



**Asociación para la
Defensa de la Sanidad
Pública de Sevilla**

INFORME DE REVISIÓN DEL DOCUMENTO “DIAGNÓSTICO PRELIMINAR. INFORME DE TRIANGULACIÓN DE PREPARACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ANDALUCÍA. PESMA-A (2024-2028)” ELABORADO POR LA ASOCIACIÓN DE DEFENSA DE LA SANIDAD PÚBLICA DE SEVILLA.

DOCUMENTO DIRIGIDO AL CENTRO DIRECTIVO RESPONSABLE, AL COMITÉ DIRECTIVO PESMA-A Y A LA DIRECCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL

PRESENTACIÓN, RESUMEN Y PROPUESTA

PRESENTACIÓN

El Grupo de Trabajo de Salud Mental de Asociación de Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla (ADSPS) adjunta un documento en el que realiza una revisión crítica del documento de diagnóstico preliminar de preparación de PESMA-A. Nuestra intención es la de contribuir a la mejora del documento pero sobre todo a la mejora del conocimiento de la situación de la salud mental de las personas que viven en Andalucía, incluyendo las dependencias a sustancias y a actividades perjudiciales, a la mejora del conocimiento de los recursos existentes y de las barreras y dificultades para mejorar la salud colectiva.

RESUMEN

Hemos realizado una lectura crítica que ha encontrado numerosos aspectos mejorables los cuales señalamos más detalladamente en la primera parte del documento con la idea de se trate de una crítica que resulte didáctica y no se confunda con una cuestión de opiniones, señalamos también importantes lagunas respecto a lo que debe ser un diagnóstico de situación, que pueden ser de valor incluso aunque estén previstos componentes adicionales del diagnóstico, lo cual desconocemos.

Encontramos que el documento refleja en buena medida lo que piensan, principalmente, las y los profesionales de los recursos públicos de atención a personas con trastornos mentales y adicciones y de esa forma se hacen constar numerosos déficits y necesidades de mejora.

Respecto al contenido del documento señalamos déficits en:



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- Metodología insuficientemente descrita en cuanto al diseño de la encuesta y de los grupos focales, en cuanto al origen y manipulación de los datos primarios y en cuanto a la selección de fuentes secundarias.
- Resultados pobremente descritos, expuestos de forma amalgamada y con un número considerable de errores de traslación de contenidos y de citación de las fuentes secundarias. Escaso aprovechamiento de las fuentes de datos tanto primarias como secundarias, con omisión de numerosos fuentes secundarias relevantes.
- Todo el documento descansa en la información que aportan las personas de los grupos y que contestan las encuestas, valiosa incluso a pesar de que la encuesta se muestra como cerrada en sus opciones y se hace una exposición restringida de lo que dicen los grupos.
- Falta el soporte, fondo y contraste que deben aportar los datos para resaltar, moderar y complementar lo que dicen las y los profesionales
- Falta numerosa información imprescindible para tener un conocimiento sólido de la situación actual y poder poner las bases de una adecuada planificación

Desde un perspectiva conceptual la dificultad estriba en que la tarea no está delimitada y por tanto tampoco los objetivos, la identificación de obstáculos y la exploración de posibilidades. Es como si se esperase a ver que sale de los estudios, pero la cosa no funciona así, en nuestro documento señalamos ejemplos concretos. Hay que decir que apenas nos hemos asomado a la perspectiva amplia que supone la auténtica acción institucional por la salud mental, que es invertir en la prevención primaria, es decir reducir la precariedad laboral, el acceso a la vivienda, el apoyo humano, la igualdad de oportunidades y el apoyo social en las situaciones de necesidad. Este plan vemos que se centra en la atención a las adicciones y a los trastornos mentales. Debe estar claro que ambas perspectivas tienen atención y recursos suficientes.

En conclusión: pensamos que el documento es insuficiente y que un conocimiento exhaustivo de la situación del estado de la salud mental y de las dependencias tanto en el sentido de la población como el de los recursos es imprescindible para elaborar en el futuro un Plan de Salud Mental y de Adicciones con posibilidad de ser eficaz en conseguir mejoras. También pensamos que conseguir tal conocimiento exhaustivo es un deber de cara a la ciudadanía, que podrá así conocer cómo se progresa o no con las políticas sanitarias que se aplican.



**Asociación para la
Defensa de la Sanidad
Pública de Sevilla**

PROPUESTA

En primer lugar que se considere una petición: que el futuro PESMA-A incluya la realización de un diagnóstico de situación exhaustivo durante los 4 años de vigencia del plan. Diagnóstico que esperamos que, además de contar con las personas expertas necesarias (epidemiología, psicología, psiquiatría, trabajo social, terapia ocupacional, sociología, etc), sea elaborado con la consulta constante de personas usuarias, familiares, profesionales de a pié y de forma abierta a organizaciones profesionales y sociales interesadas en mejorar la salud mental de toda la población.

En cuanto al documento que hemos revisado esperamos que se realicen las modificaciones necesarias para una digna publicación, pensamos que nuestros comentarios y citas pueden ayudar a conseguir mejorar el documento.

Francisco Javier Morales Morato

Presidente de la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

En Sevilla a 28 de febrero de 2024



REVISIÓN DEL DOCUMENTO “DIAGNÓSTICO PRELIMINAR. INFORME DE TRIANGULACIÓN DE PREPARACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ANDALUCÍA. PESMA-A (2024-2028)”.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS E INTENCIONES

El Grupo de Trabajo de Salud Mental de Asociación de Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla (ADSPS) realiza la revisión de este documento por iniciativa propia para cumplir con la misión que tiene asumida de contribuir a mejorar la salud de la población sevillana y andaluza. Este grupo considera que contar con un Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía es muy necesario y muy oportuno en un momento en el que profesionales, cargos políticos, personas expertas y datos coinciden en que se viene dando un empeoramiento del estado de la salud mental de la población en todos los grupos de edad, lo cual recogen los medios de comunicación al tiempo que estos medios reflejan que la población percibe un alto malestar sobre el funcionamiento del sistema sanitario y que los profesionales se declaran saturados e imponentes.

La intención de este grupo de trabajo es la de contribuir a que el el informe o diagnóstico de situación, como llamaremos al documento (1) llegue a ser lo más completo posible ya que deberá ser la base sobre la que se apoye el plan estratégico. Para ello, en este documento, realiza una revisión crítica señalando insuficiencias y aportando orientaciones en la medida de lo posible, esperando que sean tomadas como una contribución positiva ya que en su estado actual tiene múltiples carencias que afectan a la firmeza de su credibilidad y no aborda aspectos que son muy importantes para construir un plan de salud mental de sólido y completo. Tampoco nuestro informe hace una crítica exhaustiva sino que irá siendo cada vez más superficial a medida de que se hace patente la necesidad de un mejor informe para sustentar un plan sólido y con capacidad generar cambios. Puesto que un informe adecuado requeriría de uno o dos años de estudio, proponemos que se continúe con el estudio diagnóstico y el plan se actualice una vez finalizado el estudio.

Reconocemos que la ADSPS no ha sido invitada a participar en la revisión de este documento, el cual hemos recibido por medio de la Asociación Andaluza de Profesionales de la Salud Mental (AAPSM-AEN) al pertenecer algunos de nuestros miembros a ambas asociaciones, siendo profesionales sanitarios, pero esperamos que nuestra revisión sea acogida como una aportación constructiva.

Finalizada la elaboración de este documento la ADSPS lo remitirá al Programa de Salud Mental de la Consejería de Salud y Consumo y a las sociedades científicas y asociaciones que comparten el interés por la mejora de la salud mental, tanto de profesionales como de personas con trastornos mentales y familiares.



PUNTO DE PARTIDA

Desde nuestra perspectiva un diagnóstico de situación es un documento técnico que permita al lector, particularmente si va a participar en la elaboración del PESMA-A, contar con la mayor cantidad de información de alta calidad que le permita conocer a fondo los problemas a resolver y las fortalezas y debilidades de los recursos con los que se cuenta y de esa forma orientar debidamente los objetivos a conseguir, su priorización, los cambios estructurales y funcionales, las alianzas y las inversiones que serán necesarias.

El diagnóstico preliminar con el que contamos debería, desde el inicio, orientar al lector sobre los objetivos, el alcance y la amplitud el contexto de las cuestiones que asume responder. Sin embargo pensamos que faltan importantes detalles. No permite conocer los objetivos que se marca, se dice que el informe constituye la síntesis de tres informes previos, pero no se dice si es el informe definitivo, qué pasos se seguirán a continuación ni si forma parte de otro informe más amplio con secciones de las que este llamativamente carece. Aunque incluye información sobre población infanto-juvenil no sabemos si ésta quedará incluida en el mismo PESMA-A, ya que en periodos anteriores esta población ha tenido un plan propio o si las actividades de otros sectores, como la de los servicios sociales, la de las corporaciones locales y la de los recursos de la práctica o gestión privada quedan excluidas porque el PESMA-A se va a restringir a ordenar exclusivamente la actividad de los dispositivos de salud mental del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) y de los dispositivos de atención a las adicciones de titularidad y gestión exclusivamente pública.

Recordemos al menos lo que plantea el acuerdo de 21 de marzo de 2023, del Consejo de Gobierno¹:

La finalidad del PESMAA será promover que el sector de la salud mental y las adicciones se encuentre en condiciones idóneas para afrontar importantes retos futuros como son:

- a) Garantizar una atención integral, equitativa y de calidad para las personas con problemas de salud mental y adicciones en Andalucía.*
- b) Fomentar la participación e implicación activa y significativa de las Administraciones Públicas en todas sus políticas y de la sociedad civil en el ámbito de la salud mental y las adicciones en Andalucía.*
- c) Impulsar la actividad investigadora y formativa en áreas de interés en el ámbito de la salud mental y las adicciones en Andalucía.*
- d) Implantar procedimientos actualizados de control sobre humanización y bioética en los servicios de salud mental y adicciones.*

Y algunos de los contenidos que deberá incluir el Plan:

- a) Un análisis de la situación de partida en referencia al contexto andaluz, nacional, europeo y mundial.*

1 BOJA Número 57 - Viernes, 24 de marzo de 2023, página 5486



**Asociación para la
Defensa de la Sanidad
Pública de Sevilla**

- b) Un diagnóstico que permita señalar los problemas, retos y necesidades a abordar en el Plan.*
- c) La determinación de los objetivos perseguidos.*
- d) Una programación que establezca las medidas a ejecutar para el logro de los objetivos definidos, incluyendo la estimación de los fondos destinados a financiar aquellas y un cronograma orientativo para la consecución de los mismos.*
- e)... f) g) h)*

Queda añadir que en la redacción de la parte introductoria se reitera la idea de conocer “la situación de Salud Mental y Adicciones en Andalucía”, sin hacer discriminación entre lo que es la situación de la población y de lo que es la situación del sistema de recursos, dejando temporalmente unidos en la misma idea lo relativo a los recursos de salud mental y los de adicciones, que hasta el momento no han formado parte de un mismo sistema y por lo tanto no se puede pretender su análisis unitario.

Debido, como hemos mencionado, a que encontramos importantes omisiones en este diagnóstico preliminar nuestro documento contará con dos secciones, la primera sobre los contenidos que nos ofrece este diagnóstico y la segunda sobre los aspectos diagnósticos que pensamos deberían incluirse. En ambas secciones realizaremos un análisis somero, con la oferta de profundizarlo.

SECCIÓN 1. COMENTARIOS AL DOCUMENTO “DIAGNÓSTICO PRELIMINAR. INFORME DE TRIANGULACIÓN DE PREPARACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES DE ANDALUCÍA. PESMA-A (2024-2028)”

1. ASPECTOS DIRECTAMENTE POSITIVOS

El diagnóstico toma en consideración de forma importante lo que ven y opinan las profesionales y los profesionales que trabajan en dispositivos de salud mental y en la “red de adicciones”. Es una información sumamente valiosa que es omitida con frecuencia en planes directores.

2. ASPECTOS MEJORABLES

2.1 METODOLOGÍA

El estado de la salud mental de una población y el estado del funcionamiento de los recursos que atienden a las personas con trastornos mentales son dos áreas de conocimiento que deben tener metodologías propias, sin embargo no se diferencian en los métodos y en los resultados se presentan de forma aglutinada.

En los métodos se describen dos tipos de fuentes:



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

> secundarias, donde se han incluido tanto estudios publicados, como datos procedentes de los sistemas de información procedentes de “Salud Mental” y de “Adicciones”.

- Las fuentes secundarias son, propiamente, publicaciones y en los métodos debe describirse qué tipo de datos y estudios se han buscado, cómo se ha hecho la búsqueda y cuáles datos y en qué fuentes se han encontrado. Todas las fuentes secundarias consultadas deben citarse en el apartado de bibliografía con un formato adecuado.

Comentamos aquí por primera vez, y es válido para el resto del documento, que parte de la información, por ejemplo la que contiene los detalles de los métodos, puede ubicarse en anexos, por ejemplo en anexos accesibles por internet, de forma que pueda agilizarse la lectura y consultarse lo necesario.

- Los datos de los sistemas de información son datos que deben ser considerados primarios y deben describirse tanto las características de los sistemas de información como los procedimientos de extracción y de análisis.

> primarias de dos tipos de estudio cualitativo, una serie de grupos focales y una encuesta.

- Sobre la metodología de los grupos focales se aporta el número de grupos, el número de participantes con su distribución por sexos, la distribución de las personas participantes en dos grandes grupos “profesionales” y “personas usuarias, familiares, personas voluntarias o representantes de asociaciones”, los nombres de los grupos y de los profesionales moderadores y que 8 grupos trabajaron de forma virtual y 1 de forma presencial. No se describe la lógica interna de la formación de los grupos, las propuestas que se les formulan, su composición por tipos de profesionales ni se explica la llamativa asimetría entre profesionales y demás personas (89 vs 16).
- Sobre la encuesta, la metodología debería de explicar cómo se elaboró, sus características psicométricas, cuántas personas la recibieron en cada sector, qué tipo de profesionales fueron invitados a contestar, cómo se les envió el cuestionario. Se debiera presentar el cuestionario completo y en los resultados, al menos, la distribución por sector, edad, sexo, provincia, tipo de profesional, proporción de respuestas a cada pregunta, número total de profesionales activos en cada grupo profesional y diferencias del grupo que contesta del grupo que no contesta en las variables independientes.

En el caso de que se opte por una transparencia completa los datos recogidos, siendo realmente anónimos, deberían de ser puestos a disposición de quienes quieran consultarlos. Particularmente interesante puede ser la lectura de los campos abiertos.

La lectura de los resultados indica que las encuestas fueron diferentes en cada sector, aunque siendo lógico no explica porqué los profesionales de salud mental son mayoritariamente preguntados por problemas y las preguntas que se hacen a los profesionales de la “red de adicciones” pertenecen más al grupo de opiniones sobre soluciones.



Debe incluirse en este apartado que el uso del término prevalencia en un informe relacionado con la salud debe hacerse de acuerdo a su definición epidemiológica (proporción de casos de una enfermedad en un período de tiempo, respecto a la población existente en la zona objeto de estudio a mitad de ese periodo) y no de acuerdo a su uso corriente (acción y efecto de prevalecer), ya que en la mayor parte de las veces en que se usa “prevalencia” en este informe se hace de forma inadecuada (prevalecer), puesto que no se cuenta con la base poblacional apropiada y no se indica el periodo de tiempo.

2.2 RESULTADOS

Los redactores del informe podrían haber optado por una estrategia estructurada, por ejemplo la de ir siempre de una exposición de datos descriptivos numéricos obtenidos por sistemas de información o fuentes secundarias a una exposición de mayor cercanía con la opinión de los profesionales. En cualesquiera de las formas de exposición no se puede olvidar que la perspectiva de los profesionales, siendo imprescindible, no es lo único que se necesita para describir unas situaciones de la complejidad como es el estado de la salud mental de una población y el estado del funcionamiento de los recursos que atienden a las personas con trastornos mentales.

Los resultados en general dan así una muy visión parcial de la situación a partir de sus tres fuentes, cada una de ellas de forma expuesta de demasiado incompleta, particularmente los datos de fuentes secundarias. Lo ideal es que cada fuente: la encuesta, los grupos focales y las fuentes secundarias tuviesen una descripción adecuadamente extensa para consultarlas y en el informe apareciese la síntesis. De esta forma, aunque escuchamos la voz de las personas a través de las encuestas y de los grupos no sabemos por qué no dicen más, sobre todo cuando vemos que en algunos temas la información es muy parca y en otros se dice algo más, por ejemplo en el caso de los sistemas de información vemos que existe una segunda batería de preguntas.

Igualmente nos parece que debe seleccionarse mucho lo que dicen los 9 grupos para que se recoja tan poco.

Lo peor es la inconsistencia de los datos, existiendo tantas fuentes y tantos estudios en un momento en el que el estado de la salud mental despierta gran interés en el conjunto de la sociedad. Los datos que se ofrecen, en la mayor parte de las ocasiones, no aportan ese “fondo” que debe servir para que se destaquen las opiniones y se alumbren los caminos a las soluciones. Las profesionales y los profesionales expresan preocupaciones y necesidades en las encuestas y en los grupos, ... *se considera necesario humanizar los espacios destinados a pacientes, las unidades, las salas de espera, puesto que hay espacios deficientes, en lugares inadecuados, ...* los datos aportan el fondo, cuántos espacios deficientes y su ubicación.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

Hay aspectos sobre los que no haría falta ni preguntar, que se hacen constar de una forma un tanto laxa, por ejemplo *también se menciona la necesidad de contar con unidades de hospitalización específicas e independientes de las unidades de adultos, para la población menor*. En caso de ingreso no hay duda de que los niños y niñas deben tener un espacio específico e independiente! Lo que el diagnóstico debería permitir conocer es cuantos de estos espacios existen y dónde.

Aunque no es frecuente también encontramos lecturas desafortunadas de estudios secundarios que se vierten al informe y resultan tan chocantes que invitan a comprobar los datos, es lo que ocurre en el apartado de patología dual donde se dice que un estudio (no algunos) *ha determinado que el 70 % de las personas atendidas por problemas de salud mental o adicciones tiene ambos problemas de forma simultánea*, cuando en realidad lo que dice es que entre los pacientes con patología dual, el 36,1% se atiende en la red de salud mental y el 70,3% en la red de adicciones. Tampoco es correcta la afirmación de que *en la Red de Salud Mental, el 68,9 % de las personas usuarias presentaban diagnóstico actual de Trastorno de Uso de Sustancias*, lo que dice el estudio es que entre las personas con un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias el 68,9% tienen otro diagnóstico de salud mental. A esto hay que añadir que dicho estudio no cuenta con una metodología que le permita dar cifras de prevalencia en relación a poblaciones generales. Tampoco González Saiz dice lo que se le atribuye: *en las USMC, se ha estimado entre un 40 y 48% la tasa de prevalencia de al menos un trastorno por consumo de sustancias, siendo el alcohol y el cannabis las más consumidas*, esta tasa se estima para los pacientes con trastorno mental grave atendidos en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (2).

2.2.1 SALUD MENTAL

La encuesta lo que permite saber es como catalogan de 1 a 5 la importancia de un conjunto de 25 temas las personas encuestadas, algunos temas problemas, otros soluciones. La identificación de temas la han realizado los investigadores, quizás consultando a profesionales, no lo explican en los métodos. Aunque la encuesta aporta una información muy valiosa, en los resultados lo que opinan las personas consultadas se expone de forma no sistemática, en conveniencia de las secciones que quieren destacar los redactores y de forma entremezclada con datos diversos. Lo mismo se hace con las voces de las personas participantes en los grupos focales, extrayéndose pequeñas secciones y no dejando oír al conjunto.

Así pues es posible que las personas consultadas hayan podido identificar otros problemas y hayan proporcionado opiniones importantes que no conocemos, lo apropiado es que cada estudio, encuesta y grupos focales hubieran expuesto sus resultados al completo, aunque fuese en un anexo.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

Cuando en una de las cuestiones sobre las que se pregunta: “problemas relacionados con los sistemas de información” (página 12 del informe) vemos que no sólo es valorada en importancia sino que se abre a nuevas preguntas, nos preguntamos si es que los otros 24 temas principales no se han abierto a nuevas preguntas o si es que no se ofrecen en los resultados. Siendo un sistema cerrado de preguntas la posición concreta que ocupe un tema en el ranking no es sino una medida indirecta de su relevancia.

Habiendo dicho que abrir la posibilidad de que las personas encuestadas aportasen temas adicionales habría mejorado la calidad de la encuesta, no parece oportuno cuestionar la elección de temas excepto la del único al que precisamente no le dan importancia las personas encuestadas, no se entiende que la neuromodulación sea uno de los 25 temas, especialmente si se sabe que en un reciente informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) (3) el balance de su empleo no es claramente positivo para el caso de la depresión mayor y la guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto, auspiciada por el Ministerio de Sanidad y revisada en 2023 (4) no recomienda su uso en ninguna circunstancia clínica.

A pesar de todo lo dicho vemos que los resultados de la encuesta y de los grupos focales aciertan a señalar cuestiones muy relevantes.

Especialmente limitante es la escasez y estrechez de los datos epidemiológicos. Lo habitual en un análisis de situación es aportar datos numéricos que sirven habitualmente de elementos de orientación y comparación con territorios y sistemas, referidos a incidencia, prevalencia, años de vida libres de discapacidad, mortalidad, años potenciales de vida perdidos en relación con los grupos de trastornos y a la descripción y contabilidad de recursos e inversiones. Datos que proyectados en su evolución temporal nos orientan sobre la suficiencia o insuficiencia de lo que se viene haciendo hasta la fecha. Los datos que se aportan en esta sección son todos relevantes, pero expuestos a pinceladas dispersas y claramente insuficientes, ofreciendo información ora de un ámbito, ora de otro y careciendo de referencias comparativas. Sólo se aporta información de percepción de salud, de diagnósticos de depresión y de ansiedad, de toma de medicación.

La lectura del apartado resulta confusa y a veces parece contradictoria, por ejemplo: en un lado se dice que un 20% de las mujeres y un 10% de los hombres contestan que tienen una salud mental regular o mala y en otro que el 38% de los hombres y el 61% de las mujeres se sienten deprimidas, sin ofrecer una interpretación orientativa de la discrepancia. Otro ejemplo: los datos ofrecidos de consumo de medicamentos parecen bajos conociendo el estudio de 2020 publicado en la Revista Española de Drogodependencias con Eugenia Gil-García como primera autora que realiza un análisis a partir de la muestra de adultos de la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) de 2016, que indica que el 14.6% de las mujeres y el 6.4% de los hombres consumía psicofármacos en ese tiempo (5).

Las fuentes principales que se citan en el apartado de epidemiología son cuatro:



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- Encuesta Sanitaria y Social de Andalucía. ESSA, datos muy relevantes que quizás podrían ser expuestos más ampliamente, es un encuesta realizada telefónicamente, se podría haber considerado también la Encuesta Andaluza de Salud (EAS) es un conjunto seriado de encuestas transversales que constituye la principal fuente de información de base poblacional residente en Andalucía en materia de salud percibida y utilización de servicios sanitarios, que se realizó en fechas cercanas mediante entrevistas en domicilio. Las publicaciones de las encuestas más recientes, de 2022 y 2023, no están disponibles en el enlace que cita al pie el informe.
- La Encuesta de Condiciones de Vida, del INE que debe ser citada, en lo posible en su punto de explotación
- Estado Mundial de la Infancia (Unicef 2021) – el informe debe ser citado y destacarse que se realizó en tiempos de la pandemia de coronavirus.
- Diagnóstico sobre el estado de la infancia y adolescencia en Andalucía” (Oficina técnica del III Plan de Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027)

Apuntamos otras fuentes a considerar:

- Vigilancia Epidemiológica de Enfermedades Crónicas Indicadores de Salud Mental. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía: Monografía; 2020. Vol. 25, N. 04
En: <https://www.repositoriosalud.es/handle/10668/3106>
- Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, que aporta tablas comparativas con otros territorios nacionales
En: <https://inclasns.sanidad.gob.es/main.html>,
- Mental health and related issues statistics, de EUROSTAT, con datos comparativos a nivel europeo, incluye recursos
En: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics#Healthcare_beds_and_personnel
- Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU.
https://health.ec.europa.eu/document/download/3f9d55be-9e36-43d9-99ad-b96ac63a5b9b_en?filename=2022_healthatglance_rep_en_0.pdf
- III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2016-2020, con datos pasados útiles para hacer comparaciones. En: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/publicaciones/iii-plan-integral-de-salud-mental-de-andalucia-2016-2020>



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- La sección de salud mental de los informes anuales del Defensor del Pueblo Andaluz, debería ser tenida en cuenta siempre y particularmente el Estudio Singular titulado “La salud mental infantil y juvenil: una prioridad en las políticas públicas andaluzas”, en el caso de que el PESMA-A incluya a la población infantil y juvenil.

En: <https://www.defensordelpuebloandaluz.es/sites/default/files/estudio-singular-salud-mental-infantil.pdf>

- Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Aún considerando que buena parte de sus datos son anteriores a la pandemia.

En: https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_del_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf

- Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental (SEPSM): Libro blanco de la salud mental en España. 2023. https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf
- Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña. La situación de la salud mental en España’ 2023. <https://www.fundacionmutua.es/documents/informe-salud-mental-espana-2023-bajo.pdf>
- La Salud en Andalucía Según las Encuestas Andaluzas de Salud (EAS): Encuesta Andaluza de Salud 2015-2016. Muestra de Adultos. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/salud-vida/vigilancia/paginas/encuesta-andaluza-salud.html>

Las citas, por favor, deben constar y ser enunciadas de forma correcta. Suponemos que *Global Data Exchange* se refiere a Global Health Data Exchange (<https://ghdx.healthdata.org/>). Citar a pie de página y de esta forma: *Journal of Affective Disorders asociada al párrafo de la DRT*, o no dar la fuente de los datos disponibles sobre *Trastorno de Personalidad* (páginas 16 y 17) reduce el prestigio del informe.

Es necesario decir también que los datos deben ponerse en relación entre sí, saber que Andalucía es la tercera Comunidad Autónoma con mayor riesgo de pobreza (el 29,1% de la población general en 2022 está en riesgo de pobreza o exclusión social) es claramente importante, pero es de mayor utilidad ver cómo la pobreza se correlaciona con el estado de la salud mental y mayor aún si se hace por áreas geográficas.

La salud mental y emocional de niñas, niños y adolescentes es efectivamente uno de los temas más importantes para abordar si es el caso de que el PESMA-A incluye el área infanto juvenil, siendo así la fuente de los datos de los centros educativos debe ser citada para poder ser adecuadamente valorados. Por ejemplo los 432 casos registrados de acoso escolar proceden de las incidencias



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

registradas en el sistema de información 'Séneca', de esta forma ya entendemos que seguramente fueron bastantes más los que ocurrieron. Conocer la presencia de factores traumáticos en la infancia requeriría no limitarse al acoso escolar, hay más.

En los grupos focales los y las profesionales identifican *una excesiva presión asistencial motivada por un aumento de la demanda de atención en todos los niveles*, lo cual corroboran los datos del Programa de Salud Mental. Muy bien. Mejor si se aportasen también datos de la evolución del número de dispositivos y profesionales, particularmente su crecimiento en los años más recientes. Mejor si se citase la fuente con su forma de acceso a los datos. Respecto a la presión asistencial se aportan datos del número de citas en dos grupos de edad pero no se desglosan por tipo de profesional, lo cual aclararía alguna pregunta.

Sobre la falta de una cartera de servicios ¿podrían decirnos algo de por qué no hay una cartera de servicios? Se opina que hace falta tenerla, pero ¿se ha intentado en Andalucía? ¿existe en alguna otra comunidad? ¿es posible definirla en salud mental?

Con los datos de frecuentación, suponiendo que se trata de citas terapéuticas: 381083 personas generan 1524925 citas es decir cada persona tiene 4 citas al año o 1 al trimestre en 2022, 3,75 en el caso de los menores de 19 años. ¿Hacer la siguiente cuenta es correcto? ¿La cuenta parece orientativa? ¿una terapia con cita cada 3 meses?. ¿Podría decirse algo que aclare este resultado y lo acerque más a la realidad asistencial?

Las personas con TMG no reciben la atención psicológica necesaria ya que la absorben otras patologías. Dato a aportar: número de profesionales con dedicación específica a personas con TMG, al igual que hay otros especialistas dedicados a temas específicos

Asimismo, no se ofrece psicoterapia grupal. Datos necesarios: número de dispositivos de salud mental que disponen de un espacio para grupos respecto al total, número de dispositivos donde se hacen terapias grupales, número de profesionales que se consideran con formación y disposición a realizar grupos.

Sobre las afirmaciones relativas a los dispositivos concretos (Unidades de Rehabilitación de Salud Mental, Comunidades Terapéuticas de Salud Mental y Hospitales de Día) tales como: ... *los pueden acabar solo para contener a pacientes complejos* o bien *existe una amplia variabilidad en los modelos de atención, que no atienden a evidencia o criterios científicos*, es completamente necesario que un diagnóstico realice contrastes con la realidad, incluyendo estrategias cualitativas de estudio con profesionales de esos dispositivos.

Faltan programas de apoyo mutuo. Datos en falta: número de grupos de apoyo mutuo, qué dicen las personas que participan en el apoyo mutuo. Un apunte: estos programas no deben pensarse de esta forma para estar en el apartado de cartera de servicios del SAS, ya que no son de su competencia exclusiva. Sí es posible que una cartera de servicios incluya: colaboración con entidades y grupos



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

de apoyo mutuo, porque de lo que se trata, además, es dejar el paternalismo a un lado y colaborar en lo que los propios grupos de ayuda mutua demanden y no hacer lo que dicen las personas expertas en su cartera de servicios. Por lo mismo debería analizarse hasta que punto asociaciones como ASAENES² pueden considerarse un grupo de apoyo mutuo, dado que existe un nivel de tutorización considerable por personal técnico.

Sobre la escasez de profesionales el informe aporta un factor: Limitada continuidad / fidelización. *“Hay que hacer contratos más largos. No es posible hacer un trabajo continuado con contratos cortos, es un maltrato a los y las pacientes, y para los y las profesionales es también un trato laboral inadecuado”*. Bravo! ¿Podemos saber más? Por ejemplo ¿qué proporción de especialistas que han realizado la formación en Andalucía han sido contratados respecto al total? ¿qué sueldos e incentivos se ofrecen en relación con otras comunidades? ¿cuánto duran esos contratos?

Está muy bien que se reconozca *La falta de equidad en el acceso, puede deberse al existir grandes diferencias entre zonas urbanas y rurales, en parte debido a la dificultad para fijar y fidelizar profesionales en estas últimas*. Pero la baja tasa de especialistas es sólo un factor ¿qué tal si ponemos en el mapa la distribución de los recursos y vemos las distancias? ¿qué tal si analizamos la disponibilidad de transporte público? ¿qué tal si aportamos el dato de los pacientes que van en ambulancia a las unidades de rehabilitación de salud mental respecto a las físicas?

En el modelo comunitario debe hacerse referencia a las unidades de salud mental comunitaria (USMC) (los equipos), damos por válido que en todo el territorio *Los equipos están evolucionando hacia “consultas externas”, en lugar de ser el centro de la atención de los problemas de salud mental*”. Las personas participantes destacan la necesidad de una mayor intervención comunitaria y que **la promoción y la prevención** se deben entender como nucleares en la asistencia comunitaria....

Nos parece imprescindible profundizar aún más en la visión de los trabajadores y trabajadoras de las USMC sobre por qué ocurre que *el papel de las funciones de rehabilitación, recuperación, reinserción, de las personas con trastorno mental grave, en muchas unidades está diluido, y relegado a un segundo lugar*.

Respecto la cuestión de las derivaciones y de la coordinación con Atención Primaria, teniendo en cuenta que casi toda la demanda llega a las USMC por esta vía y que se han reconocido como problemas importantes que se percibe una excesiva demanda asistencial, que hay problemas de acceso, que hay una dejación de tareas (imposibles de asumir) y que no se atiende bien a las personas con TMG, el informe diagnóstico debiera aportar:

- tipos de actividades de coordinación que se realizan o se realizaron en el pasado
- número de USMC que mantiene actividades de coordinación por semana y mes

2 Asaenes Salud Mental Sevilla. <https://asaenes.org/conocenos/que-es-asaenes/>



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- número de profesionales que realizan actividades de coordinación
- estrategias que profesionales de salud mental y de atención primaria consideran que podrían mejorar la coordinación
- estrategias de la organización sanitaria para incentivar esta coordinación

Sin informaciones de este tipo limitarse a señalar que falta coordinación es reiterar “el conocimiento de una cuestión sobradamente conocida” sin hacer visibles las vías de solución. Conocer experiencias de buena coordinación ayudaría, quizás incluso en algún equipo se haya implantado con éxito el Proceso Asistencial Integrado (PAI) de Ansiedad, Depresión, Somatización (ADS), ¿se han buscado estas experiencias? En el apartado de las derivaciones quizás las de adultos y de niñas y jóvenes deban tener un análisis diferenciado.

En el apartado de informatización y digitalización parece apreciarse el efecto de la deseabilidad de las respuestas, vemos que el grupo trata cuestiones que quedan en el aire y vemos que no se abordan problemas como el de tener una historia clínica de dimensiones excesivas que se rellena en una pequeña parte y que sólo proporciona datos por grandes grupos diagnósticos, ya que cada profesional pone el diagnóstico como le parece. En las cuestiones de conectividad entre sistemas ¿las personas diseñadoras de la encuesta han tenido en cuenta si esas conexiones entre sistemas tienen posibilidades de ocurrir?

La opinión profesional es clara respecto al uso de medicamentos psicotrópicos: *La atención está excesivamente centrada en respuestas farmacológicas; hay una clara carencia de atención psicológica y terapéutica...* (por) *carencia de tratamientos psicoterapéuticos individuales y grupales y de actividades de terapia ocupacional...* También para la infancia y la adolescencia. Lo mismo opina la sociedad en su conjunto. Sería muy útil saber algo más. Sólo dos ejemplos de datos relativamente fáciles de conseguir: ¿cuántos niños y niñas andaluces toman medicamentos estimulantes? ¿cuántas personas toman antidepresivos y cual es el perfil profesional de quienes los prescriben?

En este apartado se aporta un gráfico (gráfico 3) cuya fuente está en un “informe preliminar”, el gráfico no puede entenderse si no se conoce de qué población se extraen los datos, es decir el denominador. Para un análisis de género del consumo de medicamentos se recomienda usar el artículo con Eugenia Gil-García de primera autora.

Demora en las citas y problemas de seguimiento.

El sistema, con su actual dotación y estructura, “no es ágil” a la hora de ofertar atención en tiempo y forma. Se entiende que se trata de primeras citas

Factores a los que se atribuye esta situación:

- *La gran demanda de atención a problemas de salud mental*



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- y?

Se reconoce que el sistema es aún menos ágil con la población infanto-adolescente.

Se habla de “seguimientos”, en las citas sucesivas se agrupan sesiones de terapia, seguimientos de las respuestas farmacológicas, atenciones no previstas, orientación a la familia....

Las personas participantes en los grupos identifican como un problema grave la demora en las citas para revisiones a pacientes con Trastorno Mental Grave (TMG).

¿Podemos escuchar que los grupos están diciendo que no es posible atender bien a las personas con trastornos graves si hay que cumplir con los objetivos de demora en primeras citas? Porque dar solución a esta cuestión requiere un análisis en gran profundidad, es un delicado equilibrio que requiere datos, pero no sólo, requiere también una visión de cómo debe ser la atención a la salud mental especialmente a la comunitaria.

La atención a la infancia, juventud y adolescencia, repetimos que requiere toda una sección para un análisis en profundidad. Las personas encuestadas ven con claridad los problemas pero el informe nos traslada “la punta del iceberg”. *Igualmente se considera necesario proporcionar en agenda más tiempo en las primeras citas con la infancia y la adolescencia...* si este va a ser el estudio diagnóstico que cimiente los planes para la la atención a la población infanto-adolescente, tendría que abordar cómo se va a conseguir una mejor atención. Empecemos sólo por dos primeras preguntas: ¿qué número de profesionales se dedican en exclusiva a atender a esta población, incluidas enfermeras y personal auxiliar? ¿qué número de profesionales de la psicología y de la psiquiatría se consideran dispuestos a atender a la población infantil, juvenil y adolescente y con formación adecuada para ello?

La atención hospitalaria está muy pobremente descrita, ya sabemos que las consultas en urgencias aumentan. Para tener un mínimo de visión hace falta conocer cuántas personas ingresan, cuántas reingresan tras el alta, cuántas consultan por ideas suicidas, qué tiempo tardan las personas que se derivan desde urgencias a los equipos de salud mental en ser atendidas. Sobre el periodo de ingreso también se deben conocer muchas cosas además del número de ingresos involuntarios, por ejemplo promedio de duración, distribución por sexos, por tiempo de ingreso, por diagnóstico emitido, el número de sujeciones. Y por supuesto cómo son realmente los espacios de hospitalización: dotación de profesionales y de espacios, número de camas, número de habitaciones individuales, sistemas de seguridad para las personas ingresadas, la satisfacción de pacientes y familiares con el espacio físico, etc. Por hospital.³

³ Señalamos que la idea de que *las situaciones graves serían más objeto de atención de los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitario (ETIC) y los Equipo de Terapia Asertiva Comunitaria (ETAC)* no parece bien explicada.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

Las fuentes de los pies de página nº3 y nº4 (INFOWEB. Base datos de población y Módulo de tratamiento de información. SAS) no son accesibles por los enlaces, se deben describir las fuentes y los organismos responsable de los datos.

A veces parece que el estudio pasa las cuestiones a resolver a otro sector, por ejemplo cuando se dice *“Existen problemas de altas de la hospitalización hacia un recurso. El juez autoriza un ingreso involuntario y mantenemos a una persona en puertas cerradas, hospitalizada involuntariamente, porque no hay un recurso para ellos”*, pero un Plan de Salud Mental debe asumir todas las dificultades, aunque ello suponga la búsqueda de encuentro con los otros sectores y la exploración de sus circunstancias. *Que existan personas con problemas muy graves y complejos, que no tienen alternativas residenciales, que haya personas que precisan alta supervisión, de alta dependencia* a las que *no se les está dando respuesta para que no alcancen a una situación de deterioro irreversible* es algo a lo que debe responder el Plan y el estudio diagnóstico debería dimensionarlo.

Igualmente el diagnóstico debería orientar sobre el número de pacientes que viven en una Comunidad Terapéutica Salud Mental (CTSM), sobre la duración de las estancias y sobre las condiciones que se necesitan para que dejen de *padecer un serio problema para dar altas*. Una condición parece ser que la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de personas con Enfermedad Mental (FAISEM) abra plazas residenciales ¿qué opina y qué datos aporta FAISEM?

Los recursos y las políticas de FAISEM deben conocerse a fondo, incluyendo si es suficiente la dotación de profesionales para cada tipo de recurso residencial en relación al número de personas atendidas, las actividades que se ofrecen, el número de personas que asisten a las actividades ocupacionales, externas e internas. Importante sería conocer también lo que piensan los profesionales de la fundación. *¿Es cierto que los recursos de FAISEM pueden no estar adaptados para pacientes con alta complejidad asistencial?*

Quizás las cuestiones clínicas requieran otra sección completa, lo que no parece procedente es que se dedique atención especial a algunos trastornos y no a otros. El trastorno depresivo mayor (TDM), el Trastorno (Límite) de Personalidad (TLP) y al Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) son muy importante cada uno de ellos, pero también deberían recibir una atención particular la atención temprana a los casos de traumatismo emocional o la atención a la salud física de los pacientes con TMG por poner dos ejemplos. Que los trastornos resistentes a los tratamientos sean importantes se asocia en el informe a la idea de que se incorporen terapias innovadoras, pero no está claro quién lo dice en esta ocasión, además la incorporación de terapias innovadoras puede ser importante o no según su seguridad y eficacia a criterio de los profesionales respecto a cada terapia concreta. En las secciones dedicadas a estos tres trastornos vemos que expanden algo más la información, constituyendo un ejemplo positivo de cómo ilustrar un tema.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

En relación al TCA, se señala *la inequidad en el acceso a recursos especializados ya que solo Granada y Málaga disponen de unidades específicas para este problema*, pero de nuevo el análisis se queda muy corto. Cabe preguntar ¿están ambas unidades operativas? ¿admiten pacientes de otras áreas? Podría ser que la respuesta sea “no”. ¿Y lo que no sale a la luz es porque no se sabe?. ¿No se sabe que un alto número de jóvenes y adolescentes con trastornos de conducta alimentaria están siendo tratadas/os desde hace años en el medio privado⁴ con financiación en parte pública a través del seguro escolar? ¿que en muchos casos los padres tienen que añadir dinero de su propio bolsillo? ¿que esto ocurre porque las familias no encuentran respuesta en el SSPA? También aquí debe citarse la fuente de los datos, en esta ocasión sí parece que el término prevalencia está correctamente empleado.

Tampoco encontramos en el “2016 Childrend’s mental health report” al que hemos accedido en internet que *dos tercios de quienes desarrollaron trastornos por consumo de alcohol o sustancias, habían experimentado al menos un trastorno de salud mental* y aún habiendo podido comprobar la afirmación habríamos señalado que carece de validez externa siendo un estudio realizado en los EE.UU.A.,

En el apartado sobre patología dual abandonamos la revisión de los datos por su baja credibilidad. Nos quedamos con que la patología dual se presenta como un problema frecuente y complejo y con la lectura del magnífico trabajo de González Saiz (4) que cubriría buena parte de la tarea del informe diagnóstico sobre patología dual de cara a la posible integración de los sistemas de atención de salud mental y de adicciones. La duda: si no se van a integrar ¿por qué el Plan es de salud mental y adicciones?

Conducta suicida.

Además de los datos que se nos presentan:

- ¿es posible estimar cuántos de los fallecimientos por suicidio se dieron en personas que estaban en tratamiento en salud mental?
- En caso de que el suicidio sea una línea de trabajo del Plan, sería conveniente que el Plan auspiciase estudios para saber más sobre factores evitables, en este apartado se podría apuntar algo de lo que ya se sabe, por ejemplo sobre por qué se suicidan más los hombres, ¿es posible que los comportamientos masculinos culturalmente normativos, como el estoicismo, la invulnerabilidad emocional, la violencia y la asunción de riesgos, actúan como barreras para que los hombres busquen ayuda profesional y sean factores de riesgo de angustia psicológica e ideación suicida?

4. Ita Sevilla Vidrio es un ejemplo de centro de tratamiento de TCA donde acuden numerosas familias.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

Y destacar: la atención a las personas con conductas suicidas se identifica como un grave problema para el que no hay recursos suficientes, más difícil de abordar cuando se atienden a personas y familias con problemáticas sociales.

Los apartados siguientes tienen un patrón semejante a lo revisado hasta ahora: se identifican problemas, se dan cifras menos o más relevantes pero no se aporta información que sirva para relacionar factores con hechos, para dimensionar recursos o para orientar cambios

- Atención a mayores (¿en qué consiste “una respuesta de psicogeriatría”?)
- Salud Mental Perinatal. Si supiésemos algo más quizás resultaría una clave en la prevención
- Trastorno del Espectro Autista (TEA). Algunas notas:
 - a tener en cuenta que los TEA pasan más desapercibidos en las mujeres, en parte también efecto de los roles de género
 - existe un proceso asistencial integrado para niños y niñas con TEA que define las intervenciones oportunas durante todo el proceso.
 - En algunos Centros de Atención Infantil Temprana (CAIT) existen profesionales expertas/os en ayudar a los niños y niñas a desenvolverse mejor en el mundo. Estaría bien saber cuantas personas expertas son, dónde están y si las hay en el SSPA.
 - La perspectiva de que las personas autistas no tienen una enfermedad, sino que son diferentes y es la sociedad la que tiene que aprender debería considerarse
- Población vulnerable. Un hogar lo primero
- Salud mental en el ámbito penitenciario. Al menos un trastorno mental el 25,8% en último mes, es también un dato relevante. También cómo se aborda su atención y sobre todo cómo funciona su recuperación e integración tras la salida de la prisión.
- Atender adecuadamente a población adolescente que se encuentra internada en los Centros de Internamiento a Menores Infractores,(CIMI)
- Detección e intervención precoz: Promoción y prevención. Los y las profesionales que trabajan en salud mental señalaron a este respecto que la promoción y la prevención no se pueden afrontar por la presión asistencial. ¿Tienen que ser profesionales de salud mental los que hagan promoción y prevención? ¿no pueden contribuir médicos de familia, maestras, madres y padres, actores y actrices...? Es decir cómo intervenir sobre el conjunto de la sociedad. Vemos que los determinantes sociales aparecen una y otra vez como factores de riesgo o recursos, estaría bien que un futuro diagnóstico los tenga como un eje del análisis en todas las cuestiones. Igualmente se reitera que el trabajo intersectorial en un modelo holístico y dinámico, es como se debería entender la salud mental.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- Actuaciones protocolizadas, como las de promoción y prevención. Habría que ir teniendo en cuenta lo que se puede y no se puede protocolizar. El citado “Protocolo para la Prevención del Suicidio” no es un protocolo, es un programa, no incluye cómo deben hacerse las cosas sino cómo organizar la atención.
- Estigma vinculado a la salud mental. Tema claramente en manos de la acción institucional, Saber como resulta la evaluación de acciones previas, por ejemplo “1 de cada 4” serviría para diseñar nuevas campañas. Por cierto ¿hay alguna en marcha?.
- Coordinación con otros sectores. Por sectores se deben identificar grandes grupos por ejemplo en el sector social están los recursos no profesionales. Es importante no asimilar los funcionamientos de otros sectores con los propios, así pues no es de lógica pretender que las asociaciones sigan procedimientos propios de una institución sanitaria por ejemplo. Los sectores y sus componentes activos en salud mental deben ser al menos identificados propiamente, según realicen o no programas terapéuticos reciban o no financiación de alguna forma. FAISEM y la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía (ASSDA) no pertenecen propiamente a un sector diferente, aunque FAISEM se financie parcialmente con las ayudas a la dependencia de las personas que las perciben.

Lo que nos dicen las personas entrevistadas sobre la ley de la dependencia debe decirse más claro: para que una persona con un trastorno mental grave que necesita un recurso residencial acceda a él no debe esperarse a que se le asigne un grado de dependencia que lo permita (2 o 3), que puede tardar 2-3 años.

- Trabajar de manera coordinada con los servicios de atención a mujeres víctimas violencia de género. Bien ¿dónde se puede contar con ellos?
- **La inserción social y laboral** fue considerada la quinta cuestión en importancia
- Desde (el grupo de) salud mental infanto-juvenil se señala que no hay espacios para la necesaria e importante coordinación con otros sectores por ejemplo, con Atención Primaria, con Educación, con Justicia Juvenil, con Servicios Sociales Comunitarios, etc. y se habla de la necesidad de crear una Comisión Intersectorial Provincial Infantil para abordar casos y tomar decisiones generales.

Debería haberse recogido que existen los Equipos Provinciales de Atención Temprana adscritos a la Delegación de Salud, e integrados por tres profesionales designados por las delegaciones de Salud, Educación y Servicios Sociales⁵ e informar de si su funcionamiento constituye un ejemplo a seguir.

5 Ley 1/2023, de 16 de febrero, por la que se regula la atención temprana en la Comunidad Autónoma de Andalucía.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- Investigación

Muy importante, sí. ¿Cuántos grupos investigadores? ¿Cuántos incluidos en el Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM)? ¿Cuántos investigadores realizan estudios sobre aspectos biopsicosociales?

Se resalta la importancia de tener en cuenta en los procesos de investigación la parte más social y preventiva de la atención en salud mental, el contexto social, el enfoque de recuperación y el rol de profesionales de trabajo social y enfermería. En este sentido, se recomienda incluir el movimiento asociativo, tanto de personas usuarias como de familiares, a los proyectos de investigación. Además, se constatan dificultades en el proceso de traslación de los conocimientos a la práctica clínica, a profesionales de salud mental y personas usuarias. ¿Cómo estamos en la producción de estudios sobre estos temas?

- Formación. Vemos una clara demanda de tener formación ¿Qué ofertas de formación han tenido las personas que trabajan en salud mental en los 5 años anteriores? ¿Cuántas han participado en actividades formativas en estos años?.

Las personas participantes en los grupos focales demandan formación en investigación, valoran la investigación aplicada a la práctica clínica, con perspectiva social y destacan saber más sobre prevención, promoción de la salud, prácticas clínicas, evaluación de la propia práctica profesional, atención a la infancia y adolescencia y atención a trastornos leves adaptativos

2.2. ADICCIONES

En términos generales el estudio está lastrado por los mismos déficits en esta sección que en la de salud mental. Si en el apartado de salud mental se deberían describir los recursos que existen, en tablas o/y mapas, esto es aún más importante para los recursos de la “red de adicciones” ya que existen recursos con diferentes modos de gestión y financiación. Estaría bien saber cuantas personas atienden cada recurso, no sólo el total.

Como fuentes de información principales tenemos:

- La encuesta a los profesionales. Los resultados en esta sección se muestran de forma diferente, aquí no aparece el ranking de 25 cuestiones, mayoritariamente problemas, sino que se muestran desarrollos de cuestiones más concretas con mayor abundancia de posibles soluciones. El efecto del acotamiento de las repuestas posibles se observa en que las y los profesionales suelen considerar todos los ítems importantes con escasa diferencia. Ya comentamos la importancia de describir mejor el diseño de la encuesta y la elección de temas, pero repetimos ¿por qué preguntar por cuestiones obvias como la conveniencia de compartir los sistemas de información cuando además eso requiere que previamente se una la red de adicciones al SSPA?



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- Grupos focales
- Fuentes de datos de sistemas de información:
 - Módulo de tratamiento de información del SAS, al que no es posible acceder y por tanto debiera describirse con detalle y no citarse al pie de página el enlace que se ofrece. Sí debe citarse qué sección de la administración sanitaria es responsable de la explotación de los datos. Las cifras que aquí aporta el informe son números absolutos de personas que han accedido a recursos del Servicio Andaluz de Salud, sin que se diga cuáles y sin área de referencia.
- Fuentes de información secundarias, que deben citarse en la bibliografía y describirse de forma básica. Al margen de otros documentos citados, las principales son:
 - La Población Andaluza ante las drogas XV, referida a la población de 12 a 64 años residente en Andalucía.
 - El estudio ESTUDES cuya descripción es incorrecta, fueron 531 centros educativo con una muestra válida final de 22.321 alumnos.
 - Sistema de información del Plan Andaluz sobre drogas y adicciones (SIPASDA). e [Informe de Admisiones y Readmisiones a Tratamiento 2022](#) . Debiendo aclararse que los datos de esta fuente proceden de personas que son atendidas en la red de adicciones y por tanto pueden darse datos de frecuencias relativas pero no de prevalencia.

Fuentes adicionales de información que pensamos que merecerían ser consultadas:

- [Evaluación III Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones \(https://www.sipasda.info/pasda/Docs/Evaluacion III PASDA.pdf\)](https://www.sipasda.info/pasda/Docs/Evaluacion%20III%20PASDA.pdf)
- Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_Monografia_Alcohol_consumos_y_consecuencias.pdf
- [Encuesta EDADES de 2023 del Plan Nacional sobre Droga. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf)

Los datos de consumo de drogas se aportan de forma dispersa y un tanto confusa. Ayudaría hacer alguna estrategia de agrupamiento de datos, señalando el ámbito territorial (España / Andalucía), acotamientos de edad lo más semejantes posible (¿La población de varones jóvenes abarca de los 21 a 24 años o de 16 a 34?) y sexo, de acuerdo con cada fuente, por tipo de consumo.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

En el caso del estudio ESTUDES sus resultados se transcriben de forma que a veces inducen al equívoco, por ejemplo decir que la prevalencia de consumo de alcohol fue de 70,5% hace pensar en un consumo mantenido, cuando el informe dice: “el 70,5% de los jóvenes ha consumido alcohol en el último año y el 53,6% durante el último mes - en España), confirmando en ambos casos un descenso en comparación con la anterior edición de la encuesta”. El dato del consumo de tabaco del 26,8% es correcto pero debe decirse que es en los 12 meses anteriores y pertenece al año 2014, existiendo datos posteriores - en Andalucía.

Los señalamientos de las mujeres como protagonistas de adicciones hacen pensar que convendría analizar también esos datos con perspectiva de género. De esta forma quizás podríamos entender lo que quieren decir en el fondo varios párrafos, particularmente este: *Se señala también como una importante variable mediadora en las adicciones en mujeres el fenómeno de la violencia de género en tanto que de la totalidad de las mujeres atendidas a nivel nacional en 2019 como víctimas de violencia de género, el 56% había sufrido maltrato en la pareja y un 32% violencia sexual.*

Un ejemplo más de cita que desorienta, el informe dice: *las mujeres destacan por un consumo más tardío que los hombres: donde casi el 40% lleva más de 10 años consumiendo...*, que decir lo que dice el informe original: *las mujeres destacan por un consumo más tardío, donde casi el 40% lleva más de 10 años consumiendo.* Y debería decirse que esto es lo que ocurre en la población atendida en la red UNAD.

En todo momento los señalamientos de los grupos focales son valiosísimos, ejemplos que destacamos:

- Se necesitan *más profesionales*, de manera que una vez que se ha dado el primer paso (consultar), no pasen meses hasta que les atienda el o la profesional.
- Se podría *mejorar la ubicación de los centros y el horario de atención* para favorecer que las personas que trabajan puedan ser atendidas en horario de tarde.
- También se considera que el *tiempo de espera para las Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH) es elevado, así como el de ingreso en una Comunidad Terapéutica que suele estar entre cinco y seis meses.*

Pero en todo momento parece que “son los profesionales los que dicen”. La redacción no permite pensar que el informe asuma sin dudas la realidad de esas afirmaciones cuando este diagnóstico lo que debería hacer es aportar informaciones que corroboren y complementen lo que dicen las personas encuestadas. Por ejemplo:

- ¿en qué medida dejan de asistir las personas que piden cita en relación con el aumento del tiempo de demora?



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- ¿qué opinan las personas que usan los recursos sobre su ubicación? ¿no podría aportarse un mapa con la localización de los recursos?

- ¿Cuanto es el tiempo de espera en las UDH? ¿Cual es la demora media para cada Comunidad Terapéutica?

Dar datos por dar datos sin una orientación sobre su relevancia, sus orígenes, sus condicionantes, los ensayos de solución, o al menos su comparación con otros espacios u otros tiempos hace que el lector tenga una gran dificultad para valorar su importancia.

“La edad media de inicio de consumo de tabaco y alcohol es de 14 años, y si se observa el primer contacto con cannabis, la media se sitúa en 15 años, consolidando la tendencia de los últimos años al inicio de esta sustancia cada vez más temprano”.

La mayor diferencia entre chicos y chicas en el consumo dentro del periodo temporal de “alguna vez en la vida” se produce en los hipnosedantes con o sin receta, donde alrededor de 1 de cada 4 chicas tomaron en alguna ocasión sustancias de este tipo (frente a 1,5 de cada 10 entre los chicos)

etc, etc, etc

Especialmente importante es que las personas que conocen la situación, que es de suponer que son las que hace este diagnóstico, sopesen los datos, así: ¿tiene alguna relevancia descriptiva que en el Indicador de Intervenciones Psicoeducativas conste que *en 2022 se realizaron un total de 369 intervenciones psicoeducativas, de las que 254 (68,8%) fueron destinatarios hombres y 115 (31,2%) mujeres. La mayoría de las demandas eran consecuencia del consumo de cannabis (67,8%), seguidas de conductas comportamentales diferentes al juego patológico (14,4%) y por alcohol (7%).? Nada de esto tiene relevancia a menos que una persona experta pueda poner esa información en valor (se atienden pocas personas jóvenes, se atienden muchas, con esas intervenciones fue suficiente, fue insuficiente....)*

Dejamos de comentar la mayor parte de los datos de adicciones de tipo epidemiológico, en parte por su inconsistencia pero sobre todo porque:

1) carecen de valoración complementaria sobre su importancia; lo básico es que se traduzca la importancia de cada tipo de adicción, lo cual puede hacerse de muchas formas, la más habitual es la de su repercusión sobre la salud en términos de muertes directas, relación con accidentes, morbilidad, años libres de discapacidad, relación con trastornos mentales... también por repercusión social, de la introducción ilegal o de las conductas delictivas de las personas que consumen. Un ejemplo de cita con todo su valor: el alcohol produjo anualmente 15.489 muertes durante el periodo 2010-2017, el 74% en hombres y el 55,7% prematuras (antes de los 75 años) (6).



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

2) no están orientados hacia las soluciones. ¿Cuántas personas jóvenes han solicitado atención en la “red de adicciones” en un año, cuántas se mantienen, cuántas son altas, cuantas vuelven a consultar, en qué plazo, etc, etc?.

Sí, indudablemente, seguimos valorando la voz de quienes responden vía cuestionario o vía grupo focal:

- la necesidad de realizar prevención primaria y trabajar con las familias
- mejorar la dotación económica- agilizar la gestión de las **subvenciones** para poder trabajar
- mejorar la coordinación institucional entre los distintos actores implicados en este ámbito
- existen múltiples actores trabajando (en la prevención), pero sin la organización y la coordinación que se necesitaría
- una importante debilidad que afecta a la continuidad de las actuaciones en prevención es la inestabilidad laboral de los y las profesionales que trabajan en este ámbito
- trabajar en prevención ambiental sería una manera de prevenir problemas de salud mental y de favorecer el bienestar general de la población.
- trabajar con los centros educativos y con servicios sociales comunitarios - trabajar en la prevención de adicciones comportamentales a edades tempranas - conveniencia de intervenir con las familias desde modelos de parentalidad positiva.
- trabajar en el consumo de ansiolíticos
- ... y muchas otras afirmaciones, preocupaciones y valoraciones que se presentan en el documento a las que sin duda habrá que responder pero cuya priorización necesitará de reflexiones basadas en información muy específica y concreta

Sobre las actuaciones en instituciones penitenciarias debe recordarse que existen acuerdos institucionales de organización de la atención de las personas encarceladas

.....

El estigma social vinculado a la adicción está presente en todos los discursos, faltan campañas de sensibilización social contra el estigma y formación específica dirigida a profesionales.

.....



Necesidad de formación y actualización constante para poder dar respuesta a los nuevos escenarios especialmente a las adicciones comportamentales

.....

También el grupo focal de patología dual expresa algo de lo que falta en este informe: *el importante desconocimiento (mutuo) entre las redes de adicciones y salud mental en aspectos como servicios, centros, recursos o formas de trabajo*

2.3 CONFLUENCIA SALUD MENTAL Y ADICCIONES

El grupo de trabajo que ha realizado el presente diagnóstico debería haber recibido también información por parte de quienes van a redactar el Plan. De esta forma podrían haber dirigido el estudio de este apartado de forma adaptada al futuro que se busca:

A) Los servicios asistenciales van a confluír en una única red. Habría que investigar a fondo barreras y facilitadores, un amplio estudio y unas preguntas muy concretas a profesionales, hombres y mujeres, de ambas “redes”.

B) Los servicios asistenciales van a seguir cada uno por su lado. Habría que investigar a fondo qué ha impedido hasta ahora la acción coordinada y qué recursos habría que dedicar para establecer el “puente”

Sin esta orientación se debilita el valor del resto de la información recogida, que sí que sabemos que los y las profesionales nos pueden repetir en cualquier momento, todas y cada una:

- *que entre los servicios de salud mental y adicciones no exista esa integración demandada por los y las profesionales, es una limitación detectada como muy importante de cara a la atención que se presta a las personas con patología dual.*
- *La carencia de una respuesta integral en una red de servicios integrada, con profesionales con formación, funciones, espacios y sistemas de información comunes y que trabaje desde la promoción a la reducción de daños.*
- *La falta de una autoridad común que impulse las medidas de coordinación previas establecidas en la espera de esa integración.*
- *La falta de recursos específicos o de refuerzo en la atención comunitaria para atender casos de mayor complejidad.*



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- *La necesidad de trabajar con las familias y las personas afectadas para participar en su propio proceso, fomentando el movimiento asociativo, la reivindicación, la lucha contra el especial estigma de estas personas y en el apoyo mutuo.*
-

2.4 PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS REDES DE SALUD MENTAL Y ADICCIONES

Se aportan datos crudos sin referencias poblacionales ni espaciales, hay diferencias por sexo, las mujeres tienen más tentativas de suicidio y consumen más psicofármacos, parece que se nos habla de igualar números.

La macroencuesta debería ser citada y sus datos expuestos correctamente, por ejemplo el dato correcto es: del total de mujeres de 16 o más años residentes en España, el 21,5% ha sufrido violencia física a lo largo de la vida por parte de cualquier persona, los datos de las consecuencias de la violencia por alguna pareja sí son correctos.

El dato sobre las mujeres con TMG es correcto dicho tal y como el estudio original lo dice: Alrededor del 80% de las mujeres con TMG que han estado emparejadas en algún momento de su vida han sufrido violencia procedente de la pareja.

Se sugiere que todo el informe sea elaborado con la colaboración de personas expertas en estudios de género o al menos esta sección lo sea.

Cuestiones a destacar:

- esas personas participantes en los grupos focales que identifican:
 - una falta de acceso de mujeres víctimas de violencia de género y problemas de salud mental a los dispositivos de violencia de género, como pisos de emergencias.
 - Se observa que las viviendas de emergencia no admiten a mujeres con problemas de salud mental y/o adicciones mientras en el ámbito de los servicios de salud mental, hay una escasez de plazas disponibles. ¿hay plazas para estas situaciones? Sería la pregunta
- El acceso a recursos de FAISEM es mayoritariamente de hombres siendo necesario analizar con más profundidad, y con enfoque de género, el por qué.
- Los hombres son también los principales usuarios de los servicios de la red de adicciones.
- la ruptura con la familia de origen es más frecuente en mujeres.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- las mujeres presentan situaciones laborales más precarias que los hombres, pese a disponer de mayor nivel de formación.
- La dificultad para las mujeres de acudir a los recursos, así como a la dificultad de los propios recursos a dar una respuesta diferenciada desde esta perspectiva.
- La necesidad de trabajar con perspectiva de género para poder dar respuesta a las distintas pautas de adicción observadas entre chicos y chicas, hombres y mujeres; tanto en adicciones con sustancia como en adicciones comportamentales enfatizando la importancia de conocer los entornos y las circunstancias de ambos sexos mediante investigaciones que complementen la información que ofrecen los datos epidemiológicos.

El estudio “Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: Conocimiento, expectativas y propuestas de intervención” (7) tiene contenidos que podrían ser muy útiles, más allá de limitarse a citar que: “En cuanto a las tasas de éxito y adherencia terapéutica en mujeres, estas son similares a las de los hombres, aunque se produce un mayor porcentaje de abandonos”, afirmaciones no hemos podido corroborar.

Tampoco es correcto decir las cosas así: “Igualmente, los datos de la última Macroencuesta de violencia contra la mujer señalan que las mujeres víctimas de violencia de género para afrontar los episodios de violencia a los que son sometidas, han consumido fundamentalmente hipnosedantes y alcohol” cuando el informe de la Macroencuesta dice otra cosa.

3. SOBRE LAS CONCLUSIONES Y SÍNTESIS

Las conclusiones no pueden ser precisas viendo lo que hemos estado viendo. De hecho este informe diagnóstico debería consistir en el resumen y las recomendaciones de un buen número de estudios diferenciados: la encuesta, sus métodos y sus resultados, los grupos focales sus métodos y sus resultados, los datos de tipo epidemiológico incluyendo incidencias, prevalencias, mortalidad y morbilidad, la descripción de los recursos, la aportación de los estudios secundarios, los estudios centrados en poblaciones específicas por ejemplo niños y niñas, personas con trastornos mentales graves, análisis de las insuficiencias reconocidas de ambos sistemas, etc.

Vemos que se vuelve a decir lo mismo, de forma resumida. Al menos hay un cierto tono de adherencia a lo que las y los profesionales expresan en la síntesis. Pero no se trata de repetir lo que se ha recogido, se trata de darles un orden de prioridad a las conclusiones, también a las recomendaciones que deberían de haberse hecho.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

Sí que hay temas que está bien que se repitan una y otra vez:

- Recuperar y apostar por el modelo comunitario de intervención y tratamiento que contempla la salud mental de una manera holística e integrada en el medio en el que habitan las personas.
- Dar continuidad a los tratamientos, tanto en tiempo como en forma, facilitando que cada persona tenga continuidad en la atención con lo/as mismo/as profesionales de referencia.
- Facilitar el acceso a psicoterapia y reducir así las opciones farmacológicas.
- Humanizar las unidades de hospitalización,
- Mejorar la insuficiente y limitada coordinación existente entre ambas redes
- Mejorar la coordinación con otros ámbitos y administraciones tales como Servicios Sociales Comunitarios, Administración de Justicia, Empleo, etc. Tener en cuenta los determinantes sociales en la salud y cómo variables tales como el nivel de renta, de estudios, etc. se relacionan con la aparición de problemas de salud mental y/o de adicción
- Primar la prevención especialmente en salud mental donde no está concebida como un área en sí misma y reforzar las intervenciones (por ejemplo, las de carácter ambiental y universal) que pueden tener también un impacto positivo en la salud mental de la población joven.
- Considerar las adicciones comportamentales como un problema importante
- Combatir las dificultades de acceso que presentan las mujeres
- Cuidar más todo el proceso de inserción social y laboral, así como disponer de una atención integral a todo su proceso
- Incluir la perspectiva de género en las actuaciones e intervenciones que se realicen
- Intervenir sobre el estigma
- Apoya los proyectos de investigación con un componente más social y menos biomédico.
- Hacer fácil la formación en nuevas demandas en alza y situaciones complejas
- Estabilizar las plantillas y contar con dotaciones de profesionales suficientes en todos los ámbitos de atención.



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

Con todavía alguna redacción desafortunada en esta sección como decir que “la perspectiva y análisis desde el ámbito de la salud mental Infanto-Juvenil no difiere en gran medida de la descrita para población adulta” (“... aunque por su ámbito de actuación tiene requerimientos específicos tales como la necesidad más notoria de trabajar con familiares, la de coordinación con el entorno educativo y la de disponer de espacios propios, por citar algunos ejemplos”). La perspectiva podría ser semejante: modelo biopsicosocial y acción comunitaria, pero el análisis requeriría profundizar en las muchas y variadas especificidades de la atención, prevención y recuperación de la salud mental infanto-juvenil.

Y la claridad de las personas participantes en no dejar de mencionar las dificultades de cara a la integración/coordinación de ambas redes, por ejemplo: las relativas a la gestión de profesionales vinculados a distintas estructuras y administraciones además de las que se derivan de la necesidad de crear toda una arquitectura (sistemas de información, protocolos, procesos asistenciales, etc.) que permita tal integración, al tiempo que se señalan las ventajas que esto supondría especialmente para las personas a las que desde ambas redes se atiende.

Sirva esto último de ejemplo de nuevo de que un diagnóstico de situación no debe quedarse en recoger problemas y propuestas, debe analizar a fondo los recursos, el contexto normativo y social, las barreras, las idiosincrasias, los éxitos y fracasos de intentos previos de mejora de forma que sepan todas las personas todo lo que se debería hacer para mejorar y en qué orden se van a hacer los cambios, siempre costosos.

4. Y ALGO MÁS SOBRE LAS AUSENCIAS

A lo largo del documento se han ido señalando ausencias, más bien insuficiencias, sobre cuestiones concretas, pero la lectura del Informe preliminar lleva a echar de menos también importantes bloques temáticos

4.1 FALTA SITUARSE EN EL CONTEXTO.

Existe alta preocupación en todo el país, en la Unión Europea y en todo el mundo acerca de la salud mental, particularmente la de los jóvenes y niños y niñas ¿qué tal una sección dedicada a recoger lo que ya se ha valorado y lo que se ya recomienda en los ámbitos de los que formamos parte? Por mencionar algunas disposiciones y propuestas a las que estaría bien unirse porque pueden indicar, y quizás abrir, el camino hacia soluciones:



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

- OMS - Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>

- WHO European framework for action on mental health 2021–2025. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345167/71rs05e-MentalHealth-211013.pdf>)

- Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic And Social Committee and the Committee of the Regions on a comprehensive approach to mental health (https://health.ec.europa.eu/document/download/cef45b6d-a871-44d5-9d62-3cecc47eda89_en?filename=com_2023_298_1_act_en.pdf)

- Comité Institucional de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026. (https://www.sanidad.gob.es/bibliotecaPub/repositorio/libros/29236_estrategia_de_salud_mental_de_l_Sistema_Nacional_de_Salud_2022-2026.pdf). Realizada bajo un amplio consenso de instituciones y organizaciones profesionales y aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 2 de diciembre de 2021

- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2022), Informe Europeo sobre Drogas 2022: Tendencias y novedades, Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/14644/20222419_TDAT22001ESN_PDF.pdf

4.2 FALTAN VOCES, FALTA CONTAR CON TODAS Y CON TODOS

Conocer la opinión de las y los profesionales de los servicios de salud mental y de la red de adicciones es un gran paso y de hecho este informe es valioso porque recoge sus voces. Sin embargo hay más actores en el ámbito de la salud mental cuyas opiniones deberíamos conocer como grupo, por ejemplo las de las personas que trabajan en las comunidades terapéuticas de adicciones, las que trabajan en los recursos residenciales de FAISEM, las trabajadoras sociales de salud mental, centros de salud y servicios sociales comunitarios, las de familiares asociados y no asociados, las terapeutas ocupacionales, las y los profesionales de los Centros de Atención Temprana, ¡los y las profesionales de los Equipos de Tratamiento Familiar!... distintas y necesarias



visiones. Particularmente importante es conocer lo que piensan los y las profesionales de la Atención Primaria de Salud, sin su participación no solucionaremos nada ¿va a ser el Plan el que diga qué va a hacerse en Atención Primaria?. También es importante el consenso de las organizaciones profesionales o al menos dar a conocer sus puntos de vista.

Las voces de las personas que usan los servicios y sus familiares están claramente infra-representadas en este informe diagnóstico, cuando deberían ser protagonistas principales.

Y sin que nos olvidemos de la participación de las ciudadanas y los ciudadanos en general de Andalucía. La Convención Ciudadana sobre la salud mental de la Comunidad Valenciana, nos parece un magnífico ejemplo a seguir⁶

4.3 FALTA EVALUAR LO HECHO

Al menos las iniciativas tomadas en años recientes, ese programa de atención al suicido, el de reducción de consumo de benzodiazepinas, o el proyecto piloto de la incorporación de profesionales de la psicología a la Atención Primaria de Salud ¿qué frutos han dado?

¿Qué inversiones especificadas por áreas se han hecho en recursos en los 5 años más recientes?
¿Cómo ha aumentado la inversión en la atención a la salud mental y a las adicciones en estos años?

Y por supuesto ¿qué líneas de trabajo viene siguiendo el Programa de Salud Mental que merece la pena continuar?

4.4 FALTA EL FUTURO, LAS PROYECCIONES, MIRAR HACIA ADELANTE CON LO QUE SABEMOS DEL PRESENTE Y DEL PASADO

Siendo obvio que las líneas de futuro las indicará el PESMA-A una vez diseñado, también debería serlo que cualquier proyecto de cambio debe conocer lo que se propone y documentarlo con los correspondientes cálculos proyectivos. Un ejemplo, se repite que se necesitan más profesionales, que el reto es conseguir la *adecuación de las ratios de profesionales de salud mental a los estándares españoles y europeos de forma que se pueda prestar una asistencia de calidad*. Pues bien por cada tipo de profesional ¿que cantidad anual se considera posible contratar para alcanzar el estándar español en n años?

Aplíquese esto a cada reto y tendremos un plan sólido.

6 <https://comissionatsalutmental.gva.es/es/>



El documento preliminar podría al menos describir los pasos siguientes en la construcción del proyecto. Existiendo consultas con los sectores interesados, ¿cómo se van a integrar las modificaciones que se admitan? ¿Habrá una segunda ronda de consultas? Etc, etc

4.5 FALTA HABLAR DE LA FORMACIÓN DE MIR, PIR y EIR

Las personas en formación tienen sus planes preestablecidos pero cada centro acreditado puede facilitar o no formación complementaria y cabe pensar que un Plan Estratégico de Salud Mental puede orientar las líneas de la formación y facilitar el acceso a cursos y titulaciones expertas. Sabemos que la industria farmacéutica se mantiene cercana a las personas en formación para cuidar sus intereses. No interesa a la Consejería de Salud la formación, por ejemplo, en terapia grupal o en acompañamiento terapéutico? ¿Se quiere o no alcanzar el objetivo de una atención comunitaria y centrada en la recuperación global de las personas, integrando una visión social y basada en las evidencias disponibles?

Convendría saber qué currículum alcanzan las personas que se forman por la vía de la residencia. Por cierto, los datos existen.

4.6 FALTA LLAMAR A LAS COSAS POR SU NOMBRE

Los recursos de salud mental deberían denominarse de atención a los trastornos mentales en tanto sea verdad que no se realizan actividades de auténtica prevención primaria. Se trata de un eufemismo más, que quizás tenga alguna relación con el estigma que genera tener un trastorno mental.

La red de adicciones no es tal red, los y las profesionales hacen lo que pueden para trabajar en red, pero han dicho reiteradamente que no hay suficiente coordinación.

El uso del término recuperación termina pareciendo equivalente a curación, por la forma de redacción, lo cual es diferente a lo que plantea el modelo de recuperación.

Las barreras importantes deben nombrarse, pareciera que ni la integración de los servicios de trastornos mentales con los de adicciones ni la coordinación entre ambos tuvieran barreras muy difíciles de solucionar. Las hay. Un ejemplo: la incorporación al SSPA de profesionales ajenos.

Llamar a las cosas por su nombre significa decir que la salud mental depende de todas las personas de una comunidad, que existe un conflicto de grandes dimensiones entre la cantidad de personas que se atienden y la calidad de la atención que se puede prestar a las personas que más necesitan una atención especializada, que se está dirigiendo hacia la psicologización – psiquiatrización – medicalización a personas que lo que necesitan es apoyo, apoyo de su entorno social y de los



Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de Sevilla

recursos sociales institucionales. Esto aparece en el informe dicho de otra forma por los y las profesionales. Mejor decirlo bien claro.

Y definirse sobre lo que se va a incentivar. Las personas que han participado en las encuestas y los grupos se muestran claramente interesadas en abordajes más cercanos a quienes más necesitan ayuda y en una perspectiva que tiene en cuenta los determinantes sociales. ¿Es esta la perspectiva que va a asumir el PESMA-A o se van a seguir buscando “soluciones técnicas rápidas” para la demanda creciente que se está incentivando desde la política, los medios de comunicación y algunos grupos de interés?.



BIBLIOGRAFÍA. CITAS ADICIONALES DE DOCUMENTOS

1. Rus Molina T, Crespo Facorro B, Vázquez F. Cáceres M, Prado M, Millán A, Fonta F, López Pardo A, Ballesta R, Alonso-Trujillo F, y grupo PESMA-A. Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (2024-2028) – Informe preliminar. Ed. Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía. SEVILLA - ESPAÑA. Septiembre de 2023. DOI: (pendiente)
2. González Saiz, F. (2023), Modelos de organización de servicios para el tratamiento integrado de los trastornos mentales y las adicciones: elementos para una propuesta en Andalucía. Repositorio institucional de la Universidad de Cádiz. <http://hdl.handle.net/10498/28211>
3. Martín-López JE, Aguilera-Cobos L, Rosario-Lozano MP, Blasco-Amaro JA. Terapia con estimulación magnética transcraneal repetitiva en trastorno depresivo mayor refractario: eficacia y seguridad. Sevilla: Madrid: AETSA, Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; Ministerio de Sanidad; 2023.
4. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06
5. Gil-García, E., Cáceres-Matos, R., Núñez-Claudel, B., Gálvez-Zambrano, A., Vázquez-Santiago, S., Cabrera-León, A., & Romo-Avilés, U. (2020). Consumo de psicofármacos en Andalucía. Un análisis de la Encuesta Andaluza de Salud desde la perspectiva de género. *Revista Española de Drogodependencias*, 45((1) April), 52–68.
6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Monografía alcohol 2021. Consumo y consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2021.
7. Equipo de trabajo de la Escuela Andaluza de Salud Pública, Gracia Maroto Navarro (coord.) Perspectiva de género en el tratamiento de las drogodependencias en Andalucía: Conocimiento, expectativas y propuestas de intervención. 2015. Accesible en: https://juntadeandalucia.es/export/drupaljda/informe_genero_drogas_4_dic_2015.pdf