJETIVO GENERAL	Mejora de la efectividad y la resolución	64,38%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Mejorar las tecnologías de la información en SM	96%
	Promover la evaluación clínica estandarizada mediante escalas de evaluación	74%
	Implantar guías de práctica clínica y protocolos asistenciales	60%
	Impulsar el uso racional y de calidad de los medicamentos	70%
	Aumentar la intervención psicológica en los servicios de la RSMNa	80%
	Impulsar el empleo de psicoterapias regladas basadas en la evidencia	86%
	Impulsar en los CSM modelos resolutivos de intervención en crisis	35%
	Promover, desarrollar e integrar programas transversales de rehabilitación	53%
	Promover y protocolizar medidas de atención a la salud general	60%
	Mejorar la capacidad de resolución de las unidades de HD	72%
	Mejorar la capacidad de resolución de las unidades de UHP	70%
	Implantar procedimientos de tratamiento involuntario para una buena práctica	66%
	Implementar planes de cuidados de enfermería	45%
	Implementar protocolos y sistematizar procesos de trabajo social	35%
	Programar y sistematizar las actividades de terapia ocupacional	69%
	Promover un sistema de medición, evaluación y difusión de resultados en SMNa	59%
OBJETIVO GENERAL	Mejora de la eficiencia y de la continuidad asistencial	42,56%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Orientar la actividad a procesos asistenciales de carácter transversal	33%
	Promover la implantación de circuitos asistenciales integrados	33%
	Implantar el "Plan Integrado de Atención para los Trastornos Mentales Graves"	70%
	Implantar el "Acuerdo Terapéutico para los Trastornos Mentales Comunes"	41%
	Potenciar la comunicación y coordinación entre los CSM y AP	62%
	Impulsar el desarrollo de circuitos asistenciales integrados entre los CSM y AP	34%
	Potenciar la modalidad de atención domiciliaria	15%
	Mejorar la coordinación entre servicios de salud mental y servicios sociales	40%
	Garantizar y sistematizar actividades de apoyo y psicoeducación a familiares	55%

Tabla 28: Objetivos específicos de la Línea Estratégica 2

La línea Estratégica 2, Atención a los Trastornos Mentales, es la que más número de objetivos específicos contiene. Está incluida en varios de los Procesos Clave: 1, 2, 4, 5, 6 y 11.

LINEA ESTRATÉGICA 3		COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL	% cumplimiento
OBJETIVO GENERAL		Coordinación intrainstitucional	87,50%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		Potenciar mecanismos coordinación de DSM con servicios asistenciales RSMNa	100%
		Mejorar la coordinación de Salud Mental con resto de Servicios de Salud	75%
OBJETIVO GENERAL		Coordinación interinstitucional y con otras agencias	72,50%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		Mejorar la coordinación con Salud Mental y otros Departamentos del GNA	50%
		Potenciar la participación personas TM y sus familias en RSMNa	95%
LINEA ESTRATÉGICA 4		PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO DE PROFESIONALES	% cumplimiento
OBJETIVO GENERAL		Mejora del desarrollo profesional	72,50%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		Aumentar la motivación de profesionales y mejorar el clima laboral	60%
		Promover evaluación de competencias profesionales y de calidad de centros	50%
		Aumentar ratio especialistas (psiquiatras, psicólogos clínicos y enfermeras)	100%
		Favorecer la formación continuada de profesionales	80%
OBJETIVO GENERAL		Desarrollo de la actividad docente en la RSMNa	88,33%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		Implantar la Unidad Docente Multiprofesional	100%
		Potenciar las acciones formativas en cada centro de la RSMNa	82%
		Desarrollo profesional vinculado a la creación de conocimiento	83%
LINEA ESTRATÉGICA 5		GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO E INVESTIGACIÓN	% cumplimiento
OBJETIVO GENERAL		Fomento de la metodología de gestión del conocimiento científico	62,50%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		Fomentar habilidades en el manejo de plataformas del conocimiento en SM	90%
		Incorporación mejor evidencia disponible a la practica clínica y atención BE	35%
OBJETIVO GENERAL		Fomento de la investigación en SM	81,67%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS		Fomentar la investigación en Salud Mental	75%
		Promover un plan de investigación propio de la RSMNa	100%
		Aumentar la masa crítica de investigadores en Salud Mental	70%

Tabla 29: Objetivos específicos de las Líneas Estratégicas 3,4 y 5

La línea Estratégica 3 no se recoge en los Procesos Clave; la Línea Estratégica 4, está incluida en los Procesos Clave 2, 7 y 8; la Línea Estratégica 5, se incluye en los Procesos Clave 2 y 7.

LINEA ESTRATÉGICA 6	GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LA RED DE SALUD MENTAL	% cumplimiento
OBJETIVO GENERAL	Mejora de la gestión de la RSMNa	72,38%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Generalizar un modelo de calidad total	70%
	Impulsar la planificación en salud mental basada en las necesidades asistenciales	70%
	Impulsar los pactos de gestión por objetivos fundamentados en el Plan	95%
	Potenciar que la asignación de recursos esté en relación con el nivel de la oferta	95%
	Potenciar las estructuras de dirección en los diferentes dispositivos de la RSMNa	59%
	Promover la descentralización de la gestión en los diferentes dispositivos	15%
	Mejorar la coordinación de los centros propios de la RSMNa con los concertados	100%
	Desarrollar los sistemas de información en salud mental	75%
OBJETIVO GENERAL	Mejora de la organización general de la RSMNa	91,67%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Adaptar el nuevo modelo a los recursos, oferta de servicios y necesidades de la ciudadanía	100%
	Consolidar y fortalecer el trabajo multidisciplinar y en equipo en la RSMNa	75%
	Poner en marcha comisiones clínicas como órganos de participación	100%
OBJETIVO GENERAL	Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas	63,33%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Centros de Salud Mental	45%
	Hospitales de Día	75%
	Servicios de Psiquiatría de los Hospitales Generales	70%
OBJETIVO GENERAL	Mejora de la organización funcional de los servicios especializados RSMNa	57,43%
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	Servicios Infanto-Juveniles	75%
	Servicios de Rehabilitación	77%
	Servicios de Psicogeriatría	50%
	Servicios de Trastornos Adictivos y Patología Dual	35%
	Programa de Trastorno de la Conducta Alimentaria del adulto	100%
	Programa de Salud Mental Penitenciaria y Forense	35%
	Programa de Coordinación Socio-Sanitaria	30%

Tabla 30: Objetivos específicos de la Línea Estratégica 6

La media de cumplimiento de los Procesos Clave es del 74,88% frente al 66,34% de cumplimiento de los Objetivos Específicos.

Para finalizar la evaluación, se adjuntan dos tablas con un resumen de la puntuación de las Líneas Estratégicas y Objetivos Generales, obtenidas a partir de las medias del porcentaje de cumplimiento de los objetivos específicos.

LÍNEA ESTRATÉGICA	OBJETIVO GENERAL	CUMPLIMIENTO
L1	Promoción de la SM de la población general y de grupos específicos	53,00%
L1	Prevención de la enfermedad mental	52,50%
L1	Erradicación del estigma y la discriminación	48,00%
L2	Mejora de la calidad de los servicios orientados a la ciudadanía	51,22%
L2	Mejora de la efectividad y la resolución	64,38%
L2	Mejora de la eficiencia y de la continuidad asistencial	42,56%
L3	Coordinación intrainstitucional	87,50%
L3	Coordinación interinstitucional y con otras agencias	72,50%
L4	Mejora del desarrollo profesional	72,50%
L4	Desarrollo de la actividad docente en la RSMNa	88,33%
L5	Fomento de la metodología de gestión del conocimiento científico	63%
L5	Fomento de la investigación en SM	82%
L6	Mejora de la gestión de la RSMNa	72,38%
L6	Mejora de la organización general de la RSMNa	91,67%
L6	Mejora de la organización funcional de los servicios generalistas	63,33%
L6	Mejora de la organización funcional de los servicios especializados RSMNa	57,43%
TOTAL PORCENTAJE CUMPLIMIENTO		66,34%

Tabla 31: Evaluación del porcentaje de cumplimiento de los objetivos generales

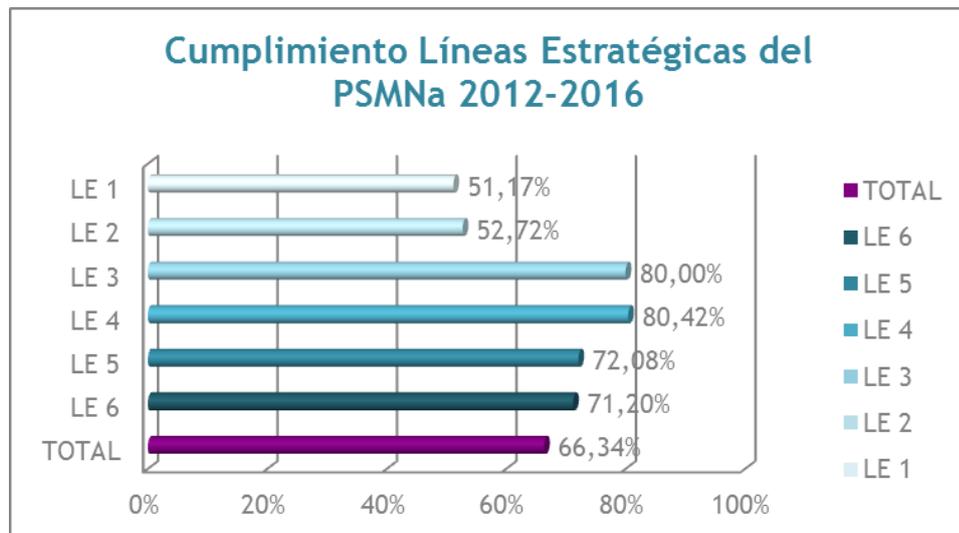


Gráfico 4: Evaluación del porcentaje de cumplimiento de las líneas estratégicas

V. CONCLUSIONES

V.1 PROCESOS CLAVE

Respecto a estos procesos, una primera conclusión es su alto grado de cumplimiento (74,88%), que es superior al grado de cumplimiento de los objetivos específicos (66,34%). Esto se debe a que los objetivos de los Procesos Clave fueron priorizados sobre los demás objetivos ya que son de carácter estratégico y facilitan la consecución de la mayoría de los objetivos.

Destacan por su alto grado de cumplimiento (>70%) los siguientes Procesos Clave:

- **Desarrollo de sistemas de información y evaluación de resultados.**

El alto grado de cumplimiento de este proceso era una condición indispensable para medir y comparar el grado de consecución de los objetivos más importantes, particularmente aquellos del ámbito asistencial.

- **Desarrollo de la gestión por objetivos.**

Aunque antes del Plan ya se venían realizando pactos de gestión por objetivos con los diferentes servicios, el Plan introduce desde 2011 un nuevo modelo de gestión por objetivos con el propósito de avanzar en una mejora continua de todos los servicios de la Red de carácter integral y a la vez individualizada que favorezca la cohesión de los servicios y la alineación de sus objetivos con los del Plan.

De esta forma, los pactos de gestión por objetivos de todos los servicios de la Red se estructuran en torno a tres ejes: objetivos generales (comunes a todos los servicios de la Red), objetivos específicos de área (servicios comunitarios, intermedios y de hospitalización) y objetivos específicos de cada servicio.

- **Optimización de recursos y eficiencia.**

El grado de optimización de recursos para mejorar tanto la accesibilidad como una atención adecuada ha sido excelente. Esto se ha visto facilitado por la mejora en la ratio de profesionales del ámbito especializado y ha tenido como resultado la mejora en los tiempos de espera de todos los servicios de la Red, especialmente del ámbito comunitario.

- **Docencia (Unidad Docente de Salud Mental y Formación Continuada).**

Se ha creado la Unidad Docente Multiprofesional, que ha sido acreditada por el Ministerio, integrada por profesionales en formación de Psiquiatría, Psicología Clínica y Enfermería. Esto ha supuesto un hito que da un carácter de integralidad y multidisciplinariedad de los profesionales especializados de la Red. Paralelamente, se ha desarrollado marcadamente la Formación Continuada, como lo demuestra el número de acciones formativas realizadas.

▪ **Participación de Profesionales y Usuarios.**

Se ha creado la Junta Técnico Asistencial así como 6 Comisiones Clínicas dependientes de ella con una alta participación de profesionales de todos los ámbitos de SM. Asimismo, se ha iniciado la participación formal de los usuarios en la Red de SM mediante la inclusión de un miembro de la principal asociación de usuarios en la JTA.

▪ **Nuevas infraestructuras y Servicios.**

Hay que destacar la creación de nuevos servicios y programas que han transformado profundamente la RSMNa, orientándola a una mayor oferta de servicios especializados y de calidad. Entre los nuevos servicios y programas cabe destacar:

- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
- Hospital de Día Psicogeriátrico
- Programa de Trastornos de la Conducta Alimentaria
- Programa de Trastorno Límite de la Personalidad
- Programa de Primeros Episodios de Psicosis
- Programa de Crónicos (Esquizofrenia)
- Programa PIR de Atención Continuada (Terapia Grupal)
- Programa de Hospitalización de Semana (Unidad de Rehabilitación)
- Servicio Unificado de Psiquiatría del CHN
- Unidad de Hospitalización Breve del HRS

De las nuevas infraestructuras cabe destacar la construcción de las nuevas Unidades de Media y Larga Estancia, que entrarán en funcionamiento a lo largo de 2018 y permitirán desarrollar, por primera vez desde la Reforma Psiquiátrica de 1986, un circuito asistencial de hospitalización integral e integrado específico de SM y compuesto por la UME, ULE y CR, que a su vez tendrán una estrecha relación funcional con las Unidades de Hospitalización Breve del CHN y del HRS.

Entre las áreas de mejora de los Procesos Clave, hay que destacar:

▪ **Gestión del Conocimiento**

Aunque se ha mejorado sustancialmente en algunos aspectos de este proceso (p.ej., en la incorporación de la evaluación estandarizada a la práctica asistencial en los ámbitos de recursos intermedios y de hospitalización), es necesario avanzar en la incorporación, sistematización y generalización de la mejor evidencia disponible a la práctica asistencial.

- **Programas asistenciales transversales y Reorganización Funcional de la Red de SM.**

Aunque se han sentado las bases para crear programas asistenciales transversales mediante la creación de servicios y programas específicos (ver apartado correspondiente), estos no se han generalizado a todos los servicios, particularmente los comunitarios.

Es necesario avanzar en este sentido en los procesos asistenciales de mayor relevancia tales como adicciones, psicogeriatría, trastorno mental grave y trastorno mental común, mediante la creación de la figura del responsable de cada programa. Ello implica una reorganización funcional de todos los servicios (generalistas y especializados) de la RSMNa orientada a impulsar la coordinación de los principales procesos asistenciales en todos los servicios de la Red (vías clínicas).

- **Plan de Calidad**

Se han realizado numerosas acciones formativas en las que han estado representados todos los centros de la RSMNa, y 7 centros de la Red han sido reconocidos con un compromiso a la excelencia EFQM. Sin embargo, no ha llegado a desarrollarse un plan integral de calidad de la RSMNa y se debería evaluar la factibilidad de desarrollar dicho plan en el marco de la estrategia de calidad del SNS-O.

V.2 LINEAS ESTRATÉGICAS, OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

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

El grado de cumplimiento de esta estrategia puede considerarse como moderado (51%). Aunque se han realizado muchas acciones concretas en los tres ámbitos de esta estrategia, generalmente éstas han surgido de los diferentes centros de la Red y no han tenido un carácter coordinado. En este sentido, el nuevo Plan debería contemplar proyectos en grupos de población específicos más que acciones no coordinadas.

Sobre los datos de los indicadores de mortalidad/morbilidad relacionados con la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales, cabe destacar la disminución de la *“Prevalencia declarada de Trastornos Mentales”* en Navarra frente a la media de España (Tabla 25); por el contrario hay un aumento de la *“Frecuencia de consumo de alcohol en cantidad de riesgo para la salud”* en la población Navarra frente a la de España (Tabla 27).

Hay que reseñar la planificación en implantación del programa de primeros episodios psicóticos que se viene desarrollando desde finales de 2016. Este programa tiene una doble vertiente de detección e intervención precoz del grupo de trastornos mentales que más discapacidad ocasionan y por lo tanto, debe considerarse como un programa de prevención secundaria de la discapacidad. Debería contemplarse su continuación en el próximo plan de SM.

También hay que destacar el pilotaje realizado para erradicar el estigma y la discriminación con resultados de aceptación poblacional muy satisfactorios. Este proyecto debería incluirse como un objetivo específico en el nuevo Plan de SM. Otro objetivo en este ámbito debería contemplar un programa de prevención de suicidio.

2. Atención a los trastornos mentales

Esta estrategia es la que más objetivos específicos incluye y supone con diferencia la que más actividad sustrae de toda la Red de SM. El grado global de consecución de objetivos es moderado, si bien existe una importante variabilidad en el grado de consecución de los mismos. Por ello, es necesario detenerse tanto en los objetivos altamente conseguidos, como en los que precisan de mejora, que no hayan sido incluidos en los procesos clave.

Entre los objetivos con un alto grado de cumplimiento (>70%) se incluye el uso racional y de calidad de los medicamentos así como el incremento de las intervenciones psicológicas, lo que redundará en una mayor racionalidad e interdisciplinariedad de la práctica asistencial. Se ha mejorado la capacidad de resolución de los recursos de hospitalización total y parcial y se ha avanzado

sustancialmente en el “plan integrado de atención para los trastornos mentales graves”.

Entre los objetivos con un grado de cumplimiento mejorable (<50%) se incluye el impulsar la imagen de la RSMNa como un sistema de calidad y confianza, la mejora de la autonomía y autocuidados de las personas con trastornos mentales, la mejora de la atención en zonas rurales, el desarrollo de actividades comunitarias de SM por los equipos de AP, la intervención en poblaciones de mayor riesgo socio-sanitario, la potenciación de modelos resolutivos de intervención en crisis en los CSM, la mejora de planes de cuidados enfermeros, actuaciones protocolizadas de TS, la implantación del “acuerdo terapéutico para trastornos mentales comunes”, el desarrollo de circuitos asistenciales integrados y la coordinación entre los CSM y AP, potenciar la atención domiciliaria y la mejora de la coordinación entre SM y servicios sociales.

3. Coordinación inter e intra institucional

Los objetivos de esta línea estratégica se han cumplido satisfactoriamente, particularmente en aquellos referentes a la coordinación con otros departamentos dentro del SNS-O. Ello se debe principalmente a la mejor representatividad de la Gerencia de SM dentro del SNS-O impulsada por la Ley de Salud Mental. No obstante, hay ámbito de mejora de la coordinación con otros departamentos del Gobierno de Navarra.

4. Participación y desarrollo profesional

Esta estrategia se ha desarrollado de manera muy satisfactoria y cabe destacar un claro impulso hacia la especialización profesional de salud mental como lo demuestra el aumento de la ratio de profesionales especializados y el desarrollo de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental. Sin embargo, hay una clara área de mejora ligada a la evaluación de competencias profesionales y calidad de los centros. Un nuevo reto para el próximo Plan será la re-acreditación de la UDM en base a la nueva especialidad de Psiquiatría Infantil y del Adolescente.

5. Gestión del conocimiento e investigación

La investigación en SM ha recibido un importante impulso, principalmente por la creación de un área de investigación propia de Salud Mental dentro del Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNa) que incluye otras ocho áreas temáticas de investigación. No obstante, existen áreas de mejora en lo concerniente a la masa crítica de investigadores y el número de grupos de investigación.

6. Gestión y organización de la Red de Salud Mental

Esta línea estratégica incluye varios objetivos que pretenden ordenar la organización y gestión de la Red de SM con el objetivo de prestar la mejor asistencia posible a las personas con trastorno mental. Estos objetivos se organizaron en varios procesos clave que se han descrito anteriormente (gestión por objetivos, optimización de recursos, programas asistenciales transversales y reorganización funcional de la RSMNa).

Cabe destacar el alto grado de consecución de objetivos en la mejora de la organización y gestión, aunque la repercusión de estas mejoras en los servicios generalistas y especializados de la Red ha sido más modesta. Más específicamente, destaca la optimización de recursos y la adaptación de estos a las nuevas necesidades asistenciales, incluyendo la creación de nuevos servicios y programas (ver apartado correspondiente de Procesos Clave). Entre las áreas de mejora, hay que destacar el impulso a la autonomía de gestión y la organización funcional de los CSM, y en general, seguir avanzando hacia una mayor especialización de todos los servicios de la RSMNa. Con respecto a las Unidades Residenciales del Centro SFJ, se ha realizado la adecuación de los recursos humanos e infraestructuras al decreciente número de personas de este centro, aunque hay que continuar desarrollando este proceso.

VI. FINANCIACIÓN

Como recogía el Plan Estratégico de Salud Mental, la gran mayoría de los objetivos del Plan no precisaban de financiación adicional, por estar fundamentados en una gestión clínica eficiente.

Sin embargo, el desarrollo del Plan en su integridad precisaba de financiación adicional por 4 razones: (a) la creación de servicios e infraestructuras de los que la Comunidad Foral era históricamente deficitaria, (b) la creación o desarrollo de servicios demandados bien por las nuevas necesidades de las personas con trastorno mental o la normativa vigente, (c) el refuerzo de la eficiencia de algunos servicios que históricamente no habían aumentado en recursos humanos ni en cartera de servicios, y (d) la formación y docencia orientadas a los objetivos del Plan.

Las siguientes tablas, recogen la evolución del presupuesto de la Gerencia de Salud Mental en el periodo 2011-2017, así como su desglose por capítulos.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Capítulo I	17.614.388	18.988.328	16.560.198	16.657.940	16.621.761	16.579.715	16.683.823
Capítulo II	9.908.760	8.818.933	8.995.377	8.644.260	10.616.204	11.052.480	12.144.443
Capítulo IV	1.983.000	1.991.342	2.007.723	1.988.702	161.220	132.220	120.000
Capítulo VI	1.745.000	1.825.000	615.000	2.600.010	5.736.964	7.767.500	5.163.500
Total	31.251.148	31.623.603	28.178.298	29.890.912	33.136.149	35.549.915	34.111.766

Tabla 32: Evolución del presupuesto inicial Gerencia SMNa

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Capítulo I	17.266.832	16.064.540	16.588.402	16.088.805	15.881.600	15.939.149	16.472.537
Capítulo II	9.919.495	8.919.972	8.498.056	9.449.508	10.525.479	10.831.181	11.400.519
Capítulo IV	1.979.277	1.989.901	1.996.332	1.045.201	129.569	115.639	106.782
Capítulo VI	1.000.581	268.335	114.380	351.748	3.845.328	3.946.625	5.130.888
Total	30.166.185	27.242.748	27.197.170	26.935.262	30.381.976	30.832.594	33.110.726

Tabla 33: Evolución del gasto real Gerencia SMNa

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ppto SNS-O	958.297.742	960.847.902	873.956.573	886.778.301	927.555.612	972.359.008	1.022.083.107
Ppto Salud Mental	31.251.148	31.623.603	27.854.408	27.049.255	30.549.098	34.799.907	34.028.416
% representación	3,26%	3,29%	3,19%	3,05%	3,29%	3,57%	3,33%

Tabla 34: Peso específico del presupuesto de SM en el total del SNS-O

Las acciones más importantes implementadas por Capítulos son las siguientes:

- Capítulo I: el presupuesto correspondiente a este capítulo ha sido destinado principalmente a transformar, cualificar y especializar la plantilla, potenciando la formación de especialistas postgrado con la incorporación del Programa de Enfermero Interno Residente.

De especial relevancia en este apartado ha sido completar la plantilla del CSM Infanto-Juvenil para la atención diferenciada y especializada de este grupo de población así como otras actuaciones recogidas en el Proceso Clave 11.

El cambio de misión del Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier” y la progresiva reconversión de sus recursos en nuevas unidades y programas, ha permitido incrementar la oferta de servicios asistenciales en la Red de Salud Mental.

- Capítulo II: gran parte del incremento de gasto en capítulo II durante el periodo de aplicación del Plan (2012-2016) es consecuencia de la progresiva implantación de la adquisición de los antipsicóticos inyectables de acción prolongada a través de la Farmacia de Salud Mental, lo que genera un ahorro para el SNS-O derivado de la diferencia entre el PVP y el PVL de estos fármacos.
- Capítulo VI, el mayor peso recae en las obras y equipamiento de las nuevas Unidades contempladas en el Plan Estratégico “San Francisco Javier” entre los años 2015-2017. El 24 de noviembre de 2017 tuvo lugar el acto de recepción de la obra de reforma y ampliación del Área de Psiquiatría, Fases 1 y 2, del Centro Psicogeriátrico “San Francisco Javier” de Pamplona, cuyo coste total, incluida la dirección de obra y la coordinación de seguridad y salud laboral, ha ascendido a 11.994.671,88 euros.

VII. ANEXOS

ANEXO I

INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE SALUD MENTAL, EN FUNCIÓN DEL SERVICIO/RECURSO

DATOS GENERALES:

FRECUENCIA:	MENSUAL
FUENTES:	1- Registro HOST - explotación BIG 2- HISTORIA CLINICA 3- BBDD POBLACIONAL (desde 2016) 4- BBDD Comunidades Terapéuticas 5- BBDD UME Padre Menni (Facturación)
TOTAL MENSUAL	
ACUMULADO ANUAL	
ACUMULADO AÑO ANTERIOR	

67

SERVICIOS COMUNITARIOS (CENTROS DE SALUD MENTAL)

SEGMENTACIÓN	POR CSM			
INDICADORES	Nº CONSULTAS	1ª consulta revisiones	agenda psiquiatría y psicología	BIG
	ABSENTISMO	1ª consulta revisiones	agenda psiquiatría y psicología	
	CANCELACIONES	1ª consulta revisiones	agenda psiquiatría y psicología	
	ALTAS	1ª consulta revisiones	agenda psiquiatría y psicología	
	TOTAL CONSULTAS	por tipo de agenda	todas	
	LISTA DE ESPERA	1ª consulta		
	Nº PACIENTES ATENDIDOS	1ª consulta y revisiones		BBDD pobl
	INP RECIBIDAS			HCI

SERVICIOS INTERMEDIOS (HOSPITALES DE DÍA)

Estos indicadores se incluyen en el cuadro de mandos desde 2014, cuando se posibilita la explotación por BIG.

SEGMENTACIÓN	POR HD			
INDICADORES	INGRESOS	procesos activados		BIG
	ASISTENCIAS	programadas y reales		
	ALTAS	procesos cerrados		
	ESTANCIA MEDIA			
	Nº PACIENTES			
	ÍNDICE DE OCUPACIÓN	sobre asistencias programadas		
	LISTA DE ESPERA			
Nº CONSULTAS	primeras y sucesivas	agenda psiquiatría y psicología		
TOTAL CONSULTAS	por tipo de agenda	todas		

Evaluación Plan Estratégico Salud Mental 2012-2016

SERVICIOS HOSPITALARIOS DE CORTA ESTANCIA (UHP)

Tras la unificación del Complejo Hospitalario, desde Enero 2015 estos indicadores se explotan por Servicio.

SEGMENTACIÓN	POR SERVICIO: ADULTOS, INFANTO-JUVENIL Y TUDELA				
INDICADORES	INGRESOS				BIG
	ESTANCIAS				
	ESTANCIA MEDIA				
	ÍNDICE DE OCUPACIÓN				
	ÍNDICE DE ROTACIÓN				
	Nº ALTAS				
	CONSULTAS	primeras y sucesivas			
INTERCONSULTAS					HCI

Desde Mayo 2017, el Servicio de Psiquiatría del CHN asume las consultas de DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO. Se han incluido en el cuadro de mandos, bajo el epígrafe: **OTRAS CONSULTAS EXTERNAS**

SEGMENTACIÓN	POR AGENDA	Neuropsicología (CHN) Dras. Hernaez, Luna y Gómez (Ubarmin)
INDICADORES	Nº CONSULTAS	1ª consulta revisiones
		BIG

SERVICIOS HOSPITALARIOS DE MEDIA Y LARGA ESTANCIA (CLÍNICA DE REHABILITACIÓN)

SEGMENTACIÓN	POR PROGRAMA (PLANTA): HOSPITALIZACIÓN TOTAL (R1), SEMANAL (UT), DE DÍA (R2)				
INDICADORES	INGRESOS				BIG
	ESTANCIAS				
	ESTANCIA MEDIA				
	ÍNDICE DE OCUPACIÓN				
	ÍNDICE DE ROTACIÓN				
	Nº ALTAS				
	LISTA DE ESPERA (R2)				
	Nº PACIENTES (R2)				
CONSULTAS (R2)	por agenda				

CONCIERTOS MEDIA/LARGA ESTANCIA

SEGMENTACIÓN	COMUNIDADES TERAPÉUTICAS Y HNAS. HOSPITALARIAS				
INDICADORES	INGRESOS				BBDD CCTT Y P. MENNI (Facturación)
	ESTANCIAS				
	ALTAS				
	Nº PACIENTES				
	ÍNDICE DE OCUPACIÓN				

Evaluación Plan Estratégico Salud Mental 2012-2016

INDICADORES DEL CUADRO DE MANDO DE SALUD MENTAL: DIFUSIÓN DE RESULTADOS

DIFUSIÓN DENTRO DE LA RED DE SALUD MENTAL

RECURSO	FRECUENCIA	INFORMACIÓN	INDICADORES	MEDIO DIFUSIÓN
CSM	MENSUAL	ACTIVIDAD POR AGENDA	Nº consultas (1ª, revisión, No presencial) Absentismo (1ª y revisión) Citas preferentes Altas (1ª y revisión) Espera media (1ª consulta normal y preferente) Interconsultas no presenciales Cancelaciones Lista de espera	Correo electrónico a cada CSM (de su propio centro)
HD	MENSUAL	ACTIVIDAD POR HD	Ingresos Asistencias (programadas y reales) Absentismo Estancia media Altas Nº pacientes Lista de espera Índice de ocupación Consultas (primeras, sucesivas y totales por tipo agenda)	Correo electrónico a cada HD (global)
	SEMESTRAL	INDICADORES PACTOS POR OBJETIVOS (situación al semestre, y anual)	Ingresos-altas Asistencias (programadas y reales) Índice de ocupación-Estancia media LE - Espera Media Diagnósticos Derivaciones	Correo electrónico a Jefe de Servicio Área Intermedios
UHP (Complejo Hospitalario)	A DEMANDA	INDICADORES PACTOS POR OBJETIVOS (provisionales y anuales)	Derivaciones Consentimientos informados Espera media de ingresos en UHP Espera media de interconsultas CHN Estancia media Tasa de reingresos prevenibles Nº muertes por suicidio Altas voluntarias Nº derivaciones a RRII o UME Escalas (SSPI, COLUMBIA)	Correo electrónico a Jefe de Servicio Área Hospitalización
TODA LA RED	ANUAL	MEMORIA DE ACTIVIDAD		Web (SM, Intranet Sanitaria)
TODA LA RED	PERMANENTE	CUADRO DE MANDOS	GLOBAL	Web SM
TODA LA RED	PERMANENTE	C. MANDOS Y PANEL DE CONTROL ESQUIZOFRENIA	GLOBAL	HCI

INFORMACIÓN MENSUAL A SERVICIOS CENTRALES

- 1- Datos del Contrato de Gestión que no pueden explotarse desde SSSC directamente
- 2- INTERCONSULTAS NO PRESENCIALES
- 3- Cuadro de mandos en formato papel

ANEXO II

Centro de Salud Mental Facultativo Ref: Todos				CUADRO DE MANDOS DE ESQUIZOFRENIA				Actual		
Evaluación clínica del paciente		Propio	Centro	Navarra	Resultados			Propio	Centro	Navarra
Pacientes Identificados en Hª CI*		278	278	2.458	%Pacientes con empleo normalizado			0,00%	0,00%	0,33%
% pacientes con Facultativo de Referencia		100,00%	100,00%	100,00%	Continuidad cuidados			Propio	Centro	Navarra
% con evaluación de salud física cardiovasc...		27,34%	27,34%	26,20%	% de los ingresos en UHP desde SM			16,67%	16,67%	14,29%
%pacientes con cuidador identificado		30,22%	30,22%	46,91%	%Pacientes en deshabituación tabaquica			17,27%	17,27%	13,36%
Uso de recursos en los 12 meses previos		Propio	Centro	Navarra	%Pacientes en programa de actividad física			14,03%	14,03%	8,62%
% de pacientes con ingreso UHP		8,63%	8,63%	10,54%	% pacientes en programa control de peso			10,07%	10,07%	7,20%
% con proceso abierto en HD		6,12%	6,12%	3,42%	Intervención/Tratamiento			Propio	Centro	Navarra
% de pacientes en Programas ocupacionales		0,00%	0,00%	0,28%	% pacientes con Plan Tto Individualizado			32,73%	32,73%	26,36%
% pacientes atendidos en AP en el último año		0,36%	0,36%	1,67%	Promedio de Consultas con psiquiatra		5,05	5,05	4,33	
% atendidos en Urgencias psiq.hospital		31,29%	31,29%	30,23%	Promedio de Consultas con psicólogo clínico		0,69	0,69	0,97	
Promedio de Consultas con psiquiatra		5,05	5,05	4,33	Promedio de Consultas con enfermería		6,49	6,49	5,06	
Promedio de Consultas con psicólogo clínico		0,69	0,69	0,97	Promedio de Consultas con Trabajo social		1,87	1,87	1,66	
Promedio de Consultas con enfermería		6,49	6,49	5,06						
Promedio de Consultas con Trabajo social		1,87	1,87	1,66						

70

Vista del Cuadro de Mandos de Esquizofrenia

PANEL DE CONTROL ESQUIZOFRENIA												Especialista Ref: M0838091 --		
												Centro : Centro de Salud Mental Ansoain		
												Fecha de cálculo : 27 de octubre de 2017		
Datos Generales		Efectos Sec.		Otros		Estabilidad			Rehabilitac					
Sexo	Edad	Centro Salud Mental	Perfil Paciente	Diagnóstico	Evaluación de Salud Física	Vivienda	Cuidador	Tutor Legal	Nº Meses Último Ingreso	Días Desde Última Urgencia	Nº Ingresos Últimos 12 Meses	Nº Urgencias Últimos 12 Meses	Programa Rehabilitación Últimos 12 Meses	Programa Ocupación Últimos 12 Meses
H	35	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0			NO			1.160	0	0	0	0
H	38	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F25			NO			0	0	0	0	0
H	51	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0	1	Propio	SI	Pleno derecho			0	0	0	0
H	54	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0	1		NO			1.893	0	0	0	0
M	53	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20	0		NO			1.351	0	0	0	0
M	73	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.5			SI			891	0	0	0	0
M	32	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0		Vivienda de alquiler	NO	Pleno derecho	0	7	1	1	0	1
M	46	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F23	0	Propio	NO			532	0	0	0	0
H	63	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.5	3,5	Patrona subvencionada	NO	Pleno derecho		123	0	1	0	0
M	38	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F25			NO	Pleno derecho		1.431	0	0	0	0
H	37	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F22		Propio	SI	Pleno derecho	18	713	0	0	0	0
H	22	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0		Vivienda de alquiler	NO			111	0	1	0	0
H	43	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0		Familiar	SI	Pleno derecho		126	0	1	1	0
M	52	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F23			NO			0	0	0	0	0
M	38	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20		Propio	SI	Pleno derecho		0	0	0	0	0
H	25	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0		Familiar	NO			745	0	0	0	0
M	36	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.3			NO			0	0	0	0	0
M	62	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F25	2	Propio	NO	Pleno derecho		48	0	6	0	0
M	41	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F25	0		NO			208	0	5	0	0
M	49	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.2	0		NO			133	0	1	0	0
H	69	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F25.0			NO			613	0	0	0	0
M	79	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F28			NO			0	0	0	0	0
H	38	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0			NO			0	0	0	0	0
M	77	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20			NO			913	0	0	0	0
H	62	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F22	3,5		SI			1.429	0	0	0	0
M	71	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F22			NO			0	0	0	0	0
H	51	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20			NO			310	0	1	0	0
M	56	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F29	1		NO			2.119	0	0	0	0
M	44	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F23			SI			0	0	0	0	0
M	42	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F28		Familiar	NO	Pleno derecho	15	95	0	2	0	0
H	51	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0			SI			1.693	0	0	0	0
H	64	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20.0			NO			904	0	0	0	0
H	56	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F29	3,5		NO			0	0	0	0	0
M	46	CSM Ansoain	Esquizofrenia	F20		Familiar	SI	Pleno derecho		1.110	0	0	0	1

Vista del Panel de control de Esquizofrenia

ANEXO III

ACCIONES EN HOST RELACIONADAS CON LA GESTIÓN DE AGENDAS (I)	
CARGA DE AGENDAS (PROGRAMACIÓN)	Exclusivamente desde Unidad de Atención al Paciente y Admisión (Gerencia SM)
CREACIÓN DE NUEVAS AGENDAS	Tipo de agenda Programación de huecos según el tipo de consulta Exclusivamente desde Unidad de Atención al Paciente y Admisión (Gerencia SM)
MODIFICACIÓN DE AGENDAS	
MODIFICACIÓN DE HUECOS EN FUNCIÓN DE NECESIDADES	Número y tipo
INFORMACIÓN DE CITACIÓN Y ASISTENCIAS	
AGENDAS ABIERTAS A AP PROGRAMADAS A 3 Y 6 MESES	Información semanal proporcionada desde SSCC Desde 2017, consulta directa en página web (Información de Gestión) Da información de los huecos ordinarios y preferentes y de la programación a 3 y 6 meses, por CSM
SITUACIÓN AGENDAS ABIERTAS AP EN FECHAS Y EN DÍAS	Información semanal proporcionada desde SSCC Desde 2017, consulta directa en página web (Información de Gestión) Da información de los días o fechas hasta el primer hueco disponible, en cada CSM

Gestión de Agendas

AGENDAS ABIERTAS A ATENCIÓN PRIMARIA PROGRAMADAS A 3 Y 6 MESES

FECHA DE REFERENCIA: 02/10/2017

SALUD MENTAL

Cod.	Especialidad	Nº DE AGENDAS			CON HUECO ORDINARIO		CON HUECO PREFERENTE		PROGRAMADAS A 3 MESES (#)		PROGRAMADAS A 6 MESES (##)	
		TOTAL	ABIERTAS A AP	%	Nº (*)	%	Nº (*)	%	Nº	%sobre ABIERTAS	Nº	%sobre ABIERTAS
		N1	SM SECTOR ANSOAIN	10	4	40%	4	100%	4	100%	4	100%
Q1	SM SECTOR IIB (ERMITAGAÑA)	7	4	57%	4	100%	4	100%	4	100%	3	75%
O1	SM. INFANTO-JUVENIL	20	6	30%	6	100%	6	100%	6	100%	5	83%
R1	SM. SECTOR IA (CASCO VIEJO)	5	3	60%	3	100%	3	100%	3	100%	3	100%

Agendas abiertas a AP

SITUACIÓN AGENDAS ABIERTAS A ATENCIÓN PRIMARIA. (FECHAS)

FECHA DE REFERENCIA: 30/10/2017

SALUD MENTAL

Cod.	Especialidad	Nº DE AGENDAS ABIERTAS A AP			Para primer hueco disponible			Horizonte de agendas programadas	
		TOTAL	Nº CON HUECO ORDINARIO (*)	% CON HUECO	Primera Ordinaria	Primera Preferente	Sucesiva	Menor	Mayor
		N1	SM SECTOR ANSOAIN	5	5	100%	14/11/2017	31/10/2017	
Q1	SM SECTOR IIB (ERMITAGAÑA)	3	3	100%	21/11/2017	15/11/2017		29/06/2018	29/06/2018
O1	SM. INFANTO-JUVENIL	6	6	100%	08/11/2017	06/11/2017		29/12/2017	29/06/2018
R1	SM. SECTOR IA (CASCO VIEJO)	3	3	100%	08/11/2017	02/11/2017		29/06/2018	29/06/2018
P1	SM. SECTOR IB (BURLADA)	4	4	100%	21/11/2017	13/11/2017		29/06/2018	29/06/2018

Situación de agendas

ACCIONES EN HOST RELACIONADAS CON LA GESTIÓN DE AGENDAS (II)

BLOQUEOS DE HUECOS DE AGENDA

Información semanal proporcionada desde SSCC
 Desde 2016, da información acerca de los bloqueos programados en cada agenda de cada CSM, en un horizonte de 30 días

SOLICITUDES DUPLICADAS DE 1ª CONSULTA

Información semanal proporcionada desde SSCC
 Desde 2016, da información de las solicitudes de 1ª consulta duplicadas, para un paciente, en un CSM

ACTIVIDAD POR AGENDA

Nº consultas, tipo de consultas (primarias, revisiones, especiales, no presenciales), absentismo, cancelaciones, tiempos de espera, lista de espera.
 Explotación mediante BIG, Tableau (desde 2015), Base de datos poblacional (desde 2016)

Gestión de Agendas

ANEXO IV

	2012	2013	2014	2015	2016
RECLAMACIONES	46	54	46	70	68
Lista de espera	6	9	6	7	7
Documentación clínica	9	4	4	13	1
Asistencia	11	21	21	27	25
Libre elección	12				
Confidencialidad					9
Trato	1	3	4	10	8
Citación		9	4	4	9
Cambio centro		4			
Otros	7	4	7	9	9
QUEJAS	17	8	5	4	9
Lista de espera	2	3	2		
Trato y asistencia	2	4		4	2
Accesibilidad	1				
Información	2				2
Documentación clínica	2				
Otros	8	1	3		5
DENUNCIAS	10	14	10	11	4
Trato	2			3	2
Lista de espera	2	1	2	3	
Accesibilidad	1				
Información	2		4		1
Libre elección	1	1			
Tratamiento	1	9			
Otros	1	3	4	5	1
OBJECIONES	44	100	120	118	142
Libre elección	40	20	48	40	68
Citación	1		1		
Información	2			7	5
Segunda opinión		6	9	4	16
Personalización		37	37	33	28
Idioma		2	3		
Cambio horario		12	8	15	
Cambio otras causas		12			
Lista de espera				6	1
Otros	1	11	15	13	24

Fuente: Unidad de atención al Paciente y Admisión

	2012	2013	2014	2015	2016
SOLICITUDES	49	48	116	203	323
Cambio de centro	8	1	1	2	5
Documentación	37	47	97	188	223
Anulación/ocultación			18	13	
Informes extra					93
Otros	4				2
SUGERENCIAS		2	2	4	2
Calidad informes		1			
Confort/trato				4	2
Otros		1	2		
AGRADECIMIENTOS		2	1	3	1
Asistencia		2	1	1	1
Otros				2	

Fuente: Unidad de atención al Paciente y Admisión

ANEXO V

Centro	2012	2013	2014	2015	Media	
					2016	cumplimiento objetivos
Ansoain	77,00	79,00	81,00	87,98	85,30	82,06
Burlada	87,80	91,00	92,40	93,92	93,70	91,76
Buztintxuri	84,80	84,00	85,80	87,80	81,30	84,74
Casco Viejo	66,10	75,00	73,50	85,40	81,70	76,34
Ermitagaña	66,80	70,00	67,40	78,13	90,10	74,49
Estella	71,50	77,00	76,10	70,00	83,30	75,58
Milagrosa	70,70	53,00	65,40	72,03	68,90	66,01
San Juan	86,70	74,00	82,40	86,96	90,10	84,03
Tafalla	75,70	77,00	74,20	80,77	82,00	77,93
Tudela	76,10	76,00	74,00	78,10	77,00	76,24
PIC	66,80	0,00	85,00	76,00	90,10	63,58
PEP					100,00	100,00
Subtotal CSM	75,45	75,60	77,93	81,55	85,29	79,17
CSM IJ	94	94,00	93,00	93,50	90,80	93,06
HD IJ	88,8	94,00	90,50	93,70	92,50	91,90
Subtotal A. Infanto-Juvenil	91,4	94,00	91,75	93,60	91,65	92,48
HD I	98,00	98,00	93,03	96,32	94,50	95,97
HD II	83,00	86,20	89,30	91,60	91,50	88,32
HD V	72,50	77,00	76,60	74,00	77,00	75,42
HD Zuría	83,00	84,00	85,55	91,80	91,50	87,17
UTCA	85,20	83,00	85,24			84,48
HD PG		94,68	90,42	92,00	95,00	93,03
Subtotal Recursos Intermedios	84,34	87,15	86,69	89,14	89,90	87,44
UHP A	80,90	80,30	91,00	92,73		86,23
UHP B	94,60	92,80	95,00	94,73		94,28
UHP Adultos					92,00	92,00
UHP IJ					92,00	92,00
UHP V	72,50	77,20	88,00	85,84	87,00	82,11
CR	91,29	90,00	94,00	90,98	93,00	91,85
Subtotal Hospitalización	84,82	85,08	92,00	91,07	91,00	88,79
Unidades Residenciales	96,80	94,60	84,78	84,78	94,00	90,99
Farmacia	88,30	85,00	78,35	91,00	91,00	86,73
Centro Día Psicogeriátrico	96,00					
Puntuación media RSMNa	85,94	87,28	83,68	86,25	88,21	86,27

Evaluación de los PGO por centros

ANEXO VI

Comunidad Autónoma	Andalucía	Aragón	C. de Madrid	C. de Murcia	C. Valenciana	Castilla La Mancha	Castilla León	Cataluña	I. Baleares	I. Canarias	Navarra	País Vasco	Media General
Administrativos	1,83	1,27	0,00	2,71	1,00	1,31	1,88	0,00	2,00	1,85	4,21	3,60	1,81
Auxiliares de enfermería	8,69	23,17	0,03	0,68	10,64	17,74	12,44	12,06	13,83	12,38	16,21	35,41	13,61
Cuantos estan integrados en U.S.M.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	8,88	0,00	0,05	0,00	0,00	0,74
Dip. Enfermería	6,82	8,82	0,08	11,84	6,69	5,90	10,58	8,01	8,92	12,31	10,61	14,56	8,76
Dip. Enfermeros	0,00	1,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	0,85	0,26
Enfermeros	0,00	1,44	0,00	0,00	0,61	1,08	0,74	1,13	0,99	0,00	1,60	1,98	0,80
Enfermeras	6,82	11,56	0,08	11,84	7,30	6,99	11,32	9,14	10,86	12,31	12,21	17,39	9,82
Maestros	0,00	0,11	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,09	0,09	0,16	0,09	0,05
Médicos Generales	0,00	0,00	0,00	0,27	0,67	0,00	0,00	0,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16
Monitores	0,98	1,57	7,07	1,83	1,28	7,81	0,54	1,11	3,53	1,80	0,86	1,31	2,47
Neuropsiquiatras	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00
Otros	1,77	5,84	1,23	5,29	3,09	7,78	1,73	2,81	1,94	2,36	6,39	13,86	4,51
Preparadores Laborales	0,00	1,22	0,31	0,07	0,00	0,00	0,00	0,12	0,00	0,00	1,87	0,00	0,30
Profesionales de Unidades Específicas	0,00	2,09	0,00	0,20	0,00	0,00	0,80	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,30
Psicólogos	0,00	0,17	0,12	0,00	0,14	0,05	0,10	0,28	0,13	0,00	0,31	0,22	0,13
Psicólogos clínicos	3,08	5,28	6,40	6,58	5,04	6,09	3,90	9,02	3,96	5,98	7,53	6,55	5,78
Psiquiatras	5,85	8,75	8,01	10,38	6,23	6,12	7,16	9,28	6,46	7,39	10,12	13,32	8,26
Terapeutas ocupacionales	0,55	2,04	1,06	1,09	0,69	1,84	0,83	1,28	0,99	0,00	1,60	4,40	1,36
Trabajadores Sociales	1,71	3,47	1,05	4,31	1,54	2,49	1,57	4,02	2,16	2,70	4,37	5,13	2,88
Poblacion CCAA 2017	8.403.350	1.315.713	6.506.437	1.474.071	4.932.302	2.034.801	2.423.875	7.453.957	1.160.591	2.164.344	641.345	2.168.254	40.679.040

Resumen por comunidades autónomas (Tasas por 100.000 habitantes)

VIII. GLOSARIO Y ABREVIATURAS

CFC	Comisión de Formación Continuada
CFCS	Comisión de Formación Continuada Sanitaria
CHN	Complejo Hospitalario de Navarra
CR	Clínica de Rehabilitación
CSM	Centros de Salud Mental
CSM-IJ	Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
EIR	Enfermera Interna Residente
ENS	Encuesta Nacional de Salud Española
HCE	Historia Clínica Electrónica
HD	Hospital de Día
HRS	Hospital Reina Sofía
IdiSNA	Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra
INE	Instituto Nacional de Estadística
FC	Formación Continuada
JTA	Junta Técnico Asistencial
LE	Lista de Espera
MIR	Médico Interno Residente
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
PGO	Pacto por Objetivos
PIR	Psicólogo Interno Residente
RSMNa	Red de Salud Mental de Navarra
SM	Salud Mental
SNS-O	Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
UAPA	Unidad de Atención al Paciente y Admisión
UDM	Unidad Docente Multiprofesional
UDM-SMNa	Unidad Docente Salud Mental de Navarra
UHP	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica
ULE	Unidad de Larga Estancia
UME	Unidad de Media Estancia