



ANEXOS PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2022-26



PLAN DE SALUD MENTAL

ANÁLISIS DAFOs

El análisis DAFO es una técnica ideada por Kenneth Andrews y Roland Christensen hace más de 20 años y se utiliza para comprender la situación actual de una empresa, organización, producto o servicio específico y, también como ayuda para formular una intervención clínica o social. DAFO es una sigla (acrónimo) que proviene de las cuatro primeras letras de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades.

La primera vertiente (externa) sería aquella en la que la empresa señala las amenazas y oportunidades que se dan en el ámbito en el que se mueve (entorno externo de la organización), debiendo ésta superarlas o aprovecharlas, pero siempre anticipándose a las mismas. La segunda vertiente analizaría las fortalezas y debilidades de la organización o conjunto de organizaciones que intervienen sobre un área concreta (entorno interno), basándonos siempre en hechos objetivos o reales.

Los grupos de trabajo de las líneas del Plan de Salud Mental 2022-26 elaboraron sus propios DAFO que se recogen en este anexo.

LÍNEA 1. SALUD MENTAL EN ATENCIÓN PRIMARIA Y COMUNIDAD

DEBILIDADES

- ◆ Escasa interrelación con la comunidad, escasa orientación a aspectos comunitarios.
- ◆ Incremento continuo del gasto sanitario e insuficiencia financiera crónica.
- ◆ Falta de coordinación entre niveles asistenciales y con el ámbito sociosanitario.
- ◆ Rigidez estructural, funcionamiento burocrático y dificultad para introducir mejoras en la eficiencia de gestión. Falta de autonomía de gestión.
- ◆ Ausencia de sentido de pertenencia a la organización de los profesionales.
- ◆ Envejecimiento de los profesionales y escasez de profesionales médicos.
- ◆ Dispersión geográfica de los centros de atención sanitaria a la población.
- ◆ Escaso atractivo de la especialidad y valoración social de la Atención Primaria.
- ◆ Desmotivación profesional.

AMENAZAS

- ◆ Demanda elevada junto con la no satisfecha post-covid.
- ◆ Desigual distribución de cargas de trabajo con presencia de "cuellos de botella".
- ◆ Desequilibrio en la distribución de la población, por su envejecimiento y dispersión en zonas rurales.
- ◆ Predominio de la patología crónica. Cambio del patrón de la demanda hacia la cronificación y pluripatología.
- ◆ Incremento del consumo de recursos debido a la amplitud de las expectativas de la población e innovación tecnológica.

- ◆ Escaso reconocimiento del trabajo de los profesionales en Atención Primaria en relación a otras organizaciones sanitarias.
- ◆ Crisis económica post pandemia.
- ◆ Innovación tecnológica por delante de la disponibilidad financiera para su incorporación a la Atención Primaria.
- ◆ Riesgo de “psiquiatrización” de los problemas de la vida cotidiana.
- ◆ Claudicación de los cuidadores informales.

FORTALEZAS

- ◆ Elevado nivel de satisfacción de la población.
- ◆ Importante infraestructura de recursos sanitarios (humanos y materiales). Espíritu de servicio.
- ◆ Amplia cobertura poblacional con buenos resultados en salud.
- ◆ Integración en el ámbito comunitario.
- ◆ Alta cualificación de los profesionales.
- ◆ Cobertura universal con amplia cartera de servicios.

OPORTUNIDADES

- ◆ Crisis económica como oportunidad de cambio.
- ◆ Incorporación de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, así como clínicas, diagnósticas y terapéuticas.
- ◆ Comuni3n de intereses entre la atención primaria y la hospitalaria para el abordaje integral de la atención sanitaria.
- ◆ Integración de la atención social y sanitaria en una única Consejería.
- ◆ Financiación con Ayudas Europeas.
- ◆ Mejora de la capacitación profesional.
- ◆ Mejora de la orientación comunitaria.

LÍNEA 2. PERSONA CON TRASTORNO MENTAL GRAVE

DEBILIDADES

- ◆ Dificultades en coordinación, tanto con Atención Primaria como con servicios sociales. No existe una política de planificación y coordinación en ese sentido.
- ◆ Ausencia y/o falta de difusión de cartera de servicios concreta y bien definida.
- ◆ Red de servicios y recursos de servicios sociales poco conocida.
- ◆ Dificultades en la comunicación interna en la red de salud mental.
- ◆ Dificultades a nivel sociosanitario en la continuidad de cuidados y trabajo en red para la recuperación de los pacientes con enfermedad mental. Coordinación sociosanitaria.
- ◆ No hay directrices de evaluación y calidad del trabajo. Inexistencia de protocolos, documentos, procedimientos consensuados y bien diseñados.
- ◆ Dispersión y variabilidad de la atención y falta de equidad en la distribución de recursos, muy centralizados en grandes núcleos de población, accesibilidad limitada para determinada población de zonas rurales.

- ◆ Resistencia al cambio y desmotivación de los profesionales debido a diferentes factores: crisis COVID, falta de recursos, desgaste tras experiencias previas fallidas.
- ◆ Falta de formación y/o conocimiento en herramientas informáticas disponibles.
- ◆ Ausencia de equipos interdisciplinares completos en algunos recursos: trabajo social, terapeutas ocupacionales, psicología clínica.
- ◆ Pendiente de implementación total del modelo que queremos para la atención al TMG: Modelo de Recuperación Centrado en la Persona.
- ◆ Falta de comprensión y habilidades de ejecución necesarias para poder trabajar inmersos en este modelo; aún no ha calado en todos los profesionales. Necesidad de formación.
- ◆ La heterogeneidad de casos incluidos en el programa y con ello de necesidades y apoyos personalizados.
- ◆ La aún recurrente tendencia al hospitalocentrismo, la prolongación de la hospitalización por causas no clínicas, la pérdida de mecanismo de “enlace” y desconexión con la comunidad, que desemboca en el fenómeno de “puerta giratoria”.
- ◆ Dificultades para poder implementar tratamientos psicológicos basados en la evidencia por falta de profesionales, sobrecarga asistencial.
- ◆ Escasez de programas para personas con TMG especialmente vulnerables (personas con discapacidad intelectual, víctimas de violencia de género, personas sin hogar, patología dual).
- ◆ Falta desarrollo competencial de la figura de gestor de casos en TMG.
- ◆ Excesiva burocratización que hace que el usuario se “pierda” largas listas de espera.
- ◆ Valoración de dependencia no adaptada al trastorno mental; realizada por profesionales sin especialización en salud mental y/o suficiente experiencia en TMG.
- ◆ Necesidad de valorar a la persona con trastorno mental en términos de funcionalidad basados en la Clasificación Internacional de Funcionamiento (incluyendo capacidad de participación y desempeño de tareas en el entorno) que englobe otros aspectos más allá de los autocuidados básicos y posibiliten un encuadre más ajustado de los apoyos que precisa la persona.
- ◆ Pendiente diseño de un plan individualizado de tratamiento estandarizado (consensuado con el paciente) que guíe en objetivos. Nos da capacidad de reevaluar y de medir resultados.
- ◆ No existe modelo oficial de Instrucciones Previas en trastorno mental.
- ◆ Poco desarrollo del Modelos de Apoyos en comunidad, clave en la integración y recuperación de la persona con TMG.
- ◆ Falta de recursos residenciales intermedios y programas de seguimiento/acompañamiento comunitario flexibles y accesibles.
- ◆ Confusión con la terminología/necesidad de actualización de la misma por su efecto en la autoimagen de las personas.
- ◆ La actual normativa de funcionamiento de centros limita la capacidad de funcionamiento con flexibilidad y desde un modelo centrado en la persona (Orden EPS/6/2021, de 26 de marzo, por la que se regulan los requisitos materiales y funcionales de los centros de servicios sociales especializados y los requisitos de acreditación de los centros de atención a la dependencia de la Comunidad Autónoma de Cantabria).

AMENAZAS

- ◆ Retraso en la integración de dispositivos sanitarios de la red pública que tratan al TMG.
- ◆ Estigmatización de la persona con TMG, discriminación y exclusión social.
- ◆ Poca sensibilización de los medios de comunicación.
- ◆ El creciente interés social por la salud mental parece decantarse hacia el TMC, más “entendible” y “aceptable” en el modelo actual de convivencia.
- ◆ Difusión del concepto social de salud como un estado de completo bienestar, necesario para ser feliz y valioso socialmente. Personas con TMG también pueden desarrollarse como personas, mejorar su salud mental y alcanzar bienestar.

- ◆ Aumento de personas tuteladas.
- ◆ Psiquiatrización del sufrimiento de la vida diaria.
- ◆ Claudicación y envejecimiento de los cuidados informales.
- ◆ Espacio sociosanitario: falta de estructura única, falta de recursos intermedios (impide o frena la desinstitucionalización), no existe (o escasísimo desarrollo) de la H³ Clínica Sociosanitaria.
- ◆ Situación económica que afecta a la población y financiación de los recursos.
- ◆ Dificultades de la persona con TMG para acceder al mundo laboral, formación y educación. Escasos recursos laborales (empleo protegido, empleo con apoyo).
- ◆ Indefinición (o en proceso) de situación de incapacitaciones judiciales tras nueva 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.
- ◆ Apoyo económico insuficiente: ausencia de partidas presupuestarias suficientes en las distintas consejerías para el desarrollo de un plan que contemple la salud mental de manera global y transversal.
- ◆ Necesidad de normalizar la asistencia de la patología física de las personas con TMG.
- ◆ Posibles inequidades en la atención al TMG entre áreas de salud por falta de desarrollo de plan individualizado de tratamiento, diferentes recursos/dispositivos disponibles en cada área, etc.

FORTALEZAS

- ◆ Sentimiento de pertenencia a la Red de Salud Mental.
- ◆ Comunidad autónoma pequeña, conocimiento de profesionales entre sí.
- ◆ Existencia en Cantabria de un Plan de Salud Mental anterior que nos ha servido de guía y del que podemos partir.
- ◆ Avances en la cultura de trabajo en equipo.
- ◆ Diseño de la Ruta Asistencial del TMG desde la Oficina de Cronicidad, Diseño de un programa de atención al TMG sin criterios de exclusión.
- ◆ Puesta en marcha de la Ruta realizada.
- ◆ La ya existencia de comisiones de coordinación entre los dispositivos del área y entre los diferentes sectores institucionales implicados.
- ◆ Alto compromiso y valía de los profesionales que trabajan en la Red de Salud Mental; profesionales que comparten valores sobre el paciente como eje del sistema.
- ◆ Importante posibilidad de mejora y cambio (percibida por los equipos).
- ◆ Años de experiencia de los dispositivos sanitarios y sociosanitarios, con un buen conocimiento de las necesidades de las personas con TMG en la sociedad actual, de sus necesidades y de la respuesta que se les está dando.
- ◆ Buen número de asociaciones pro-salud mental a pesar de ser una comunidad pequeña.
- ◆ Existencia de una red sólida de Servicios Sociales de Atención Primaria con capacidad para detectar y apoyar en el entorno comunitario las necesidades de las personas TMG favoreciendo su mantenimiento en su contexto y participación comunitaria.
- ◆ Proyectos y experiencias que se están desarrollando y están funcionando a nivel comunitario: Programa de Salud Mental a nivel comunitario de la Mancomunidad de las Siete Villas, PAIAD.
- ◆ Importante red de apoyo de las familias, con elevada implicación en las asociaciones pro-salud mental y con servicios sociales de atención primaria.
- ◆ Nuevo organigrama con especial sensibilidad hacia la SM.
- ◆ Apoyo de Servicio de Transformación Digital que nos permita adaptar las herramientas informáticas existentes y facilitar tanto la accesibilidad con el paciente y entre profesionales.
- ◆ Modelo de centros de Rehabilitación Psicosocial muy desarrollado.
- ◆ Liderazgo y compromiso político para impulsar y fortalecer la Salud Mental.

OPORTUNIDADES

- ◆ Percepción social de la importancia de la salud mental.
- ◆ Consenso internacional sobre el abordaje del TMG desde el modelo de la recuperación, centrado en la persona y su entorno.
- ◆ Una legislación garantista y una creciente percepción social de rechazo al empleo de medidas coercitivas en el ámbito sanitario y mental.
- ◆ Estrategias de humanización recientes en los diferentes Planes de Salud Mental autonómicos.
- ◆ Percepción/sensibilización general de la necesidad de coordinarnos.
- ◆ Estrategia de Salud Mental Nacional reciente con dotación presupuestaria específica.
- ◆ Sintonía con Consejería de Sanidad (Dirección General de Ordenación Farmacia e Inspección y Dirección General de Transformación Digital y Relaciones con los Usuarios). Liderazgo y compromiso político para impulsar y fortalecer mecanismos potentes y estables de planificación y coordinación sociosanitaria.
- ◆ Potencial papel del movimiento asociativo y de otros grupos de interés en salud mental.
- ◆ Posibilidad de reorganización de las estructuras de la red de salud mental disponibles, adecuando todas las infraestructuras a las necesidades de los pacientes (incluyendo la atención en salud mental a personas en residencias).
- ◆ Posibilidad de promover una gestión integrada de la información, es decir, que los indicadores (clínicos, de actividad o rendimiento, etc.) se estructuren en un formato accesible para el profesional, actualizados y a disposición del que lo necesite. (Tradicionalmente los Sistemas De Información han facilitado el análisis de datos para la planificación de los recursos a nivel gestor, pero de difícil acceso para profesionales asistenciales como posibilidad de autoevaluación, investigación, etc.).
- ◆ Avances de las TICs. Posibilidad de herramientas digitales para trabajar en RED. Posibilidad de decidir qué información consideramos básica para vincularla a la historia clínica electrónica.
- ◆ 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, supone una oportunidad para abordar el TMG desde una perspectiva diferente, más basada en las capacidades de la persona y su necesidad de apoyos concretos y puntuales que en sus limitaciones y reducción de derechos.

LÍNEA 4. INFANCIA Y ADOLESCENCIA

DEBILIDADES

- ◆ Limitaciones presupuestarias.
- ◆ Limitaciones burocráticas en la gestión de personal y de recursos.
- ◆ Falta estabilidad en los contratos.
- ◆ Impacto económico y organizativo generados por pandemia COVID-19.
- ◆ Desajuste entre la elevada carga asistencial y los recursos humanos y materiales existentes.
- ◆ Desconocimiento de recursos existentes en las diferentes instituciones.
- ◆ Falta de espacios de coordinación sistemática y fluida entre los diferentes recursos asistenciales.
- ◆ Poca integración interinstitucional en actuaciones (especial mención en actuaciones preventivas) y planificación.
- ◆ Ausencia de un plan de formación plurianual y adaptado a las necesidades de la población que atendemos en las diferentes instituciones.
- ◆ Falta apoyo institucional para la investigación.

AMENAZAS

- ◆ Escasez de profesionales especializados.
- ◆ Escaso presupuesto en área de salud mental.
- ◆ Aumento de la necesidad auto percibida de uso de recursos de salud mental por parte de la población.
- ◆ Competitividad en los presupuestos para otras necesidades.
- ◆ Tendencia al incremento de la demanda sin los recursos adecuados.
- ◆ Estigma en salud mental.

FORTALEZAS

- ◆ Sensibilización de las instituciones hacia la salud mental infanto-juvenil.
- ◆ Gran desarrollo de los recursos públicos y de acceso universal.
- ◆ Equipos de personas con experiencia y formación en las diferentes instituciones.
- ◆ Motivación y experiencia de los profesionales hacia la colaboración/koordinación, multidisciplinariedad e integración de actuaciones.
- ◆ Variedad de programas dirigidos a la atención de niños/as y adolescentes y familias ya en funcionamiento en las diferentes instituciones.

OPORTUNIDADES

- ◆ Visibilización social de las necesidades de salud mental de niños y adolescentes.
- ◆ Demanda de colaboración mutua entre las diferentes instituciones y servicios participantes en este plan de salud mental (servicios sociales, educación, atención especializada, atención primaria).
- ◆ Interés de las instituciones en la transformación digital.
- ◆ Reconocimiento especialidad de Psiquiatría Infanto-juvenil.
- ◆ Posibilidad de financiación de proyectos con fondos europeos.
- ◆ Disponibilidad de infraestructura de apoyo a la investigación (IDIVAL) y profesionales motivados.

LÍNEA 6. PERSONA CON NECESIDADES DE ATENCIÓN ESPECÍFICAS

LÍNEA 6.a. Prevención y Abordaje de la Conducta Suicida

FORTALEZAS

- ◆ La prevención del suicidio ha sido un área de interés en Cantabria desde el Plan de Salud Mental de 2015-19.
- ◆ Experiencia en la organización y desarrollo de un programa intensivo de prevención del suicidio en el Área I de Cantabria.
- ◆ Única Urgencia Psiquiátrica de toda la comunidad autónoma con servicio presencial las 24 horas del día, los 365 días del año que permite la identificación de los casos de conducta suicida dentro de un protocolo común.
- ◆ Implantación de las nuevas tecnologías (Historia Clínica Electrónica, Mensajería Sanitaria (MAS) y Consultas de Telepsiquiatría) en la actividad asistencial cotidiana y desarrollo de técnicas de Big Data para valorar la actividad asistencial.
- ◆ Existencia de un Proceso de Conducta Suicida en la Historia Clínica Altamira.
- ◆ Cultura de trabajo multidisciplinar.

- ◆ Buena relación y colaboración con otras instituciones como Consejería de Educación, Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, Ayuntamiento de Santander, etc.
- ◆ Buena relación y colaboración con las Asociaciones de Pacientes y Familiares (ASCASAM, AMICA, ADANER).
- ◆ Realiza docencia de pre y postgrado y formación MIR (Unidad Docente Multidisciplinar).
- ◆ Investigación (CIBERSAM, grupo propio en el Instituto de Investigación Sanitaria Valdecilla – IDIVAL y colaboración con el Observatorio de Salud Pública de Cantabria).

DEBILIDADES

- ◆ Déficits importantes en la coordinación con Atención Primaria e inexistencia de un sistema informático sanitario interconectado.
- ◆ Diferente grado de desarrollo de los programas asistenciales en función de las Áreas Sanitarias.
- ◆ Bajo grado de desarrollo de programas de prevención a nivel autonómico.
- ◆ Menor dotación de recursos humanos en comparación con las tasas de otras comunidades autónomas.
- ◆ Grado de motivación variable entre los profesionales.

OPORTUNIDADES

- ◆ Nuevo interés por la prevención del suicidio a nivel nacional.
- ◆ Nuevo Plan de Salud Mental que incluye recomendaciones sobre dotación de recursos y programas necesarios en la comunidad autónoma (Línea específica sobre prevención del suicidio).
- ◆ Apoyo institucional de la Consejería de Sanidad y el Servicio Cántabro de Salud.
- ◆ Buena imagen del Servicio de Psiquiatría ante la Gerencia del Hospital Valdecilla, el Servicio Cántabro de Salud y la Consejería de Sanidad.
- ◆ Sensibilidad política y social por problemas de salud mental como el suicidio.
- ◆ Existencia en la Consejería de Sanidad de una Dirección General de Transformación Digital y Relaciones con los Usuarios interesada en el desarrollo de proyectos TIC en el ámbito de la salud mental.
- ◆ Interés del ámbito educativo por trabajar en la prevención del suicidio.

AMENAZAS

- ◆ Aumento de las demandas asistenciales en relación a los recursos humanos.
- ◆ Concertación de actividad asistencial en salud mental con proveedores de servicios externos al Servicio Cántabro de Salud en lugar de destinar ese presupuesto a crear recursos propios.
- ◆ Bajo nivel de decisión en la selección del personal que se contrata e inestabilidad laboral.
- ◆ Falta de desarrollo (y/o adecuación) de indicadores de actividad y resultados adecuados para la salud mental.
- ◆ Problemas de equidad en la continuidad asistencial por la distinta dependencia administrativa de los dispositivos de salud mental en las diferentes áreas sanitarias de Cantabria.
- ◆ Escasez de recursos humanos en salud mental y competencia en las contrataciones entre las Áreas Sanitarias de Cantabria y, también, con otras comunidades autónomas.

LÍNEA 6.c. Violencia de Género

DEBILIDADES

- ◆ Dificultad para identificar problemas relacionados con los malos tratos hacia la mujer, especialmente cuando cursan sin violencia física grave y visible, en todos los niveles asistenciales. Existe una infradetección, se focaliza la atención en lo aparente.
- ◆ Infradetección de casos por la realización insuficiente de cribados en consulta de Atención Primaria
- ◆ Infradetección de casos por la realización insuficiente de cribados en las consultas de salud mental.
- ◆ Falta de formación en género y en violencia de género entre el personal sanitario, en el trauma psicológico y atención a la infancia como víctimas directas de la violencia de género.
- ◆ Necesidad de itinerarios de derivación a otros recursos existentes, fuera del ámbito sanitario.
- ◆ Diferente grado de implicación de las Unidades de Salud Mental no solamente en la diversidad de casos que atienden derivados de la Atención Primaria, sino en el variable número de casos que son capaces de identificar.
- ◆ En ocasiones se detecta la atención por el mismo profesional de salud mental a la mujer maltratada y al maltratador, que sin duda puede interferir en el abordaje terapéutico y recuperación de la víctima de malos tratos.
- ◆ Inexistencia de recursos específicos residenciales y/o de acogida para atender problemáticas de salud mental grave y/o adicciones para mujeres víctimas de violencia de género y en especial en situación de sinhogarismo.

FORTALEZAS

- ◆ Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- ◆ Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia contra las Mujeres y la protección a sus víctimas.
- ◆ Convenio de Estambul: Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.
- ◆ Protocolo de Actuación sanitaria ante los malos tratos.
- ◆ Protocolo de Atención Sanitaria a víctimas de agresiones/abusos sexuales.
- ◆ El Protocolo de Malos Tratos está informatizado en AP Cantabria.
- ◆ Programas de Atención Psicológica a mujeres que sufren violencia de género en cada área de salud.
- ◆ "Proceso de derivación" de las mujeres atendidas por violencia de género y agresión sexual en el servicio de urgencias del HUMV a la Unidad de Trabajo Social.
- ◆ La existencia de una Red Asistencial a Víctimas de Violencia de Género en la comunidad, con un equipo multidisciplinar especializado que atiende tanto a las víctimas como a sus hijos e hijas menores de edad de forma ambulatoria en cuatro municipios de la región: Santander, Laredo Torrelavega y Reinosa, así como una Red de Acogimiento.
- ◆ La acreditación de víctima de violencia de género que permite el acceso de la mujer y los hijos e hijas menores de edad a los recursos y derechos sociales sin la necesidad de denunciar.
- ◆ Organizaciones del Tercer sector especializadas en el Apoyo Integral a Mujeres que sufren o han sufrido violencia de género en su relación de pareja y presentan conductas adictivas o patología dual como consecuencia de la misma.

AMENAZAS

- ◆ La alta presión asistencial impide explorar y dedicar mayor atención a sus pacientes, especialmente a las mujeres con malestares inespecíficos.
- ◆ La falta de formación, conocimiento y educación acerca de este tipo de violencia son barreras para la

identificación, tratamiento y derivación de las víctimas de maltrato.

- ◆ Falta de preparación entre los profesionales sanitarios para reconocer el maltrato, especialmente en lo relativo a su detección y el abordaje de la situación.
- ◆ El desconocimiento de los recursos existentes para atender a las mujeres maltratadas y sentir que recae sobre el profesional sanitario toda la actuación.
- ◆ El enfoque biologicista de la atención como obstáculo para la comprensión del problema.
- ◆ En algunos casos el personal sanitario no considera que la violencia de género sea un problema de salud. En algunos casos se confunde con un conflicto de pareja.
- ◆ Dificultades en la coordinación interna de los equipos de atención primaria y con hospitalaria.
- ◆ La ley 1/2004 de 28 de diciembre delimita la violencia de género a la que se produce en el ámbito de la pareja o expareja, lo que excluye otras formas de VG como la trata, la explotación sexual y la violencia sexual.
- ◆ Priorización de la información sobre el suceso de maltrato ante la realización del peritaje frente a su proceso terapéutico.

OPORTUNIDADES

- ◆ Incluir de forma sistemática, en la evaluación inicial, la posibilidad de maltrato a todas las mujeres derivadas a salud mental, en especial a las mujeres con trastorno mental grave y adicciones.
- ◆ Implementación de un contexto de servicios propicio para la formación del personal del Servicio Cántabro de Salud, incluidas definiciones claras de las tareas, estructuras de derivación, y funciones de supervisión y tutoría.
- ◆ Posibilidad de financiación a través del Pacto de Estado contra la violencia de género de cursos de formación dirigidos a profesionales.
- ◆ Colaboración y coordinación con Centros de Atención Integral a las mujeres víctimas de violencia de género dependientes de la Dirección General de Igualdad y Mujer del Gobierno de Cantabria.
- ◆ La creación de un centro de crisis para atender de forma multidisciplinar los casos de violencia de género, que permitirá la centralización de los recursos en un mismo espacio atendido por profesionales especializados/as.
- ◆ Creación de espacios seguros e íntimos para víctimas de violencia sexual, especialmente en casos que acaban de vivir una agresión y acuden al hospital.

LÍNEA 6.e. Depresión Resistente

FORTALEZAS

- ◆ Comunidad autónoma con una red de salud mental aceptablemente dotada en cuanto a infraestructuras y servicios de salud mental y con posibilidad de mantener una buena coordinación entre los distintos servicios.
- ◆ Recursos de hospitalización a tiempo completo (tanto unidad de agudos como media estancia) centralizados en Área I.
- ◆ Presencia de recursos de hospitalización a tiempo parcial en cada área sanitaria.
- ◆ Única Urgencia Psiquiátrica de toda la comunidad autónoma en puerta de entrada a recursos de hospitalización a tiempo completo.
- ◆ Experiencia de coordinación en este campo con único centro hospitalario psiquiátrico privado de la región (C.H. Padre Menni) como proveedores de servicios en patología resistente.
- ◆ Implantación de las nuevas tecnologías (Historia Clínica Electrónica, Mensajería Sanitaria (MAS) y Consultas de Telepsiquiatría) en la actividad asistencial cotidiana y desarrollo de técnicas de big data para valorar la actividad asistencial.
- ◆ Larga experiencia en el abordaje de patología resistente a través de la Terapia Electro Convulsiva con protocolo específico y equipo multidisciplinar y estable de trabajo.

- ◆ Experiencia en la implantación de nuevos tratamientos en depresión resistente, siendo pioneros a nivel nacional en su desarrollo y presentando protocolos aprobados y probados desde hace varios años e incluso adoptados y adaptados por otros hospitales.
- ◆ Cultura de trabajo multidisciplinar en los distintos recursos.
- ◆ Buena valoración de la atención dispensada en salud mental por los pacientes y sus familias en las encuestas de satisfacción del hospital.
- ◆ Docencia de pre y posgrado y formación MIR en HUMV (Unidad Docente Multidisciplinar) con visitas de alumnos tanto de pre como de posgrado procedentes de otros centros tanto a nivel nacional como internacional.
- ◆ Colaboración con Hospital Virtual Valdecilla en el desarrollo del primer curso de simulación en la materia sobre experiencia previa con curso interdisciplinar en Terapia Electro Convulsiva.
- ◆ Investigación: colaboradores integrados en IDIVAL, CIBERSAM y grupo de investigación en depresión resistente en IBBTEC.
- ◆ Reconocimiento del HUMV como centro de excelencia para el tratamiento de la depresión resistente.
- ◆ Participación activa en salud mental (planes de salud mental).

DEBILIDADES

- ◆ Dependencia de otros recursos dentro de la propia red de salud mental complejizando la coordinación.
- ◆ Dependencia de servicios proveedores como (anestesiología, neurocirugía, endocrinología, etc.) para ciertos tratamientos o procesos de tratamiento.
- ◆ Variabilidad en la percepción sobre esta patología dentro de los propios servicios de salud mental, implicando variabilidad en el tratamiento, infrautilización de recursos y lentitud en el aprovechamiento de los mismos con demoras en el acceso al tratamiento para los pacientes con el consiguiente deterioro en su pronóstico.
- ◆ No disponibilidad de aparato de neuroestimulación para el desarrollo de terapia repetitiva de estimulación magnética transcraneal.
- ◆ Costes elevados de ciertos tratamientos farmacológicos con dependencia de servicio de farmacia y comisión corporativa de farmacia del Servicio Cántabro de Salud que resulta en interrupciones y entretencimiento en el acceso a los tratamientos.
- ◆ No disponibilidad actual de infraestructuras adecuadas para el desarrollo de terapias grupales y de activación conductual enfocadas a la actividad física y otros procesos de activación conductual.
- ◆ Menor dotación de recursos humanos en comparación con las tasas de otras CC.AA.
- ◆ No disponibilidad de psicólogos, terapeutas ocupacionales u otros profesionales para el desarrollo del programa más allá del abordaje puramente psiquiátrico.
- ◆ Grado de motivación variable entre los profesionales.
- ◆ Coordinación entre áreas para acceder a recursos solo disponibles en HUMV (ej. TEC, Ketamina, ...)

OPORTUNIDADES

- ◆ Planificación en salud mental que incluye recomendaciones sobre dotación de recursos y programas necesarios en la comunidad autónoma (línea específica sobre depresión resistente).
- ◆ Posibilidad de erigirse en primer programa nacional con dotación completa de las distintas opciones de tratamiento en depresión resistente y de constituir el primer programa autonómico en esta línea.
- ◆ Desembarco inminente de número creciente de opciones de tratamiento en depresión resistente.
- ◆ Las opciones de coordinación y de seguimiento, dadas las características de nuestra red de salud mental, amén del tejido investigador a su alrededor, facilitan el desarrollo de líneas de investigación en la materia.
- ◆ Disponibilidad de espacios infrautilizados/no utilizados en nuestro entorno hospitalario.

- ◆ Sensibilidad política y social por problemas de salud mental como es la depresión.
- ◆ Creación en la Consejería de Sanidad de una Dirección General de Transformación Digital y Relaciones con los Usuarios interesada en el desarrollo de proyectos en el ámbito de la salud mental.
- ◆ Posibilidad de establecer conciertos con la industria farmacéutica, Universidad de Cantabria, Hospital Virtual Valdecilla y empresas tecnológicas para el desarrollo de nuevas iniciativas.

AMENAZAS

- ◆ Potenciales conflictos de intereses entre profesionales del programa y de otros dispositivos de coordinación.
- ◆ Dificultades en puesta en marcha y dotación de áreas de trabajo (p. ej. H. de Día de Laredo).
- ◆ Aumento de las demandas asistenciales en relación con los recursos humanos.
- ◆ Bajo nivel de decisión en la selección del personal que se contrata e inestabilidad laboral.
- ◆ Falta de desarrollo (y/o adecuación) de indicadores de actividad y resultados adecuados para la salud mental.
- ◆ Problemas de equidad en la continuidad asistencial por la distinta dependencia administrativa de los dispositivos de salud mental en las diferentes Áreas Sanitarias de Cantabria.

PLAN DE SALUD MENTAL

DE CANTABRIA

