

A/A. Ángel José López Díaz

Jefe de Servicio

Unidad de Coordinación de Salud Mental (UCOSAM)

**ASUNTO:** Aportaciones del Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias (COTSA) al primer borrador del Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030.

María Teresa Alonso Moro, en calidad de Presidenta del **Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Asturias (COTSA)**, con C.I.F N°. Q3369009J y domicilio social en la C/ Los Moros 51, 3º, 33206 de Gijón, se dirige a usted para trasladarle las aportaciones de nuestro colectivo profesional al primer borrador del *Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030, Salud mental de todas y para todas*.

Desde nuestro Colegio Profesional valoramos los esfuerzos de la administración asturiana por mejorar la atención tan imprescindible de la salud mental, especialmente en unos momentos tan complejos que la han dejado más afectada. Aspecto que queda constatado con los datos recogidos en la introducción de dicho Plan.

Por ello, se debe apostar por una **planificación en salud mental con mayor intervención, cercanía e inclusión de un colectivo estigmatizado**. Este plan debe ir acompañado de una **dotación presupuestaria** que permita reforzar los recursos humanos y crear nuevos dispositivos donde sean inexistentes o insuficientes.

También consideramos que es necesario dar **mayor protagonismo a la población asturiana**, explorando sus demandas, necesidades específicas, propuestas y preferencias en relación a la salud mental para que las acciones a implementar tengan mayor éxito y respondan a los intereses colectivos.

Asimismo, cualquier acción que se emprenda de carácter informativo-formativo tiene que adecuarse a los diferentes colectivos a los que va dirigida. Por ello es fundamental alejarse de los tecnicismos usados dentro de cada disciplina y hacer los instrumentos lo más sencillos y comprensibles posible para todas las partes implicadas, siguiendo las **directrices internacionales de lectura fácil y recomendaciones europeas de inclusión**.

Por otro lado, antes de concretar nuestras aportaciones a este Plan, cabe destacar que el anterior (Plan de salud mental 2015/2020), en lo que se refiere a recursos profesionales de trabajadores/as sociales sanitarias incluía **datos erróneos en las Áreas Sanitarias IV y VII**, de tal modo que el incremento que recogía el mismo estaba basado en datos incorrectos. El Área Sanitaria VIII lleva muchos años sin cobertura profesional de Trabajo Social Sanitario. Sin olvidar

que, en la mayoría de las áreas sanitarias **una misma profesional del Trabajo Social Sanitario da cobertura a varios dispositivos**, incumpliendo así con la ratio recomendada<sup>1</sup>.

Los recursos tanto humanos como materiales son desiguales en las áreas sanitarias. Por ejemplo, en el Área Sanitaria II no cuentan con Centro de Rehabilitación Psicosocial, sólo disponen de un Centro de Salud Mental con importantes barreras arquitectónicas. Siguiendo con esta falta de recursos, a grandes rasgos, resaltamos la **falta de alojamientos para personas jóvenes y menores de 50 años** (escasísimos pisos tutelados, Centros residenciales) y el **insuficiente número de plazas psicogeríatricas** que, a mayores, están repartidas todas en el centro de Asturias.

Además, **urgen medidas** contundentes para revertir el estigma sobre la enfermedad mental que hoy en día se sigue trasladando en los **medios de comunicación**.

Para finalizar estas consideraciones generales, subrayar la **necesidad de activación de planes de Inserción Socio laboral**, así como de especificar el **carácter preventivo de la atención a la Salud Mental en niños y adolescentes**.

Dicho lo anterior, pasamos a concretar nuestras **aportaciones** a este nuevo Plan de Salud Mental de Asturias 2022-2030.

En cuanto a las diferentes actuaciones que se contemplan según la Organización Mundial de la Salud, en el punto que hace mención a las **ACCIONES EN LA ESCUELA** (Página 12 del borrador del Plan) añadiríamos aspectos básicos como la **prevención del abuso sexual**, la **gestión emocional**, la **resolución de conflictos** y la gestión adecuada, no solo de las redes sociales, sino del **uso y abuso de internet**, así como de los **videojuegos y juegos online**.

Siguiendo con las acciones recogidas en esta página en cuanto a la **VIVIENDA**, proponemos se complete el punto con el **mantenimiento de las personas en su vivienda**. Concretamente dicha actuación recoge:

- En la vivienda, facilitando el acceso o mejorando la habitabilidad y eficiencia térmica.

Desde el COTSA llevamos desde el 2019 trabajando en el Servicio de Información y Atención a Personas Afectadas por Desahucios Judiciales (SAID) donde constatamos el incremento a lo largo

---

<sup>1</sup> Las ratios profesionales deben configurarse como una garantía de calidad en la atención, ya que son fundamentales para poder llevar a cabo las labores de coordinación. Por ello, desde el Consejo General del Trabajo Social se han elaborado una serie de propuestas en ambos sistemas siendo las del ámbito de Salud:

- 1 trabajador/a social sanitario por equipo de salud.
- 1 trabajador/a en centro hospitalario en función de la carga de trabajo de cada servicio hospitalario, con recomendación de 1 por casa 40 camas y 70 en consultas residenciales o de rehabilitación.
- 1 trabajador/a social por cada Unidad de Apoyo de los Centros de Salud Mental, en los Servicios de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias y en los Centros de Salud Sexual y Reproductiva.

de los años del número de desahucios, sólo en 2021 se practicaron 743 lanzamientos en nuestra comunidad. La pérdida de la vivienda supone una grave problemática y un factor que agrava, tanto la salud en general, como la salud mental en particular de las personas afectadas, por ello **proponemos respecto al punto anterior la siguiente redacción:** “En la vivienda, facilitando el acceso, **el mantenimiento en la misma, programas de acompañamiento, así como mejorando la habitabilidad y eficiencia térmica**”.

En cuanto al **OBJETIVO ESPECÍFICO 2.1.2.** “Implementar actuaciones de promoción de la salud mental dirigidas a colectivos específicos”, proponemos sustituir la redacción de la descripción de este objetivo usando un lenguaje inclusivo. Es decir, en lugar de “los adultos mayores” **personas adultas mayores** y cuando menciona “padres cuidadores en solitario” proponemos indicar **familias monoparentales ya sean de padre o madre u otro familiar como único pariente con hijos/as a cargo.**

En la **ACCIÓN 2.1.2.6.** añadiríamos tras “personas sin hogar” y **exclusión residencial según la clasificación ETHOS<sup>2</sup>.**

Las acciones que tienen que ver con el **OBJETIVO ESPECÍFICO 2.3.3** tienen que estar hechas desde la población, desde el fomento de la participación ciudadana. Tendemos a pensar que lo que consideramos es lo más adecuado para la promoción de la salud, pero estamos alejados de las circunstancias, capacidades y posibilidades de ponerlo en marcha en función del grupo poblacional o colectivo específico al que nos dirigimos. Por ello hay que promover que la participación ciudadana, que por ejemplo se contempla en la acción 2.3.3.1, recoja a representantes de cada colectivo (infancia, adolescencia, personas mayores, solas o no, familiares y afectados por problemas de salud mental, profesionales de todos los ámbitos, etc.).

En cuanto al **OBJETIVO 2.4.**, según podemos constatar, hay otras condiciones de empleo que producen estrés, ansiedad y, en definitiva, malestar emocional y están vinculadas a la **sobrecarga de diferentes profesionales por la insuficiencia de recursos.** Por ello, nos parece fundamental que **se adopten las medidas necesarias para que, al menos dentro del sistema público, no se reproduzcan estas situaciones.** De ahí la importancia de una demanda constante

---

<sup>2</sup> Fuente FEANTSA (Federación Europea de Organizaciones Nacionales que trabajan con Personas sin Hogar): [https://www.feantsa.org/download/ethos\\_spain-24518105836657575492.pdf](https://www.feantsa.org/download/ethos_spain-24518105836657575492.pdf) ETHOS (Tipología Europea de Sin Hogar y Exclusión Residencial) clasifica a las personas sin hogar según su situación residencial:

- Sin techo: que no tiene alojamiento de ningún tipo, vive en un espacio público.
- Sin casa: que vive en alojamiento temporal, en instituciones o albergues.
- En alojamiento inseguro: que vive bajo amenaza severa de exclusión por desahucio, arrendamiento precario o violencia doméstica.
- En alojamiento inadecuado: que vive en chabolas de asentamientos ilegales, en vivienda no apta para su habitabilidad según la normativa, o donde existe una situación de hacinamiento.

que se hace desde nuestro colectivo profesional como lo son, **disponer de ratios suficientes de profesionales para evitar los efectos que está produciendo esta insuficiencia de recursos sostenida en el tiempo.**

En relación a la **ACCIÓN 3.1.1.4.** proponemos o bien incluir en este punto o añadir un 3.1.1.5 que incorpore la **transversalidad y exigencia de coordinación y formación entre especialistas y disciplinas** cuando tenemos ante nosotros/as un paciente con problemática de salud mental. Todo ello para complementar el tratamiento biopsicosocial de quienes presenten pluripatologías teniendo en cuenta su contexto, efectos de diferentes fármacos que se estén administrando y evitar regresiones en los avances conseguidos. Se podría crear un sistema de alertas dentro de la propia historia clínica electrónica advirtiendo, por ejemplo, de aquellos activos de salud, determinantes sociales de la misma y prescripciones que son más adecuados y aquellos otros que en función de la especialidad serían contraproducentes para la buena evolución de ese paciente.

Entendemos que en la **ACCIÓN 3.2.2.1.** también se contempla el **apoyo familiar** además del de la persona afectada con diagnósticos de enfermedad incurable y también de mal pronóstico.

Asimismo, es necesario el **apoyo efectivo tanto a pacientes como familias de quienes sufren enfermedades crónicas y también enfermedades raras para el manejo adecuado y adaptación a la enfermedad y sus cuidados** (protocolos que se activen con visita inicial explicativa de la enfermedad, fases, tratamientos...).

Incorporar los principios de lectura fácil a la trasmisión de información que se dé, tanto oral como escrita, alejando la misma de un lenguaje técnico o especializado en el ámbito de medicina de difícil comprensión para la ciudadanía.

En el **OBJETIVO ESPECÍFICO 3.2.4.** nos parece importante insistir en la prevención del desarrollo de problemas conductuales futuros, por lo que es fundamental **trabajar con toda la comunidad educativa el buen trato, la mediación y la resolución pacífica de conflictos.**

En cuanto a la **ACCIÓN 3.2.6.8.** volvemos a destacar que se tenga en cuenta a las personas sin hogar y en exclusión residencial según la clasificación ETHOS<sup>3</sup>, así como la necesidad de implementar programas de acompañamiento y de intervención en casos concretos.

La redacción de la **ACCIÓN 3.2.7.2.**, que mostramos a continuación, nos genera dudas en cuanto a si no resulta estigmatizante el enfocar los certificados de profesionalidad específicos a

---

<sup>3</sup> Ver referencia al pie de la página 3

personas con trastorno mental y/o adicciones con bajo nivel de cualificación. Otra cosa es que exista una preferencia de plazas o reserva para personas en esta situación sin tener que diseñar acciones específicas para ellas.

ACCIÓN 3.2.7.2. Desarrollando las acciones de coordinación necesarias para promover la obtención de **certificados de profesionalidad** dirigidos a personas con trastorno mental y/o adicciones con bajo nivel de cualificación; incluyendo, entre otros, el certificado de profesionalidad como agentes de apoyo mutuo.

El **OBJETIVO ESPECÍFICO 3.3.1.** recoge otros aspectos a garantizar en la formación como el uso racional de recursos de atención, especialmente de psicofármacos. A este respecto volvemos a llamar la atención sobre lo que ya indicamos sobre la acción 3.1.1.4.

Asimismo, nos parece importante incluir formación en contenciones mecánicas y químicas.

Creemos vital que la **formación se extienda a las Universidades** como futuros/as profesionales implicados en la atención y cuidados a los problemas de salud mental de la población.

En la **ACCIÓN 3.3.1.1.** consideramos que además de formar a profesionales de atención primaria y urgencias, también se podría incluir a los de atención especializada (hospital), así como a los dispositivos de entrada de otros sistemas (servicios sociales de atención primaria) y ámbito educativo).

En la **ACCIÓN 3.3.1.2.** ampliaríamos la formación en los recursos existentes para dicha problemática, no solo en las patologías de salud mental concretas. Esta información puede ser facilitada mediante la coordinación con la Trabajadora Social Sanitaria. En ocasiones, ha llegado a nuestro conocimiento situaciones en las que la familia no es informada de los recursos disponibles y, en consecuencia, la persona no accede a los mismos por desconocimiento, siendo básicos para la mejora de su bienestar y calidad de vida.

Sobre el **OBJETIVO 3.4.**, es imprescindible **dotar los recursos de profesionales suficientes** cumpliendo con las ratios recomendadas ya reflejadas en este documento en lo que se refiere al Trabajo Social Sanitario.

Asimismo, es necesario **dotar los servicios de urgencia, de fin de semana y festivos** de profesionales de la Psicología, Psiquiatría y el Trabajo Social para una puesta en marcha de manera temprana y una valoración adecuada del plan de atención evitando que solo se adopten medidas de contención química y mecánica.

Todo ello unido a la **mayor presencia e intervención real del equipo multidisciplinar** quien deberá contar con recursos especializados para cada patología. Por ejemplo, en el caso de las personas con trastornos de personalidad no hay suficientes **profesionales especializados/as** en la materia, lo que retrasa el diagnóstico y, por tanto, la intervención generando un importante grado de cronicidad.

En cuanto a la **ACCIÓN 3.4.3.2.** destacar que además de crear nuevos dispositivos hay que reforzar los ya existentes. Tenemos que crear y fortalecer las Unidades de Apoyo a la Salud Mental con más profesionales para reducir las listas de espera y para poder atender situaciones concretas como son las conductas suicidas, la situación de nuestra juventud, etc.

Asimismo, es imprescindible recabar la opinión de la persona afectada y su familia, al ser quienes de primera mano detectan la falta de recursos. De esta forma, conoceremos cómo están viviendo la intervención y cómo se podría mejorar. Sin duda serían actividades de gestión de la calidad.

Por último, hay que aumentar la intervención familiar ya que en muchas ocasiones se sienten totalmente desorientadas, desbordadas y desatendidas ante la falta de escucha y de conocimiento sobre el estado de salud de su familiar. Hay que potenciar el acompañamiento y la orientación a la familia que podría entenderse como un recurso más en la atención al paciente. Así garantizamos que la persona y la familia pueda hacer valer sus derechos y comprender todos los cambios que se están produciendo.

Sobre el **OBJETIVO 3.5.** comentar que la detección precoz tal y como indica el texto es fundamental y hay que hacer un esfuerzo mayor para extender esa detección precoz a la comunidad aumentando el conocimiento y la información que tiene la misma sobre el desarrollo evolutivo, patologías y trastornos graves.

En la **ACCIÓN 3.5.1.2.** el/la trabajadora social sanitario/a puede aportar información muy **relevante** sobre el contexto relacional familiar y vínculos afectivos. Además, proponemos la incorporación de una nueva acción, **3.5.1.5.** así como **ampliar la 3.5.1.3. incorporando al/ a la trabajador/a social sanitaria,** de tal modo que el/la profesional de Trabajo Social pueda desarrollar directamente u organizar en la comunidad educativa de la zona (CEIP, IES, Escuelas infantiles, AMPAS, Asociaciones del barrio...) sesiones que informen y orienten sobre diversas cuestiones como las consecuencias del juego, seguridad tecnológica, control de dispositivos, tipos de juegos más educativos, recomendaciones por edad y ocio saludable entre otras cuestiones, dotando de factores de protección y detectando y disminuyendo los de riesgo.

En la **ACCIÓN 3.5.3.1.** habría que añadir a los Servicios Sociales.

Sobre la **ACCIÓN 3.5.3.9.**, comentar que también se tendría que tener en cuenta a las y los profesionales de los equipos psicosociales de los juzgados que podrán aportar una valoración experta en los conflictos familiares. Así como a los Servicios Sociales especializados que intervienen directamente con familia e infancia.

En la **ACCIÓN 3.6.2.6.** consideramos que había que incorporar en la frase "incrementado el conocimiento y prescripción de activos de salud por parte de los y las profesionales sanitarios" a las "unidades de apoyo en Atención Primaria donde se enmarca entre otras a las y los trabajadores sociales" ya que la propia definición de activo de salud hace referencia a 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.

Para ir concluyendo, en la **ACCIÓN 3.6.8.5.** habría que incorporar a las personas afectadas por desahucio.

Finalmente, en el **PUNTO 6** sobre la evaluación bianual, consideramos que, si la duración del plan es hasta el año 2030, esperar dos años desde que definitivamente se configure hasta que se realice la primera evaluación sería escaso. Tal vez sería oportuno hacer una evaluación inicial en el primer año y posteriormente, al menos, una evaluación bianual pudiendo reducir esa frecuencia en función de la implantación del mismo.

Sin otro particular, esperamos que puedan tener en consideración estas aportaciones.

En Gijón, 2 de junio de 2022.



María Teresa Alonso Moro

Presidenta del Colegio Oficial de Trabajo Social de Asturias