



PLAN DE SALUD MENTAL DE ASTURIAS 2023-2030

El editor final de este documento es la Consejería de Salud del Principado de Asturias. Las propuestas expuestas reflejan las aportaciones de profesionales, entidades, asociaciones y personas particulares, así como las realizadas por el grupo de trabajo creado ad hoc, compuesto por profesionales de la Unidad de Coordinación de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias y de la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud. El texto final, no refleja necesariamente las opiniones de todas las personas participantes en el complejo proceso de redacción.

Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030

No hay salud sin salud mental; la salud mental debe de ser vista como una parte indivisible de la salud pública. Ésta es la primera conclusión de informe redactado en el año 2000 por el Centro Nacional de Investigación y Desarrollo para el Bienestar y la Salud de Finlandia, a petición de la Comisión Europea¹, sobre los principales elementos de acción sobre la salud mental desde la salud pública.

Conseguir el mejor estado de salud mental de la población es un objetivo para todas las personas que depende un poco de todas; de nuestra cohesión social, de nuestro apoyo mutuo, de nuestra actitud colectiva ante los problemas de salud mental, de cómo nos tratamos a nosotros mismos y entre nosotros, de cómo construimos nuestras relaciones en el entorno familiar, en el trabajo, en el colegio, en el barrio, de lo que aprendemos y de lo que enseñamos, de la forma en que damos forma a nuestro entorno urbano, de los servicios salud mental que ponemos en marcha....

Implica no solo disponer de recursos de tratamiento para las personas con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial, sino antes que eso, promover la salud mental en todos los ámbitos y con todas las herramientas posibles y, seguidamente, prevenir la aparición del malestar actuando sobre los factores de riesgo para reducir o eliminar su efecto, y sobre los de protección, para incrementarlo.

Si la salud se construye de forma colectiva, la salud mental de cada persona depende del modo en que damos forma a nuestra sociedad, y el Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030 se construye desde esos principios y con ese objetivo, por eso es un plan de salud mental de todas y para todas.

¹ <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/75893/public2.pdf?sequence=1>

Índice

| | |
|--|------------|
| 1. INTRODUCCIÓN | 5 |
| 2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES. | 8 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 9 |
| 4. MODELOS DE ACTUACIÓN | 10 |
| 5. PLAN DE TRABAJO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2023-2030 | 16 |
| 6. LA RED DE SALUD MENTAL EN ASTURIAS | 17 |
| 7. LAS ÁREAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2023-2030..... | 22 |
| 8. DESARROLLO DE LAS ÁREAS ESTRATÉGICAS | 24 |
| AREA ESTRATÉGICA 1: Equidad y salud mental en todas las políticas. Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana | 25 |
| AREA ESTRATÉGICA 2: Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes..... | 29 |
| AREA ESTRATÉGICA 3: Garantizar un adecuado espacio sociosanitario público. ... | 38 |
| 9. INDICADORES DE EVALUACIÓN..... | 73 |
| 10. PRESUPUESTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL | 118 |
| 11. PRIORIDADES | 119 |
| 12. GLOSARIO | 120 |
| 13. BIBLIOGRAFÍA..... | 123 |
| 14. ANEXOS..... | 131 |
| ANEXO 1: RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN 2015-2020 | 132 |
| ANEXO 2: PRINCIPALES CONCLUSIONES TRAS EL PROCESO PARTICIPATIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL..... | 142 |
| ANEXO 3: LA SALUD MENTAL EN ASTURIAS | 154 |
| A. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE SALUD MENTAL | 154 |
| B. MORBILIDAD ATENDIDA EN LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL..... | 182 |
| C. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA RED PÚBLICA DE SALUD..... | 184 |
| ANEXO 4. MARCO ÉTICO Y NORMATIVO..... | 187 |
| ANEXO 5: RECURSOS HUMANOS..... | 197 |
| ANEXO 6: INFRAESTRUCTURAS | 202 |

1. INTRODUCCIÓN

El Plan de Salud Mental de Asturias 2015-2020, reconocía la salud mental como un objetivo estratégico para la Consejería de Salud y el Servicio de Salud del Principado de Asturias, estableciendo como prioridad el impulso a las actividades relacionadas con la promoción, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación y reinserción social, siempre garantizando los derechos de las personas con discapacidad psicosocial. Una vez finalizada su vigencia, se hace necesario redactar un nuevo Plan de Salud Mental, que sirva como marco de referencia para las estrategias, programas y acciones orientadas a mejorar la salud mental de la población asturiana.

El nuevo Plan de Salud Mental 2023-2030 se sitúa en un continuo y se enmarca dentro de un contexto.

El continuo viene establecido por los planes de salud mental anteriores, especialmente por el mencionado Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015–2020.

El contexto queda definido por los planes y estrategias vigentes a nivel estatal y autonómico, asumiendo el marco teórico y las directrices establecidas por el Plan de Salud de Asturias 2019–2030 y por la Estrategia Nacional de Salud Mental 2022-2026. Asimismo, se alimenta de la Evaluación del Plan de Salud Mental 2015-2020 (Anexo 1), y de las conclusiones del Análisis de Situación de la Salud Mental en Asturias (Anexo 3), definida por los determinantes sociales, los datos epidemiológicos y asistenciales.

En nuestro país, según los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017², un 10,76% de las personas de 15 y más años refirió haber sido diagnosticada de algún problema de salud mental, siendo esta proporción mayor en las mujeres (14,15%) que en los hombres (7,19%).

Según esta misma encuesta, en Asturias la prevalencia de los trastornos mentales es incluso mayor, pues el 18,68% de la población de 15 o más años refiere haber sido diagnosticada de un trastorno mental. También en nuestra comunidad la prevalencia es sensiblemente superior en mujeres (24,17%) que en varones (12,61%).

Por su parte, el Informe del Ministerio de Sanidad (diciembre 2020) sobre prevalencia de problemas de salud mental y consumo de psicofármacos elaborado a partir de los registros clínicos de Atención Primaria³, indica que el 27,4% de la población española presenta un problema de salud mental (30,2% mujeres y 24,4% hombres); en nuestra Comunidad Autónoma la prevalencia se eleva al 38,9%. Este mismo informe afirma que el 34,3% de las mujeres y el 17,8% de los hombres mayores de 39 años han retirado al

² <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

³ https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/SIAP/Salud_mental_datos.pdf

menos un envase de antidepresivo, ansiolítico o hipnótico/sedante durante el año de estudio.

Los problemas de salud mental suponen una importante carga como enfermedad, superando la de los accidentes cerebrovasculares y del resto de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer o el Alzheimer. La depresión es el primer problema de salud en cuanto a repercusión en la calidad de vida (Encuesta de Salud para Asturias, 2017⁴). Las intervenciones en salud mental no sólo mejoran el desarrollo de las personas, sino que disminuyen los costes económicos y sociales.

El impacto del brote de la COVID-19 en la población general ha tenido repercusiones complejas al interactuar con otras condiciones y determinantes de la salud como la cronicidad, el sedentarismo, la obesidad, la edad avanzada, la soledad, el aumento del desempleo y las desigualdades sociales en salud (Ministerio de Sanidad 2020). En términos generales, ha provocado un impacto negativo en la salud. Si se compara la salud antes y durante la pandemia en España, el 8,4% de la población declara tener una peor salud física y el 5,5%, peor salud mental (Castellví Obiols, et al, 2021⁵).

La depresión ha aumentado del 6% al 9% entre la población general; la ansiedad, del 11,6% al 18%, y los pensamientos de muerte, del 23% al 28,5%. Además, desde el inicio de la pandemia el 42% de la población ha sufrido problemas de sueño y el 38,7% se ha sentido cansada o sin energías. Se han prescrito más del doble de psicofármacos que antes, sobre todo ansiolíticos, antidepresivos e inductores del sueño. (Ministerio de Sanidad 2020).

Quien ha tenido síntomas relacionados con la COVID-19 o ha dado positivo, presenta muchos más problemas de salud mental. También se han visto más afectadas las personas con problemas de salud física y las que trabajan en el ámbito sanitario. Otros estudios realizados en países como Dinamarca⁶ y el Reino Unido⁷, coinciden en señalar el empeoramiento de la salud mental de la población general, especialmente entre la juventud y las mujeres.

Los efectos de la pandemia sobre la salud mental no son nuevos ni sorprendentes, ya que otro tipo de crisis sistémicas tuvieron consecuencias similares. Entre 2006 y 2011,

⁴ <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/iv-encuesta-de-salud-para-asturias-esa-2017>

⁵ CASTELLVÍ OBIOLS, Pere et al. *Impacto de la covid-19 en la salud física y mental de la población adulta española*. Fundación la Caixa, Observatorio Social. 2021. <https://elobservatoriosocial.fundacionlacaixa.org/-/impacto-de-la-covid-19-en-la-salud-fisica-y-mental-de-la-poblacion-adulta-espanola>

⁶ Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr.* 2020 Aug; 32(4):226-228. doi: 10.1017/neu.2020.15. Epub 2020 Apr 22. PMID: 32319879; PMCID: PMC7176490.

⁷ Pierce M, Hope H, Ford T, Hatch S, Hotopf M, John A, Kontopantelis E, Webb R, Wessely S, McManus S, Abel KM. Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability simple survey of the UK population. *Lancet Psychiatry.* 2020 Oct; 7 (10):883-892. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30308-4. Epub 2020 Jul 21. PMID: 32707037; PMCID: PMC7373389.

cada vez que la tasa de desempleo en la construcción aumentaba 10 puntos porcentuales, los problemas de salud mental relacionados por las personas que se habían quedado en paro aumentaban alrededor de 3 puntos porcentuales⁸.

Pero quizá las características diferenciales de la Pandemia por COVID-19, en que además de los problemas económicos y laborales, se han vivido experiencias de aislamiento, soledad, limitaciones en la movilidad, miedo al contagio, duelo por la pérdida de seres queridos, interrupciones en el acceso a los recursos educativos, sociales, sanitarios, etc., han supuesto que, más que en otras crisis, los servicios de Salud Mental se hayan visto sometidos a un importante incremento de la demanda asistencial.

Lo que tampoco se había producido con anterioridad ha sido que la salud mental se ha situado en el centro del debate sobre la salud y la agenda política. Éste debate ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar la salud mental desde políticas transversales de salud pública, trabajando no solo desde el ámbito asistencial, sino también desarrollando actuaciones para promover el bienestar y prevenir la aparición de problemas de salud mental, resaltando la importancia de trabajar desde múltiples ámbitos de actuación y con agentes habitualmente ajenos al sector sanitario, como el comunitario, el educativo, el empleo, el urbanismo, la arquitectura o los servicios sociales, afianzando redes sólidas de colaboración que generen sinergias para que estas políticas sean factibles y aplicables en la práctica⁹.

A éste respecto, el Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, marco de planificación en el que se sitúa este Plan de Salud Mental 2023-2030, destaca, citando a la Ley 22/2011 de 4 de octubre, General de Salud Pública, que, aunque “los servicios sanitarios resultan imprescindibles para dar respuesta a los problemas de salud de la colectividad”, no es el dispositivo asistencial el principal condicionante de nuestro nivel de salud, ya que la salud se gana y se pierde en otros terrenos, incluso antes del nacimiento, allí donde se producen exposiciones a distintos factores que condicionan la salud futura, acumulándose desde el nacimiento experiencias vitales positivas o negativas que perfilan la salud, en nuestro caso, la salud mental.

⁸ Farré, Lúdia & Fasani, Francesco & Mueller, Hannes. (2018). Feeling useless: the effect of unemployment on mental health in the Great Recession. *IZA Journal of Labor Economics*. 7. 10.1186/s40172-018-0068-5.

⁹ Ross C. Brownson, Thomas A. Burke, Graham A. Colditz, and Jonathan M. Samet, 2020: [Reimagining Public Health in the Aftermath of a Pandemic](https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305861). *American Journal of Public Health* 110, 1605_1610, <https://doi.org/10.2105/AJPH.2020.305861>

2. MISIÓN, VISIÓN Y VALORES.

Misión

Establecer áreas de actuación, objetivos y recomendaciones orientados a la mejora de la salud mental de la población, al aumento de la resiliencia individual y colectiva ante los problemas de salud mental, y a la promoción de un modelo de atención integral y comunitaria que favorezca la recuperación y la inclusión social, reduciendo así los riesgos y el estigma asociados a estos problemas.

Visión

Ser el elemento de referencia para la mejora de la salud mental de la sociedad asturiana, estableciendo la necesidad de afrontarla aguas arriba, desde la promoción, pasando por la prevención y llegando a la atención, como una labor transversal involucrando a todos aquellos ámbitos o sectores en los que la salud mental está en juego: la salud, los servicios sociales, la educación, el trabajo, la justicia, el medio ambiente, el urbanismo y la vivienda, los medios de comunicación; siempre con el principio de equidad y el enfoque de género. Y con la firme intención de contribuir a erradicar las prácticas e ideologías que limitan el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial en condiciones de igualdad.

Valores

- Libertad
- Justicia
- Discriminación positiva
- Solidaridad
- Firmeza
- Generosidad
- Fortaleza

3. MARCO TEÓRICO

Las principales teorías en las que se basa el Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, y que se trasladan a este Plan de Salud Mental 2023-2030, son las siguientes:

- Teoría de las condiciones sociales como causas fundamentales de las desigualdades en salud (Link & Phelan¹⁰).
- Modelo ecológico de promoción de la salud; salud/bienestar en todas las políticas, de la Organización Mundial de Salud.
- Modelo de determinantes y resultados en salud. Modelo salutogénico y de activos para la salud.
- Modelo de resiliencia de los sistemas (Popay et al).
- Participación y acción comunitaria.
- Sistemas de gobernanza local en salud.
- Modelos integrados de cuidados centrados en el paciente y en la comunidad y con base en Atención Primaria.
- Atención sanitaria pública y universal a la problemática de salud mental
- Modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.

¹⁰ Phelan JC, Link BG, Tehranifar P. Social conditions as fundamental causes of health inequalities: theory, evidence, and policy implications. *J HealthSocBehav.* 2010; 51 Suppl: S28-40. doi: 10.1177/0022146510383498. PMID: 20943581.

4. MODELOS DE ACTUACIÓN

El Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030 se configura en torno a cuatro grandes modelos de actuación;

- el de los determinantes sociales de la salud mental,
- el de la promoción y protección de la misma,
- el de la protección de los derechos humanos,
- el que define la atención y tratamiento de los problemas de salud mental, reconociendo la centralidad de las personas con discapacidad psicosocial, con actuaciones dirigidas a fomentar su autonomía e integración plena en la sociedad.

Determinantes sociales de la salud mental

El Plan de Salud Mental, en paralelo al Plan de Salud de Asturias 2019-2030, reconoce como propio el modelo de los determinantes sociales de la salud, que muestra que la salud y el bienestar de las personas dependen de las condiciones sociales, económicas, laborales, políticas, educativas, culturales, ambientales, geográficas y sanitarias del lugar donde se vive.

Como dimensión de la salud, la mental está determinada por las condiciones de vida de las personas y los contextos en los que viven. La Unión Europea, siguiendo las recomendaciones que establece la Declaración de Helsinki sobre Salud Mental (2005), las resoluciones del Consejo de la Unión Europea, las recomendaciones del Consejo de Europa y las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud, reconoce la **relación que existe entre los problemas de salud mental y la marginación social, el desempleo, o los trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias**, e insiste en la importancia de **tener en cuenta y tomar medidas sobre todos los posibles factores que determinan la mala salud mental** en los diferentes niveles de actuación que definen nuestro medio; nacional, regional, local y del entorno próximo (individual y familiar).

En todos ellos se deben de tomar decisiones adecuadas para la promoción de la salud mental de la población, la prevención orientada a los riesgos, y la atención a los problemas de salud mental.

Son condicionantes de la salud mental a nivel nacional los relacionados con el conjunto de normas y recursos que combaten la desigualdad, la pobreza y la exclusión social, los que regulan el mercado de trabajo, el uso y la comercialización de sustancias y/o conductas potencialmente adictivas; y la red de recursos asistenciales que atienden los problemas de salud mental, tanto en Atención Primaria como Especializada.

Algunas de estas normas y recursos alcanzan también los niveles autonómico y local, de acuerdo con el ámbito de competencias propio de cada nivel administrativo. En estos dos niveles de actuación, son identificables factores determinantes de la salud mental relacionados con la estructura demográfica, los valores culturales, el empleo, la seguridad ciudadana, la cohesión, la desigualdad social y la pobreza, la accesibilidad a los recursos educativos, culturales, de ocio y tiempo libre, o las condiciones medioambientales y urbanísticas del entorno.

En el nivel más próximo se sitúan el contexto familiar, de amistades y vecindad, donde se identifican factores de protección/riesgo para la salud mental, como pueden ser el nivel educativo, los ingresos económicos, las condiciones de habitabilidad de la vivienda, la calidad de la convivencia, la red de relaciones sociales, los hábitos de conducta, la actividad física, la presencia o no de conductas adictivas o la atención sanitaria disponible.

Otros factores como el entorno rural o urbano, la condición de inmigrante, los conflictos o desastres sociales, también son relevantes para la salud mental de las personas. Y por supuesto el género como elemento transversal a todos ellos.

Siendo conscientes de la importancia de los factores relacionados con el nivel más próximo, es clave la visión de conjunto que tiene que ver con todos los niveles de actuación.

Para hacer realidad el valor de la equidad, cobra especial importancia la coordinación intersectorial, para avanzar hacia la Salud y Equidad en Todas las Políticas.

Promoción y protección de la salud mental

La Unión Europea y las resoluciones de la Organización Mundial de la Salud reconocen el papel fundamental de la **promoción de la salud mental**, definida por ésta última como: “aquellas acciones que crean entornos y condiciones de vida que propician la salud mental y permiten a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables.”

En consecuencia, aconseja que los Estados reconozcan los **factores determinantes de la salud mental**, y que, desde una perspectiva amplia, incorporen a las políticas y programas de los sectores en los que se identifican estos determinantes, la promoción de la salud mental.

El modelo de activos en salud trata de completar las propuestas de los modelos preventivos o reactivos, con otras basadas en un modelo proactivo orientado a potenciar la capacidad de las personas y las comunidades para desarrollarse saludablemente. Este modelo ha sido adoptado por el Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.

De acuerdo con este modelo, las acciones de promoción de la salud y el bienestar de la población se llevan a cabo dentro de las **estrategias intersectoriales de salud pública**, en las que lo individual y lo social deben ser una suma consistente.

Para la Organización Mundial de la Salud, la promoción y protección de la salud mental se llevan a cabo a través de actuaciones diversas en un amplio abanico de ámbitos y grupos de edad:

- En la primera infancia, favoreciendo la creación de entornos estables, atendiendo las necesidades de salud y nutrición, proporcionando estímulos, apoyo emocional, oportunidades de aprendizaje e interacciones sensibles.
- En la etapa infantil y juvenil, con programas y recursos de desarrollo y ocio alternativo.
- En las mujeres, con actuaciones que fomenten su autonomía laboral y en el ámbito de los cuidados.
- En la edad avanzada, con iniciativas para mejorar su red de relaciones sociales y con centros comunitarios y de día.
- En grupos vulnerables, solventando sus necesidades básicas de vivienda, alimentación, sanidad, educación.
- En la escuela, mediante actividades de promoción de la autoestima, la prevención del acoso o la gestión adecuada de las redes sociales.
- En el trabajo, mediante actuaciones de prevención del estrés, el acoso y el abuso.
- En la vivienda, facilitando el acceso, o mejorando la habitabilidad.
- En el consumo de sustancias adictivas, mediante la reducción de su disponibilidad.
- En el ámbito comunitario, mediante actuaciones de colaboración ciudadana y desarrollo rural.
- En el ámbito de la pobreza, mediante medidas encaminadas a su reducción.
- Para las personas con trastornos mentales, legislando y llevando a cabo campañas contra su discriminación, la promoción de sus derechos y oportunidades.

Protección de los derechos humanos

Así mismo, el Plan de Salud Mental 2023-2030 hace suyo el **modelo social de discapacidad basado en los derechos humanos**, sustentado en los valores de dignidad, igualdad, y autonomía, en consonancia con la Convención de Derechos de Personas con Discapacidad de la ONU.

Diversos organismos nacionales e internacionales señalan la necesidad de garantizar a las personas con discapacidad psicossocial protección de los derechos humanos y el ejercicio de la ciudadanía en condiciones de igualdad.

Para ello, es necesario que las leyes y políticas nacionales y autonómicas estén en consonancia con un modelo de discapacidad basado en los derechos humanos y que no refuercen percepciones negativas de las personas con discapacidad psicossocial o barreras en el ejercicio de sus derechos.

Debe garantizarse también su participación plena en todos los asuntos que les conciernen, incluida la formulación de políticas y leyes públicas.

Siguiendo las recomendaciones, debe promoverse la formación a profesionales de diversos ámbitos (educación, justicia, sanidad, entre otros) y la sensibilización pública que contribuya a erradicar estereotipos negativos asociados a las personas con discapacidad psicossocial.

El pleno respeto a los derechos ha de garantizarse, también, en los servicios sanitarios, mediante un modelo de atención que desarrolle estrategias explícitas para proteger a las personas con discapacidad psicossocial contra posibles acciones discriminatorias o coercitivas.

Finalmente, para el ejercicio del derecho a vivir de forma independiente con una participación comunitaria plena, es necesario impulsar políticas y actuaciones destinadas a garantizar el acceso a la vivienda y al empleo, mediante la implicación de todas las administraciones públicas competentes.

Atención a los problemas de salud mental

El Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030 aborda la atención y tratamiento de los problemas de salud mental dentro de la atención sanitaria pública del Servicio de Salud (SESPA) y según el modelo de Atención Comunitaria en Salud Mental.

Por una parte, los Servicios de Salud Mental, integrados en el sistema sanitario público, hacen suyos los principios que rigen la atención sanitaria en Asturias:

- Cobertura universal y equidad.
- Eficiencia y sostenibilidad.
- Accesibilidad.

- Ordenación territorial y descentralización.
- Calidad y evaluación continua.
- Funcionamiento en red, mediante una estructura coordinada bajo la dependencia funcional de la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental.
- Modelo organizativo de Gestión Clínica.
- Formación, docencia e investigación como herramientas para mejorar de la cualificación y la práctica profesional.

Por otra parte, se compromete con los principios del modelo de Atención Comunitaria y con los recogidos en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

- Abordaje de los problemas de salud mental haciendo uso de los recursos comunitarios, para asegurar que las personas reciban cuidados y apoyo en su propio entorno.
- Visión bio-psico-social y abordaje multidisciplinar de la problemática de salud mental, lo que implica que profesionales con distinta formación y cualificación participen en la actividad asistencial, aportando de forma complementaria sus conocimientos y habilidades.
- Búsqueda de unos servicios de atención respetuosos con los derechos humanos y libres de coerción.
- Atención individualizada y centrada en la persona, que promueva su autonomía, mediante la toma de decisiones compartida y el ajuste de las intervenciones y los entornos terapéuticos en función de sus características, necesidades y deseos.
- La recuperación como objetivo último, entendida como un proceso único e individual, en la que la persona ocupa un rol protagonista.
- Continuidad asistencial y de cuidados. Proporcionando, a aquellas personas que lo necesiten, atención, cuidados y apoyo a largo plazo (continuidad longitudinal) y de forma coherente entre los servicios que componen la Red de Salud Mental (continuidad transversal).

- Coordinación, corresponsabilidad y continuidad con otros recursos y agencias comunitarias para proporcionar una atención integral.
- Participación efectiva de la persona con discapacidad psicosocial y sus familiares en la planificación, desarrollo y evaluación de los Servicios.
- Enfoque de género, que hace imprescindible tener en cuenta las diferentes situaciones y necesidades de mujeres y hombres en la planificación y prestación de servicios.
- Reconocimiento expreso de grupos o situaciones de especial vulnerabilidad, ante los que puede ser preciso desplegar medidas específicas de protección y atención sanitaria.

5. PLAN DE TRABAJO Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2023-2030

El Plan de Salud Mental 2023-2030 se ha realizado en varias fases, contando con la participación de personas expertas, profesionales y equipos directivos sanitarios, así como personal técnico municipal, representantes de Consejos de Salud o Mesas Intersectoriales, asociaciones, y ciudadanía.

Para su elaboración, se creó un grupo de trabajo formado por la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental (Servicio de Salud del Principado de Asturias) y la Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Salud.

Dentro de la dinámica de participación ciudadana, en una primera fase (agosto a septiembre de 2021) se llevó a cabo una recogida de información entre profesionales del Servicio de Salud, colegios profesionales, sociedades científicas, entidades del tercer sector, personas usuarias de la Red de Salud Mental y movimiento asociativo, mediante un cuestionario con dos preguntas básicas, que permitieron establecer unas líneas básicas de trabajo con el fin de facilitar las fases posteriores.

En una fase posterior, el 14 de diciembre de 2021 se llevó a cabo una Jornada de Participación Comunitaria en torno a propuestas de actuación, originalmente diseñada para su desarrollo de forma presencial utilizando la tecnología Open Space. La evolución de los indicadores de la pandemia por COVID-19 obligaron en el último momento a reconvertir la jornada en formato on-line, pese a lo cual, se consiguió un nivel de implicación y participación de agentes y sectores sociales interesados en la salud mental de la población importante.

Esto permitió obtener una gran cantidad de información que el grupo de trabajo pudo utilizar para dar contenido al primer borrador del Plan de Salud Mental 2023-2030, que se sometió a discusión y participación pública durante los meses de mayo y junio de 2022.

Los resultados del proceso participativo se detallan en el Anexo 2.

6. LA RED DE SALUD MENTAL EN ASTURIAS

La atención sanitaria a los problemas de salud mental se realiza a través de una red de centros especializados integrados en el Sistema Sanitario Público y distribuidos por toda la geografía de Asturias. Esta red se estructura, dentro de la Áreas Sanitarias del mapa de salud del Principado de Asturias, en Áreas de Gestión Clínica (AGC), dotadas de los recursos asistenciales específicos para atender los problemas de salud mental de su población.

Aunque hay variaciones en la dotación profesional de los diferentes dispositivos, en los recursos de la Red de Salud Mental trabajan profesionales de la psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social, terapia ocupacional, personal técnico en cuidados auxiliares de enfermería y personal administrativo.

A continuación se describen los diferentes servicios y sus funciones:

Centro de Salud Mental (CSM). Atienden los problemas de salud mental de la población derivados, principalmente, desde Atención Primaria, constituyendo el eje del Servicio de Salud Mental. Sus funciones principales son: la evaluación y tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico) de los problemas de salud mental de la población de su zona de influencia, la intervención comunitaria, la atención domiciliaria para personas con trastorno mental grave, la atención a las urgencias (en su horario de apertura), la coordinación con el resto de dispositivos de Salud Mental, el apoyo y coordinación con Atención Primaria, la atención a las interconsultas cuando no existe equipo específico, y la coordinación con los servicios socio-comunitarios de su territorio (Educación, Servicios Sociales, Justicia, principalmente)

Unidad de Hospitalización Psiquiátrica (UHP). Es el dispositivo hospitalario para tratamiento en régimen de ingreso de corta duración, ubicado en hospitales generales. La hospitalización se indica para el tratamiento de procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de procedimientos diagnósticos o tratamientos que requieran mayor intensidad de atención y supervisión. Se accede por derivación desde el resto de dispositivos de la Red de Salud Mental o a través de los Servicios de Urgencias hospitalarios. Además, el hospital donde se ubican dispone de atención a las urgencias de salud mental dentro de su Servicio de Atención a Urgencias.

Servicio de Interconsulta y Enlace. La interconsulta se ocupan de atender las necesidades de salud mental de personas hospitalizadas a petición de otros servicios médico – quirúrgicos. Los Servicios de Enlace (áreas IV y V) desarrollan actividades de atención, asesoramiento y colaboración sistemática con otros servicios médicos.

Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil. Son unidades específicas para la evaluación y tratamiento de los problemas de salud mental de la infancia y adolescencia. Desarrollan, tanto atención clínica directa, como programas de enlace y apoyo a otros dispositivos sanitarios, educativos y sociales.

Programa de Atención a Trastornos Mentales Graves en Infancia y Adolescencia. (Área V). Ofrece atención intensiva a medio plazo (máximo de dos años) a la población infanto-juvenil con trastorno mental grave. Se trata de una intervención multidisciplinar, flexible y multiagencial, desarrollando parte del trabajo en coordinación con el medio.

Hospital de Día Infanto-Juvenil. (HD-IJ) Es el dispositivo asistencial específico para el tratamiento ambulatorio intensivo de trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia. Para el desarrollo de las actividades terapéuticas dispone de personal propio, y el apoyo de profesionales del sistema educativo.

Unidad de Hospitalización Breve Infanto-Juvenil, de ámbito regional. Se crea como un dispositivo asistencial específico para el tratamiento intensivo de adolescentes que precisan hospitalización completa.

Hospital de Día (HD): Dispositivo de atención intensiva en régimen de hospitalización parcial para personas con trastorno mental grave. Ofrece tratamiento en régimen de día para aquellos casos que requieren un programa terapéutico de mayor intensidad y capacidad de contención que el que puede realizarse desde el Centro de Salud Mental.

Comunidad Terapéutica (CT): Cronológicamente es el primer dispositivo creado para el tratamiento y la rehabilitación psicosocial de personas con trastorno mental grave que requieren una intervención intensiva (24 horas) a medio o largo plazo. En ella se realizan tratamientos farmacológicos, psicoterapéuticos y rehabilitadores que pueden ser individuales, familiares o grupales.

Centro de Tratamiento Integral-CTI: Dispositivo sanitario para el tratamiento integral de las personas con trastorno mental grave, en régimen extrahospitalario y con cobertura 24 horas. Permite el ingreso de cuadros clínicos subagudos, cuyo tratamiento es susceptible de realizarse en régimen abierto.

Equipo de Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC). Desarrolla una atención proactiva y en el entorno, para prevenir hospitalizaciones, asegurar la continuidad del tratamiento y evitar la desvinculación de los servicios de personas con trastorno mental grave.

Unidad Residencial. Centro de larga estancia, destinado a dar cobertura a las necesidades sociosanitarias de personas con trastorno mental grave de larga evolución.

Viviendas supervisadas. (Concertadas con otras entidades): orientadas a la rehabilitación y reinserción social de personas con trastorno mental grave, mediante intervenciones que fomenten su autonomía, den soporte y apoyen la convivencia.

Hospital de Día para Trastornos de la Conducta Alimentaria (HD-TCA). Ofrece atención intensiva y continuada a personas con cuadros de trastornos de la conducta alimentaria graves. Se desarrollan intervenciones farmacológicas, psicoterapéuticas y orientadas a cuidados de la salud.

Hospitalización en el Servicio de Endocrinología en Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Para trastornos de alimentación que requieren un ingreso con atención y supervisión durante las 24 horas.

Unidades de Tratamiento de Adicciones. Es el dispositivo de referencia para el tratamiento ambulatorio de los trastornos adictivos. En ellas se desarrollan los programas de desintoxicación y deshabituación ambulatoria de tóxicos, programas de mantenimiento, de prevención, disminución del riesgo y educación para la salud, tratamiento de otras psicopatologías asociadas a la toxicomanía, intervención en adicciones sin sustancia, coordinación con recursos socio-comunitarios, etc. Se accede por derivación desde el centro de Salud Mental.

Unidad de Desintoxicación Hospitalaria (UDH). Dispositivo de atención continuada en régimen de hospitalización 24 horas para la desintoxicación de sustancias adictivas.

Programa de Atención Psicosocial a la Mujer. Para la atención a problemas de salud mental consecuencia del maltrato por razón de género. En las áreas centrales hay psicólogas clínicas con dedicación exclusiva a este programa, mientras que en el resto de áreas existen profesionales de referencia para la atención a estas mujeres.

Unidad de Trastornos de la Identidad de Género del Principado de Asturias (UTIGPA) Avilés. De referencia para Asturias, presta atención a personas con problemas de salud mental relacionados con la identidad de género.

RECURSOS ESTRUCTURALES (Distribución Territorial)

| | Distribución por Área Sanitaria | | | | | | | | |
|---|---------------------------------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|
| | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
| Atención Adultos | | | | | | | | | |
| Centros de Salud Mental Adultos | 1 | 1 | 2 | 5 | 4 | 1 | 1 | 1 | 16 |
| Unidades Hospitalización Psiquiátrica (UHP) | - | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 1 | 5 |
| Nº camas | - | - | 16 | 24 | 26 | - | 16 | 14 | 96 |
| Programa Salud Mental de Enlace | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 2 |
| Programa Psicología Clínica en Atención Primaria. Nº profesionales | - | - | 2 | 4 | 3 | - | - | - | 9 |
| Atención Infantil y Juvenil | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
| CSM (Infanto-Juvenil) | - | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | | 4 |
| Programa Trastorno Mental Grave en la Infancia (Ambulatorio) | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 |
| Unidad Hospitalización Psiquiátrica Adolescentes HUCA (Referencia Regional). Nº camas | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| | | | | 5 | | | | | 5 |
| Hospital de Día Infanto-Juvenil | | | | 1 | | | | | 1 |
| Atención Trastorno Mental Grave | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
| Comunidad Terapéutica | - | - | 1 | 1 | 1 | 1 | - | - | 4 |
| Camas CT | | | 18 | 21 | 15 | 16 | | | 70 |
| Hospital de Día | 1 | - | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 |
| Centro de Tratamiento Integral | 1 | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 3 |
| Camas CTI | 12 | | | 22 | 21 | | | | 55 |
| Equipo Tratamiento Asertivo Comunitario (ETAC) | - | - | 1 | 1 | - | - | - | - | 2 |
| Equipo de Intervención en Crisis(EIC) | | | 1 | | | | | | 1 |
| Unidad Residencial | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 2 |
| Camas UR | | | | 26 | | | | 8 | 34 |
| Alojamiento Tutelado/Supervisado Áreas con Pisos | 1 | - | 3 | 5 | 18 | - | 1 | 1 | 29 |
| Nº Plazas | 4 | - | 9 | 15 | 49 | | 3 | 3 | 83 |

| Atención Trastorno Conducta Alimentaria | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
|--|----------|-----------|------------|-----------|----------|-----------|------------|-------------|--------------|
| Unidad de Hospitalización. Servicio de Endocrinología HUCA (Ref. Reg.) | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Camas | | | | 4 | | | | | 4 |
| Hospital de Día TCA | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 2 |
| Atención a Trastornos Adictivos | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
| Unidades de Tratamiento Adicciones | - | - | 1 | 1 | 1 | - | 1 | - | 4 |
| Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (Ref. Reg.) | - | - | - | 1 | - | - | - | - | 1 |
| Dispensación Autobús | - | - | - | 0 | 1 | - | - | 0 | 1 |
| Comunidades Terapéuticas Adicciones Concertadas | - | - | - | - | - | - | - | - | 3 |
| Atención Psicosocial a la Mujer | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | Total |
| Profesionales dedicación exclusiva | - | - | 1 | 1 | 1 | - | - | - | 3 |
| UTIGPA (Referencia Regional) | - | - | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| Atención Penitenciaria | | | | | | | | | |
| Nº Profesionales atención CP de Asturias | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | 2 |

7. LAS ÁREAS ESTRATÉGICAS DEL PLAN DE SALUD MENTAL 2023-2030

El Plan de Salud Mental 2023-2030 se organiza en torno a las mismas tres áreas estratégicas que el Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, dentro de las que se enmarcan los objetivos y acciones a desarrollar.

Para garantizar la participación de todas las personas y ámbitos implicados en la salud mental, se propone la constitución de diversos grupos de trabajo multidisciplinares e intersectoriales que serán los que, en base a las orientaciones generales de este Plan, concreten los contenidos de muchas de las acciones propuestas.

Para el desarrollo operativo, se crearán agendas bianuales entre la Consejería de Salud (Dirección General de Salud Pública) y el Servicio de Salud (Unidad de Coordinación de Salud Mental), de cara a establecer prioridades y concretar los recursos necesarios para la puesta en marcha de las acciones recogidas en este Plan.

Área Estratégica 1: Equidad y salud mental en todas las políticas. Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana.

- ✓ Objetivo General 1.1. Incorporar la salud mental como objetivo a implementar en todas las políticas, garantizando la perspectiva de equidad.
- ✓ Objetivo General 1.2. Potenciar los espacios de gobernanza y participación ciudadana en materia de salud mental, incorporándola como un elemento clave de la salud de la comunidad.
- ✓ Objetivo General 1.3. Fomentar la conciencia de cuerdisimo, la prevención del estigma y garantizar los derechos y el buen trato de las personas con discapacidad psicosocial y/o problemas de salud mental.
- ✓ Objetivo General 1.4. Disminuir las muertes y los intentos de suicidio mediante la promoción de la salud, la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida a través de una Agenda Única que coordine las actuaciones de los distintos ámbitos institucionales.

Área Estratégica 2: Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes.

- ✓ Objetivo General 2.1. Promover la salud mental y el bienestar emocional de toda la población y de grupos específicos, en todas las etapas de la vida.
- ✓ Objetivo General 2.2. Prevenir la incidencia del trastorno mental en la población general y en grupos de riesgo.
- ✓ Objetivo General 2.3. Generar entornos que favorezcan buenas condiciones de vida para que las personas puedan tener una mejor salud mental.
- ✓ Objetivo General 2.4. Visibilizar y reducir el impacto que las condiciones de empleo y trabajo tienen sobre la calidad de vida y su influencia sobre la salud mental.
- ✓ Objetivo General 2.5. Disminuir la incidencia de la conducta suicida en Asturias.

Área Estratégica 3: Garantizar un adecuado espacio sociosanitario público.

- ✓ Objetivo General 3.1. Promover el modelo de asistencia basado en la atención centrada en la persona y el respeto a sus derechos, la atención e intervención familiar y la recuperación en el ámbito comunitario.
- ✓ Objetivo General 3.2. Desarrollar modelos de corresponsabilidad en todos los ámbitos que trabajen con personas con discapacidad psicosocial, implementando la transversalidad en todas sus acciones.
- ✓ Objetivo General 3.3. Adecuar la gestión del conocimiento a las líneas estratégicas definidas en este plan como instrumento fundamental para la seguridad, calidad, eficiencia y efectividad de los servicios de la Red de Salud Mental, potenciando la formación, docencia e investigación.
- ✓ Objetivo General 3.4. Mejorar los recursos organizacionales, materiales y humanos de la Red de Salud Mental.
- ✓ Objetivo General 3.5. Atender a problemas de salud mental de la población infanto-juvenil.
- ✓ Objetivo General 3.6. Atender los problemas de salud mental de la población adulta.

8. DESARROLLO DE LAS ÁREAS ESTRATÉGICAS

AREA ESTRATÉGICA 1: Equidad y salud mental en todas las políticas. Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana

OBJETIVO GENERAL 1.1: Incorporar la salud mental como eje transversal de todas las políticas, garantizando la perspectiva de equidad.

No hay salud sin salud mental, por ello, todas las actuaciones e iniciativas normativas y de planificación implementadas desde la administración del Principado de Asturias relacionadas con los determinantes sociales de la salud deben de incorporar la salud mental como una dimensión clave a tener en cuenta.

ACCIÓN 1.1.1. Incorporando la **salud mental** como un objetivo específico dentro de los **desarrollos normativos, estrategias, planes y programas** con efecto en los determinantes sociales de la salud que se promuevan desde cualquier organismo público.

ACCIÓN 1.1.2. Incorporando la salud mental en la **Comisión Directora del Plan de Salud**, de modo que este tema esté expresamente representado a la hora de establecer prioridades para el Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.

ACCIÓN 1.1.3. Incorporando la salud mental como un tema específico dentro de la Comisión de Salud y Equidad en todas las Políticas, a través de la creación de los **grupos de análisis intersectorial** establecidos en el Plan de Salud.

ACCIÓN 1.1.4. Desarrollando, dentro del **Plan Sociosanitario del Principado de Asturias**, nuevas actuaciones para las personas con discapacidad psicosocial, especialmente con trastorno mental grave y menores.

ACCIÓN 1.1.5. Redactando un nuevo **Plan sobre el Consumo de Sustancias y Conductas Adictivas del Principado de Asturias**, que desarrolle acciones preventivas y de promoción de la salud, y medidas para la atención integral y la incorporación social efectiva de las personas con conductas adictivas.

ACCIÓN 1.1.6. Incorporando la salud mental en los **Planes y Estrategias de Atención Primaria** (Estrategia de la Atención Primaria y Comunitaria, Plan Personal Jerárquico de la Atención Sanitaria a la infancia y a la adolescencia del Principado de Asturias, entre otras), incluyendo mecanismos de coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria para trabajar en salud comunitaria, promoción de la salud y prevención.

ACCIÓN 1.1.7. Redactando una **Estrategia de Bienestar Emocional en Asturias**, con especial incidencia en infancia, adolescencia y juventud.

OBJETIVO GENERAL 1.2: Potenciar los espacios de gobernanza y participación ciudadana en materia de salud mental, incorporándola como un elemento clave de la salud de la comunidad.

Se plantea la necesidad de alcanzar un compromiso interinstitucional que impulse la acción entre los diferentes departamentos del Gobierno del Principado de Asturias y las administraciones locales, dirigidas a hacer que el bienestar y la salud mental sean metas del conjunto de las políticas públicas.

ACCIÓN 1.2.1. Creando la **Comisión Autónoma de Salud Mental**, como organismo responsable del seguimiento del grado de cumplimiento de este Plan y facultado para el estudio de nuevas propuestas relacionadas con la mejora de la salud mental, y con aquellas otras funciones que se determinen en su reglamentación.

ACCIÓN 1.2.2. Creando el **Foro de Salud Mental** como espacio de participación, concienciación, debate y discusión. Estará constituido por el movimiento asociativo y otros colectivos con interés en la salud mental. Tendrá entre sus objetivos sensibilizar a los agentes sociales sobre las necesidades de las personas con discapacidad psicosocial, promover acciones en favor de la eliminación de las barreras para su participación plena y efectiva, la concienciación del cuerdismo y la prevención del estigma, y otros que sean de interés para los integrantes de este Foro.

ACCIÓN 1.2.3: Constituyendo el **Consejo Asesor en Materia de Drogodependencias del Principado de Asturias** (Decreto 79/2006, de 29 de junio), como órgano colegiado de carácter consultivo, con el objeto de promover la participación de las Administraciones Públicas y de los grupos sociales y profesionales relacionados con la prevención, asistencia e integración social de drogodependientes.

ACCIÓN 1.2.4. Creando una **Agenda de coordinación bienal** común entre la Dirección General de Salud Pública y la Unidad de Coordinación de Salud Mental del SESPA, para la comunicación y cooperación efectivas en todas aquellas materias relacionadas con la salud mental, incluyendo el establecimiento de prioridades para la puesta en marcha de las acciones recogidas en este Plan.

ACCIÓN 1.2.5. Contando con una **previsión presupuestaria bienal** que garantice la puesta en marcha de las actuaciones descritas en este Plan, y estableciendo mecanismos de seguimiento de gastos y costes en Salud Mental.

ACCIÓN 1.2.6. Incorporando la salud mental como uno de los ejes de actuación básico de los **mecanismos de gobernanza local en salud** (Consejos de Salud de Zona y de Área).

OBJETIVO GENERAL 1.3: Fomentar la conciencia de cuerdisimo, la prevención del estigma y garantizar los derechos y el buen trato de las personas con discapacidad psicosocial y/o problemas de salud mental.

El estigma repercute negativamente en la vida de las personas, relacionándose con mayor estrés, morbilidad psiquiátrica, problemas interpersonales y retraso o negativa a la búsqueda de tratamiento. Además se convierte en una barrera para el ejercicio de sus derechos, añadiendo sufrimiento y repercutiendo negativamente en aspectos como la participación e integración social, el acceso a la educación, vivienda o empleo.

Cuando el estigma se interioriza las expectativas negativas de los demás se convierten en propias, dando lugar al autoestigma. De ahí la importancia de luchar contra estos estereotipos y, aún más, de hacernos conscientes de la existencia de actitudes e ideologías que presuponen la superioridad de los pensamientos, practicas y experiencias de las personas cuerdas sobre los de las personas con diagnósticos de salud mental.

ACCIÓN 1.3.1.Impulsando **iniciativas y acciones** orientadas a cambiar la visión de la sociedad sobre la salud mental, el cuerdisimo y el estigma, pasando del eje de enfermedad al eje de posibilidades. Se incluyen aquí actuaciones de sensibilización para colectivos clave (personas con discapacidad psicosocial, familiares, ámbito educativo, ámbito judicial y del derecho, fuerzas y cuerpos de seguridad, medios de comunicación, etc.), campañas mediáticas dirigidas a la sociedad en general, o la celebración a nivel autonómico del día 10 de octubre, del Día Mundial de la Salud Mental.

ACCIÓN 1.3.2.Realizando, en colaboración con los distintos organismos con competencias en **materia de empleo**, acciones de sensibilización que promuevan la incorporación al mercado laboral de las personas con trastorno mental, en condiciones inclusivas y no estigmatizantes.

ACCIÓN 1.3.3.Incluyendo **actuaciones antiestigma en el ámbito educativo**, en el marco de la Estrategia de Bienestar Emocional o en cualquier otra iniciativa, normativa o plan que se desarrolle, contemplando acciones para el alumnado, personal docente y familias.

ACCIÓN 1.3.4.Elaborando por parte del **Observatorio de Salud** de Asturias, en colaboración con el Observatorio de Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias, un **informe anual** que recoja la situación respecto a estigma, derechos y buen trato hacia personas con discapacidad psicosocial, tratamiento informativo en medios de comunicación y redes sociales, y otros temas de interés.

OBJETIVO GENERAL 1.4: Disminuir las muertes y los intentos de suicidio mediante la promoción de la salud, la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida a través de una Agenda Única que coordine las actuaciones de los distintos ámbitos institucionales.

Se pretende reducir la incidencia, la prevalencia y el impacto de la conducta suicida, desde un enfoque de Salud Pública, encuadrado dentro de la Estrategia Nacional de Salud Mental, en el subsiguiente Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 y del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030.

ACCIÓN 1.4.1. Creando un grupo de trabajo multiprofesional e intersectorial para la elaboración de la **Agenda Única**.

ACCIÓN 1.4.2. Realizando y **difundiendo informes epidemiológicos** detallados sobre la conducta suicida con una periodicidad anual.

ACCIÓN 1.4.3. Incorporando la **prevención del suicidio** como eje transversal en todos los **planes, estrategias o programas de salud** o aquellos promovidos por cualquier organismo público con incidencia directa en la conducta suicida.

ACCIÓN 1.4.4. Incorporando la prevención del suicidio a las **líneas prioritarias de ayudas** a la investigación desde las instituciones públicas.

ACCIÓN 1.4.5. Llevando a cabo actuaciones de **educación para la salud** con el objetivo de reducir el comportamiento suicida entre los **grupos prioritarios**: personas adultas jóvenes y mayores en función del género, personas con discapacidad psicosocial de todas las edades, personas con problemas de adicciones, población infanto-juvenil, personas en situación de duelo, personas en instituciones penitenciarias y otras en situación de vulnerabilidad.

ACCIÓN 1.4.6. Desarrollando **acciones formativas periódicas** para profesionales y colectivos clave sanitarios y no sanitarios, implicados en la prevención, detección, abordaje y seguimiento de la conducta suicida.

AREA ESTRATÉGICA 2: Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes

OBJETIVO GENERAL 2.1: Promover la salud mental y el bienestar de toda la población y de grupos específicos, en todas las etapas de la vida.

Objetivo Específico 2.1.1: Implementar actuaciones de promoción de la salud mental dirigidas a la población general.

Fortalecer los factores protectores y potenciar los activos en salud, en todos los niveles y ámbitos, constituye el primer nivel de actuación para potenciar y mantener la salud mental y el bienestar de las personas.

ACCIÓN 2.1.1.1.Elaborando un **Cuaderno** para trabajar la **promoción de la salud mental en el ámbito local**, desde los principios de la participación, la acción y el intercambio comunitarios, como herramienta de trabajo que oriente la acción de promoción de la salud mental a nivel local.

ACCIÓN 2.1.1.2.Continuando con la **promoción de la salud mental** como un criterio de actuación dentro de la **convocatoria anual de subvenciones** del Principado de Asturias a entidades locales para el desarrollo de planes y/o programas de promoción de la salud y el bienestar de la comunidad.

ACCIÓN 2.1.1.3. Potenciando la **educación familiar** como una actuación prioritaria dentro de la **convocatoria anual de subvenciones** del Principado de Asturias a entidades locales planes y/o programas de promoción de la salud y el bienestar de la comunidad.

ACCIÓN 2.1.1.4. Promoviendo la incorporación de los municipios asturianos a la **Red Española de Ciudades Saludables** como vía de acceso a las subvenciones anuales para que realicen actuaciones estratégicas, innovadoras y de calidad en promoción de la salud mental en las líneas estratégicas del programa de ciudades saludables y de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (EPSP).

ACCIÓN 2.1.1.5. Desarrollando acciones de prevención y promoción de la salud mental, dirigidas a profesorado, familias y alumnado, dentro de la **Estrategia de Bienestar Emocional de Asturias**, trabajando los factores protectores de la salud mental y el bienestar, en las diferentes etapas de desarrollo.

ACCIÓN 2.1.1.6. Promoviendo la **red asturiana de Escuelas para la Salud** (Resolución de 25 de septiembre de 2018, de la Consejería de Educación y Cultura) promovida por el Ministerio de Educación en consonancia con la Red de Escuelas para la salud Europea (SHE), con objetivo de hacer de las escuelas promotoras de salud y de la salud escolar una parte más integrada en las políticas que se desarrollan entre los sectores educativo y sanitario.

ACCIÓN 2.1.1.7. Redactando, difundiendo e implementando una **Guía de Promoción de la Salud en el ámbito deportivo** que destine especial atención a salud y el bienestar mental, para su incorporación como contenidos formativos dirigidos a las escuelas y clubs deportivos de Asturias.

Objetivo específico 2.1.2: Implementar actuaciones de promoción de la salud mental dirigidas a colectivos específicos

La promoción y mantenimiento de salud mental son prioritarias en colectivos especialmente sensibles. Así, fortalecer los factores protectores y potenciar los activos en salud entre las personas adultas mayores, las personas cuidadoras, minorías étnicas y personas solas, entre otras, merecen una atención específica.

ACCIÓN 2.1.2.1. Abriendo una línea de investigación sobre los principales factores de riesgo, problemas de salud mental y necesidades en las **minorías étnicas** de la población de Asturias; con la finalidad de aportar recomendaciones para la toma de decisiones sobre medidas de promoción de la salud mental, prevención y atención.

ACCIÓN 2.1.2.2. Apoyando las medidas recogidas en la **Estrategia Asturiana de Envejecimiento Activo –ESTRENA-**, en particular aquellas relacionadas con el bienestar y la salud mental.

ACCIÓN 2.1.2.3. Desarrollando propuestas de apoyo a la conciliación y contra la exclusión social de las **familias monoparentales** encabezadas por mujeres, en todos los desarrollos normativos y de planificación.

ACCIÓN 2.1.2.4. Identificando **buenas prácticas** en el ámbito local en actuaciones de **apoyo a la soledad no deseada** y su trasposición a la realidad asturiana.

ACCIÓN 2.1.2.5. Identificando **buenas prácticas** en el ámbito local dirigidas a **mujeres de entornos rurales** y su trasposición a la realidad asturiana.

ACCIÓN 2.1.2.6. Identificando **buenas prácticas dirigidas a reducir y/o eliminar el número de personas sin hogar** y su trasposición a la realidad asturiana.

OBJETIVO GENERAL 2.2: Prevenir la incidencia del trastorno mental en la población general y en grupos de riesgo.

La prevención ante la aparición del malestar y de los problemas de salud mental está íntimamente ligada con la promoción de la salud y se orienta a modificar o reducir el impacto de los factores de riesgo, tanto individuales como colectivos y a fortalecer los de protección, actuando como barrera.

ACCIÓN 2.2.1. Evaluando el proceso y resultado del *Protocolo de actuación para la detección temprana del acoso, ciberacoso o abuso en el ámbito educativo.*

ACCIÓN 2.2.2. Incorporando la salud mental en las fases 0 y 1 de desarrollo comunitario recogido en la *Guía para Trabajar en Salud Comunitaria en Asturias*, dentro de las actividades de los grupos Locales de Participación Comunitaria en Salud, de forma específica para **grupos vulnerables** como personas mayores, personas solas, población inmigrante, minorías étnicas, familias monoparentales (especialmente las encabezadas por mujeres), etc.

ACCIÓN 2.2.3. Continuando con la implementación de actuaciones y programas de **prevención del consumo de sustancias y de otras conductas adictivas** en el ámbito comunitario, escolar, familiar y de ocio y tiempo libre, con especial atención a los de prevención selectiva, a través de los Planes Municipales de Promoción de la Salud.

ACCIÓN 2.2.4. Estableciendo un protocolo para detectar, prevenir y abordar problemas de salud mental en menores, especialmente si están en **situaciones de especial vulnerabilidad** (aislamiento social, abusos, maltrato, violencia de género, familias con consumo de sustancias, etc.), dentro de la Estrategia de Promoción del Bienestar Emocional.

ACCIÓN 2.2.5. Diseñando actuaciones coordinadas entre Atención Primaria, Salud Mental y los Servicios Sociales para el seguimiento y apoyo a **familias en las que haya algún miembro con trastorno mental grave y/o adicciones**, especialmente si ejerce funciones importantes en la crianza, para favorecer el desarrollo evolutivo de sus hijo/as, las relaciones de apego y las habilidades de comunicación, mejorando así el bienestar y previniendo posibles trastornos mentales.

OBJETIVO GENERAL 2.3: Generar entornos que favorezcan buenas condiciones de vida para que las personas puedan tener una mejor salud mental.

Las personas desarrollamos nuestra actividad vital en contextos diversos: familiar, grupal, educativo, de ocio y tiempo libre, laboral, comunitario, etc. La presencia de activos en salud, ayuda a construir una sociedad en la que todos los entornos se orientan a conseguir el mejor estado de salud posible en cada etapa de la vida, y reduce los factores de riesgo sobre los que las personas no pueden intervenir, pues dependen de la acción de agencias, instituciones, y organizaciones públicas y privadas no sanitarias.

Objetivo específico 2.3.1: Dotar de herramientas de intervención en el ámbito comunitario, para que las personas puedan vivir en entornos salutogénicos desde la perspectiva de la salud mental.

El entorno comunitario es quizás el nivel más accesible y también más sensible a las actuaciones para construir espacios salutogénicos. Para ello es importante contar con herramientas de detección de riesgos que nos permitan actuar para reducir o eliminar su impacto.

ACCIÓN 2.3.1.1. Desarrollando una **metodología** para la elaboración de **Mapas de Riesgo Comunitario en Salud Mental**, con especial atención a la dicotomía rural/urbano.

ACCIÓN 2.3.1.2. Apoyando la elaboración, por las entidades locales, de **Mapas Locales de Riesgo para la Salud Mental** en sus territorios.

ACCIÓN 2.3.1.3. Promoviendo, a través de los Planes Locales de Empleo, **programas comunitarios de apoyo y ayuda** a personas afectadas por factores de riesgo para la salud mental como la edad, soledad, situación laboral, monoparentalidad, enfermedad crónica, entre otros.

Objetivo específico 2.3.2: Crear y mejorar el espacio físico desde una perspectiva salutogénica, con actuaciones dirigidas a la población general y a colectivos específicos.

El medio ambiente urbano tiene un indudable impacto en el bienestar y la salud mental de las personas, pudiendo convertirse en un activo para la salud, promotor y protector de la salud mental, o en un factor de riesgo. Diseñar, construir y edificar espacios, recursos y viviendas teniendo en cuenta su potencial impacto en la salud de las personas, es un criterio que nos ayuda a construir entornos saludables en los que vivir, convivir y trabajar.

ACCIÓN 2.3.2.1. Implementando la **Evaluación de Impacto en Salud (EIS)** como herramienta que garantice la incorporación de la salud mental, en todas las actuaciones sobre la construcción de espacios físicos, a nivel de plan, programa o proyecto, impulsados desde el ámbito público o privado.

ACCIÓN 2.3.2.2. Redactando un **Cuaderno de recomendaciones** sobre buenas prácticas relacionadas con la **arquitectura y el urbanismo** para que las entidades locales puedan incorporar la perspectiva salutogénica, en sus actuaciones de vivienda y urbanismo.

ACCIÓN 2.3.2.3. Promoviendo la creación a nivel local de **espacios de ocio y tiempo libre** dirigidos a población preadolescente y adolescente.

ACCIÓN 2.3.2.4. Diseñando un Programa de actuación para el **diseño de los Entornos Educativos**, desde una perspectiva salutogénica, de forma que contribuyan a mejorar la salud y el bienestar físico, psíquico y social de toda la comunidad educativa.

Objetivo específico 2.3.3: Crear y mejorar los entornos sociales en el ámbito comunitario desde una perspectiva salutogénica, con actuaciones dirigidas a la población general y a colectivos específicos.

Los grupos y las redes sociales con los que las personas nos relacionamos en nuestra vida diaria son fuente de salud y bienestar emocional tanto como de patologías y morbilidades. Incorporar en las comunidades locales la visión de la promoción de la salud y el bienestar mental, ayudará a construir comunidades y grupos sociales empoderados, conscientes y saludables.

ACCIÓN 2.3.3.1. Potenciando actuaciones de participación ciudadana y de creación y **fortalecimiento de redes sociales en el ámbito local**, en particular aquellas dirigidas a grupos sociales que, por sus características demográficas, étnicas, culturales y familiares, se encuentren en mayor riesgo de soledad y exclusión.

ACCIÓN 2.3.3.2.Incorporando la **participación comunitaria** en las agendas de trabajo de profesionales de **Salud Mental**.

ACCIÓN 2.3.3.3.Diseñando una guía para la puesta en marcha a nivel local de **Comunidades Cuidadoras** o **Redes Comunitarias de Apoyo Mutuo**, que, bajo la filosofía de la participación y el cuidado comunitarios, supongan el aumento del capital social.

ACCIÓN 2.3.3.4.Fomentando la ampliación de la **Red de Ciudades Amigables de las Personas Mayores**.

ACCIÓN 2.3.3.5.Promoviendo **grupos de apoyo mutuo** en el ámbito local que favorezcan la creación de redes de cuidados en salud mental, empoderamiento y sororidad en mujeres **víctimas de violencia de género**.

OBJETIVO GENERAL 2.4: Visibilizar y reducir el impacto que las condiciones de empleo y trabajo tienen sobre la calidad de vida y su influencia sobre la salud mental.

El empleo en sí mismo ha sido considerado durante décadas uno de los principales factores de seguridad y de protección de la salud mental, pero también puede ser un importante factor de riesgo. La precariedad, la temporalidad, las bajas remuneraciones, el acoso y abuso laboral o la volatilidad del empleo, son causa de un amplio abanico de malestares y problemas de salud mental.

ACCIÓN 2.4.1. Promoviendo medidas tendentes a **reducir los factores de riesgo y a fortalecer los factores de protección** que afectan a la **salud mental** de las personas trabajadoras, prestando especial atención a la perspectiva de género, tanto en la administración pública como en las empresas del ámbito privado.

ACCIÓN 2.4.2. Impulsando acciones en los Servicios de Prevención y Salud Laboral encaminadas a identificar, prevenir y reducir el **estrés laboral y el acoso**.

ACCIÓN 2.4.3. Identificando y difundiendo **Buenas Prácticas en entornos laborales** de Asturias que contribuyan a mejorar la salud y el bienestar físico, psíquico y social de las personas trabajadoras.

ACCIÓN 2.4.4. Potenciando la **investigación sobre salud mental, condiciones de empleo y trabajo** en el medio laboral asturiano con el objetivo de facilitar la toma de decisiones sobre propuestas de intervención específicas.

OBJETIVO GENERAL 2.5: Disminuir la incidencia de la conducta suicida en Asturias.

El suicidio y sus intentos configuran un grave problema de salud pública, es un fenómeno complejo de origen multifactorial que no se puede atribuir a una sola causa concreta, en el que intervienen factores psicológicos, sociales, biológicos, culturales y ambientales. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce el suicidio como una prioridad de salud pública, en el Plan de Acción sobre Salud Mental 2020-2030, los estados miembros se han comprometido a trabajar para alcanzar la meta mundial de reducir las tasas nacionales de suicidios en un tercio para 2030. En la nueva Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, dedica la línea estratégica 3 a la prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida, en ella se fijan objetivos y recomendaciones para todas las Comunidades Autónomas.

Objetivo específico 2.5.1: Desarrollar acciones de carácter preventivo sobre la conducta suicida.

Prevenir la conducta suicida antes de que se desarrolle es sin duda alguna, la primera de las estrategias de intervención para reducir su impacto. En muchas ocasiones, esta conducta no es sino una forma extrema de manifestación de un malestar previo que, detectado y actuando sobre él a tiempo, pueden evitarse consecuencias a menudo irreparables. Contar con los recursos necesarios, materiales y humanos, para detectar e intervenir ante las primeras señales de alarma o riesgo, contribuirá a reducir su incidencia en la población.

ACCIÓN 2.5.1.1. Realizando **campañas de prevención e información** sobre los factores de riesgo y protección asociados, destinadas a mejorar la comprensión por parte de toda la población del comportamiento suicida, facilitando información sobre los recursos disponibles en la comunidad, así como sobre los servicios de prevención del suicidio y de salud mental disponibles.

ACCIÓN 2.5.1.2. Creando espacios de **orientación, información y soporte a las familias** que ofrezca apoyo emocional y facilite herramientas para actuar ante situaciones de riesgo de suicidio.

ACCIÓN 2.5.1.3. Promoviendo una labor informativa de calidad en los **medios de comunicación** a la hora de abordar noticias relacionadas con suicidio, evitando el alarmismo, estigma, prejuicios y estereotipos de las conductas suicidas.

ACCIÓN 2.5.1.4. Colaborando en la **difusión** de la **Línea de ayuda a las personas con riesgo de conducta suicida** (Número corto 024) creada por el Ministerio de Sanidad.

ACCIÓN 2.5.1.5.Elaborando un **protocolo de información y prevención del suicidio en el ámbito de la salud laboral**, en colaboración con los servicios de prevención de riesgos laborales.

Objetivo específico 2.5.2: Reducir el acceso a medios letales, así como el consumo de fármacos.

Restringir el acceso a medios letales específicos puede reducir la tasa de suicidios, especialmente si el medio es altamente letal y en el caso de los suicidios impulsivos. En este sentido, aún cuando se sustituyese el método empleado por otro de menor letalidad, es previsible que se incremente el porcentaje de personas que sobreviven a un intento de suicidio.

Para desarrollar estrategias efectivas de prevención del suicidio, es importante tener un conocimiento detallado de los medios letales empleados y su distribución en función de la zona geográfica y en los diferentes grupos socio-demográficos.

ACCIÓN 2.5.2.1.Elaborando un **mapa de riesgo que** permita conocer los métodos y las zonas de riesgo relacionadas con la conducta suicida.

ACCIÓN 2.5.2.2. Desarrollando barreras físicas y normas dirigidas a dificultar acciones suicidas, **limitando el acceso a lugares y medios potencialmente letales.**

ACCIÓN 2.5.2.3. Reforzando las medidas ya existentes para **reducir el acopio de fármacos** y ajustando la cantidad prescrita en aquellos fármacos que se utilizan con más frecuencia para este fin y son más peligrosos, teniendo en cuenta su especial incidencia en las mujeres.

AREA ESTRATÉGICA 3: Garantizar un adecuado espacio sociosanitario público.

OBJETIVO GENERAL 3.1: Promover el modelo de asistencia basado en la atención centrada en la persona y el respeto a sus derechos, la atención e intervención familiar y la recuperación en el ámbito comunitario.

Objetivo Específico 3.1.1: Evitar intervenciones innecesarias o iatrogénicas, promoviendo un uso adecuado de los recursos.

En consonancia con una de las líneas prioritarias del Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030, referida a la desmedicalización y adecuada utilización de los servicios sanitarios. Para ello, se debe desarrollar un modelo colaborativo entre Salud Mental y Atención Primaria y Especializada que contribuya a evitar intervenciones innecesarias ante el sufrimiento emocional. Debe apoyarse especialmente el papel de Atención Primaria ante las demandas relacionadas con signos de malestar derivado de problemas vitales, dotándole de instrumentos y habilidades para la contextualización y abordaje inicial de estos casos, promoviendo la escucha, la confianza, y el diseño de alternativas no iatrogénicas.

ACCIÓN 3.1.1.1. Diseñando e implementando protocolos de actuación para la **detección temprana del malestar** en Atención Primaria.

ACCIÓN 3.1.1.2. Haciendo **prevención cuaternaria** a través de un mayor uso de las indicaciones de “no hacer”, tanto en Atención Primaria, como en Especializada.

ACCIÓN 3.1.1.3. Incrementando la prescripción de **activos de salud no farmacológicos**, fomentando el uso de recursos útiles para el afrontamiento de situaciones generadoras de malestar: formación, talleres, grupos informativos y/o de apoyo mutuo, programas de autoayuda, recursos comunitarios, asociaciones, etc.

ACCIÓN 3.1.1.4. Analizando la **adecuación de las prescripciones** (farmacológica, psicoterapéutica, de terapia electroconvulsiva y otros recursos terapéuticos), de modo que se puedan tomar las medidas necesarias para mejorar la calidad de las mismas y disminuir la variabilidad injustificada de los tratamientos, con especial atención a los farmacológicos.

ACCIÓN 3.1.1.5. Monitorizando, en colaboración con Establecimientos residenciales para ancianos (ERA) y en coordinación con los equipos de Atención Primaria, la adecuación de los **tratamientos farmacológicos en las residencias** de personas mayores.

ACCIÓN 3.1.1.6. Potenciando en profesionales y personas usuarias la **notificación de reacciones adversas** a los fármacos utilizados en Salud Mental, incluyendo tanto los efectos nocivos derivados del uso autorizado en dosis normales, como los relacionados con errores, usos equivocados, sobredosis y/o abuso de los medicamentos.

ACCIÓN 3.1.1.7. Desarrollando **campañas mediáticas** orientadas a cambiar la visión de la sociedad sobre el uso y abuso de fármacos potencialmente adictivos, como las benzodiacepinas o los opioides, y la medicalización del malestar generado por la vida cotidiana, especialmente en las mujeres y los jóvenes.

Objetivo Específico 3.1.2: Promover la participación activa, autonomía y calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial y sus familias, garantizando su vinculación con el entorno.

La intervención sanitaria ha de estar basada en el respeto, la voluntariedad y la colaboración entre personas con discapacidad psicosocial y profesionales de la salud. Se aleja de modelos paternalistas, fomentando el empoderamiento de las personas y sus familias, y garantizando su participación activa en todo lo concerniente a sí mismas en su paso por los servicios. Se debe trasladar una información veraz, adecuada y comprensible acerca del diagnóstico y las propuestas terapéuticas, ofreciendo alternativas que tengan en cuenta las características de cada caso y las preferencias de la persona.

El Plan terapéutico Individualizado (PTI) es el elemento rector del proceso de recuperación; fruto de una evaluación integral y multidisciplinar, realizada desde una perspectiva biopsicosocial, teniendo en cuenta las dificultades, fortalezas, habilidades, y activos de salud de la persona.

El apoyo entre pares y otras iniciativas que favorecen la conexión entre personas con discapacidad psicosocial, han demostrado muy buenos resultados.

Por su parte, el movimiento asociativo ejerce un importante papel en la reivindicación de derechos, la lucha contra el cuerdismo, el estigma y el planteamiento de mejoras asistenciales; por lo que queremos potenciar la cooperación con las asociaciones y su participación en la planificación de los servicios de Salud Mental.

ACCIÓN 3.1.2.1. Potenciando los **Planes terapéuticos Individualizados** (PTI), acordados entre la persona, su familia y el equipo multidisciplinar, que recojan el conjunto de intervenciones necesarias para avanzar en el proceso de recuperación. Deben revisarse con la periodicidad establecida en cada programa, adaptando sus objetivos y actuaciones a las necesidades y expectativas de la persona.

ACCIÓN 3.1.2.2. Garantizando la figura de “**tutor/a**” en los programas que así se determine, para asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación de las actuaciones dentro del sistema sanitario y en el resto de instituciones comunitarias que intervienen en cada caso.

ACCIÓN 3.1.2.3. Estableciendo procedimientos que faciliten la **planificación anticipada de decisiones** ante situaciones en las que puedan plantearse dilemas éticos, en especial en situaciones de crisis y/o urgencia, y que tengan carácter vinculante. Esta planificación ha de establecerse conjuntamente con la persona y sus familiares, y deberá recogerse en la Historia Clínica Electrónica.

ACCIÓN 3.1.2.4. Fomentando el apoyo entre iguales y el papel activo de las personas con discapacidad psicosocial y sus familiares, potenciando las figuras del “**paciente experto/a**” y “**familiar experto/a**” en salud mental. Deberá incluirse la Salud Mental en el Programa de Paciente Activo de Asturias (PACAS) e impulsar otras iniciativas que contribuyan a esta misma finalidad.

ACCIÓN 3.1.2.5. Promoviendo la participación de personas con discapacidad psicosocial en el proceso de recuperación, como elemento de ayuda, aprendizaje compartido y apoyo a otras personas, promoviendo el asociacionismo y los **Grupos de Apoyo Mutuo** (GAM) en ámbitos asistenciales y comunitarios.

ACCIÓN 3.1.2.6. Facilitando la **participación de personas allegadas en situaciones de crisis** cuando puedan resultar de ayuda para disminuir la tensión y el sufrimiento.

ACCIÓN 3.1.2.7. Garantizando la participación del movimiento asociativo en la **elaboración y evaluación de los programas** asistenciales que se desarrollen en la red de Salud Mental.

ACCIÓN 3.1.2.8. Habilitando mecanismos para que las personas con discapacidad psicosocial y las familias participen en los procesos de **evaluación** de los de los Servicios de Salud Mental, adoptando para ello instrumentos adecuados, tales como el “*Quality Rights: instrumento de calidad y derechos de la OMS*”. Los resultados han de publicitarse de modo que sean accesibles a la ciudadanía.

Objetivo Específico 3.1.3: Promover y garantizar el ejercicio de los derechos de las personas que utilicen los servicios de Salud Mental.

Los Servicios Sanitarios deben actuar en consonancia con los instrumentos nacionales e internacionales de derechos humanos y derechos de personas con discapacidad, garantizando en todo momento el respeto a la persona, y promoviendo activamente

alternativas a las intervenciones involuntarias, y a cualquier medida restrictiva en los servicios asistenciales (principio de menor restricción posible).

ACCIÓN 3.1.3.1. Desarrollando actuaciones encaminadas a ofrecer **información** adecuada y accesible a las personas con discapacidad psicosocial, su entorno cercano y profesionales sobre los **derechos humanos y derechos de las personas con discapacidad**.

ACCIÓN 3.1.3.2. Garantizando la protección de los **derechos afectivo-sexuales y reproductivos** de las personas discapacidad psicosocial, impulsando programas de información y formación, acceso a la anticoncepción y apoyo a la maternidad y paternidad.

ACCIÓN 3.1.3.3. Impulsando la figura del **asistente personal** para las personas con discapacidad psicosocial y dependencia reconocida, como herramienta de apoyo para el desarrollo de una vida autónoma, en cumplimiento de *la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*.

ACCIÓN 3.1.3.4. Desarrollando un **protocolo** de actuación en los Servicios de Salud Mental en relación a las personas inmersas en situación de **provisión judicial de apoyos** (*anteriormente proceso de modificación de la capacidad*).

ACCIÓN 3.1.3.5. Estudiando específicamente, **dentro de las quejas y reclamaciones** en la atención sanitaria en Salud Mental, aquellas relacionadas con el respeto a los **derechos humanos**, identificando áreas de mejora y dando publicidad a los resultados.

ACCIÓN 3.1.3.6. Creando un grupo de trabajo multidisciplinar y multisectorial para el establecimiento de medidas y recomendaciones, adaptadas a la realidad del sistema sanitario asturiano, que colaboren a la **disminución de las intervenciones no voluntarias**.

ACCIÓN 3.1.3.7. Estableciendo mecanismos de **registro y seguimiento** de las intervenciones involuntarias.

ACCIÓN 3.1.3.8. Revisando las **normas de funcionamiento** de los recursos de atención **24 horas** de la Red de Salud Mental, para garantizar el respeto a los derechos de las personas.

Objetivo Específico 3.1.4: Proporcionar apoyo a las personas cuidadoras, mediante la atención e intervención familiar.

Se trata de proporcionar a las familias servicios de información y asesoramiento e intervenciones socioeducativas y psicoterapéuticas, que les ayuden a alcanzar el mayor grado de autonomía posible.

Dentro de los contenidos a trabajar se hará hincapié en la parentalidad positiva, la erradicación de actitudes paternalistas hacia las personas con discapacidad psicosocial, la promoción de su bienestar emocional, autoestima, autonomía y calidad de vida; la identificación de signos prodrómicos de posibles recaídas, el manejo de situaciones de estrés y de conflicto familiar; así como asesoramiento sobre servicios sanitarios, sociales, de inserción socio-laboral, etc. También debe informarse sobre el impacto en la salud física y mental de la sobrecarga relacionada con el rol de persona cuidadora, fomentando la corresponsabilidad de todos los miembros de la familia en la prestación de cuidados y tareas domésticas.

ACCIÓN 3.1.4.1. Asegurando que durante la atención en Salud Mental se realiza una **valoración integral** de las situaciones y necesidades de las familias, con especial énfasis en las personas cuidadoras principales. Esta valoración es especialmente necesaria en familias de personas con trastorno mental grave en cualquier edad, adicciones y patología dual, y edad avanzada.

ACCIÓN 3.1.4.2. Impulsando los **programas de intervención y apoyo a las familias** y especialmente a las personas que ejercen como cuidadoras principales.

ACCIÓN 3.1.4.3. Favoreciendo el **asociacionismo** de familiares de personas con discapacidad psicosocial.

OBJETIVO GENERAL 3.2: Desarrollar modelos de corresponsabilidad en todos los ámbitos que trabajen con personas con discapacidad psicosocial, implementado la transversalidad en todas sus acciones.

Para contribuir a que las personas con discapacidad psicosocial y sus familias gocen de una vida plena y satisfactoria, desarrollen al máximo sus potencialidades y puedan ejercer sus derechos en condiciones de igualdad, resulta imprescindible impulsar la corresponsabilidad interinstitucional e intersectorial a través de mecanismos de comunicación, colaboración y coordinación estables con todos los ámbitos con implicación en salud mental (Servicios Sociales, Justicia, Educación, Empleo, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Medios de comunicación, Asociaciones, Tercer Sector, etc.).

Así, todos los estamentos deberán participar conjuntamente en la planificación y desarrollo de planes y programas transversales impulsados por las distintas administraciones con impacto en promoción, prevención y atención a los problemas de salud mental, garantizando la dotación de recursos económicos y humanos necesaria para poner en práctica los planes y programas acordados.

Objetivo específico 3.2.1: Mejorar y consolidar la cooperación y coordinación entre Salud Mental y Atención Primaria.

La coordinación facilita la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales, es un elemento imprescindible para garantizar la continuidad de cuidados y mejora la satisfacción de profesionales y personas usuarias.

También es fundamental desarrollar acciones coordinadas para la promoción del bienestar emocional de la mujer en el embarazo, la parentalidad positiva y la calidad del vínculo afectivo con las figuras parentales durante las distintas etapas del desarrollo evolutivo.

ACCIÓN 3.2.1.1. Creando un grupo de trabajo para mejorar y **protocolizar la coordinación** entre Salud Mental y Atención Primaria en cualquier edad (criterios de derivación, información necesaria para la derivación, seguimiento conjunto y alta de la persona derivada, periodicidad de las reuniones, etc.), siguiendo las recomendaciones de la Estrategia para un Nuevo Enfoque de la Atención Primaria.

ACCIÓN 3.2.1.2. Implementando **nuevas tecnologías** para mejorar la comunicación entre Salud Mental y Atención Primaria (interconsulta virtual y otras tecnologías de la información y comunicación a desarrollar).

ACCIÓN 3.2.1.3. Impulsando los programas de promoción de la salud mental de **figuras parentales y menores** en Atención Primaria, potenciando los grupos de intervención como parte de la atención perinatal y desarrollando Grupos de Apoyo a la Crianza, especialmente en situaciones de mayor vulnerabilidad.

ACCIÓN 3.2.1.4. Diseñando actuaciones coordinadas y conjuntas en personas con trastorno mental grave de cualquier edad, adicciones, y edad avanzada en relación con la **continuidad de cuidados y hábitos de vida saludables**, potenciando el papel de enfermería de Atención Primaria y Salud Mental, como garante de la continuidad asistencial y de cuidados.

Objetivo específico 3.2.2: Mejorar y consolidar la cooperación y coordinación entre Salud Mental y otras especialidades médicas.

Es importante promover programas orientados a problemas de salud mental, en los que, por su gravedad o afectación sobre las esferas personal, familiar y social, resulte indicada una intervención conjunta y coordinada de Salud Mental con otras especialidades sanitarias. Asimismo, es recomendable que los Servicios de Interconsulta y Enlace estén formados por un equipo multidisciplinar, para que puedan llevar a cabo una evaluación e intervención integral de las necesidades de la persona.

ACCIÓN 3.2.2.1. Impulsando los **programas de intervención y apoyo** para personas con **enfermedades** que implican importante afectación en la esfera mental y/o comportamental (ejemplos: cáncer, paliativos, dolor, diabetes infantil), incluyendo, en su caso, la atención a las familias.

ACCIÓN 3.2.2.2. Desarrollando, en coordinación con otras especialidades sanitarias, **procedimientos** para aquellos supuestos en que resulta imprescindible la **actuación coordinada de diferentes especialidades** (trastornos de conducta alimentaria, identidad de género, cirugía bariátrica, trastornos del espectro autista, trastornos por déficit de atención, demencias con alteraciones del comportamiento, etc.).

INDICADOR 3.2.2.3. Desplegando en las áreas sanitarias, teniendo en cuenta las características diferenciales de cada una, aquellas acciones que garanticen el **apoyo continuado del equipo multidisciplinar a los Servicios Hospitalarios** cuando detecten problemas y/o necesidades en el ámbito de la salud mental en personas ingresadas de cualquier edad (interconsulta).

Objetivo Específico 3.2.3: Desarrollar mecanismos de coordinación con el ámbito judicial.

El desarrollo de mecanismos de coordinación con el ámbito judicial es de vital importancia para garantizar la atención integral y continuidad de cuidados de las personas con discapacidad psicosocial inmersas en procesos judiciales.

ACCIÓN 3.2.3.1. Formando un grupo de trabajo intersectorial y multidisciplinar para el desarrollo de mecanismos de coordinación eficaces que incidan en la atención integral de las personas con discapacidad psicosocial inmersas en **procesos judiciales o con medidas de protección.**

ACCIÓN 3.2.3.2. Creando un grupo de trabajo para actualizar los mecanismos de coordinación y colaboración entre Salud Mental, Justicia y las entidades tutelares que garantice la **aplicación efectiva de la Ley 8/2021** que reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica.

ACCIÓN 3.2.3.3. Potenciando sistemáticas de colaboración con **Instituciones Penitenciarias** para garantizar tanto la atención a las personas con discapacidad psicosocial en el centro penitenciario, como la continuidad asistencial de las que finalizan medidas privativas de libertad, incluyendo el traslado de información clínica desde el ámbito penitenciario al sistema de salud.

ACCIÓN 3.2.3.4. Actualizando el **protocolo de traslados** en situaciones de crisis con la participación de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Servicios Sociales, Servicio de Salud (Primaria, Especializada, y los Servicios de Atención a Emergencias) y aquellas otras que puedan resultar de interés.

Objetivo específico 3.2.4: Mejorar el marco de colaboración y comunicación con el ámbito educativo, desarrollando canales protocolizados entre ambos sistemas que favorezcan la coordinación.

Se trata de potenciar las relaciones y sinergias entre la Comunidad Educativa, los Servicios de Salud Mental y el resto del Sistema Sanitario, que ayuden a mejorar la detección de problemas de salud mental y/o situaciones de vulnerabilidad en el alumnado, a promover el bienestar y la salud mental dentro y fuera de las aulas, y a proporcionar apoyo y estrategias para el manejo psicológico y conductual de determinados casos en los colegios.

ACCIÓN 3.2.4.1. Estableciendo protocolos de colaboración y coordinación estables entre los ámbitos sanitario (Consejería de Salud, Salud Mental, Atención Primaria) y educativo (Consejería de Educación, Equipos de Orientación psicopedagógica, Equipo Regional para la atención al alumnado con necesidades educativas específicas) para mejorar la detección, intervención precoz y seguimiento de menores con necesidades en materia de salud mental.

ACCIÓN 3.2.4.2. Actualizando las previsiones de la Resolución de 22 de mayo de 2015, conjunta de las Consejerías de Sanidad y de Educación, Cultura y Deporte, por la que se establecen estrategias en materia de salud escolar, respecto a la creación de un **Centro Terapéutico Educativo**, dirigido a proporcionar una atención intensiva al alumnado con trastornos mentales graves, cuidando el currículo académico.

Objetivo específico 3.2.5: Consolidar la coordinación entre el servicio de Salud Mental, los Servicios Sociales y el ámbito de atención y protección a la infancia, adolescencia y familia.

ACCIÓN 3.2.5.1. Revisando y actualizando los procedimientos de coordinación para **población infanto-juvenil en acogimiento y/o tutelada** por el Principado de Asturias, de manera que se garantice la atención preferente y continuada en salud mental a quienes lo precisen, preservando la continuidad de cuidados.

ACCIÓN 3.2.5.2. Estudiando la necesidad y posibilidades de crear un **dispositivo sociosanitario de atención 24 horas** para adolescentes, cuyos comportamientos y necesidades no han podido ser cubiertas por el entorno y por los recursos habituales (familia, educación, servicios sanitarios, servicios sociales...), orientado a facilitar su bienestar y el de su entorno, mejorar su autonomía, el funcionamiento socio-familiar y su desarrollo personal y educativo.

ACCIÓN 3.2.5.3. Promoviendo y reforzando los programas de **Atención Temprana** y optimizando la coordinación y continuidad de cuidados entre Atención Temprana, Salud Mental y demás profesionales de la salud con implicación directa en la atención a esta población.

ACCIÓN 3.2.5.4. Impulsando la coordinación en el nivel más cercano, mediante la creación de **comisiones mixtas** Salud Mental- Atención Primaria-Servicios Sociales Municipales.

Objetivo específico 3.2.6: Mejorar y consolidar la coordinación entre el servicio de Salud Mental y el ámbito sociosanitario, para garantizar el mantenimiento de una vida autónoma y la continuidad de cuidados.

Los programas y recursos sociosanitarios han de estar orientados a facilitar la inserción social, laboral, la autonomía, la vida independiente y el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, y deben organizarse en base a diferentes grados de apoyo y supervisión, según las necesidades de la persona.

Asimismo, deben garantizarse las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas con discapacidad psicosocial en situación de dependencia, en cumplimiento de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre.

En este ámbito, es preciso impulsar la cooperación interinstitucional e intersectorial desarrollando los mecanismos y recursos necesarios para garantizar la equidad y una atención sociosanitaria integral.

ACCIÓN 3.2.6.1. Promoviendo **programas de apoyo al entorno** en todas las áreas sanitarias, en coordinación con los Servicios Sociales Municipales, y otros recursos de soporte social que favorezcan la permanencia de las personas en su domicilio y su comunidad de la forma más autónoma posible y mejoren su vida cotidiana.

ACCIÓN 3.2.6.2. Desarrollando las medidas necesarias para **evitar la exclusión de las personas con trastorno mental grave de la cartera de servicios** para personas con grado de dependencia reconocido, según los términos establecidos en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.

ACCIÓN 3.2.6.3. Disponiendo de un **censo actualizado** de personas que permanecen en dispositivos sanitarios a la espera de un **recurso sociosanitario** tras alcanzar una adecuada estabilización psicopatológica y de funcionamiento.

ACCIÓN 3.2.6.4. **Creando alternativas residenciales** adecuadas a las necesidades de apoyo (bajo, alto, intenso) de las personas con discapacidad psicosocial mayores de 18 años, destinadas a que puedan mantenerse en su entorno comunitario.

ACCIÓN 3.2.6.5. Revisando, reorganizando y desarrollando de **manera unificada** un modelo de **viviendas supervisadas/tuteladas**, priorizando la utilización de vivienda pública, en todas las áreas sanitarias.

ACCIÓN 3.2.6.6. **Modificando los requisitos de acceso a los establecimientos residenciales de Asturias (ERA)**, eliminando el de edad para las personas con diagnóstico de trastorno mental grave y priorizando las plazas normalizadas para personas con discapacidad psicosocial en situación de estabilidad.

ACCIÓN 3.2.6.7. Creando, desarrollando y poniendo en marcha programas **de apoyo residencial y económico** para personas integradas en programas de rehabilitación y continuidad de cuidados de los Servicios de Salud Mental.

ACCIÓN 3.2.6.8. Diseñando y poniendo en marcha un **proceso de atención específico a personas sin hogar o en riesgo de exclusión social con trastorno mental grave** en coordinación con la Consejería de Derechos Sociales y Bienestar, los Ayuntamientos y las entidades del tercer sector que atienden a estas personas.

ACCIÓN 3.2.6.9. Desarrollando acciones de **mejora en la transición entre dispositivos** sanitarios y sociosanitarios, que incluyan las necesidades en cuanto a información y coordinación, para garantizar la óptima adaptación de las personas y la continuidad asistencial.

ACCIÓN 3.2.6.10. Promoviendo el uso de **recursos sociales normalizados** por personas con discapacidad psicosocial, desarrollando mecanismos de cooperación para garantizar que estos recursos (ya existentes o de nueva creación) estén adaptados a sus necesidades, desarrollen sus potencialidades, impliquen espacios de socialización, favorezcan la conexión con su entorno comunitario y mejoren su calidad de vida.

Objetivo específico 3.2.7: Desarrollar recursos para personas con trastorno mental destinados a favorecer la recuperación y rehabilitación laboral, dotando a las personas de los conocimientos, destrezas y habilidades necesarias para acceder y manejarse adecuadamente en el mundo laboral.

La integración laboral es un instrumento esencial para la inserción social de cualquier persona, y más si cabe, en aquellas que presentan mayores dificultades por concurrir un diagnóstico de trastorno mental grave y duradero, que obstaculiza su inclusión en el circuito normalizado. Además, es un componente clave que facilita la autonomía e independencia y ayuda a reducir el estigma social asociado al trastorno mental.

Por ello, la evaluación de las capacidades laborales y de las necesidades de formación para el empleo debe formar parte de la valoración integral en Salud Mental.

La formación y capacitación profesional, el desarrollo de políticas y acciones que promuevan la rehabilitación laboral y la oferta de empleos adecuados para las personas con discapacidad psicosociales una asignatura pendiente, que obstaculiza irremediablemente el logro de su autonomía y verdadera integración social. Esta necesidad implica un compromiso activo de las administraciones públicas para evitar la depreciación social de estas personas.

ACCIÓN 3.2.7.1. Creando un **grupo de trabajo** multisectorial que estudie las necesidades y recursos en materia de inserción laboral de personas con discapacidad psicosocial y desarrolle un programa de **rehabilitación laboral** adaptado a la realidad asturiana.

ACCIÓN 3.2.7.2. Desarrollando las acciones de coordinación necesarias para promover la **capacitación profesional** de personas con discapacidad psicosocial, de manera que se contribuya a mejorar su empleabilidad; incluyendo la capacitación como agente de apoyo mutuo o asistente personal, entre otras.

ACCIÓN 3.2.7.3. Impulsando convenios y acciones de colaboración con otras administraciones públicas (Servicio de Empleo, Ayuntamientos) o con entidades privadas que trabajan la inserción laboral de colectivos en riesgo de exclusión o discapacidad, para **aumentar la contratación** de personas con discapacidad psicosocial.

ACCIÓN 3.2.7.4. Recogiendo de manera explícita y sistemática las **necesidades y demandas en el área formativo-laboral** en los Planes Terapéuticos Individualizados de cada persona.

ACCIÓN 3.2.7.5. Impulsando, de manera centralizada, la **prospección de empleo** para personas con discapacidad psicosocial, orientada a la búsqueda activa y difusión de las fórmulas de empleo existentes en la Comunidad para este colectivo.

ACCIÓN 3.2.7.6. Impulsando las acciones de cooperación necesarias para potenciar el **empleo con apoyo** en personas con discapacidad psicosocial.

Objetivo específico 3.2.8: Mejorar la coordinación intra e interinstitucional para una mejor prevención, detección e intervención en situaciones de riesgo de suicidio.

ACCIÓN 3.2.8.1. Asegurando la colaboración de Salud Mental con **Atención Primaria, Especializada y Servicios de Atención Urgente**, para mejorar la detección, atención especializada y continuidad asistencial de personas con riesgo suicida, en todas las etapas del ciclo vital.

ACCIÓN 3.2.8.2. Desarrollando protocolos de colaboración con los **Servicios Sociales** (Servicios Sociales Municipales, centros residenciales de ancianos, centros de menores, entre otros) para mejorar la detección y atención inicial a personas con riesgo suicida, en los que se establezcan medidas de actuación conjunta con el Servicio de Salud.

ACCIÓN 3.2.8.3. Desarrollando actuaciones de colaboración con el ámbito judicial, **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y Centro Penitenciario**.

ACCIÓN 3.2.8.4. Desarrollando la colaboración con el **ámbito Educativo**, encaminada a promover la detección y actuación ante situaciones de riesgo de suicidio en los profesionales de la educación.

ACCIÓN 3.2.8.5. Impulsando acciones de colaboración con el **ámbito laboral** que contribuyan a una mejor detección y actuación ante casos de riesgo suicida, promoviendo la búsqueda de ayuda por parte de las personas en esta situación, especialmente en profesiones asociadas a un mayor riesgo (Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, profesionales del sector sanitario, etc.)

ACCIÓN 3.2.8.6. Desarrollando acciones de colaboración con los Centros Asesores de la Mujer, el Centro de crisis para víctimas de agresiones sexuales y otros **servicios de apoyo específico a víctimas de violencia de género** para mejorar la prevención, detección y actuación en situaciones de riesgo suicida.

ACCIÓN 3.2.8.7. Desarrollando acciones de colaboración con ONGs y otras entidades del **Tercer Sector**, especialmente aquellas que prestan servicios a personas en situación de especial riesgo de suicidio.

OBJETIVO GENERAL 3.3: Adecuar la gestión del conocimiento a las líneas estratégicas definidas en este plan como instrumento fundamental para la seguridad, calidad, eficiencia y efectividad de los servicios de la Red de Salud Mental, potenciando la formación, docencia e investigación.

Objetivo específico 3.3.1: Potenciar la formación en salud mental de todas las personas implicadas en la atención y cuidados a los problemas de salud mental de la población.

Es necesario garantizar formación en materia de salud mental para profesionales de todos los ámbitos implicados en la atención a las personas con discapacidad psicosocial: del sector sanitario y no sanitarios clave (Servicios Sociales, Educación, Justicia, Trabajo, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad, Instituciones Penitenciarias, Tercer Sector, medios de comunicación, etc.), familias y cuidadores informales.

La formación estará orientada a las prioridades establecidas en este Plan de Salud Mental 2023-2030 y en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, debiendo compatibilizar objetivos institucionales, demandas formativas de profesionales y necesidades de salud de la población.

Dentro de la formación han de incluirse acciones de sensibilización, estrategias de promoción y prevención de la salud mental, de detección precoz, y de abordaje de las dificultades de personas con discapacidad psicosocial.

Entre otros aspectos, deben garantizarse la formación en:

- perspectiva de género en salud mental,
- humanización de los cuidados y atención centrada en la persona,
- fomento de la autonomía,
- garantía de los derechos humanos, y reducción de las intervenciones involuntarias y medidas restrictivas,
- uso racional de los recursos de atención, especialmente de psicofármacos, en todos los ámbitos sanitarios.
- violencia de género,
- prevención, detección, atención y seguimiento del riesgo suicida.

ACCIÓN 3.3.1.1. Formando a profesionales de **Atención Primaria y Urgencias** en la detección y abordaje inicial de la problemática de salud mental en todas las edades.

ACCIÓN 3.3.1.2. Desarrollando la **formación compartida** en salud mental para diferentes colectivos (sanitarios y no sanitarios), como una forma más de enriquecimiento mutuo, sensibilización y colaboración entre los diversos agentes que trabajan con personas con discapacidad psicosocial.

ACCIÓN 3.3.1.3. Promoviendo programas de formación específica para **profesionales que trabajan** directamente **con menores y sus familias** (Sanidad, Servicios Sociales, Justicia, Tercer Sector, etc.) para mejorar la detección precoz y el abordaje temprano en la población infanto-juvenil, con especial hincapié en aquella que se encuentre en situaciones de riesgo o especial vulnerabilidad.

ACCIÓN 3.3.1.4. Desarrollando acciones de **formación** en materia de salud mental a la **comunidad educativa**. La formación estará encaminada a dotarles de herramientas para la promoción de la salud mental en las aulas, la detección precoz, el conocimiento de los recursos sociosanitarios para la atención al alumnado con problemática de salud mental, y al manejo en el ámbito educativo de las patologías más prevalentes.

ACCIÓN 3.3.1.5. Formando a las **Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y otros** agentes de primera línea (112, o bomberos, por ejemplo) en el abordaje de situaciones de crisis, incluyendo situaciones de riesgo de suicidio.

ACCIÓN 3.3.1.6. Abriendo vías de **colaboración** entre las administraciones públicas y el **ámbito asociativo** en el diseño y realización de las acciones formativas, incorporando sus aportaciones y promoviendo acciones formativas realizadas por personas con experiencia propia.

Objetivo específico 3.3.2: Impulsar la formación continuada para profesionales de la red de Salud Mental.

Se facilitará a las personas que trabajan en la Red de Salud Mental la participación en actividades de formación continuada: dentro de los servicios, estancias de reciclaje, rotaciones por otros servicios, y cualesquiera otras que reúnan requisitos de calidad, oportunidad y/o adecuación a los objetivos de este Plan.

ACCIÓN 3.3.2.1. Desplegando la metodología y los recursos necesarios que faciliten la **formación on-line** para aquellas situaciones en las que este medio sea el más idóneo.

ACCIÓN 3.3.2.2. Impulsando **acciones formativas** periódicas y regladas (sesiones clínicas y bibliográficas) en **todos los dispositivos de salud mental** y las acciones compartidas entre diferentes profesionales y dispositivos de la Red.

ACCIÓN 3.3.2.3. Promoviendo la **evaluación** de los Planes y Acciones de Formación Continuada, incorporando medidas de impacto en la organización y priorizando aquellos planes o acciones con posible mayor repercusión en la mejora de la atención a las personas con problemas de salud mental y/o discapacidad psicosocial.

ACCIÓN 3.3.2.4. Documentando e intercambiando **buenas prácticas** nacionales e internacionales, que contribuyan a una atención basada en intervenciones voluntarias y no coercitivas, respetuosa con la persona y los derechos humanos.

Objetivo específico 3.3.3: Potenciar la formación de postgrado.

Debe garantizarse la calidad de la formación postgrado, promoviendo que los planes de formación de residentes se ajusten también a las líneas establecidas en este Plan de Salud Mental 2023-2030 y en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026.

ACCIÓN 3.3.3.1. **Optimizando la capacidad de la Unidad Docente Multiprofesional** de Salud Mental y de las áreas sanitarias para acoger a especialistas en formación, y desplegar los medios necesarios para adecuarse a nuevas necesidades.

ACCIÓN 3.3.3.2. Dando los pasos necesarios para la incorporación de la formación especializada **MIR** de la nueva especialidad **Psiquiatría Infantil y Juvenil** a la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Asturias.

ACCIÓN 3.3.3.3. Manteniendo **actualizadas las 'Guías Formativas'** de la Unidad Docente Multiprofesional, en las que se recoge la descripción de las competencias que se han de adquirir en cada una de las rotaciones contempladas en los Planes Individuales Formativos, según lo establecido en los Programas Oficiales de las Especialidades.

ACCIÓN 3.3.3.4. Elaborando un **Programa de Formación** para **tutore/as y responsables docentes** que incluya normativa que regula la formación sanitaria, metodología docente, formación por competencias, instrumentos y metodología de evaluación en Formación Sanitaria Especializada.

Objetivo específico 3.3.4: Ordenar, optimizar y potenciar la Investigación en salud mental como una herramienta básica para la mejora del desempeño de los servicios.

Se trata de promover la investigación en salud mental, incentivando la participación en proyectos de investigación independientes, sin conflictos de intereses, y, especialmente, la evaluación de intervenciones terapéuticas, procesos asistenciales y servicios, que puedan revertir en mejoras en la atención sanitaria.

Resultan especialmente interesantes los proyectos de investigación promovidos por profesionales de diferente perfil y/o ámbito laboral, como los desarrollados por grupos de trabajo multidisciplinar dentro de la propia Red de Salud Mental o los proyectos de investigación conjuntos entre Salud Mental y otros ámbitos asistenciales u otras instituciones.

Entre las áreas de interés destacan las relativas a conducta suicida, estigma y “cuerdismo”, factores de protección/riesgo, mujer y salud mental, trastornos mentales en la infancia y la adolescencia, trastorno mental grave, etc.

ACCIÓN 3.3.4.1. Elaborando un **mapa de investigación** en salud mental, recopilando la información sobre investigaciones que se están desarrollando en Asturias. Difundiendo las principales líneas/proyectos de investigación y sus resultados, así como las colaboraciones con otras especialidades, asociaciones o instituciones, facilitando la comunicación entre las personas interesadas en la investigación y promoviendo la generación de conocimiento compartido.

ACCIÓN 3.3.4.2. Desarrollando un **Plan Estratégico de Investigación sobre Bienestar y Salud Mental 2023-2030** en el que se establezcan las líneas de investigación priorizadas. Estas líneas han de definirse tras consultar a todas las partes interesadas, teniendo en cuenta las líneas estratégicas de este Plan con especial énfasis en la perspectiva de género.

ACCIÓN 3.3.4.3. Potenciando la **Comisión de Gestión del Conocimiento de Salud Mental** (UCOSAM-Red de Salud Mental) que, entre otras funciones, priorice las líneas de investigación autonómicas. Definiendo sus funciones, participantes y reglamento interno, de modo que se garantice la representación de los agentes implicados, incluyendo el movimiento asociativo.

ACCIÓN 3.3.4.4. Promoviendo la formación de **grupos de investigación multidisciplinarios** dentro de la **Red de Salud Mental**, que integren las aportaciones de los diferentes saberes profesionales.

ACCIÓN 3.3.4.5. Impulsando **proyectos de investigación conjuntos** entre Salud Mental, Atención Primaria, otras especialidades sanitarias, asociaciones o instituciones (Consejería de Salud, Servicios Sociales, Justicia, Educación, Instituto de Medicina Legal, Empleo, Universidad, movimiento asociativo, medios de comunicación, etc.)

ACCIÓN 3.3.4.6. Realizando una **reunión anual** de investigación en salud mental que sirva de lugar de encuentro profesional y de difusión de las líneas de investigación.

ACCIÓN 3.3.4.7. Fomentando el **empleo de datos generados en práctica asistencial** para la realización de proyectos de investigación, facilitando el acceso a la información a las personas investigadoras.

ACCIÓN 3.3.4.8. Impartiendo **formación** en metodología de investigación y en manejo de plataformas del conocimiento en salud mental tanto a residentes como al personal de la Red.

Objetivo específico 3.3.5: Adaptar los sistemas de información de Salud Mental a las previsiones de este plan.

Es necesario desarrollar los sistemas de información en Salud Mental, de modo que resulten más operativos para la investigación, la evaluación sistemática de los servicios y la identificación de áreas de mejora.

Estos sistemas son una herramienta fundamental que permite registrar la información necesaria y suficiente para prestar la mejor atención posible a las personas usuarias. Además, aspiran a mejorar la efectividad y la eficiencia de los Servicios, pues permiten tomar decisiones informadas y realizar una planificación coherente de los servicios.

ACCIÓN 3.3.5.1. Implantando un **sistema de gestión del conocimiento** y relación con profesionales, colectivos y ciudadanía, basado en las tecnologías de la información y comunicación, que facilite y mejore las relaciones entre los distintos agentes.

ACCIÓN 3.3.5.2. Impulsando herramientas de gestión-evaluación en Salud Mental, desarrollando un **cuadro de mandos** integral que incorpore indicadores de recursos disponibles, actividad, calidad asistencial, de prescripción, económicos y evaluación de procesos y resultados de salud. Es necesario establecer estándares de cumplimiento e incorporar la evaluación del grado de satisfacción de las personas usuarias en los cuadros de mando.

ACCIÓN 3.3.5.3. Desarrollando **indicadores** que resulten de utilidad para **programas clave**, como los de falta de continuidad, de discapacidad (incapacidad laboral

permanente, modificación de la capacidad de obrar, dependencia, discapacidad...), índice de retornos, etc.

ACCIÓN 3.3.5.4. Mejorando la recogida de **información a través de historia clínica electrónica**, simplificando los formularios existentes, logrando el compromiso de profesionales y direcciones de las Áreas de Gestión Clínica con la codificación diagnóstica y la cumplimentación de los registros como una más de sus funciones, y desarrollando mecanismos de retroalimentación.

ACCIÓN 3.3.5.5. Facilitando el acceso a información a las personas con discapacidad psicosocial, sus familias y la población general, mejorando la **transparencia y rendición de cuentas** de la Red de Salud Mental.

ACCIÓN 3.3.5.6. Promoviendo el **intercambio de información y la comparación de datos**, utilizando indicadores comunes a otros sistemas sanitarios y organismos que disponen de información en el ámbito de la Salud Mental.

OBJETIVO GENERAL 3.4. Mejorar los recursos organizacionales, materiales y humanos de la Red de Salud Mental.

Objetivo Específico 3.4.1: Actualizar, homogeneizar y dar a conocer la cartera común de servicios de Salud Mental en las diferentes áreas.

Se trata de optimizar los recursos que integran la Red de Salud Mental, incorporando nuevos programas, dispositivos y profesionales cuando sean necesarios, y revisando los existentes en función de las características y necesidades de las personas y las áreas sanitarias.

ACCION 3.4.1.1. Manteniendo actualizada la **Guía de Recursos** de la Red de Salud Mental, que especifique dispositivos, programas y opciones de tratamiento. Este documento debería editarse también en formatos accesibles para facilitar su difusión y comprensión.

ACCION 3.4.1.2. Desarrollando una **Cartera Básica de Prestaciones** individuales y grupales homogéneas en los dispositivos de hospitalización y rehabilitación de todas las áreas sanitarias (Unidades de Hospitalización Psiquiátrica, Centros de Tratamiento Integral, Comunidades Terapéuticas, Hospital de Día, y Unidades Residenciales), identificando profesionales intervinientes y las principales características de calidad que han de tener estas actividades.

ACCION 3.4.1.3. Definiendo y **homogeneizando procesos asistenciales** clave en los dispositivos de Salud Mental (recepción de la demanda, acogida, diagnóstico, plan de tratamiento, derivación a otros servicios y alta), incluyendo aspectos de tiempos, profesionales intervinientes, formularios asociados, etc., con el objetivo de garantizar la equidad y coherencia en la atención.

Objetivo Específico 3.4.2: Impulsar la actualización y la mejora continua de las prestaciones y programas de la Red de Salud Mental.

Se trata de poner en marcha aquellas medidas que hagan más accesible la atención en Salud Mental, mejoren la adherencia terapéutica, aseguren una atención de calidad independientemente del lugar de residencia y posibiliten la conexión de la persona con su contexto de referencia.

Deben impulsarse dispositivos y programas que permitan responder de manera adecuada a las necesidades de las personas y sus familias, permitiendo una atención flexible en función de patologías, niveles de gravedad, grupos de edad u otras características diferenciadoras. Para ello se deberá planificar la dotación adecuada de

servicios, que garantice la multidisciplinaridad y el desarrollo de programas terapéuticos que faciliten la estabilización y la recuperación.

Los recursos de hospitalización parcial, ofrecen mayor contención y continuidad que los Centros de Salud Mental, su potenciación permitirá abordar situaciones de gravedad y/o crisis sin tener que recurrir a la hospitalización a tiempo completo y, por tanto, evitar la exclusión del medio familiar y social.

ACCION 3.4.2.1. Potenciando las **prestaciones psicoterapéuticas** individuales, familiares y grupales efectivas realizadas por profesionales con formación adecuada.

ACCION 3.4.2.2. Continuando con el desarrollo de **programas proactivos de atención comunitaria** con dotación multidisciplinar, que incluyan atención domiciliaria, teleasistencia, intervención en crisis y atención no programada, especialmente en zonas rurales.

ACCION 3.4.2.3. Estableciendo mecanismos para la mejora del acceso a los Servicios de Salud Mental e implementando las medidas necesarias para **disminuir el espacio entre consultas**; la especificidad de los problemas que se abordan hace necesario garantizar no sólo agilidad en el tiempo de primera consulta, sino unos intervalos entre sesiones que permitan desarrollar un trabajo terapéutico eficaz.

ACCION 3.4.2.4. Evaluando y eliminando las barreras de cualquier tipo que puedan interferir en la **accesibilidad** de las personas a la atención en Salud Mental, incluyendo la atención por medios telemáticos.

ACCION 3.4.2.5. Desarrollando medidas de **reducción de la inasistencia** en personas con difícil enganche y/o vinculación y que, entre otras acciones, contemple la programación en el mismo día de citas con diferentes profesionales.

ACCION 3.4.2.6. Garantizando que la **atención a las urgencias hospitalarias** cumpla con los estándares de seguridad y calidad, realizando las adaptaciones necesarias en lo que se refiere a su funcionamiento, dotación y recursos materiales y estructurales.

ACCION 3.4.2.7. Promoviendo cambios en los dispositivos de hospitalización breve (**Unidades de Hospitalización Psiquiátrica**) para garantizarla multidisciplinariedad y el desarrollo de actividades que contribuyan a la recuperación y faciliten la conexión de la persona con el espacio comunitario y el trabajo con las familias.

ACCION 3.4.2.8. Revisando el modelo de **Estructuras Intermedias**, actualizando sus prestaciones y llevando a cabo un estudio sobre la necesidad de crear nuevos dispositivos o adaptar los existentes para otras patologías (adiciones o trastornos graves de la personalidad, entre otras).

Objetivo Específico 3.4.3: Mejorar las infraestructuras de la Red de Salud Mental.

El mantenimiento y la mejora de las infraestructuras de la Red de Salud Mental debe abordarse en base a una planificación recogida en un Plan plurianual de reformas y nuevas dotaciones para adecuar la Red a las necesidades de las personas, los profesionales y las previsiones de este Plan (Anexo 7).

ACCION 3.4.3.1. Revisando **las infraestructuras** existentes, garantizando que cumplen la normativa vigente y que permiten proporcionar una atención de calidad, debiendo acometer las reformas necesarias en aquellos dispositivos que no reúnan las condiciones señaladas.

ACCION 3.4.3.2. Creando **nuevos dispositivos asistenciales** que garanticen una cobertura adecuada de las necesidades de la población en materia de atención en Salud Mental, en base al estudio de los recursos materiales necesarios para una implementación real y efectiva de los programas asistenciales y rehabilitadores establecidos en este Plan.

Objetivo específico 3.4.4: Consolidar la Red de Atención Infanto–Juvenil y la dotación multidisciplinar en todos los dispositivos.

Es necesario dotar a los servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil de recursos humanos, económicos y de espacios físicos necesarios para desarrollar adecuadamente un tratamiento integral de los problemas de salud mental, mediante aquellas intervenciones psicológicas, farmacológicas, sociales y de cuidados, necesarias para mejorar el bienestar y la capacidad funcional, prestando atención a los factores familiares y al contexto social.

ACCIÓN 3.4.4.1. Extendiendo los **programas terapéuticos de alta intensidad** en el medio comunitario para el tratamiento de trastornos mentales graves en la infancia y adolescencia a todas las Áreas Sanitarias.

ACCIÓN 3.4.4.2. Adecuando las plazas en los recursos de **atención de día** y de atención **hospitalaria** para infancia y adolescencia a las necesidades de atención de esta población.

Objetivo Específico 3.4.5: Desarrollar una política de personal en todos los niveles asistenciales buscando la suficiencia, implicación y satisfacción de las personas que trabajan en la Red de Salud Mental.

Deben desplegarse las acciones necesarias para garantizar que la red de salud Mental cuente con una adecuada dotación de profesionales, tanto en cantidad como en diversidad de perfiles, de modo que la atención integral y multidisciplinar sea una realidad en todas las áreas y dispositivos (Anexo 6).

Asimismo, es importante desarrollar acciones que incrementen la satisfacción de las personas que trabajan en la red de salud mental y fomenten su compromiso con la calidad asistencial y la evaluación continua.

ACCION 3.4.5.1. Analizando y adecuando la **dotación de profesionales en salud mental** de modo que se pueda dar respuesta a la demanda asistencial, garantizando la accesibilidad y equidad y la dotación multidisciplinar de los equipos. El análisis de necesidades tendrá en cuenta criterios demográficos, epidemiológicos, de cartera de servicios y presión y demanda asistencial.

ACCION 3.4.5.2. Desarrollando la regulación normativa para el reconocimiento de la especialidad de **Enfermera Especialista de Salud Mental**, con el consiguiente efecto sobre el catálogo de puestos de trabajo en el SESPA.

ACCIÓN 3.4.5.3. Valorando la incorporación de **nuevos perfiles profesionales** a la Red de Salud Mental, como modo de garantizar que cada persona recibe el tipo de atención necesaria en función de sus necesidades, especialmente aquellas con patologías más graves, en las que es necesaria una intervención más global, incluyendo profesionales con conocimientos y competencias encaminadas a facilitar y promover la inserción socio-laboral.

ACCION 3.4.5.4. Implantando en la Red de Salud Mental los **mapas de competencias**, que permitirán a las personas que trabajan en los Servicios avanzar en su desarrollo profesional, gracias a un mejor conocimiento de las habilidades que requiere específicamente su puesto de trabajo.

ACCION 3.4.5.5. Elaborando una **guía de acogida** para el personal de nueva incorporación en Salud Mental.

ACCIÓN 3.4.5.6. Trabajando con los Servicios de Prevención de Riesgos Laborales en la adopción de medidas encaminadas a la promoción de la salud, la **reducción del estrés y el riesgo de burnout** en las personas que trabajan en la Red de Salud Mental, y en el

desarrollo de programas de ayuda al personal con problemas de salud mental relacionados con su labor asistencial.

ACCIÓN 3.4.5.7. Promoviendo durante la residencia los **cuidados de salud**, creando espacios de encuentro que faciliten el apoyo mutuo y la adquisición de competencias para el manejo de situaciones conflictivas o generadoras de estrés en el ámbito asistencial.

ACCIÓN 3.4.5.8. Reconociendo **el buen trabajo** realizado por los equipos, poniendo en marcha, por ejemplo, la identificación y difusión de “Buenas Prácticas” desarrolladas en nuestra Comunidad Autónoma.

ACCIÓN 3.4.5.9. Impulsando la participación de profesionales mediante la formación de **grupos de trabajo para el desarrollo de las acciones previstas en este Plan.**

OBJETIVO GENERAL 3.5: Atender a problemas de salud mental de la población infanto-juvenil.

Objetivo específico 3.5.1: Mejorar la detección precoz de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia, con especial atención a la problemática grave de salud mental y las adicciones con y sin sustancia.

La detección precoz de los trastornos psicopatológicos suele ser un factor determinante en el pronóstico, y aún más en la infancia y adolescencia. Para ello es crucial el papel de la pediatría de Atención Primaria, que mantiene contacto frecuente con menores y sus familias desde el nacimiento. Esta relación estrecha les va a permitir, si cuentan con la formación y los instrumentos adecuados, detectar disfunciones en el desarrollo evolutivo, situaciones de riesgo y otros signos de alarma.

ACCIÓN 3.5.1.1. Optimizando la capacidad de Atención Primaria para detectar psicopatología y/o situaciones de riesgo en menores, incorporando **procedimientos e instrumentos de cribado** que permitan identificar los trastornos más prevalentes y/o más graves (trastornos del espectro autista y primeros episodios psicóticos).

ACCIÓN 3.5.1.2. Mejorando la detección de problemas en la **vinculación temprana** con las figuras parentales, incluyendo en la Historia Clínica Electrónica instrumentos que evalúen la calidad del vínculo afectivo menor-progenitores.

ACCIÓN 3.5.1.3. Impulsando en Atención Primaria las acciones relacionadas con la **detección precoz, seguimiento y consejo breve en adicciones** (sustancias, juego on-line, tecnologías) en menores.

ACCIÓN 3.5.1.4. Desarrollando, desde Atención Primaria, acciones que permitan a la población infanto-juvenil y sus familias prevenir y defenderse de situaciones de **abuso sexual** de cualquier tipo (incluyendo la “sextorsion” y el “grooming”).

Objetivo específico 3.5.2: Mejorar la accesibilidad a los Servicios de Salud Mental y a cualquier otro recurso que precise la población infanto-juvenil con problemas emocionales y sus familias.

Facilitar el acceso a los Servicios Sanitarios es un requisito indispensable para que esta población pueda ser evaluada y atendida por profesionales con la cualificación adecuada.

ACCIÓN 3.5.2.1. Asegurando **vías rápidas** para la evaluación y atención en los servicios de Salud Mental en caso de menores víctimas de **violencia** de género o maltrato familiar y ante síntomas que pueden ser sugestivos de **trastornos mentales graves**.

ACCIÓN 3.5.2.2. Garantizando el cumplimiento de la **legislación vigente** respecto al **derecho de la infancia y la adolescencia a ser escuchada**, estableciendo protocolos que faciliten la valoración y su atención en Salud Mental.

ACCIÓN 3.5.2.3. Desarrollando una **Guía** de procedimientos para los **supuestos legales más frecuentes** en la práctica asistencial en Salud Mental infantojuvenil.

Objetivo específico 3.5.3: Garantizar que la población infanto-juvenil reciba una atención de calidad, adaptada a sus necesidades y orientada a su recuperación.

Es importante abordar los trastornos mentales desde la etapa de la infancia y adolescencia, ya que un porcentaje importante de los problemas de salud mental en personas adultas se inician en esta etapa. Además, la intervención precoz es clave para evitar la cronificación de determinados problemas en la población más joven, como los derivados del uso y abuso de las nuevas tecnologías y otras **conductas adictivas**.

Para proporcionar una atención de calidad a la población infanto-juvenil es necesario disponer de una dotación adecuada de recursos y profesionales con cualificación específica. Deben garantizarse agendas adaptadas a la especificidad de la asistencia con tiempos y frecuencias de consulta adecuados, teniendo en cuenta la importancia del factor tiempo en la evolución de los problemas de salud mental y el éxito o no de las intervenciones, y contemplando las actividades grupales, de intervención con las familias, de coordinación, entre otras.

ACCIÓN 3.5.3.1. Estableciendo, en coordinación con Atención Primaria y otros organismos implicados (Atención Especializada, Servicios Sociales y Educación) **criterios de derivación y priorización**, definiendo qué problemática es subsidiaria de ser atendida en Salud Mental y que problemas o prestaciones son competencia de otros ámbitos.

ACCIÓN 3.5.3.2. Unificando la **edad de atención** en todas las áreas sanitarias.

ACCIÓN 3.5.3.3. **Diseñando procesos asistenciales** en patologías prevalentes y complejas (trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención, entre otros), que incluyan circuitos de ordenación del flujo de la demanda, delimitación de las competencias de cada especialidad, procedimientos de actuación que incluyan a la familia y el entorno, y coordinación con otros organismos (Atención Primaria, Atención Especializada, Educación, Servicios Sociales).

ACCIÓN 3.5.3.4. Promoviendo las **intervenciones grupales, psicoeducativas y de apoyo a las familias** para aumentar su capacidad de cuidado y acompañamiento y

prevenir los problemas de salud mental que pudieran derivarse del desempeño de su rol.

ACCIÓN 3.5.3.5.Desarrollando medidas que fomenten la adherencia terapéutica y la continuidad de cuidados en menores con trastornos que tienden a la cronicidad, impulsando **programas de tránsito** a la atención en adultos.

ACCIÓN 3.5.3.6.Diseñando un programa específico para atender a la población infantojuvenil en situación de **violencia de género**, garantizando el cumplimiento de la legislación vigente en materia de protección a la infancia y violencia de género.

ACCIÓN 3.5.3.7.Desarrollando un **programa asistencial** que guíe la actuación en los servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil para casos de menores en situación de **conflicto interparental** en procesos de separación y/o divorcio.

ACCIÓN 3.5.3.8.Elaborando un protocolo de actuación específico para **población infanto juvenil** con riesgo suicida.

ACCIÓN 3.5.3.9.Estableciendo una vigilancia específica para el seguimiento de prescripción **de psicofármacos** en menores.

OBJETIVO GENERAL 3.6: Atender los problemas de salud mental de la población adulta.

Apartado 3.6.1: Atender a las personas con Trastorno Mental Grave.

El Trastorno Mental Grave engloba diversos diagnósticos psicopatológicos, que tienen en común la gravedad clínica, la persistencia en el tiempo y la tendencia al deterioro en el funcionamiento personal y social, y que alteran las relaciones personales y reducen la calidad de vida.

La atención a personas con diagnóstico de trastorno mental grave, precisa de un equipo multidisciplinar que garantice un abordaje integral dirigido a alcanzar la plena inserción en la comunidad de la forma más autónoma posible. Debe incluir intervenciones dirigidas a la estabilización psicopatológica, los cuidados, el trabajo con las familias, la rehabilitación psicosocial, el apoyo social y comunitario, el alojamiento y la inserción laboral.

Objetivo Específico 3.6.1.1: Revisar e implantar en toda la Red de Salud Mental el Programa de Trastorno Mental Grave, mejorando la atención integral.

ACCIÓN 3.6.1.1.A. Creando un grupo de trabajo para la revisión, actualización e implantación en todas las Áreas sanitarias del **programa de atención a personas con Trastorno Mental Grave.**

ACCIÓN 3.6.1.1.B. Asegurando la **identificación en Historia Clínica Electrónica** de las personas adscritas al programa de trastorno mental grave, de forma que se posibilite una evaluación centralizada del mismo.

ACCIÓN 3.6.1.1.C. Garantizando la implantación de las figuras de **responsable de caso** (psiquiatría o psicología clínica) y **tutor/a** (enfermera o trabajo social) en todas las áreas sanitarias.

ACCIÓN 3.6.1.1.D. Potenciando que la **evaluación clínica** se complete empleando aquellos instrumentos que determine el programa, y con la frecuencia establecida en el mismo.

ACCIÓN 3.6.1.1.E. Impulsando la realización de la **Evaluación y Plan de Cuidados de Enfermería**, en consonancia con el enfoque de la recuperación, y como garante de la continuidad de cuidados.

ACCIÓN 3.6.1.1.F. Asegurando la evaluación del perfil ocupacional y análisis del desempeño por parte de **terapia ocupacional**, orientada a mejorar el funcionamiento

en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, contribuyendo así a fomentar la autonomía.

ACCIÓN 3.6.1.1.G. Garantizando la **valoración de trabajo social** de las personas incluidas en el programa y sus familias, estableciendo un diagnóstico social, para planificar la intervención social y optimizar la coordinación con otros recursos.

ACCIÓN 3.6.1.1.H. Realizando los informes clínicos, de continuidad de cuidados, de desempeño ocupacional e informe social en las derivaciones, garantizando así la **continuidad asistencial** en los distintos niveles y dispositivos sanitarios.

ACCIÓN 3.6.1.1.I. Desarrollando estrategias para mejorar el diagnóstico y tratamiento de la **comorbilidad médica** asociada al trastorno mental grave, en especial para el control y seguimiento de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad y enfermedad respiratoria.

Objetivo Específico 3.6.1.2: Implementar el proceso de detección e intervención precoz en trastorno mental grave y primeros episodios psicóticos.

La identificación precoz de los trastornos mentales graves es clave para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas, evitando su cronificación y el deterioro psicosocial asociado.

El Programa de Atención a los Primeros Episodios Psicóticos pretende mejorar la detección precoz en las primeras fases de la psicosis y favorecer el rápido acceso a los Servicios de Salud Mental especializados.

ACCIÓN 3.6.1.2.A. Completando la **implementación del Programa de Atención a Primeros Episodios Psicóticos** (SESPA, julio 2019), evaluando su eficacia a través de los indicadores establecidos en el mismo. Deben incluirse en Historia Clínica Electrónica las herramientas necesarias, para garantizar el registro adecuado de las intervenciones realizadas y la evaluación de las mismas.

ACCIÓN 3.6.1.2.B. Desarrollando estrategias específicas de **intervención en personas con diagnósticos que potencialmente pueden evolucionar a trastorno mental grave**, que incidan en la prevención de la discapacidad, abordando de manera precoz e integrada la intervención en los planos individual, familiar y social.

Objetivo Específico 3.6.1.3: Desarrollar e implementar las actuaciones necesarias para la atención y rehabilitación de grupos vulnerables y/o específicos con trastorno mental grave, incorporando la perspectiva de género.

Desarrollar programas específicos dirigidos a mejorar la atención al trastorno mental grave en personas o colectivos especialmente vulnerables (patología dual, personas sin hogar, discapacidad intelectual, personas en cumplimiento de condena, personas inmigrantes o refugiadas, situaciones de maltrato), garantizando un adecuado abordaje ajustado a sus características y necesidades.

ACCIÓN 3.6.1.3.A. Diseñando un subprograma de atención específico para **personas con diagnóstico de trastorno mental grave y discapacidad intelectual**, desarrollando circuitos de atención coordinada con las administraciones competentes en la atención a personas con discapacidad intelectual.

ACCIÓN 3.6.1.3.B. Diseñando un subprograma específico de atención a personas con diagnóstico de **trastorno mental grave en cumplimiento de condena**, que garantice la continuidad asistencial, incluyendo el traslado de información clínica entre los ámbitos sanitario y penitenciario.

ACCIÓN 3.6.1.3.C. Elaborando un subprograma de atención específico para **minorías étnicas y/o población inmigrante o refugiada con diagnóstico de trastorno mental grave**, introduciendo la perspectiva intercultural.

ACCIÓN 3.6.1.3.D. Mejorando la detección e intervención de **situaciones de maltrato** en personas con diagnóstico de trastorno mental grave, al ser un colectivo especialmente vulnerable a sufrir situaciones de violencia.

ACCIÓN 3.6.1.3.E. Diseñando un subprograma de atención específico para las personas con diagnóstico de **trastorno mental grave y adicciones**.

(Nota: Las acciones correspondientes a personas sin hogar o en riesgo de exclusión social, violencia de género y edad avanzada se desarrollan en los objetivos específicos correspondientes: ACCIÓN 3.2.6.8., ACCIÓN 3.6.6.4. y ACCIÓN 3.6.7.5.)

Apartado 3.6.2: Atender a las personas con Trastorno Mental Común.

Los trastornos mentales comunes representan una parte importante de la demanda de Atención Primaria y Salud Mental. En su abordaje debemos tener en cuenta la coordinación y la colaboración entre ambos niveles asistenciales, con el fin de mejorar la calidad de la atención, evitar el sobretratamiento y la cronificación, y promover el uso adecuado de psicofármacos.

ACCIÓN 3.6.2.1.Garantizando la **detección precoz** del Trastorno Mental Común en Atención Primaria y estableciendo criterios para la derivación a Salud Mental.

ACCIÓN 3.6.2.2.Potenciando las **intervenciones psicoterapéuticas breves**, individuales y grupales, de eficacia probada.

ACCIÓN 3.6.2.3.Promoviendo modelos relacionales y de atención que fomenten la autonomía de las personas y **eviten su cronificación y dependencia** de los Servicios.

ACCIÓN 3.6.2.4.Potenciando la **psicología clínica** en Atención Primaria.

ACCIÓN 3.6.2.5. Incrementando el conocimiento y prescripción de **activos de salud** por parte de profesionales de la salud.

Apartado 3.6.3: Revisar y actualizar el Programa de Adicciones.

Es necesario implementar un programa sobre conductas adictivas y patología dual, quedé respuesta a las necesidades de estas personas, definiendo una cartera de servicios mínima y homogénea en todas las áreas sanitarias. Debe mejorarse la dotación de recursos materiales y humanos dentro de la Red de Salud Mental, de modo que se garantice una atención de calidad. También deberán definirse los niveles de apoyos sociosanitarios, prevaleciendo los entornos de proximidad, comunitarios, diurnos, y de alojamientos orientados a la rehabilitación psicosocial.

ACCIÓN 3.6.3.1.Creando un **grupo de trabajo** multiprofesional orientado a la **revisión y mejora del programa** de atención, tratamiento y rehabilitación de las adicciones.

ACCIÓN 3.6.3.2.Valorando las prestaciones ofertadas, tanto a nivel de estructuras como de recursos humanos, y definiendo una **cartera de servicios** homogénea y ajustada a las necesidades de las personas con problemas adictivos

ACCIÓN 3.6.3.3. Sistematizando un procedimiento homogéneo para evaluar e intervenir en factores de riesgo físico y mejorar el diagnóstico y tratamiento de la **comorbilidad** asociada a los trastornos por uso y abuso de sustancias adictivas, garantizando la **evaluación enfermera** y los planes de cuidados.

ACCIÓN 3.6.3.4.Implementando un procedimiento homogéneo para evaluar e intervenir en factores de riesgo social, garantizando la evaluación y planes de actuación desde **trabajo social**.

ACCIÓN 3.6.3.5.Potenciando las **intervenciones psicoterapéuticas** individuales, familiares y grupales por parte de profesionales con capacitación adecuada. Generalizando un modelo de tratamiento grupal intensivo para personas que presentan adicciones con y sin sustancia.

Apartado 3.6.4. Atender a las personas con Trastorno de la Personalidad.

El abordaje de los trastornos de personalidad debe basarse en una atención multidisciplinar y coordinada, con intervenciones psicoterapéuticas individuales, familiares y grupales de eficacia contrastada, con un uso prudente y seguro de psicofármacos, y teniendo en cuenta la necesidad de cuidados, el entorno social y desempeño de las personas.

El grado de afectación personal, familiar y social de algunas de las personas con este tipo de trastornos, pueden hacer necesario incluirlas en programas específicos dentro de los dispositivos de rehabilitación de la Red de Salud Mental (Hospital de Día, Centros de Tratamiento Integral) o en otros recursos de integración social y/o laboral (vivienda supervisada, programas de inserción laboral).

ACCIÓN 3.6.4.1. Creando un grupo de trabajo multiprofesional para desarrollar un **programa asistencial** para personas con Trastornos de la Personalidad.

ACCIÓN 3.6.4.2. Mejorando la capacidad diagnóstica y estableciendo procedimientos de **valoración integral** (por el equipo multidisciplinar), que contemple los diversos ámbitos de funcionamiento de las personas.

ACCIÓN 3.6.4.3. Implementando los **Planes de Tratamiento Individualizados** para las personas con trastornos de la personalidad.

Apartado 3.6.5. Mejorar la Atención y Tratamiento a las personas con Trastornos de la Conducta Alimentaria.

Mejorar la prevención y atención a las personas con trastornos de la conducta alimentaria es clave para evitar una evolución crónica y tórpida, siendo necesario un tratamiento especializado y multidisciplinar.

ACCIÓN 3.6.5.1. Llevando a cabo un **análisis de la situación** sobre trastornos de la conducta alimentaria que incluya al menos: información epidemiológica (morbilidad asistida en Atención Primaria y Salud Mental); análisis de la demanda en Salud Mental y respuestas asistencial actual; datos sobre la atención prestada en los diferentes dispositivos asistenciales; demanda y derivación a otros recursos sanitarios externos, para identificar carencias y necesidades (Mapa de necesidades y recursos).

ACCIÓN 3.6.5.2. Formando un grupo de trabajo multidisciplinar orientado a la planificación, desarrollo y coordinación de un **programa de atención y tratamiento** de los trastornos de la conducta alimentaria.

ACCIÓN 3.6.5.3. Revisando los criterios de inclusión en **Hospital de Día** para Trastornos de la Conducta Alimentaria, especialmente el que se refiere a la edad.

Apartado 3.6.6. Mejorar la detección y la atención a las mujeres y menores en situación de violencia de género que precisen intervención por los Servicios de Salud Mental.

La violencia contra las mujeres es un problema social y de salud pública que afecta a su salud física y psicológica, que tiene consecuencias sobre quien la sufre, sus hijos, hijas, familiares y personas cercanas, y, de forma indirecta, sobre el conjunto de la sociedad. En Asturias, según datos de la IV Encuesta de Salud para Asturias el 10% de las mujeres mayores de 14 años refieren haber sufrido malos tratos.

Para mejorar la detección y atención a las mujeres y menores en situación de violencia de género es imprescindible sensibilizar y formar al personal del sistema sanitario incidiendo en el conocimiento de las situaciones de trauma y los recursos especializados.

ACCIÓN 3.6.6.1.Mejorando la capacidad de **detección** de la **violencia de género** en mujeres, sus hijos e hijas, **en los servicios de Salud Mental**, implementando estrategias útiles para este fin, como el cribado de situaciones de violencia de género en mujeres y menores que acuden a consulta o las dinámicas grupales con perspectiva de género para mujeres con trastorno mental y/o adicciones.

ACCIÓN 3.6.6.2.Mejorando la capacidad de las personas que trabajan en el sistema sanitario para **detectar psicopatología** en mujeres y menores en situación de violencia de género, favoreciendo la derivación a Salud Mental.

ACCIÓN 3.6.6.3. Logrando la implantación homogénea en todas las áreas del **Programa de Atención Psicosocial a la Mujer** (SESPA, julio 2019), garantizando la cumplimentación adecuada de la Historia Clínica Electrónica.

ACCIÓN 3.6.6.4. Elaborando e implantando un **protocolo de detección y atención a mujeres con diagnóstico de trastorno mental grave y/o adicciones en situación de violencia de género**, que incida en la sensibilización de profesionales, aumente la detección y repercuta en una mejor atención, promoviendo su capacitación y la búsqueda de soluciones.

ACCIÓN 3.6.6.5.Mejorando la **coordinación** entre los diversos ámbitos que intervienen en la atención a las mujeres en situación de violencia de género y sus hijos e hijas, optimizando los recursos y evitando la revictimización. Entre otras iniciativas, se recomienda la presencia de personal de Salud Mental en las Comisiones Técnicas de Seguimiento de Violencia de Género y la implementación de medios telemáticos para facilitar la coordinación.

Apartado 3.6.7. Mejorar el diagnóstico y el tratamiento de los problemas de salud mental en personas de edad avanzada.

ACCIÓN 3.6.7.1. Creando un grupo de trabajo multidisciplinar y multisectorial destinado a elaborar un **programa de atención** a los problemas de salud mental en personas de edad avanzada.

ACCIÓN 3.6.7.2. Desarrollando medidas para favorecer el **diagnóstico precoz** de los trastornos más prevalentes en personas de edad avanzada, facilitar el diagnóstico diferencial con patologías neurológicas, establecer criterios de derivación a Salud Mental y potenciar los planes de cuidados conjuntos.

ACCIÓN 3.6.7.3. Facilitando el **acceso** de las personas mayores con problemas de salud mental sin límite de edad a los **dispositivos de la Red de Salud Mental**, siempre que cumplan los criterios clínicos de inclusión establecido en cada uno de los dispositivos.

ACCIÓN 3.6.7.4. Reorientando la atención sanitaria, fomentando las **intervenciones comunitarias** y espacios de transición para favorecer la permanencia en el domicilio.

ACCIÓN 3.6.7.5. Elaborando implantando un subprograma de atención específico para personas con diagnóstico de **trastorno mental grave y edad avanzada**, al ser un colectivo de especial vulnerabilidad.

Apartado 3.6.8. Evaluar y actualizar el Protocolo de Detección y Manejo de Caso en Personas con Riesgo de Suicidio.

El “Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio” dirigido a los ámbitos más implicados en la atención al paciente con riesgo suicida (Salud Mental, Atención Primaria y Urgencias Hospitalarias), establece un conjunto de medidas dirigidas a la atención a las personas con ideación, planificación o comportamiento suicida en los servicios sanitarios. Tiene como objetivos favorecer la detección precoz, establecer un abordaje terapéutico multidisciplinar reglado, garantizar la atención clínica durante al menos un año y disminuir las tentativas y la mortalidad por suicidio asociado a causas clínicas.

ACCIÓN 3.6.8.1. Creando un **grupo de trabajo multidisciplinar para la revisión**, actualización e implantación del Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio.

ACCIÓN 3.6.8.2. Potenciando el empleo de **instrumentos de valoración** y seguimiento que determine el protocolo, y con la frecuencia establecida en el mismo.

ACCIÓN 3.6.8.3. Mejorando la atención a familiares o personas cercanas que han perdido un ser querido por suicidio, fomentando el apoyo emocional y la prevención del duelo patológico (**Postvención**).

ACCIÓN 3.6.8.4. Desarrollando estrategias de **detección precoz en la población de riesgo** (personas con trastorno depresivo, abuso de sustancias y alcohol, acoso escolar, violencia de género, entre otras).

ACCIÓN 3.6.8.5. Asegurando la **continuidad asistencial** de aquellas personas en las que se haya detectado ideación, planificación o conducta suicida, potenciando y favoreciendo el trabajo en red.

9. INDICADORES DE EVALUACIÓN

Aunque los nuevos programas a desarrollar establecerán indicadores específicos, se propone una batería de indicadores para evaluar el grado de cumplimiento de las acciones propuestas en este Plan de Salud Mental. Si no se establece otra cosa, la evaluación en base a estos indicadores se realizará con periodicidad anual.

OBJETIVO GENERAL 1.1.

| |
|---|
| <u>INDICADOR 1.1.1</u> |
| % de desarrollos normativos, estrategias, planes y programas vinculados a la salud en los que se incorpora de manera específica la salud mental |
| DENOMINADOR: Nº total de desarrollos normativos, estrategias, planes y programas vinculados a la salud publicados |
| NUMERADOR: Nº total de desarrollos normativos, estrategias, planes y programas vinculados a la salud en los que se incorpora de manera específica la salud mental |
| FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD |
| RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD |

| |
|--|
| <u>INDICADOR 1.1.2</u> |
| Presencia de profesionales de salud mental en la Comisión Directora del Plan de Salud. SI/NO |
| FUENTE: Comisión Directora del Plan de Salud |
| RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD |

| |
|--|
| <u>INDICADOR 1.1.3.</u> |
| Nº de grupos de análisis intersectorial creados |
| FUENTE: Comisión de Salud y Equidad en todas las Políticas |
| RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD. |

| |
|---|
| <u>INDICADOR 1.1.4</u> |
| % de acciones del Plan Sociosanitario destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial. |
| DENOMINADOR: Nº total de acciones del Plan Sociosanitario |
| NUMERADOR: Nº total de acciones del Plan Sociosanitario destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad psicosocial. |
| FUENTE: Informantes Clave del Plan Sociosanitario |
| RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/ CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR. |

INDICADOR 1.1.5.

Plan sobre el Consumo de Sustancias y Conductas Adictivas redactado. SI/NO

FUENTE: Dirección General de Salud Pública

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADORES 1.1.6.

Nº de iniciativas relativas a salud mental incorporadas a los planes y estrategias de Atención Primaria.

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.1.7.

Estrategia de Bienestar Emocional en Asturias elaborada. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

OBJETIVO GENERAL 1.2.**INDICADOR 1.2.1.**

Comisión Autonómica de Salud Mental creada. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.2.3.

Foro de Salud Mental creado. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.2.3.

Consejo Asesor en Materia de Drogodependencias del Principado de Asturias creado. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.2.4.

Agendas de coordinación bienal creadas. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 1.2.5.

Previsión presupuestaria bienal disponible. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 1.2.6.

% de órganos de gobernanza local en los que se incorpora la salud mental como eje de actuación básico.

DENOMINADOR: Nº total de órganos de gobernanza local operativos

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

NUMERADOR: Nº de órganos de gobernanza local en los que se incorpora la salud mental como eje de actuación básico.

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: ÓRGANOS DE GOBERNANZA LOCAL

OBJETIVO GENERAL 1.3.**INDICADOR 1.3.1.**

Nº de acciones contra el cuerdismo y anti-estigma desarrolladas (campañas, actuaciones de sensibilización, etc.)

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 1.3.2.

Nº de acciones de sensibilización en materia de empleo desarrolladas

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA/ ORGANISMOS CON COMPETENCIAS EN MATERIA DE EMPLEO

INDICADOR 1.3.3.

Nº de actuaciones antiestigma en el ámbito educativo

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

INDICADORES 1.3.4.

Informe anual elaborado por el Observatorio de Salud. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/MOVIMIENTO ASOCIATIVO

OBJETIVO GENERAL 1.4.

INDICADOR 1.4.1.

Agenda única elaborada. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.4.2.

Informes epidemiológicos anuales elaborados. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.4.3.

% de planes, estrategias o programas de salud en los que se incorpora la prevención del suicidio.

DENOMINADOR: Nº de planes, estrategias o programas de salud promovidos por cualquier organismo público con incidencia directa en la conducta suicida.

NUMERADOR: Nº de planes, estrategias o programas de salud en los que se incorpora la prevención del suicidio.

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.4.4.

Nº de proyectos de investigación sobre prevención del suicidio con financiación pública.

FUENTE: ENTIDADES PÚBLICAS FINANCIADORAS

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 1.4.5.

Nº de acciones de educación para la salud con el objetivo de reducir el comportamiento suicida llevadas a cabo en grupos prioritarios

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA/ OTRAS INSTITUCIONES

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA/ OTRAS INSTITUCIONES

INDICADORES 1.4.6.

Nº de acciones formativas desarrolladas

Nº de profesionales que han participado en formación

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA/ OTRAS INSTITUCIONES

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA/ OTRAS INSTITUCIONES

OBJETIVO GENERAL 2.1.

INDICADOR 2.1.1.1.

Cuaderno promoción salud mental ámbito local elaborado. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.1.1.2.

% de Ayuntamientos que implementan planes y/o programas de promoción de la salud mental

DENOMINADOR: Nº total de Ayuntamientos

NUMERADOR: Nº de Ayuntamientos que implementan planes y/o programas de promoción de la salud y el bienestar de la comunidad

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.1.1.3.

% de Ayuntamientos con actuaciones de educación familiar

DENOMINADOR: Nº total de Ayuntamientos

NUMERADOR: Nº de Ayuntamientos con actuaciones de educación familiar

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.1.1.4.

% de Municipios asturianos incorporados a la Red Española de Ciudades Saludables

DENOMINADOR: Nº total de Ayuntamientos

NUMERADOR: Nº de Ayuntamientos incorporados a la Red Española de Ciudades Saludables

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.1.1.5.

Nº de acciones de prevención y promoción desarrolladas dentro de la Estrategia de bienestar emocional de Asturias.

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

INDICADOR 2.1.1.6.

Nº de centros educativos incorporados al Programa de la Red Asturiana de Escuelas para la Salud.

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

INDICADOR 2.1.1.7.

Guía de promoción de la salud en el ámbito deportivo elaborada. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

INDICADOR 2.1.2.1.

Vía de investigación sobre minorías étnicas abierta. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.1.2.2.

% de medidas de la Estrategia de Envejecimiento Activo puestas en marcha

DENOMINADOR: Nº de medidas en la Estrategia de Envejecimiento Activo (ESTRENA)

NUMERADOR: Nº de medidas de la Estrategia de Envejecimiento Activo puestas en marcha

FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADOR 2.1.2.3.

Nº de acciones de apoyo a las familias monoparentales puestas en marcha

FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.1.2.4.

Nº de acciones de apoyo a la soledad no deseada puestas en marcha en el ámbito rural

FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.1.2.5.

Nº de buenas prácticas dirigidas a mujeres de entornos rurales puestas en marcha

FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.1.2.6.

Nº de buenas prácticas dirigidas reducir el número de personas sin hogar puestas en marcha

FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS/ENTIDADES SOCIALES

OBJETIVO GENERAL 2.2.

INDICADOR 2.2.1.

Protocolo de actuación para la detección temprana del acoso, ciberacoso o abuso en el ámbito educativo evaluado. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

INDICADOR 2.2.2.

Nº de sistemas de gobernanza local en salud con desarrollos comunitarios en fases 0 y 1 que incorporan la Salud Mental y el bienestar emocional en su diagnóstico

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/ENTIDADES

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/ENTIDADES

INDICADOR 2.2.3.

% de Ayuntamientos asturianos que acceden a subvenciones vinculadas a Promoción de la Salud (antiguos Planes de drogas)

DENOMINADOR: Nº de Ayuntamientos asturianos que acceden a subvenciones vinculadas a Promoción de la Salud

NUMERADOR: Nº de Ayuntamientos con programa comunitario

FUENTE: Planes Municipales de Promoción de la a Salud

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.2.4.

Protocolo para detectar problemas de salud mental en menores elaborado dentro de la Estrategia de Promoción del Bienestar Emocional. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.2.5.

Nº de familias con algún miembro diagnosticado de TMG y/o adicciones que participan en actuaciones para favorecer el desarrollo de sus hijo/as

FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

OBJETIVO GENERAL 2.3.

INDICADOR 2.3.1.1.

Metodología para la elaboración de Mapas de Riesgo Comunitario en salud mental desarrollada. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/AYUNTAMIENTOS/ENTIDADES

INDICADOR 2.3.1.2.

Nº de mapas locales de riesgo en salud mental elaborados

FUENTE: FUNDACIÓN ASTURIANA DE CONCEJOS

RESPONSABLE: AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.3.1.3.

% de Ayuntamientos con programas comunitarios de apoyo y ayuda a personas con factores de riesgo para la salud mental

DENOMINADOR: Nº de Ayuntamientos asturianos

NUMERADOR: Nº de Ayuntamientos con programas comunitarios de apoyo y ayuda

FUENTE: FUNDACIÓN ASTURIANA DE CONCEJOS

RESPONSABLE: AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.3.2.1.

Nº de Evaluaciones de Impacto en Salud (EIS) realizadas

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.3.2.2.

Cuaderno de recomendaciones sobre arquitectura y urbanismo realizado. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍAS COMPETENTES

RESPONSABLE: CONSEJERÍAS COMPETENTES

INDICADOR 2.3.2.3.

Nº de iniciativas logradas

FUENTE: AYUNTAMIENTOS

RESPONSABLE: AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.3.2.4.

Programa de Actuación para el Diseño de los Entornos Educativos elaborado. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

INDICADOR 2.3.3.1.

Nº de iniciativas de participación ciudadana y fortalecimiento de redes sociales

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: AYUNTAMIENTOS

INDICADOR 2.3.3.2.

Nº profesionales de la Red de Salud Mental que forman parte de estructuras de participación comunitaria en salud.

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 2.3.3.3.

Guía para la puesta en marcha de Comunidades Cuidadoras o Redes de Apoyo Mutuo elaborada. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.3.3.4.

Nº de corporaciones locales incorporadas a la Red de Ciudades Amigables para personas mayores

FUENTE: DGSP/FEDERACIÓN ASTURIANA DE CONCEJOS

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.3.3.5.

Nº de grupos de apoyo mutuo para mujeres víctimas de violencia de género

FUENTE: DGSP/FEDERACIÓN ASTURIANA DE CONCEJOS

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

OBJETIVO GENERAL 2.4.**INDICADOR 2.4.1.**

Nº de actuaciones de información y sensibilización

FUENTE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

RESPONSABLE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

INDICADORES 2.4.2.

Nº de acciones para reducir el estrés laboral y el acoso

Nº de personas alcanzada por las medidas para reducir el estrés laboral y el acoso

FUENTE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

RESPONSABLE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

INDICADOR 2.4.3.

Nº de buenas prácticas difundidas

FUENTE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

RESPONSABLE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

INDICADOR 2.4.4.

Nº de proyectos de investigación desarrollados

FUENTE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

RESPONSABLE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

OBJETIVO GENERAL 2.5.**INDICADORES2.5.1.1**

Nº de campañas de prevención e información sobre suicidio realizadas

Población alcanzada por las campañas de prevención e información sobre suicidio

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADORES2.5.1.2

Nº de acciones de orientación y apoyo a las familias desarrollados

Población alcanzada por las acciones de orientación y apoyo

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.5.1.3

Nº de actividades de sensibilización y formación destinadas a los medios de comunicación realizadas

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.5.1.4.

Realizada difusión de la Línea de ayuda a las personas con riesgo de conducta suicida. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.5.1.5.

Protocolo de información y prevención del suicidio en el ámbito laboral elaborado. SI/NO

FUENTE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

RESPONSABLE: INSTITUTO ASTURIANO DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

INDICADOR 2.5.2.1.

Mapa de riesgos sobre conducta suicida en Asturias realizado. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.5.2.2.

Nº de acciones para limitar el acceso a medios potencialmente letales.

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 2.5.2.3.

Medidas para reducir el acopio de fármacos reforzadas. SI/NO

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

OBJETIVO GENERAL 3.1.

INDICADORES 3.1.1.1.

Protocolos para detección malestar diseñados. SI/NO

% de personas que participan en actividades desarrolladas en Atención Primaria para el abordaje del malestar, con análisis desagregado por sexo, edad y zona básica de salud.

DENOMINADOR: Nº total de personas en Atención Primaria (mayores de 14 años)

FUENTE: TSI

NUMERADOR: Nº de personas que participan en actividades para el abordaje del malestar.

FUENTE: OMI/ECAP

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.1.1.2.

Elaboradas y difundidas en Atención Primaria y Especializada 5 indicaciones de "no hacer" con perspectiva de género, referidas a problemática de Salud Mental tras estudio de situación en Comunidad Autónoma. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.1.1.3.

% de personas a las que se prescriben activos de salud, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental, con análisis desagregado por sexo, edad, zona básica de salud y prescriptor.

DENOMINADOR: Nº total de personas en Atención Primaria (mayores de 14 años)

FUENTE: TSI

NUMERADOR: Nº de personas en las que se realiza prescripción de activos de salud.

FUENTE: OMI/ECAP

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.1.1.4.

Realizado estudio anual de adecuación de la prescripción. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.1.5.

Estudio anual de la prescripción en personas atendidas en ERA elaborado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.1.1.6.

Nº de acciones de divulgación y sensibilización sobre la necesidad de comunicar reacciones adversas realizadas.

Nº de reacciones adversas comunicadas al año

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.1.1.7.

Campañas mediáticas sobre uso adecuado de fármacos y medicalización del malestar desarrolladas. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.1.2.1.

% de personas con PTI realizado en cada uno de los programas en que así se determine

DENOMINADOR: Nº total de personas en el programa

FUENTE: SELENE/MILENIUM. Si no hay registro específico, Direcciones AGC

NUMERADOR: Nº de personas incluidas en el programa con PTI elaborado y revisado con la periodicidad establecida

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.2.2.

% de personas en el que consta en HCE el nombre de su tutor/responsable (en los programas que lo determinen)

DENOMINADOR: Nº de personas en el programa

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas incluidas en el programa en cuya HCE conste específicamente el nombre del tutor/a.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.2.3.

Procedimiento para la planificación anticipada de decisiones en SM establecido. SI/NO

% de personas con discapacidad psicosocial con Planificación anticipada de decisiones en HCE.

DENOMINADOR: Nº de personas con discapacidad psicosocial de los Servicios de salud Mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas con Planificación anticipada de decisiones elaborada

FUENTE: SELENE/MILENIUM. Si no hay registro específico, Direcciones AGC

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADORES 3.1.2.4.

Incorporación de las personas con discapacidad psicosocial dentro del programa Paciente activo de Asturias realizada. SI/NO

Nº de personas formadas como “paciente” experto/a o “familiar” experto/a

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 3.1.2.5.

Nº de personas que participan en Grupos de Apoyo Mutuo

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA/MOVIMIENTO ASOCIATIVO/OTRAS INSTITUCIONES

INDICADORES 3.1.2.6.

% de personas ingresadas en dispositivos de Salud Mental en las que se prescribe acompañamiento.

DENOMINADOR: Nº de personas ingresadas en dispositivos de Salud Mental (UHP, EEII)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas en las que se prescribe acompañamiento

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.2.7.

% de programas de salud mental evaluados, revisados o de nueva redacción en los que ha participado el movimiento asociativo.

DENOMINADOR: Nº de programas asistenciales elaborados, revisados o evaluados

NUMERADOR: Nº de programas con participación del movimiento asociativo

RESPONSABLE: SESPA/MOVIMIENTO ASOCIATIVO

INDICADOR 3.1.2.8.

Informe anual publicado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA/MOVIMIENTO ASOCIATIVO

INDICADORES 3.1.3.1.

Nº de acciones formativas sobre derechos desarrolladas

FUENTE: DIRECCIONES AGC/UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.3.2.

Guía sobre derechos afectivo-sexuales y reproductivos elaborada. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA/ CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 3.1.3.3.

% de personas con dependencia reconocida por motivos de salud mental y asignación efectiva de asistente personal

DENOMINADOR: Nº de personas con dependencia reconocida por motivos de salud mental
FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

NUMERADOR: Nº de personas que tengan reconocida dependencia por motivos de salud mental a las que se les haya asignado asistente personal
FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADOR 3.1.3.4.

Protocolo actuación en provisión judicial de apoyos elaborado y difundido. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.3.5.

Informe anual de quejas y reclamaciones sobre vulneración de derechos elaborado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA (SAU+ UCOSAM)

INDICADOR 3.1.3.6.

Grupo de trabajo para la disminución de intervenciones no voluntarias creado.

Recomendaciones para disminución de intervenciones involuntarias elaboradas. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.3.7.

Registro de intervenciones involuntarias creado. SI/NO

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.3.8.

% de recursos de atención 24 horas (UHP, CTI, Comunidades Terapéuticas, Unidades Residenciales) en cuyas normas de funcionamiento existen elementos que pueden vulnerar los derechos de las personas usuarias

DENOMINADOR: Nº de recursos de atención 24 horas de la Red de Salud Mental.
FUENTE: UCOSAM

NUMERADOR: Nº de recursos de atención 24 horas en cuyas normas de funcionamiento existen elementos que pueden vulnerar los derechos de las personas usuarias.
FUENTE: DIRECCIONES DE AGC

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.4.1.

% de familias de personas con TMG de cualquier edad, adicciones y patología dual, y edad avanzada en las que se lleva a cabo una valoración de sus necesidades.

DENOMINADOR: N° de personas incluidas en los programas de TMG (de cualquier edad), adicciones y edad avanzada

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: N° personas incluidas en los programas de TMG (de cualquier edad), adicciones y edad avanzada en las que se realiza valoración de necesidades familiares

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.1.4.2.

N° de familias incluidas en programas de intervención y apoyo a las familias

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.1.4.3.

N° de personas que pertenecen a alguna asociación del ámbito de la salud mental

N° de familias que pertenecen a alguna asociación que trabaje en el ámbito de la salud mental

FUENTE: MOVIMIENTO ASOCIATIVO

RESPONSABLE: SESPA

OBJETIVO GENERAL 3.2:**INDICADOR 3.2.1.1.**

Documento de coordinación elaborado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.2.1.2.

% de interconsultas que se resuelven de manera virtual.

DENOMINADOR: N° de interconsultas de Atención Primaria a Salud Mental

FUENTE: HCE

NUMERADOR: N° de interconsultas resueltas de manera virtual.

FUENTE: HCE

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.2.1.3.

Nº de actividades grupales de apoyo a la crianza y atención perinatal

FUENTE: OMI/ECAP. (Si no hay registro específico, Coordinadores AP)

Nº de familias incluidas en actividades grupales de atención perinatal y apoyo a la crianza

FUENTE: OMI/ECAP. (Si no hay registro específico, Coordinadores AP)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.2.1.4.

% de altas en dispositivos 24 horas de salud mental con informe de enfermería

DENOMINADOR: Nº de personas que reciben el alta en dispositivos 24 horas de salud mental.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

DENOMINADOR: Nº de personas que reciben el alta en dispositivos 24 horas de salud mental que reciben informe de enfermería con indicación de cuidados al alta.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.2.2.1.

Número de programas de intervención creados

FUENTE: UCOSAM-DIRECCIONES AGC

Nº de personas incluidas en programas de intervención.

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.2.2.2.

Número y listado de procedimientos elaborados en coordinación con otras especialidades.

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.2.2.3.

% de interconsultas por categoría profesional

DENOMINADOR: Nº de interconsultas solicitadas a salud mental en Servicios Hospitalarios
FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de interconsultas resueltas por cada categoría profesional.
FUENTE: SELENE/MILENIUM

%de personas con interconsulta a salud mental en las que se hace más de una intervención durante su ingreso hospitalario

DENOMINADOR: Nº de personas para las que se solicita interconsulta a salud mental en Servicios Hospitalarios
FUENTE: SELENE/MILENIUM

DENOMINADOR: Nº de personas para las que se solicita interconsulta a salud mental en Servicios Hospitalarios que son vistas más de una vez durante su ingreso
FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.2.3.1.

Grupo de coordinación Salud Mental-Justicia constituido. SI/NO

Nº de reuniones/año

RESPONSABLE: SESPA-JUSTICIA

INDICADORES 3.2.3.2.

Grupo de coordinación Salud Mental-Justicia- FASAD constituido. SI/NO

Nº de reuniones/año

RESPONSABLE: SESPA-JUSTICIA- ENTIDADES TUTELARES

INDICADOR 3.2.3.3.

Protocolo de coordinación desarrollado e implementado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA-INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

INDICADOR 3.2.3.4.

Protocolo de traslados elaborado con la participación de los organismos implicados. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.2.4.1.

Nº de iniciativas coordinadas para menores con necesidades en materia de salud mental

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/ CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN /SESPA

INDICADOR 3.2.4.2.

Centro Terapéutico Educativo creado al final del período. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/ CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN /SESPA

INDICADOR 3.2.5.1.

Procedimiento de coordinación desarrollado. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/SESPA

INDICADOR 3.2.5.2.

Centro 24 horas para adolescentes creado al final del período. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA SALUD/ CONSEJERÍA DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR /SESPA

INDICADOR 3.2.5.3.

Protocolo de coordinación con Atención temprana desarrollado. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR /SESPA

INDICADOR 3.2.5.4.

Nº de comisiones mixtas creadas

RESPONSABLE: SESPA- SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES

INDICADORES 3.2.6.1.

Nº de municipios en los que se ha implantado el programa de apoyo en el entorno, que incluya prestaciones complementarias a la ayuda a domicilio

Nº de personas con discapacidad psicosocial beneficiarias de estos programas por municipio.

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR / S. SOCIALES MUNICIPALES

INDICADOR 3.2.6.2.

% de personas con dependencia reconocida por motivos de salud mental sin Programa Individual de Atención (PIA) asignado por carencia de recurso adecuado

DENOMINADOR: Nº de personas con dependencia reconocida por motivos de salud mental
FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

NUMERADOR: Nº de personas con dependencia reconocida por motivos de salud mental sin PIA asignado por carencia de recurso adecuado
FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR /SESPA

INDICADOR 3.2.6.3.

Censo de personas en espera de recurso sociosanitario disponible. SI/NO

FUENTE: DIRECCIONES AGC

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.2.6.4.

Nº de Miniresidencias creadas

Nº de plazas en Miniresidencias

FUENTE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADOR 3.2.6.5.

% de viviendas de inserción social que funcionan según el modelo unificado

DENOMINADOR: Nº de viviendas supervisadas

FUENTE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

NUMERADOR: Nº de viviendas funcionando según modelo unificado.

FUENTE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/CONSEJERÍA DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.2.6.6.

% de personas con discapacidad psicosocial ocupando plaza normalizada

DENOMINADOR: Nº de personas con discapacidad psicosocial ocupando plaza ERA

FUENTE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

NUMERADOR: Nº de personas con discapacidad psicosocial ocupando plaza normalizada

FUENTE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADORES 3.2.6.7.

Programa de apoyo económico desarrollado e implantado. SI / NO

Nº de personas beneficiarias del programa de apoyo económico

Programa de apoyo residencial complementario a los programas de rehabilitación desarrollado e implantado. SI/NO

Nº de personas beneficiarias del programa de apoyo residencial

FUENTE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADORES 3.2.6.8.

Proceso de atención a personas sin hogar con TMG y/o adicciones implantado. SI/NO

Nº personas sin hogar incluidas en el programa de atención a personas sin hogar o en riesgo de exclusión social con trastorno mental grave y/o adicciones

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADOR 3.2.6.9.

Procedimiento de transición entre dispositivos sanitarios y sociosanitarios difundido. SI/NO

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADOR 3.2.6.10.

Nº de personas con discapacidad psicosocial utilizando un recurso social normalizado por indicación (derivación) de salud mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR

INDICADORES 3.2.7.1.

Grupo de trabajo multisectorial constituido. SI/NO

% de plazas de rehabilitación laboral ocupadas por personas con discapacidad psicosocial

DENOMINADOR: Nº de plazas del programa de rehabilitación laboral

FUENTE: Organismo/ entidad que desarrolle el programa

DENOMINADOR: Nº de plazas del programa de rehabilitación laboral ocupadas por personas con discapacidad psicosocial.

FUENTE: Organismo-entidad que desarrolle el programa/AGC SM/ HCE

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE DERECHOS SOCIALES Y BIENESTAR/CONSEJERÍA DE EMPLEO

INDICADORES 3.2.7.2.

Nº de cursos de capacitación como asistente personal, agente de apoyo mutuo (o figura análoga) impartidos

Nº de personas con discapacidad psicosocial que participa en la formación

FUENTE: INSTITUCIONES QUE IMPARTEN FORMACIÓN

RESPONSABLE: SESPA/INSTITUCIONES CON COMPETENCIAS EN FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN PROFESIONAL

INDICADORES 3.2.7.3.

Nº de acciones de coordinación desarrolladas

FUENTE: UCOSAM

% de personas con discapacidad psicosocial contratadas

DENOMINADOR: Personas contratadas

NUMERADOR: Personas contratadas con discapacidad psicosocial

FUENTE: ENTIDADES CONTRATANTES

RESPONSABLE: SESPA/ENTIDADES CONTRATANTES

INDICADOR 3.2.7.4.

% de PTI en los que se recogen necesidades en el área formativo laboral

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.2.7.5.

Prospección de empleo centralizada. SI/NO

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.2.7.6.

Nº de personas con discapacidad psicosocial que tienen un empleo con apoyo

FUENTE: AGENCIAS PROMOTORAS DE EMPLEOS CON APOYO

RESPONSABLE: AGENCIAS PROMOTORAS/TEJIDO EMPRESARIAL/SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO.

INDICADORES 3.2.8.1.

Listado de situaciones de riesgo, ante las que debe evaluarse ideación, planificación o conducta suicida elaborado y difundido en Atención Primaria, Especializada y Servicios de Atención Urgente. SI/NO

% de personas con evaluación de ideación, planificación o conducta suicida derivadas a Salud Mental

DENOMINADOR: Personas con riesgo evaluado (según el instrumento que se determine)

FUENTE: HCE/ SERVICIOS DE ATENCIÓN URGENTE

NUMERADOR: Personas en situación de riesgo que son derivadas a Salud Mental

FUENTE: HCE

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.2.8.2.

Protocolo de colaboración desarrollado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA/ CONSEJERÍA DE DERECHOS Y BIENESTAR SOCIAL

INDICADOR 3.2.8.3.

Nº de acciones de colaboración con ámbito el judicial, penitenciario y fuerzas y cuerpos de seguridad desarrolladas

RESPONSABLE: SESPA/ INSTITUCIONES PENITENCIARIAS

INDICADOR 3.2.8.4.

Guía para la prevención del suicidio en el ámbito educativo elaborada. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/ CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN

INDICADORES 3.2.8.5.

Variable categoría profesional incorporada en las estadísticas de conducta suicida. SI/NO

Documento de recomendaciones en el ámbito laboral elaborado. SI/NO

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD/ SERVICIOS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

INDICADOR 3.2.8.6.

Nº de acciones de colaboración desarrolladas

RESPONSABLE: SESPA/ INSTITUTO ASTURIANO DE LA MUJER

INDICADOR 3.2.8.7.

Nº de acciones de colaboración desarrolladas

RESPONSABLE: SESPA/ TERCER SECTOR

OBJETIVO GENERAL 3.3:**INDICADOR 3.3.1.1.**

Nº de acciones formativas sobre detección y abordaje inicial a problemática de salud mental

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

RESPONSABLES: CONSEJERÍA DE SALUD/ IAAP

INDICADOR 3.3.1.2.

Nº de acciones formativas compartidas (colectivos sanitarios y no sanitarios)

Nº de profesionales participantes (desagregados por sexo, colectivo y categoría profesional)

FUENTE: ENTIDADES ORGANIZADORAS DE LA FORMACIÓN COMPARTIDA

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 3.3.1.3.

Nº de acciones formativas para profesionales que trabajan directamente con menores

Nº de profesionales participantes (desagregados por sexo, entidad y categoría profesional)

FUENTE: CONSEJERÍA DE SALUD/SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

RESPONSABLES: CONSEJERÍA DE SALUD/ IAAP

INDICADOR 3.3.1.4.

Nº de acciones formativas para la comunidad educativa

Nº de profesionales participantes (desagregados por sexo)

FUENTE: CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN/ IAAP

RESPONSABLES: CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN/ IAAP

INDICADORES 3.3.1.5.

Nº de acciones formativas para Cuerpos y Fuerzas de Seguridad

Nº de profesionales participantes (desagregados por sexo, cuerpo y categoría profesional)

FUENTE: ENTIDAD ORGANIZADORA

RESPONSABLES: SESPA/ CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD DEL ESTADO

INDICADOR 3.3.1.6.

Nº de acciones formativas diseñadas en colaboración con el movimiento asociativo.

FUENTE: ENTIDAD ORGANIZADORA

RESPONSABLES: SESPA/ MOVIMIENTO ASOCIATIVO

INDICADOR 3.3.2.1.

Nº de profesionales con acceso adecuado a la formación on line por área sanitaria y categoría.

FUENTE: GERENCIAS ÁREAS/DIRECCIONES AGC

RESPONSABLES: SESPA

INDICADOR 3.3.2.2.

Listado anual sobre sesiones clínicas y bibliográficas realizado. SI/NO

FUENTE: UCOSAM/DIRECCIONES AGC

RESPONSABLES: SESPA

INDICADOR 3.3.2.3.

% de acciones de formación continuada con evaluación realizada

DENOMINADOR: Acciones formativas desarrolladas

NUMERADOR: Acciones formativas desarrolladas con evaluación realizada

FUENTE: UCOSAM/GERENCIAS ÁREAS/DIRECCIONES AGC/IAAP

RESPONSABLES: SESPA

INDICADOR 3.3.2.4.

Nº de buenas prácticas documentadas y divulgadas

FUENTE: UCOSAM/DIRECCIONES AGC

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.3.3.1.

Nº de especialistas en formación por año, área sanitaria y especialidad

FUENTE: UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

RESPONSABLES: SESPA/CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 3.3.3.2.

Formación MIR en Psiquiatría Infantil y Juvenil acreditada e implantada. SI/NO

FUENTE: UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

RESPONSABLES: SESPA/CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 3.3.3.3.

Nº de guías formativas actualizadas.

FUENTE: UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

RESPONSABLES: SESPA/CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADORES 3.3.3.4.

Programa formativo elaborado. SI/NO

Porcentaje de tutores y responsables docentes que han desarrollado la formación descrita en el programa

DENOMINADOR: Tutores y responsables docentes en las especialidades de Salud Mental

NUMERADOR: Tutores y responsables docentes con formación realizada

FUENTE: UNIDAD DOCENTE MULTIPROFESIONAL DE SALUD MENTAL

RESPONSABLE: CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 3.3.4.1.

Mapa de investigación desarrollado y divulgado. SI/NO

FUENTE: DIRECCIONES AGC/COMITÉ ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

RESPONSABLE: SESPA/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

INDICADOR 3.3.4.2.

Plan Estratégico de Investigación sobre Bienestar y Salud Mental desarrollado. SI/NO

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

INDICADOR 3.3.4.4.

Nº de reuniones al año de la Comisión de Gestión del Conocimiento de Salud Mental

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.3.4.5.

Nº grupos de investigación multidisciplinares (con proyecto de investigación actual)

FUENTE: DIRECCIONES AGC/COMITÉ ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

RESPONSABLE: SESPA/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

INDICADOR 3.3.4.6.

Nº de proyectos de investigación conjuntos desarrollos

FUENTE: DIRECCIONES AGC/COMITÉ ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

RESPONSABLE: SESPA/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

INDICADORES 3.3.4.7.

Reunión anual realizada. SI/NO

Nº de asistentes (por perfil profesional)

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

INDICADOR 3.3.4.8.

% de proyectos de investigación que utilizan datos generados en la práctica asistencial

DENOMINADOR: Nº de proyectos de investigación liderados por profesionales de salud mental

NUMERADOR: Nº de proyectos de investigación liderados por profesionales de la Red de salud mental que utilizan datos generados en la práctica asistencial

FUENTE: DIRECCIONES AGC/SISTEMAS DE INFORMACIÓN

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.3.4.9.

Nº de acciones formativas en metodología de investigación desarrolladas al año

Nº de personas asistentes

FUENTE: INSTITUTO DE ADMINISTRACIONES PÚBLICAS ADOLFO POSADA/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

RESPONSABLE: SESPA/ SERVICIO TRANSFERENCIA Y GESTIÓN CONOCIMIENTO

INDICADOR 3.3.5.1.

Sistema de gestión del conocimiento desarrollado e implantado. SI/NO

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.3.5.2.

Cuadro de mando con indicadores desarrollado e implantado. SI/NO

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.3.5.3.

Nº de indicadores nuevos desarrollados

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.3.5.4.

Nº de formularios nuevos/revisados

% de codificación diagnóstica

FUENTE: HCE

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.3.5.5.

Portal de transparencia puesto en marcha. SI/NO

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.3.5.6.

Nº de indicadores comunes a otros sistemas sanitarios y organismos

FUENTE: HCE

RESPONSABLE: SESPA

OBJETIVO GENERAL 3.4.

INDICADOR 3.4.1.1.

Guía de recursos difundida. SI/NO

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.1.2.

Cartera de servicios elaborada. SI/NO

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.1.3.

% de procesos asistenciales homogenizados implantados por área sanitaria

DENOMINADOR: Nº de procesos homogenizados

NUMERADOR: Nº de procesos asistenciales homogeneizados implantados por área sanitaria

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.2.1.

% de pacientes que han seguido tratamiento psicoterapéutico por área sanitaria al año

DENOMINADOR: Personas atendidas en cualquier dispositivo de la Red de Salud Mental al año

NUMERADOR: Personas en cuyo Plan de Intervención y Plan Terapéutico de la HCE se especifique la indicación de psicoterapia, y el modelo terapéutico.

FUENTE: HCE

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.2.2.

Nº de programas de intervención desarrollados por área sanitaria al año

FUENTE: AGC SALUD MENTAL

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.2.3.

Media de tiempo entre consultas (comparación interanual)

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.4.2.4.

Evaluación realizada. SI/NO

% de barreras de accesibilidad corregidas en relación con las detectadas por área sanitaria

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA/CONSEJERÍA DE SALUD

INDICADOR 3.4.2.5.

Nº y tipo de medidas de reducción de inasistencia desarrolladas

FUENTE: AGC SALUD MENTAL

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.4.2.6.

Estándares elaborados. SI/NO

% de estándares de seguridad y calidad que se cumplen en los servicios de urgencias hospitalarias por área sanitaria

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA/GERENCIAS ÁREA

INDICADOR 3.4.2.7.

% de UHP con equipo multiprofesional funcional

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.2.8.

Actualización modelo de EEII realizada. SI/NO

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.3.1.

Nº de reformas realizadas

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA/ C. DE SALUD

INDICADOR 3.4.3.2.

Nº de dispositivos creados

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA/ C. DE SALUD

INDICADOR 3.4.4.1.

% de áreas con programas de alta intensidad

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.4.2.

Nº de plazas en HD y UHP por mil habitantes de edad infanto-juvenil.

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.1.

Ratio de profesionales por 100.000 habitantes, desagregado por categoría profesional.

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.2.

Categoría de enfermera especialista en Salud Mental reconocida. SI/NO

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.3.

Nuevos perfiles incorporados. SI/NO

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.4.

Nº de mapas de competencias elaborados.

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.5.

Guía elaborada. SI/NO

DENOMINADOR: Nº de profesionales de nueva incorporación

NUMERADOR: Nº de profesionales de nueva incorporación que reciben la guía de acogida

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.6.

Nº de medidas de promoción de la salud y reducción del estrés adoptadas por área sanitaria

% de profesionales que participan en acciones para la reducción de estrés

DENOMINADOR: Nº de profesionales de salud mental

NUMERADOR: Nº de profesionales de salud mental que participan en acciones para reducción de estrés

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.7.

% de residentes que participa en acciones para fomentar los cuidados de salud

DENOMINADOR: Nº de residentes

NOMINADOR: Nº de residentes que participa en acciones para fomentar los cuidados de salud

FUENTE: SESPA/ U. DOCENTE MULTIPROFESIONAL

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.8.

Nº de buenas prácticas identificadas y difundidas

FUENTE: SESPA/ DIRECCIONES AGC

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.4.5.9.

Nº grupos de trabajo

Nº de profesionales participantes por categoría profesional.

FUENTE: UCOSAM

RESPONSABLE: SESPA

OBJETIVO GENERAL 3.5

INDICADOR 3.5.1.1.

% de menores en edad pediátrica en los que se utilizan instrumentos de cribado de trastorno mental incorporados en HCE de AP

DENOMINADOR: Nº de menores en edad pediátrica (menores de 14 años)

FUENTE: TSI

NUMERADOR: Nº de menores en edad pediátrica con utilización de instrumentos de cribado de trastorno mental incorporados en HCE por pediatría o enfermería.

FUENTE: OMI/ECAP

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.1.2.

% de menores en edad pediátrica en los que se utilizan instrumentos de cribado de trastornos del vínculo incorporados en HCE de AP

DENOMINADOR: Nº de menores en edad pediátrica (menores de 14 años)

FUENTE: TSI

NUMERADOR: Nº de menores en edad pediátrica con utilización de instrumentos de cribado de alteraciones del vínculo incorporados en HCE por pediatría o enfermería.

FUENTE: OMI/ECAP

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.1.3.

% de familias de menores en las que se desarrollan acciones de detección precoz o intervención en adicciones

DENOMINADOR: Nº de menores de edad (menores de 18 años)

FUENTE: TSI

NUMERADOR: Nº de menores con actividades de detección/intervención en adicciones

FUENTE: OMI/ECAP

RESPONSABLE: C. DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.5.1.4.

% de familias de menores en las que se desarrollan acciones de detección precoz o intervención en abuso sexual de cualquier tipo

DENOMINADOR: Nº de menores de edad (menores de 18 años)

FUENTE: TSI

NUMERADOR: Nº de menores con actividades de detección/intervención/consejo en abuso sexual de cualquier tipo

FUENTE: OMI/ECAP

RESPONSABLE: C. DE SALUD/SESPA

INDICADOR 3.5.2.1.

Tiempo de espera medio para primera consulta en menores derivados por violencia o sospecha de trastorno mental grave (trastornos del espectro autista, psicosis, etc.)

DENOMINADOR: Nº de menores con derivación a SM en la que conste que se trata de violencia de género o sospecha de TMG (psicosis, trastorno del espectro autista)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR : Total de tiempo de espera para primera consulta con especialista en menores en cuya derivación conste que se trata de un caso de violencia de género o sospecha de trastorno mental grave (psicosis, trastorno del espectro autista)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.2.2.

% de menores con derivación a salud mental que no tiene consulta con especialista por negativa de un progenitor.

DENOMINADOR: Nº de menores derivados a Salud Mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de menores con derivación a Salud Mental, que no tiene consulta con especialista por negativa de un progenitor.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.2.3.

Guía de procedimientos para los supuestos legales más frecuentes en la práctica asistencial en Salud Mental elaborada. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.3.1.

Criterios de derivación y priorización difundidos. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.3.2.

Edad de atención unificada. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.3.3.

Nº de procesos asistenciales elaborados

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.3.4.

% de menores con trastorno mental en los que se desarrolla intervención grupal con familias.

DENOMINADOR: Nº familias de menores atendidos en Salud Mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de familias de menores atendidos en SM en las que, al menos una persona, participa en intervención familiar grupal

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.3.5.

% de menores con trastornos mentales que tienden a la cronicidad que se incluyen en programa de tránsito

DENOMINADOR: Nº de menores con trastorno mental que tiende a la cronicidad (F20-29, F84) atendidos en Salud Mental.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de menores con trastorno mental que tiende a la cronicidad (F20-29, F84) incluidos en programa de tránsito.

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.5.3.6.

Programa diseñado. SI/NO

% de niños y niñas incluidos en el programa para menores víctimas de violencia de género respecto al total de menores atendidos en SM.

DENOMINADOR: Nº de menores atendidos en Salud Mental.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de niños y niñas en el programa de atención a violencia de género.

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.5.3.7.

Programa de conflicto interparental diseñado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.3.8.

Protocolo para población infanto-juvenil con riesgo suicida elaborado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.5.3.9.

Informe de seguimiento anual publicado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

OBJETIVO GENERAL 3.6:

INDICADOR 3.6.1.1.A.

Programa revisado. SI/NO

% de áreas sanitarias con programa de TMG implantado

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.1.B.

% de pacientes en el programa de TMG identificados en HCE respecto al total

DENOMINADOR: Nº de personas con TMG atendidas en Salud Mental

FUENTE: Direcciones AGC

NUMERADOR: Nº de personas en cuya HCE se identifican como TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.1.1.C.

% de pacientes en el programa de TMG con identificación de responsable de caso (especialista en psiquiatría o psicología clínica) en HCE

DENOMINADOR: Nº de personas con TMG atendidas en Salud Mental

FUENTE: Direcciones AGC

NUMERADOR: Nº de personas en programa TMG con identificación de responsable

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

% de pacientes en el programa de TMG con identificación de tutor/a (enfermera o trabajo social) en HCE

DENOMINADOR: Nº de personas con TMG atendidas en Salud Mental

FUENTE: Direcciones AGC

NUMERADOR: Nº de personas en programa TMG con identificación de tutor/a

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.1.D.

% de pacientes en el programa de TMG con evaluación clínica con la frecuencia determinada

DENOMINADOR: Nº de personas en programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en programa TMG con evaluación clínica en instrumentos definidos con la frecuencia determinada

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.1.E.

% de pacientes en el programa de TMG con Evaluación y Plan de Cuidados de Enfermería

DENOMINADOR: Nº de personas en programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en programa TMG con Evaluación y Plan de Cuidados de Enfermería

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.1.F.

% de pacientes en el programa de TMG con valoración de Terapia Ocupacional

DENOMINADOR: Nº de personas en programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en programa TMG con valoración de Terapia Ocupacional

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.1.G.

% de pacientes en el programa de TMG con valoración de Trabajo Social

DENOMINADOR: Nº de personas en programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en programa TMG con valoración de Trabajo Social

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.1.H.

% de pacientes TMG derivados a otro nivel o dispositivo sanitario con informes completos.

DENOMINADOR: Nº de personas en programa de TMG derivadas a otro nivel o dispositivo asistencial.

FUENTE: SELENE/MILENIUM. (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas con TMG derivadas a otro nivel o dispositivo asistencial con informes completos (facultativo, de enfermería de trabajo social y de terapia ocupacional)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.1.I.

% de pacientes en el programa de TMG con intervención registrada por comorbilidad médica

DENOMINADOR: N° de personas en programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: N° de personas en programa TMG con intervención registrada por comorbilidad médica

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.2.A.

% de altas por mejoría en el programa de PEP respecto al total de personas en el programa

DENOMINADOR: N° de personas en el programa de Primeros Episodios Psicóticos

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: N° de altas por mejoría en el programa de Primeros Episodios Psicóticos

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.2.B.

% de personas con diagnósticos que potencialmente pueden evolucionar a trastorno mental grave que entran en el programa de TMG

DENOMINADOR: N° de personas con diagnósticos CIE-10 (o diagnósticos equivalentes en la clasificación vigente en su momento) de las categorías: F20, F21, F22, F23.1, F23.2, F31, F33, F42, F60.0 y F60.3 (*nota: la revisión del programa de TMG puede suponer un cambio en los diagnósticos de inclusión que será tomada en cuenta en el momento de evaluación*)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: N° de personas con los diagnósticos mencionados incluidas en programa TMG.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.1.3.A.

Subprograma elaborado. SI/NO

% de personas con discapacidad intelectual incluidas en el programa de TMG

DENOMINADOR: N° de personas incluidas en el programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: N° de personas con discapacidad intelectual incluidas en el programa de TMG.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.1.3.B.

Subprograma elaborado. SI/NO

% de personas en cumplimiento de condena en programa de TMG

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en cumplimiento de condena incluidas en el programa de TMG.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.1.3.C.

Subprograma elaborado. SI/NO

% de personas de minorías étnicas o inmigrantes en programa de TMG

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas de minorías étnicas o inmigrantes incluidas en el programa de TMG.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.1.3.D.

% de personas con TMG en las que se hace intervención específica sobre maltrato

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas incluidas en el programa de TMG en las que se hace intervención sobre situaciones de maltrato

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.1.3.E.

Subprograma elaborado. SI/NO

% de personas con patología dual en programa de TMG respecto al total de personas con TMG

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas con patología dual incluidas en el programa de TMG.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.2.1.

Criterios de derivación elaborados y difundidos. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.2.2.

% de personas con TMC en las que se indica prestación de psicoterapia breve

DENOMINADOR: Nº de personas con diagnósticos considerados TMC

FUENTE:SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas con TMC en las que la intervención en SM es psicoterapia breve

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.2.3.

% de personas con TMC con alta en SM en menos de 6 meses.

DENOMINADOR: Nº de personas con diagnósticos considerados TMC

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas con TMC que son alta en SM en los 6 primeros meses desde su derivación (y no hacen retorno en ese período).

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.2.4.

% de personas con TMC atendidas por psicología clínica en AP

DENOMINADOR: Nº de personas usuarias de AP con diagnóstico de TMC

FUENTE: OMI/ECAP

NUMERADOR: Nº de personas usuarias de AP con diagnóstico de TMC atendidas por psicología clínica en AP

FUENTE: TSI

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.2.5.

% de personas con TMC a las que se prescriben activos de salud

DENOMINADOR: Nº de personas con diagnósticos considerados TMC

FUENTE: SELENE/MILENIUM/OMI/ECAP

NUMERADOR: Nº de personas con TMC a las que se prescriben activos de salud en cualquier nivel asistencial

FUENTE: SELENE/MILENIUM/OMI/ECAP

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.3.1.

Programa revisado. SI/NO

% de personas incluidas en programa adicciones

DENOMINADOR: Nº de personas con diagnósticos relacionados con adicciones

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas con conductas adictivas incluidas en el programa

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.3.2.

Cartera de servicios elaborada. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.3.3.

% de personas incluidas en programa adicciones con valoración enfermera

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de Adicciones.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en programa de adicciones con valoración enfermera

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.3.4.

% de personas incluidas en programa adicciones con valoración de Trabajo Social

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de Adicciones.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en programa de adicciones con valoración de Trabajo Social

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.3.5.

% de personas incluidas en programa adicciones con intervención psicoterapéutica reglada

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de Adicciones.

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas en cuyo Plan de Intervención y Plan Terapéutico de la HCE se especifique la indicación de psicoterapia, y el modelo terapéutico.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.4.1.

Programa desarrollado. SI/NO

% de personas con trastorno de personalidad incluidas en programa de TP

DENOMINADOR: Nº de personas con diagnósticos de trastorno de personalidad
FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas con trastorno de personalidad incluidas en el programa
FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.4.2.

% de personas incluidas en programa de TP con valoración integral

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de trastornos de personalidad
FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC).

NUMERADOR: Nº de personas incluidas en el programa de TP con valoración integral
(Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional)
FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.4.3.

% de personas incluidas en programa de TP con PTI

DENOMINADOR: Nº de personas incluidas en el programa de trastornos de personalidad
FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Nº de personas incluidas en el programa de TP con PTI actualizado con la
frecuencia establecida
FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.5.1.

Mapa de necesidades y recursos elaborado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.5.2.

Programa de atención y tratamiento elaborado. SI/NO

% de personas con TCA incluidas en programa

DENOMINADOR: Nº de personas con diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria
FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas con trastorno de la conducta alimentaria en el programa
FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.5.3.

% de personas menores de 18 años incluidas en HD para TCA

DENOMINADOR: Nº de personas en HD para trastornos de la conducta alimentaria

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Nº de personas menores de 18 años en HD para TCA

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.6.1.

% de mujeres atendidas en SM en los que se detecta violencia

DENOMINADOR: Total de mujeres atendidas en Salud Mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Mujeres atendidas en SM en las que se detecta violencia

FUENTE: SELENE/MILENIUM

% de menores que acuden a SM en lo/as que se detecta violencia

DENOMINADOR: Total de menores que acuden a Salud Mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Menores que acuden a Salud Mental en lo/as que se detecta violencia

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.6.2.

% de mujeres y menores en situación de violencia derivados respecto al total de derivaciones

DENOMINADOR: Total de mujeres y menores derivados a Salud Mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Mujeres y menores derivados en los que el motivo de consulta esté relacionado con la violencia

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.6.3.

% de mujeres con formulario APM respecto al total de mujeres con diagnóstico de violencia

DENOMINADOR: Total de mujeres atendidas en SM con diagnósticos relacionados con la violencia (CIE-10: Y05, Y07, T74, T76, Z91)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Mujeres atendidas en SM con diagnóstico de violencia y formulario del programa de APM cumplimentado.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.6.4.

% de mujeres con TMG con formulario APM cumplimentado

DENOMINADOR: Total de mujeres con TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Mujeres con TMG y formulario del programa de APM cumplimentado

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.6.5.

Nº de actividades de coordinación realizadas

RESPONSABLE: SESPA

INDICADORES 3.6.7.1.

Programa de atención elaborado. SI/NO

% de personas de edad avanzada en el programa respecto al total de personas de edad avanzada en SM

DENOMINADOR: Total de personas de edad avanzada atendidas en Salud Mental

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Personas de edad avanzada incluidas en el programa

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.7.2.

Criterios de derivación elaborados. SI/NO

FUENTE: SESPA

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.7.3.

% de personas de edad avanzada incluidas en estructuras intermedias (CTI, HD, CT, CRPS)

DENOMINADOR: Total de personas en estructuras intermedias

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Personas de edad avanzada en EEII

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.7.4.

% de personas de edad avanzada con atención en SM que permanecen en el domicilio

NUMERADOR: Personas de edad atendidas en SM

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Personas de edad avanzada atendidas en SM que permanecen en su domicilio

FUENTE: SELENE/MILENIUM- OMI/ECAP

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.7.5.

% de personas con edad avanzada y TMG en el subprograma de TMG para edad avanzada

DENOMINADOR: Total de personas de edad avanzada con TMG

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

NUMERADOR: Personas con edad avanzada incluidas en el programa de TMG y edad avanzada

FUENTE: SELENE/MILENIUM (Si no hay registro específico, Direcciones AGC)

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.8.1.

Protocolo de detección y manejo de caso revisado. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.8.2.

% de personas en protocolo con valoración con la frecuencia establecida

DENOMINADOR: Total de personas en protocolo (formulario activo y marca activa)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Personas en protocolo con valoración realizada con la frecuencia establecida

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.8.3.

% de familiares de personas fallecidas por suicidio en los que se hace postvención

DENOMINADOR: Nº de familias de personas fallecidas por suicidio

FUENTE: INE/Registro de Mortalidad de Asturias

NUMERADOR: Nº de familias de personas fallecidas por suicidio en las que se lleva a cabo, al menos con una persona, intervención desde Salud Mental (como nueva derivación o en casos en contacto)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.8.4.

Estrategias desarrolladas. SI/NO

RESPONSABLE: SESPA

INDICADOR 3.6.8.5.

% de personas incluidas en protocolo con intervención multidisciplinar

DENOMINADOR: Total de personas en protocolo (formulario activo y marca activa)

FUENTE: SELENE/MILENIUM

NUMERADOR: Personas en protocolo con valoración-intervención de, al menos, psiquiatría, psicología clínica, enfermería y trabajo social.

FUENTE: SELENE/MILENIUM

RESPONSABLE: SESPA

10. PRESUPUESTO DEL PLAN DE SALUD MENTAL

| ANUALIDAD | AREA I | AREA II | AREA III | | | | TOTAL |
|--------------|-------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|-------------------|----------------------|
| | | | OBRAS | EQUIPAMIENTOS | PERSONAL | OTROS GASTOS | |
| | € | € | € | | € | € | € |
| 2023 | 34.675,00 | 84.500,00 | 140.000,00 | 19.632,25 | 407.650,70 | 246.500,00 | 932.957,95 |
| 2024 | 16.058,75 | 91.969,00 | 432.300,00 | 17.071,89 | 1.295.560,50 | 117.000,00 | 1.969.960,14 |
| 2025 | 12.661,69 | 49.537,50 | 1.747.783,30 | 102.003,00 | 2.268.310,57 | 12.500,00 | 4.192.796,06 |
| 2026 | 13.294,77 | 22.864,40 | 3.605.230,97 | 74.417,43 | 3.214.916,20 | 9.500,00 | 6.940.223,77 |
| 2027 | 13.959,52 | 54.532,60 | 9.330.970,29 | 0,00 | 4.287.592,60 | 21.000,00 | 13.708.055,01 |
| 2028 | 14.657,49 | 25.194,20 | 9.662.117,96 | 340.850,36 | 5.382.591,68 | 14.000,00 | 15.439.411,69 |
| 2029 | 15.390,36 | 60.031,40 | 3.602.743,01 | 98.029,66 | 6.472.289,63 | 9.500,00 | 10.257.984,06 |
| 2030 | 44.410,66 | 27.761,50 | 641.747,67 | 0,00 | 7.543.644,50 | 18.000,00 | 8.275.564,33 |
| TOTAL | 165.108,24 | 416.390,60 | 29.162.893,20 | 652.004,59 | 30.872.556,37 | 448.000,00 | 61.716.953,00 |

AREA I: Equidad y salud mental en todas las políticas. Sistemas de gobernanza y de participación ciudadana

AREA II: Mejorar los entornos donde vivimos y las condiciones en las diferentes etapas de la vida para conseguir personas y comunidades más resilientes

AREA III: Garantizar un adecuado espacio sociosanitario público

11. PRIORIDADES

Exponemos, a continuación, los temas en los que se centrará con mayor intensidad el desarrollo del Plan en sus dos primeros años de vigencia. Como puede entenderse establecer prioridades no implica que el resto de aspectos no se aborden hasta el periodo 2024-2026, simplemente orienta acerca de aquellos que deben ser tratados de manera inmediata y con intensidad, unas veces por razones lógicas, otras por su gravedad y otras por razones de sensibilidad social.

Los cinco primeros obedecen a una necesidad de capacitación para la acción imprescindible si se quiere que el Plan tenga instrumentos efectivos de dirección, participación y trabajo. El punto 6 refleja la importancia que el entorno vivencial y laboral tiene en el enfoque de este plan y en una continuidad de la atención que exige desde ya hacer el máximo esfuerzo para devolver a las personas discapacitadas psicosocialmente la mayor autonomía posible. Los dos puntos siguientes, siete y ocho recogen dos problemas de evidente gravedad y que generan una importante preocupación en la sociedad. El punto nueve atiende a uno de los problemas centrales que dan sentido a los propios servicios de salud mental. Y por último, el punto 10 anuncia el compromiso de repensar, evaluar, reformular y desarrollar un modelo de trabajo con un problema, viejo y nuevo (adicciones sin sustancia) cuya respuesta actual ha cumplido su ciclo y debe ser renovada. Esta lista será objeto de trabajo desde el inicio de la aplicación del plan con los agentes institucionales implicados, profesionales, asociaciones y personas con discapacidad psicosocial para concretar su desarrollo.

1. Gobernanza y participación
2. El Sistema Gestión del Conocimiento en Salud Mental
3. Desarrollo y Mapa de Recursos e infraestructuras
4. Cartera de Servicios
5. Mapa de Competencias
6. Corresponsabilidad Sociosanitaria e Inserción Laboral
7. Suicidio
8. Infantojuvenil
9. Trastorno Mental Grave
10. Adicciones

12. GLOSARIO

- **Accesibilidad:** Capacidad para prestar asistencia al paciente y sus familias cuando y donde la necesiten.
- **Activo de salud:** Todo factor o recurso que aumenta la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones o instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar.
- **Agente de apoyo mutuo:** Persona que ha experimentado y superado problemas de salud mental, y por tanto se encuentra en una situación privilegiada para trabajar apoyando la recuperación de otras personas que intentan superar los mismos problemas. Es un modelo de recuperación, que ofrece un ejemplo de la posibilidad de mejora.
- **Atención e intervención familiar:** Contemplar a la familia y su entorno como elemento activo en la recuperación de la persona, convirtiendo la intervención familiar (información, asesoramiento, cuidados, estrategias, etc.) en un elemento clave del diseño terapéutico, al tiempo que se incide en el papel de las familias como fuentes de aprendizaje y apoyo mutuo.
- **Autonomía:** Capacidad para respetar y promover la independencia y la autosuficiencia de las personas.
- **Bienestar emocional:** estado de ánimo en el cual la persona se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad.
- **Calidad:** Aumentar continuamente la probabilidad de obtener los resultados que se desean utilizando procedimientos basados en pruebas.
- **Continuidad:** Capacidad de la red asistencial para proporcionar tratamiento, rehabilitación, cuidados y apoyo ininterrumpidamente a lo largo de la vida (continuidad longitudinal) y entre los servicios que la componen (continuidad transversal).
- **Cuerdismo o mentalismo,** describe la opresión y discriminación sobre una característica o condición mental concreta o supuesta de una persona. Esta discriminación puede ser o no definida en términos de trastorno mental o déficit cognitivo.
- **Determinante social de la salud:** Circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Las condiciones anteriores pueden ser altamente diferentes para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud. Es posible que sea

inevitable que algunas de estas condiciones sean diferentes, en cuyo caso se consideran desigualdades. También es posible que estas diferencias puedan ser innecesarias y evitables, en cual caso se consideran inequidades y, por consiguiente, metas apropiadas para políticas diseñadas para aumentar la equidad.

- **Equidad:** Distribución adecuada en calidad y proporcionada en cantidad a las necesidades de la población de los recursos sanitarios y sociales.
- **Estigma:** Fuerte sentimiento de desaprobación que la mayoría de la gente en una sociedad tiene sobre algo, especialmente cuando este juicio social es injusto. El estigma sobre la salud mental se ha convertido en una barrera para que la gente busque ayuda, más específicamente que quieran tratarse y vivir una mejor vida. Este sentimiento puede venir de la familia, amigos, compañeros de trabajo, o la sociedad en general.
- **Factor de protección:** Toda aquella circunstancia o situación que reduce las probabilidades de una persona para contraer una enfermedad. No son directamente su causa, pero están asociados al evento, tienen valor predictivo y pueden determinar la prevención.
- **Factor de riesgo:** Toda aquella circunstancia o situación que aumenta las probabilidades de una persona para contraer una enfermedad. No son directamente su causa, pero están asociados al evento, tienen valor predictivo y pueden determinar la prevención.
- **Integralidad:** Reconocimiento y realización del derecho a recibir asistencia en todo el abanico de necesidades causadas por el trastorno mental.
- **Prevención selectiva:** aquella dirigida específicamente a colectivos de personas que, por sus circunstancias personales, sociales o ambientales, se encuentran en situación de especial riesgo para el desarrollo del comportamiento que se quiere prevenir.
- **Recuperación en el ámbito comunitario:** definida por interacción significativa del sujeto con un entorno. No implica sólo una acción individual, sino que también requiere la acción sinérgica con y del propio entorno. Implica una relación bidireccional.
- **Recuperación personal:** La recuperación de un trastorno mental grave implica dos objetivos que requieren ser promovidos de manera específica: recuperar la salud y retomar el propio curso vital recuperando al máximo las propias capacidades como individuo y como ciudadano.
- **Responsabilización:** Reconocimiento por parte de las instituciones sanitarias de su responsabilidad frente a los pacientes, las familias y la comunidad.

- **Salutogénesis:** La salutogénesis se centra en los factores que respaldan o causan la salud y el bienestar humanos, en lugar de los factores que causan la enfermedad (patogénesis). El "*modelo salutogénico*" desarrollado por Aaron Antonovsky nació originalmente de la relación entre la salud, el estrés y el afrontamiento.
- **Tutor/a:** profesional de Enfermería o de Trabajo Social. Colabora con el/la terapeuta en la evaluación del paciente, es responsable de asegurar la continuidad de cuidados, el cumplimiento del proceso terapéutico y la recogida de la información pertinente en cada momento de su desarrollo.

13. BIBLIOGRAFÍA

1. ActivaMent Catalunya Associació – Hierbabuena Asociación para la Salud Mental – Federación Andaluza en Primera Persona. (2019). *Informe sobre la situación de los Derechos Humanos de las Personas con Discapacidad Psicosocial en España*.
<https://www.enprimerapersonaandalucia.es/wp-content/uploads/2019/07/EPU.pdf>
2. Blanco, C. (2020). *El Suicidio en España. Respuesta institucional y Social*. Revista de Ciencias Sociales, DS-FCS, vol. 33, nº 46, 79-106.
<https://doi.org/10.26489/rvs.v33i46.5>
3. Brownson, R. C.; Burke, T. A., Colditz, G. A., Samet, J. M. (2020). *Reimagining Public Health in the Aftermath of a Pandemic*. American Journal of Public Health, Vol 110, No. 11, 1605-1610.
4. Buitrago Ramírez, F. (coordinador del grupo), Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., Fernández Alonso, M.C., García Campayo, J. Montón Franco, C. y Tizón García, J.L. (2018). *Prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria. Actualización PAPPS 2018*. Atención Primaria. 2018; Vol. 50 (Supl 1): 83-108.
<https://papps.es/wp-content/uploads/2019/02/prevencion-transtornos-salud-mental-papps.pdf>
5. Buitrago Ramírez, F. Ciurana Misol, R. Fernández Alonso, M.C. Tizón García, J.L. *Salud mental en epidemias: una perspectiva desde la Atención Primaria de Salud Española*. Atención Primaria 2020, Vol. 52 (Supl 2): 93-113.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656720302833>
6. Castelló M., Fernández de Sanmamed M.J., García J., Mazo M.V., Mendive J.M., Rico M., Rovira A., Serrano E., Zapater F. (2016) *Atención a las personas con malestar emocional relacionado con condicionantes sociales en Atención Primaria de Salud*. Fòrum Català d'Atenció Primària.
7. Castellví, P., Miranda, A., Recoder S., Calbo E., García C., Leiva D., Manolov R., Solanas A., Matilla N. y Casajuana M. (2021) *Impacto de la Covid-19 en la salud física y mental de la población adulta española*. Fundación La Caixa.
8. Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica. *Documento general y recomendaciones para la reforma psiquiátrica y la atención a la salud mental, del Plan para la Reforma de la asistencia Psiquiátrica y de Salud Mental*. Rev. Asc. Esp. Neuropsiquiatría. 1985. 5; (13): 204-221.
<http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/14810>
9. Comité de Bioética de Cataluña. (2017). *El respeto a la voluntad de la persona con trastorno mental y/o adicción: documento de voluntades anticipadas y planificación de decisiones anticipadas*.
https://canalsalut.gencat.cat/web/.content/Sistema_de_salut/CBC/recursos/documentos_tematica/respeto_voluntad_persona_mental.pdf

10. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Gerencia Regional de Salud Mental. (2018). *Programa de Acción para el Impulso y la Mejora de la Salud Mental en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia 2019-2022*.
https://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2639&idsec=88
11. Comunidad de Madrid. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental. Dirección Servicio Madrileño de Salud. (2018). *Plan Estratégico de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2018-2020*.
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/20214>
12. Comunidad de Madrid. Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. (2020). *Plan de respuesta asistencial prioritaria en salud mental en la crisis por COVID-19*.
<https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50142>
13. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. Instituto Asturiano de la Mujer. (2015). *Protocolo Interdepartamental para mejorar la atención a las víctimas de la violencia de género en el Principado de Asturias 2015*.
<https://iam.asturias.es/documents/269132/273440/Protocolo-interdepartamental-para-mejorar-la-atenci%C3%B3n-a-las-v%C3%ADctimas-de-la-violencia-de-g%C3%A9nero.pdf/694f39a7-6cb0-1a22-7529-aaa75b90ad71>
14. Consejería de Presidencia y Participación Ciudadana. (2017). *Plan Demográfico del Principado de Asturias 2017-2027*.
<https://www.age-geografia.es/site/wp-content/uploads/2017/10/Plan-Demogr%C3%A1fico-Asturias-2017-2027.pdf>
15. Consejería de Sanidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2015). *Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020*.
<https://www.astursalud.es/categorias/-/categorias/profesionales/01000practica-clinica/08000salud-mental/03000plan-de-salud-mental-2015-2020>
16. Consejería de Sanidad. Servicio de Salud del Principado de Asturias. *Actualización Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2015-2020*.
<https://www.astursalud.es/documents/35439/38037/ACTUALIZACI%C3%93N%20PLAN%20DE%20SALUD%20MENTAL%202015.pdf/673d6765-6411-a18d-0dc9-5ceac6f18029>
17. Consejería de Sanidad. (2018). *Estrategia para un nuevo enfoque de la Atención Primaria. 2018-2021*.
<https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/estrategia-para-un-nuevo-enfoque-en-la-atencion-primaria>
18. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2016). *Protocolo Sanitario para mejorar la Atención a las Mujeres que sufren Violencia*.
<https://www.astursalud.es/documents/35439/39276/Protocolo+de+atenci%C3%B3n+a+las+mujeres+v%C3%ADctimas+de+violencia+de+g%C3%A9nero+2016.pdf/Off29059-10e3-5ee2-bfec-07f14cfa4e2e?t=1616686992316>

19. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública y Participación. Unidad de Coordinación del Plan de Drogas. (2010). *Plan de Drogas del Principado de Asturias 2010-2016*. <https://www.astursalud.es/documents/35439/36644/PLAN+SOBRE+DROGAS+2010+2016.pdf/8d7e442d-86c0-a047-97d6-5634abcde106?t=1594222572027>
20. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. Dirección General de Planificación, Ordenación e Innovación Sanitaria. Servicio de Salud del Principado de Asturias. (2014). *Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias*. https://www.astursalud.es/documents/35439/36929/Estrategia+Cronicidad_Libro.pdf/33b9ac6c-c8bf-1b52-0dac-22fbaf223fdc?t=1620809394844
21. Consejería de Sanidad. Dirección General de Salud Pública. (2019) *Plan de Asturias de Salud y Medio Ambiente (PASYMA)*. 2019. <https://www.astursalud.es/documents/35439/38124/Plan+de+Asturias+de+Salud+y+Medio+Ambiente+%28PASYMA%29.pdf/d3507eb6-4454-08c7-2a2c-c61dced2858f?t=1566202384783>
22. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Dirección General de Salud Pública. (2019). *Plan de Salud del Principado de Asturias 2019-2030*. <https://www.astursalud.es/noticias/-/noticias/plan-de-salud-del-principado-de-asturias-2019-2030>
23. Consejería de Servicios y Derechos Sociales. Consejería de Sanidad. (2019). *Plan Sociosanitario del Principado de Asturias 2019-2021*. <https://www.socialasturias.es/plansociosanitario>
24. Díaz Rodríguez M. *Menores refugiados: impacto psicológico y salud mental*. APUNTES DE PSICOLOGÍA, 35(2), 83-92. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/662>
25. European Comision. EU Joint Action on Mental Health and Wellbeing. Final Conference – Brussels, 21-22 January 2016. *European Framework for Action on Mental Health and Wellbeing*. https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf
26. Fernández-García, X. *Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento*. *Ansiedad y Estrés* 27 (2021) 31-40. <https://www.ansiedadyestres.es/sites/default/files/rev/2021/anyes2021a5.pdf>
27. Fábregas, M. Tafur, A. Guillén, A. Bolaños, J.L. y Fernández de Sevilla, P. (2018). *Guía de estilo sobre salud mental para medios de comunicación: las palabras sí importan*. Madrid. Confederación Salud Mental España. <https://www.consalmudmental.org/publicaciones/Guia-estilo-salud-mental.pdf>

28. Garcés Trullenque E.M. *El Trabajo Social en Salud Mental*. Cuadernos de trabajo Social. Vol. 23 (2010): 333-352. [file:///C:/Users/User/Downloads/8335-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8416-1-10-20110531%20\(1\).PDF](file:///C:/Users/User/Downloads/8335-Texto%20del%20art%C3%ADculo-8416-1-10-20110531%20(1).PDF)
29. Germán Urdiola, M.J., Fernández Iglesias, J. (2021). *Novedades de la Ley 8/2021 para personas con problemas de salud mental. Guía en 100 preguntas para trabajadores, familias y usuarios*. Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental. Primera edición: Zaragoza, junio 2021. Segunda edición: Zaragoza, septiembre 2021. <https://www.fadesaludmental.es/images/100preguntas.pdf>
30. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. Servicio Aragonés de Salud. (2017). *Plan de Salud Mental de Aragón 2017-2021*. <https://www.aragon.es/-/estrategia-de-salud-mental>
31. Gobierno de Canarias. Consejería de Sanidad. Servicio Canario de Salud. (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=d2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
32. Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. (2015). *Plan de Salud Mental de Cantabria 2015-2019*. <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeSaludMentalbaja.pdf>
33. Gobierno de Castilla - La Mancha. Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria. Servicio Regional de Salud (SESCAM). (2018). *Plan de Salud Mental de Castilla - La Mancha 2018-2025*. https://www.castillalamancha.es/sites/default/files/documentos/pdf/20190927/plan_salud_mental_2018-2025.pdf
34. Gobierno de Las Islas Baleares. Consejería de Salud. Servicio de Salud de las Islas Baleares. (2016). *Plan Estratégico de Salud Mental de las Islas Baleares 2016-2022*. <https://www.ibsalut.es/apmallorca/es/profesionales/publicaciones/publicaciones-salud-mental/1815-plan-estrategico-de-salud-mental-de-las-islas-baleares-2016-2022>
35. Gobierno de Navarra. Gerencia de Salud Mental, Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. (2019). *Plan de Salud Mental de Navarra 2019-2023*. http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/
36. Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud. (2016) *III Plan Estratégico de Salud Mental de la Rioja* https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/III_PLAN ESTRATEGICO DE SALUD MENTAL 2016-2020.pdf
37. Goffman, E. *Estigma: la identidad deteriorada*. (1963/1968). Buenos Aires. Amorrortu
38. Juliá-Sanchís, R., Aguilera-Serrano, C., Megías-Lizancos, F., Martínez-Riera, J.R. (2020). *Evolución y estado del modelo de atención a la salud mental*. Informe SESPAS 2020. Gaceta Sanitaria, Vol. 34. Sup 1. 2020. 81-86. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911120301825>

39. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020*. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/iii-plan-integral-de-salud-mental-de-andalucia-2016-2020>
40. Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. (2020). *Planificación Anticipada de Decisiones en Salud Mental. Guía de Apoyo para Profesionales y Personas Usuarias de los Servicios de Salud Mental*. https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Guia%20PAD%20SM_2020_0.pdf
41. Junta de Extremadura. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. Servicio Extremeño de Salud. (2016). *III Plan Integral de Salud Mental de Extremadura 2016-2020*. https://saludextremadura.ses.es/filescms/smex/uploaded_files/PLAN_SALUD_MENTAL_2016_2020.pdf
42. Margolles Martins, M. y Donate Suárez, I. *IV Encuesta de Salud para Asturias, ESA 2017*. Consejería de Sanidad. 2018. Dirección General de Salud Pública. <https://www.astursalud.es/documents/35439/38202/ESA2017.pdf/70ec7760-c0aa-f8bc-0869-45c489acc97d>
43. Margolles Martins, M. y Donate Suárez, I. *II Encuesta de Salud Infantil para Asturias. 2017*. Consejería de Sanidad 2018. Dirección General de Salud Pública. https://www.astursalud.es/documents/35439/38205/II%20ENCUESTA%20DE%20SALUD%20INFANTIL%20para%20ASTURIAS_21_03.pdf/b2eb3695-f5f4-94f4-8ee5-ba2fd51baf40
44. Martínez-Esquivel, D. *Desafíos para la enfermería de salud mental después del COVID-19*. Rev. Cienc. Ciudad. 2020; 17(3): 122-129. <https://doi.org/10.22463/17949831.2413>
45. Ministerio de Sanidad. (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
46. Ministerio de Sanidad. (Octubre de 2020). *Equidad en Salud y COVID-19. Análisis y propuestas para abordar la vulnerabilidad epidemiológica vinculada a las desigualdades sociales*. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV/documentos/COVID19_Equidad_en_salud_y_COVID-19.pdf
47. Ministerio de Sanidad y Consumo. (Madrid 2007). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2007*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf

48. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (Madrid 2011). *Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013*. <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/SaludMental2009-2013.pdf>
49. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España. (ESTUDES) 1994-2018*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf
50. Ministerio de Sanidad. Secretaria de Estado de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES). 1995-2019/2020*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf
51. Ministerio de Sanidad. Secretaria de Estado de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Plan de acción sobre adicciones 2021-2024. (Aprobado en Conferencia Sectorial, 25/01/2021). https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PlanASA_2021-24_aprobado.pdf
52. Ministerio de Sanidad, (Madrid 2022). *Estrategia de Salud Mental del Sistema nacional de Salud. Período 2022-2026*. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
53. Ministerio de Sanidad (Versión: 9 de mayo de 2022). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
54. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Federación Española de la Rehabilitación Psicosocial (FEARP). (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con trastornos mentales graves*. https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/gv_tmentalg.pdf
55. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2015/Estrategia%20Seguridad%20del%20Paciente%202015-2020.pdf?cdnv=2>

56. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sociedad Española de Psiquiatría. Sociedad Española de Toxicomanías, Sociedad Española de Patología Dual, Socidrogalcohol. Asociación Gallega de Psiquiatría, CIBERSAM. [Internet]. (2017). *Guía de práctica clínica para el tratamiento farmacológico y psicológico de los pacientes adultos con un trastorno mental grave y un trastorno por uso de sustancias*. http://www.sepsiq.org/file/Enlaces/GPC_570_Guia_Patologia_Dual_copl.pdf
57. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). (2007). *Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave*. <http://www.seg-social.es/imserso/documentacion/pubcat>
58. Lavikainen, Juha, Lahtinen, Eero y Lehtinen, Ville. [*Public Health Approach on Mental Health in Europe*](#). National Research and Development Centre For Welfare and Health, 2000. European Commission.
59. L. Farré, F. Fasani, H. Mueller (2018). [*Feeling useless: the effect of unemployment on mental health in the Great Recession*](#). IZA Journal of Labor Economics 7 (1), 1-34.
60. Organización Mundial de la Salud. (2021). *Década del Envejecimiento Saludable. Informe de Referencia. Resumen*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
61. Organización Mundial de la Salud (2021). *Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar: resumen ejecutivo*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
62. Pena Garijo, Josep; Duque Valencia, Aurelio; Frades García, Begoña; López Cocera, José. *Proceso de atención a las personas con Trastorno Mental Común y manejo del Malestar Emocional. Colaboración entre Atención Primaria y Salud Mental*. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. (2020). <https://www.aepcp.net/wp-content/uploads/2021/03/Proceso-de-atencion-a-las-personas-con-TMC-completo-1.pdf>
63. Pierce, M., Hope, H., sin Ford T., Hatch, S., Hotopf, M., John, A., et al. (2020). *Mental health before and during the COVID-19 pandemic: a longitudinal probability sample survey of the UK population*. The Lancet Psychiatry, 7 (10), 883-892. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30308-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30308-4)
64. Pieters, G.; Ruud, T.; van Weeghel, J.; Bähler, M.; Murphy, B.; Shields-Zeeman, L. y Keet, R. (2017) *Documento de consenso sobre los principios fundamentales y elementos clave de salud mental comunitaria*.
65. Plena Inclusión Madrid (antes FEAPS Madrid). (2014). *Discapacidad Intelectual y Salud Mental: evaluación e intervención psicológica. Análisis de casos*. <https://plenainclusionmadrid.org/recursos/discapacidad-intelectual-salud-mental-evaluacion-e-intervencion-psicologica-analisis-casos/>

66. Sønderskov, K. M., Dinesen, P. T., Santini, Z. I., & Østergaard, S. D. (2020). *The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic*. *Acta neuropsychiatrica*, 32(4), 226–228. <https://doi.org/10.1017/neu.2020.15>
67. Teixeira, S. Sequeira, C. & Llluch, T. (2021). *Programa de promoción de la Salud Mental positiva para adultos (Mentis Plus⁺): manual de apoyo*. Barcelona: Universitat de Barcelona, Deposito Digital, Colección OMADO. <http://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/2>
68. Teixeira, L.A., Freitas, R.J.M., Moura, N.A., Monteiro, A.R.M., *Las necesidades del adolescente en materia de salud mental y los cuidados de enfermería: revisión integradora*. *Texto contexto-enferm.* [online]. 2020, vol. 29, e20180424. Epub Mar 13, 2020. ISSN 0104-0707. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0424>
69. World Health Organization. (2014). *Preventing Suicide: A global imperative*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
70. World Health Organization. (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>
71. World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services. Promoting person-centred and rights-based approaches*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>
72. World Health Organization. (2021). *Live Life. An implementation guide for suicide prevention in countries*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026629>
73. World Health Organization. (2021). *Who menu of cost-effective interventions for mental health*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031081>
74. Xunta de Galicia. Consejería de Sanidad. Servicio Gallego de Salud. Dirección General de Asistencia Sanitaria. (2020). *Plan de Salud Mental de Galicia poscovid-19 Periodo 2020-2024*. <https://www.sergas.es/Asistencia-sanitaria/PLAN-DE-SAUDE-MENTAL-DE-GALICIA-POSCOVID-19?idioma=es>

14. ANEXOS

ANEXO 1: RESUMEN DE LA EVALUACIÓN DEL PLAN 2015-2020

Como se señala en la parte introductoria, este Plan de Salud Mental 2023-2030 se sitúa en un continuo establecido por el anterior Plan de Salud Mental 2015–2020.

Los resultados de la evaluación del Plan de Salud Mental 2025-2020 han sido publicados en la página web del Observatorio de Salud de Asturias

<https://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/EVALUACION-PSM-15-20.pdf>

Se ofrece a continuación un resumen de los principales resultados de la evaluación táctica, en base al grado de cumplimiento de los indicadores propuestos en el Anexo II del Plan de Salud Mental.

| PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL | | |
|--|---|--|
| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
| Incorporar la SM en la Estrategia de Promoción de la Salud en el marco de la disminución de las desigualdades de salud de la población y el trabajo con un grupo social vulnerable cual es el de los pacientes de SM | El reconocimiento de las personas con discapacidad psicosocial como grupo especialmente vulnerable en el Plan de Salud para Asturias 2019-2030 | Impulsar el desarrollo efectivo de las líneas y acciones del Plan de Salud. |
| Establecer un marco de coordinación entre los agentes implicados en la promoción de la SM con base local, que implique al Sistema Sanitario (SM y AP), al Ayuntamiento y ciudadanía | Existencia de sistemas de Gobernanza Local (mesas intersectoriales y Consejos de Salud) en muchos puntos de Asturias. | Promover estos sistemas en todas las áreas, garantizando los medios para hacer efectivas las acciones que se acuerden en estos sistemas. |
| Atención, vigilancia y guía clínica de la violencia de género, en colaboración con el IAM. | Protocolo para la mejora de la atención sanitaria a mujeres en situación de violencia de género. Acciones formativas frecuentes y con importante participación de profesionales. | Seguir desarrollando la colaboración entre Consejería de Salud-SESPA-IAM para proporcionar una atención integral y de calidad Seguir impulsando la formación en materia de salud y género, malestar y violencia de género para profesionales de todas las especialidades. |

| | | |
|--|--|---|
| Malestar de las mujeres y su desmedicalización. | El malestar de las mujeres y consumo de psicofármacos como línea prioritaria del Plan de Salud para Asturias 2019-2030 | Impulsar esta línea del Plan de Salud |
| Implementar el conocimiento en Pediatría de AP de los signos y síntomas de acoso escolar. Establecer medidas de vigilancia del acoso, en colaboración con las autoridades educativas. | Existe un Protocolo de la Consejería de Educación para situaciones de acoso escolar, que rige el procedimiento a seguir y los supuestos de comunicación a otras instancias | Diseñar actuaciones multisectoriales para situaciones de acoso y ciberacoso. |
| <i>Introducir en los programas de promoción de la salud en la escuela actividades relacionadas con SM</i> | Aspectos de salud mental en los Programas de promoción de la salud en la escuela. | Desarrollo de una estrategia de ámbito autonómico que incida en la promoción de la salud mental y el bienestar en el ámbito educativo. |
| <i>Promocionar la relación de usuarios de SM y familiares con los en colaboración con las autoridades educativas.</i> | Aunque escasas, si han llegado a desarrollarse algunas actividades de relación de usuario/as de salud mental con los centros educativos. | Trabajar en el desarrollo de estrategias que hayan demostrado efectividad en la promoción de la salud mental y lucha contra el estigma. |
| <i>Incorporación de actividades comunitarias en promoción de la SM al espacio "Asturias Actúa".</i> | Múltiples recursos comunitarios y actividades orientadas a la mejora de la salud mental en Asturias Actúa. | Potenciar la "prescripción" de activos de salud en el ámbito sanitario. |
| <i>Apoyar y promocionar el asociacionismo entre los usuarios de SM, especialmente en las zonas rurales.</i> | Nº importante de personas y familias que pertenecen a una asociación. | Promocionar el asociacionismo desde las Instituciones Públicas. |

PREVENCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS DE SALUD MENTAL

| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
|---|--|--|
| <i>Elaboración de planes de prevención de adicciones en colaboración con el Plan sobre Drogas para Asturias.</i> | <p>Publicación y difusión de la Guía de prevención de alcohol en edad Pediátrica</p> <p>Ley 4/2015 de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas plantea actuaciones relacionadas con adicciones</p> | <p>Actualización del Plan de Acción sobre Drogas del Principado de Asturias</p> <p>Incluir en las estrategias y campañas de prevención de adicciones, las adicciones sin sustancia</p> |
| <i>Implementación de procedimientos de detección de conductas autolíticas y protocolos de actuación en SM.</i> | Existencia del Protocolo de Detección y Manejo de caso en personas con riesgo de suicidio | <p>Debe revisarse el protocolo</p> <p>Impulsar una estrategia autonómica de suicidio, según lo previsto en el Plan de Salud de Asturias, que incluya múltiples agentes e Instituciones.</p> |
| <i>Elaboración de protocolos para detectar problemas graves de salud mental en AP. Protocolos de seguimientos y derivaciones.</i> | Existencia de protocolos que pueden ayudar a la detección de problemas graves de salud mental (Trastornos del espectro autista y Primeros episodios psicóticos) | <p>Formación continua para Atención primaria</p> <p>Difusión de materiales de screening para este tipo de problemática en función de la patología y la edad.</p> <p>Incorporar a otros estamentos en la detección (Educación, Servicios sociales, ERA)</p> |
| <i>Guía para la identificación de factores de riesgo para la SM en el entorno laboral, en colaboración con el Instituto de Prevención de Riesgos Laborales.</i> | | Desarrollar estrategias para identificación de factores de riesgo en distintos entornos laborales |
| <i>Mejorar el entorno asistencial de niños y adolescentes desde la perspectiva de la SM mediante la elaboración de recomendaciones para la atención en los centros sanitarios</i> | Se han elaborado recomendaciones para la atención a niños y adolescentes en los centros sanitarios. | Seguir trabajando en la mejora de los entornos asistenciales y en otros ámbitos para potenciar el bienestar de esta población |

| PARTICIPACIÓN CIUDADANA | | |
|--|---|--|
| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
| <i>Creación de un “Órgano de Participación”.</i> | <p>Los Servicios de Salud Mental mantienen relaciones de colaboración con el tejido asociativo</p> <p>Los programas asistenciales elaborados se remiten a las asociaciones para su revisión y aportaciones.</p> | <p>Creación de efectiva de un órgano de participación y desarrollo de cualquier otra medida, que garantice la participación de las personas usuarias, el tejido asociativo y la sociedad civil, en la elaboración de planes, estrategias y programas, y en la evaluación de los mismos</p> |

| DERECHOS DE LO/AS USUARIO/AS | | |
|--|---|--|
| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
| <i>Difusión de la Carta de Derechos y Deberes de los Usuarios de los Servicios de SM. Conocida por el personal, difundida entre los afectados/as y que se explique a cada persona que utiliza por primera vez los SSM.</i> | <p>Se difunde la Carta de Derechos y Deberes en todas las áreas sanitarias</p> | <p>Desarrollar nuevos modos de difusión activa y eficaz entre todas las personas usuarias de la Red (el 63% de las personas que responden a la encuesta afirma no conocerla).</p> |
| <i>Desarrollar las restantes “Recomendaciones resultantes de la Evaluación de Derechos Humanos y Calidad en instalaciones con atención de 24 horas de los SSM” y realizar el seguimiento correspondiente.</i> | <p>La mayoría de las Recomendaciones resultantes de la Evaluación de Derechos Humanos y Calidad en instalaciones con atención de 24 horas de los Servicios de Salud Mental han sido desarrolladas</p> | <p>Seguir trabajando en la erradicación de prácticas coercitivas y en la garantía de los derechos humanos en todos los ámbitos (no sólo el asistencial).</p> <p>Tener en cuenta las recomendaciones nacionales e internacionales a este respecto.</p> <p>Ampliar formación en aspectos éticos y legales.</p> |

| LUCHA CONTRA EL ESTIGMA | | |
|---|---|--|
| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
| <i>Formación y fomento de la participación de las personas con problemática de SM</i> | Múltiples actividades de participación de las personas con discapacidad psicosocial | Promover por parte de las Instituciones públicas actividades valiosas y significativas para las personas con experiencia propia en salud mental y la sociedad en general. |
| <i>Sensibilización de colectivos específicos</i> | Se han desarrollado actividades de sensibilización a colectivos diversos | Más implicación de las Instituciones públicas en el diseño de campañas de sensibilización. Participación activa del movimiento asociativo en el diseño de estas campañas. |
| <i>Normalizar procedimientos administrativos de ingreso hospitalario para personas con enfermedad mental siguiendo pautas normalizadas para el resto de especialidades.</i> | Los procedimientos de atención urgente y de ingreso hospitalario están normalizados en todas las áreas sanitarias | Incorporar la visión de las personas usuarias en los procedimientos de atención urgente e ingreso Garantizar el conocimiento por los profesionales de urgencias |

| ATENCIÓN A LOS TRASTORNOS MENTALES | | |
|---|---|--|
| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
| <i>Elaborar una Guía de Servicios con información de RR y prestaciones.</i> | Publicada en AsturSalud e información detallada sobre recursos y prestaciones | Diseñar y difundir este tipo de información en formatos accesibles |
| <i>Protocolizar la coordinación con Atención Primaria</i> | Buen funcionamiento del programa de Interconsulta telefónica SM- AP | Trabajar conjuntamente en un protocolo unificado de coordinación |

Programa de atención a personas con TMG

En todas las AGC de Salud Mental se presta especial atención a las personas con TMG y sus familias, con un seguimiento más intensivo y con mayor tipo de prestaciones.

Existen recursos destinados, casi en exclusiva, a la atención a estas personas: Estructuras intermedias, Equipos de Tratamiento Asertivo Comunitario, pisos tutelados.

En estos recursos hay una mayor dotación de personal, garantizándose una menor ratio profesional-paciente.

Se ha garantizado la presencia de Terapeuta Ocupacional en todos los dispositivos que atienden a personas con TMG

En todos estos dispositivos se desarrollan actividades ocupacionales y de rehabilitación psicosocial

El personal de enfermería desarrolla una importante labor en la valoración de factores de riesgo para la salud, la elaboración de planes de cuidados y la intervención sobre dichos factores

Revisar las dificultades de implantación del Programa de atención a personas con TMG, incluyendo el uso adecuado de la Historia Clínica Electrónica.

Garantizar evaluación integral (psiquiatría, psicología clínica, enfermería, trabajo social y terapia ocupacional) y la elaboración del Plan de Tratamiento Individualizado (PTI) por el equipo multidisciplinar responsable de cada paciente, y su actualización periódica.

Garantizar la atención a las familias

Reactivar las Comisiones de TMG del Área.

Elaborar estándares de dotación de equipos que garanticen el abordaje multidisciplinar

Trabajar en el ámbito de inserción socio-laboral con otras agencias implicadas.

Homogeneizar el funcionamiento de los pisos y crear otras opciones residenciales

Programa de terapia intensiva para niños con TMG en todas las áreas sanitarias

Existen dos programas de atención intensiva a trastorno mental grave en la infancia

Se ha creado el Hospital de Día Infanto-Juvenil

Unificar la edad de atención en todas las áreas

Crear programas de atención intensiva en todas las áreas, definiendo estándares de composición de los equipos, tiempo de permanencia en los programas y sistemas de registro en HCE

| | | |
|---|---|---|
| <p><i>Potenciar las prestaciones psicoterapéuticas</i></p> | <p>Incremento del número de profesionales de Psicología Clínica en la Red de Salud Mental</p> <p>Introducción de la Psicología Clínica en Atención Primaria</p> <p>Incremento en la proporción de personas con trastorno mental común que tienen tratamiento psicoterapéutico</p> | <p>Continuar aproximando los ratios de profesionales de Psicología Clínica a las recomendaciones de sociedades científicas y a otros países de nuestro entorno</p> <p>Difundir información sobre terapias psicológicas de eficacia contrastada como intervención de primera elección en determinados trastornos.</p> |
| <p><i>Programa de Adicciones: revisar y actualizar los criterios para su aplicación homogénea y su normalización en las Áreas Sanitarias e introducir prestaciones psicoterapéuticas.</i></p> | | <p>Garantizar la multidisciplinariedad en el programa de adicciones, impulsar su implantación homogénea e incrementar las prestaciones, introduciendo las prestaciones psicoterapéuticas y mejorando la atención a las familias</p> |
| <p><i>Protocolo de Acogida: información sobre los aspectos funcionales, Derechos y Deberes, quejas y reclamaciones, procedimientos del centro y programas en los que vaya a ser atendido.</i></p> | <p>Existe un protocolo de acogida y se han elaborado dípticos informativos para los diferentes dispositivos, que se entregan a las personas que acuden por primera vez.</p> | <p>Revisar el procedimiento de acogida, incluyendo información sobre prestaciones de los diferentes dispositivos.</p> |
| <p><i>Procedimientos que garanticen los derechos y la dignidad de las y de los pacientes.</i></p> | <p>Existe un protocolo de traslado urgentes unificado y revisado en la Junta de Coordinación de Salud Mental</p> <p>Protocolo de Contención unificado</p> <p>Existen consentimientos informados, unificados y disponibles en HCE</p> | <p>Revisar el Protocolo de traslados urgentes con los diferentes agentes implicados</p> <p>Buscar la eliminación de las prácticas coercitivas en el sistema sanitario.</p> <p>Garantizar que el consentimiento informado reúne todos los requisitos (información suficiente, personalizada, inteligible, que incluya otras opciones disponibles, posibilidad de reflexión y debate...) y el apoyo en la toma de decisiones.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p><i>Implantación de otros programas, actualizando la documentación existente y potenciando la utilización de guías de práctica clínica de reconocido prestigio</i></p> | <p>Desarrollo de varios programas asistenciales:</p> <p>Protocolo de detección y manejo de caso en personas con riesgo de suicidio</p> <p>Programa de Primeros Episodios Psicóticos</p> <p>Programa de Atención Psicosocial a la Mujer</p> <p>Programa de atención psicológica en pandemia por Coronavirus Covid-19</p> | <p>Implantación uniforme de los programas en todas las AGC, garantizando la dotación y formación de los profesionales y la cumplimentación de la HCE</p> <p>Valorar la implantación de otros programas</p> |
| <p><i>Disminuir la variabilidad en la prescripción farmacológica.</i></p> | <p>Existencia de la Comisión de Uso racional del medicamento y productos sanitarios (CURMP)</p> | <p>Implementar otras medidas que contribuyan a disminuir la variabilidad en la prescripción</p> |
| <p><i>Elaboración de criterios asignación de profesionales según capacitación y competencia, en función de las prestaciones y cartera de servicios, asegurando la equidad en el acceso a los recursos.</i></p> | | <p>Definir criterios de asignación y planificación de recursos profesionales en función de población y programas asistenciales</p> <p>Trabajar en la definición de competencias por categoría profesional/destino/programa</p> |

| COORDINACIÓN INTRAINSTITUCIONAL E INTERINSTITUCIONAL | | |
|---|---|---|
| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
| <p><i>Nº de acuerdos, convenios y proyectos con otras entidades</i></p> | <p>Se mantienen vías de colaboración con diversas entidades</p> | <p>Establecer formas de cooperación con entidades que contribuyan a la inserción sociolaboral y empleabilidad de las personas con TMG</p> |
| <p><i>Nº plazas residenciales ocupadas por personas con TMG</i></p> | <p>Hay 190 plazas psicogerítricas en establecimientos residenciales</p> | <p>Reducir la lista de espera Priorizar el uso de plazas normalizadas para personas en situación de estabilidad Ajustar las prestaciones de las plazas a las necesidades de las personas que las ocupan</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <i>Nº personas con TMG/S residiendo en pisos tutelados (1ª y 2ª fase)</i> | Incremento en el número de plazas en pisos tutelados | Lograr la homogeneidad en el funcionamiento de los pisos, que deben ser un instrumento de rehabilitación psicosocial Seguir incrementando plazas y creando esta prestación en las áreas que no disponen de ella. Valorar opciones alternativas de alojamiento ajustadas a las necesidades de las personas |
| <i>Nº actividades formativas/informativas organizadas por otras entidades en las que participan profesionales de los SSM</i> | Se han organizado múltiples acciones formativas desde diversas agencias con la participación de profesionales de SM | |
| <i>Existencia de mecanismos de colaboración para la atención de menores en acogimiento y/o tutela del Principado</i> | Colaboración entre Consejería de Bienestar Social (Instituto Asturiano para la Atención Integral a la Infancia y a las Familias) y SM, que se ha materializado en el Grupo de Trabajo Salud Mental- Servicios Sociales- Educación | Seguir trabajando de manera coordinada en las acciones más adecuadas para la atención de menores en acogimiento. |

POTENCIAR LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN EN SALUD MENTAL.

| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
|---|---|---|
| <i>Número y tipo de acciones formativas planificadas / año</i> | Se desarrollan múltiples acciones formativas, promovidas por el IAAP, las AGC de SM o por la Unidad de Coordinación de salud Mental | Lograr un mejor ajuste de la formación impartida a las necesidades de los servicios, incluyendo todas las categorías profesionales. |
| <i>Implementación de nuevas herramientas relacionadas con las acciones formativas</i> | Se están desarrollando nuevas herramientas que facilitan la formación a distancia | Dotar a los centros de los medios mínimos que permitan el acceso del personal a la formación a distancia. |
| <i>Número de acciones formativas compartidas con otros ámbitos</i> | Se han desarrollado acciones formativas compartidas. | Priorizar acciones formativas compartidas que redunden en mejorar la atención a personas con discapacidad psicosocial en todos los ámbitos. |

| | | |
|---|---|--|
| Existencia de Programas de formación docente para residentes | La formación está estructurada, impartida por profesionales de las diversas especialidades. | Incluir en los programas de residencia formación en programas estratégicos de SM |
| Existencia de Programa de rotación para residentes por los SSM acreditados | Las rotaciones de residentes por los dispositivos de SM garantizan una visión completa de la red y un entrenamiento en las competencias básicas que precisarán en su futuro desempeño profesional | Valorar, junto con la Unidad Docente Multiprofesional y las Direcciones de AGC, modos de optimizar el sistema de rotaciones, de modo que no interfiera con la actividad organizativa y asistencial |
| Número y tipo de investigaciones planificadas / año | Existe un número considerable de investigaciones llevadas a cabo por profesionales de la Red Formación en metodología de investigación durante la residencia de un estudio de investigación al final de la misma | Potenciar la investigación sobre líneas estratégicas y programas transversales en salud mental Mejorar la capacitación de los profesionales en investigación |

| SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD MENTAL | | |
|--|--|---|
| ACCIONES | ASPECTOS POSITIVOS | ASPECTOS A MEJORAR |
| Existencia en HCE de listados, codificaciones de agendas, indicaciones, escenarios, prestaciones, formularios, escalas, etc. unificados y validados Cuadro de mandos y captura de datos unificado e integrado en el sistema sanitario | Historia clínica electrónica implantada en todas las áreas | Reducir la variabilidad de formularios, escalas, agendas, listados... Reducir y simplificar los formularios para mejorar el grado de cumplimentación |

ANEXO 2: PRINCIPALES CONCLUSIONES TRAS EL PROCESO PARTICIPATIVO PARA LA ELABORACIÓN DEL PLAN DE SALUD MENTAL

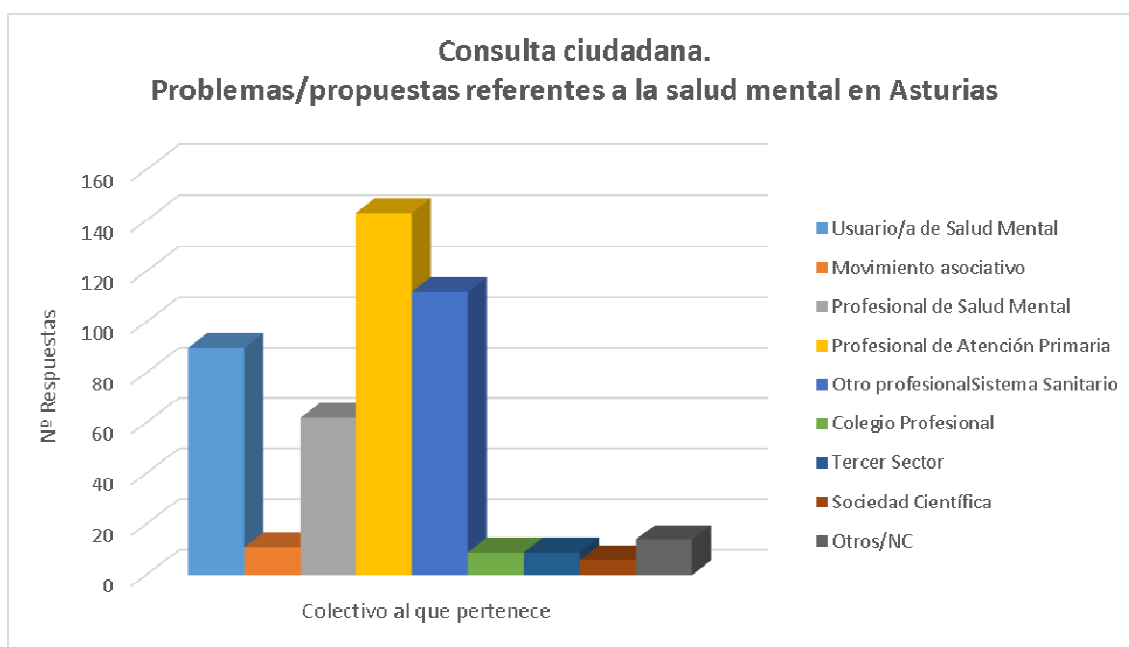
Consulta ciudadana

Entre el 2 de agosto y el 10 de septiembre de 2021 se puso en marcha un proceso de consulta sobre los principales problemas que afectan a la salud mental en Asturias, así como las propuestas que considerarían oportunas para solventarlos. Las preguntas concretas eran:

- ¿Cuáles son los principales problemas que, a tu entender, afectan más a la salud mental en Asturias? (indica un máximo de 3)
- ¿Qué soluciones propondrías desde las políticas y/o los servicios sanitarios para solventar estos problemas? (indica un máximo de 3)

La consulta fue publicada en la página web de Asturias Participa y, paralelamente, remitida a sectores considerados clave: movimiento asociativo, personas usuarias de la Red de Salud Mental, profesionales del ámbito sanitario, sociedades científicas, colegios profesionales, entidades del tercer sector con actividad con personas con discapacidad psicosocial, entre otras.

Participaron 456 personas, principalmente profesionales del ámbito sanitario y personas usuarias de los Servicios de Salud Mental.



Las personas que participaron en la consulta refirieron un total de 1.224 problemas que afectan a la salud mental en Asturias. Estos problemas fueron categorizados en 5 grupos

| | Nº | TIPO DE PROBLEMA | DESCRIPCIÓN |
|--------------------------|--------------------------------|---|--|
| FACTORES ESTRUCTURALES | 21 | ENTORNO FÍSICO | Clima, contaminación, aislamiento |
| | 57 | FACTORES SOCIALES/VALORES/HABITOS DE VIDA | Modelo cultural, valores, problemáticas sociales (desigualdad, violencia...), hábitos de vida |
| | 154 | SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA | Factores relacionados con la economía, la precariedad laboral, la vivienda, la falta de perspectivas, etc. |
| | 7 | INFANCIA Y ADOLESCENCIA | Problemas de menores y sus familias |
| | 15 | MAYORES | Problemas relacionados con los mayores (soledad, aislamiento, etc.) |
| | 14 | MEDICALIZACIÓN DE LA VIDA | Depositar problemas vitales en el sistema sanitario |
| | 51 | INVISIBILIDAD Y ESTIGMA | Desconocimiento social, falta de educación y sensibilidad social y política, invisibilidad, prejuicios, estigma |
| FACTORES DESENCADENANTES | 75 | ADICCIONES | Adicciones con y sin sustancia |
| | 7 | AMBIENTE/EXPERIENCIAS | Experiencias vitales generadoras de problemas de SM |
| | 5 | GENETICA | Hipótesis genéticas sobre el origen de los problemas |
| | 30 | SOLEDAD/AISLAMIENTO | Soledad, carencia de red de apoyo |
| | 38 | PROBLEMAS RELACIONALES | Problemas relacionales o ruptura de esas relaciones |
| | 15 | SUICIDIO | Conductas autolíticas y suicidio |
| | 43 | TRABAJO/ROL | Problemas laborales, estrés, conciliación |
| | 21 | ESTRÉS | Estrés en general |
| | 13 | PROBLEMAS DE SALUD | Problemas de salud, enfermedades somáticas |
| | 44 | PANDEMIA | Situación pandémica y sus consecuencias |
| | 23 | GESTION EMOCIONAL | Dificultades para la gestión emocional |
| ASISTENCIA SANITARIA | 21 | ACCESIBILIDAD | Detección temprana, facilidad para acceder a la Red o a recursos/programas específicos |
| | 44 | TIEMPOS | Listas de espera, separación entre citas, tiempo por paciente |
| | 49 | ATENCIÓN RECIBIDA | Quejas sobre asistencia, continuidad, actitudes profesionales, falta de escucha. |
| | 55 | PRESTACIONES/PROGRAMAS | Déficits en programas asistenciales. Prevención, atención a las familias, rehabilitación socio-laboral |
| | 21 | BIOLOGICISMO | Atención basada en la farmacoterapia |
| | 10 | INFANCIA Y ADOLESCENCIA | Carencias en la atención a infancia y la adolescencia |
| | 33 | ESCASEZ DE RECURSOS | Escasez de recursos (sin especificar materiales o humanos) |
| | 35 | DISPOSITIVOS | Necesidades de recursos sanitarios o sociosanitarios. Creación de nuevas estructuras y mejora en las existentes |
| | 72 | PROFESIONALES | Escasez de profesionales en SM. Mención frecuente a determinadas categorías (psicología clínica y psiquiatría) |
| | 10 | FORMACION PROFESIONALES | Carencias en la formación de profesionales |
| | 35 | LIDERAZGO/COORDINACIÓN | Carencias en liderazgo, gestión y coordinación (con el resto del sistema sanitario y con el ámbito sociosanitario) |
| 14 | REIVINDICACIONES PROFESIONALES | Condiciones de trabajo (estabilidad, sobrecarga, promoción profesional, reconocimiento de especialidad) | |
| P. CLÍNICOS | 77 | ANSIEDAD | T. de ansiedad |
| | 71 | DEPRESION | T. depresivos |
| | 82 | OTROS TM | Psicóticos, de sueño, de alimentación, adaptativos, de la infancia o adolescencia, etc. |

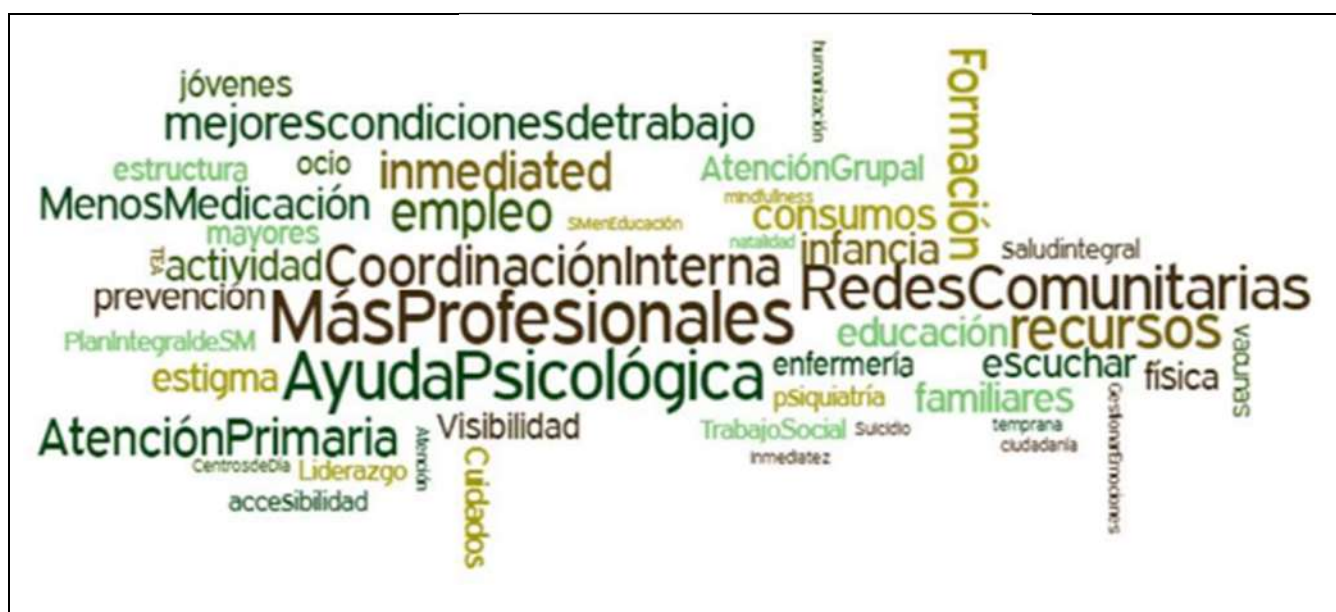
Asimismo, se recogieron 1.076 propuestas, que se clasificaron en 6 categorías:

| | Nº | TIPO DE PROBLEMA | DESCRIPCIÓN |
|----------------------------|-----|---|--|
| PREVENCIÓN | 89 | SOCIECONÓMICOS/POLÍTICOS | Propuestas de índole política, económica, social, demográfica |
| | 15 | PANDEMIA COVID-19 | Medidas de control de la Pandemia |
| | 187 | PREVENCIÓN/EDUCACIÓN | Medidas de prevención de los trastornos mentales |
| | 39 | VISIBILIZACIÓN/ESTIGMA | Medidas que ayuden a visibilizar la problemática de salud mental y erradicar el estigma |
| ACCESIBILIDAD | 15 | POTENCIAR LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD | Medidas para potenciar y reforzar la Atención Primaria |
| | 59 | ACCESIBILIDAD | Favorecer la accesibilidad a los tratamientos de SM |
| | 31 | PSICAP | Extender la prestación de psicología clínica en AP |
| | 31 | DESMEDICALIZACIÓN | Iniciativas para desmedicalizar los problemas de la vida y reducir el consumo de psicofármacos |
| RECURSOS | 34 | CONTINUIDAD/TIEMPOS | Disminuir los tiempos entre consultas y favorecer la continuidad asistencial |
| | 30 | RECURSOS | Referencias no específicas a la necesidad de incrementar los recursos para la atención a los problemas de salud mental |
| | 37 | DISPOSITIVOS | Creación de nuevos dispositivos asistencial o mejoras en los ya existentes |
| | 174 | RECURSOS HUMANOS | Necesidad de incrementar la dotación profesional. Especial mención a psicología clínica |
| PRESTACIONES | 34 | HUMANIZACIÓN/CALIDAD DE LA ASISTENCIA | Acciones para mejorar la calidad de la atención, el buen trato, la humanización y la autonomía de las persona |
| | 35 | LIDERAZGO/GESTIÓN | Mejoras en la gestión de los servicios |
| | 69 | PRESTACIONES/PROGRAMAS | Propuestas de prestaciones necesarias |
| | 18 | FAMILIA | Atención a las familias de personas con discapacidad psicosocial |
| | 19 | INFANCIA Y ADOLESCENCIA | Programas específicos para menores |
| CORRESPONSABILIDAD | 26 | COORDINACIÓN | Coordinación con el sistema sanitario y sociosanitario |
| | 43 | SOCIOSANITARIAS | Mejoras en todo el ámbito sociosanitario |
| | 13 | COOPERACIÓN CON OTROS AGENTES | Estrategias que favorezcan la cooperación con otros agentes (asociaciones, tercer sector) |
| | 19 | REINSERCIÓN | Acciones en pro de la reinserción sociolaboral de las personas con discapacidad psicosocial |
| REIVINDICAC. PROFESIONALES | 31 | FORMACIÓN PROFESIONALES | Mejorar la formación de profesionales sanitarios y sociosanitarios |
| | 28 | CONDICIONES PROFESIONALES | Implementar medidas para favorecer las condiciones de trabajo y la satisfacción del personal de los servicios sanitarios |

| CATEGORÍAS DEL TIPO DE PROBLEMA DETECTADO | | |
|---|--------------|-------------|
| | Nº | % |
| FACTORES ESTRUCTURALES | 319 | 26,06% |
| FACTORES DESENCADENANTES | 316 | 25,82% |
| ASISTENCIA SANITARIA | 399 | 32,60% |
| PROBLEMAS CLÍNICOS | 190 | 15,52% |
| TOTAL | 1.224 | 100% |

| CATEGORÍAS DEL TIPO DE PROPUESTA REALIZADA | | |
|--|-------------|--------|
| | Nº | % |
| PREVENCIÓN | 330 | 30,67% |
| ACCESIBILIDAD | 136 | 12,64% |
| RECURSOS | 275 | 25,56% |
| PRESTACIONES/CALIDAD ASISTENCIA | 175 | 16,26% |
| CORESPONSABILIDAD | 101 | 9,39% |
| REIVINDICACIONES PROFESIONALES | 59 | 5,48% |
| TOTAL | 1076 | |

Propuestas de intervención



Jornada de participación

En el mes de diciembre de 2021 se llevó a cabo una Jornada de Participación Comunitaria, que, debido a la evolución negativa de la pandemia por COVID-19 en aquel momento, hubo de desarrollarse en formato on-line. En ella participaron multitud de agentes y sectores sociales interesados en la salud mental de la población.

La jornada se organizó en mesas de trabajo en base a temas de interés propuestos por las personas participantes, en dichas mesas se recogieron necesidades y propuestas de acción para mejorar la salud mental en Asturias.

| TEMAS TRATADOS EN LAS MESAS DE TRABAJO | |
|--|--|
| Perspectiva de género | Coordinación de actuaciones |
| Promoción salud mental y el bienestar | Evitar la institucionalización |
| Afectivo sexual | Inclusión laboral |
| Nuevas tecnologías | Personas sin hogar |
| Estigma y cuerdismo | Colectivos penitenciarios y salud mental |
| Representación y participación | Condiciones laborales Red asistencial |
| Ética, humanización y derechos | Perfiles profesionales |
| Autonomía de las personas afectadas | Paliativos y eutanasia |
| Suicidio | Infancia y juventud |
| Grupos de apoyo mutuo | Trastorno mental grave |
| Accesibilidad | Adicciones y consumos |
| Familia | Edad avanzada y salud mental |

Resumimos, a continuación, las propuestas recogidas organizadas por temática, independientemente de la mesa concreta en la que haya surgido.

| PROPUESTAS |
|---|
| EQUIDAD Y SALUD MENTAL EN TODAS LAS POLÍTICAS |
| Todas las personas deben disponer de medios para desarrollar su vida sin carencias de recursos básicos (trabajo, educación, entorno social cooperativo...). Movilizar recursos. Políticas sociales eficientes |
| Tener en cuenta la perspectiva de género, la edad y la accesibilidad geográfica (ámbito rural o urbano) en el diseño del plan de salud mental |

PERSPECTIVA DE GÉNERO

Formar a profesionales en género (visión feminista)

Datos epidemiológicos desagregados por sexo. Análisis con perspectiva de género. Visibilizar sesgo de género en el acceso a los servicios (AP y SM)

Androcentrismo en la salud y en la salud mental

Evaluar necesidad de recursos seguros para las mujeres en SM. Espacios mixtos o no

Tener en cuenta el género del profesional según la situación en la que va a intervenir.

Facilitar el acceso a los recursos de salud mental de familias monomarentales

Diversidad de respuestas terapéuticas dependiendo del género y edad.

Alternativas terapéuticas y sociales para disminuir medicalización y cronificación

Detección temprana de la violencia de género

PROMOCIÓN SALUD MENTAL

Formar en gestión de emociones y alfabetización emocional. Centros de educación formal e informal. Campañas informativas, talleres, apoyo psicoeducativo

Autogestión emocional

Detectar focos de malestar mediante encuestas que utilicen el modelo de Determinantes de Salud. Intervención en esos condicionantes sociales

Identificar el bienestar

Identificar etapas del ciclo vital más vulnerables

Formación a las familias.

Equidad. Zonas rurales: registro y difusión de activos de salud

Articular agentes comunitarios para prevención y detección precoz. Agenda local en SM

Intervenir en soledad no deseada. Grupos intergeneracionales, Bancos de tiempo, GAM, escuelas de salud, envejecimiento activo

GRUPOS APOYO MUTUO GAM en sectores con alta problemática de SM (sanitarios, policía)

Fuerzas de seguridad: Relaciones internas saludables, eliminar estigma, formar.

Detección de violencia de género en el ámbito socio-sanitario

Apoyo holístico a la mujer desde recursos comunitarios para aliviar sobrecarga

SIN HOGAR Determinantes de salud. Cubrir necesidades básicas de personas sin hogar. (No sustituir vivienda por tratamiento).

Detección precoz del sufrimiento. Rol de la Psicología en los IES

Prevención indicada: violencia de género, padres con TMG. Trabajo comunitario y recursos económicos

Promover salud mental integral, visibilizar y eliminar estigma. Programas en colegios, AMPAS, capacitación parental para todos

Prevención de aspectos relacionados con TMG en la infancia

Incorporar SM (soledad no deseada, apoyo a familias cuidadoras, envejecimiento/demencias, ausencia de apoyo social...) como temas prioritarios dentro de la salud comunitaria

Estrategia autonómica contra la soledad no deseada

| | |
|---|---|
| Iniciativas de promoción de la salud mental por parte del Sistema sanitario en coordinación con las entidades a nivel local | |
| Programas de sensibilización sobre problemática de SM | |
| Crear entornos comprometidos con el bienestar de las personas: comunidades amigables con las personas de edad avanzada; comunidades cuidadoras...incorporar modelos de convivencia más humanizados. | |
| Difusión de recursos existentes (públicos, asociaciones...) en colegios y programas municipales y autonómicos | |
| Campañas de sensibilización a la población: aceptación duelo, afrontamiento estrés y ansiedad, entrenamiento en HHSS y autoestima | |
| Psicoeducación. Acciones formativas en distintos ámbitos institucionales (centros educativos, centros culturales, sociales, asociaciones de vecinos, centros de mayores,...) | |
| Autoconocimiento. Acciones formativas en autoconocimiento, autogestión y desarrollo personal en ámbitos académicos y otros ámbitos institucionales | |
| Meditación. Programa teórico práctico ámbitos académicos y en otro tipo de ámbitos institucionales | |
| APECTIVO-SEXUAL | Educación afectivo sexual desde edades tempranas |
| | Talleres afectivo-sexuales de ámbito comunitario. Especialmente en zonas rurales |
| NUEVAS TECNOLOGÍAS | Acciones formativas sobre efectos de NNTT en la capacidad atencional (ámbito educativo y otros ámbitos institucionales) |
| | Entrenamiento en atención y concentración, orientado a prevenir y minimizar los efectos de las tecnologías |
| ADICCIONES Y CONSUMOS (Estrategias preventivas) | Sensibilización e información a la población. Campañas divulgativas |
| | Formación a las familias en los centros educativos. Talleres en AMPAS |
| | Facilidad de acceso. Estudio sobre adicciones en Asturias. Cambios legales |
| | Discriminación en mujeres. Campañas específicas. Trabajo con asociaciones de mujeres |
| Necesidad de coordinación entre administraciones (Educación-Salud) | |
| Alimentación. Acciones educativas en ámbitos académicos y otros ámbitos institucionales, con el objeto de promover una alimentación saludable. | |
| Naturaleza. Fomentar la participación en actividades al aire libre, que impliquen un contacto con el espacio natural. | |
| Fomentar intercambio social con programas de encuentro alrededor de inquietudes artísticas, creativas, culturales, o de cualquier otro tipo. | |
| Deporte. Fomentar actividad deportiva en mayor número de sectores y ámbitos. | |
| ESTIGMA Y CUERDISMO | |
| Campañas de sensibilización sobre estigma (general y ámbito educativo). Participación de asociaciones en primera persona | |
| Cambios en el tratamiento de noticias en los medios de comunicación | |
| Visibilizar para normalizar e identificar | |

| | |
|--|---|
| GRUPOS APOYO MUTUO | Actividades de sensibilización en sectores clave por personas con experiencia propia (educación, sanitario, sociosanitarios) |
| | Eliminar barreras de inclusión social a causa del estigma. Campañas de sensibilización y actuaciones a nivel de barrio |
| | Cambio social de visión reduccionista centrada en diagnóstico y enfermedad. Importancia del contexto, vivencia y potencialidades |
| | Formación en teoría de la mente. Visibilizar cuerdisimo (1) |
| | Día del orgullo loco |
| REPRESENTACIÓN Y PARTICIPACIÓN | |
| | Elaborar guía de participación: actores y herramientas de participación |
| | Crear Comisión de seguimiento del Plan |
| | Evaluar grado de participación |
| | Apoyo institucional a asociaciones en primera persona |
| | Potenciar el papel de los sistemas de gobernanza local en salud en la mejora de la salud mental y la planificación de la asistencia |
| ÉTICA, HUMANIZACIÓN Y DERECHOS | |
| | Acciones formativas para mejorar el conocimiento de aspectos legales (sociedad, profesionales, personas afectadas) |
| | Creación de observatorio de Salud Mental. Nexo entre sociedad y ejercicio de derechos |
| | Publicidad de quejas y reclamaciones |
| | Respeto a los derechos humanos y Convención de Derechos de Personas con Discapacidad rectora de la atención en SM |
| | Capacitación de profesionales que intervienen en crisis |
| | Mejora de competencias en ética y bioética en los servicios. Paciente experto/a |
| | Conocimiento de profesionales y personas usuarias sobre los derechos que les asisten |
| | Desterrar prácticas coercitivas. Observatorio como modo de registrarlas |
| | Formación al personal sociosanitario en dimensión afectivo-sexual |
| | Respeto a la dimensión afectivo-sexual en centros sociosanitarios |
| | Revisar actitudes paternalistas. Más profesionales y perfiles nuevos. Formación |
| | Figura que vele por los derechos de la personas |
| | Formación a personal sanitario para intervenir minimizando el uso de técnicas coercitivas |
| | Servicios de SM libres de toda coerción. Registro y supervisión de medidas; formación, incorporar BBPP de otros entornos, espacios físicos adecuados |
| AUTONOMÍA DE LAS PERSONAS AFECTADAS | |
| | Intervención de TO (evaluación de la autonomía, capacidad funcional, habilidades que promuevan la independencia; promotor de la autonomía personal en la comunidad) |
| SIN HOGAR | Que las personas sin hogar tengan voz en sus tratamientos |
| | Tener en cuenta necesidades y deseos de las personas. Consentimiento libre informado |
| | Mejorar la atención incorporando la visión de las personas con discapacidad psicosocial |

| | |
|------------------------------------|--|
| GRUPOS APOYO MUTUO | Grupos de apoyo mutuo en dispositivos de SM (CSM, UHP) y potenciar los que existen el tejido asociativo |
| | Apoyo real a las personas que han visto modificada su capacidad de obrar. Descentralizar la Fundación para mejorar contacto persona-tutor/a. Facilita apoyo desde salud mental |
| SUICIDIO | |
| | Información a la ciudadanía y entidades sobre recursos existentes. Elaborar guías |
| GAM | Grupos de apoyo en diferentes instituciones |
| | Incluir suicidio y habilidades socioemocionales en el currículo escolar |
| | Atención específica al alumnado con dificultades socioemocionales |
| | Actuaciones cuando se detecta riesgo en una persona. Campañas divulgativas |
| | Prevención del acoso escolar. Respeto a la diversidad |
| | Afrontar la realidad del suicidio como un problema social de primera índole. Prevención en infantil y adolescencia |
| | Psicología Clínica en AP en zonas con más incidencia de suicidio |
| ACCESIBILIDAD | |
| | Dispositivos de atención a problemática psicosocial y factores de riesgo sin derivación |
| | Accesibilidad cognitiva en recursos sanitarios. Materiales e indicaciones comprensibles |
| | Mejora en los transportes. Ayudas para desplazamientos |
| | Recursos de atención socio-sanitaria a nivel de calle para detectar situaciones de riesgo antes de que lleguen al ámbito asistencial |
| | Derivación desde AP al especialista de elección de la persona (Psiquiatría o Psicología Clínica). Incluir Psicología clínica en todos los servicios |
| | Accesibilidad a atención psicológica. Incorporar psicología Clínica en Atención Primaria |
| | Servicio Municipal de Psicología (complemento a SM) |
| FAMILIA | |
| | Apoyar a las familias. Institucionalizar escuelas de familias, crear recursos de apoyo formal (profesional), coordinación entre profesionales, familias y apoyo |
| | Permisos retribuidos por cuidados |
| | Acelerar diagnósticos. Convenios con tercer sector para que puedan diagnosticar |
| | Reducir burocracia. Coordinación activa con profesionales de SM |
| | Acercamiento de profesionales de psiquiatría a la familia y el entorno. Cambio de rol |
| COORDINACIÓN DE ACTUACIONES | |
| | Manejo Urgencias. Protocolo de urgencias y emergencias (FF. SS., entidades locales, AP, Especializada, Hospitalaria, Servicios Sociales) |
| | Protocolo y formación a profesionales sobre intervención en urgencias/ riesgo |
| | Contar con recursos adecuados para gestionar actuaciones de urgencia/riesgo en el ámbito rural. Protocolo específico |
| | Coordinación Servicios sanitarios- fuerzas de seguridad. Formación. Protocolos de actuación conjuntos, consensuados y conocidos. Reuniones |

Mejorar las técnicas de acercamiento y reducción de estrés en personal de fuerzas de seguridad en la contención y traslados

Mejorar la coordinación de los SS Municipales con la atención en material de salud mental. Aprovechar la potencialidad de los SS municipales y su atención domiciliar así como las iniciativas comunitarias locales

Fortalecer la coordinación socio sanitaria en todos los niveles de la administración y fortalecer los mecanismos de control de la mala praxis

Formación en SM a profesionales sociosanitarias

EVITAR LA INSTITUCIONALIZACION

Integrar a las personas con discapacidad psicosocial en grupos y entornos normalizados. Equipos multidisciplinares, más pisos y no sólo en áreas centrales. Algún dispositivo residencial

Fortalecer el funcionamiento de personas con discapacidad psicosocial en su entorno. Equipos multidisciplinares de apoyo comunitario, intervención en crisis. Más trabajo con familias

INSERCIÓN LABORAL

Acceso a formación específica adaptada para personas con discapacidad psicosocial

Empleo adaptado para personas con TMG. Sensibilización del tejido empresarial

Incentivar a las empresas para favorecer puestos de empleo adaptado a personas con discapacidad.

Adecuado apoyo al empleo, fundamental en los primeros días.

Adecuado reajuste de dosis para encontrar el resultado que permita mantener estabilidad y autonomía.

En el itinerario individualizado se incluye enfoque de género, situación sociofamiliar y pertenencia a colectivo de minoría étnica.

Empleo con apoyos para personas con TMG. Compatible con subsidios

PERSONAS SIN HOGAR

Mejorar la atención en SM a personas sin hogar: equipos específicos de atención, vías de derivación específicas, flexibilidad de atención, formación a profesionales, accesibilidad a recursos (ej.: comunidades terapéuticas), coordinación SM-entidades que prestan atención

Atención psicológica temprana para prevenir cronificación

Alta prevalencia de patología y poca conciencia de enfermedad. Adicciones

Agilidad en la atención. Recursos sociosanitarios. Modelo biopsicosocial y comunitario. Atención amable y acogedora

Recursos mínimos en ámbito sociosanitario para personas sin hogar con problemas de SM

Continuidad en el seguimiento. Personas muy cronificadas, mucha necesidad de atención

Cambio de paradigma desde SM. Visión holística

COLECTIVOS PENITENCIARIOS Y SALUD MENTAL

Evitar que las personas con TMG ingresen en prisión. Crear equipos ETAC Forense y dotar a los Servicios socio sanitarios de recursos para desarrollar las medidas de seguridad que se contemplan en el artículo 60 del Código Penal

Disminuir tiempo en prisión y conmutarlo por cumplimiento de tratamiento. ETAC forenses

Reforzar la atención psicosocial y ocupacional dentro de la prisión

Equipo de profesionales que atiendan a las persona con TMG durante la estancia en prisión y fuera. Facilitar la vinculación de los servicios dentro y fuera de la prisión

Coordinación entre profesionales que trabajan dentro y fuera de la prisión. Plan de seguimiento a la salida de prisión que incluya todos los recursos que pueda necesitar

Que el personal socio sanitario en formación rote por los recursos asistenciales de los centros penitenciarios. Para reducir estigma y prestar atención a minorías

CONDICIONES LABORALES DE LA RED ASISTENCIAL

Mejorar las medidas de seguridad en el entorno de trabajo. Mejorar la respuesta de las personas trabajadoras ante la violencia y la frustración (reconocimiento del trabajo, formación...).

Garantizar estabilidad para los trabajadores, continuidad de cuidados y relación terapéutica estable.

Cambiar criterios de contratación para favorecer estabilidad de los equipos

PERFILES PROFESIONALES

Definición de número y perfiles adecuados a los puestos de trabajo. Definir puestos y tareas para optimizar adecuación al puesto de trabajo. Formación, protocolos, reuniones, liderazgo

Evaluar de forma periódica la idoneidad para el puesto.

Especialidad de Enfermería en salud Mental

Incorporación de nuevos perfiles profesionales

PALIATIVOS Y EUTANASIA

Mejorar conocimiento en población general. Campañas de difusión

Mejorar la formación de los profesionales. Crear especialidad en Medicina, incluir formación en otros Grados

Mejorar la atención psicosocial en paliativos de pediatría

Mejorar paridad de personas cuidadoras. Crear una ILT por este motivo

Formación a profesionales que trabajan en Salud mental sobre recursos para paliativos

Difusión de recursos de acompañamiento al duelo existentes

Incrementar recursos sociales de emergencia. Plazas residenciales

INFANCIA Y JUVENTUD

Unificar edad de atención en 18-22 años. Generar equipos específicos para adolescencia. Incrementar profesionales

Detección e intervención precoz. Formación a AP, coordinación (utilizar NNTT), evitar duplicidades, mapa de recursos o activos

Incrementar dotación económica

Protocolo claro que aclare cuestiones legales sobre consentimiento para la intervención. Coordinación con Justicia. Refuerzo de equipos psicosociales de los juzgados

Primeros episodios psicóticos. Crear equipos en las áreas

Trabajo a domicilio en casos graves

TRASTORNOMENTAL GRAVE

Potenciar autonomía: más profesionales, nuevos perfiles, estabilidad laboral , trabajo interdisciplinar, atención domiciliaria 24 horas, evitar ingresos largos

Diseñar itinerarios personalizados de inserción laboral

Alternativas residenciales para menores de 60. Miniresidencias con actividades ocupacionales, pisos y copago

Mejorar acceso a vivienda en todas las edades

Reducir temporalidad y precariedad laboral en jóvenes para posibilitar emancipación

Reducir abandono. Sesiones menos espaciadas, observatorio para conocer motivos, evaluación de los servicios por parte de personas usuarias

Plazas psicogerítricas, creación de un centro Psicogeriátrico. Pisos supervisados

Recursos de alojamiento específicos en función de patología y necesidades de apoyo

Vivienda digna de acceso rápido. Apoyo desde Servicios de Ayuda a Domicilio y Salud Mental (apoyo comunitario)

ADICCIONES Y CONSUMOS

Mejorar la atención a patología dual. Recursos específicos, formación a profesionales. Coordinación con SM

Patología dual. Recursos específicos. Valoraciones neuropsicológicas

EDAD AVANZADA Y SALUD MENTAL

Planes para atención a mayores (coordinación SM, ERA, otros recursos). Acercamiento de SM a ERA. Incorporar geriatras

Formación de cuidadores formales e informales sobre problemática de SM en edad avanzada. Participación de asociaciones

Eliminación de estereotipos, paternalismo y edadismo. Revisión modelo de atención. Atención centrada en la persona. Participación

ANEXO 3: LA SALUD MENTAL EN ASTURIAS

A. ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE LOS DETERMINANTES DE SALUD MENTAL

La especie humana es una especie eminentemente social, con un gran nivel de complejidad y variedad de contextos de organización social. Desde grandes urbes densamente pobladas a espacios rurales o naturales prácticamente desiertos, desde grupos con grandes rentas disponibles y acceso a una enorme cantidad de recursos a otros que apenas pueden cubrir sus necesidades alimenticias diarias básicas, desde entornos sociales ricos en capital humano a otros en los que la mayoría de las personas apenas cuentan con las habilidades básicas para la subsistencia, desde grupos en los que se favorece la tolerancia y la igualdad a aquellos en los que se persigue y castiga a las personas en base al sexo, la raza, la religión o la ideología... Toda esa complejidad y variedad condiciona nuestra forma de pensar y de actuar, lo que a la postre tiene consecuencias sobre nuestra salud entendida en su triple vertiente biológica, psicológica y social.

La salud mental tiene una relación recíproca con el bienestar y la productividad de la sociedad en su conjunto y de cada uno de sus integrantes, pudiendo manifestarse de formas diversas, aunque relacionadas entre sí.

El modelo de salud pública basado en los determinantes sociales de salud¹¹ pone de manifiesto el peso que algunos de los factores que dan forma a nuestro entorno, tienen en nuestra salud mental^{12, 13, 14, 15}. Además de los factores genéticos, son condicionantes de la salud mental el género, la edad, el maltrato/abuso, la pobreza, el nivel educativo, el empleo y las condiciones laborales, los conflictos o los desastres sociales, las enfermedades físicas graves o los estilos de vida, como el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco. A continuación, se hace una descripción de la situación actual en Asturias de aquellos determinantes de la salud mental relacionados con la salud mental, y que sirven de guía a las actuaciones del Plan de Salud Mental de Asturias 2023-2030.

¹¹La Organización Mundial de la Salud define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana".

¹² ESTEBAN, M.M.; PUERTO, M.L.; FERNÁNDEZ CORDERO, X.; JIMÉNEZ GARCÍA, R.; GIL DE MIGUEL, A.; HERNÁNDEZ BARRERA, V. *Factores que determinan la mala salud mental en las personas de 16 a 64 años residentes en una gran ciudad*. An. Sist. Sanit. Navar. 2012; 35 (2): 229-240.

¹³ COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS. *Mejorar La Salud Mental de la Población. Hacia Una Estrategia de la Unión Europea en Materia de Salud Mental*. 2005. Disponible en http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/es/com/2005/com2005_0484es01.pdf.

¹⁴ HARO JM, PALACÍN C, VILAGUT G, MARTÍNEZ M, BERNAL M, LUQUE I, CODONY M, DOLZ M, ALONSO J, Grupo ESEMeD-España. *Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España*. Med Clin (Bark) 2006; 126: 445-451.

¹⁵ World Health Organisation. *Mental Health: Facing the Challenges, Building Solutions: report from the WHO European Ministerial Conference of Helsinki*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 2005.

1. Estructura y dinámica de la población asturiana

Asturias tiene una **población muy envejecida** (en 2021 edad media¹⁶ de 48,9 años, índice de juventud¹⁷ de 41,9, índice de envejecimiento de Valaoras¹⁸ de 251,6 y un índice de dependencia¹⁹ de 61,15), con una nula o muy reducida renovación, teniendo en cuenta el movimiento natural (saldo vegetativo²⁰ de -9,63 en 2020) o el migratorio²¹ (tasa de saldo migratorio de 4,7). Además, la población de mujeres está más envejecida que la de hombres, como se puede comprobar en la siguiente tabla.

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Total | 225,7% | 230,0% | 236,0% | 243,3% | 251,6% |
| Mujeres | 271,3% | 276,1% | 283,1% | 291,2% | 300,9% |
| Hombres | 182,4% | 186,1% | 191,4% | 198,0% | 204,9% |

La **tendencia** es, además, de **empeoramiento** de dichos indicadores respecto a 2010. Así, la tasa de saldo vegetativo empeora 5 puntos (datos de 2020), el índice de juventud 7,7 puntos, el de envejecimiento de Valaoras 40 puntos y el de dependencia 11,5 puntos (estos 3 según datos de 2021). El único de estos indicadores que en 2020 presenta una leve mejoría (+2,5) es el saldo migratorio neto, que no logra revertir la pérdida de población.

| Grupo de edad | Índice de feminidad |
|-----------------|---------------------|
| 0-15 | 94,5% |
| 16-64 | 101,9% |
| 65 y más | 138,7% |
| 85 y más | 215,8% |
| 95 y más | 366,0% |

¹⁶ Media aritmética de las edades de cada uno de los componentes de un grupo o colectivo estadístico, al cumplirse alguno de los eventos registrados. Generalmente, se consigna calculada en años, despreciando fracciones; en algún caso se han incluido fracciones decimales, pero no meses. Fuente: SADEI.

¹⁷ Porcentaje de población menor de 20 años con relación a la de 60 años y más. Fuente: SADEI.

¹⁸ El índice de envejecimiento propuesto por Vasilios G. Valaoras consiste en el cociente entre el número de personas de 65 y más años y el número de jóvenes entre 0 y 14. Fuente: SADEI.

¹⁹ Proporción que sobre la población potencialmente activa representa una fracción o la totalidad de la población inactiva. Por tanto, significa la relación de la población mayor de 64 años y los menores de 16 años respecto al grupo comprendido entre ambas edades. Fuente: SADEI.

²⁰ Diferencia entre nacimientos y defunciones. Fuente: INE

²¹ O migración neta- es la diferencia entre las entradas por migración y las salidas por el mismo motivo; en consecuencia, el signo positivo o negativo del mismo indica que las entradas superan las salidas o viceversa. Fuente: INE.

Relación probada entre la salud mental y la demografía

- La **edad** está claramente relacionada con los problemas de salud mental. A lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que se acumulan, determinando la salud mental. Muchas personas adultas mayores se ven privadas de la capacidad de vivir independientemente por dificultades de movilidad, dolor crónico, fragilidad u otros problemas mentales o físicos. Además, entre las personas de edad avanzada son más frecuentes experiencias como el dolor por la muerte de un ser querido/a, un descenso del nivel socioeconómico o la discapacidad. Todos estos factores pueden ocasionar aislamiento, pérdida de la independencia, soledad y angustia²², factores que, por las características demográficas descritas, afectan más a las mujeres asturianas.
- La **demencia** lleva aparejados problemas sociales y económicos de envergadura vinculados con la asistencia médica, social e informal que impone. Además, las presiones físicas, emocionales y económicas pueden agobiar a las familias. Tanto las personas aquejadas de demencia como quienes las asisten necesitan apoyo sanitario, social, económico y legal.²³
- Las personas de edad avanzada con **depresión** tienen un desempeño más deficiente en comparación con las que padecen enfermedades crónicas. Este trastorno también aumenta el uso de los servicios médicos y los costos de la asistencia sanitaria.²⁴
- En el mundo, una de cada siete personas **jóvenes** de 10 a 19 años padece algún trastorno mental, que supone el 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario,²⁵ hecho que indudablemente tiene mucha relación con la problemática asociada a la adolescencia y periadolescencia.²⁶
- La depresión, la ansiedad y los trastornos del comportamiento se encuentran entre las principales causas de enfermedad y discapacidad en la adolescencia.²⁷
- El suicidio es la cuarta causa de muerte entre los 15 y 19 años.²⁸
- La desatención a los trastornos de salud mental en la adolescencia tiene consecuencias en la edad adulta, perjudicando la salud física y mental de la persona y restringiendo sus posibilidades de llevar una vida plena en el futuro.²⁹

²² <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

²³ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

²⁴ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>

²⁵ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

²⁶ Organización Mundial de la Salud. El contexto de la salud mental. Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental. OMS Editores Médicos S.A EDINSA. 2005.

²⁷ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

²⁸ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

²⁹ <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>

2. Empleo y recursos económicos

2.1. Empleo

Asturias tiene, desde hace años, una **baja tasa de actividad**. La Encuesta de Población Activa (INE) indica que de la población asturiana de 16 años y más (880.900 personas), sólo el 51,1% (450.000) estaban activas en el segundo trimestre de 2021. Esta es la tasa de actividad más baja de todas las comunidades autónomas (media española: 54,6%). Señalar que, desde 1990, la tasa de actividad de los hombres asturianos ha ido disminuyendo (-8 p.p.), mientras de las mujeres ha aumentado (+11 p.p.).

Desagregando los datos por sexo³⁰, se pone de manifiesto la **situación de desigualdad de las mujeres** respecto a los hombres tanto en actividad laboral como en empleo.

La mayor tasa de inactividad laboral en las mujeres (datos de 2021) guarda relación con su mayor implicación en las tareas de cuidados, pues las **causas de inactividad** difieren en función del sexo. La jubilación es el principal motivo de inactividad en los hombres (66,8%), pero solo representa el 28,8% de la inactividad de las mujeres. En ellas es más frecuente cobrar otro tipo de pensión, principalmente la de viudedad (19,9%). Las “labores del hogar” provoca la inactividad del 30,7% de las mujeres frente al 3,9% de los hombres (frecuencia 8 veces superior).³¹

De todas las causas que recoge la EPA para **dejar un empleo**³², entre 2007 y 2020 un promedio de 2.500 mujeres abandonó cada año su ocupación para cuidar de menores, personas ancianas, enfermas o incapacitadas, o por alguna otra obligación familiar o personal, mientras que no se encontraron casos de hombres en las mismas circunstancias.³³

El número de **personas ocupadas** en el segundo trimestre de 2021 se situó en 388.600, un 1,1% por encima del trimestre anterior y un 4,7% más que hace un año. El 82,6% de estas personas son asalariadas y de ellas 74,9% tienen un contrato indefinido. La ocupación en Asturias, al igual que la actividad, ha descendido en los hombres 8 puntos porcentuales desde 1990 mientras que en las mujeres ha aumentado 14 p. p.

La EPA estima que son 61.400 las personas que se encuentran en **paro** en Asturias en el segundo trimestre de 2021, un 2,5% menos que en el trimestre anterior y un 2,1% menos que hace un año. La crisis económica iniciada en 2008 ha reducido la brecha de

³⁰ <https://iam.asturias.es/la-poblacion-asturiana-respecto-a-la-actividad-laboral>

³¹ <https://iam.asturias.es/personas-inactivas-por-motivo-de-inactividad>

³² A saber: “Despido o supresión del puesto de trabajo”, “fin del contrato”, “enfermedad o incapacidad propia”, “seguir cursos de enseñanza o formación”, “jubilación normal”, “jubilación anticipada”, “cuidado de niños/as o de adultos/as enfermos/as, incapacitados/as o ancianos” y “otras obligaciones de tipo familiar o personal”.

³³ <https://iam.asturias.es/personas-inactivas-que-han-trabajado-anteriormente>

género observada tradicionalmente en la tasa de paro, siempre mayor en las mujeres, situándola en la actualidad en valores similares.

Por **clase social**, la Encuesta de Salud de Asturias (ESA) 2017 refleja que, 6 de cada 10 personas de las clases sociales más altas (I, II y III) estaban trabajando en el momento de realizar la encuesta, mientras que esa proporción desciende sucesivamente a 5 y 4 en las clases IV, V y VI. Asimismo, sólo 3 de cada 10 familias pertenecientes a las clases sociales más altas habían tenido a todos sus miembros en paro en la última semana, frente a los 4 y 5 de las clases sociales IV, V y VI.

El tipo de jornada laboral también refleja diferencias según la clase social; así el 90,7% de las personas de clase social I se encontraba contratada a jornada completa frente al 82,1% de la clase social VI.

La ESA 2017 también encontró que diferencias en la preocupación por la posibilidad de perder el empleo; en la clase social I el 24,7% de las personas estaban *bastante o muy preocupadas*, ascendiendo al 33,4% en la IV, 35,5% en la V y el 41,7% en la VI.

2.2. Recursos económicos

La renta anual neta media por persona y por unidad de consumo (con alquiler imputado) entre 2008 y el 2020 (INE), ha pasado de 19.679 a 20.787€ en Asturias (incremento del 5,6%) y de 18.322 a 20.880€ en España (incremento del 13,5%). Como se puede apreciar en el Gráfico 1, la renta disponible en Asturias ha estado, hasta 2020, por encima de la media nacional, aunque se observa una ralentización en su crecimiento, lo que ha supuesto la desaparición de la ventaja inicial respecto al conjunto del estado.

Gráfico 1. Evolución comparativa España/Asturias, de la renta anual neta media por persona y unidad de consumo (con alquiler imputado). Periodo 2008-2020. Fuente: INE

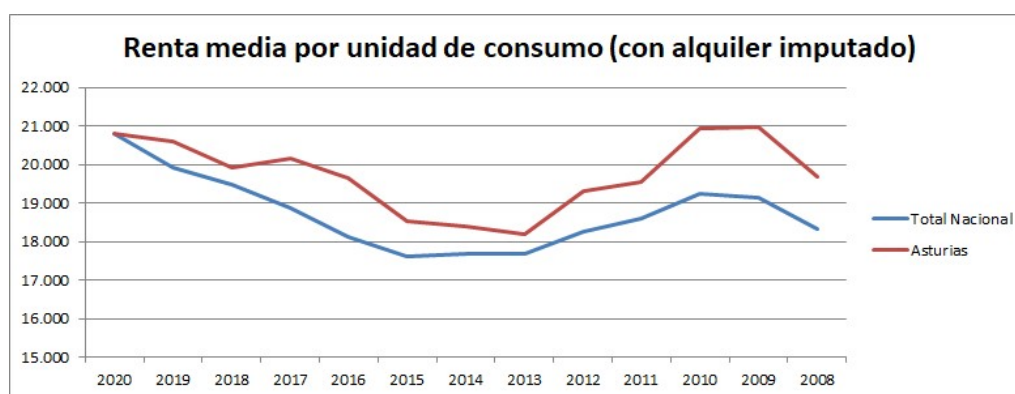
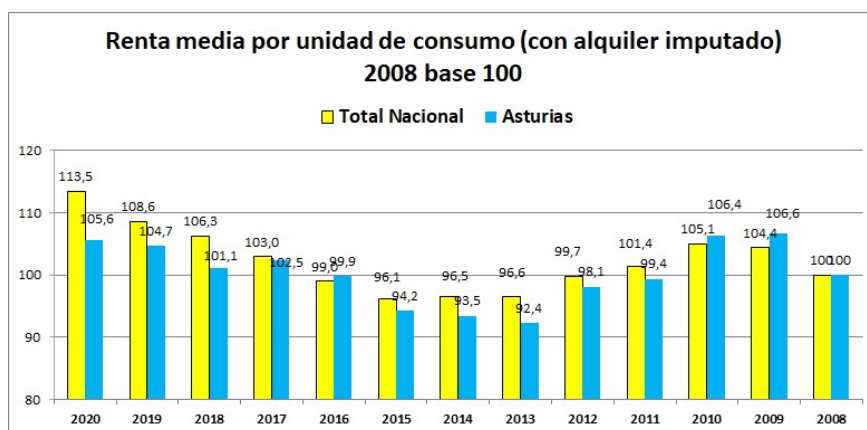


Gráfico 2. Evolución comparativa España/Asturias en base 100 para 2008, de la renta anual neta media por persona y unidad de consumo (con alquiler imputado). Periodo 2008-2020. Fuente: INE



La ESA 2017 recoge la diferencia de rentas en función de la clase social (Tabla 4). Una forma de visualizar las diferencias es observar dónde se sitúa el mayor porcentaje en cada columna (categoría *clase social*) y en cada fila (categoría *ingresos*). Así podemos ver cómo el mayor porcentaje de personas (valores en color rojo) de la clase social I se sitúa en la categoría de 2000 a 2499 €, y cómo en las siguientes clases sociales éste mayor porcentaje de personas se sitúa en categorías de ingresos inferiores. Y a la inversa, los mayores porcentajes de cada tramo de ingresos (valores en color naranja y subrayados) más bajos (*Hasta 499*, *De 500 a 799* y *De 800 a 999*) se sitúan en la clase social VI y a medida que aumenta el ingreso, el mayor porcentaje se mueve en dirección a las clases sociales más altas (I, II y III).

Tabla 4.: Intervalo de ingresos netos mensuales habituales de un hogar según la clase social de adscripción. Fuente: ESA 2017.

| | I | II | III | IV | V | VI |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Hasta 499 € | 1,4 | 1,8 | 2,6 | 3,2 | 2,3 | 4,8 |
| De 500 a 799 € | 1,6 | 2,7 | 5,2 | 6,8 | 4,1 | 11,3 |
| De 800 a 999 € | 5,5 | 4,9 | 2,6 | 11,8 | 8,8 | 11,9 |
| De 1000 a 1499 € | 8,4 | 15,8 | 19,7 | 14,2 | 20,2 | 18,2 |
| De 1500 a 1999 € | 14,8 | 17,4 | 10,8 | 6,9 | 14,9 | 12,3 |
| De 2000 a 2499 € | 16,9 | 12,1 | 11,8 | 8,8 | 9,3 | 8,8 |
| De 2500 a 2999 € | 11,2 | 7 | 8,6 | 0,8 | 1,6 | 2,1 |
| De 3000 a 4999 € | 7,8 | 5,9 | 9,1 | 0,6 | 3,9 | 1 |
| De 5000 a 6999 € | 1,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0,1 |
| 7000 € o más | 0,5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| No sabe | 6,9 | 3,3 | 5,8 | 11,7 | 6,3 | 5 |
| No contesta | 23,9 | 29,1 | 23,8 | 35,2 | 28,6 | 24,5 |

Lectura: Mayor porcentaje de cada columna (clase social), mayor porcentaje de cada fila (tramo de ingresos)

Esta misma encuesta también incorporó una pregunta sobre la **deprivación** respecto a la **adquisición o pago de determinados recursos y servicios**. En la tabla siguiente se observan las diferencias entre la clase social I y la VI para las 3 variables contempladas, que oscilan entre los 9 y los 14 puntos porcentuales.

| Tabla 5: Deprivación respecto a la adquisición o pago de determinados recursos y servicios | | |
|--|----------------|-----------------|
| | CLASE SOCIAL I | CLASE SOCIAL VI |
| Se ha retrasado en el pago de préstamos hipotecarios | 31% | 45% |
| Se ha retrasado en el pago de recibos por servicios | 11% | 20% |
| Se ha retrasado en el pago compras aplazadas | 33% | 64% |

El mercado laboral es un ámbito generador de desigualdades³⁴, tanto por las estructuras y dinámicas que definen un acceso y un mantenimiento en el empleo desigual entre sexos; como por la desigualdad en las retribuciones.

La **brecha salarial de género** (BSG) se refiere a la distancia (brecha) en el salario promedio de las mujeres y de los hombres, a favor de estos, expresando el primero como un porcentaje respecto del segundo. Es decir: una BSG del 20%, significa que la media salarial de las mujeres es el 80% del promedio de los salarios de los hombres.

En 2019, el salario medio anual de un hombre en Asturias era 28.481,75 €, y el de una mujer de 21.298,58 €, es decir, 7.183,17 € menos. En relación con el conjunto nacional, las asturianas ganan al año 383,44 € menos que una mujer en España (en promedio), mientras que los asturianos perciben 1.547,37 € más que los españoles.

En el último periodo anual para el que se tienen datos (2018-2019), en Asturias el salario anual de las mujeres creció un 7,9%, y el de los hombres un 2%. Como resultado, la brecha salarial disminuyó algo más de 4 puntos porcentuales (4,04).

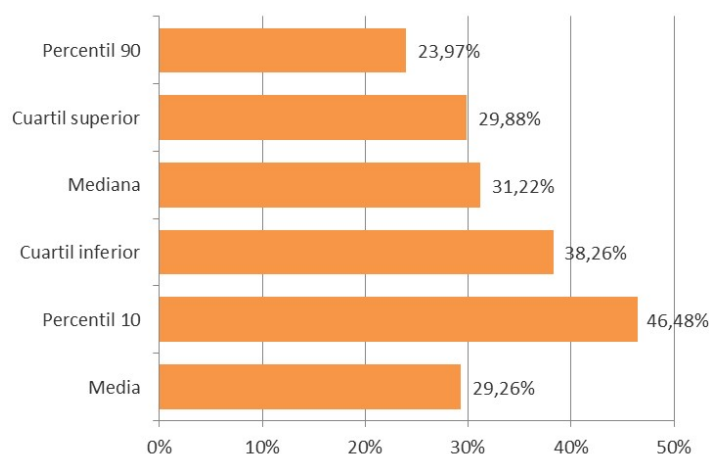
Observando en detalle la distribución de los salarios se aprecian diferencias aún más llamativas. En Asturias, el salario del percentil 10 de los hombres (12.600 €) es superior al del percentil 25 de las mujeres (12.012,88 €), y ocurre lo mismo con el percentil 25 de los hombres y el 50 de las mujeres, lo que significa que el salario de una mujer en el centro de la distribución salarial para su sexo, es menor que el percibido por un hombre situado en el cuarto inferior de la distribución salarial para los hombres.

³⁴ <https://iam.asturias.es/salario-bruto-medio-anual-s.b.m.a.->

| Tabla 3. Percentiles de los salarios en Asturias y España, 2019 | | |
|---|-----------|-----------|
| | Mujeres | Hombres |
| Total Nacional | | |
| Media | 21.682,02 | 26.934,38 |
| Percentil 10 | 7.416,44 | 12.051,19 |
| Cuartil inferior | 12.403,36 | 16.598,58 |
| Mediana | 17.961,93 | 22.368,07 |
| Cuartil superior | 27.661,43 | 33.106,84 |
| Percentil 90 | 40.005,75 | 47.365,85 |
| Asturias | | |
| Media | 21.298,58 | 28.481,75 |
| Percentil 10 | 6.885,48 | 12.600,00 |
| Cuartil inferior | 12.012,88 | 17.884,68 |
| Mediana | 17.275,56 | 24.572,07 |
| Cuartil superior | 28.157,65 | 35.517,33 |
| Percentil 90 | 38.508,78 | 47.304,70 |

A medida que se avanza en la distribución salarial, la BSG disminuye.

Gráfico 3. Brecha Salarial de Género en Asturias, según percentiles salario anual. 2019. Fuente: IAM



2.3. Relación probada entre la salud mental, el empleo y los recursos económicos

- Múltiples estudios³⁵, ³⁶ demuestran la relación entre el paro y la aparición de problemas de salud mental. Las personas en situación de desempleo tienen peor salud mental que aquellas con un empleo activo, puesto que el desempleo provoca aislamiento, estrés económico, autocondena y sensación de inutilidad.

³⁵ ESPINO GRANADO, A. *Economic crisis, politics, unemployment and (mental) health*. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (122), 385-404 doi: 10.4321/S0211-57352014000200010 Crisis económica, políticas, desempleo y salud (mental).

³⁶ FARRÉ, Lúdia; FASANI, Francesco & MUELLER, Hannes. (2018). *Feeling useless: the effect of unemployment on mental health in the Great Recession*. IZA Journal of Labor Economics. 7. 10.1186/s40172-018-0068-5.

- Las personas con ingresos más bajos, que, como hemos visto, son en mayor proporción mujeres, suelen tener entre 1,5 y 3 veces más probabilidades que las ricas de sufrir depresión o ansiedad. Una mala situación económica en la niñez aumenta también la probabilidad de una mala nutrición y otros factores estresantes, lo que desemboca en un desarrollo cognitivo deficiente y problemas de salud mental en la época adulta.³⁷

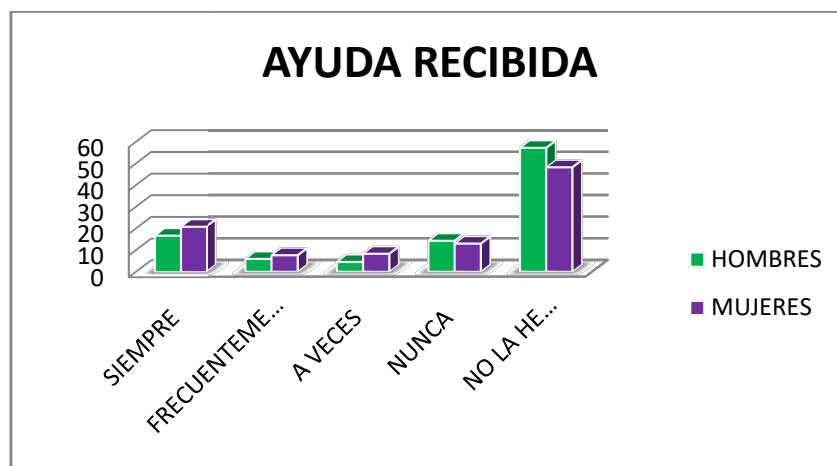
3. Redes sociales

3.1. Apoyo social

Según la ESA 2017, un 83,4% de la población adulta asturiana opina que su **vida social** es satisfactoria o muy satisfactoria, mientras que el 4,7% la considera poco o nada satisfactoria. Las personas jóvenes son las que más satisfechas se encuentran con su vida social (89,1%) y las de edad avanzada las que menos (79,5%). Las personas encuadradas en la clase social menos favorecida (VI) expresan menos satisfacción (81,6% satisfactoria o muy satisfactoria) mientras que la clase social II, segunda más elevada, es la que con más frecuencia declara su vida social satisfactoria (90,3%). Según el nivel académico sólo se encontraron diferencias en el lado negativo (poco satisfactoria o insatisfactoria por completo), más habitual en las personas con un nivel de estudios primarios (8,6%) que en las de estudios medios (3,1%).

Respecto a la **ayuda recibida para las tareas del hogar, de cuidado, recados o gestiones**, la ESA 2017 muestra diferencias en función del sexo, tal como se refleja en el siguiente gráfico.

Gráfico 4. Ayuda recibida para las tareas del hogar y de cuidados. Fuente: ESA 2017



³⁷ RIDLEY, Matthew; RAO, Gautam; SCHILBACH, Frank; PATEL, Vikram. *Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms*. 2020. Science, 0214, 370, 6522. <https://www.science.org/doi/abs/10.1126/science.aay0214>

Por grupo de edad, el que más demanda ayuda es el grupo de 30-44 años y el que menos el de 15 a 29 años.

| Tabla 6: Ayuda recibida por grupo etario | | | | |
|--|-------|-------|-------|----------|
| | 15-29 | 30-44 | 45-64 | 65 y más |
| SIEMPRE | 15,4 | 23,7 | 14,8 | 21,6 |
| FRECUENTEMENTE | 5,8 | 7,6 | 6,5 | 6,9 |
| A VECES | 2,8 | 7,2 | 6,3 | 8,0 |
| NUNCA | 13,3 | 13,9 | 14,5 | 12,6 |
| NO LA HE NECESITADO | 59,6 | 46,2 | 56,2 | 50,3 |

Geográficamente las personas que residen en la zona rural son las que más frecuentemente han tenido ayuda siempre que la necesitaron (42,7%). Respecto a la clase social, son las personas de las clases sociales más favorecidas (I y II), las que menos necesitan este tipo de ayuda. Y según el nivel de estudios, las personas con estudios primarios son las que más han necesitado este tipo de ayuda (52%).

3.2. Apoyo percibido

La integración y el soporte social son elementos claves en la recuperación de la enfermedad y del mantenimiento de la salud de las personas, sobre todo de las más vulnerables, siendo el apoyo percibido mejor predictor de la salud que el estructural.

Según la edad, los valores más altos corresponden a la población joven (49) con diferencias estadísticamente significativas del resto de grupos etarios. A medida que aumenta la edad disminuye la percepción de apoyo, aunque los valores más pobres corresponden a la población de 45-64 años de edad (45,8).

Las personas residentes en la zona rural (45,1) y en el Área Sanitaria I (43,7) tienen valores de apoyo percibido inferiores al resto de zonas y Áreas sanitarias de Asturias.

Por otro lado, las personas pertenecientes a la clase social más desfavorecida (VI) y las que poseen estudios primarios son las que declaran valores inferiores en esta variable (45,8 y 45,2 respectivamente).

3.3. Relación probada entre la salud mental y el apoyo social

- El apoyo social es un círculo sano que protege del malestar emocional y resulta beneficioso para la salud mental. Diversos estudios^{38, 39, 40} demuestran que el aislamiento social y la soledad no deseada están relacionados con un mayor riesgo de tener una mala salud mental y otros problemas de salud. Otros^{41, 42} han demostrado los beneficios de una red de apoyo social:
 - Mejorar la capacidad de lidiar con situaciones estresantes.
 - Aliviar los efectos de la angustia emocional.
 - Promover la buena salud mental durante toda la vida.
 - Mejorar la autoestima.
 - Disminuir los riesgos cardiovasculares, como disminuir la presión arterial.
 - Promover las conductas de un estilo de vida saludable.
 - Fomentar el cumplimiento de un plan de tratamiento.
- Ser mujer y tener entre 45 y 64 años, pertenecer a estratos sociales bajos y tener un bajo nivel de estudios, aumenta la probabilidad de carecer de ayuda para el cuidado de menores y dependientes, hacer tareas del hogar, recados o gestiones, así como de percibir un apoyo social bajo, lo que impacta negativamente en el bienestar emocional y la salud mental⁴³.

4. Maltrato o abuso

Ser víctima de maltrato o abuso físico, psicológico o sexual es un factor de riesgo elevado de sufrir algún problema de salud mental. En la ESA 2017, **refieren haber sufrido maltrato/violencia o abuso** (psicológico, físico o sexual) de forma aislada el 4,2 de la población y de forma continuada el 2,6, por lo que un 7% de la población ha sido víctima de algún tipo de maltrato/violencia o abuso. Por sexo, la proporción de mujeres (9,9%) triplica a la de hombres (3,3).

³⁸AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION *Manage stress: Strengthen your support network*. <http://www.apa.org/helpcenter/emotional-support.aspx>. Accessed June 9, 2018.

³⁹LEIGH-HUNT N, et al. *An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness*. Public Health. 2017;152:157.

⁴⁰LEVULA A, et al. *Social network factors as mediators of mental health and psychological distress*. International Journal for Social Psychiatry. 2017; 63:235.

⁴¹RAKEL RE, et al. *Psychosocial influences on health*. In: Textbook of Family Medicine. 9th ed. Philadelphia, Pa.: Elsevier Saunders; 2016. <https://www.clinicalkey.com>. Accessed June 9, 2018.

⁴²HITCHCOTT PK, et al. *Psychological well-being in Italian families: An exploratory approach to the study of mental health across the adult life span in the Blue Zone*. Europe's Journal of Psychology. 2017; 13:441.

⁴³MARGOLLES MARTINS, Mario y DONATE SUAREZ, Ignacio. *Encuesta de Salud de Asturias 2017*. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Dirección General de Salud Pública, 2018.

En 2020 hubo en Asturias 2.650 **denuncias** presentadas por 2.592 mujeres víctimas de violencia, frente a las 2.889 denuncias presentadas por 2.788 mujeres del año anterior⁴⁴. Es decir, entre 2020 y 2019 el número de mujeres que presentan una denuncia por violencia de género se redujo en un 7% y el número total de denuncias disminuyó un 8,3%. En términos relativos, la tasa de denuncias también disminuyó en 2020, situándose en 48,7 por cada 10.000 mujeres en Asturias, tras haber sido de 52,1 el año anterior. La tasa española se situó 11 puntos por encima de la asturiana.

Por otro lado, la Macroencuesta Estatal de Violencia de Género correspondiente al año 2019 señala que en Asturias⁴⁵ algo más de 1 de cada 4 mujeres de 16 y más años habrían sufrido alguna vez violencia física, sexual, psicológica y/o económica.

El **tipo de violencia** más frecuente en el seno de las relaciones de pareja es la violencia psicológica de control: 111.533 mujeres la habrían padecido alguna vez en su vida, y 23.355 en los 12 meses previos a la encuesta. Le sigue la violencia psicológica de tipo emocional: una de cada cinco asturianas la ha experimentado: 98.187 mujeres. La violencia física o sexual por parte de la pareja, tiene menor prevalencia: la han sufrido 65.299 mujeres, el 13,7% del total.

Se estima que 41.944 mujeres, cerca del 9% de las que tienen 16 o más años, ha sufrido **acoso reiterado** en alguna ocasión a lo largo de su vida.

Según la **clase social**, la ESA 2017 señala que el maltrato en cualquiera de sus formas es más frecuente en las clases más desfavorecidas (V y VI) con cifras en torno al 8%, en las dos dimensiones (ocasional y continuada) contempladas. Asimismo, las personas con **estudios** medios son aquellas que sufren más este tipo de actos (7,4%), y las que menos las universitarias (5%).

En cuanto al **tipo de persona maltratadora**, en el 63,2% de los casos es la pareja/expareja, en el 19,7% alguien del ámbito familiar y en el 16,7% una persona conocida. En las mujeres la figura maltratadora predominante es su pareja o expareja (76,3% vs 20,6%, en los hombres), mientras que en los hombres, la personas causante de la violencia suele ser conocida (32,9%) o del ámbito familiar (29,7%).

Por **grupo de edad**, se observa que las personas mayores víctimas de violencia mencionan más como maltratadores a su pareja o expareja (80,9%), mientras que las personas jóvenes refieren con mayor frecuencia a familiares o personas conocidas.

⁴⁴ <https://iam.asturias.es/datos-desde-el-ambito-judicial>

⁴⁵ <https://iam.asturias.es/asturias-en-la-macroencuesta-estatal-de-violencia-de-genero>

Relación probada entre la salud mental y el maltrato/abuso

- Además de que las personas víctimas de violencia, maltrato o abuso son en su mayoría mujeres, el impacto en su salud es mucho más intenso. En la siguiente tabla se observan las diferentes consecuencias del maltrato sobre la salud de hombres y mujeres⁴⁶.

| Angustia | 38,7 | 66,4 | 1,72 |
|---------------------------------------|------|------|------|
| Malestar general | 9,6 | 42,1 | 4,39 |
| Inapetencia sexual | 6,9 | 34,3 | 4,97 |
| Baja autoestima | 39,3 | 66,3 | 1,69 |
| Miedo o temor | 6,5 | 56,2 | 8,65 |
| Lesiones traumáticas | 7,6 | 23,4 | 3,08 |
| Irritabilidad | 15,9 | 34,7 | 2,18 |
| Cambios de ánimo | 25,4 | 50,3 | 1,98 |
| Tristeza | 48,6 | 70,2 | 1,44 |
| Ganas de llorar | 9,8 | 66,2 | 6,76 |
| Dolores de cabeza | 14,3 | 23,1 | 1,62 |
| Insomnio, falta de sueño | 12,1 | 46,2 | 3,82 |
| Dolores de espalda y/o articulaciones | 2,8 | 10,4 | 3,71 |
| Fatiga permanente | 0 | 11,6 | - |
| No me generó consecuencias | 13,5 | 0,9 | 0,07 |

5. Estilos de vida

Las conductas y situaciones que definen el estilo de vida de la población con potencial impacto en la salud mental tienen que ver con el sedentarismo, el consumo de sustancias y otras conductas adictivas, la cronicidad, la obesidad, tener personas a cargo, etc., casi todas ellas, con evidentes diferencias de género.

5.1. Actividad física/ Sedentarismo en la tarea diaria principal

Casi la mitad de la población (42,2%) hace su actividad principal de pie sin mayores esfuerzos, mientras que el 36,5% está la mayor parte del tiempo sentada. Realizan

⁴⁶Op, cit. 2017

“trabajo pesado con gran esfuerzo físico” el 2,6% de la población y “caminando, llevando algún peso o con desplazamientos frecuentes”, el 16% de la población adulta asturiana.

Por **sexo** en su actividad principal son más sedentarios los hombres que las mujeres (39,2% vs 34,2%), aunque también son los que en mayor proporción desarrollan su trabajo “caminando o realizando un gran esfuerzo” (21,4% vs 16,2% en mujeres). Por el contrario “permanecer de pie durante la jornada de trabajo” es más frecuente en las mujeres (46,8% por 37% en los hombres).

Por **edad**, en los grupos etarios extremos (15-29 y 65 y más) es donde se detecta más sedentarismo en la actividad principal (49,5% en personas mayores y 43,6% en los más jóvenes). Más ejercicio físico en la labor diaria (21-22%) lo declaran las edades intermedias.

Geográficamente declaran más sedentarismo en la Zona Centro (37%) y menos en las zonas rurales (34%).

Las personas de **clases sociales** altas, I y III y las universitarias son las que más frecuentemente tienen trabajos sedentarios (49% y 74,5% respectivamente).

5.2. Ejercicio físico o actividad deportiva en el tiempo libre

Según la ESA 2017, cuatro de cada diez personas (40,9%) declaran hacer “ejercicio físico ocasionalmente” y poco más de tres de cada diez (33,4%) “no hacen nada habitualmente”. “Ejercicio intenso en forma de entrenamiento” lo hace el 12,6% de la población adulta.

Por **sexo** los hombres hacen más “ejercicio físico intenso” (15,2%) y más “actividad física varias veces a la semana” (12,9%), mientras que las mujeres realizan más “actividad física ocasional” y son más sedentarias en su tiempo libre (45,2% y 35,7%, respectivamente).

Según la **edad**, la actividad física realizada en el tiempo libre disminuye gradualmente con el paso de los años.

Por **clase social y nivel de estudios**, el sedentarismo en el tiempo libre es más frecuente en las clases sociales IV y VI, y menos en las más elevadas (I y II). Y las personas con estudios universitarios son las que más actividad deportiva realizan ocasional (14,4%) intensa (17,1%), y también los que menos sedentarismo refieren.

5.3. Descanso/Horas de sueño

Las personas adultas asturianas declaran dormir por término medio 7,3 horas al día, incluyendo la siesta y sin diferencias significativas entre hombres y mujeres. Sí son significativas las diferencias según la edad; siendo las personas jóvenes las que más horas duermen (7,6 horas) y las del grupo de 45-64 años las que menos (7,1 horas).

La media de horas de sueño al día es superior en la zona rural (7,5 horas) que en zona centro (7,2 horas).

Según la **clase social** las personas pertenecientes a la clase social V (baja) son las que duermen más horas (7,4 vs 7,2 de la clase social II), aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa. Y según **el nivel de estudios**, las personas con estudios primarios son las que más horas duermen de media (7,4), mientras que las que menos son las que tienen estudios medios (7,2).

5.4. Sobrepeso y obesidad

El 54% de la población asturiana presenta sobrecarga ponderal (obesidad más sobrepeso), el 43% tiene peso normal y el 1,2% un peso insuficiente.

Por sexo, hay mayor proporción de hombres con sobrepeso (43,2% frente a un 29,9% en mujeres), mientras las mujeres son las que más frecuentemente presentan obesidad (19,1% por 17,4% en los hombres), normo-peso (47,6% vs 38,2% en hombres) o peso insuficiente (2% vs 0,3%).

Así, la sobrecarga ponderal es mucho más frecuente entre las personas mayores (71,8%) que entre las jóvenes (31,9%), y ese incremento es gradual a lo largo de los diferentes grupos de edad.

Geográficamente la mayor frecuencia de sobrepeso se da en Zonas Rurales, si bien las prevalencias de obesidad son similares en toda Asturias.

De acuerdo con la **clase social y el nivel de estudios**, la sobrecarga ponderal afecta más a las personas de las clases sociales desfavorecidas V y VI (más del 59,5%), y menos a las de clases sociales elevadas (II, 45%), mientras que el peso insuficiente es más frecuente en las clases favorecidas (2,6%). Y correlativamente con este indicador, las personas con estudios primarios tienen más sobrecarga ponderal (67% vs 41% en estudios universitarios), siendo el peso insuficiente más frecuente entre personas con estudios universitarios (1,8%).

5.5. Relación probada entre la salud mental y los estilos de vida

- La vida sedentaria aumenta el riesgo de experimentar alteraciones del sueño y decaimiento anímico, con lo que se incrementa la probabilidad de sufrir diversos problemas de salud mental.
- El ejercicio físico se ha demostrado eficaz para la mejora de la salud mental, al tener beneficios a nivel físico, psicológico y social.⁴⁷
- Las personas con problemas de salud mental son más obesas que la población general, pero esto podría estar relacionado con factores físicos y demográficos (edad, enfermedad crónica y estilo de vida). Dichos factores también pueden ser la causa del aumento del riesgo de hipertensión e hiperlipemia. Todos estos factores podrían ser más relevantes que la presencia del problema de salud mental en sí o su tratamiento.⁴⁸

6. Consumo de sustancias y otras conductas adictivas

6.1. Tabaco

Menos de un tercio de la población asturiana adulta (28%) fuma a diario y lo hacen más los hombres (31%) que las mujeres (26%). Fuman más las personas de las **clases sociales** más desfavorecidas y las que tienen un **nivel de estudios** medio.

6.2. Alcohol

En Asturias, seis de cada diez personas han tomado alcohol en el último año y un 47% lo ha consumido en el último mes. El 27% de la población no ha bebido nunca. A diario lo hace el 11,4% y con una frecuencia al menos semanal el 35,3%. La proporción de **hombres** que consumen alcohol es superior a la de mujeres, tanto en el último año como en los últimos treinta días (68,2%-51,6% y 57,1%-37,5%, respectivamente). El 35,1% de la población femenina menciona no haber bebido nunca por el 18,1% de los hombres. A diario lo consume el 17,3% de los hombres y el 6,1% de las mujeres y, al menos, semanalmente el 48,6% de los hombres y el 29,9% de las mujeres.

La frecuencia del consumo de alcohol corre en dirección contraria a la **edad**, de forma que los porcentajes más altos de consumo tanto en el último año como en el último

⁴⁷DELGADO VILLALOBOS, S., HUANG QIU, C., GONZÁLEZ CORDERO, L., & CASTRO SIBAJA, M. (2022). *Impacto del sedentarismo en la salud mental*. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(1), Pág. 81–86. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i1.404>

⁴⁸DE LAS CUEVAS, Carlos; RAMALLO, Yolanda; SANZ, Emilio J. *¿Están relacionadas la obesidad y otras comorbilidades físicas con la enfermedad mental?* *Revista de Psiquiatría y Salud Mental - Journal of Psychiatry and Mental Health*. Vol. 4. Núm. 3. páginas 119-125 (Julio - Septiembre 2011).

mes se dan entre los 15 y los 29 años, y los más bajos en las personas mayores (71,5%-44,7% en último año y 51,5%-35,9% en últimos treinta días). Sin embargo, la mayor prevalencia de consumo a diario sucede en las personas mayores, como corresponde con el patrón de ingesta de esta sustancia (17,9% vs. 3% en jóvenes).

Las personas en **zona rural** han consumido más frecuentemente alcohol en el último año y en el último mes (65,9% y 51,5% respectivamente).

Según la **clase social y el nivel de estudios**, las personas de clases sociales altas (I y III) presentan mayor prevalencia de consumo en el último año (70,1% y 70,5%, respectivamente) y (I) en el último mes (61,4%). Correlativamente con este resultado, las personas con nivel de estudios universitarios son las que más frecuencia de consumo presentan tanto en el último año como en los últimos treinta días (72,4%) frente a las personas con estudios primarios (40,7%).

La ESA 2017 sitúa la **edad promedio de comienzo de consumo habitual de alcohol** para el conjunto de la población adulta de Asturias en torno a los 19 años, aunque advierte que los comienzos son más precoces en los hombres que en las mujeres (18,2 vs. 20,9) y que, si se analiza este fenómeno según los diferentes grupos etarios, la precocidad es una tendencia. Así, las personas jóvenes tienen un consumo habitual en edades más tempranas que las generaciones anteriores. Los resultados de la muestra asturiana del informe ESTUDES 2021⁴⁹, confirman esta tendencia, situando el promedio de la edad de inicio al consumo de alcohol en los 14 años para ambos sexos.

El porcentaje de población asturiana en **riesgo de consumo crónico de alcohol** se sitúa en torno al 12% (120.000 pax.), mayor en hombres (12,5% vs. 10,3% de las mujeres), entre la población más joven (21,3%), en la zona rural (21,5% vs. 10% en el resto), y entre las personas pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas y con estudios no universitarios.

6.3. Cannabis

De acuerdo con la ESA 2017 el 91% de la población adulta indica que nunca ha consumido cannabis, el 9% lo ha hecho alguna vez y el 2% con frecuencia. Es más habitual el consumo en **hombres** que en mujeres (11,1% vs. 7%), y las personas **jóvenes** declaran consumos muy superiores, reduciéndose con la edad (17% en jóvenes vs 3% en mayores). Desde el punto de vista geográfico, el mayor porcentaje de personas que no han consumido nunca esta sustancia se encuentra en la **zona rural** (96,6%) frente al 7,8% de personas en la Zona Centro.

⁴⁹https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe_de_Resultados.pdf

De acuerdo con la **clase social** y el **nivel de estudios**, el consumo frecuente es mayor en la clase social II (4%) y en personas con estudios medios (7,7% vs, 4,6% en primarios).

6.4. Hipnosedantes

Según los resultados de la muestra asturiana de la encuesta EDADES 2019/20, el porcentaje de **mujeres** que consume hipnosedantes es siempre superior al de los hombres. Dependiendo de la tipología de consumo, la probabilidad de que la persona consumidora de hipnosedantes sea mujer, es entre 2,2 y 2,7 veces mayor que la de que sea un hombre.

Son las únicas drogas en la que todas las tipologías de consumo aumentan con la **edad**.

La evolución temporal es de claro aumento en todas las categorías de consumo, en los últimos 10 años.

El porcentaje de población que consume hipnosedantes sin receta médica es bajo en todas las categorías de consumo (por debajo del 1% en los últimos 12 meses y 30 días).

Gráfico 5. Porcentaje de población que ha consumido tranquilizantes o relajantes en los últimos 12 meses según grupo de edad y sexo

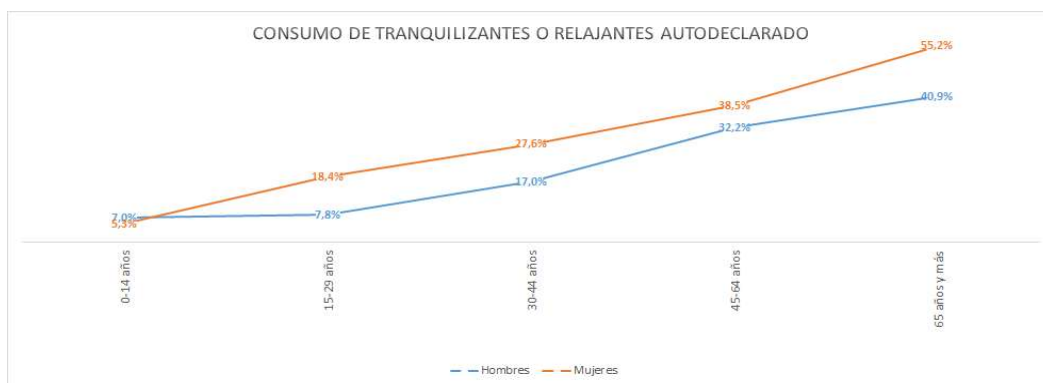
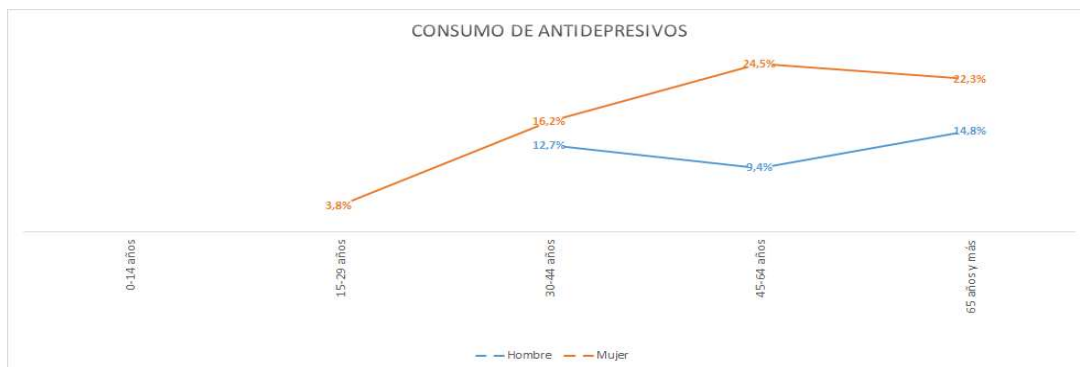


Gráfico 6. Porcentaje de población que ha consumido antidepresivos en los últimos 12 meses Según grupo de edad y sexo



6.5. Juego con dinero

La Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 incorpora como un nuevo campo en todas sus líneas de actuación, las adicciones sin sustancia, con especial énfasis en el juego de apuesta (presencial/online), actividad ampliamente extendida en nuestro país y que debido al crecimiento que la última modalidad ha experimentado en los últimos años, se ha convertido en un tema de interés para la opinión pública y ha entrado a formar parte de la agenda política de los sistemas de salud pública por su potencial para provocar un aumento de la adicción al juego⁵⁰, fenómeno calificado en ocasiones de pandemia.

De acuerdo con los resultados para Asturias⁵¹ de la encuesta EDADES 2019/20, en los *Últimos 12 meses* han jugado dinero por Internet el 5% de la población frente al 69% que lo ha hecho presencialmente. Por **sexo** es ligeramente mayor la prevalencia en hombres que en mujeres tanto en uno como en otro caso. Por **grupo de edad** el grupo con mayor prevalencia de juego con dinero en ambas modalidades es el de 45-54 años, dato que parece deslegitimar la idea popularmente aceptada de que son las personas más jóvenes las que más juegan dinero a través del canal on-line. La prevalencia del juego con dinero **presencial** crece mucho más con el aumento de la edad que el realizado por Internet; concretamente en el primer caso se multiplica por 3,5 entre los 14-24 y los 45-54 mientras que por Internet lo hace por cerca de 2. En segundo lugar, el juego con dinero por Internet se reduce en el grupo de mayor edad, 55-64, hasta niveles prácticamente testimoniales (0,8%) mientras que en el caso del presencial se mantiene en niveles máximos.

Según datos de la EDADES 2019/20 en Asturias, el 1,1% de la población entre 15 y 64 años presenta un posible **trastorno por juego**⁵² (criterios DSM-V). Por sexo, la EDADES Asturias 2019/20 no detecta mujeres en esta situación, alcanzando el porcentaje de hombres el 2,1 (±6.700).

Para estimar la población de mujeres asturianas que potencialmente se encuentran en riesgo de juego patológico, contamos con los resultados de la misma encuesta a nivel nacional, que (con una muestra mayor) detecta 1,4% de mujeres con criterios de posible trastorno por juego, la mitad que el de los hombres (2,9%). Extrapolando este resultado a nuestra Comunidad, podemos estimar que el porcentaje de mujeres en esta situación será la mitad que el de varones, es decir **±1% (±3.200)**.

⁵⁰SÁNCHEZ HERVAS, E. *Juego patológico: un trastorno emergente*. Trastornos adictivos. Vol. 5. Núm. 2. páginas 75-87 (Abril 2003). <https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-juego-patologico-un-trastorno-emergente-13045096>.

⁵¹ <https://obsaludasturias.com/obsa/informe-de-resultados-de-la-encuesta-edades-en-asturias-2020/>

⁵²JIMÉNEZ MURCIA, Susana; GRANERO PÉREZ, Roser; FERNÁNDEZ ARANDA, Fernando y MENCHÓN MAGRIÑÁ, José Manuel. *Estudio y análisis de los factores de riesgo del trastorno de juego en población clínica española*. Dirección General de Ordenación del Juego. Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2017.

6.6. Relación probada entre la salud mental y el consumo de sustancias y otras conductas adictivas

- Las personas fumadoras tienen más riesgo de presentar diversos problemas de salud mental, entre los que cabe destacar un 37% más de riesgo de ansiedad crónica, o un 134% de otras patologías. Además, las personas que han fumado diariamente a lo largo de su vida tienen valores menos elevados de calidad de vida relacionada con la salud en su escala visual (VAS), 76,5 vs 78,9 (sobre 100) que las no fumadoras⁵³.
- El consumo excesivo de alcohol tiene una relación directa con la depresión⁵⁴, la ansiedad⁵⁵, la psicosis⁵⁶ y el trastorno bipolar⁵⁷, además, también podría aumentar el riesgo de suicidio⁵⁸. Muchas personas que sufren trastornos mentales son bebedoras con un consumo excesivo y pueden contar con un diagnóstico del Trastorno por Uso del Alcohol o dependencia (patología dual).
- El consumo de cannabis puede causar episodios psicóticos agudos. Su consumo prolongado a dosis altas puede conducir a un estado de pasividad e indiferencia (síndrome amotivacional). El consumo precoz y repetido en personas genéticamente predispuestas, puede estar relacionado con esquizofrenias con peor respuesta a los antipsicóticos y más recaídas. En la adolescencia, el inicio precoz en el consumo de cannabis parece tener relación con agresividad, implicación en actividades delictivas, menosprecio del peligro de utilizar otras drogas y descuidar la protección del SIDA.⁵⁹
- El mayor consumo de hipnosedantes por parte de las mujeres puede indicar mayor prevalencia de trastornos mentales como insomnio y ansiedad, o también una hipermedicalización del malestar. Tampoco puede descartarse el sesgo de género en la atención sanitaria, que tiende a atribuir a patologías mentales quejas que en el caso de los hombres provocan un mayor esfuerzo diagnóstico.
- El juego patológico es un problema de salud que comporta graves consecuencias a las personas que lo padecen y a sus familiares. La literatura coincide al afirmar la elevada comorbilidad entre juego patológico y el abuso de sustancias psicoactivas

⁵³ MARGOLLES MARTINS, Mario y DONATE SUAREZ, Ignacio. ESA 2017

⁵⁴ BODEN, J. M. and FERGUSSON, D.M. *Alcohol and depression*. *Addiction*, 2011. 106(5): p. 906-14.

⁵⁵ THIBAUT, F., *Anxiety disorders: a review of current literature*. *Dialogues Clin Neurosci*, 2017. 19(2): p. 87-88.

⁵⁶ STANKEWICZ, H.A., RICHARDS, J.R. and SALEN, P. *Alcohol Related Psychosis*, in StatPearls. 2020, StatPearls Publishing, Copyright © 2020, StatPearls Publishing LLC: Treasure Island (FL).

⁵⁷ FARREN, C.K., HILL, K.P. and WEISS, R.D. *Bipolar disorder and alcohol use disorder: a review*. *Curr. Psychiatry Rep*, 2012. 14(6): p. 659-66.

⁵⁸ BORGES, G., et al., *A meta-analysis of acute use of alcohol and the risk of suicide attempt*. *PsycholMed*, 2017. 47(5): p. 949-957.

⁵⁹ QUIROGA, M. *Cannabis: efectos nocivos sobre la salud mental*. *Adicciones*, [S.l.], v. 12, p. 135-147, jun. 2000. ISSN 0214-4840.

Disponible en: <<https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/677>>. Fecha de acceso: 21 abr. 2022

doi:<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.677>.

como alcohol⁶⁰, tabaco o cocaína. Independientemente del tipo de juego, otros estudios⁶¹ han encontrado una psicopatología asociada elevada, identificándose la depresión como la más relevante, así como el abuso de sustancias y la ansiedad.

7. Cuidados⁶²

Los hombres declaran en mayor medida que estas tareas las realizan sus parejas en solitario, o ambos miembros de la pareja de manera compartida, mientras que las mujeres declaran en mayor medida encargarse solas de los cuidados. Este patrón de respuesta nos habla, por un lado, de una distribución desigual entre mujeres y hombres de los trabajos de cuidados, con una dedicación mayor de las mujeres; y, por otro lado, nos señala también una diferente forma de percibir la responsabilidad o la carga de los cuidados, en función del sexo de la persona entrevistada.

La mayor diferencia entre mujeres y hombres se da en el cuidado de menores. Las mujeres declaran hacerse cargo de su cuidado en solitario en el 37,4% de los casos, mientras que los hombres sólo lo hacen en un 9%. Ocurre a la inversa en el caso de declarar compartir esta tarea con la pareja: por esta respuesta se decantan más los hombres (54,5% vs. 34,6%).

El cuidado de personas mayores, también se reparte de manera desigual en los hogares. El 41,6% de mujeres se hacen cargo en solitario, y un 5,2% comparte con su pareja esos cuidados. Por su parte, sólo el 21% de los hombres declara ocuparse en solitario de esta tarea, y dice compartirla el 15,2% de las veces.

En el caso de cuidados de personas adultas dependientes o con discapacidad, las diferencias de género también se detectan, aunque algo más suaves: la proporción de mujeres que se encargan en solitario es 1,75 veces mayor que la de hombres (39,3% v. 26,1%).

En la IV ESA 2017 también se preguntó sobre el cuidado de personas fuera del propio hogar de forma habitual; aunque la mayor parte de la población entrevistada no tenía que realizar este tipo de trabajo, entre la que sí lo hacía, las mujeres duplicaban a los hombres.

⁶⁰ FERNÁNDEZ MONTALVO, J., LANDA GONZÁLEZ, N., & LÓPEZ GOÑI, J. J. (2005). *Prevalencia del juego patológico en el alcoholismo: un estudio exploratorio*. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 10(2), 125–134. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.10.num.2.2005.3995>.

⁶¹ MOLINER CASTELLANO, Balma. *Psicopatología de personalidad y juego patológico*. Repositorio de la U. Jaume I. 2015.

⁶² <https://iam.asturias.es/trabajos-de-cuidados>

Las mujeres no sólo tienen más peso en los trabajos de cuidados; también le dedican más tiempo, tanto en extensión (10, 8 años frente a 9,4 años de dedicación), como en intensidad (horas diarias).

Relación probada entre la salud mental y el cuidado de personas dependientes

- Dentro del colectivo de personas que manifiestan realizar tareas de cuidado, un 32,8% han tenido cansancio, un 24,5% dolores de espalda, un 13,3% procesos de estrés, y una de cada nueve depresión o tristeza. De cada uno de los síntomas/signos padecidos, las mujeres tienen más frecuencia de impacto en casi todos. Así refieren 2,5x veces más cansancio que los hombres, casi el doble de dolores de espalda, estrés, depresión y tristeza, y 60% más dificultades para dormir.⁶³
- Las mujeres cuidadoras presentan diferencias significativas frente a las que no lo son, en el número de enfermedades, consultas sanitarias, malestar psicológico, ansiedad, depresión y apoyo social. La carga percibida por las mujeres se relaciona con la incapacidad funcional de la persona cuidada, horas de cuidado, apoyo social y variables de salud mental, y en los hombres con variables de salud mental. La ansiedad y el apoyo social predicen el 32% de la variabilidad de la carga percibida.⁶⁴
- Factores como tener más de 55 años, percibir una peor función física y sentirse menos vital son algunas variables asociadas a la aparición de depresión y sobrecarga.⁶⁵

8. Enfermedad Crónica

De acuerdo con los resultados de la ESA 2017, el 40,3% de la población de Asturias tiene alguna enfermedad o problema de salud crónico o de larga duración. El porcentaje es mayor en las mujeres que en los hombres (44,2% vs. 36% en ellos). Entre las 10 patologías crónicas más frecuentes aparecen la depresión (14,6%) y la ansiedad

⁶³ ESA 2017

⁶⁴MANSO MARTINEZ, M^a Esperanza; SANCHEZ LOPEZ, M^a del Pilar y CUELLAR FLORES, Isabel. *Salud y sobrecarga percibida en personas cuidadoras familiares de una zona rural*. *Clinica y Salud* [online]. 2013, vol.24, n.1 [citado 2022-04-22], pp.37-45. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742013000100005&lng=es&nrm=iso>. ISSN 2174-0550. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a5>.

⁶⁵HERRERA MERCHAN, Edna Johanna; LAGUADO JAIMES, Elveny y PEREIRA MORENO, Lady Johana. *Daños en salud mental de cuidadores familiares de personas con Alzheimer*. *Gerokomos* [online]. 2020, vol.31, n.2 [citado 2022-04-22], pp.68-70. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2020000200002&lng=es&nrm=iso>. Epub 05-Oct-2020. ISSN 1134-928X.

(9,9%). En estos dos casos y por sexo se aprecia una mayor prevalencia en mujeres que, presentan un cociente de feminidad del 2x frente a los hombres.

Con **la edad** se incrementa el número de personas que refieren este tipo de problemas de salud, llegando a ser casi cuatro veces más frecuente en las edades más avanzadas que en las jóvenes (58,6%-15,9%).

Por **zona geográfica**, declaran mayores prevalencias de problemas de salud crónicos las personas residentes en la zona centro (41,6%) frente a las que viven en la zona rural o en las cuencas mineras. La ESA 2017 encuentra diferencias relevantes respecto a la prevalencia de la depresión crónica en las zonas rurales, relacionado probablemente con una población más envejecida, y a la ansiedad crónica en la zona central.

Son las personas pertenecientes a **clases sociales** más desfavorecidas las que declaran mayor presencia de enfermedad o problema de salud crónico, variable que corre en paralelo con personas con estudios primarios.

Relación probada entre la salud mental y la enfermedad crónica

- Las enfermedades crónicas como el cáncer, las enfermedades cardíacas o la diabetes pueden aumentar la probabilidad de desarrollar un problema de salud mental. La población infantil y adolescente con enfermedades crónicas se ve afectada por muchas formas de estrés. La enfermedad no sólo puede afectar su desarrollo físico, cognitivo, social y emocional, sino que también tienen impacto en sus familias.⁶⁶
- Lo contrario también es cierto: las personas que tienen depresión, sin importar su edad, corren un mayor riesgo de sufrir ciertas enfermedades físicas.⁶⁷

9. Sexo

Como ha quedado reflejado en todos los factores de riesgo para la mala salud mental relatados hasta aquí, las mujeres aparecen sistemáticamente en peor situación que los hombres en todos ellos. La posición en el mercado de trabajo y las condiciones de empleo, las funciones de cuidado, el sedentarismo y la actividad física, el consumo de

⁶⁶ <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion#:~:text=Las%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20pueden%20afectar,de%20desarrollar%20una%20enfermedad%20mental.>

⁶⁷ <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/las-enfermedades-cronicas-y-la-salud-mental-como-reconocer-y-tratar-la-depresion#:~:text=Las%20enfermedades%20cr%C3%B3nicas%20pueden%20afectar,de%20desarrollar%20una%20enfermedad%20mental.>

psicofármacos, el maltrato/abuso, el apoyo social o la presencia de enfermedades crónicas, son todos determinantes sociales de la salud mental en las que las mujeres presentan peores indicadores que los hombres. La acumulación de varios de ellos explica de forma inequívoca el peor resultado de la salud mental de las mujeres frente a los hombres.

Los determinantes sociales de la salud mental asociados al género, plantean una situación de menor protección de las mujeres, como grupo poblacional, frente a los problemas de salud mental, o mayores dificultades para alcanzar el bienestar emocional.

Relación probada entre la salud mental y el sexo

- La condición laboral o los roles sociales son apuntados en diferentes estudios^{68, 69}, como determinantes de la mala salud mental de las mujeres. Como se ha señalado, las mujeres disponen de menos recursos económicos, menor autonomía y combinan con más frecuencia e intensidad el trabajo fuera de casa con las tareas domésticas y de cuidado.
- De los trabajos que han analizado las variables que en los diferentes sexos explican la mala salud mental^{70,71}, es el estatus laboral, el que está significativamente relacionado con la mala salud mental.
- También hay que señalar que los estereotipos de género pueden causar un sobrediagnóstico y medicalización de las mujeres⁷² que incide en la mayor prevalencia de consumo de fármacos.
- Según una revisión de estudios⁷³, los trastornos mentales más comunes en Europa son la ansiedad y el insomnio, con prevalencias del 14% y del 7%, respectivamente, y son más comunes en las mujeres.

⁶⁸ SÁNCHEZ-LÓPEZ MP, LÓPEZ-GARCÍA JJ, DRESCH V, CORBALÁN J. *Sociodemographic, psychological and health-related factors associated with poor mental health in Spanish women and men in midlife*. *WomenHealth* 2008; 48: 445-465.

⁶⁹ ESTEBAN, M.M.; PUERTO, M.L.; FERNÁNDEZ CORDERO, X.; JIMÉNEZ GARCÍA, R.; GIL DE MIGUEL, A.; HERNÁNDEZ BARRERA, V. 2012. Op. Cit.

⁷⁰ LIZÁN L, REIG A. *Cross cultural adaptation of a health related quality of life measurement: the Spanish version of the COOP/WONCA cartoons*. *Aten Primaria* 1999; 24: 75-82.

⁷¹ SÁNCHEZ LÓPEZ MP, APARICIO GARCÍA ME, DRESCH V. *Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres*. *Psicothema* 2006; 18: 584-590.

⁷² BACIGALUPE, Amaia; CABEZAS, Andrea; BAZA, Mikel; MARTÍN, Unai, *El género como determinante de la salud mental y su medicalización*. *Informe SESPAS 2020*. Gaceta Sanitaria Volume 34, Supplement 1, 2020, Pages 61-6.

⁷³ WITTCHEN H.U., JACOBI F., REHM J, et al. *The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010*. *EurNeuropsychopharmacol*2011; 21:655-79.

10. Relato de los factores y eventos vitales con riesgo potencial de afectar a la salud mental de las personas

A lo largo de la vida, las personas nos enfrentamos a eventos que tienen un riesgo potencial sobre nuestra salud mental; este impacto varía dependiendo de factores como la edad, el sexo, la clase social, el nivel de estudios, la renta, el contexto social-familiar, la presencia o ausencia de enfermedades crónicas, el entorno geográfico, etc. A modo de síntesis hacemos un recorrido por alguno de estos factores, desde la perspectiva en primer lugar de su dimensión dentro de las tres grandes etapas de la vida, infancia, adolescencia y madurez, y seguidamente, desde la perspectiva de la edad media en la que se producen. En ambos casos, diferenciados por sexo.

TABLA 8: Peso, según sexo, de diferentes factores de riesgo con impacto potencial sobre la salud mental de las personas, durante las tres grandes etapas vitales

| | | MUJERES | HOMBRES |
|-------------------------|---|-------------------------|------------------------|
| Infancia | Niños y niñas con dificultades de salud mental (indicador SQD) | 9,4 % | 14,0 % |
| | Obesidad Infantil | 7,5 % | 12,2 % |
| | Autopercepción de deficiente calidad de sueño | 27,4 % | 21,1 % |
| | Actividad física: Porcentaje de niños y niñas sedentario/as | 10,9 % | 8,0 % |
| Adolescencia y juventud | Edad Media de inicio de consumo de alcohol | 14,0 años | 14,0 años |
| | Migración juvenil (Jóvenes entre 20 y 39 años que salieron de Asturias en 2020) | 2,54 (miles) | 2,68 (miles) |
| | Porcentaje de población entre 20 y 39 años con estudios universitarios | 44,0 % | 29,0 % |
| | Precarización del mercado laboral. Porcentaje de contratos indefinidos sobre el total de contratos 2021 | 10,4 % | 11,1 % |
| Adulta | Paro registrado en enero de 2022 | 38.118 (personas) | 28.171 (personas) |
| | Prestaciones por desempleo enero 2022 | 7.566 (personas) | 8.127 (personas) |
| | Temporalidad/Precariedad. Personas en ERTE causado por la COVID 19. Asturias 31 Marzo 2022 | 820 (personas) | 584 (personas) |
| | Hogares monoparentales según el sexo progenitor (miles de hogares). | 42,1 (miles de hogares) | 9,4 (miles de hogares) |
| | Porcentaje de población en riesgo de pobreza. Indicador AROPE. | 27,9 % | 27,5 % |
| | Riesgo de mala salud mental en personas adultas (indicador GHQ) | 30,8 | 23,5 |
| | Soledad no deseada. Porcentaje de personas que viven solas de más de 65 años | 31,4 % | 16,8 % |

Fuentes:

1. Riesgo de pobreza AROPE 2020 Asturias
2. Datos de salud mental infantil: Tasa dificultades en Salud Mental (SQD). ESA 2017
3. Obesidad Infantil Tasa ESIA 2017
4. Autopercepción de deficiente calidad de sueño Tasa Datos Calidad del sueño. ESA 2017
5. Actividad física: Tasa Sedentarismo. ESIA 2017
6. Adicciones/consumos: Edad Media de Inicio de Consumo de Alcohol en Asturias. ENCUESTA SOBRE USO DE DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS EN ESPAÑA (ESTUDES), 1994-2021
7. Migración juvenil. % de Jóvenes entre 20 y 39 años que salieron de Asturias en 2020. Fuente: elaboración propia a partir de datos de SADEI (movimientos migratorios 2020 y padrón 2021).
8. Nivel educativo. Porcentaje de Población entre 20 y 39 años con estudios universitarios.
9. Precarización del mercado laboral. Porcentaje de Población entre 20 y 39 años con estudios universitarios. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Contratación laboral según sexo y tipo de contrato SADEI
10. Niveles de empleo/desempleo: Paro registrado enero de 2022. Nº de personas. Fuente SADEI.
11. Niveles de empleo/desempleo: Prestaciones por desempleo Asturias. Enero 2022. Nº personas. Fuente Resumen de estadística mensual del SEPE. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
12. Temporalidad/Precariedad. Personas en ERTE causados por la COVID 19. Asturias 31 Marzo 2022. Fuente: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
13. Hogares Monoparentales. Hogares con hijos según el sexo del progenitor (Unidad: Miles de hogares). Fuente: Encuesta Continua de Hogares 2020 (ECH).
14. Soledad / Soledad no deseada Porcentaje de personas que viven solas de Más de 65 años. 2021 Datos referidos al valor medio del periodo. Fuente: Elaboración propia a partir de Encuesta Continua de Hogares (ECH) y Padrón continuo 2021 de SADEI.
15. Riesgo de mala Salud Mental en personas adultas según indicador GHQ. Fuente: ESA 2017.

TABLA 9: Media de edad de eventos vitales potencialmente relevantes en salud mental

| | MUJERES | HOMBRES |
|---|---------|---------|
| Comienzo de la escolarización obligatoria | 6 | 6 |
| Uso cotidiano de smartphone | 12 | 12 |
| Consumo de alcohol e hipnosedantes | 14 | 14 |
| Inicio a las borracheras | 15 | 14,7 |
| Primera relación sexual | 17,5 | 17,5 |
| Mayoría de edad legal | 18 | 18 |
| Acceso al primer trabajo | 23 | 23 |
| Edad media de primer hijo/a | | 31,71 |
| Inicio como persona cuidadora | 35-44 | 35-44 |
| Acceso a vivienda propia | >45 | >45 |
| Primer matrimonio | 37,35 | 34,88 |
| Admisión a tratamiento por consumo de alcohol | 46,5 | 47 |
| Divorcio | 48 | 45,6 |
| Persona cuidadora | 57 | 57 |
| Jubilación | 64,3 | 65 |
| Acceso a pensión de viudedad | 72 | 75 |
| Reconocimiento de grado 1 de dependencia | 70 | 81 |

Fuentes:

1. Uso cotidiano de Smartphone. Fuente: Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares 2021. INE.
2. Media de edad de inicio consumo de alcohol e hipnosedantes. Fuente: ESTUDES Asturias 2019
3. Media de edad de la primera borrachera, Fuente: ESTUDES Asturias 2019
4. EDAD MEDIA DE INICIO PROMERA RELACIÓN SEXUAL, Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009. Observatorio de Salud de la Mujer (OSM) Ministerio de Sanidad y Política Social (MSPS) en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
5. EDAD MEDIA DE PRIMER HIJO/A, Encuesta Fecundidad 2018. INE
6. Edad Primer Matrimonio. Fuente: Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios 2020 (INE).
7. EDAD MEDIA DE ACCESO A VIVIENDA PROPIA, Fuente: Elaboración propia a partir de Censos de Población y Viviendas 2011. INE.
8. Media de edad admisión a tratamiento por consumo de alcohol, Indicador Admisiones a tratamiento por consumo sustancias psicoactivas, Asturias. 2020. OEDT-PND.
9. Inicio como persona cuidadora, Porcentaje de personas ocupadas a tiempo parcial por cuidar a una persona dependiente. Fuente INE. Encuesta de población activa.
10. Media de edad del divorcio, Fuente: Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios 2020 (INE).
11. EDAD MEDIA DE PERSONA CUIDADORA, Fuente: SocialAsturias. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias
12. EDAD MEDIA DE JUBILACIÓN, Fuente: Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones
13. EDAD MEDIA DE ACCESO A PENSIÓN DE VIUEDAD. Fuente: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 2006
14. EDAD MEDIA DE RECONOCIMIENTO DE GRADO 1 DE DEPENDENCIA, Fuente: SocialAsturias. Consejería de Derechos Sociales y Bienestar del Principado de Asturias

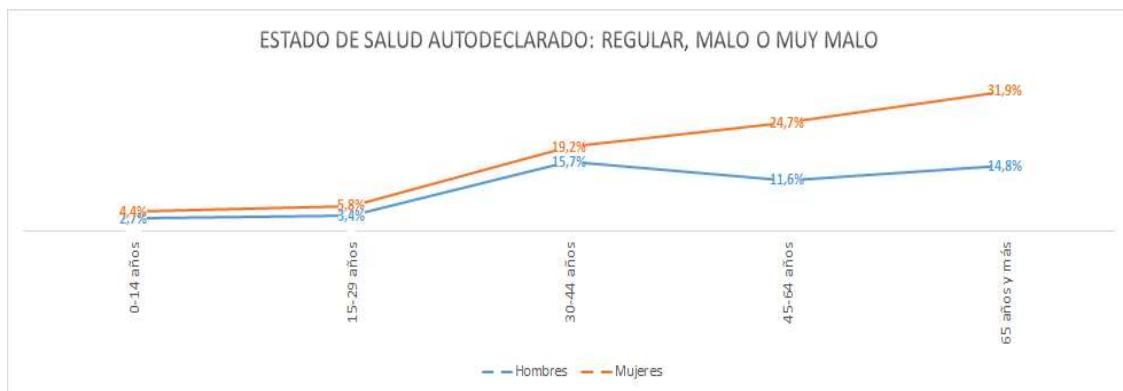
11. Autopercepción de salud referida a salud mental

La escala del EuroQol 5D (EQ-5D-5L) como instrumento para medir la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS), consiste en una sección autoadministrada con 5 apartados: *movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión.*

La ESA 2017 refleja que un 17,4% de la población tiene problemas de ansiedad/depresión, con diferencias intersexuales significativas; 21% en mujeres frente a un 12% en hombres.

Respecto a la edad, el 22,4% de las personas de 65 y más años declaran tener ansiedad o depresión, y sólo un 7,7% del grupo de personas más jóvenes, lo que pone de manifiesto el incremento de los problemas de salud mental que se produce con la edad. El informe ESA 2017 también destaca que los porcentajes de estas patologías han aumentado respecto a la Encuesta de 2012.

Gráfico 7. Situación del estado de salud “Regular, Malo o Muy malo” en la dimensión ANSIEDAD/DEPRESIÓN del EuroQol, según sexo y grupo de edad. Fuente: ESA 2017.

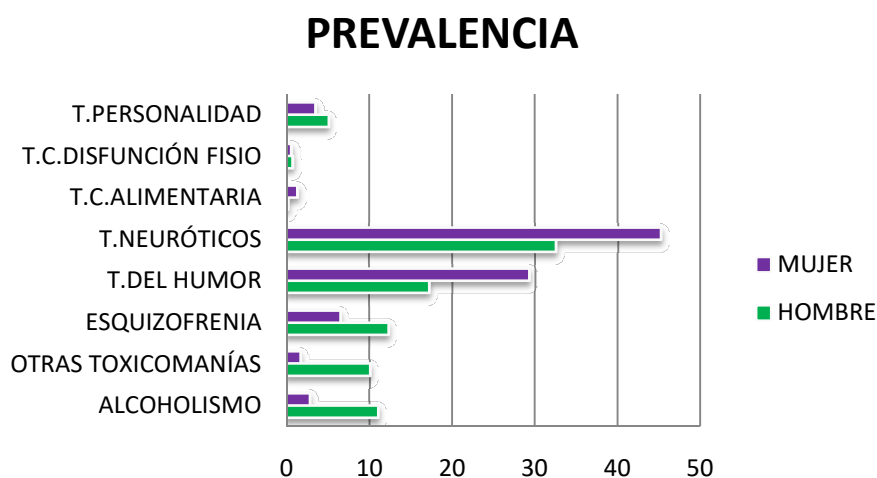


B. MORBILIDAD ATENDIDA EN LA RED PÚBLICA DE SALUD MENTAL.

ATENCIÓN ADULTOS. AÑO 2021

| GRUPO DIAGNÓSTICO | | INCIDENCIA | | | | PREVALENCIA | | | |
|-------------------|----------------------|------------|-------|-------|-------|-------------|--------------|-------|--------------|
| | | HOMBRE | | MUJER | | HOMBRE | | MUJER | |
| | | Nº | TASA | Nº | TASA | Nº | TASA | Nº | TASA |
| EJE III | EJE III | 276 | 7,47 | 547 | 8,56 | 527 | 3,21 | 1002 | 3,98 |
| F00-F09 | T.MENTALES ORGÁNICOS | 100 | 2,70 | 126 | 1,97 | 416 | 2,54 | 463 | 1,84 |
| F10 | ALCOHOLISMO | 420 | 11,36 | 185 | 2,89 | 1811 | 11,04 | 726 | 2,88 |
| F11-F19 | OTRAS TOXICOMANÍAS | 370 | 10,01 | 94 | 1,47 | 1647 | 10,04 | 442 | 1,75 |
| F20-F29 | ESQUIZOFRENIA | 141 | 3,81 | 135 | 2,11 | 2020 | 12,31 | 1647 | 6,54 |
| F30-F39 | T.DEL HUMOR | 392 | 10,60 | 1164 | 18,21 | 2826 | 17,23 | 7380 | 29,28 |
| F40-F48 | T.NEURÓTICOS | 1614 | 43,66 | 3559 | 55,67 | 5335 | 32,52 | 11385 | 45,18 |
| F50 | T.C.ALIMENTARIA | 17 | 0,46 | 95 | 1,49 | 37 | 0,23 | 325 | 1,29 |
| F51-F59 | T.C.DISFUNCIÓN FISIO | 57 | 1,54 | 54 | 0,84 | 123 | 0,75 | 150 | 0,60 |
| F60-F69 | T.PERSONALIDAD | 150 | 4,06 | 169 | 2,64 | 831 | 5,07 | 876 | 3,48 |
| F70-F79 | RETRASO MENTAL | 38 | 1,03 | 24 | 0,38 | 309 | 1,88 | 231 | 0,92 |
| F80-F99 | OTROS PROCESOS | 119 | 3,22 | 97 | 1,52 | 510 | 3,18 | 310 | 1,05 |

Los datos de incidencia y prevalencia, revelan diferencias en función del sexo. Con más casos de trastornos del humor, neuróticos y de la conducta alimentaria en mujeres; mientras que el resto de grupos diagnósticos son más frecuentes en varones.

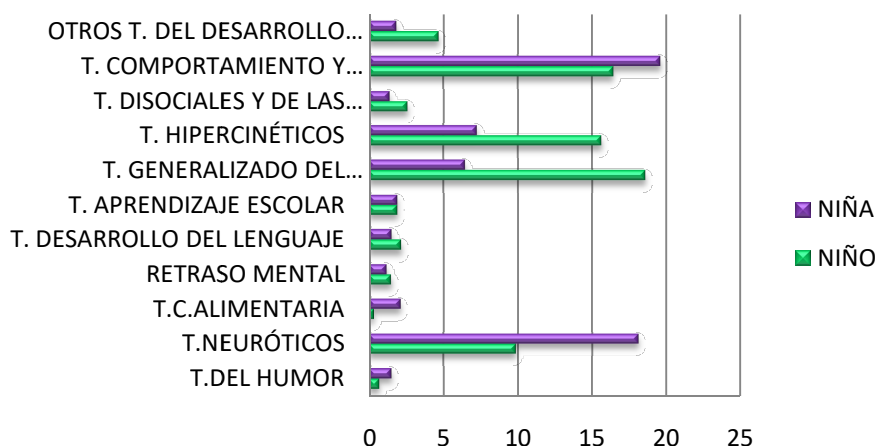


ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL. AÑO 2020

| GRUPO DIAGNÓSTICO | | INCIDENCIA | | PREVALENCIA | | | |
|--------------------|-------------------------------------|------------|-------|-------------|--------------|-------|--------------|
| | | HOMBRE | MUJER | HOMBRE | | MUJER | |
| | | TASA | | Nº | TASA | Nº | TASA |
| EJE III | EJE III | 42,95 | 48,46 | 432 | 24,84 | 300 | 34,60 |
| F00-F09 | T.MENTALES ORGÁNICOS | 0,00 | 0,62 | 1 | 0,06 | 4 | 0,46 |
| F20-F29 | ESQUIZOFRENIA | 0,43 | 0,00 | 3 | 0,17 | 1 | 0,12 |
| F30-F39 | T.DEL HUMOR | 0,65 | 0,93 | 12 | 0,69 | 13 | 1,50 |
| F40-F48 | T.NEURÓTICOS | 11,50 | 20,68 | 172 | 9,89 | 157 | 18,11 |
| F50 | T.C.ALIMENTARIA | 0,65 | 1,85 | 6 | 0,35 | 18 | 2,08 |
| F51 | T. NO ORGÁNICO DEL SUEÑO | 0,22 | 0,31 | 4 | 0,23 | 5 | 0,58 |
| F60-F69 | T.PERSONALIDAD | 0,43 | 1,85 | 5 | 0,29 | 8 | 0,92 |
| F70-F79 | RETRASO MENTAL | 0,87 | 1,23 | 24 | 1,44 | 10 | 1,15 |
| F80 | T. DESARROLLO DEL LENGUAJE | 2,17 | 0,93 | 37 | 2,13 | 13 | 1,50 |
| F81 | T. APRENDIZAJE ESCOLAR | 1,95 | 1,54 | 32 | 1,84 | 16 | 1,85 |
| F84 | T. GENERALIZADO DEL DESARROLLO | 8,46 | 1,54 | 323 | 18,57 | 56 | 6,46 |
| F90 | T. HIPERCINÉTICOS | 8,46 | 2,47 | 272 | 15,64 | 63 | 7,27 |
| F91-F92 | T. DISOCIALES Y DE LAS EMOCIONES | 2,39 | 0,31 | 44 | 2,53 | 12 | 1,38 |
| F93, F94, F95, F98 | T. COMPORTAM. Y EMOC. INFANCIA | 14,75 | 15,74 | 286 | 16,45 | 170 | 19,61 |
| F82, F83, F88, F89 | OTROS T. DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO | 3,90 | 1,23 | 85 | 4,66 | 21 | 1,85 |
| F54, F99 | OTROS | 0,22 | 0,31 | 4 | 0,23 | 5 | 0,58 |

En menores de 15 años, hay un importante número de diagnósticos del Eje III (problemas psicosociales). En niñas son más frecuentes los trastornos neuróticos, de la conducta alimentaria y los problemas de las emociones y el comportamiento en la infancia; mientras que en niños aparecen con más frecuencia los trastornos generalizados del desarrollo, los hiperactivos y los disociales. En el resto apenas hay diferencias en la incidencia por razón de sexo.

PREVALENCIA INFANTO-JUVENIL



C. ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN LA RED PÚBLICA DE SALUD.

Actividad asistencial Centros de Salud Mental Adultos 2016-2021

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|------------------|------------------|
| Primeras Consultas | 22.705 | 20.836 | 19.471 | 19.132 | 15.389 | 19.393 |
| Consultas Sucesivas | 146.297 | 144.969 | 146.145 | 148.585 | 142.538 | 143.802 |
| Relación Sucesivas \ Primeras | 9,17 | 10,05 | 10,85 | 11,3 | 13,58 | 10,81 |
| Sucesivas Enfermería | 61835 | 64528 | 65065 | 67657 | 56341 | 65764 |
| Total Consultas | 230.837 | 230.333 | 230.681 | 235.374 | 224.337 | 228.959 |
| Consultas Preferentes | 5011 (22,07%) | 5558 (26,67%) | 5497 (28,23%) | 4798 (25,08%) | 4178 (27,15%) | 5027 (25,92%) |
| Consultas Fuera del Centro | 502 (2,91%) | 545 (2,61%) | 12669 (65,06%) | 11519 (60,21%) | 3582 (23,28%) | 8716 (44,94%) |
| Nº Pacientes | 55.381 | 54.884 | 55.935 | 56.024 | 52.132 | 55.446 |
| Media Tiempo Espera | (*) 19,39 | (*) 20.18 | 25,204 | 25,2 | 26,34 | 24,07 |
| Media Tiempo Espera Preferentes | (*) 13,14 | (*) 11.86 | 17,22 | 17,22 | 17,25 | 17,1 |
| Primeras desde AP | 16613 | 15627 | 16264 | 15922 | 12277 | 15617 |
| Población de referencia (TSI) | 921100 | 921100 | 910373 | 910373 | 910373 | 897976 |
| Tasa de Incidencia * 1000 hab. | 24,65 | 22,62 | 21,39 | 21,02 | 16,9 | 21,6 |
| Tasa de Prevalencia * 1000 hab. | 60,12 | 59,59 | 61,44 | 61,54 | 57,26 | 61,75 |
| Tasa de Frecuentación * 1000 hab. | 250,61 | 250,06 | 253,39 | 258,55 | 246,42 | 254,97 |
| Media Contacto por Usuario | 4,17 | 4,2 | 4,12 | 4,2 | 4,3 | 4,13 |

(*) No contabilizada Área 4

Actividad asistencial Unidades de Hospitalización de Adultos 2016-2021

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Nº Camas | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 | 96 |
| Nº Ingresos | 2235 | 2168 | 2396 | 2427 | 2252 | 2546 |
| Nº Altas | 2234 | 2177 | 2387 | 2425 | 2247 | 2549 |
| Estancia Media | 13,51 | 14,02 | 13,42 | 13,17 | 12,63 | 11,72 |
| Pacientes atendidos | 1684 | 1698 | 1828 | 1879 | 1674 | 1925 |
| % Ocupación | 86,17 | 86,74 | 91,76 | 91,22 | 81,17 | 85,16 |

Actividad asistencial Unidades de Tratamiento de Toxicomanías 2016-2021

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Primeras Consultas | 446 | 336 | 318 | 274 | 222 | 222 |
| Consultas Sucesivas | 5890 | 5583 | 5222 | 5191 | 4825 | 5070 |
| Sucesivas Enfermería | 20824 | 20713 | 18943 | 17341 | 14946 | 16643 |
| Total Consultas | 27160 | 26632 | 24483 | 22806 | 19993 | 21935 |
| Tiempo espera | | | 11,98 | 17,48 | 19,64 | 17,14 |
| Pacientes atendidos | 1854 | 1818 | 1810 | 1778 | 1838 | 1789 |

(*) Áreas III, IV, V y VII

Actividad asistencial Unidades de Desintoxicación Hospitalaria 2016-2021

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 (*) | 2021 |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|----------|-------|
| Camas | 10 | 10 | 10 | 10 | 6 | 6 |
| Nº Ingresos | 195 | 199 | 178 | 178 | 94 | 87 |
| Nº Altas | 195 | 199 | 178 | 178 | 91 | 88 |
| Estancia Media | 11,41 | 10,98 | 11,84 | 11,35 | 11,31 | 12,28 |
| Pacientes atendidos | 191 | 193 | 168 | 173 | 144 | 125 |

*2020 Área V: En funcionamiento cuatro meses. Los ocho meses restantes 6 camas en HMN

Actividad asistencial Estructuras Intermedias 2016-2021

| ATENCIÓN DE DÍA | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| Nº Ingresos | 236 | 244 | 221 | 299 | 203 | 236 |
| Nº Altas | 235 | 210 | 196 | 229 | 202 | 210 |
| Pacientes atendidos | 704 | 727 | 706 | 763 | 785 | 706 |

| ATENCIÓN 24 HORAS | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------|------|------|------|------|------|------|
| Camas | 125 | 125 | 125 | 125 | 125 | 125 |
| Nº Ingresos | 204 | 214 | 197 | 203 | 220 | 270 |
| Nº Altas | 204 | 209 | 176 | 176 | 219 | 260 |
| Pacientes atendidos | 250 | 238 | 218 | 244 | 249 | 311 |

| UNIDADES RESIDENCIALES | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------|-------|------|------|------|------|------|
| Camas | 8 (*) | 34 | 34 | 34 | 34 | 34 |
| Nº Ingresos | 13 | 17 | 23 | 16 | 21 | 23 |
| Nº Altas | 10 | 16 | 20 | 12 | 21 | 21 |
| Pacientes atendidos | 18 | 34 | 50 | 43 | 42 | 44 |

Actividad asistencial Infanto-Juvenil 2016-2021

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Primeras Consultas | 2866 | 2975 | 2407 | 2899 | 2273 | 3311 |
| Consultas Sucesivas | 13542 | 16013 | 16322 | 18202 | 17621 | 20731 |
| Relación Sucesivas \ Primeras | 6,36 | 6,89 | 8,53 | 7,61 | 9,86 | 7,78 |
| Sucesivas Enfermería | 4685 | 4480 | 4205 | 3862 | 3865 | 5045 |
| Total Consultas | 21093 | 23468 | 22934 | 24963 | 24692 | 29087 |
| Consultas Preferentes | 349 (12,18%) | 509 (17,11%) | 376 (15,62%) | 462 (15,94%) | 391 (17,20%) | 688 (20,78%) |
| Consultas Fuera del Centro | 11 (0,38%) | 7 (0,23%) | 445 (18,49%) | 803 (27,70%) | 111 (4,88%) | 1429 (43,16%) |
| Nº Pacientes | 4423 | 5189 | 5058 | 5567 | 5127 | 6325 |
| Media Tiempo Espera | (*) 23,31 | (*) 23,96 | 27,46 | 21,54 | 22,48 | 26,02 |
| Media Tiempo Espera Preferentes | (*) 9,27 | (*) 12,44 | 10,56 | 9,99 | 9,16 | 9,63 |
| Primeras desde AP | 1866 | 2571 | 2040 | 2540 | 1833 | 2766 |
| Población de referencia (TSI) | 112713 | 112713 | 109554 | 109554 | 109554 | 104091 |
| Tasa de Incidencia * 1000 hab. | 25,43 | 26,39 | 21,97 | 26,46 | 20,75 | 31,81 |
| Tasa de Prevalencia * 1000 hab. | 39,24 | 46,04 | 46,17 | 50,82 | 46,80 | 60,76 |
| Tasa de Frecuentación * 1000 hab. | 187,14 | 208,21 | 209,34 | 227,86 | 225,39 | 279,44 |
| Media Contacto por Usuario | 4,77 | 4,52 | 4,53 | 4,48 | 4,82 | 4,60 |

(*) No contabilizada Área 4

Actividad asistencial Unidad de Hospitalización de adolescentes 2016-2021

| | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|---------------------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| N.º Camas | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| Nº Ingresos | 100 | 103 | 115 | 139 | 108 | 154 |
| Nº Altas | 98 | 104 | 117 | 137 | 106 | 154 |
| Estancia Media | 14,65 | 17,65 | 14,39 | 13,73 | 15,80 | 13,74 |
| Pacientes atendidos | 73 | 80 | 87 | 99 | 71 | 97 |
| % Ocupación | 80,27 | 99,61 | 90,68 | 104,57 | 93,50 | 115,94 |

ANEXO 4. MARCO ÉTICO Y NORMATIVO

CONVENIOS, DECLARACIONES E INFORMES ORGANISMOS INTERNACIONALES

[Declaración Universal de Derechos Humanos](#) Naciones Unidas. 1948. “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

[Declaración de Luxor sobre los Derechos Humanos para los Enfermos Mentales](#)(1989). Expone la responsabilidad gubernamental y social en la atención a los grupos vulnerables y a la promoción de la igualdad de derechos de las personas con discapacidad psicosocial.

[Convención sobre los derechos del niño \(1989\)](#). Asamblea General de Naciones Unidas. Ratificada por el Parlamento Español el 30 de noviembre de 1990. Se convirtió en la primera ley internacional sobre este tema, con carácter obligatorio para los Estados firmantes. En ella se recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños y niñas.

[Resolución 46/119, de 17 de diciembre de 1991](#), aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas sobre “Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención a la salud mental”. Reconoce el derecho a la no discriminación laboral, sanitaria, institucional y social. También la no utilización de la psiquiatría con fines ideológicos, políticos o religiosos.

[Recomendación 1235 sobre Psiquiatría y Derechos Humanos de 1994](#), adoptada por la Asamblea parlamentaria del Consejo de Europa, establece criterios y procedimientos para el ingreso involuntario, estándares de atención y tratamiento de las personas con trastornos mentales, y prohibiciones para prevenir abusos en la atención y prácticas psiquiátricas.

[La Carta Social Europea revisada](#) (1996), con carácter vinculante, en su artículo 15 consagra los derechos de las personas con discapacidad a la independencia, integración social y participación en la vida de la comunidad.

Madrid del 25 de agosto de 1996 sobre los requisitos éticos de la práctica de la psiquiatría, de la Asociación Mundial de Psiquiatría; modificada en la asamblea general en Yokohama, Japón en agosto de 2002.

[Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina](#) o Convenio de Oviedo de 4 de abril de 1997 del Consejo de Europa (Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Dignidad del Ser Humano, en relación con la Aplicación de la Biología y

Medina). Primer instrumento internacional jurídicamente vinculante en incorporar el principio del consentimiento informado, el derecho a recibir información, la igualdad de acceso a tratamiento médico y el establecimiento de altos estándares de protección relativos a la atención y a la investigación médica.

Resolución del Consejo de la Unión Europea de 18 de noviembre de 1999 (2000/C86/01) sobre [la promoción de la salud mental](#) que aún sin ser de obligado cumplimiento supone un avance e invita a poner en marcha acciones específicas para afrontar los problemas de la salud mental, la prevención y la promoción.

[Libro Blanco del Comité de Ética del Consejo de Europa](#) sobre protección de los Derechos Humanos y la Dignidad de las Personas con Trastorno Mental (2000). Señala las condiciones y procedimientos de ingreso involuntario, los límites éticos al tratamiento, la prevención y el control de posibles abusos. (Consultado en www.alansaludmental.com).

[Conclusiones del Consejo de Europa de 15 de noviembre de 2001](#) (2002/C 6/01) sobre la lucha contra los problemas relacionados con el estrés y la depresión. Se reconoce la importancia de fomentar la salud mental actuando en todas las políticas y actividades, elaborando estrategias con miras a la prevención, rápido diagnóstico y tratamiento.

[Informe de la OMS sobre la Salud en el mundo 2001](#). “Salud Mental nuevos conocimientos, nuevas esperanzas”. Se analizan el alcance de la prevención y la disponibilidad de tratamiento, así como los obstáculos que se oponen a éste. Se examinan la prestación y la planificación de servicios y ofrece recomendaciones que pueden adaptar todos los países de acuerdo con sus necesidades y recursos.

[Programa Mundial de Acción en Salud Mental. OMS, 2002](#). “Cerremos la brecha, mejoremos la atención”. Creado con la voluntad de establecer una estrategia clara y coherente para corregir el desfase entre las necesidades urgentes y los servicios disponibles.

[Conclusiones del Consejo de UE sobre la lucha contra la estigmatización y la discriminación en relación la enfermedad mental](#), adoptadas en la reunión del 2 y 3 de junio de 2003. Se hace hincapié en el impacto de los problemas relativos a la estigmatización y la discriminación debidas a los diagnósticos de salud mental. Se pide la adopción de medidas concretas con vistas a mejorar la inclusión social y combatir la discriminación y estigmatización.

[Libro Verde sobre la Salud Mental 2005](#): Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Con este libro Verde la Comisión Europea abre un amplio debate sobre la cuestión de la salud mental. Se trata

de iniciar una consulta pública sobre los medios para mejorar la gestión de los trastornos mentales y promover el bienestar mental en la Unión Europea.

Declaración Europea de Salud Mental y Plan de Acción en Salud Mental. [Conferencia Ministerial de la OMS sobre Salud Mental \(Helsinki, 2005\)](#). En los estados miembros reconocen la salud mental como aspecto fundamental para conseguir una buena calidad de vida, redactando prioridades, acciones y responsabilidad a llevar a cabo en materia de promoción de la salud mental.

Convención de Nueva York de la ONU, sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 13 de diciembre de 2006. [Ratificada por España en 2007](#) y en vigor desde 2008. Establece que las personas con discapacidad tengan todos los derechos y libertades, sean respetadas como las demás personas y participen plenamente en la sociedad. Su propósito (artículo 1) es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente”.

[Reglamento \(CE\) nº 1920/2006 del Parlamento Europeo](#) y del Consejo de 12 de diciembre de 2006 sobre el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Creación de este Observatorio, con el objetivo de proporcionar información real, objetiva, fiable y comparable a nivel europeo sobre el fenómeno de la droga y la toxicomanía, así como sus consecuencias.

[Declaración de Trenčín sobre el estado de la salud mental en prisiones, 2007](#). Se realiza una revisión de la situación y atención de la salud mental en las prisiones europeas con el fin de mejorarlas.

OMS. [Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias](#). Programa de acción para superar las brechas en salud mental.

[Pacto europeo para la salud mental y el bienestar](#), 12 y 13 de junio de 2008. Pretende actuar en los ámbitos de la sanidad, educación y entorno laboral, centrándose en la prevención del suicidio y la depresión, la salud mental en la juventud y la educación, en el entorno laboral, o en la tercera edad, y la lucha contra la estigmatización y la exclusión social.

Recomendación [CM/Rec \(2009\)3 sobre seguimiento de la protección de los derechos humanos y la dignidad de las personas que padecen trastornos mentales](#) del Comité de Ministros de los Estados miembros. Aprobado por el Comité de Ministros a 20 de mayo de 2009 en la 1507 reunión de Viceministros.

Empoderamiento del usuario en Salud Mental. [Declaración de la oficina regional para Europa de la OMS 2010](#). Define el empoderamiento, describe sus retos, identifica las perspectivas y los elementos de los que consta y propone actuaciones.

[Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS, 2012](#). Su objetivo es apoyar a los países en la evaluación y mejora de la calidad y los derechos humanos de sus establecimientos de salud mental y apoyo social.

[Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020](#) de la OMS. “No hay salud sin salud mental”. El plan tiene entre sus objetivos: reforzar un liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; proporcionar en el ámbito comunitario servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social; poner en práctica estrategias de promoción y prevención; y fortalecer los sistemas de información la investigación. Período de ejecución ampliado hasta 2030, en línea con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

[Resolución del Parlamento Europeo, de 14 de febrero de 2017, sobre el fomento de la igualdad de género en los ámbitos de la salud mental y la investigación clínica \(2016/2096\(INI\)\)](#).

[Observación general núm. 7 \(2018\) sobre la participación de las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan, en la aplicación y el seguimiento de la Convención](#). Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la ONU. En esta observación, la ONU aconseja la participación plena de las personas con discapacidad en la adopción de decisiones sobre cuestiones que guardan relación con su vida o repercuten en esta. Su participación, a través de organizaciones y sus asociados, influyen positivamente en la calidad de las decisiones tomadas, así como demuestran la fuerza, la influencia y el potencial de las personas con discapacidad.

[Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Technical guidance](#) (2018). Revisa la prevalencia de algunos trastornos mentales con respecto a los factores de riesgo y las áreas de intervención e identifica las áreas de acción prioritarias en relación con la salud mental de personas refugiadas y migrantes.

[Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#), 2019. Naciones Unidas.

[Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa. Resolución 2291 \(2019\)](#). Poner fin a la coerción en la salud mental: la necesidad de un enfoque basado en los derechos

humanos. Insta a los estados miembros a comenzar la abolición de las prácticas coercitivas en entornos de salud mental.

[Atlas de Salud Mental 2020](#). OMS. Incluye información sobre el progreso realizado hacia el logro de los objetivos de salud mental para 2020 y datos sobre indicadores relativos a la cobertura de servicios, integración de la salud mental en la atención primaria de salud, preparación para la prestación de apoyo psicosocial y de salud mental en emergencias, e investigación sobre salud mental. También incluye nuevos objetivos para 2030.

[Marco europeo de acción sobre salud mental de la OMS 2021-2025](#). Se reconoce la centralidad de la salud mental para el bienestar individual y social, el desarrollo económico y sostenible, así como el sufrimiento, la pérdida de salud y oportunidades asociadas a las condiciones de salud mental.

[Estrategia de la UE sobre Drogas 2021-2025](#), proporciona el marco político general y las prioridades de actuación de la Unión Europea en dicha materia.

[Estrategia de la UE para los derechos de las personas con discapacidad 2021-2030](#), su objetivo es avanzar en todos los ámbitos de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad, tanto a nivel de la UE como de los Estados miembros.

[Orientaciones y módulos técnicos sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos](#)(2021), de la Organización Mundial de la Salud. Documento en el que se insta a ampliar los servicios comunitarios de salud mental centrados en las personas, orientados a la recuperación y basados en los derechos humanos, y se describen las relaciones necesarias con los sectores de vivienda, educación, empleo y protección social, para garantizar la plena inclusión social de las personas con discapacidad psicosocial.

MARCO NORMATIVO ESTATAL

[Constitución Española de 1978](#). Reconoce a toda la ciudadanía el derecho a la protección de la salud y compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública, a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios, fomentando la educación sanitaria. (Artículo 43).

[Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#), dedica el Capítulo III íntegramente a la Salud Mental; en el artículo 20 consagra la plena integración de las actuaciones relativas a la salud mental en el Sistema Nacional de Salud y la total equiparación de las personas con problemas de salud mental a las demás personas que requieran

servicios sanitarios y sociales, estableciendo los principios a los que las administraciones sanitarias competentes han de adecuar su actuación en este ámbito.

Real Decreto 24 julio 1989 por el que se publica el [Código Civil](#), modificado en varias ocasiones (la última el 16 de diciembre de 2021), dedica el título IX a la tutela y la guarda de los menores.

[Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil](#). El artículo 763, regula el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico.

[Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica](#). Tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de personas usuarias y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía y de información y documentación clínica.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de [cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud](#). Tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y el nivel de atención adecuado. Modificada por RDL 7/2018, de 27 de julio.

[Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios](#). Sienta las bases para las garantías de seguridad y calidad de la atención sanitaria.

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, [de ordenación de las profesiones sanitarias](#). Regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, la estructura general de la formación, el desarrollo profesional y su participación en la planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Asimismo, establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de la ciudadanía respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud.

[Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud](#). Tiene por objeto establecer las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario de los servicios de salud que conforman el Sistema Nacional de Salud, a través del Estatuto marco de dicho personal.

[Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género](#). Establece medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas, en coordinación con otras medidas de apoyo.

Ley 29/2006, de 26 de julio, de [garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios](#). Modifica el sistema de precios de referencia, pretende eliminar los obstáculos que dificultan una mayor presencia de los medicamentos genéricos en el mercado e incorpora a la prestación farmacéutica las novedades pertinentes o más relevantes.

El [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización](#); en el Anexo II, Cartera de servicios comunes de Atención Primaria, punto 8 enumera las actividades que incluye la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada, y en el Anexo III, Cartera de servicios comunes de atención especializada, punto 7, la Atención a la salud mental, define y especifica las prestaciones, señalando que se garantizará la continuidad asistencial.

La [Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia](#). Regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para a Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). El baremo para la valoración de la situación de dependencia (artículo 27.4) valorará la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización.

[Instrumento de ratificación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad](#), Nueva York, 13 de diciembre de 2006 (BOE, 21 de abril de 2008).

Ley 26/2011, de 1 de agosto, de [adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad](#). Esta ley pretende impulsar los cambios, normativos y de plazos, necesarios para el cumplimiento de los compromisos adquiridos por la ratificación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

[Resolución 2451, de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas](#), por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.

[Ley 13/2011, de 27 de mayo, de regulación del juego](#), El objeto de esta Ley es la regulación de la actividad de juego desarrollado en ámbito estatal. Entre otros fines, persigue prevenir las conductas adictivas y proteger los derechos de los menores.

Real Decreto 1276/2011, de 16 de septiembre, de [adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad](#).

Ley 33/2011, de 4 de octubre, [General de Salud Pública](#). Tiene por objeto establecer las bases para que la población alcance y mantenga el mayor nivel de salud posible a través de las políticas, programas, servicios, y en general actuaciones de toda índole desarrolladas por los poderes públicos, empresas y organizaciones ciudadanas con la finalidad de actuar sobre los procesos y factores que más influyen en la salud, y así prevenir la enfermedad y proteger y promover la salud de las personas, tanto en la esfera individual como en la colectiva.

[Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones](#). Modifica leyes relativas a la cohesión y calidad del SNS e incluye modificaciones en el uso de medicamentos y productos sanitarios derecho a asistencia sanitaria por población extranjera, recetas médicas y otros.

[Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social](#). Derecho a la igualdad de oportunidades, ejercicio real y efectivo de derechos a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad y la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación.

[Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia](#). Concreta el concepto jurídico “interés superior del menor” dotando al concepto de un contenido triple: como derecho sustantivo, como principio general de carácter interpretativo y como norma de procedimiento.

[Ley 26/2015, de 28 de julio, de Modificación del Sistema de Protección a la Infancia y a la adolescencia](#). Completa la reforma del sistema de protección de menores, modificando el sistema de adopción y acogimiento las pensiones de orfandad o las condiciones de los centros para menores con trastorno de conducta, entre otras.

Real Decreto Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el [acceso universal al Sistema Nacional de Salud](#). Tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria, en las mismas condiciones, a todas las personas que se encuentren en el Estado Español.

[Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica](#). Adecuación de nuestro ordenamiento jurídico a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Nueva York 2006). Se pasa a un sistema basado en los apoyos, considerando a las personas con discapacidad titulares del derecho a la toma de sus propias decisiones, derecho que ha de ser respetado.

[Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia](#). Tiene por objeto garantizar los derechos fundamentales de la infancia y adolescencia a la integridad física, psíquica, psicológica y moral frente a cualquier forma de violencia, asegurando el libre desarrollo de su personalidad y estableciendo medidas de protección integral.

Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el [título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría](#).

LEGISLACIÓN AUTÓNOMICA

Decreto 81/86, de 11 de junio por el que *se regula la organización y funcionamiento de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias*, modificado por Decreto 119/1991, por Decreto 61/1994, por Decreto 183/1995, y por Decreto 40/1997.

[Ley 1/1995, de 27 de enero, de Protección del Menor](#). Destaca el artículo 6 (Principios rectores), que en su punto 2 b señala “la supremacía del interés del menor como criterio de actuación”.

[Decreto 21/2006, de 2 de marzo, por el que se regula la constitución y el funcionamiento de la Comisión de Tutelas del Principado de Asturias](#). Modificado por Decreto 128/2010, de 28 de septiembre.

[Decreto 68/2007, de 14 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia](#). En relación con la valoración de la situación de dependencia en personas discapacidad psicosocial, el punto 2 del artículo 13, además de lo estipulado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, añade que se valorarán las necesidades de apoyo para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal.

Decreto 66/2009, de 14 de julio, por el que se regula la [estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica](#) del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Resolución de 14 de febrero de 2011, de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, por la que se crea la [Comisión para el seguimiento y desarrollo de mejoras en los Servicios de Salud Mental](#). Tiene por objeto asesorar y formular propuestas que ayuden a la autoridad sanitaria e instituciones a implantar las mejoras derivadas de la evaluación de los servicios de Salud Mental con internamiento y a verificar su seguimiento.

Ley 2/2011, de 11 de marzo, para [la igualdad de mujeres y hombres y la erradicación de la violencia de género](#). Tiene como objetivos impulsar el principio de igualdad en todas las políticas públicas y afianzar las políticas de igualdad, erradicar la violencia de género e impulsar la corresponsabilidad y la conciliación de la vida personal, familiar y laboral.

[Ley 6/2014, de 13 de junio, de Juego y Apuestas del Principado de Asturias](#), que hace hincapié en la defensa de los usuarios, de menores, incapacitados, y personas con ludopatía, y pretende favorecer actitudes de juego moderado y no compulsivo.

[Ley del Principado de Asturias 4/2015, de 6 de marzo, de atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas](#). Regula el conjunto de medidas y acciones dirigidas a la atención integral en materia de drogas y bebidas alcohólicas, incluyendo la promoción, la prevención, la asistencia y la incorporación social.

Decreto 70/2016, de 23 de noviembre, por el que se establecen los [órganos de planificación y apoyo para la mejora de la atención y coordinación sociosanitaria](#) en el Principado de Asturias. Tiene por objeto la creación y regulación de la estructura de coordinación de atención sociosanitaria, destinada a la atención de las personas que por sus características o situación de vulnerabilidad social pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, mejorar su calidad de vida y facilitar su inclusión social.

Ley 5/2018, de 22 de junio, sobre [derechos y garantías de la dignidad de las personas en el proceso de final de la vida](#). Entre sus principios rectores se encuentra la “Garantía de la igualdad y la no discriminación de las personas en el proceso del final de su vida a la hora de recibir servicios del ámbito social o sanitario”.

[Ley 7/2019, de 29 de marzo, de Salud](#). Modificada por ley 2/2021, de 30 de junio. Tiene por objeto garantizar el derecho a la protección de la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, en el ámbito del Principado de Asturias. Dedicó el artículo 24 a la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental.

Decreto 83/2019, de 30 de agosto, por el que se establece la [estructura orgánica básica de la consejería de Salud](#). Modificado por decreto 91/2020, de 4 de diciembre.

[Ley 3/2021, de 30 de junio, de Garantía de Derechos y Prestaciones Vitales](#). Tiene por objeto garantizar la cobertura de las necesidades vitales básicas de las personas que carezcan de los recursos suficientes en el ámbito del Principado de Asturias, así como facilita su incorporación social y laboral.

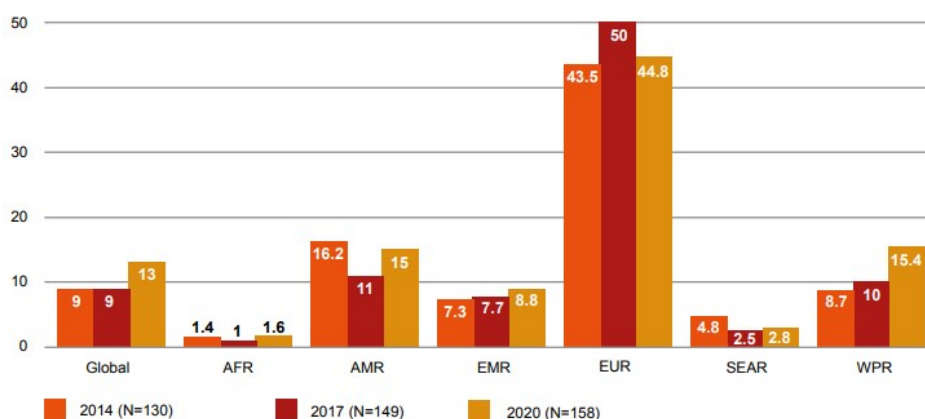
Asturias. El artículo 21 referido a la Unidad de Coordinación del Programa Marco de Salud Mental, con nivel orgánico equiparable a Servicio, define sus funciones.

ANEXO 5: RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos son el principal activo disponible para la atención a las personas con discapacidad psicosocial, por lo que disponer de un número adecuado de profesionales es fundamental para garantizar una atención integral, de calidad y en condiciones de equidad, que permita la consecución de los mejores resultados.

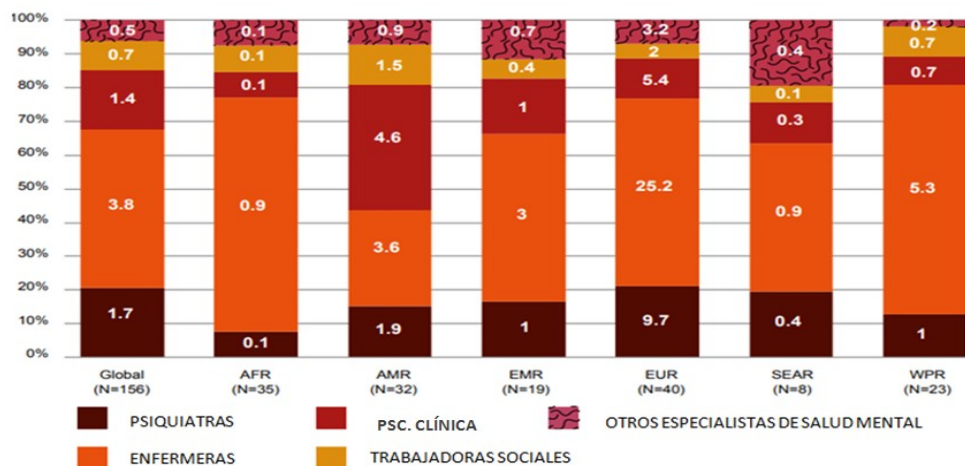
A nivel mundial, los recursos humanos destinados a la salud mental han aumentado ligeramente según refleja el [“Atlas de Salud Mental 2020”](#) de la OMS; pasando de 9 trabajadores en 2014 a 13 trabajadores por 100.000 habitantes en 2020. El siguiente gráfico muestra las diferencias de profesionales de Salud Mental en las distintas regiones en que se agrupan los Estados miembros de la OMS: África (AFR), América (AMR), Mediterráneo Oriental (EMR), Europa (EUR), Sudeste Asiático (SEAR) y Pacífico Occidental (WPR).

Trabajadores SM (nº medio por 100.000 habitantes) por región. OMS (2014,2017 y 2020)

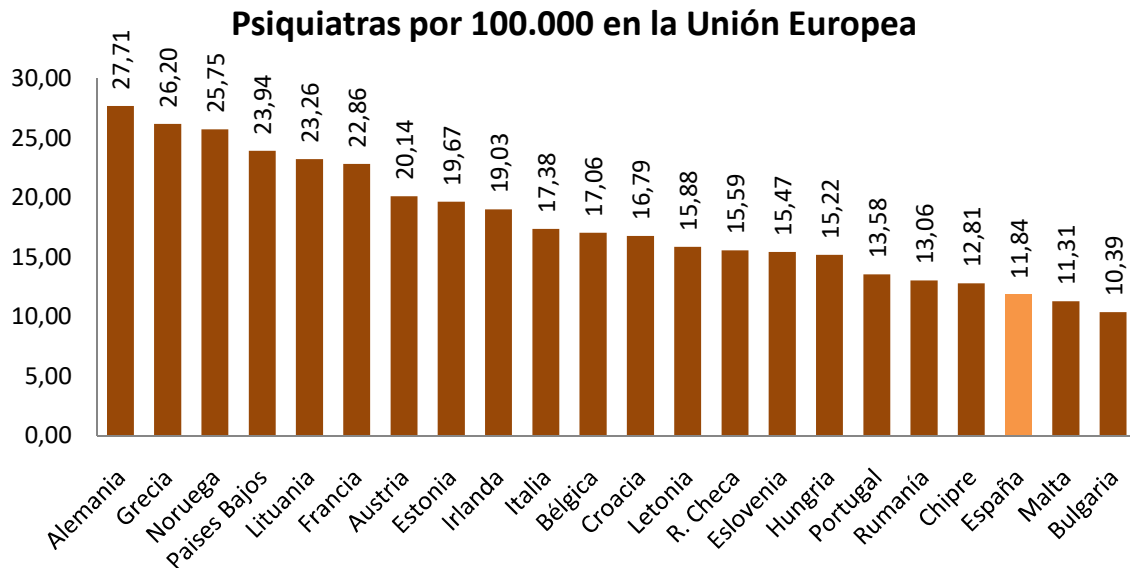


Por categoría profesional, el personal de enfermería es más numeroso en cinco de las seis regiones, seguido por el de psiquiatría y psicología clínica.

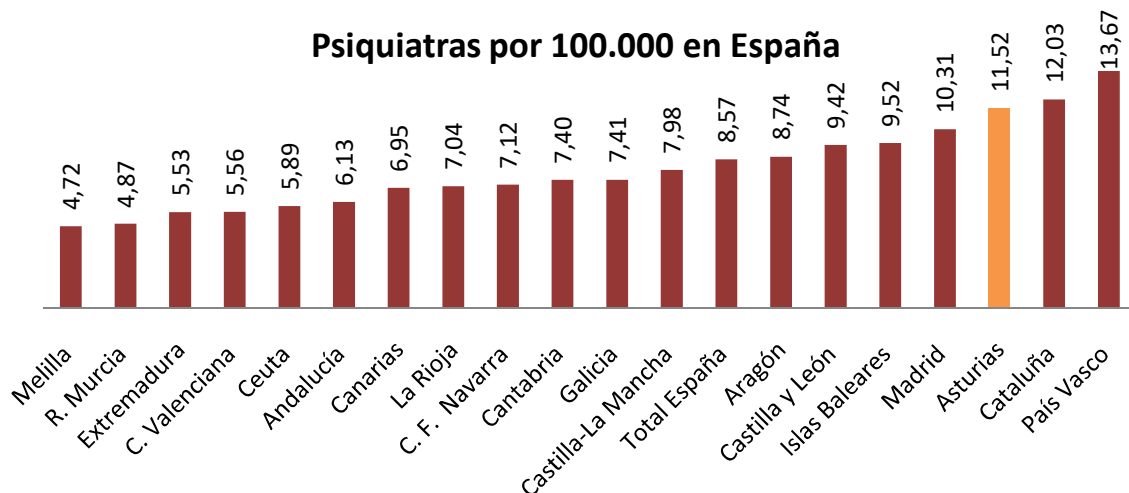
Desglose de la fuerza laboral (número medio por 100.000 habitantes, OMS).



Los últimos datos publicados por [Eurostat](#) referidos al año 2019 (tasa por 100.000), reflejan una situación similar al informe anterior, situando a España (11.84) muy lejos de países como Alemania (27.21) o Países Bajos (23.94 y, estando por detrás de otros países Europeos como Italia (17.38) o Portugal (13.58). El promedio de los países es de 17.95 por 100.000.



Según la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, el porcentaje de psiquiatras en centros públicos (ratio por 100.000 habitantes) en el conjunto del estado en el año 2018 fue de 8.57, elevándose en el caso de Asturias hasta el 11.519 y situándose entre las tres Comunidades Autónomas con el dato más elevado, por detrás de País Vasco (13.67) y Cataluña (12.027). Mientras en el lado más bajo se sitúan Extremadura (5.868), Comunidad Valenciana (5.525), además de las dos ciudades Autónomas.



En lo relativo a profesionales de psicología clínica y de enfermería con el título de especialista en salud mental, la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, no ofrece información actualizada, ni ratios comparativos, si que menciona datos a junio de 2021 relativos a profesionales con titulación de especialista, lo que no significa que estén trabajando ni que lo hagan en un centro público.

En el artículo “Situación de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud (SNS) y perspectivas de crecimiento” publicado en la revista Ansiedad y Estrés, Fernández-García X. realiza un análisis de la situación actual de la psicología clínica en el Sistema Nacional de Salud y concluye que es necesario e imprescindible el crecimiento a una ratio mínima de 12 profesionales por 100.000.

En la Unión Europea los profesionales de Enfermería Especialista en Salud Mental representan el grupo más numeroso (25,2 por 100.000), según refleja el Atlas de Salud Mental 2020 de la OMS. En el caso de Asturias los datos disponibles relativos a profesionales de enfermería Especialista en Salud Mental en las distintas áreas sanitarias en 2021, se pueden ver en la siguiente tabla.

| | TOTAL ENF. | EESM | % |
|--------------|------------|------------|---------------|
| ÁREA I | 8 | 4 | 50,00% |
| ÁREA II | 3 | 1 | 33,33% |
| ÁREA III | 32 | 22 | 68,75% |
| ÁREA IV | 57 | 46 | 80,70% |
| ÁREA V | 37 | 29 | 78,38% |
| ÁREA VI | 9 | 5 | 55,56% |
| ÁREA VII | 14 | 8 | 57,14% |
| ÁREA VIII | 11 | 10 | 90,91% |
| TOTAL | 171 | 125 | 73,10% |

En la red de Salud Mental asturiana la dotación profesional en Febrero de 2022 asciende 616 personas, cuya distribución se refleja en la siguiente tabla:

| PROFESIONALES DE SALUD MENTAL – FEBRERO 2022 (Nº y Ratio por 100.000) | | | | | | | | | | |
|---|-------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| ÁREAS: | | I | II | III | IV | V | VI | VII | VIII | TOTAL |
| POBLACIÓN TSI 2021: | | 42.618 | 23.435 | 143.032 | 327.010 | 291.388 | 46.386 | 65.395 | 62.803 | 1.002.067 |
| PSIQUIATRÍA | Nº | 4 | 2 | 18 | 38 | 31 | 5 | 10 | 8 | 116 |
| | RATIO | 9,39 | 8,53 | 12,58 | 11,62 | 10,64 | 10,78 | 15,29 | 12,74 | 11,58 |
| PSIC. CLÍNICA | Nº | 3 | 4 | 10 | 24 | 25 | 4 | 5 | 4 | 79 |
| | RATIO | 7,04 | 17,07 | 6,99 | 7,34 | 8,58 | 8,62 | 7,65 | 6,37 | 7,88 |
| ENFERMERÍA | Nº | 8 | 3 | 33 | 57 | 35 | 8 | 14 | 12 | 170 |
| | RATIO | 18,77 | 12,80 | 23,07 | 17,43 | 12,01 | 17,25 | 21,41 | 19,11 | 16,96 |
| TR. SOCIAL | Nº | 1 | 1 | 3 | 5 | 3 | 1 | 2 | 0 | 16 |
| | RATIO | 2,35 | 4,27 | 2,10 | 1,53 | 1,03 | 2,16 | 3,06 | 0,00 | 1,60 |
| T. OCUPAC. | Nº | 2 | 1 | 1 | 10 | 5 | 2 | 1 | 1 | 23 |
| | RATIO | 4,69 | 4,27 | 0,70 | 3,06 | 1,72 | 4,31 | 1,53 | 1,59 | 2,30 |
| TCAE | Nº | 5 | 1 | 24 | 70 | 25 | 11 | 15 | 7 | 158 |
| | RATIO | 11,73 | 4,27 | 16,78 | 21,41 | 8,58 | 23,71 | 22,94 | 11,15 | 15,77 |
| ADMINIST. | Nº | 1 | 1 | 7 | 16 | 11 | 1 | 4 | 2 | 43 |
| | RATIO | 2,35 | 4,27 | 4,89 | 4,89 | 3,78 | 2,16 | 6,12 | 3,18 | 4,29 |
| CELADORES | Nº | 0 | 0 | 7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 |
| | RATIO | 0,00 | 0,00 | 4,89 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,70 |
| TEC. SUP. / MED. FAM. | Nº | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 4 |
| | RATIO | 0,00 | 0,00 | 0,70 | 0,61 | 0,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,40 |

Para estimar la dotación prevista en este plan se han tenido en cuenta:

- ✓ Los problemas señalados en la consulta ciudadana realizada entre el 2 de agosto y el 10 de septiembre de 2021. Se proponía y así se recoge en el Plan: reducción del tiempo de espera, menor separación entre citas y adecuación del tiempo por paciente. Todo ello supone, además de medidas organizativas y de reordenación de la demanda, un incremento de profesionales.
- ✓ La consolidación del sistema de atención comunitaria y las nuevas acciones previstas en el Plan.
- ✓ El incremento sostenido de la demanda, consecuencia del modelo de vida y específicamente de la crisis sanitaria vivida por la pandemia por Covid-19.
- ✓ La complejidad y cronicidad de los trastornos mentales más relevantes que precisan de un abordaje multidisciplinar, con la consiguiente necesidad de nuevos profesionales.
- ✓ Las personas que se prevé finalizarán su residencia durante la vigencia del Plan, con la intención de conseguir su fidelización a la Red de Salud Mental de Asturias.
- ✓ Las jubilaciones previstas a lo largo del Plan (periodo 2023-2030).

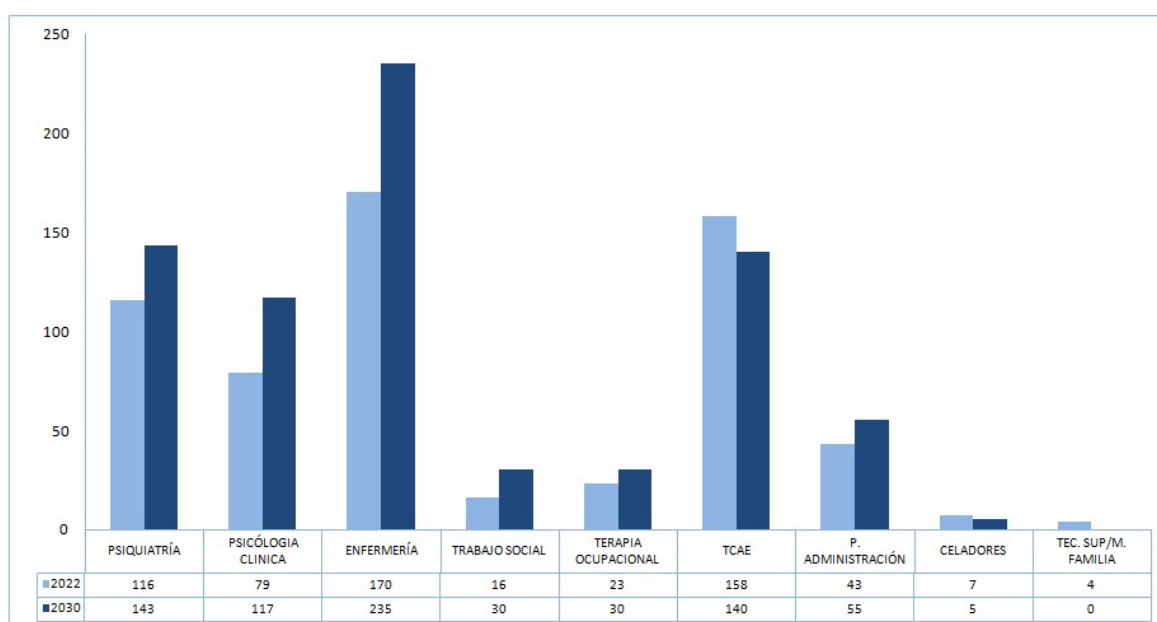
- ✓ La dispersión geográfica de la población.
- ✓ Ratios de profesionales nacionales e internacionales disponibles.

Se muestra a continuación la previsión de plazas necesarias para la consecución del Plan de Salud Mental 2023-2030.

| PROFESIONALES | ACTUAL (FEB. 2022) | PREVISTA 2030 | INCREMENTO PREVISTO | RATIO por 100.000* |
|-------------------------|-----------------------|---------------|------------------------|-----------------------|
| PSIQUIATRÍA | 116 | 143 | 27 | 15,09 |
| PSICOLOGÍA CLÍNICA | 79 | 117 | 38 | 12,35 |
| ENFERMERÍA | 170 | 235 | 65 | 24,80 |
| TR. SOCIAL | 16 | 30 | 14 | 3,17 |
| TER. OCUPACIONAL | 23 | 30 | 7 | 3,17 |
| TCAE | 158 | 140 | -18 | 14,77 |
| GR. ADMINISTRACIÓN | 43 | 55 | 12 | 5,38 |
| CELADORES | 7 | 5 | -2 | 0,53 |
| TEC. SUP. /MED. FAMILIA | 4 | - | - | - |

Ratio por 100,000 del año 2030 según Proyección Población: 947.677 Habitantes (Fuente: SADEI. Anuario 2019, publicado en 2021)

COMPARATIVA PLANTILLA 2022 - PREVISIÓN PLANTILLA PROFESIONALES 2030



ANEXO 6: INFRAESTRUCTURAS

Estamos ante un cambio profundo de lo que debe ser un centro sanitario, tanto en su arquitectura como en su diseño interior, espacios y flujos de trabajo. Un centro con un diseño paramétrico, que debe responder, tanto a los cambios en el desarrollo de la asistencia sanitaria, como a los nuevos procesos de atención y configuración de equipos y flujos de trabajo.

Deberán ser centros eficientes y eficaces, centros de control para la asistencia domiciliaria de sus pacientes; centros especializados, capaces de trabajar en red con otros hospitales y con los centros de salud de atención primaria. Deben ser centros susceptibles de poder evolucionar conforme a las necesidades de salud de la población, con capacidad de adaptación a los nuevos retos sanitarios y a los avances en el tratamiento de los enfermos y el cuidado de su salud.

Necesitamos centros con una decidida y completa integración de comunicaciones, procesos y funciones con los hospitales, con los centros de salud y con la propia red. Deben ser accesibles e inclusivos, construidos con materiales saludables, autosuficiente, capaz de reducir las demandas energéticas utilizando energías renovables.

Estamos pasando a una organización transversal, de trabajo en equipo. No se trata de discutir sobre las ventajas de la horizontalidad o verticalidad de las edificaciones, sino de cómo responder a las necesidades asistenciales y clínicas, a las necesidades de formación y educación de los profesionales, a las necesidades de la investigación y a las necesidades sociales de los pacientes. Los centros que deben estar orientados al ejercicio de esa nueva medicina basada en un diagnóstico y tratamiento individualizado en el que la atención a los pacientes es más transversal y la colaboración entre los diferentes especialistas es fundamental.

Con motivo del estrés sanitario provocado por la pandemia, se ha constatado la necesidad y las ventajas del trabajo en equipo, derribando la pobre comunicación entre especialidades y servicios. Pero, además, tras la experiencia surgida durante esta pandemia del coronavirus, se hace necesario diferenciar circuitos y zonas, y transformar espacios en función de las necesidades.

Las nuevas tecnologías han de estar plenamente presentes en los centros y dispositivos; tecnologías que nos permiten una mayor seguridad de la atención médica y enfermera y un control más eficiente y eficaz de los procesos y de la atención a los enfermos. Donde los sistemas informáticos asistenciales y de gestión estén integrados aprovechando las nuevas posibilidades del tratamiento big data. Un entorno funcional

pero sin perder las exigencias estéticas que creen un entorno agradable, humano, confortable y seguro.

Para ello es necesario contar con todos los agentes implicados, gerentes y directores de gestión de hospitales, arquitectos e ingenieros, los cargos públicos responsables de las infraestructuras, del equipamiento tecnológico y de los sistemas de información de diferentes comunidades autónomas: pero también a los médicos, enfermeras, personal no sanitario y pacientes que, al fin y al cabo van a ser los usuarios finales de las infraestructuras, tecnologías y sistemas de información de los hospitales y los centros de salud.

Como resultado se presenta un decálogo, con las características que deberían cumplir los nuevos centros / dispositivos:

- Construidos con materiales saludables. Con el mínimo impacto ambiental y energéticamente eficientes.
- Bien comunicados con su área de influencia.
- Autosuficientes y seguros.
- Estéticos, humanizados y confortables.
- Con capacidad de adaptación y evolución a las circunstancias sanitarias de la población y los avances terapéuticos.
- Orientados a flujos y procesos de trabajo en equipo.
- Definidos como centros integrados con los centros de salud de su área sanitaria. Preparados para trabajar en red con el resto de hospitales.
- Diseñados para la integración de los profesionales en formación.
- Con recursos tecnológicos y organizativos para la asistencia y cuidados domiciliarios.
- Íntegramente digitalizados y domotizados tanto en los aspectos clínicos, como operacionales, logísticos, económicos y administrativos.

El Plan de Salud Mental 2023-2030 tiene para su desarrollo, entre otros, un instrumento importante en la Red de Servicios de Salud Mental del Servicio de Salud del Principado de Asturias como es su estructura física.

Como se recoge en el punto 7 de este Plan está distribuida por las ocho áreas sanitarias y formada por dispositivos que van desde la consulta ambulatoria a los dispositivos intermedios y la hospitalización. El estado de las infraestructuras pertenecientes a la red, su adecuación a las necesidades de los servicios, el cumplimiento de las normativas en cuanto a accesibilidad, seguridad y eficiencia energética, son, en cualquier caso un requisito ineludible de las mismas.

El presente Plan prevé intervenciones en la Red de forma que las necesidades y los requisitos ya comentados tengan la mejor respuesta posible de forma que se facilite el acceso a los servicios, se garanticen unas condiciones adecuadas de trabajo y se responda a las previsiones de la Cartera de Servicios de Salud Mental.

Dichas intervenciones se pueden dividir en dos grandes grupos: por un lado aquellas que suponen dispositivos de nueva construcción, por el otro aquellas que suponen mantenimiento, adaptación y mejora de los existentes. La duración prevista del Plan, ocho años, permite contemplar ambos tipos de medidas. La estimación temporal de las intervenciones y su coste económico se recogen en la Memoria Económica del Plan.

En los presupuestos anuales de la Consejería de Salud se tendrán en cuenta intervenciones puntuales en la red actual para la reparación, mantenimiento, adaptación y mejora de la misma. El Servicio de Salud aportará anualmente a la Consejería de Salud el plan de necesidades en este ámbito.

Respecto a las intervenciones para la dotación de nuevos dispositivos se han detectado como prioritarias las siguientes iniciativas:

1.Área Sanitaria II.- Construcción de un nuevo equipamiento con una estimación inicial de más de 1200 m² de superficie para la Red de Salud Mental. La actuación está incluida en la ejecución del nuevo Centro de Salud de Cangas del Narcea y reforma del Hospital Carmen y Severo Ochoa. Los servicios que ofrecerá el nuevo equipamiento son:

- Centro de Salud Mental
- Hospital de día
- CT/CTI

2. Área Sanitaria V.- Construcción de un nuevo equipamiento con una estimación inicial de más de 2.500 m² que albergará diferentes servicios de la Red de Salud Mental:

- Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil
- Hospital de día Infanto-Juvenil
- Comunidad Terapéutica

Además, este mismo equipamiento incluirá las instalaciones de la Unidad Docente Multiprofesional de Salud Mental de Asturias que forma a cuatro especialidades (Psiquiatría de Adultos y Psiquiatría Infanto-Juvenil, Psicología y Enfermería de Salud Mental) y que cuenta con una estimación inicial de más de 500 m² a sumar a los anteriores.

3.Área Sanitaria VIII.- Construcción de un nuevo equipamiento con una estimación inicial de más de 1400 m². Se situará en los terrenos colindantes al Hospital Valle del Nalón. Los servicios que ofrecerá el nuevo equipamiento son:

- Centro de Salud Mental
- Hospital de Día
- CT/CTI
- UTT

NECESIDADES ESTRUCTURALES Y MODIFICACIONES EN LA RED DE SALUD MENTAL.

| REQUIEREN CREACIÓN / MODIFICACIONES | |
|---|----------------------------|
| Atención Adultos | |
| Centros de Salud Mental Adultos | Área II, III, V, VI y VIII |
| Unidades Hospitalización Psiquiátrica en Hospitales Generales (UHP) | Área V |
| Programa Salud Mental de Enlace | Área III |
| Atención Infantil y Juvenil | |
| Centro Salud Mental (Infanto-Juvenil) | Área V |
| Unidad Trastorno Infantil Grave (Ambulatorio) | Área V |
| Unidad de Hospitalización Psiquiátrica de Adolescentes (HUCA Referencia Regional) | Área III - Nueva creación |
| Nº de camas | Sin determinar |
| Hospital de Día Infanto-Juvenil | Área V |
| Atención Trastorno Mental Grave | |
| Hospital de Día | Área II |
| Comunidad Terapéutica | Área II y V |
| Nº de camas | Sin determinar |
| Equipo de Intervención en Crisis | Área VIII |
| Alojamiento Tutelado/Supervisado (Áreas con Pisos) | Área II y VI |
| Nº de plazas | Sin determinar |
| Atención Trastorno Conducta Alimentaria | |
| Unidad de Hospitalización. S. Endocrinología HUCA | Área IV |
| Nº de camas | Sin determinar |
| Atención a Trastornos Adictivos | |
| Unidad de Tratamiento Adicciones | Área IV y V |