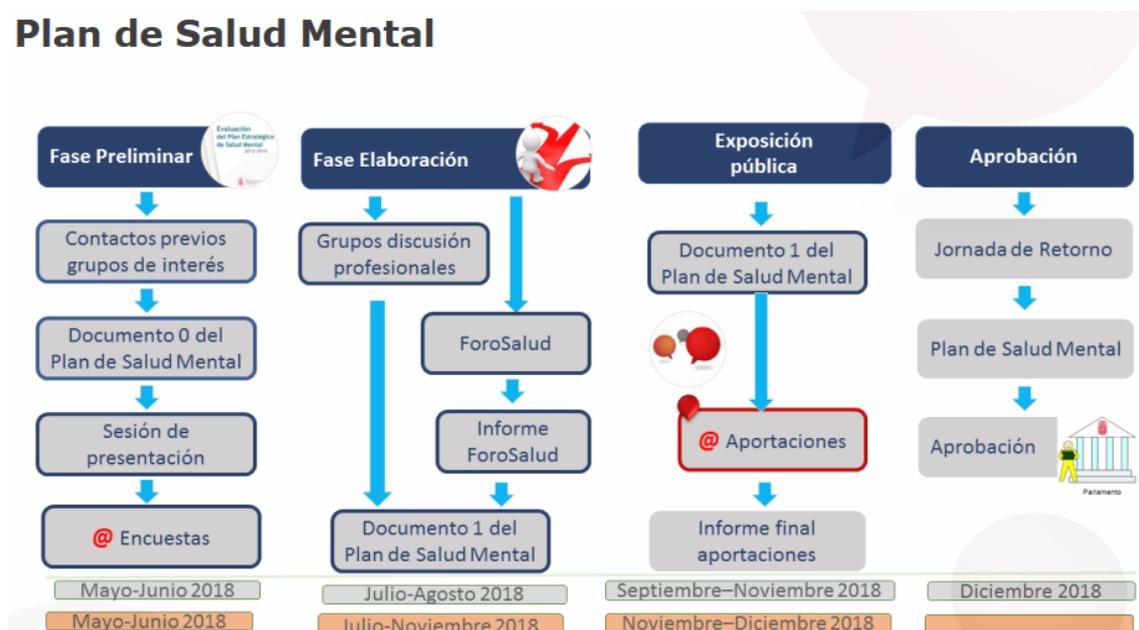


A. APARTADO SOBRE METODOLOGÍA (Pág 17)

Como sugerencia, incluir de manera esquemática una imagen con las fases de elaboración del plan de Salud Mental puede facilitar su comprensión.

Plan de Salud Mental



En cuanto a la participación de los profesionales y de la ciudadanía, se han aportado datos brutos (98 encuestas de profesionales y 119 de ciudadanía). Este dato podría acompañarse de la proporción (%) de participación de profesionales y ciudadanía respectivamente.

Hay una pequeña errata en cuanto a los participantes del panel de reflexores, que estaba también constituido por psiquiatra (pág 17).

La sesión de trabajo se inició con la participación de un panel de reflexores (una persona usuaria, un psicólogo clínico y un familiar de una persona con enfermedad mental), exponiendo su experiencia y planteando propuestas de mejora. Posteriormente se pasó al trabajo en grupos, del que se obtuvieron 141 propuestas de mejora.

Para facilitar el análisis y su posterior implementación, dichas propuestas fueron agrupadas por los organizadores en ocho ámbitos de intervención y

B. APARTADO SALUD MENTAL EN POBLACIÓN GENERAL (Pag. 26)

A modo de reflexión, y teniendo en cuenta que este plan hace referencia tanto a población Navarra adulta como en edad infanto-juvenil, resultaría interesante incluir datos sobre problemas de Salud Mental en ambos grupos poblacionales (población adulta y población infanto-juvenil).

Es este sentido, la figura 5 hace referencia al diagnóstico por profesional sanitario en el año previo a la Encuesta Nacional de Salud de diversos problemas de salud mental (depresión, ansiedad y otros) en población adulta navarra.



FUNCIÓN FAMILIAR

La Tabla 3 recoge la población, clasificada según la valoración media de las relaciones familiares y sociales, según variables sociodemográficas en el año 2010. Como se puede apreciar, la relación con los miembros del hogar se valora como sobresaliente y destacada, positivamente de manera no significativa, con respecto a otros familiares, amistades y compañeros de trabajo.

Tabla 3. Valoración de las relaciones familiares y sociales

Sexo	Edad	CON SOBRESALIENTE		CON DESTACADA		CON REGULAR		CON DEFICIENTE	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Total		83	11,0	427	55,7	212	27,5	83	10,8
Hombres		43	11,0	212	54,0	107	27,0	41	10,4
Mujeres		40	11,0	215	55,7	105	27,0	42	10,8
0-14 años		8	11,0	41	53,3	23	29,7	10	13,0
15-64 años		63	11,0	312	55,7	159	27,0	59	10,8
65 años y más		12	11,0	74	58,3	30	23,3	14	10,8

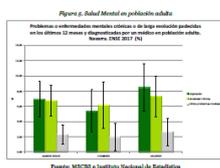
Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

V.2.3. SALUD MENTAL PERCIBIDA

SALUD MENTAL EN POBLACIÓN GENERAL

En la Figura 4, se ve la salud mental percibida de la población de Navarra por sexo. Un 30% de las mujeres refirió no estar ansiosa o deprimida, frente a un 18% de los hombres. Las diferencias por sexo se mantuvieron en todos los niveles, con una peor percepción por parte de las mujeres que los hombres, excepto en el nivel de gravedad superior (muy o extremadamente), en el que las diferencias no son significativas.

1 De cada uno de cuestionario EQ-5D-5L.



De igual manera, el cuestionario dirigido a población infanto-juvenil incluye el diagnóstico por profesional sanitario en el año previo a la encuesta de diversos problemas de salud mental frecuentes en ese subgrupo poblacional (trastornos de conducta, trastornos mentales –depresión, ansiedad- y autismo/tr espectro autista).

C. APARTADO CONSUMO DE DROGAS Y PRÁCTICAS DE JUEGO (Pag. 28)

En los sistemas internacionales de clasificación de las enfermedades, el término de consumo de drogas suele sustituirse por consumo de “sustancias” (incluyendo así las drogas legales, las ilegales, los fármacos...). Adicionalmente, el término de “prácticas de juego” suele sustituirse por “adicciones o juego patológico”. Por ello, podría valorarse la modificación del epígrafe de este apartado por “Consumo de sustancias y otras adicciones”.

La información recogida en dicho apartado hace referencia al III Plan Foral de Drogodependencias y no al II Plan Foral de Drogodependencias tal y como se indica en el pie de página (pag 28). Además del pie de página, y teniendo en cuenta la importancia de la existencia del Plan Foral de Drogodependencias y la importancia de la coordinación interdepartamental –ya expresada en diversos puntos del Plan de Salud Mental-, sería importante señalar en el texto la alineación del Plan de Salud Mental con el III plan Foral de Drogodependencias.

En este sentido, y según consta en el III Plan Foral de Drogodependencias, dicho plan se centra únicamente en la promoción de salud y prevención de las consecuencias derivadas de consumos de drogas y otras conductas con capacidad adictivas mientras que el Plan de Salud Mental debe centrarse en la atención de las personas que ya presentan problemas.

El II PFD 2012 - 2017 se desliga totalmente de la responsabilidad asistencial y se integra en la correspondiente a promoción de salud. No solo ha ido desarrollando estrategias preventivas y de promoción de salud con las acciones del propio plan sino que también ha ido integrando a sus profesionales en dichas estructuras administrativas para facilitar y potenciar su trabajo.

III Plan 2018 - 2023 tiene el reto de adaptarse a los cambios e integrarse del todo en las estrategias de promoción de la salud y salud en todas las políticas y coordinarse con quienes trabajan con los mismos grupos de población otros temas

Por tratarse de un plan centrado únicamente en la promoción de salud y prevención de las consecuencias derivadas de consumos de drogas y otras conductas con capacidad adictivas **no se va a hacer referencia a la atención de las personas que ya presentan problemas** ya que ello se integra en la III Estrategia de Salud Mental que es la estructura asistencial del sistema de salud. Existirá coordinación entre ambas estructuras para que la división de competencias no afecte a las personas que presenten problemas.

Adaptarse a los cambios

El fenómeno de las drogas y adicciones es un fenómeno social, complejo y multifactorial que implica a toda la sociedad y está en permanente evolución.

Este III Plan incorpora al tabaco (antes Plan Foral de prevención del tabaquismo), mantiene la inclusión de las otras sustancias (tabaco, alcohol, cannabis...) y los cambios que las personas desarrollan en las relaciones con ellas, añadiendo una especial atención al uso de psicofármacos, especialmente en mujeres.

Obtenido del III Plan Foral de drogodependencias (Pag 3)

Por ello, y teniendo en cuenta que no toda la población que consume sustancias o que realiza conductas de juego desarrolla trastornos de salud mental, en este apartado conviene, además de la ya realizada descripción de los patrones de consumo, describir la presencia de trastornos por consumo de sustancias y adicciones en población Navarra así como su comorbilidad (principalmente de otras patologías mentales).

D. RECURSOS HUMANOS PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS CON TM EN LA RSMNa (PÁG 45)

La tabla 8 tiene alguna imprecisión en los datos (ej. personal facultativo UME/ULE/UR, ¿0,4? psicólogo en la Gerencia de SM...) y no incluye al personal de Neuropsicología de Ubarmin, Neuropsicología del CCI ni del programa de Daño Cerebral Adquirido en la infancia (actualmente recursos de la RSMNa).

E. APARTADO ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA RSMNa

(Pag. 50-51)

Teniendo en cuenta que el Plan de Salud Mental incluye datos del año 2018 de los programas “más nuevos”, puede resultar de interés actualizar los datos de atención sanitaria en los programas de PEP y seguimiento telefónico de tentativas de suicidio (ej. hasta 1 de diciembre de 2018??).

Además, en el caso del PEP se podría reflejar el cambio de ubicación, la apertura de la derivación al S° de urgencias...

Asimismo, en este mismo apartado cabría señalar el inicio del programa de Psicoterapia grupal en la parte ambulatoria del Centro San Francisco Javier, pudiéndose incluir una breve descripción de la labor asistencial de este recurso.

(Pag.56)

En la tabla 29 se ha establecido un número de interconsultas en el CHN para la población IJ de 0. Sin embargo, desde el CHN se da soporte a población IJ que acude tanto al S° de urgencias como pacientes que están ingresados en planta de Pediatría; por lo que impresiona que ha habido un error en la explotación de los datos. Además, puede resultar de interés explicar que se ha desarrollado dentro de la atención a población IJ en el CHN un programa de daño cerebral adquirido infantil y otras actividades.

Tabla 29. Tasas de referencia por 100.000 habitantes

	Denominación	ALTAS	ALTAS x 100.000 habitantes	Tasa de Hospitalización %	Estancia Media (días)	Indice de Ocupación	Interconsultas
COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)	UHP ADULTOS	833	157,28	0,18	19,7	87	1757
	UHP IJ	38	33,45	0,03	24,9	56,3	0
HOSPITAL REINA SOFIA (HRS)	UHP Tudela	185	193,90	0,19	10,4	58,8	564

Fuente: Registro informático de actividad de consultas y de hospitalización

(Pag.56)

En el texto sobre la ULE se podría hacer una breve explicación de la finalidad del recurso y de las características del mismo (ej. nº plazas, estancia media...) –similar a la que se ha hecho de la UME-.

En la **página 65**, cuando se hace referencia a la transformación de la SM, no se recogen todos los nuevos dispositivos. Si se hace referencia al CSMIJ, también debería recogerse el HDIJ, también la extensión a Tudela, se ha producido la unificación de las unidades, desarrollo de la Terapia grupal...

F. APARTADO SOBRE INTERVENCIONES PRIORIZADAS, OBJETIVOS, LINEAS DE ACCION E INDICADORES (PÁG 74):

1. **Objetivo 2.** Resulta llamativo que en el objetivo se recoja que la Gerencia colabora y que es el ISP quien lo lidera. EL objetivo debería de ser: Desarrollo de acciones de promoción y prevención de la salud mental.
Línea de acción 1: Elaborar un plan de promoción y prevención de la salud mental con el ISPL, y no entrar en estos matices.
Línea de acción 2: Desarrollo de una página web...
2. En la línea estratégica “mejor prevenir que curar” se incluyen 2 objetivos (**objetivos 4 y 7**) sobre la prevención de conductas suicidas. ¿Podría quedar agrupado en un único objetivo?
 - a. El Objetivo número 7 no puede ser en sí mismo una Comisión....Igual habría que valorar modificar la redacción.
 - b. La creación de un registro de casos y suicidios es una acción preventiva???
 - c. Sería interesante también programas de prevención del suicidio en los propios recursos de la red de salud mental,
3. En cuanto al **objetivo 6** ¿realmente es un objetivo mejorar la coordinación con Educación o el objetivo es favorecer la prevención, la promoción y la *detección precoz* de posibles casos de patología mental y para ello es necesario una adecuada coordinación con distintos departamentos? Quizás este objetivo podría sustituirse por:

Objetivo 6. Mejorar las coordinación con Educación para potenciar la promoción, prevención y la detección precoz *de patología mental y facilitar la colaboración interdepartamental.*

Líneas de acción

Realización de acciones formativas con los profesionales diana.

*o Nº de acciones formativas dirigidas al personal sanitario (Atención Primaria) y no sanitario (Derechos sociales, educación, **justicia**, centros con personas de riesgo) sobre la detección y abordaje de personas con posible trastorno mental.*

o % de profesionales que han realizado actividades formativas en la Red de Salud Mental de Navarra.

o % pacientes derivados que proceden de fuera de la Red de Salud Mental de Navarra.

Protocolizar los procedimientos que faciliten la derivación y colaboración de la Red de Salud Mental con Educación, Derechos sociales, Justicia.

o Nº de protocolos definidos.

4. **Objetivo 9:** Detección e intervención precoz en situaciones de riesgo de desprotección en la infancia. A valorar modificar por: Detección e intervención precoz en situaciones de riesgo para la salud mental en la infancia.

Para poder extender a realizar acciones en otras situaciones de riesgo en la infancia: fallecimiento de progenitor, separaciones traumáticas, migraciones, niños víctimas de bullying, etc

5. **Objetivo 10.** Se podría hacer alusión a la Estrategia de Crónicos: mejorar la atención a la salud mental de estos pacientes.

6. **Respecto al objetivo 11 “Completar el despliegue del programa PEP”,** la primera línea de acción incluye la evaluación de la efectividad y resultados en salud. Teniendo en cuenta que se trata de un programa de seguimiento a 2 años, en pacientes habitualmente jóvenes que han sufrido un primer episodio psicóticos es posible que los indicadores de % de pacientes con capacidad legal modificada y % de pacientes con incapacidad laboral permanente (ILP) sean poco sensibles a la hora de valorar resultados en salud en 2 años, ya que estas medidas suelen instaurarse a los años/décadas del debut de a enfermedad. Podría plantearse otras variables como % de recaídas en esos 2 años, % de ingresos, % de pacientes que mantienen actividad laboral (ya que algunos tendrán trabajo, otros estarán en paro y sólo a una minoría se les habrá concedido una ILP a los 2 años del debut de la enfermedad).

7. Sobre el **objetivo 12** cabe hacer una reflexión tanto en el epígrafe del mismo (el objetivo en sí mismo no será mejorar la coordinación con Justicia, sino que eso será una herramienta necesaria para alcanzar el fin último de la atención centrada en el paciente) como en la posibilidad de desdoblar el objetivo en 2 (por un lado el punto de requerimientos judiciales **-A-** y por otro el de las medidas de protección a través de la modificación de la capacidad de obrar **-B-**)

A **Objetivo 12. Mejorar la continuidad asistencial de personas con requerimientos judiciales que padecen Trastorno Mental Grave y Trastorno adictivo**

Líneas de acción

Crear una Comisión formada por la Administración de Justicia, Instituciones Penitenciarias, Derechos Sociales y Salud que garantice la

continuidad asistencial de las personas con requerimientos judiciales que padecen Trastorno Mental Grave y Trastorno Adictivo.

o Circuito de atención sociosanitaria intra y extra penitenciario definido.

B Objetivo xx. Mejorar la atención a las personas con enfermedad mental y medidas de modificación de la capacidad de obrar

La propuesta para introducir este segundo objetivo se basa en que es un subgrupo de la población especialmente vulnerable y que es fácilmente identificable dentro de la red de Salud Mental.

Líneas de acción:

Crear una Comisión de seguimiento con Justicia que incluya al Instituto Navarro de Medicina Legal en relación con personas con trastorno mental y capacidad legal modificada.

Garantizar una adecuada atención sanitaria en personas con enfermedad mental y con medidas de modificación de su capacidad de obrar en aspectos relacionados con la salud:

% de adherencia a consultas en estas personas.

% de adherencia al tratamiento farmacológico en estas personas.

% de adherencia recursos socio-sanitarios en estas personas.

% de estos pacientes que se encuentran a la espera de ser admitidos en un recurso socio-sanitario.

Tratar de potenciar la coordinación con el tutor/Fundación Tutelar (según el caso) para una implementación del plan de tratamiento individualizado del paciente.

8. En cuanto al **objetivo 13**, está muy ligado a los objetivos 2 y 3 y quizás se encuadre mejor en la intervención priorizada de “Personas activas en un sistema de salud proactivo”
9. En lo referente al **objetivo 16**, de forma análoga a una de las líneas de acción descritas en la atención infanto-juvenil, en el objetivo 16 se debe impulsar el modelo de trabajo con Atención Primaria (Incremento en el uso de interconsulta no presencial). Otra cuestión que se puede valorar es la inclusión en la primera línea de acción el siguiente indicador: % de pacientes con Trastorno Mental Común valorados en el Centro de Atención Primaria y en CSM respectivamente.

Objetivo 16. Optimizar la atención a las personas con Trastorno Mental Común.

Líneas de acción

Consensuar con Atención Primaria protocolos de intervención conjunta en personas con Trastorno Mental Común.

- o Documento/guía que recoja protocolos de intervención en Atención Primaria con el Trastorno Mental Común.

Protocolizar e implementar programas de intervención en Trastorno Mental

10. En cuanto a la primera línea de acción del **objetivo 20** y teniendo en cuenta el número de suicidios consumados en Navarra en los últimos años, podría valorarse ampliar el indicador de “*Pacientes fallecidos por suicidio durante la hospitalización en Salud Mental*” a toda la RSMNa “*Pacientes fallecidos por suicidio durante la atención en la Red de Salud Mental*”

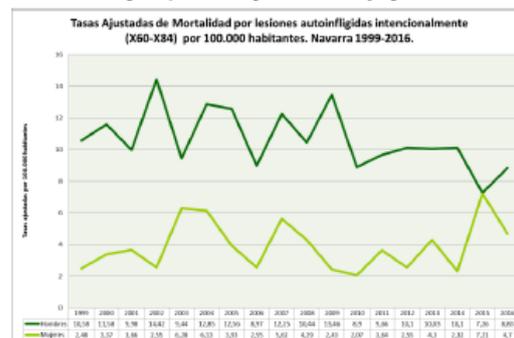
Objetivo 20. Implementar el Plan de Atención a las Conductas Suicidas en la Red de Salud Mental de Navarra.

Líneas de acción

Elaborar un protocolo de atención a la conducta suicida con profesionales de los distintos niveles asistenciales implicados de la Red de Salud Mental de Navarra.

- o *Pacientes fallecidos por suicidio durante la hospitalización en Salud Mental.*

Figura 14. Mortalidad por lesiones autoinfligidas



Fuente: Instituto de Estadística de Navarra

11. **Objetivo 25:** Mejorar la atención en salud mental a los pacientes con patología médica en Atención Especializada *en todas las edades*.

A valorar un cambio en la redacción de la línea de acción: Creación de programas de intervención psicoterapéuticos basados en la evidencia, integrados en el proceso asistencial de determinadas patologías médicas.

12. **Objetivo 27:** Se podría hacer referencia al desarrollo de recursos residenciales para el TMG y la Discapacidad Intelectual con alteraciones de conducta en la **edad infantil**, dado que lo que existe no es suficiente y no se adapta a las necesidades de esta población.

13. **Objetivo 28:** Compartiendo el impulso de la contención mecánica que tienda a 0 es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- a. La Contención mecánica debe tender a 0 en todas las unidades de hospitalización (no solo agudos) así como en los servicios de urgencias y observación hospitalaria.
- b. Debería incluirse el procedimiento de “debriefing” en toda contención mecánica, como herramienta de mejora continua que busque la reducción de las contenciones.
- c. El primer paso será cuantificar cuántas contenciones mecánicas se realizan. A partir de ese dato se podrá establecer una meta concreta y

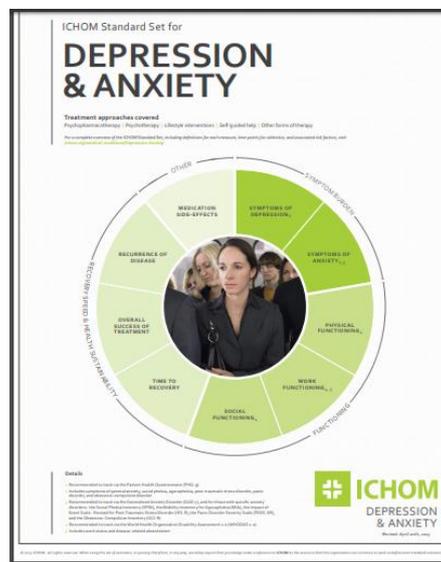
realista para 2023. Se ha establecido una meta del 50%, pero ¿existe un efecto suelo en dicha meta? ¿se van a implementar otras medidas que contribuyan a alcanzar dicha meta?

- d. Plantear diversas acciones que puedan disminuir el número de contenciones mecánicas como son, además de la formación del personal, la presencia de infraestructuras adecuadas (ej. salas de seguridad) y dotación de personal adecuada (número de personal y características/competencias).

14. **Objetivo 30.** Además de los procesos clave de admisión, recepción, diagnóstico...se puede valorar desarrollar procesos según patologías, ya que también puede ayudar a disminuir la variabilidad en la práctica clínica. Por ejemplo: Proceso primer episodio depresivo, Proceso Trastorno de ansiedad generalizado, o Proceso Crisis de Pánico....Si se hace uno de Trastorno Adaptativo consensuado con Primaria en el que se contemple desde el inicio podría contribuir a disminuir la derivación....

15. **Objetivo 32.** Objetivo fundamental. Se deben definir indicadores para cada proceso, que se integren en la HCI/ANDIA, y así poder realizar una evaluación de resultados de acceso a profesionales y pacientes. y que se facilite la cumplimentación de estos indicadores por los profesionales (escalas, etc) debe ser sencilla y así se deje de recoger mucha información en texto libre que no permite su análisis

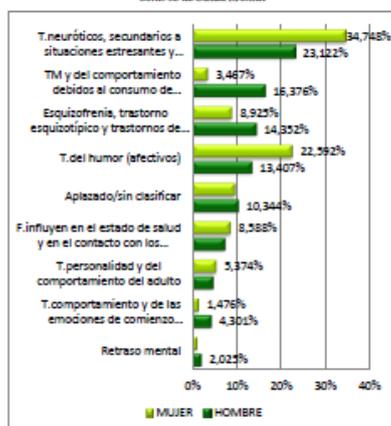
Identificación e incorporación de indicadores de “discapacidad” (valorar modificarlo por funcionalidad) asociados a los Trastornos Mentales. En el estudio que realiza la iniciativa ICHOM sobre nuevos indicadores, recoge indicadores de funcionalidad, en el caso de la depresión y la ansiedad.



G. CUESTIONES DE FORMATO

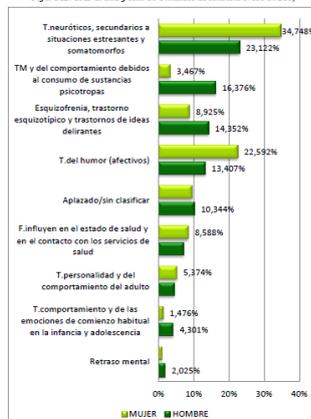
A) En las figuras 11 y 12 algunas de las barras carecen del valor numérico de %

Figura 11. Distribución por diagnósticos y sexo de los pacientes atendidos en Centros de Salud Mental



Fuente: Historia Clínica Informatizada. Ficha de registro de salud mental 2017

Figura 12. GRD al año y sexo en Unidades de estancia breve en 2017



Fuente: Conjunto Mínimo Básico de Datos 2017

35

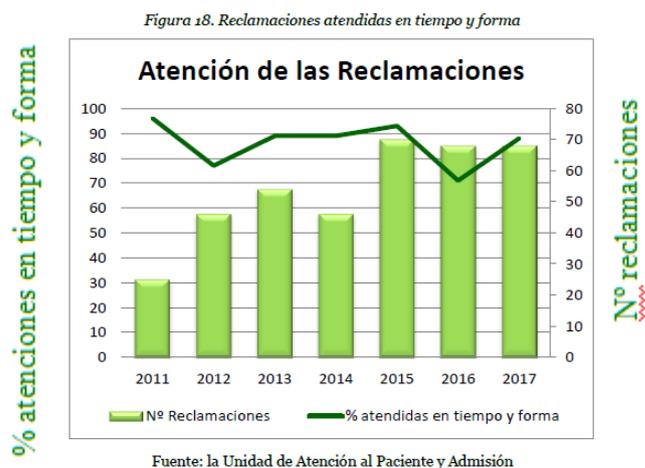
B) Hay una pequeña errata. Donde pone hospitalización PACIAL debería poner PARCIAL

Tabla 8. Recursos humanos de la Red de Salud Mental de Navarra

	PSIQUIATRA	PSICÓLOGO	ENFERMERA	ENFERMERA SM	APARTADO SÁBADA / JUEVES Y DOMINGO	TRABAJO SOCIAL	AUXIL CLÍNICA/CELEBRADORES	TERAPIUTA	OCUPACIONAL	AUXILIAR/ ADMINISTRATIVO	EDUCADOR	OTROS GASTATIVOS	SERVICIOS GENERALES	SERVICIOS CENTRALES
ÁREA AMBULATORIOS Y CSM														
CSM														
IA Casco Viejo	3,0	1,0	2,0				1,0			2,0				
IB Burlada	4,0	2,0	1,0	1,0										
IC Buzintauri	3,0	2,0	1,0	1,0										
ID Ansoain	4,0	2,0	2,0	1,0			1,0							
IIA Millagrosa	3,4	2,0	1,0	1,0										
IIB Ermitageña	3,0	2,0	1,0	1,0										
IIC San Juan	3,6	2,1	2,0				1,0							
III Estella	3,0	2,0	2,0											
IV Tafalla	2,0	1,4	1,0				1,0							
V Tudela	5,0	2,5	2,0				1,0	1,0						
P. Primeros Episodios	2,0	3,0		2,0			1,0		1,0					
SURTOTAL	36,0	22,0	13,0	8,0		11,0	2,0	1,0	2,0	1,0	2,0			
ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL														
CSMI Pamplona	6,75	9,25	2,75			1,50			3,50					
HDI Pamplona	0,25	1,00	1,00			1,50	1,00	1,00	0,50	1,00				
CSMI Tudela		1,70												
SURTOTAL	7,00	11,95	3,75			3,00	1,00	1,00	4,00	1,00				
HOSPITALIZACIÓN PACIAL														
HD I	6,0	1,0	2,0			1,0	1,5	1,0	1,0					
HD II	2,0	1,0	2,0			2,0	3,0	2,0	1,0					
HD V	0,5	0,5	1,0								1,0			
HD-T. Adictivos		2,0	1,0			1,0			1,0	2,0	1,0			
HD-Pharmacológico	1,0	2,0	2,0			0,5	5,0	3,0	1,0	1,0				
SURTOTAL	4,5	6,5	8,0			4,5	9,5	6,0	4,0	3,0				
ÁREA HOSPITALIZACIÓN SALUD MENTAL														
U. Media Estancia	1,5	0,5	8,5			1	16	1	1					
U. Larga Estancia	2,0	1,0	6,5			1,0	1,0	9,5	1,0	0,0				
U. Rehabilitación	2,0	3,0	7,0	1,0	1,0	1,5	16,0	2,0	1,0	1,0				
SURTOTAL	5,5	4,5	22,0	1,0	2,0	3,5	43,5	4,0	2,0	1,0				
HOSPITALIZACIÓN BREVE/CORRA ESTANCIA														
SECCION A	6,0	1,0	7,0	2,0	1,0	1,0	18,0	1,0	1,0					
SECCION B (y UHPU)	7,0	1,0	7,5	2,0	1,0	1,0	20,0	1,0	1,0					
TUDELA	1,5	0,0	4,5		0,5		7,7		1,0					
SURTOTAL	14,5	2,0	19,0	4,0	2,5	2,0	45,7	2,0	3,0					
UNIDADES RESIDENCIALES														
U. Residenciales	0,5	0,5	10,5			4,0	1,0	70,0	1,5	2,0		1,0	16,0	
SURTOTAL	0,5	0,5	10,5			4,0	1,0	70,0	1,5	2,0		1,0	16,0	
SECCION DE FARMACIA														
Farmacia			1,00				8,00		2,00		2,00			
SURTOTAL			1,00				8,00		2,00		2,00			
GERENCIA SM														
Gerencia SM	2,0	0,4	1,0	1,0										
Adminy/ Dirección	2,0	0,4	1,0	1,0										24
SURTOTAL	4,0	0,8	2,0	2,0										24,0
TOTAL	70,0	47,0	78,5	14,0	8,5	25,0	177,0	13,5	37,0	3,0	2,0	16,0	16,0	24,0

Fuente: Elaboración propia

C) la figura Figura 18 carece de rótulos en las series del eje Y:



D) En este plan se utiliza el término RAEM en múltiples ocasiones. Si bien es cierto que estas siglas en su creación significaron Residencia Asistida para Enfermos Mentales en la actualidad, y dejándolo ya reflejado en el texto de este Plan de SM, puede resultar más adecuado sustituirlo por Residencia Asistida para personas con Enfermedad Mental.

E) la Tabla 36, si no se disponen datos de los años 2011 y 2012, habría que valorar no recogerlo en la tabla.