



REENCUENTROS

INFORME SOBRE LA SALUD MENTAL DE ANDALUCÍA

ASOCIACIÓN ANDALUZA DE PROFESIONALES DE SALUD MENTAL –

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA

JUNTA DIRECTIVA

ÍNDICE

0. Presentación.
1. Análisis de situación.
 - 1.1. El modelo de Atención Comunitaria a la Salud Mental.
 - 1.2. Morbilidad y asistencia en los Servicios de Salud Mental de Andalucía.
 - 1.3. La morbilidad atendida en los Servicios de Salud Mental de Andalucía.
 - 1.4. Fundación Andaluza para la integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM).
 - 1.5. Las adicciones en nuestra Comunidad Autónoma.
 - 1.6. Los recursos humanos, infraestructuras y condiciones de trabajo.
 - 1.7. La salud mental y su integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.
2. Conclusiones.
3. Nuestra propuesta de mejora y desarrollo de la atención a la salud mental en Andalucía para los próximos años.
 - 3.1. Sobre la organización de los servicios.
 - 3.2. Cartera de servicios.
 - 3.2.1. Programa de Salud Mental en la Atención Primaria.
 - 3.2.2. Programa de Salud Mental de Atención Especializada.
 - 3.2.2.1. Programa de atención a la Infancia y Adolescencia.
 - 3.2.2.2. Programa de atención a los Trastornos ADS y otros relacionados.
 - 3.2.2.3. Programa de Tratamiento Intensivos Comunitarios para: TMG, T de Personalidad graves y TCA en todo el territorio de la Comunidad Autónoma.
 - 3.2.2.4. Programas de Enlace.
 - 3.2.2.5. Programas de cooperación.
 - 3.3. Recursos humanos.
 - 3.4. Infraestructura y equipamientos.
 - 3.5. Atención a las adicciones.
4. Conclusiones finales

0. PRESENTACIÓN.

La Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental es la organización autonómica en nuestra Comunidad de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.

Esta asociación tiene un objetivo fundamentalmente científico, formativo, y de reflexión y debate sobre la salud mental y su atención. Como elementos diferenciadores de otras destacamos las siguientes características. En primer lugar, tiene una composición multiprofesional, la integran psiquiatras, psicólogos y psicólogos clínicos, enfermeras y enfermeras especialistas en salud mental, trabajadores sociales, terapeutas y monitores ocupacionales y otros profesionales interesados en la salud mental. Esta característica es derivada del modo en el que esta asociación entiende la atención a la salud mental. Siempre, y más hoy en día es imposible dar una respuesta de calidad en la atención sanitaria y sociosanitaria de las personas con problemas mentales, si no es a través de la acción interdisciplinar y el trabajo derivado de una red multiprofesional conformada que ponga en acción diferentes áreas de conocimiento e instituciones. Y, en segundo lugar, y desde sus inicios a nivel estatal en los años veinte del siglo pasado, siempre mantuvo la preocupación por que la atención prestada a las personas que lo requieren tenga garantizada, además de una calidad científica óptima, un respeto a sus derechos básicos, con especial cuidado cuando se trata del uso de medidas coercitivas.

Estas premisas llevan a apoyar un modelo de desarrollo de los servicios de atención a la salud mental, por otra parte, predominante en aquellas zonas del mundo de mayor desarrollo sanitario y sociosanitario por sus niveles de eficacia y eficiencia, que tiene como ejes llevar a cabo una atención cercana a la ciudadanía, intensa en los seguimientos y cuidados, incluir una atención interdisciplinar y coordinada de los recursos que precisa, como requiere la complejidad de la situación de gran número de las personas afectadas y con un objetivo: que la mayor parte de las necesidades asistenciales existentes puedan resolverse a través de acciones ambulatorias y domiciliarias. Sólo cuando sea necesaria, debe haber una atención hospitalaria, lo más breve posible, salvo aquellas situaciones que deban ser más prologadas por su complejidad, y siempre deben estar orientadas a la recuperación. Una asistencia de estas características exige no sólo poner a la persona en el centro de la atención sino hacerla copartícipe y protagonista de su proceso

de tratamiento y por tanto de la toma de decisiones. Para que estos principios sean posibles, es precisa la existencia de unos servicios sanitarios y sociosanitarios potentes, con una forma de funcionamiento basada en un modelo Comunitario de atención a la salud, donde la salud mental sea una parte integrante del sistema sociosanitario y donde haya desaparecido la histórica estigmatización de los servicios de salud mental, estigma que recae sobre sus profesionales y, sobre todo, sobre las personas con problemas de salud mental.

Por este motivo, desde los primeros movimientos transformadores de la atención a la salud mental en nuestro país profesionales de esta asociación han estado comprometidos en diferentes niveles en los que se estaba llevando a cabo ese proceso. Con su presencia en Comités de expertos para la transformación de los servicios de salud mental, bien liderando desde lugares de gestión el desarrollo del proceso de transformación y su consolidación o siendo referentes en el ámbito clínico de buenas prácticas basadas en la evidencia científica y en principios éticos. En suma, comprometidos en el día a día con un cambio histórico de las formas de atención a los problemas de salud mental que definitivamente deje atrás la estigmatización y marginación de formas ya superadas por los conocimientos y los recursos de los nuevos tiempos. Así ha sido también en nuestra Asociación autonómica, desde sus inicios a finales de los años setenta del siglo XX. Sus socios han participado de manera activa en todo el proceso de transformación de los servicios de salud mental de Andalucía desempeñando en numerosas ocasiones responsabilidades y/o liderazgo clínico u organizativo a lo largo de estos años.

Presentamos este informe como resumen y resultado de estos años de trabajo. Trabajo compartido, en primer lugar, con los miembros de la Junta Directiva, en segundo lugar, con otros profesionales, miembros de la Asociación, con quienes hemos compartido tareas y reflexiones y, en tercer lugar, al contacto con otros profesionales cercanos al quehacer en salud mental, en instituciones y asociaciones, así como con familiares y con usuarios.

1. ANÁLISIS DE SITUACIÓN.

1.1. El modelo de Atención Comunitaria a la Salud Mental.

En estos últimos tiempos se escucha en algunos ambientes relacionados con la salud mental la necesidad de hacer un replanteamiento de la situación actual de la atención a la salud mental. Como resumen de este planteamiento se explicita la necesidad de hacer “la reforma de la reforma”. Sin embargo, quienes así se pronuncian no hacen una clara exposición sobre lo que significa este cambio. Por los contextos en los que se origina esta intención, se pueden deducir la existencia de dos posiciones bien opuestas.

La primera, plantea una “reforma de la reforma” entendida como vuelta a planteamientos y organizaciones anteriores, desde nuestro punto de vista superados. Es un posicionamiento que propone retomar actitudes “paternalistas” y “proteccionistas”, en especial con aquellas personas que presentan problemas de salud mental más graves y complejos. Se insiste desde esta perspectiva en la necesidad de incrementar los recursos de carácter hospitalario y asilar. Se proyecta pues un modelo de servicios menos preocupado por el desarrollo de intervenciones y programas dirigidos a la recuperación de un proyecto vital que faciliten a las personas la autonomía e integración en el conjunto de la sociedad. Desde el punto de vista de la organización de los servicios, esta visión opta por unos servicios fragmentados, distribuidos según colectivos de pacientes concretos atendiendo a demandas sociales o grupos de presión, y así, en sus solicitudes al desarrollo de los servicios de salud mental se plantean una proliferación de dispositivos específicos por patologías o por competencias exclusivas de profesionales. Están más centradas en criterios de mercado de oferta y demanda que en criterios epidemiológicos y clínicos. En la base de los que plantean esta opción hay una manera de entender la psicopatología de las personas en la que predomina la visión biologicista, clasificadora y meramente descriptiva del comportamiento humano y sin un convencimiento y reconocimiento de la capacidad de recuperación y del protagonismo de las personas afectadas como participantes activos en la toma de decisiones en su proceso de tratamiento. Pensamos que, en realidad, es un modelo de desesperanza hacia la capacidad de recuperación

de las personas afectadas y hacia la competencia de los y las profesionales, para ayudarlos y acompañarlos en esa recuperación.

La segunda, por el contrario, propone la anulación de todo tipo de etiquetas diagnósticas hasta llegar al posicionamiento de negar la existencia de trastornos mentales, entendiéndolos sólo como otras maneras de estar, o de ser diversos, que no requieren por tanto ninguna atención sanitaria. Tienen pues una actitud antitratamiento, tanto farmacológico como psicológico, y en caso de necesitar alguna forma de atención, esta debe estar basada en un apoyo mutuo entre iguales. No hay por tanto propuestas en lo que se refiere a qué recursos, servicios, dispositivos, etc., deben desarrollarse para una atención a estas personas. Desde nuestro punto de vista, se podría definir como el modelo del negacionismo de la enfermedad mental.

Nuestra Asociación, por el contrario, se reafirma en la necesidad de persistir y continuar en el desarrollo de un modelo comunitario de atención a la salud. Decimos “de atención a la salud”, y no sólo de atención a la salud mental, porque entendemos que la salud mental debe estar totalmente integrada en la forma y los medios de atención a la salud en general. Además, una atención Comunitaria a la salud lo es cuando está centrada en la persona y su contexto. La persona está constituida por un organismo biológico, pero al mismo tiempo es un sujeto de pensamientos y afectos que desarrolla un proyecto vital, muy determinado además por sus condicionantes sociales. Atender pues la salud, desde lo preventivo a lo rehabilitador, implica tenerla en cuenta como una totalidad a la que se debe sostener y recuperar, cuando se ve afectada su capacidad para mantener un proyecto de vida en todas sus dimensiones, física, mental, relacional, laboral y social. Por tanto, una atención comunitaria a la salud incluye la salud mental. Los servicios de salud mental son la parte de los servicios de salud que llevan a cabo intervenciones específicas y especializadas para las personas que lo requieren y que la evidencia científica recomienda, para contribuir a mejorar su capacidad de autonomía y realizar un proyecto vital del que son protagonistas y dueños. Un planteamiento de esta índole lleva en la base una concepción de la psicopatología en la que predomina una visión humanista de la personas y que tiene en cuenta para entender sus dificultades y las manifestaciones de su comportamiento, su historia, sus relaciones, sus conflictos, sus determinantes sociales, siendo el organismo el soporte de todos esos procesos, y en donde sus circunstancias

contextuales, sociales, económicas, determinan conjuntamente un particular desarrollo personal a tener en cuenta en la comprensión de su situación y la planificación de su atención.

Como consecuencia, por lo que se refiere a los servicios de atención a la salud mental, se exige, en primer lugar, unos servicios de Atención Primaria potentes, con suficientes recursos y competencias, para poder atender lo más cercano a la población sus necesidades de salud, incluidas las de su salud mental. En segundo lugar, son imprescindibles unos servicios especializados en salud mental con los recursos necesarios para poder llevar a cabo las intervenciones especializadas precisas para una atención de calidad. Esta atención de calidad debe garantizar, primero, el desarrollo de una atención comunitaria, ambulatoria y domiciliaria, suficiente que incluya: una colaboración próxima e intensa con la Atención Primaria, para el apoyo y mantenimiento de la atención a la salud mental que a esta le corresponde llevar a cabo, y facilitar la cooperación en los casos compartidos, especialmente de las personas afectadas por trastornos mentales graves; segundo, la prestación de una atención especializada a toda la población que le corresponde, desde los menores a los mayores, desde los trastornos de menor complejidad a los de más, tanto de forma ambulatoria como en aquellos lugares en los que estas personas desarrollan su vida, domicilio, recursos sociales, ámbitos escolares, laborales, etc.; incluyendo, para aquellos casos que lo requieran y de forma temporal, y lo más breve posible, la hospitalización para las situaciones de crisis o de tratamientos intensivos orientados a la recuperación. Como característica general de todos los recursos especializados se debería tener en cuenta como principio la equidad y la accesibilidad, de manera que, los ciudadanos pudieran beneficiarse de todas las posibilidades de atención, en función de las necesidades de cada momento. Por ello, y dado que nuestra tecnología de intervención especializada no requiere de especial aparataje, sino que va ligada a la acción de los profesionales, deben potenciarse fundamentalmente aquellos dispositivos, en cantidad y calidad suficiente que garantice estas acciones, con flexibilidad para adaptarse al terreno y en función de las necesidades epidemiológicas y clínicas.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, estaríamos en consonancia con una propuesta de reforma que se desarrolla en muchos sistemas sanitarios del mundo en base a una “triple meta”: mejorar la salud, mejorar los cuidados, a menor coste. La razón de estas metas se basa en los siguientes motivos:

“todos (los servicios de salud) presentan deficiente coordinación en el cuidado de los pacientes, se contrata actividad y no valor (resultados), en todos el 5 % de la población consume cerca del 50 % del gasto, se enfrentan a retos de prevención, calidad y seguridad de los pacientes, el cuidado de los pacientes crónicos es fragmentado y sin continuidad, existe una elevada tasa de hospitalizaciones y rehospitalizaciones que podrían reducirse y todos tienen un componente social, económico, cultural (habría que añadir mental). Hay que puntualizar que esto ocurre en muchos países, tanto si la inversión en salud es de 8 % o del 17 %”¹. Como consecuencia y para ir caminando en esa dirección, la propuesta de futuro implica: integrar los cuidados, enfocarlos con visión poblacional (epidemiológica), adoptar una línea explícita en favor del empoderamiento de los pacientes e implicar a los profesionales sanitarios en una gestión eficiente y efectiva. Por tanto, este enfoque supone un desarrollo y profundización en la atención comunitaria de la salud al incentivar la colaboración transversal entre los diversos servicios, fortalecer la atención primaria, mejorar la coordinación con los servicios sociales, educativos, desarrollando más prestaciones fuera de los hospitales. Este planteamiento supone un cambio de cultura dirigido a reducir el uso inapropiado de los servicios, prevenir la medicalización innecesaria y el consumismo sanitario, mejorar la educación sanitaria y la promoción de la salud, entrenar la auto-gestión en el cuidado de procesos crónicos, poner el foco en el valor producido (resultado) no en la actividad, fomentar la atención domiciliaria (presencial y teleasistencia), mejorar los sistemas de información, aumentar la transparencia y participación ciudadana, e invertir en investigación clínico-epidemiológica.

Trasladar estas premisas al campo de la salud mental supone mantenerse en el cambio de paradigma puesto en marcha, que va desde una atención marginadora a las personas con trastornos mentales (como denunciaba Goffman² respecto de los manicomios, como “lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente”), a otra manera de afrontarlos en la que, parafraseando lo anterior: “la atención se lleva a cabo

¹ Implementando la triple meta. Lecciones desde el ámbito directivo. Rafael Bengoa, Patricia Arratibel. Deusto Business School Health, Universidad de Deusto. Papeles de economía española, N.º 142, 2014. ISSN: 0210-9107. «La triple meta para el futuro de la sanidad»

² Goffman, E. Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Amorrortu editores. Sexta reimpresión. 1998.

en el lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos integrados como ciudadanos de igual condición, a lo largo de la vida, comparten una rutina diaria, autoadministrada”. Para poder llegar a esta meta debemos partir de tener en cuenta que los trastornos mentales son patología de larga duración y requieren de una larga y mantenida atención sanitaria para su “curación”, que además no elimina la recaída. Su inicio en la infancia y la adolescencia, sobre todo de los más graves, repercute de manera importante en el proceso de lograr una autonomía e independencia adecuadas y necesitan por tanto de una importante contribución de otros sectores sociales para la recuperación del proyecto vital. Requieren pues de apoyos extrasanitarios, lo que se entiende por soporte intersectorial, que se precisan para ayudar: a la familia, al proceso educativo, a la incorporación al proceso productivo y a la integración social.

Para un modelo de Salud (Mental) Comunitaria se necesita pues un enfoque de salud pública y epidemiológico, respeto por los Derechos Humanos, por lo que no vale cualquier posición ética, y contar con otros sectores para lograr los objetivos de recuperación. Lo sanitario sólo atiende una parte. La atención debe transcurrir sobre una red construida entre los servicios públicos y otros recursos de la comunidad. Por lo tanto, la base de este modelo deben ser los servicios públicos pues son los que únicamente garantizan la universalidad, la accesibilidad y la equidad. Las personas de la comunidad, bien individualmente o en forma asociativa, deben participar y colaborar, pero siempre de manera complementaria. Y para todo ello, es necesario recuperar un modelo de trabajo cooperativo y complementario entre servicios, profesionales y ciudadanos. Hay que dejar de estar “enredados” y pasar a “trabajar en red”, abandonar las rigideces de las Instituciones de Servicios Públicos, evitar la burocratización en las actuaciones, abandonar las rigideces de los estamentos y profesiones, evitando un corporativismo que impide la complementariedad, así como Incorporar la ciudadanía a través de los Movimientos Asociativos (MMAA) y los recursos naturales de la Comunidad.

Se exige pues un modelo de trabajo cooperativo. Para ello hay que tejer una red de recursos que facilite esta forma de trabajo complementario. Integrar conocimientos, habilidades y experiencias para una mejor comprensión de lo que acontece en el caso compartido y atender a sus necesidades, mediante la elaboración del plan de actuación que tenemos que construir entre todos (protagonistas y “enredados”). Entre otras

razones porque la demanda es variada, exige una respuesta dinámica, y donde no es posible la no-relación entre niveles de asistencia. La disyuntiva en la respuesta está en optar entre el azar-caos o establecer reglas para la colaboración; teniendo en cuenta además que, en lo mental, y para la implementación de sus acciones se dispone de una herramienta específica: la intervención psicológica; que no es otra que la acción sobre los procesos de comunicación. Para todo ello, se requiere, como recurso, profesionales, espacio, tiempo, comunicaciones, y un apoyo institucional que favorezca la cohesión de los equipos y gestión eficiente que evite la ley de cuidados inversos. Todo ello, pegado al terreno, la calle, la comunidad, de manera que, se evite la “institucionalización” y potencie los recursos naturales: familia, barrio, escuela, ...

Como resumen. El trabajo en red necesario hay que entenderlo como un espacio interpersonal, interdisciplinario e intersectorial, integrado por personas concretas, para afrontar problemas concretos, en un lugar y un tiempo concretos: lo realizan personas para y con personas. El trabajo en red es el desarrollo del modelo comunitario. De manera que, la “reforma” del modelo comunitario exige MÁS ATENCIÓN COMUNITARIA. El trabajo en red: trata, cuida, ayuda, acompaña para permitir desarrollar un proyecto vital. Su objetivo es “para la vida” pues “la vida no tiene tratamiento”. Al decir de Thornicroft y Tamsella y a tener en cuenta para la planificación de los servicios de salud mental: “no existe un patrón de los servicios que pueda ser catalogado como el ‘mejor’, sino un equilibrio entre sus componentes que tengan un ‘grado de ajuste’ a las circunstancias locales razonable...”. En ningún lugar existe una escala ‘correcta’ de provisión, sino sólo estimaciones basadas en la mejor información disponible”³. Cumplir con esta afirmación sólo lo hace posible ese desarrollo del trabajo en red. Es el modelo que defiende la AAPSM-AEN: **la profundización en el modelo Comunitario de Atención a la Salud, mediante el trabajo en red entre servicios sanitarios y no sanitarios, con respeto a los DDHH e incluyendo la aportación del movimiento asociativo y de la comunidad en su conjunta.**

³ Thornicroft G, Tamsella M. La mejora de la atención de salud mental. Colección Estudios nº 54. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría; 2014.

1.2. Morbilidad y asistencia en los servicios de salud mental de Andalucía.

Por usar datos de nuestro entorno, la carga de enfermedad, expresada en años de vida ajustados por discapacidad, colocan a los problemas de salud mental en el cuarto lugar, con un 10 %, detrás de las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema circulatorio y los tumores. En mujeres, la carga de enfermedad correspondiente a los trastornos mentales y del comportamiento ocupa el segundo lugar⁴.

Otros elementos sociales y epidemiológicos que se destacan en el IV Plan Andaluz de Salud y que están relacionados con la salud mental son:

- incremento de la necesidad de cuidados de larga duración;
- mayor atención en las personas cuidadoras familiares, soporte principal de estos cuidados;
- especial atención a infancia, juventud y personas mayores, por su riesgo de exclusión;
- incremento de los diagnósticos de ansiedad y depresión e incremento del consumo de antidepresivos y tranquilizantes, especialmente entre las mujeres.

Por otra parte, de diferentes fuentes se conoce el dato epidemiológico que estima que en torno a un 25% de la población sufre un trastorno mental a lo largo de su vida.

La tasa de suicidios en Andalucía es de 9,24 x 100.000 habitantes (2020), por encima de la media estatal, 7, 92⁵. Si desde 2013 se venía observando una cierta disminución, aunque siempre por encima de la media estatal, ha experimentado un incremento de más de un punto en el año de la pandemia, según datos de la Fundación Española para la Prevención del Suicidio. El avance de su Observatorio elevaba por encima de 4.000 el número de suicidios en el Estado en 2021⁶.

Otro dato global llamativo es el nivel de prescripción-consumo de psicofármacos. Si bien en el grupo de los antipsicóticos permanece estable, los grupos de tranquilizantes-ansiolíticos y antidepresivos se han

⁴ IV Plan Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales, 2013.

⁵ Fundación española para la prevención del suicidio. Observatorio 2020. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2020/>

⁶ Fundación española para la prevención del suicidio. Observatorio 2021. <https://www.fsme.es/observatorio-del-suicidio-2021/>

incrementado en un número considerable, según se incluía en el análisis del PISMA III (siguiente tabla)⁷. Sin embargo, estos datos se han visto superados en los últimos años como se puede apreciar en lo recogido en la Memoria estadística de la Consejería de Salud y Consumo de 2022, donde figura el aumento en consumo de estos fármacos con respecto a años anteriores en línea ascendente, en especial tras el año de la pandemia y sobre todo en antidepresivos e hipnóticos y sedantes. Con sesgo importante de consumo en una proporción entre mujeres y hombres de 2,5 a 1⁸.

Consumo de fármacos en Andalucía. Total de envases. SSPA, 2008-2013			
	2008	2013	% Var. 08-13
<i>Ansiolíticos</i>	8.924.423	9.966.098	11,67
<i>Derivados benzodiazepinas</i>	1.642.129	2.091.856	27,39
<i>Fármacos relacionados benzodiazepinas</i>	783.648	792.594	1,14
<i>Otros hipnóticos y sedantes</i>	124.413	87.389	-29,76
<i>Antidepresivos</i>	4.252.334	5.517.977	29,76
<i>Psicolépticos / psicoanalépticos (comb.)</i>	219.637	0	-100,00
<i>Antipsicóticos</i>	1.860.695	1.877.692	0,91
<i>Litio</i>	41.920	40.947	-2,32
Total	17.849.199	20.374.553	14,15

Fuente: Servicio de Asistencia Farmacéutica del Servicio Andaluz de Salud.

Siempre nos encontramos con un problema de carácter epidemiológico y clínico respecto a cuantas personas son atendidas en nuestra Comunidad Autónoma, al menos en el ámbito de Sistema Sanitario Público Andaluz (en adelante SSPA), y sobre todo por lo que se refiere a las personas atendidas en Atención Primaria. Su sistema de información no nos ofrece datos con las suficientes garantías para este conocimiento. Por tanto, no podemos saber más allá de lo que los estudios puntuales, tanto nacionales como internacionales⁹, nos dicen y es que en torno a 25-30 % de las personas que acuden a este nivel sanitario lo hacen expresando un malestar mental.

⁷ Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Consejería de Salud, 2016

⁸ Memoria estadística de la Consejería de Salud y Consumo

https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/temas/est/tema_salud.htm

⁹ Sirvan de referencia y apoyo de esta afirmación los datos contenidos en varios estudios, algunos ya clásicos como el de Golberg D. y Huxley P. (Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care. Tavistock Publications. London, 1980) o el estudio ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators. (Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of mental disorders (ESEMeD Proje)t) Acta Psychiatr Scand 2004; 109 (Suppl. 420). Recuperamos también el análisis y reflexión sobre la salud mental en la atención primaria contenidos en "Trastornos Mentales Comunes:

Para analizar la morbilidad atendida en las distintas unidades de Salud Mental del SSPA hemos tomado datos de los Boletines anuales de indicadores que elabora el Programa de Salud Mental y de los Informes anuales que elabora la EASP a partir de los datos de Diraya, y que se distribuye posteriormente por los servicios para su análisis y evaluación.

Para simplificar, escogemos estos dos años; 2010, año con suficiente consolidación de la instauración de Diraya y citaweb y, por tanto, con suficiente garantía de la generalización de su uso correcto y 2018, último boletín elaborado.

Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC).

El total de dispositivos de este tipo existente en nuestra Comunidad Autónoma es de 78, En ellos, el número de primeras consultas por las derivaciones de Atención Primaria e Interconsultas hospitalarias que se realiza van desde las 149.982 en 2010, a 158.570 en 2018, un incremento del 5,42 %. Y el total de consultas sucesivas es de 918.658 en 2010, mientras es de 1.097.014 en 2018, lo que supone un incremento de 16,26 %. Esto implica un incremento en el conjunto de la actividad asistencial del 17,50 % en 2018 respecto de la existente en 2010. Como podrá apreciarse por lo datos ofrecidos a continuación, el incremento experimentado queda especialmente contenido en estos dispositivos ya que, salvo en el caso de las USMIJ donde también aumentan el número primeras consultas y sucesivas, en el resto de los dispositivos de la red de salud mental mantiene su actividad, o incluso alguno disminuye el número de pacientes que atiende. Quiere esto decir que es sobre estos dos dispositivos, USMC y USMIJ, sobre los que recaen el incremento habido. Adelantamos, además, como especificaremos con detalle más adelante, que en estos años no han variado prácticamente la dotación de profesionales de estas unidades asistenciales.

En nuestro interés de completar los datos ofrecidos y actualizarlos al máximo posible, ya que los boletines elaborados por el Programa de Salud Mental no se realizan desde 2018, encontramos en la página web del Servicio Andaluz de Salud en su apartado de datos estadísticos y asistenciales los correspondientes a 2020 y 2021, añadidos a los de 2017 y siguientes, el dato sobre el número de Primeras consultas y sucesivas de

manual de orientación”, ponencia al Congreso de la Asociación Española de Neuropsiquiatría de 2009, coordinada por A. Retolaza.

2017 y 2018 no coinciden con los comentados, por lo que tampoco pensamos que los correspondientes a los años 2020 y 2021 lo son. Este hecho pone de relieve algo que venimos constatando reiterativamente y que pone de manifiesto la necesidad de construir un Sistema de Información de datos e indicadores fiable y coherente que pueda servirnos de referencia para un análisis correcto epidemiológico, clínico y asistencial sobre incidencia, prevalencia y calidades de la asistencia de la salud mental de la población¹⁰.

Hay que tener en cuenta, además, que las USMC llevan a cabo la atención a cualquier tipo de demanda que requiere intervención especializada de evaluación, diagnóstico y tratamiento de toda la población. Atiende pues desde la población de menores a mayores, desde la atención a trastornos leves de salud mental y los graves y complejos; hemos de tener en cuenta además el largo tiempo de tratamiento que precisan, especialmente aquellos casos moderados y graves. En ellos, la prevalencia de personas atendidas en estos dispositivos es alta y muchos van a estar necesitados de esta atención durante muchos años. Se precisan pues de otros dispositivos de apoyo para realizar, aunque sea temporalmente tratamientos intensivos, bien sea bajo estructuras hospitalarias, Unidades de Hospitalización de Salud Mental en los Hospitales Generales y Comunidades Terapéuticas, o ambulatorias, como las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil, Hospitales de Día Y Unidades de Rehabilitación. Así, y siguiendo la misma fuente:

Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ).

En nuestro SSPA existen un total de 14 dispositivos de este tipo. Los datos de los dos años que estamos comparando nos da el siguiente resultado:

	Primeras Consultas	Consultas Sucesivas	Total de Consultas	Personas atendidas	Consultas / persona / año
2010	9.121	133.671	142.792	18.427	7,75
2018	9.767	134.354	144.121	21.923	6,57

Se incrementan las primeras consultas y sucesivas, y por tanto la población atendida, y como consecuencia, al contar con el mismo número de profesionales, hay una disminución de las consultas por persona y año, lo que probablemente hace que disminuya la calidad que se les oferta. A

¹⁰ <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/archivo-estadisticas/salud-mental-1>

señalar además que estos dispositivos atienden y/o supervisan la hospitalización completa de quienes lo requieren.

Hospital de Día de Salud Mental (HDSM), Unidad de Rehabilitación de Salud Mental (URSM) y Comunidad Terapéutica de Salud Mental (CTSM).

En nuestra Comunidad Autónoma hay 16 Hospitales de Día, 9 Unidades de Rehabilitación y 15 Comunidades Terapéuticas. Los datos posibles de comparar en estos dispositivos según los boletines de referencia se limitan al número de pacientes atendidos en cada uno:

Pacientes atendidos en el año		Plazas	2010	2018
Hospital de Día		340	1.536	1.456
Unidad de Rehabilitación		270	1.945	1.187
Comunidad Terapéutica	Programa de Día	375	577	453
Comunidad Terapéutica	Hospital. Completa	246	360	350

Sí existen en 2018 datos relativos a la actividad asistencial en estos dispositivos, aún con escaso desarrollo y garantía.

Unidades de Hospitalización de Salud Mental (UHSM).

En total en nuestra Comunidad Autónoma existen 20 unidades de este tipo, con un total de 535 camas. Los datos de altas hospitalarias en estos dispositivos de corta estancia son los siguientes:

	Altas anuales	Estancia Media	Índice de ocupación	Tasa de ingreso x 10.000 hab. BDU
2010	10268	15,76	79,07 %	12,7
2018	10482	14,54	78,62	12,4

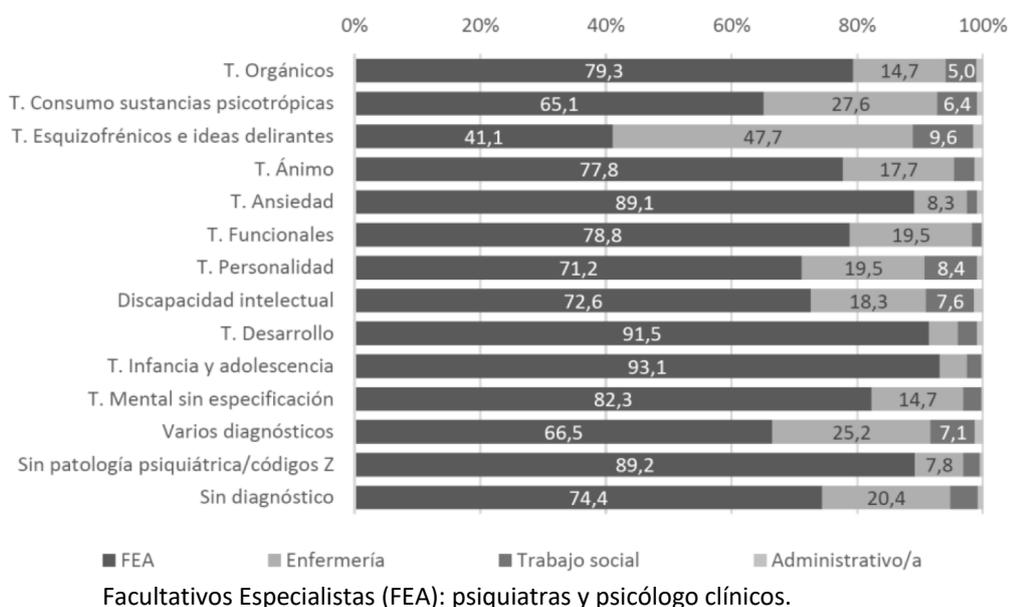
Hay pues un leve incremento de los datos de ingresos, la disminución de la estancia media y el nivel de ocupación. La tasa de ingresos disminuye también algo ya que está en relación con el incremento de la población en esos años.

1.3. Morbilidad atendida en los Servicios de Salud Mental.

Nos limitaremos en este informe a comentar los datos más recientes, 2018. Así en las USMC:

CIE-10-ES	Grupo diagnóstico	Número	Tasa por 100.000 h.
F00-F09	T. Orgánicos	2.043	25
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	1.544	19
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	17.010	206
F30-F39	T. Ánimo	26.812	325
F40-F49	T. Ansiedad	56.840	690
F50-F59	T. Funcionales	1.075	13
F60-F69	T. Personalidad	5.552	67
F70-F79	Discapacidad intelectual	1.909	23
F80-F89	T. Desarrollo	1.926	23
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	5.291	64
F99	T. Mental sin especificación	1.463	18
Varios diagnósticos		21.791	264
Sin patología psiquiátrica/códigos Z		8.120	99
Sin diagnóstico		59.728	725
Total		211.104	2.561

Llama la atención el alto número de personas que aparecen en el apartado de Sin diagnóstico. El motivo, según la fuente, se debe a la instauración de un nuevo método de codificación diagnóstica. Por esto, valorar estos datos hay que hacerlo con prudencia y provisionalidad. Se aprecia que el grupo más numeroso es el de los trastornos de ansiedad y del ánimo, con una tasa de algo más de 1.000 personas por 100.000 hab. y los trastornos más complejos y que requieren mayor intensidad en la atención, T. Esquizofrénicos, T. Delirantes y T. de Personalidad alcanzan la tasa de unas 300 personas por 100.000. Por otra parte, la atención en las USMC a los diferentes tipos de trastornos se reparte de la siguiente manera entre los distintos profesionales de salud mental:



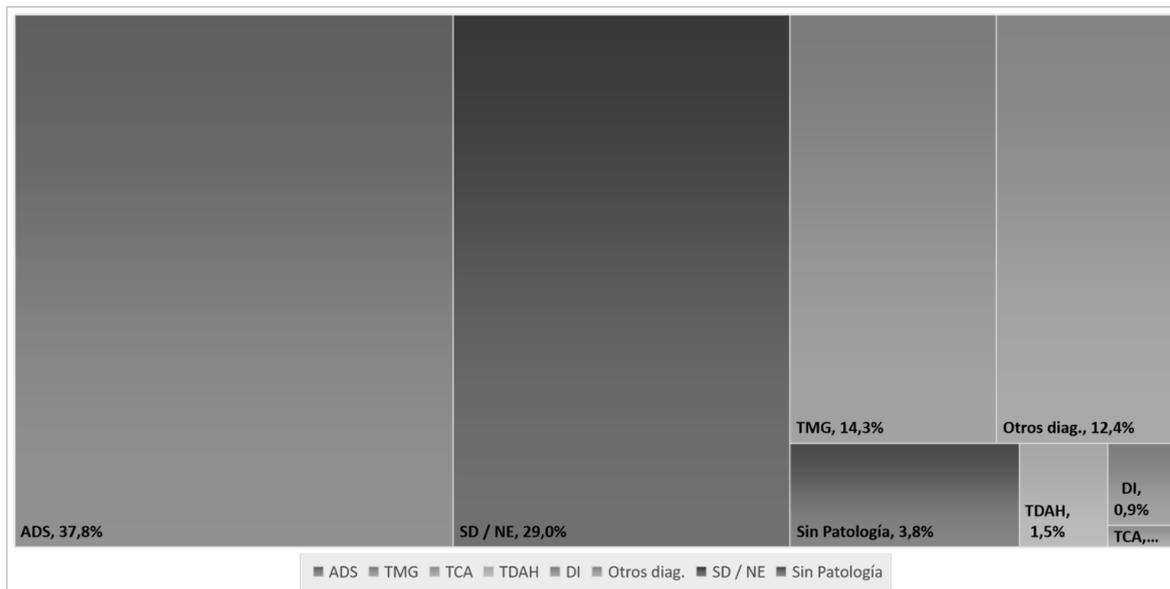
Distribución de menores atendidos en USMIJ y USMC (Tasa x 100.000):

CIE-10-ES	Grupo diagnóstico	USMIJ		USMC	
		Número	Tasa	Número	Tasa
F00-F09	T. Orgánicos	14	1	59	4
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	8	1	46	3
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	52	3	49	3
F30-F39	T. Ánimo	90	6	223	14
F40-F49	T. Ansiedad	881	57	3.228	208
F50-F59	T. Funcionales	213	14	266	17
F60-F69	T. Personalidad	120	8	370	24
F70-F79	Discapacidad intelectual	209	13	312	20
F80-F89	T. Desarrollo	2.965	191	1.383	89
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	3.555	229	4.650	300
F99	T. Mental sin especificación	376	24	532	34
Varios diagnósticos		1.927	124	1.325	85
Sin patología psiquiátrica/códigos Z		514	33	2.909	187
Sin diagnóstico		5.427	349	12.175	784
Total		16.351	1.053	27.527	1.772

El grupo de T. de la Infancia y Adolescencia se distribuye de la manera siguiente:

% TRASTORNOS	USMIJ	USMC
TDAH	57,9	41,6
Comportamiento Disocial y Emociones	11,1	13,2
Emociones de comienzo en Infancia	5,02	14,9
Varios diagnósticos	12,7	5,8
Otros trastornos	10,1	19,2

De modo resumido, según el tipo de trastorno, y de manera proporcional a sus porcentajes en las USMC, estas son las personas atendidas:



El grupo de Otros diagnósticos incluye: TOC, T. funcionales, excepto TCA, T. de inicio en la Infancia, excepto TDAH, T. del Desarrollo, A destacar el apartado de los Sin Diagnóstico y No Especificado (SD/NE) con un número importante de pacientes, lo que nos impide hacer un análisis más riguroso.

En las UHSM la distribución de los pacientes atendidos por diagnóstico es la siguiente:

TRASTORNOS	%
T. Orgánico	1,4
T. Consumo de sustancias	5,5
T. Esquizofrénicos y T. Delirantes	36,2
T. del Ánimo	22,7
T. Ansiedad	6,9
T. Funcionales	0,5
T. Personalidad	11,3
Discapacidad Intelectual	1,4
T. del Desarrollo	0,5
T. Adolescencia	2,1
T. sin especificar	0,1
Sin patología / Códigos Z	3,2
Sin diagnóstico	8,2

En las URSM: T. Esquizofrénicos y T. Delirantes (69,6 %), los T. del Ánimo (10,9 %)¹¹, los T. de Personalidad (9,6 %) y T. de Ansiedad (6,4 %).

En HDSM: T Esquizofrénicos y Delirantes (40,6 %), T. del Ánimo (18,7 %), T. de Personalidad (21,5 %) y T. de Ansiedad y Funcionales (13,8 %).

Por último, en la Comunidades Terapéutica, esta es la composición:

CIE-10-ES	Grupo diagnóstico	Número	%
F00-F09	T. Orgánicos	3	0,3%
F10-F19	T. Consumo sustancias psicotrópicas	16	1,6%
F20-F29	T. Esquizofrénicos e ideas delirantes	729	73,4%
F30-F39	T. Ánimo	120	12,1%
F40-F49	T. Ansiedad	20	2,0%
F50-F59	T. Funcionales	2	0,2%
F60-F69	T. Personalidad	70	7,1%
F70-F79	Discapacidad intelectual	2	0,2%
F80-F89	T. Desarrollo	0	0,0%
F90-F98	T. Infancia y adolescencia	3	0,3%
F99	T. Mental sin especificación	1	0,1%
Varios diagnósticos		27	2,7%
Sin diagnóstico		0	0,0%
Total		993	100,0%

¹¹ Este grupo diagnóstico incluye fundamentalmente a personas con T. Bipolar.

1.4. Fundación Andaluza para la Integración de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM).

Puesta en marcha en 1994, viene siendo el soporte social a personas con Trastorno Mental Grave en tres dimensiones: la residencial, la ocupacional-laboral y la de actividades de ocio y tiempo libre. Desarrolla estos diferentes programas, y en los últimos años, alguno en colaboración con el Movimiento Asociativo de usuarios y de familiares (MMAA) a través de conciertos. Comparamos los datos, sobre sus prestaciones, de 2019 y 2022^{12, 13}:

Memoria 2019

	Nº de Dispositivos	Nº de Plazas	Tasas x 100mil hab.	% HOMBRES	% MUJERES
Programa RESIDENCIAL					
Casas-Hogar	57	987	11,70	64,8	35,2
Viviendas Supervisadas	191	728	8,60	72,3	27,7
Plazas en Residencias Generales		28	0,33	73	27
Atención Domiciliaria		235	2,8	62	38
		1.978	23,5	67	33
Programa de EMPLEO					
Empresas Sociales*	9	450	5,34	60,00	40,00
Servicios de Orientación y Apoyo	8	3217	38,23	63,28	36,72
		3667	43,58		
Programa SOPORTE DIURNO					
Actividades Ocupacionales	74	2.010	23,88	69,50	30,50
Centros de Día	30	1.240	14,73	67,60	32,40
Clubes Sociales	47	2.270	23,62	69,40	30,60
Programa de Vacaciones		254	3,03	70,00	30,00
		5.774	65,41		
Programas ESPECIFICOS					
Atención a Personas Sin Hogar		194	1,71	65,00	35,00
Atención a Población Penitenciaria		166	1,29	99,53	0,47
Programa de APOYO A INSTITUCIONES TUTELARES					
Entidades tutelares		2.340	25,73	49,70	50,30

* Trabajadores/as con enfermedad mental.

¹² Memoria 2019. Fundación Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.

¹³ Memoria 2022. Fundación Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental.

Memoria 2022

	N.º de Dispositivos	N.º de Plazas	Tasas x 100mil hab.	% HOMBRES	% MUJERES
Programa Residencial					
Casas-Hogar	57	955	11,20	63,50	35,5
Viviendas Supervisadas	176	655	7,60	72,00	28
Plazas en Residencias Generales		20	0,22	73,00	27
Atención Domiciliaria y ETIC		537	6,29	63,60	36,4
		2.167	25,31	58,27	31,72
Programa de Empleo					
Empresas sociales*	2	636	7,48	60,00	40,00
Servicios de orientación y apoyo	8	3.677	43,26	62,53	37,50
	10	4.313			
Programa de Día					
Centros de Día	27	1.160	13,60	64,60	35,40
Centros Sociales	55	1.346	15,80	73,20	26,80
	82	2.506	29,40		
Programas Específicos					
Atención a Personas Sin Hogar		118	1,39	78,00	40,00
Atención a Población Penitenciaria		25	0,29	25,00	-
		143	1,68		
Colaboración Fundaciones Apoyo	8	2.426	28,54	52,00	48,00

*Trabajadores/as con enfermedad mental

Como puede observarse, la actividad de los diferentes programas se ha visto paralizada, cuando no disminuida, de manera significativa. Esta afirmación se sustenta en una drástica disminución del presupuesto desde 49.111.800,89€, en 2010, a 39.421.224,34€ en el último ejercicio de 2022. A continuación, analizamos de forma pormenorizada los datos de los diferentes programas comparando 2019 y 2022, años pre y postpandemia. Entre paréntesis figuran las tasas por cien mil habitantes.

En el Programa Residencial no se ha incrementado el número de Casas-Hogar y las plazas han disminuido de 987 (11,70) a 955 (11,20). Las viviendas supervisadas también han disminuido significativamente en número, pasando de 191 a 176 y consecuentemente en plazas, de 728 (8,60) a 655 (7,60). La atención domiciliaria, en cambio, se ha visto incrementada notablemente, de 235 (2,8) a 537 (6,29), si bien hay que señalar que este aumento se debe a la puesta en funcionamiento de los ETIC cuyo esfuerzo se debe principalmente al PISMA.

En lo referente al Programa de Empleo, las empresas sociales – que han experimentado un proceso de integración en una sola (UNEI), salvo Jaén- han incrementado las plazas para trabajadores con enfermedad mental de

450 (5,34) a 636 (7,48), cuestión que celebramos, si bien hay que oponer que, para la inclusión, se ha sustituido de forma gradual el concepto TMG por el de discapacidad psíquica. En consecuencia, pueden acceder a este programa personas con trastornos mentales leves-moderados en detrimento de aquéllas que padecen trastornos con mayor discapacidad y que necesitan más de él. A lo que hay que añadir la inclusión de otras discapacidades diferentes a la psíquica, como la intelectual, física o sensorial, pues la normativa que regula la clasificación de los CEE no discrimina la causa de discapacidad, sino que exige de forma general un 70% de plantilla con discapacidad superior al 30%¹⁴, con lo que se diluye la inserción laboral específica de personas con TMG en las empresas sociales. La inserción laboral en el mercado ordinario siempre ha resultado confusa en los datos suministrados en las diferentes memorias. En nuestra comparación, hasta el 2019 se han recogido el N.º de contratos habidos (863 en 2018, 852 en 2019), pero no las personas contratadas en este ámbito. Llama la atención que en la memoria de 2022 sí aparece el dato (609), pero consideramos que es un error pues forma parte del sumatorio de los demás ítems de N.º de contratos (UNEI, CEE, Empleo Público) que hacen un total de 1512. Todos estos datos pueden apreciarse en las siguientes tablas correspondientes a las memorias ya mencionadas de los años 2019 y 2022.

2019

Provincias	Personas atendidas empleo*	Personas contratadas	Mercado Ordinario	N.º de contratos			
				En UNEI	Centros Especiales de Empleo	Empleo Público	TOTAL
ALMERÍA	332	88	67	8	44	17	136
CÁDIZ	435	53	24	43	12	3	82
CÓRDOBA	338	106	54	37	84	16	191
GRANADA	573	129	105	69	53	24	251
HUELVA	382	109	99	14	25	39	177
JAÉN	448	119	109	36	26	52	223
MÁLAGA	560	144	88	27	168	21	304
SEVILLA	609	84	63	27	50	8	148
TOTALES	3.677	832	609	261	462	180	1.512

¹⁴ ORDEN de 20 de octubre de 2010, por la que se regula el procedimiento de calificación e inscripción de los Centros Especiales de Empleo y se establecen las bases reguladoras de la concesión de incentivos para Centros Especiales de Empleo regulados en el Decreto 149/2005, de 14 de junio.

2022

Provincias	Personas atendidas empleo	Personas contratadas	En Empresas Sociales	Nº de contratos		TOTAL
				En otros C.E.E.	Mercado General	
ALMERÍA	312	79	60	14	68	142
CÁDIZ	396	122	48	59	92	199
CÓRDOBA	337	118	68	101	71	240
GRANADA	514	111	45	68	100	213
HUELVA	338	117	51	57	244	352
JAÉN	305	83	27	22	81	130
MÁLAGA	536	168	61	120	132	313
SEVILLA	479	123	54	64	64	182
TOTALES	3217	921	414	505	852	1771

Sea como fuera, el Nº total de personas contratadas ha disminuido en el periodo de 921 (950 en 2018) a 832. Hemos incluido algún dato de 2018 para hacer más ostensible la tendencia decreciente.

Para terminar el apartado del empleo de las personas con TMG, nos parece indispensable hablar de Formación Profesional. Es obvio que no habrá inserción laboral de calidad sin formación. Y esta evidencia, válida para cualquier persona, lo es más si cabe para la persona que sufre un TMG pues a su carga de enfermedad se suma el estrés del afrontamiento de una tarea sin una cualificación adecuada. La Formación Profesional para el Empleo (FPE) fue un pilar de FAISEM hasta 2014, siendo este el último año con un expediente de FPE digno de tal denominación. Las competencias de convocatoria de ayudas cambiaron de Consejería y hasta 2016 no hubo nueva convocatoria para el desarrollo de estas actividades en 2017. En 2018 hubo un tímido rescate con un total de 120 alumnos en limpieza y jardinería y 2535 horas totales de FPE para toda Andalucía, cifras que prácticamente se mantienen en 2019, si bien con ligero descenso en las horas impartidas (2360 horas) y que decrecen en 2022 con 90 alumnos y 1520 horas y careciendo además de FPE las provincias de Almería, Cádiz y Córdoba. Habría que añadir, por otra parte, la carencia absoluta de formación en salud mental de los directivos de las empresas de UNEI, de un lado y la completa falta de cultura de integración laboral en los profesionales de los servicios de Salud Mental, de otro. Por lo que es frecuente que fracase la

integración o bien que no se encuentren los perfiles adecuados tanto de las personas como de los puestos de trabajo.

El programa que ha sufrido un mayor recorte es el de Soporte Diurno. Hasta su nombre se ha cambiado por el de Centro de Día, cuestión que no es baladí, pues la denominación “soporte diurno” implicaba un concepto heterogéneo e integrador de actividades ocupacionales, lúdicas, culturales, deportivas, etc. conectadas y adaptadas, además, con servicios normalizados de la comunidad local para contrarrestar así la tendencia institucionalizadora y asistencialista que suele ser frecuente en este tipo de actividades. Pues bien, han desaparecido 74 talleres ocupacionales con 2010 plazas (23,88) que representaban un soporte diurno diverso y que conectaban con la motivación vocacional y, en muchos casos, facilitaba la conexión con el empleo. Toda la actividad ocupacional ha quedado internada y uniformada en los centros de día específicos para personas con TMG, lo que redundaba en la pérdida de integración interpersonal y social en la comunidad. En la misma línea de recortes el resto de actividad cultural, lúdica, deportiva y vacacional ha quedado reducido a manifestaciones testimoniales, de ahí que no se recojan datos en la memoria 2022. Hasta en los clubs sociales, gestionados mayoritariamente por el movimiento asociativo, se ha producido una merma importante de plazas: de 2270 (23,62) a 1346 (15,80) lo que inferimos que tiene que ver con disminución de recursos aportados en los diferentes conciertos.

En cuanto a los Programas Específicos (Atención a Personas sin Hogar y a Población Penitenciaria), hemos de constatar también una disminución significativa de la cobertura de atención a estas personas: de 194 plazas (1,71) se ha pasado a 118 (1,39) en el primer caso y de 166 (1,29) a 25 (0,29) en el segundo. Cifras claramente insuficientes para la atención a personas en riesgo o en situación de exclusión.

En relación con las Fundaciones de Apoyo (antiguas Entidades Tutelares) se ha mantenido más o menos la misma actividad. Pero lo fundamental en este apartado no se ha realizado. Nos referimos a la adaptación de estas entidades a la nueva ley que regula el apoyo a las personas con discapacidad¹⁵. FAISEM, como entidad colaboradora principal en las ocho provincias andaluzas, debería liderar un proceso de adaptación para la

¹⁵ 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.

aplicación de las medidas de apoyo a personas con discapacidad facilitando su toma de decisiones y respetando la voluntad, deseos y preferencias de éstas, tal como recoge el Título XI de dicha ley. Esto implica, además, un incremento de recursos que pueda proporcionar la aplicación de las medidas y revisar las 2426 incapacitaciones acumuladas en diverso grado, según recoge la memoria, para proceder a su adaptación personalizada.

Por último, es de destacar que tradicionalmente FAISEM no ha ofrecido nunca en sus memorias la ratio de profesionales por usuarios en los diferentes programas. Solo números absolutos en plantilla que, por cierto, solo ha aumentado en 66 efectivos en los tres últimos años (solo 3% de personas con discapacidad).

1.5. Las Adicciones en nuestra Comunidad Autónoma.

Con el cambio de Gobierno en la Junta de Andalucía, la atención a las adicciones fue adscrita a la Consejería de Salud y Familia de entonces, hoy Consejería de Salud y Consumo, aunque, después de cinco años, todo se haya reducido al traspaso de competencias en una dirección general unificada, la Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones. Nada ha cambiado respecto de la integración de los servicios, recursos humanos, infraestructuras, etc. Dando lugar a una situación que no permite una valoración de este problema de salud y su atención. Aunque vemos como positivo el paso dado y que, por fin, este problema esté al menos dependiendo de la Consejería de Salud y Consumo.

De la memoria elaborada extraemos la evolución de los últimos años¹⁶:

Personas en tratamiento, admisiones anuales, y tiempo medio en tratamiento				
	Personas en tratamiento	Admisiones	% que representan las admisiones	Media de años
Heroína y/o "rebujaio"	14.308	2.383	16,7%	7,5
Alcohol	12.684	5.276	41,6%	1,8
Cocaína	13.050	5.258	40,3%	1,9
Cannabis	6.051	2.742	45,3%	1,4
Juego Patológico	2.272	961	42,3%	1,8
Otros opiáceos	1.694	326	19,2%	5,3
Tabaco	1.441	635	44,1%	1,1
Hipnosedantes	714	289	40,5%	2,2
Otras adicciones sin sustancia	456	185	40,6%	1,4
MDMA y otros derivados de la fenetilaminas	61	30	49,2%	1,6
Anfetaminas	90	49	54,4%	1,6
Otras sustancias psicoactivas	46	14	30,4%	1,4
Otros estimulantes	72	40	55,6%	0,9
Antidepresivos	8	2	25,0%	10
Alucinógenos	10	8	80,0%	2,1
Sustancias volátiles	4	3	75,0%	2,3
Legal High	6	4	66,7%	0,4
TOTAL	52.967	18.205	34,4%	3,4

¹⁶ Indicador de Admisiones a Tratamiento por abuso o dependencia a sustancias o por adicciones comportamentales en Andalucía. 2022. Consejería de Salud y Consumo

Evolución del porcentaje y nº de admisiones a tratamiento motivadas por las diversas sustancias y adicciones

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Alcohol	5.339 (31,8%)	5.726 (33,5%)	5.520 (30,4%)	6.313 (29,9%)	6.345 (29,9%)	5.942 (28,6%)	6.248 (31,3%)	6.841 (31,6%)	6.586 (29,9%)	6.546 (31,1%)	6.439 (31,0%)	5.962 (30,9%)	5.561 (28,8%)	5.614 (28,1%)	5.698 (27,4%)	3.879 (25,8%)	4.910 (28,5%)	5.276 (29,0%)
Cocaína	3.809 (22,7%)	4.047 (23,7%)	4.563 (25,1%)	5.397 (25,6%)	4.886 (23,0%)	4.574 (22,0%)	4.546 (22,7%)	4.744 (21,9%)	4.886 (22,2%)	4.591 (21,8%)	4.493 (21,6%)	4.446 (23,0%)	5.221 (27,1%)	5.257 (26,4%)	5.826 (28,0%)	4.226 (28,1%)	5.140 (29,8%)	5.258 (28,9%)
Heroína y/o "rebujaos"	4.236 (25,2%)	4.062 (23,8%)	4.240 (23,4%)	4.620 (21,9%)	4.216 (19,9%)	4.031 (19,4%)	2.802 (14,0%)	2.596 (12,0%)	2.423 (11,0%)	2.565 (12,2%)	2.662 (12,8%)	2.853 (14,8%)	2.842 (14,7%)	3.033 (15,2%)	3.051 (14,7%)	2.104 (14,0%)	2.186 (12,7%)	2.383 (13,1%)
Otros opiáceos	221 (1,3%)	249 (1,5%)	265 (1,5%)	266 (1,3%)	275 (1,3%)	282 (1,4%)	306 (1,5%)	312 (1,4%)	329 (1,5%)	312 (1,5%)	323 (1,6%)	452 (2,3%)	400 (2,1%)	454 (2,3%)	477 (2,3%)	280 (1,9%)	307 (1,8%)	326 (1,8%)
Cannabis	1.053 (6,3%)	1.179 (6,9%)	1.414 (7,8%)	1.869 (8,9%)	2.135 (10,1%)	2.641 (12,7%)	3.498 (17,5%)	4.598 (21,3%)	5.236 (23,8%)	4.847 (23,0%)	4.530 (21,8%)	3.306 (17,1%)	2.937 (15,2%)	3.023 (15,2%)	3.109 (14,9%)	2.213 (14,7%)	2.625 (15,2%)	2.742 (15,1%)
Hipnosedantes	135 (0,8%)	148 (0,9%)	203 (1,1%)	220 (1,0%)	218 (1,0%)	269 (1,3%)	275 (1,4%)	349 (1,6%)	366 (1,7%)	403 (1,9%)	346 (1,7%)	361 (1,9%)	320 (1,7%)	321 (1,6%)	289 (1,4%)	218 (1,5%)	254 (1,5%)	289 (1,6%)
Anfetaminas	76 (0,5%)	71 (0,4%)	27 (0,1%)	27 (0,1%)	16 (0,1%)	21 (0,1%)	22 (0,1%)	17 (0,1%)	32 (0,1%)	33 (0,2%)	29 (0,1%)	25 (0,1%)	29 (0,1%)	26 (0,1%)	22 (0,1%)	23 (0,2%)	24 (0,1%)	49 (0,3%)
MDMA	25 (0,1%)	38 (0,2%)	53 (0,3%)	65 (0,3%)	47 (0,2%)	33 (0,2%)	41 (0,2%)	61 (0,3%)	109 (0,5%)	56 (0,3%)	65 (0,3%)	36 (0,2%)	21 (0,1%)	20 (0,1%)	24 (0,1%)	12 (0,1%)	26 (0,2%)	30 (0,2%)
Otras drogas	67 (0,4%)	65 (0,4%)	50 (0,3%)	69 (0,3%)	88 (0,4%)	77 (0,4%)	63 (0,3%)	61 (0,3%)	64 (0,3%)	56 (0,3%)	49 (0,2%)	41 (0,1%)	39 (0,2%)	43 (0,2%)	63 (0,2%)	57 (0,4%)	56 (0,3%)	71 (0,4%)
Tabaco	1.571 (9,4%)	1.244 (7,3%)	1.512 (8,3%)	1.927 (9,1%)	2.143 (10,1%)	1.856 (8,9%)	1.231 (6,2%)	1.109 (5,1%)	1.001 (4,6%)	801 (3,8%)	936 (4,5%)	861 (4,4%)	851 (4,4%)	929 (4,7%)	939 (4,5%)	1.179 (7,9%)	719 (4,2%)	635 (3,5%)
Juego patológico	253 (1,5%)	261 (1,5%)	300 (1,7%)	334 (1,6%)	865 (4,1%)	1.038 (5,0%)	829 (4,1%)	775 (3,6%)	773 (3,5%)	702 (3,3%)	760 (3,7%)	820 (4,2%)	923 (4,8%)	1.083 (5,4%)	1.166 (5,6%)	695 (4,6%)	792 (4,2%)	961 (5,3%)
Otras adicciones sin sustancias* Se inicia registro en 2010						43 (0,2%)	126 (0,6%)	165 (0,8%)	195 (0,9%)	163 (0,8%)	156 (0,8%)	140 (0,9%)	152 (0,8%)	143 (0,7%)	159 (0,8%)	130 (0,9%)	199 (1,2%)	185 (1,0%)
Total FIBATs	16.785	17.090	18.147	21.107	21.234	20.807	19.987	21.628	22.000	21.075	20.788	19.303	19.296	19.946	20.823	15.016	17.238	18.205

Evolución del número y porcentaje de admisiones a tratamiento notificadas por provincia

Provincia	2012 N y % col	2013 N y % col	2014 N y % col	2015 N y % col	2016 N y % col	2017 N y % col	2018 N y % col	2019 N y % col	2020 N y % col	2021 N y % col	2022 N y % col
Almería	1.255	1.329	1.515	1.470	1.339	1.353	1.408	1.481	1.026	1.356	1.400
	5,8%	6,0%	7,2%	7,1%	6,9%	7,0%	7,2%	7,1%	6,8%	7,9%	7,7%
Cádiz	3.631	3.738	3.855	3.741	3.150	3.247	3.308	3.564	2.551	3.046	3.192
	16,8%	17,0%	18,3%	18,0%	16,3%	16,8%	16,6%	17,1%	17,0%	17,7%	17,5%
Córdoba	3.358	3.417	3.144	3.153	2.814	2.837	2.926	3.154	2.277	2.268	2.374
	15,5%	15,5%	14,9%	15,2%	14,6%	14,7%	14,7%	15,1%	15,2%	13,2%	13,0%
Granada	2.684	2.939	2.569	2.366	2.309	1.993	2.242	2.245	1.663	1.945	2.198
	12,4%	13,4%	12,2%	11,4%	12,0%	10,4%	11,2%	10,8%	11,1%	11,3%	12,1%
Huelva	1.454	1.440	1.319	1.382	1.410	1.435	1.466	1.509	1.044	1.101	1.150
	6,7%	6,5%	6,3%	6,6%	7,3%	7,4%	7,3%	7,3%	7,0%	6,4%	6,3%
Jaén	1.736	1.610	1.505	1.718	1.241	1.277	1.321	1.213	822	1.028	1.163
	8,0%	7,3%	7,1%	8,3%	6,4%	6,6%	6,6%	5,8%	5,5%	6,0%	6,4%
Málaga	2.904	2.950	2.783	2.619	2.735	2.656	2.821	2.892	2.219	2.736	2.896
	13,4%	13,4%	13,2%	12,6%	14,2%	13,8%	14,1%	13,9%	14,8%	15,9%	15,9%
Sevilla	4.606	4.577	4.385	4.339	4.305	4.498	4.454	4.765	3.414	3.758	3.832
	21,3%	20,8%	20,8%	20,9%	22,3%	23,3%	22,3%	22,9%	22,6%	21,8%	21,0%
Total Andalucía	21.628	22.000	21.075	20.788	19.303	19.296	19.946	20.823	15.016	17.238	18.205
	100%										

Con carácter general podemos destacar la estabilidad de la incidencia atendida en los últimos años tanto en Andalucía como en cada una de las provincias. Lo que confirma, algo ya varias veces advertido, que el patrón

de consumo y adicciones diversas ha cambiado radicalmente desde el inicio de la organización de servicios de atención a drogodependencias en la segunda mitad de la década de los ochenta. Por entonces, la rapidez de la extensión del consumo de sustancias, principalmente de heroína, provocó una alarma social tan intensa que fue considerado como el principal problema del país, lo que obligó a las distintas administraciones a la puesta en marcha de estructuras específicas para la atención del problema ante la debilidad de los servicios sanitarios públicos de aquel tiempo. El panorama hoy es absolutamente diferente, lo que implica abordar la atención a las adicciones como problema sanitario dentro de la red de atención sanitaria pública enfocándolo, como cualquier otro tema de salud mental, entre la Atención Primaria y los Servicios de Salud Mental, lo que no impediría la existencia de programas específicos dada la experiencia de profesionales de todos estos años.

Por sustancia o tipo de adicción, habría que resaltar la marcada reducción del porcentaje de admisiones a tratamiento por consumo de heroína (de 25,2% en 2005 a 13,1% en 2022); el incremento en referencia a la cocaína de 22,7% a 28,9% en el periodo) y, sobre todo, el observado respecto al consumo de cannabis (del 6,3% al 15,1%). También se observa la tendencia creciente en incidencia atendida a las adicciones sin sustancia. Con todo, en números absolutos, sigue siendo el alcohol el primer tóxico en cuanto a la admisión a tratamiento con 5276 casos atendidos cifra que permanece más o menos estable a lo largo de todos estos años, con algún repunte en los años de crisis económica. En cuanto a la prevalencia atendida se mantiene de forma prioritaria la atención a personas por consumo de heroína, alcohol y cocaína, por este orden, seguidas de lejos por consumo de cannabis, de juego patológico y de otras adicciones sin sustancias. Llama la atención el decremento tanto en incidencia como en prevalencia atendidas del consumo de tabaco, que quizá tenga que ver con la disminución general de su consumo junto a diferentes programas de desintoxicación en el sistema sanitario. Una cuestión aparte, pero que merece una reflexión, es la referente al consumo de hipnosedantes pues se observa un aumento significativo tanto en la incidencia como en prevalencia atendida, aunque las cifras absolutas nos parecen bajas en relación con el consumo de ansiolíticos e hipnóticos en nuestra comunidad que es una de las más altas de Europa. La reflexión también tiene que ver con la prescripción de estas sustancias por el sistema sanitario público

general y por Salud Mental de forma específica. Llama la atención que solo un 5,1% de las personas admitidas a tratamiento en 2022 estén en seguimiento en Salud Mental y que la mayoría sea por consumo de hipnosedantes. Estas son las únicas referencias de la memoria que comentamos relativa a la atención conjunta por las dos redes de atención y llama la atención la ausencia de cifras relativas a la atención conjunta de la llamada patología dual, sobre todo a las patologías más graves como la de las personas que sufren TMG y adicción a sustancias como heroína, cocaína, cannabis y alcohol. Es esta una de las fallas más importantes de los sistemas de atención en dos redes diferentes que nos hace pensar que lo que realmente dual son los servicios de atención.

Merece destacar las características sociodemográficas de la población atendida: una situación de desempleo de un 58,4% en los admitidos a tratamiento por heroína y de un 36,8% por alcohol. Destaca el 21,6% de estudiantes en relación con el consumo de cannabis. Y resalta la situación de la mujer, solo un 18,7% de las personas admitidas a tratamiento y con un modo de convivencia monoparental predominante. Se aprecia también el impacto intersectorial de género, etnicidad y migración, siendo superior el porcentaje de mujeres migrantes admitidas a tratamiento (23,3%) sobre el total de mujeres atendidas. Por otro lado, los menores de edad que han sido tratadas en esta red, por provincia, sexo y sustancia o adicción que motiva el tratamiento.

Número de admisiones de personas menores de edad por provincia y sexo

Provincia	Hombre n y % col	Mujer n y % col	Total n y % col
Almería	29 6,7%	16 12,4%	45 8,0%
Cádiz	104 24,0%	29 22,5%	133 23,6%
Córdoba	14 3,2%	3 2,3%	17 3,0%
Granada	70 16,1%	8 6,2%	78 13,9%
Huelva	22 5,1%	4 3,1%	26 4,6%
Jaén	27 6,2%	9 7,0%	36 6,4%
Málaga	79 18,2%	32 24,8%	111 19,7%
Sevilla	89 20,5%	28 21,7%	117 20,8%
Total	434 (100,0%)	129 (100,0%)	563 (100,0%)

Número de admisiones de personas menores de edad, por sustancia o adicción principal que motiva el tratamiento, por sexo y según tengan tratamientos previos o no.

Sustancia o adicción principal	Hombre		Mujer		Total		Sin tratamientos previos		Con tratamientos previos	
	n	% col	n	% col	n	% col	n	% col	n	% col
Cannabis	356	82,0%	98	76,0%	454	80,6%	411	80,4%	43	82,7%
Conductas adictivas distintas a juego	37	8,5%	13	10,1%	50	8,9%	47	9,2%	3	5,8%
Alcohol	7	1,6%	6	4,7%	13	2,3%	10	2,0%	3	5,8%
Cocaína	8	1,8%	2	1,6%	10	1,8%	10	2,0%	0	0,0%
Tabaco	9	2,1%	2	1,6%	11	2,0%	10	2,0%	1	1,9%
Juego Patológico	8	1,8%	1	0,8%	9	1,6%	9	1,8%	0	0,0%
Hipnóticos y sedantes	6	1,4%	3	2,3%	9	1,6%	7	1,4%	2	3,8%
MDMA	0	0,0%	1	0,8%	1	0,2%	1	0,2%	0	0,0%
Otros opioides	0	0,0%	3	2,3%	3	0,5%	3	0,6%	0	0,0%
Anfetaminas	2	0,5%	0	0,0%	2	0,4%	2	0,4%	0	0,0%
Otras sustancias psicoactivas	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%	1	0,2%	0	0,0%
Total	434	100,0%	129	100,0%	563	100,0%	511	100,0%	52	100,0%

De esta población, la mayoría, 434 son hombres y 129 mujeres. En cuanto a la sustancia la mayoría es por consumo de cannabis, que supone un 80,6% de las admisiones a tratamiento. Y, con relación a otras adicciones (juego

patológico, videojuegos, móviles, redes sociales, internet, compras, etc.), solo se atienden en toda la Comunidad Autónoma a 59 personas, 45 de ellos hombres. Aunque la tendencia ha ido en aumento en los últimos años, creemos que es muy baja la población atendida y que habría que hacer más hincapié en la promoción/prevención, así como en la detección temprana de estas conductas dado el uso de las nuevas tecnologías por menores y los nuevos retos educativos, sanitarios y sociales que se plantean.

1.6. Los recursos humanos, infraestructuras y condiciones de trabajo.

Según figura en el último boletín consultado y correspondientes a 2018, los dispositivos existentes en nuestra Comunidad Autónoma son los siguientes, sin que hasta la fecha se hayan modificado, salvo las dos Unidades de Atención a los T. de la Conducta alimentaria puestas en marcha en Málaga y Granada.

UGC	USMC		USMI-J			UHSM		HDSM		URSM		CTSM		
	Dispositivos	Dispositivos	Camas	Propias/Concomitantes/pediatr.	Plazas HD	Dispositivos	Camas	Dispositivos	Plazas	Dispositivos	Plazas	Dispositivos	Camas	Plazas Prog. Día
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. TORRECARDENAS	3	1	4	Propias	12	1	24	1	20	1	30	1	14	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. NORTE DE ALMERIA	2							1	20					
ÁREA INTEGRADA DE GESTIÓN DE SALUD MENTAL A.P.S. HOSPITAL DE PONIENTE						1	15	1	20					
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. PUERTO REAL	3	1	2	Pediatría	20	1	28			1	30	1	20	20
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. PUERTA DEL MAR	2	1												
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. CAMPO DE GIBRALTAR	2	1	2	Pediatría	20	1	14	1	20					
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. DE JEREZ	3	1	4	Pediatría	15	1	28					1	15	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. REINA SOFIA	5	1			20	1	46		20	1	30	1	19	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. INFANTA MARGARITA	2					1	14	1	20					
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.S. NORTE DE CORDOBA	2													
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. V. DE LAS NIEVES	3	1	2	Pediatría	40	1	29	1	20			1	15	15
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. SAN CECLIO	2					1	27			1	30	1	15	15
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. DE BAZA	2					1	12							
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. SUR DE GRANADA	2							1	20					
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL COMPLEJO HOSPITALARIO HUELVA	6	1	2	Pediatría	20	1	31	1	20	1	30	1	15	15
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL COMPLEJO HOSPITALARIO JAEN	5	1	5	Propias	15	1	37			1	30	1	16	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. NORTE DE JAEN (Úbeda y Linares)	3	-	-		-	1	15	1	20	-	-	-	-	-
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. REGIONAL DE MALAGA	2	1	2	Pediatría	20	1	42			1	30	1	20	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. NORTE DE MALAGA	1							1	20					
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. LA AZARQUIA	1							1	20					
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. V. DE LA VICTORIA	8	1	3	Propias	25	1	30	1	20			2	40	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. SERRANÍA DE MALAGA	1													
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL VIRGEN DEL ROCÍO	6	1	-		20	2	57	1	20	1	30	2	30	70
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL V. MACARENA	6	1			20	1	44	1	20	1	30	1	12	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL H. DE VALME	4	1	2	Pediatría	10	1	31	1	20			1	15	30
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD MENTAL A.G.S. OSUNA	2					1	11	1	20					
TOTAL ANDALUCÍA	78	14	28	-	257	20	535	16	340	9	270	15	246	375

USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria; USMI-J: Unidad de Salud Mental (Infanto-Juvenil); UHSM: Unidad de Hospitalización de Salud Mental; HDSM: Hospital de Día de Salud Mental; URSM: Unidad de Rehabilitación de Salud Mental; CTSM: Comunidad Terapéutica

Por lo que se refiere a los recursos humanos habidos en este período que analizamos presentamos la siguiente tabla de evolución comparando el año 2010, 2018, años en los que apenas ha habido variación, y 2020, año en el que se incrementan recursos, casi exclusivamente de Facultativos y Enfermeras Especialistas.

	2010		2018		2020		Variación % 2010-2020
	Total	Tasa*	Total	Tasa	Total	Tasa	
Psiquiatras	511	6,20	523,5	6,34	557,0	6,48	9,00
Psicólogos Clínicos	260	3,16	268,5	3,25	319,5	3,31	22,88
Trabajadores Sociales	122	1,48	116,6	1,41	118,3	1,43	-3,07
Enfermeras	624	7,57	633,0	7,67	687,0	7,80	10,10
Auxiliares de Enfermería	764	9,27	737,7	8,94	733,7	8,84	-3,97
Auxiliares Administrativos	188	2,28	179,5	2,17	180,5	2,18	-3,99
Terapeutas Ocupacionales	56	0,68	57,9	0,70	57,9	0,70	3,39
Monitores Ocupacionales	93	1,13	87,0	1,05	86,0	1,04	-7,53
Celadores	129	1,57	126,8	1,54	124,8	1,50	-3,26
TOTAL	2747	33,34	2730,5	33,08	2759,8	33,27	0,47

*La Tasa es sobre 100.000 habitantes.

Como se puede apreciar ha habido un aumento de recursos sobre todo en 2020 fundamentalmente, y en Facultativos (Psiquiatras y Psicólogos Clínicos) y Enfermeras Especialistas. En especial destinados a la mejora de la atención de pacientes psicóticos en la comunidad a través de la conformación de equipos ETIC (Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitarios) y de un trabajo de apoyo a la Atención Primaria destinando Psicólogos Clínicos a esta tarea. Estos recursos han ido prácticamente a reforzar a las USMC.

En este período de tiempo que venimos contemplando, en las USMC había 440 facultativos, 296 psiquiatra y 144 psicólogos clínicos, en 2010, que pasan en 2020 a un total de 527, 330 psiquiatras y 197 psicólogos clínicos. Por lo que respecta al resto de profesionales que realizan actividad asistencial en las USMC en 2010, el total de Trabajadores Sociales era de 83, de Enfermeras, 156 y de Auxiliares de Enfermería, 128. Estos colectivos han pasado en 2020 a 77 Trabajadores Sociales, 199 Enfermeras y 116 Auxiliares de Enfermería. En el conjunto, si bien para el grupo de profesionales facultativos, psiquiatras y psicólogos clínicos hay un incremento del 19,77 %, y en las enfermeras del 27,56 %. Sin embargo, para el colectivo de Trabajadores Sociales y de Auxiliares de Enfermería hay un descenso del 7,23 y el 9,38 % respectivamente. De esta forma, en el conjunto global pues ha habido sólo un aumento del 13,88 %, si bien como hemos comentado el incremento mayor se produce en este último año, sin que tengamos datos de cuál será su efectividad. Ya comentamos que en el período 2010 a 2018 ha habido un incremento de la actividad asistencial de un 17,50 %. Se puede concluir que estamos aún lejos de mantener incluso la cartera de servicios anterior por el incremento de la demanda y necesidad de intervención, lo

que repercute directamente en una disminución de la calidad. No obstante, y con gran esfuerzo de los profesionales se ha mantenido el número global de intervenciones por persona y año, 4,55 en 2010 y 4,71 en 2018.

A estos datos hay que añadir que, durante los años 2021 y 2022, se han incrementado los recursos de profesionales en los servicios del SAS de Salud Mental en 212 profesionales¹⁷. La gran mayoría Facultativos y, especialmente Psicólogos Clínicos, en menor cantidad Enfermeras Especialistas. Los profesionales han ido destinados a ampliar la capacidad de intervención de los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitarios, mejorar la atención a la población infanto juvenil de los Servicios de Salud Mental, y a aumentar el número de Psicólogos Clínicos en Atención Primaria.

Por lo que respecta a los que podemos llamar dispositivos de apoyo a las USMC, tanto de hospitalización completa como UHSM y CT, como los HD, URA y USMIJ, el nivel de recursos profesionales con actividad asistencial ha disminuido en 2 psiquiatras y 4 Enfermeras entre 2010 y 2018:

	2010	2018
Psiquiatras	215	213
Psicólogos clínicos	116	116
T. Sociales	39	39
Enfermeras	478	474
Auxiliares de Enfermería	636	621

Se añade, además, una distribución geográfica desigual de los recursos cuando se observa la distribución de su tasa según la población a la que dan cobertura las diferentes Unidades de Gestión de Salud Mental de Andalucía. Hay importantes diferencias entre ellas, dificultándose por tanto la accesibilidad y quebrantándose la equidad como consecuencia. Añadir además las condiciones de contratación: precariedad, temporalidad, falta de estímulos y criterios acordados para la cobertura de áreas geográficas rurales, lo que en numerosos dispositivos trae como consecuencia el cambio frecuente de profesionales, la discontinuidad en la asistencia y los

¹⁷ La información procede de los datos facilitados por el Programa de Salud Mental y la Dirección del Plan Integral de Salud Mental en reuniones con las Direcciones de las UGC de Salud Mental.

cuidados, demora en la cobertura de ausencias por bajas, jubilaciones, etc. y una disminución por tanto de la calidad asistencial.

Queda por señalar en este apartado de los recursos las deficiencias en infraestructura, algunas de las cuales se han hecho crónicas por el tiempo de espera en sus soluciones. Hay dispositivos de salud mental que no están aún en infraestructuras sanitarias, con problemas de dimensionamiento a tenor de las necesidades asistenciales, no se cumple en muchas de ellas con espacios específicos para la atención a menores como marca la legislación, carecen de espacios para intervenciones grupales o familiares o con los recursos adecuados para la atención, docencia e investigación. Aún hay Unidades de Hospitalización con graves problemas de disponer de un espacio adecuado, en sus dimensiones o condiciones de seguridad, al igual que algunas Comunidades Terapéuticas.

Sigue siendo una carencia la disponibilidad de herramientas de comunicación adecuadas en estos momentos para una atención de calidad por insuficiente dotación de soporte informático y telemático. Aspecto este que la pandemia ha puesto de manifiesto.

Convendría recordar además la precariedad de las condiciones laborales en muchos casos: contratos parciales, cortos en el tiempo, con cambios frecuentes de lugar de trabajo, etc.

Ya se han comentado los recursos de FAISEM en un apartado anterior.

En cuanto a la red que atiende a las Adicciones, estos son sus dispositivos. Sólo en área asistencial (CTA), sin contar otros en servicios de carácter preventivo y de acogida, según la memoria citada:

PROVINCIA	DROGAS		ALCOHOL		JUEGO		TOTAL
	Públicos	Concertados	Públicos	Concertados	Públicos	Concertados	
ALMERÍA	7	2		2		1	12
CÁDIZ	17	1				1	19
CÓRDOBA	9	2		3		1	15
GRANADA	8	1		1		1	11
HUELVA	8	2				1	11
JAÉN	5	0		1		2	8
MÁLAGA	11	2		1		1	15
SEVILLA	22	2		2		1	27
SubTOTAL	89	12		10		9	118
TOTAL		99		10		9	118

Y estos sus profesionales integrados en esos servicios:

PROFESIONALES CENTROS TRATAMIENTO AMBULATORIO CTA					
PROFESIÓN	Centros Públicos		Centros Concertados		TOTAL
	H	M	H	M	
Médico/a	83	72	16	7	178
Psicólogo/a	58	97	10	44	209
Trabajador/a Social	15	83	9	35	142
Técnico/a Prevención		3			3
Técnico/a Incorporación sociolaboral					
D.U.E	6	16			22
Educador/a	8	4	17	10	39
Maestro/a taller					
(*) Personal Administración	25	80	4	4	113
Otros	11	37	1		49
Subtotal	206	392	57	100	755
TOTAL	598		157		

Fuente: SIPASDA

(*) Dirección técnica; Administrativo/a; Auxiliar Administrativo/a; Conductor; Voluntario

Como se puede apreciar es ostensible la ausencia de enfermeras, sin que hasta el momento se haya explicitado el argumento de mantenerlo así, cuando existe tanta evidencia de la necesidad de estos profesionales en este tipo de dispositivos

1.7. La salud mental y su integración en el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Un apartado no menos importante de esta parte del análisis de situación es el lugar de la Salud Mental en la organización sanitaria andaluza.

Como se afirma en la Introducción al III PISMA, en los años transcurridos desde la creación del IASAM en 1984, se ha ido produciendo una progresiva integración de la salud mental en la organización del Sistema Sanitario Público Andaluz, pudiéndose diferenciar distintas etapas. “Primero, coincidiendo con la etapa IASAM, 1984-1990, es el momento del diseño del proyecto de reforma y su implementación como red integrada en el sistema sanitario general... El segundo periodo, 1991 a 2002, es el tiempo comprendido tras la desaparición del IASAM y el primer Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (PISMA). Es la etapa en la que se cierran los hospitales psiquiátricos públicos, se abren dispositivos para hospitalización de media estancia para los trastornos más graves (comunidades terapéuticas) y se crea FAISEM... El tercero, 2003 a 2008, marcado por el primer PISMA; es un momento de afianzamiento del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) por dos hechos importantes: la generalización

de la gestión clínica y la implantación de los Procesos Asistenciales Integrados (PAI) y se publica el Decreto de ordenación de servicios de salud mental en 2008. El cuarto, 2009 a 2013, correspondiente al II PISMA, que asegura lo alcanzado y avanza en niveles de calidad asistencial y en la defensa de los derechos de las personas atendidas, ... La crisis y la consiguiente escasez presupuestaria limitan las mejoras propuestas por este Plan”¹⁸.

En todo este proceso, tras la desaparición del IASAM, la salud mental en la organización sanitaria andaluza contó siempre con una estructura en sus Servicios Centrales, denominada primero “Oficina de Salud Mental” y posteriormente “Programa de Salud Mental”, en ambos casos ha habido una laxa y confusa dependencia de la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Laxa, pues no estaba clara su dependencia y participación en sus órganos de gestión. Confusa, por cuanto no tenía una función suficientemente definida. Ha actuado como staff técnico, asesor asistencial, intermediario o representante institucional y ha realizado la evaluación y el seguimiento del funcionamiento de los servicios de salud mental. A partir de la existencia de los Planes Integrales, su Dirección se suma al Programa de Salud Mental, ejerciendo también de hecho la Dirección del Programa, que contó además formalmente con un Jefe de Servicios como responsable del equipo del Programa. En lo operativo, esta estructura ha sido muy útil, tanto para la organización sanitaria siendo referente para todo lo que respecta a la salud mental, como para los servicios de salud mental intermediando en muchas situaciones entre los servicios asistenciales de salud mental y las estructuras de dirección y gestión del SAS. A partir de 2018, la situación de esta estructura en los Servicios Centrales vuelve a cambiar. Tras decidir el paso de la Atención a Drogodependencia a la Consejería de Salud, el Programa de Salud Mental y la Dirección del Plan Integral pasa a depender de una Dirección General de la Consejería, manteniendo las funciones anteriores, pero sin una vinculación formal al organigrama de la Gerencia del Servicio Andaluz de Salud.

Por otro lado, hay que destacar como muy positivo el paso que se dio al elaborar y publicar el Decreto 77/2008, de 4 de marzo, de ordenación administrativa y funcional de los servicios de Salud Mental en el ámbito del

¹⁸ Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020. Introducción. Consejería de Salud, 2016. Texto electrónico (pdf).

Servicio Andaluz de Salud. Esta acción ha supuesto la consolidación de la estructura de los servicios de atención a la salud mental en nuestra Comunidad y una definición de su función que abarca desde la Atención Primaria hasta la Hospitalaria, así como la de sus órganos de dirección. Contiene así mismo una, aunque muy general y muy poco concreta, cartera de servicios.

Por último, queremos hacer alguna referencia a los Planes Integrales de Salud Mental. Un Plan Integral de Salud “tiene como fin conseguir una reducción en la carga de enfermedad en la población y una mejora de la calidad de vida de las personas afectadas por el problema al que se enfrenta en un ámbito geográfico y por un periodo de tiempo determinados. Exige, además, la concurrencia de “otras instituciones o agentes sociales mediante la acción intersectorial coordinada”, abarcando “todas las etapas de la intervención frente a un problema de salud: promoción de activos protectores, prevención y control de factores de riesgo, diagnóstico precoz, atención de calidad y fomento de la recuperación del proyecto vital” y, garantizando “los principios de equidad, globalidad, calidad, eficiencia, acción intersectorial, gobernanza, complementariedad y participación”¹⁹. Es una herramienta común usada para abordar numerosos problemas de salud en nuestro ámbito, también de un uso mundial. Es una manera de evaluación y planificación sanitaria necesaria para la actualización en la orientación de su organización y mejorar así su eficacia y eficiencia. Por lo que respecta a Salud Mental se han elaborado tres. Todos han supuesto al menos la realización periódica de un análisis de situación y de la planificación de estrategias para abordar aquellas áreas de mejora detectadas y definir, por tanto, hacia donde modificar, dirigir, priorizar, etc., los esfuerzos, los recursos o las necesidades de formación e investigación. Nos parece importante resaltar que, durante el último Plan, y a iniciativa de la Gerencia del SAS se decidió, como estrategia, centrar todas las acciones a llevar a cabo en el SSPA a partir de las propuestas de los diez Planes que concentraba el 80% de la actividad de los recursos del sistema. Se puso a trabajar conjuntamente la Atención Primaria y la Hospitalaria, con un objetivo de sinergia y, por tanto, de mejorar la efectividad del conjunto de toda la organización. Su no continuidad por el cambio de Gobierno impidió ver sus resultados.

¹⁹ Metodología de elaboración y seguimiento de planes integrales de salud. Consejería de Salud, Sevilla, 2010.

2. CONCLUSIONES.

- **Respecto de la Atención Primaria.** Sabemos por los estudios epidemiológicos comentados la dimensión de la morbilidad por problemas de salud mental en este nivel y, por tanto, la atención que requiere la salud mental en este ámbito. Además, por los datos expuestos en estos años ha habido un incremento de derivaciones desde este nivel a los servicios especializados de salud mental y un incremento importante en la prescripción de ansiolíticos y antidepresivos. Como consecuencia, la primera de las conclusiones es la necesidad de disponer de una potente Atención Primaria. Esta potenciación debe ir dirigida en la mejora de tres dimensiones especialmente: existen unos recursos humanos insuficientes de todos sus profesionales (Médicos de Familia, Pediatras, Enfermeras y Trabajadores Sociales), hay escasez en la disponibilidad de herramientas adecuadas, y no especializadas, para atender la salud mental y, tercero, aún hay deficiencias en la existencia de unos espacios que permitan una fluida continuidad de cuidados entre este nivel de atención sanitaria y los servicios especializados de salud mental, teniendo en cuenta las características de la clínica de la población atender, como ocurre con otros problemas de salud.
- **Respecto de los Recursos Humanos en las UGC de Salud Mental.** A esta segunda conclusión, nos conduce la constatación de un incremento en estos años de la demanda de atención especializada en el ámbito comunitario, y aunque en los últimos años (2020, 2021 y 2022), se han incrementado como hemos comentado los recursos, no lo han sido en cantidad suficiente para atender las necesidades existentes. La población a la que se atiende requiere en su mayoría intervenciones de carácter ambulatorio, y por sus características no tiene una respuesta de calidad con los actuales recursos. Es preciso recordar que, a pesar de este déficit, no obstante, según los datos expuestos, se puede apreciar que con los recursos actuales ha habido un esfuerzo de los profesionales ante el incremento de la demanda, aumentando el número de intervenciones. Pero ya no se pueden estirar más los existentes. Siempre, en este aspecto, hemos estado por debajo de las medias de profesionales de otros niveles:

- 592 Psiquiatras (Media: 6.9 x 100.000 Hab.; 10.46 España; 18.23 UE²⁰).
- 459 Psicólogos Clínicos (Media: 5,4 x 100.000 Hab.; 4.3 España; 18 UE²¹).
- 118 Trabajadores Sociales (Media: 1,43 x 100.000 Hab.; 1.88 España²².)
- 722 Enfermeras (273 plazas de enfermeras especialistas en SM); Media 8,5 x 100.000 Hab. (Enfermera comunitaria en USMC: 2.88); 9.39 España²³; 23.5 UE²⁴)
- 786 Auxiliares de Enfermería
- 171 Auxiliares Administrativos
- 59 Terapeutas Ocupacionales
- 93 Monitores
- 136 Celadores

Como comentario general sobre estos números, queda palpable que aún estamos muy por debajo de la media europea y también por debajo de la media española en varios tipos de profesionales. A pesar del incremento habido en estos últimos años. Se requiere pues poner remedio urgente a esta situación y caminar progresivamente a una dotación que al menos nos ponga, a un nivel cercano a las tasas europeas; garantizando así una atención de mayor calidad, y no privando a la población de nuestra Comunidad Autónoma de la cartera de servicios que otras poblaciones, incluso de nuestro estado, disfrutan. Si bien ha habido un incremento en especial de la dotación de Psicólogos Clínicos, aún son escasos, y la tendencia además debería ser a nivelar la tasa respecto de la población de Psicólogos Clínicos con la de Psiquiatras. No entendemos el motivo de no hacerlo.

- **Respecto de los equipamientos y las infraestructuras.** Estando el campo de la salud mental especialmente dedicado a los procesos de comunicación y sus dificultades existe un déficit de recursos en este

²⁰ Datos de España y la UE: Redacción Médica, viernes 07 de diciembre 2018, citando datos de EUROSTAT de 2016.

²¹ Datos de España y la UE: Fuente: INFOCOP, Consejo General de la Psicología en España, 05/06/2020. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8832

²² Datos de España y la UE: Fuente: Observatorio AEN, 2014.

²³ Fuente: Observatorio AEN, 2014.

²⁴ Fuente: Atlas Mental Health 2017, OMS.

sentido que permita facilitar y agilizar la comunicación con otros niveles sanitarios u otras instituciones, así como con los propios usuarios de los servicios. Por otra parte, hay aún infraestructuras deficitarias. Persisten servicios en espacios inadecuados y sin cumplir normas de las instalaciones sanitarias, como son: los espacios específicos para menores, tanto en el nivel de atención ambulatoria como hospitalaria o la ubicación aún de dispositivos de salud mental en edificios no sanitarios. Concretaremos este aspecto más en nuestras propuestas.

- **Sobre la estructura de coordinación-gestión de la salud mental a niveles de los Servicios Centrales de la organización sanitaria.** Nos parece necesaria el mantenimiento de una estructura de la coordinación de la Salud Mental Andaluza. Las administraciones sanitarias de todas las autonomías la tienen e internacionalmente, y especialmente en los países más desarrollados sanitariamente disponen de ella. En todas actúan como planificadoras, evaluadoras y gestoras de los planes de salud mental. Nos parece su mantenimiento y mejora imprescindible. Así mismo, necesario el mantenimiento del Decreto 77/2008, como elemento que da coherencia y homogeneidad a la atención a la salud de la población andaluza.

Queremos insistir además en que esta estructura tenga como uno de sus objetivos primordiales la tarea de evaluación continuada de los servicios, diseñando un sistema de información que facilite indicadores de procesos y resultados dirigidos a un mayor y mejor conocimiento epidemiológico, de la actividad clínica, la gestión de los recursos y sus resultados.

- **Respecto de FAISEM.** Es necesario destacar que la existencia de FAISEM ha supuesto, con el desarrollo de sus programas y servicios una parte indispensable del proceso de transformación de la atención a la salud mental de la población andaluza, especialmente la de aquellas personas afectadas por trastornos mentales graves y sus familiares. En nuestras conclusiones tras el análisis de situación- en el que detectamos un marcado retroceso en los diferentes programas, como atestiguan los presupuestos- proponemos también en este aspecto áreas de mejora, que van desde un mayor desarrollo de sus servicios en general, y particularmente la atención a los

menores por ejemplo, la coordinación local entre los servicios de salud mental y los de FAISEM y, señalar también una deriva observada en los últimos años en sus programas de integración laboral: la pérdida de lo que pensamos debe ser el objetivo prioritario de ellos, la integración laboral como el mejor indicador de recuperación de las personas con trastorno mental grave. Más bien, constatamos, que se opera con criterios de mercado, pero se olvida el otro polo de este programa que es la recuperación de pacientes con TMG, con lo que se abunda en el modelo de desesperanza que hemos señalado al principio.

- **Respecto a la atención a las adicciones**

Nos parece imprescindible la integración funcional y orgánica de las dos redes de atención en una sola dentro del sistema sanitario público de Andalucía. La atención comunitaria podría contemplarse entre la Atención Primaria y las USMC, si bien deberían establecerse programas específicos de atención aplicados según territorio y recursos. Lo mismo podría decirse de los centros o programas de Día. En cuanto a las Comunidades Terapéuticas debería estudiarse la posibilidad de uso compartido de algunas de ellas para pacientes que sufran TMG y adicciones graves. Esta sinergia posibilitaría un mayor rendimiento sin incremento de recursos. Igualmente debería procederse con las estructuras sociales de apoyo (viviendas supervisadas, centros sociales, etc.). No hay que olvidar que una cuestión esencial, dentro de la integración de redes, sería la contemplación de un único sistema de información que posibilitara la explotación de datos para una mínima información epidemiológica que permitiera la planificación de servicios adecuados. Hay que destacar aquí el registro de datos del Sistema de Información del Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (SIPASDA) mucho más elaborado y fiable que la información del PISMA. Con todo hay que señalar que, a estas alturas, el registro de datos del SAS es independiente de ambas redes lo que es un reflejo de la marginación que sufren ambos sistemas respecto al sistema sanitario general.

- **Respecto a la cooperación con el movimiento asociativo y la intersectorialidad.**

Nos parece importante y necesario destacar para el desarrollo en el modelo propuesto, y posibilitar ese trabajo en red, lo avanzado en la

cooperación con el Movimiento Asociativo. En este sentido, en los últimos Planes Integrales de Salud Mental el Movimiento Asociativo, además de su participación en la elaboración y seguimiento de los mismos, contribuían a su desarrollo en la medida que las actividades que fueron poniendo en marcha, de manera cooperativa y complementaria, se incluía a través del trabajo en red con ellos en recursos de los que se beneficiaban los usuarios y familiares.

Por último, y abundando en la necesidad de que haya un mayor y mejor desarrollo del modelo comunitario de atención a la salud, y por tanto a la salud mental, es necesario la mejora de la coordinación y cooperación interinstitucional con otros sistemas de contribuyen a sustentar los derechos básicos de las personas. Aspecto este aún deficitario. Existen en nuestro ámbito experiencias de buenas prácticas en este sentido, pero he aquí un área de mejora importante. Si el trabajo en red es necesario, y tiene que ser efectivo, debe ser sostenido y apoyado institucionalmente. No puede dejarse a la iniciativa personal de determinados profesionales o equipos. Y estos déficits detectados van más allá de los señalados entre los servicios sanitarios y de FAISEM, nos referimos aquí a otras instituciones necesarias para una completa atención sanitaria y sociosanitaria, como son Educación, Servicios Sociales y Justicia, como mínimo.

- **Respecto de la pandemia por Covid.**

No quisiéramos terminar este apartado sin añadir algunas consideraciones sobre el hecho de la pandemia y sus repercusiones en al ámbito de la salud mental.

A lo largo de este tiempo ha ido apareciendo información sobre la incidencia en la salud mental de la población por este motivo. Desde el incremento de la demanda de atención en poblaciones más vulnerables, como los adolescentes o la mayor demanda de atención urgente y tentativas suicidas, la influencia sobre la población con los trastornos mentales más graves, hasta la repercusión sobre los profesionales que tuvieron que estar en primera línea, especialmente los sanitarios, y en general, para toda la población, el tener que enfrentar un escenario para el que no estaba preparada y con un desconocimiento sobre características y evolución sobre lo

que acontecía. Resultando de todo ello una situación de incertidumbre, desconfianza y temor que podemos decir que ha afectado al 100% de la población. Baste como referencia el comunicado emitido por la OMS en octubre de 2020 con motivo del Día Mundial de la Salud Mental²⁵. Como conclusión, en este apartado, basta destacar que esta realidad, y así lo expresa el citado comunicado: “Todo ello pone de manifiesto la necesidad de inyectar más dinero en el sector de la salud mental. A medida que la pandemia siga su curso, se intensificará la demanda de programas nacionales e internacionales de salud mental, que se encuentran debilitados por años de carencias crónicas de financiación. Destinar el 2% de los presupuestos nacionales de salud en salud mental no es suficiente. Los donantes internacionales también deben hacer más: la salud mental sigue recibiendo menos del 1% de la ayuda internacional destinada específicamente a la salud”.

²⁵ <https://www.who.int/es/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>

3. NUESTRA PROPUESTA DE MEJORA Y DESARROLLO DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL EN ANDALUCÍA PARA LOS PRÓXIMOS AÑOS.

En el análisis de situación se han expuesto los fundamentos del modelo sobre el que pensamos deberían basarse y desarrollarse los servicios de atención a la salud mental en nuestra Comunidad Autónoma. Hemos hecho también un análisis de los datos epidemiológicos, de la morbilidad atendida, de los recursos humanos y las infraestructuras existentes.

Nos proponemos en esta parte de este informe exponer las propuestas de mejora tras la evaluación realizada y en coherencia con el modelo defendido, y lo hacemos estableciendo una serie de apartados para avanzar en la calidad de atención a la salud mental de nuestros ciudadanos. Desarrollamos propuestas en las siguientes direcciones:

- Propuestas en ámbito de la organización de los servicios.
- Propuestas sobre la conformación de la cartera de servicios
- Propuestas relacionadas con los recursos humanos.
- Propuestas sobre infraestructuras y equipamiento.
- Propuestas sobre la atención a las adicciones.

3.1. Sobre la organización de los servicios.

Para comenzar nos parece importante expresar algunas consideraciones sobre la organización de los servicios de salud mental en general, teniendo en cuenta las características geográficas de nuestro territorio y sus consecuencias para poder ofertar una cartera de servicios donde la equidad y la accesibilidad queden garantizadas. Definir estas cuestiones nos parece importante para una coherencia de las propuestas resultantes.

Pensamos que la organización de los servicios de salud mental en nuestro SSPA ha seguido un diseño acorde al modelo que se proyectó. Y fiel a ese objetivo, los decretos elaborados que les dan consistencia han supuesto su salvaguarda y consolidación. Nos parece pues importante mantener su última versión hasta su total cumplimiento.

No obstante, dada la amplitud de nuestra Comunidad Autónoma, y su diversidad geográfica y demográfica, en la práctica, la accesibilidad y

equidad perseguida no se ha garantizado. De manera, que nos encontramos Unidades de Gestión Clínica muy pequeñas, que no cuentan con recursos suficientes para disponer de una cartera de servicios que dé respuesta a sus necesidades, y que, para cubrirlas necesitan acudir a otras UGC “vecinas”, mientras que existen otras UGC que atienden a una gran cantidad de población, en ocasiones el doble de la aconsejada²⁶. Haber llegado a esta situación es resultado de dos problemas. Uno, la falta de recursos, que abordaremos más adelante y dos, la “confusión” entre programas y dispositivos, lo que en nuestra opinión merece que nos detengamos para una reflexión.

Es frecuente que al reivindicar más recursos se solicite que ese aumento se traduzca en más cantidad y diversidad de dispositivos. En concreto, y en nuestro ámbito, las peticiones de mejora suelen ir en el sentido de poner en marcha o incrementar las Unidades existentes. Más Hospitales de Día, más Unidades de Rehabilitación, más Unidades de Hospitalización, más Comunidades Terapéuticas, ... pero, curiosamente, no hay demanda de más USMC. También se demanda en algunas ocasiones, la puesta en marcha de Dispositivos específicos para algunos grupos de pacientes (Trastornos de la Conducta Alimentaria, Trastornos de Personalidad Límite, Unidades de Psicoterapia, Unidades para Psicosis Resistentes, ...). Es verdad que cuando se mira la literatura existen ejemplos de este tipo de dispositivos, pero también es verdad que, viendo con detenimiento esos ejemplos, observando nuestra realidad andaluza y teniendo en cuenta criterios de eficiencia y eficacia, y por tanto de efectividad, no es razonable extender estos dispositivos allá donde se demanden sin tener en cuenta otras consideraciones además de las de carácter clínico-terapéutico. De manera que, existen sobradas razones para no poner en marcha dispositivos hospitalarios allá donde exista una población pequeña que genere un índice bajo de este tipo de demandas, o dispositivos de una atención intensiva que requiere una alta frecuentación allá donde hay una gran dispersión geográfica y se dificulta la accesibilidad. Esto es especialmente importante en el caso de los menores y los trastornos graves, de menores y adultos, en general. En este sentido, sería pues importante diferenciar entre dispositivos y “programas”, entendidos estos como intervenciones especializadas específicas e intensivas allá donde esté su necesidad y tenga

²⁶ Thornicroft G, Tansella M. La Matriz de la salud mental. Manual para la mejora de servicios. Fundación Española de Psiquiatría y Salud. Madrid: Editorial Triacastela; 2005.

un fácil acceso. Por estas razones, pensamos que, a tener en cuenta para la organización de los servicios de salud mental, la población a atender por ellos en cualquier lugar de Andalucía debería tener acceso los siguientes Programas:

- Programa de cooperación y apoyo a la Atención Primaria.
- Programa de atención especializada a la demanda de menores y adultos, desde los trastornos más leves a los más graves.
- Programas de tratamiento psicoterápico.
- Programas de Atención Intensiva a TMG de menores y adultos.
- Programa de Atención a la Urgencia y la Crisis

Este nivel de desarrollo de “programas” sería más coherente con la definición de una cartera de servicios que garantice la calidad y la equidad (que incluye la universalidad), llegando así al conjunto de la población y no necesariamente dependiendo del concepto “dispositivo”, más ligado a una idea de estructura y dotación de superespecialidad más propio de una organización quirúrgica que comunitaria, más de una patología aguda que crónica. Por esta razón, consideramos que el ámbito más idóneo de desarrollo de estos programas es el espacio de acción de las USMC, naturalmente con los recursos humanos y la infraestructura suficiente que permitan desarrollarlos con un nivel adecuado de calidad en la atención a la población que le corresponda.

Asegurar esta cartera de servicios básica, es el punto de partida para la configuración de los servicios de salud mental. Por esta razón, pensamos que los servicios de salud mental deberían conformarse, para asegurar una atención de calidad a la población, garantizando la existencia de tres espacios terapéuticos básicos²⁷:

- Un espacio de atención comunitaria para intervenciones de carácter ambulatorio, que incluiría los programas explicitados más arriba. Dependiendo de las características geográficas y demográficas del territorio de la UGC, ese espacio lo constituirán las USMC, y cuando así sea adecuado por criterios organizativos y epidemiológicos, es decir por efectividad se añadirán Hospitales de Día, Unidades de

²⁷ Francisco del Río y José Carmona. Organización de los servicios de salud mental comunitarios: la red territorial. Coordinación y colaboración institucional. Acciones de salud mental en la Comunidad. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Colección Estudios nº 47. Madrid 2012.

Rehabilitación, Unidades de SM Infanto-Juveniles, siendo estas siempre dispositivos de apoyo a unas USMC que además cuenten con recursos específicos para la atención a menores.

- Un espacio de atención hospitalaria para situaciones de atención en momentos de crisis, urgencia y para una breve duración. Aceptamos como criterio de efectividad de este recurso aquellas Unidades de Hospitalización con una dimensión mínima de 15 camas y máxima de 30, con no más de una hora de crono como criterio de accesibilidad. Un complemento de esta atención en el futuro (esperemos próximo) y que complementa a este espacio sería el de desarrollar, con los recursos necesarios, programas de hospitalización a domicilio, pensando especialmente para zonas rurales y alejadas de las nuestras Unidades de Hospitalización de Salud Mental.
- Un espacio de atención hospitalaria para situaciones con necesidades de tratamiento y rehabilitación por largo tiempo. En este caso, el criterio de eficacia debe estar en dispositivos dimensionados entre 15 y 20 camas para una hospitalización completa, complementado con actividad de Programas de Día para pacientes en el itinerario de llegada o salida.

Si los servicios se dispusieran atendiendo a estos criterios, estamos seguros, que responderían con mayor efectividad e idoneidad a la realidad epidemiológica y con intervenciones de la mayor calidad según el conocimiento y la evidencia actual.

Respecto de la segunda cuestión, la cartera de servicios, quisiéramos también expresar algunas cuestiones previas, antes del desarrollo más extenso que se hará en siguiente epígrafe. En general, las condiciones actuales de los servicios sanitarios, nos obliga a una rendición de cuentas del empleo de los recursos y los resultados obtenidos de aquellos procesos e intervenciones utilizados, obligándonos a una evaluación, revisión y actualización continua. De ahí la necesaria definición de una cartera de servicios. Como se afirma en *Definición y actualización de las prestaciones sanitarias en países con sistemas sanitarios avanzados*: “La definición y delimitación de las prestaciones sanitarias es una de las estrategias de política sanitaria que facilita el establecimiento de un nivel básico y equitativo de cobertura y garantizan el derecho reconocido a la asistencia

y protección de la salud en condiciones de calidad”²⁸. No obstante, en dicho informe se señala también que: “En general, puede decirse que los sistemas sanitarios de los países desarrollados basados en seguros sociales o aquellos que mantienen sistemas de pago por acto, definen las prestaciones con un catálogo positivo y explícito, ya que resulta imprescindible establecer qué se paga y a qué precio, mientras que los sistemas nacionales de salud financiados mayoritariamente por impuestos suelen hacer una definición genérica, con algunas excepciones”.

Nuestra realidad se encuentra en esta segunda situación. Situación por otro lado compleja y que hace difícil dar una respuesta única y general para todo el territorio a la hora de concretar esa definición en nuestros servicios de salud mental. Para empezar por la propia diversidad de las dimensiones y de los recursos en nuestra autonomía. Por otra parte, para descender en concreción, bastaría aparentemente aplicar en nuestros servicios Guías de Práctica Clínica, avaladas por Agencias de Calidad, para tener garantizada una atención actualizada y de calidad. En este sentido, creemos que la herramienta de los Procesos Asistenciales Integrados, por su metodología y participación, constituyen un procedimiento que garantiza el cumplimiento de los requisitos generales de una cartera de servicios en las condiciones que estamos poniendo de manifiesto. Volveremos sobre este punto y de manera más concreta en el apartado dos de esta parte de nuestro Informe.

Como resumen de propuestas en este apartado concluiríamos que, para la organización de los servicios especializados de salud mental, se deben mantener los criterios incluidos en la definición de Unidad de Gestión Clínica (UGC) que se describe en el Decreto 77/2008.

- Su dimensión debería mantenerse en unos límites razonables para su gestión, como se ha señalado, y adaptándolo a nuestra realidad geográfica, entre 300.000 y 500.000 habitantes. Para UGC más pequeñas compuestas sólo de 1 ó 2 USMC ó sin UHSM, sin poder por tanto ofertar una cartera de servicios más completa, deberían articularse soluciones de unificación con otras UGC de las que dependen para atender a su población, permitiendo así una mayor y mejor continuidad de cuidados y coordinación en la definición y

²⁸ Definición y actualización de las prestaciones sanitarias en países con sistemas sanitarios avanzados. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias N.º 54. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Ciencia e Innovación. Madrid, septiembre de 2008.

consecución de objetivos en los procesos asistenciales y sus resultados. Así se proponía en el “Marco actual del desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud”²⁹. En el extremo contrario nos encontramos con alguna “mega” UGC, como es la UGC de Virgen de la Victoria, atendiendo a una población de casi un millón de habitantes, dispersa, que incluye toda una zona geográfica como es el Área Costa del Sol con una población sobre el medio millón de habitantes y recursos sanitarios, incluidas USMC de salud mental, y que perfectamente reúnen los requisitos para ser una UGC autónoma de la anterior, sólo quedaría en este caso añadir un dispositivo históricamente reivindicado y necesario: la UHSM del Hospital Costa del Sol.

- Toda UGC debería incluir como cartera de servicios mínima:
 - Programa de cooperación y apoyo a la Atención Primaria.
 - Programa de atención especializada a la demanda de menores y adultos, desde los trastornos más leves a los más graves.
 - Programas de tratamiento a la población con trastornos ADS y TCA psicoterápico.
 - Programas de Atención Intensiva a TMG de menores y adultos.
 - Programa de Atención a la Urgencia y la Crisis, incluyendo aquí el desarrollo de la hospitalización domiciliaria.

En este último caso, la verdadera autonomía y lo que cerraría coherentemente un mínimo circuito de atención a la población es que la UGC incluya una UHSM. Si no es así, por razones de eficiencia, como ocurre en las UGC muy pequeñas, estas deberían conformar un conjunto, como se ha comentado anteriormente, con aquellas otras de las que dependen.

Los demás dispositivos de apoyo a estos programas básicos se conformarán según criterios de efectividad y características demográficas y geográficas.

²⁹ Marco actual de desarrollo de la Gestión Clínica en el Servicio Andaluz de Salud. Dirección Gerencia del SAS. Dirección de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud. Dirección del Plan de Innovación en Gestión Clínica. 2015.

Esta concepción de la organización de los servicios de salud mental evitaría posiblemente en gran medida el riesgo de cumplimiento de la Ley de Cuidados Inversos³⁰.

No queremos acabar este apartado sin insistir en la necesidad de una estructura coordinadora en los Servicios Centrales del SSPA. Esta estructura, actualmente Programa de Salud Mental, además de tener un lugar suficientemente definido en el organigrama del SSPA, es necesario dotarla de mayor capacidad de gestión y poder jerárquico. Está bien ser asesor, intermediario y representante para, en o de la organización sanitaria, pero hay aspectos en los que, sin una capacidad de gestión real, es prácticamente imposible ejercer un liderazgo institucional, implantar mejoras o solucionar déficits o disfunciones en el desarrollo de la atención a un problema de salud tan numeroso, amplio y complejo. En este sentido, nos parece, se le llame como se le llame, imprescindible que esté dotada con capacidad de gestión real para la función que se le pide y sobre la que descansen los Planes de Salud Mental necesarios.

3.2. Cartera de Servicios.

Como se ha afirmado en el apartado anterior, hemos querido diferenciar entre dispositivos y programas evitando caer en confundir el órgano con la función. En este sentido, nos pronunciamos por definir la cartera de servicios como funciones que dan lugar a productos, es decir, los contenidos que desarrollan los recursos en su tarea cotidiana. Utilizaremos también el término de programas, independientemente de los dispositivos que, según las características del terreno, los lleven a cabo. De manera que la cartera de servicios de toda UGC deberá contener los siguientes programas:

3.2.1. Programa de Salud Mental en la Atención Primaria.

3.2.1.1. Corresponde en primer lugar incluir las acciones de promoción y prevención de salud mental de manera conjunta a otras generales de salud como actividades de los profesionales de Atención Primaria. De esta forma, la salud mental no estará dissociada y formará parte de un todo no escindido respecto de los autocuidados necesarios a desarrollar por cualquier persona, derivados de una educación sanitaria adecuada y suficiente

³⁰ Ley de Cuidados Inversos. eNotas. <https://enotas.astursalud.es/-/la-ley-de-cuidados-inversos>. Junio 2020.

mediante actividades a desarrollar por la Atención Primaria, pero de manera conjunta con otros agentes de salud resultado del trabajo en red practicado (educación y servicios sociales principalmente).

- 3.2.1.2. Aquellas otras acciones dirigidas al afrontamiento y resolución de situaciones de crisis vitales y circunstanciales que den lugar a la presencia de malestar mental, como el que tiene lugar en los procesos adaptativos. Especialmente importante, los dados en los procesos derivados del afrontamiento de la situación de enfermar.

Para estas situaciones la Atención Primaria debe contar con herramientas de intervención psicológicas no especializadas, individuales como el counseling, guías de autoayuda, TCC informatizada, programa de actividad física estructurado, ... y otras en formato grupal como las ya puestas en marcha de los GRUSE para mujeres y hombres y los GRAFA. Serían además aconsejables, incluidas en las actividades de seguimiento de menores y adolescentes, el desarrollo de Escuelas de Padres.

- 3.2.1.3. Otras actividades que debe incluir formando parte de la cartera de servicios de Atención Primaria en salud mental es el seguimiento de aquellos pacientes que han cubierto el tiempo de tratamiento especializado y deben continuar un Plan terapéutico acordado con los Servicios de Salud Mental para el mantenimiento de la estabilidad lograda.

- 3.2.1.4. Por último, las UGC de Atención Primaria deben incluir en sus actividades, como se propone en los PAI de Salud Mental (ADS, TCA y TMG), un espacio de colaboración entre los equipos de profesionales de Atención Primaria y Atención Hospitalaria de Salud Mental. Debiendo tener las características y condiciones suficientes para cumplir con los objetivos de cooperación mutua y continuidad terapéutica. No nos queremos olvidar aquí de uno de los objetivos que creemos importante para el inmediato futuro: la integración de la atención a las adicciones. También en este ámbito la Atención Primaria debe cumplir un papel: detección, identificación, atención y derivación a un nivel especializado de la atención a estos trastornos, así como continuidad de la atención de aquellos paciente que hayan

completado su plan de tratamiento en ese nivel pero requieran un tratamiento y seguimiento de mantenimiento.

3.2.1.5. Para el desarrollo y cumplimiento de estos programas, cartera de servicios, es necesario pues satisfacer una serie de condiciones:

- i. Incremento de los recursos de Atención Primaria. De manera que se permita un tiempo de atención adecuado a cada paciente.
- ii. Procurar una formación en salud mental desde los currículums de pregrado, especializado y de formación continuada de los profesionales de Atención Primaria que incluya el conocimiento y uso de herramientas de exploración y tratamiento adecuados, incluyendo un uso racional de los fármacos. Llama la atención, existiendo además el conocimiento epidemiológico de la dimensión del problema de salud mental de la población, el escaso tiempo dedicado a la formación en esta área de conocimiento en los distintos tiempos de la capacitación de estos profesionales (pregrado, especializado y de formación continuada).

3.2.1.6. Una consideración final. Desarrollar esta cartera de servicios en este nivel exige, ya lo hemos señalado, establecer y mantener un espacio de colaboración, de manera presencial y con todas las herramientas útiles para la comunicación, en donde estén todos los profesionales de Atención Primaria y de Salud Mental. Se incluyen pues todos los Facultativos, Enfermeras y Trabajadores Sociales, ya que todos cuentan a la hora de cumplir con la cartera propuesta. En resumen, se requiere pues una colaboración frecuente, fluida, multi e interdisciplinar. No nos parece pues que añadir, como se está proponiendo, Psicólogos Clínicos a los Equipos de Atención Primaria cubra todo lo propuesto como cartera de servicios para este nivel. Si es para realizar intervenciones no especializadas no tiene sentido, y si es para hacer intervenciones especializadas, ¿cuál sería el límite entre el nivel de Atención Primaria y el especializado? ¿Qué hacer con otras actividades para garantizar la continuidad asistencial? Por ejemplo, entre los planes de cuidados de pacientes con TMG y patología somática; o entre pacientes en tratamiento especializado y la interurrencia de otras patologías, necesidades

exploratorias, interacciones medicamentosas, o circunstancias sociales adversas, etc.

Para otros problemas de salud no se proponen soluciones parecidas: no se proponen cardiólogos para atención a los cardiopatas en Atención Primaria, ni Traumatólogos para traumatismos superficiales, etc. ¿Por qué para salud mental? La respuesta la hemos apuntado en otros apartados y está más relacionada con elementos ideológicos, ausencia de conocimientos y por tanto de formación o por intereses profesionales. Pero, además, hay que valorar los riesgos de iatrogenia y de fortalecer la Ley de los Cuidados Inversos, que aplicada en este caso supone privilegiar la atención a los llamados Trastornos Mentales Comunes sobre las necesidades de intervención especializada de los Trastornos Mentales Graves.

La introducción de especialistas focales fomenta que los profesionales de la AP terminen abdicando de lo psicológico y derivándolo, a la vez de incrementar la ley de cuidados inversos³¹

3.2.2. Programa de Salud Mental de Atención Especializada.

La cartera de servicios a desarrollar en este nivel de atención especializada debe incluir como actividades específicas las que señalamos a continuación y que forman parte de la capacitación de profesionales que realizan la especialización en este campo: Psiquiatras, Psicólogos Clínicos, Enfermeras Especialistas en Salud Mental y otros profesionales que cuenten con áreas de capacitación específica para este problema de salud como Trabajadores Sociales y Terapeutas Ocupacionales. A destacar de entre esas actividades específicas y especializadas por los profesionales que correspondan:

- Las diferentes formas de intervención psicoterápica sean en formato individual, grupal o familiar.
- La aplicación de la Terapia Electroconvulsiva.
- La aplicación de pruebas diagnósticas de despistaje de trastornos orgánicos y del funcionamiento psicológico.
- La aplicación de tratamientos farmacológicos complejos que requieren seguimiento continuado.

³¹ Asociación Madrileña de Salud Mental. Documento de posicionamiento Junta de la AMSM aen.amsm@gmail.com Noviembre de 2021.

- El desarrollo de Planes de cuidados orientados a la adherencia, el mantenimiento de la estabilidad y la recuperación de los pacientes. (Enfermera)
- El diagnóstico y plan de intervención para la integración social y laboral. (T. Ocupacional)
- El diagnóstico y plan de intervención sobre las redes de apoyo familiar y social de los pacientes (T. Social).

Si bien este sería el conjunto de intervenciones especializadas a llevar a cabo por los profesionales de este nivel, la cartera de servicios en el contexto de servicios que tenemos en Andalucía debe hacerse en base a programas dirigidos a poblaciones que epidemiológica y clínicamente son significativas, se pueda establecer con ellas unos criterios de atención evidenciados, homologables donde se vayan a aplicar y realistas (por ejemplo, que esté garantizada la equidad y la accesibilidad, pero también la eficiencia). De manera que, esa cartera de servicios la proponemos en base a determinadas poblaciones, en las que incluimos aquellas actividades de coordinación necesarias para un trabajo en red imprescindible y de la que debe formar parte.

3.2.2.1. Programa de atención a la Infancia y Adolescencia:

La atención a los menores deberá desarrollarse al mismo nivel que las USMC. Se deberán constituir equipos específicos para atender a esta población desde los problemas más leves a los más graves. de esta manera se cumplirá con los objetivos de accesibilidad y equidad.

Para los profesionales adscritos a este programa deberá desarrollarse formación en esta área de capacitación específica, mientras se constituyen y desarrollan las especialidades correspondientes de Psiquiatría y Psicología Clínica del Niño y del Adolescente. Realmente se debería caminar hacia la implementación de una USMIJ por cada USMC, entendida aquella como un equipo especializado en la atención ambulatoria y comunitaria a los menores e integrado en las USMC.

La cartera de servicios de este programa deberá incluir las intervenciones necesarias para la atención de los menores de todos los trastornos de ansiedad, depresión y somatizaciones, hasta los trastornos más graves. Nuestra asociación echa de menos la extensión para esta población de lo que sería un Proceso Asistencial Integrado para los Trastornos Mentales

Comunes y un Proceso Asistencial Integrado para los Trastornos Mentales Graves, en este caso, superando el PAI Trastorno del Espectro Autista.

Las USMIJ actuales debería reducir su cartera servicios para centrarla en Programas de Atención Intensiva a TCA, TMG de menores y situaciones complejas que requieran intervenciones temporales hasta su mejoría y estabilización para mantener su continuación en los programas de menores de las USMC. Por otra parte, su cartera de servicios se completaría con la atención a la hospitalización de esta población. Habría pues una USMIJ por UGC, allí donde hubiera un Servicio de Pediatría hospitalario y una UHSM.

Esta hospitalización se continuará realizando en los Servicios de Pediatría en las edades correspondientes, complementada con la adecuación de espacios específicos para los menores entre 14 y 18 años en las UHSM. Se pondrán UHSMIJ específicas allí donde la incidencia y las condiciones geográficas la hicieran efectivas.

3.2.2.2. Programa de atención a los Trastornos ADS y otros relacionados.

Incluimos aquí aquellos trastornos incluidos en este PAI, más aquellos que clásicamente en las Clasificaciones Diagnósticas Internacionales al uso han formado parte, tradicionalmente, de un síndrome que clínicamente incluye alteraciones de las emociones y del comportamiento en ausencia de clínica de carácter psicótico, como son aquellos trastornos en los que aparecen conductas evitativas y objetos fóbicos, rituales comportamentales o pensamientos rumiativos, establecimiento de relaciones dependientes o que en su discurrir terminan conformando formas caracteriales disfuncionales.

En todas ellas, el abordaje especializado es la psicoterapia o el establecimiento de planes de cuidados centrados en la recuperación de habilidades de la vida diaria y de los autocuidados. Sean estas intervenciones en formato individual, familiar o grupal.

Para el desarrollo de esta cartera de servicios, elaborada a partir de guías clínicas actualizadas y adaptadas al contexto operativo de la UGC, deben existir, unos estándares de calidad en cuanto a los requisitos de capacitación de los profesionales, frecuentación y tiempo de la intervención, así como el compromiso de consentimiento informado para el cumplimiento de las condiciones del tratamiento. Estos estándares deberían consensuarse para toda la Comunidad Autónoma. Estas

condiciones permitirían, por un lado, garantizar la calidad de esta prestación sanitaria, con un uso racional de los recursos y, por otro, apreciar adecuadamente las necesidades asistenciales y por tanto de recursos para esta prestación.

3.2.2.3. Programa de Tratamiento Intensivo Comunitario para: TMG, T de Personalidad graves y TCA en todo el territorio de la Comunidad Autónoma. Incorporados y organizados de forma adaptada a las características geográficas de cada UGC, implantados en USMC, HDSM y URSM según niveles de efectividad.

3.2.2.3.1. Incremento y definición de los programas de intervención psicoterápica a desarrollar en todos los dispositivos de Salud Mental del SSPA, estableciendo unos mínimos de condiciones de duración, frecuentación y características de calidad para estos trastornos siguiendo las recomendaciones de los PAI correspondientes.

3.2.2.3.2. En las UHSM establecer actividades e intervenciones de manera que se mejore el clima terapéutico, la prevención de situaciones de agresiones, la participación de pacientes y familiares en su funcionamiento, ampliando su transparencia, el respeto por los derechos humanos y evitar las medidas coercitivas.

La cartera de servicios de este dispositivo hospitalario debería ir evolucionando a diseñar Planes de Intervención de la Crisis adaptado a cada caso, de tal manera, que la hospitalización en esos espacios se entendiera como lugar y tiempo para el diagnóstico, evaluación y abordaje del fracaso del Plan de tratamiento ambulatorio, estableciéndose así un momento puente de aclaración y afrontamiento de las circunstancias precipitantes de la crisis.

3.2.2.3.3. Las CTSM deben orientarse a definir una cartera de servicios siguiendo los PAI de las personas con TMG con un objetivo de lograr un proyecto de recuperación de futuro sobre el que trabajar como Plan Individualizado de Tratamiento para su estancia en este tipo de recurso.

Dada la casuística ya conocida y sus resultados, incluyendo las dificultades que aparecen en determinadas situaciones, sería necesario plantear la creación de algunas CTSM específicas en la Comunidad Autónoma dirigidas a pacientes con especiales

características clínicas como personas con Psicosis y Adicciones (en estos casos serían aprovechables recursos de la red de adicciones) y personas con TLP necesitadas de espacios y condiciones en la hospitalización que hacen dificultosa su atención compartida con la situación clínica, personal y terapéutica de otro tipo de pacientes.

3.2.2.3.4. FAISEM:

Es necesario insistir, en una mayor expansión de FAISEM en todos y cada uno de los programas que ha venido realizando. Aún quedan zonas de nuestra Comunidad Autónoma que requieren una mejora de recursos intersectoriales para personas adultas. También es necesario extender la atención de esta Fundación a los menores en aspectos específicos para esta población, especialmente en lo que se refiere a posibilitar su currículum de formación y la ocupación del tiempo de ocio y actividades al aire libre.

Por otra parte, se necesita mejorar en la coordinación entre FAISEM y los Servicios de Salud Mental del SSPA. Se requiere un mayor y mejor trabajo conjunto de ambas redes, incluyendo la conformación de equipos mixtos para aquellas acciones e intervenciones en el ámbito comunitario común, evitando duplicidades y ganando en efectividad.

En concreto, respecto de sus programas:

- P. Residencial: incremento de recursos humanos e infraestructura para atención comunitaria y domiciliaria de personas con TMG. Incremento y desarrollo de las viviendas supervisadas como el principal soporte habitacional para los pacientes. Completar con criterio de equidad la tasa de plazas en la red de Casas Hogares.
- Incrementar la red de Centros de Día en la Comunidad Autónoma.
- Recuperar primero, y desarrollar después, la red de talleres ocupacionales diversificados e integrados en recursos propios de la comunidad
- Incrementar los programas de formación e integración laboral.

- Mejorar la intersectorialidad, como expresión de la complementariedad entre los recursos disponibles en el SSPA, FAISEM y MMAA para personas con TMG.

3.2.2.4. Programa de Enlace.

Al formar parte las UGC de Salud Mental de la Atención Hospitalaria, hay pues una relación con otras especialidades hospitalarias con las que se hace necesario desarrollar Programas de Enlace para la cooperación con ellas. Es otro aspecto a incluir en la definición de la cartera de servicios de cada UGC. Sin embargo, no debemos dejar fuera del desarrollo particular de este programa una tercera pata imprescindible para desplegarlo con coherencia y efectividad, incluyendo a la Atención Primaria como un elemento más del Programa de Enlace. La mejor garantía de establecer una complementariedad y continuidad entre salud mental y salud corporal es incluir al primer nivel de atención sanitaria estas actividades de enlace.

3.2.2.5. Programa de Cooperación Intersectorial.

Como se comentó anteriormente, para el desarrollo de toda cartera de servicios en nuestro ámbito y en este campo de la atención a los problemas de salud, se necesita de la coordinación, o mejor, de la cooperación. Es preciso hacerlo en todos los campos que tengan repercusión sobre la persona atendida, creando esas redes para dar respuesta a las necesidades de la ciudadanía con problemas de Salud Mental. Concretamente para el logro de este objetivo deberían estar presentes en esas redes además del SSPA y FAISEM, como instituciones sobre las que se deposita a la atención sanitaria y sociosanitaria, Educación, Servicios Sociales y Justicia como mínimo. Esta estrategia de trabajo en red es imprescindible para un buen desarrollo del llamado modelo comunitario.

3.3. Recursos Humanos.

Poner en marcha, desarrollar y cumplir la cartera de servicios definida anteriormente, requiere, como vimos en el análisis de situación en sus conclusiones, incrementar los recursos humanos y de todas las profesiones que integran los servicios especializados de salud mental y adicciones y poner especial énfasis en el desarrollo de programas de actuación comunitaria. Empezando por la cooperación con Atención Primaria, implicando e incluyendo a todos los profesionales de los servicios

especializados de salud mental de las USMC y de las Centros de Atención a Adicciones y de todos los profesionales de la Atención Primaria.

El incremento de Psiquiatras y Psicólogos Clínicos permitiría aumentar las intervenciones psicoterapéuticas a en general en todos los trastornos; esto implica incremento de su tiempo por intervención y en la frecuencia y cantidad, acorde con las recomendaciones de la evidencia. Este incremento iría también en la dirección de mejorar los programas de tratamiento intensivo para trastornos de la personalidad, primeros episodios psicóticos, estado mentales de alto riesgo en adolescentes, trastornos mentales graves, la mejora de la atención a los menores en general, acercando la atención a su hábitat, y en aquellos casos con necesidades de atención intensiva. Y junto al incremento, una distribución que elimine la desigualdad y disparidad entre los servicios y que realmente sea equitativa.

También quedaría mejorada la calidad de las intervenciones de otros profesionales, Enfermeras Especialistas de Salud Mental, Trabajadoras Sociales, Terapeutas Ocupacionales, Auxiliares de Enfermería y Monitores Ocupacionales.

Cuantitativamente, queda claro que el incremento necesario de los profesionales en general que debe ir acercando, al menos, las tasas de nuestra Comunidad Autónoma a las tasas medias del entorno europeo. Esto es claro al menos en profesiones como los Psiquiatras, Psicólogos Clínicos y Enfermeras Especialistas en Salud Mental. En primer lugar, si nos fijamos en los números europeos, como ya comentamos, constatamos que no hay diferencias entre Psiquiatras y Psicólogos Clínicos, por lo que se deben igualar las tasas de ambos profesionales. Es claro también el déficit en cuanto al personal de Enfermería, claramente de Enfermeras Especialistas de Salud Mental. Al margen del incremento necesario en número de recursos, todos deben ser ocupados por enfermeras especialistas en Salud Mental, anulando la discriminación actual entre dispositivos. También, el aumento de Auxiliares de Enfermería, profesional que realiza un complemento a las tareas de los cuidados de gran eficacia y resultados. Otro colectivo que es necesario incrementar en la atención comunitaria, en un desarrollo de los servicios orientados a la recuperación, es el de Terapeutas Ocupacionales y Monitores Ocupacionales, además de completar un déficit histórico en algunas UGC de Trabajadores Sociales, así como de

Administrativos; su escasez hace que se ocupen innecesariamente otros profesionales de tareas administrativas no correspondientes a su función.

Otro parámetro a tener en cuenta a la hora de la distribución en la mejora de los recursos es tener en cuenta la situación de cada UGC. Para empezar, existen notables diferencias en Andalucía entre ellas, por lo que las tasas de profesionales de las UGC deben ajustarse a las poblaciones que atienden. También han de tenerse en cuenta la accesibilidad a los servicios, la ruralidad y la dispersión. Hay áreas geográficas que concentran recursos especializados de salud mental de los que sólo se benefician fundamentalmente las capitales de provincia o las poblaciones cercanas. Deben establecerse pues criterios de equilibrio de estas variables.

A tenor de los números expuestos en el análisis de situación, y realizando un cálculo que nos acerque a la media estatal de profesionales, los incrementos necesarios por profesionales estimamos que serían:

Por lo que se refiere a Psiquiatras y Psicólogos Clínicos, dada la diferencia entre ellos y la necesidad de ir equilibrando la presencia de ambos, proponemos un incremento global de entre 600 y 700 Facultativos a distribuir entre todas las UGC y con una proporción de 2 a 1 a favor de Psicólogos Clínicos con la idea de igualar su presencia a la de Psiquiatras. El cálculo de estas estimaciones no ha tenido en cuenta los recursos que se integrarían en la red de salud mental provenientes de la red de adicciones. Sin embargo, los recursos actuales de esta red requieren ser evaluados y ser ajustados de modo adecuado, tanto cuantitativamente como cualitativamente, en qué y cuánto incrementaría la red de salud mental. Hay que tener en cuenta que atienden ya a una población con un trastorno mental. Es decir, no vendrían a incrementar los recursos de salud mental actuales pues ya están siendo empleados en la atención a esas personas.

En cuanto a la Enfermería, proponemos un incremento en Enfermeras Especialistas en Salud Mental de alrededor de 150 a incluir en las USMC. En cuanto a Auxiliares de Enfermería, proponemos que se incrementen hasta completar una tasa de 1 Auxiliar de Enfermería por cada Enfermera Especialista en dispositivos de atención comunitaria (USMC, USMIJ, HDSM y URSM).

Para llegar a la tasa media estatal en Trabajadores Sociales serían necesarios 45 Trabajadores Sociales.

Por lo que se refiere a Terapeutas Ocupacionales, hasta ahora, han sido recursos que se emplean en dispositivos de atención hospitalaria o intensiva, como USMIJ, HDSM, URSM y CTSM. Pensamos que deben incorporarse a las USMC. La atención a muchos pacientes con TMG se ve privada de la acción de estos profesionales y la cartera de servicios por tanto mermada. Su actividad es de gran rentabilidad para la mejora del proceso de recuperación de los pacientes. Nuestra propuesta en este sentido va por incorporar estos profesionales a las USMC en una cuantía de 1 por 100.000 habitantes, lo que nos lleva a contar con un total de unos 85 para la Comunidad Autónoma. En la misma línea que los Auxiliares de Enfermería, propondríamos la inclusión de 1 Monitor Ocupacional por cada Terapeuta Ocupacional.

Por último, respecto de los Auxiliares Administrativos, habría que revisar la presencia de 1 Auxiliar Administrativo por cada dispositivo, y en el caso de las USMC, ampliar, por las tareas administrativas, especialmente las relacionadas con el contacto con los pacientes, el disponer de 1 Auxiliar Administrativo por cada 100.000 habitantes o fracción superior a 50.000.

Poder establecer esta meta en cuanto a recursos somos conscientes que se requiere hacer un esfuerzo a lo largo de varios años. Además, ese esfuerzo debe comenzar por incrementar el número de profesionales en formación especializada (Residentes de Psiquiatría y Psiquiatría del Niño y del Adolescente, de Psicología Clínica y de Enfermeras Especialistas en Salud Mental). En número, pero también cualitativamente orientados en su formación hacia el modelo de atención que proponen hasta ahora los responsables de la atención sanitaria a la población de Andalucía y que se ha ido explicitando en los diferentes Planes Integrales de Salud Mental. Especialmente cuidando formar en competencias que favorezcan un trabajo en red, intersectorial y que fomente una actitud de ayuda psicológica y psicoterapéutica y de respeto por los derechos humanos.

3.4. Infraestructura y equipamiento.

- a. Integrar todos los dispositivos de los servicios de salud mental en edificios que cumplan los requisitos de espacios sanitarios. A ser posible incluidas en infraestructuras del SSPA.
- b. Cumplimiento de la legislación para la atención a los menores.
- c. Mejorar las infraestructuras de las UHSM en cuanto a dimensión, condiciones de seguridad y confortabilidad.

- d. Mejorar las infraestructuras de las CTSM en cuanto a dimensión, condiciones de seguridad y confortabilidad.
- e. Mejorar los recursos de teleasistencia para: la coordinación entre profesionales sanitarios, el contacto con los pacientes atendidos, el desarrollo de aplicaciones para móviles dirigidos a colectivos de pacientes con especiales necesidades de atención, sustituir la consulta telefónica por la videoconferencia con teléfonos corporativos.

3.5 Atención a las Adicciones.

Resumimos aquí una serie de propuestas clave para la legislatura actual:

- a. La transferencia de competencias a la Consejería de Salud y Consumo es un primer paso que celebramos, pero han pasado 5 años sin abordar la integración funcional y orgánica de los servicios, aun sabiendo las dificultades que esta tarea entraña, de la que ya tuvimos experiencia, y que probablemente ocupe una legislatura completa.
- b. De forma inmediata, se tendría que trazar un cronograma para establecer, al menos, la integración funcional entre ambas redes de atención (adicciones y salud mental).
- c. Distinguir entre una atención no especializada a las personas con problemas de adicciones, descansada en Atención Primaria, incluyendo parte de los recursos de la red de adicciones (médicos) en la estructura de apoyo en los Distritos (al modo de Rehabilitación o Bucodental), y que podría encargarse de la acogida, atención a la cronicidad que no requiere intervención especializada (programa de metadona, que ya se hace) y de incluir las acciones de prevención en el conjunto de estos programas de Atención Primaria.
- d. La atención especializada de tratamiento comunitario-ambulatorio debería estar al nivel de las USMC, aunque no sería contradictorio con que el mapa de servicios se mantuviera como está y ver si la evolución posterior obliga a reajustes.
- e. Revisar el número de Unidades de Hospitalización para la desintoxicación, según las necesidades existentes.
- f. Caminar hacia una distribución más territorializada de las Comunidades Terapéuticas e introducir la especificidad de algunas de ellas para los pacientes psicóticos con adicciones.

- g. Establecer criterios cuantitativos y cualitativos para la red de apoyo social a estas personas: viviendas de apoyo al tratamiento y a la reinserción, centros de día, integración laboral, etc.
- h. Incorporar de forma progresiva a profesionales especialistas en esta red: psiquiatras y psicólogos clínicos. Incorporar a la enfermería especialista de Salud Mental, prácticamente inexistente.
- i. Concretar la cartera de servicios a esta nueva realidad, estableciendo indicadores de demoras, actividad y resultados.
- j. Establecer conexión entre las aplicaciones de ambos sistemas para compartir información.
- k. Elaborar un nuevo Plan Integral de Salud Mental y Atención a las Drogodependencias y Adicciones (PISMADA) que contemple líneas estratégicas y objetivos que progresen en la integración y desarrollo de los servicios.

4. CONCLUSIONES FINALES.

Comenzar por insistir en la orientación de los servicios. Volviendo al apartado 1 del Análisis de situación, “la reforma de la reforma” no puede ir ni por el camino de retomar una actitud “paternalista” y biologicista ni ir hacia un nihilismo asistencial basado en una autonomía irrealista apoyada de manera exclusiva en la ayuda mutua o en un negacionismo del trastorno mental. Debemos seguir profundizando en una orientación comunitaria de la salud, que incluya lo mental, acercándonos así en una salud centrada en la persona. La propia pandemia a puesto nuevamente esto como prioridad, al margen de destapar la precariedad de los servicios. Lo mental se ha hecho presente de una manera global, evidente, incluyendo a menores y mayores, ciudadanos en general y personas con trastornos mentales, profesionales sanitarios, y no sanitarios, y usuarios de los servicios de salud, servicios sociales, educación, etc. Todo ello ha puesto de manifiesto la necesidad de cuidar de lo mental de modo universal y de forma accesible.

Siempre debemos mantenernos atentos ante la vulneración de los derechos de los pacientes. Estamos viendo de manera palpable como el respeto por los derechos no están garantizados para siempre y cómo son violados, por lo que debemos tener siempre una actitud vigilante. Para ello, debemos fomentar cada vez más la participación de los protagonistas en su proceso de atención, caminar hacia la supresión de las medidas coercitivas y combatir las actitudes estigmatizantes.

Para poder continuar el desarrollo y la mejora de la atención a la salud mental, necesitamos más recursos. Muchas de las propuestas expuestas, no sólo las cuantitativas, sino especialmente las cualitativas, no se pueden llevar a cabo sin al menos los incrementos en los recursos propuestos. Sin embargo, el incremento no debe ser sólo cuantitativo; los programas de formación deben estar orientados a una comprensión de la psicopatología centrada en la persona y sus relaciones, que tenga en cuenta su contexto familiar, social, económico, lo que permitirá tener una visión holística y establecer, con la cooperación de todos los profesionales y la participación de las personas atendidas, un plan de tratamiento orientado a la recuperación. No obstante, esta inquietud por la formación en esta área de capacitación debe llegar todos los profesionales que vayan a intervenir sobre personas expuestas o con presencia de malestar mental, en la

adquisición de competencias para poder intervenir sobre lo mental (emocional, comportamental, ...).

Por último, esta misma realidad de la pandemia nos ha evidenciado que la incertidumbre, la inseguridad, el cuestionamiento de la omnipotencia y de la omnisciencia, y otras variables que cuestionan elementos ideológicos hegemónicos hasta este momento, a los que no se quiere renunciar, y que además contribuyen a la conformación de elementos que se incorporan a la identidad como valores, ideales, deseos y comportamientos, hacen a las personas más frágiles y vulnerables en las circunstancias actuales y les disminuye su capacidad de resiliencia. Es otro elemento de reflexión para insistir en que necesitamos una psicopatología basada en la persona y en sus relaciones. Y desde una perspectiva de la conciencia social y de las características que deben tener las instituciones sociales, concebir y consolidar los servicios públicos, como garantía de atender lo colectivo, de lo público y lo global.