

En Andalucía, a 30 de Agosto 2025

La Asociación Andaluza de Profesionales de Salud Mental, como sociedad científica multidisciplinar mayoritaria entre profesionales del ámbito de la salud mental en nuestra comunidad autónoma, y tras consultar con sus socias la propuesta inicial del Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones (PESMAA), plantea las siguientes aportaciones y alegaciones al documento:

Esta sociedad científica agradece que la elaboración de la propuesta de PESMAA haya partido de un diagnóstico participativo con representantes del tercer sector de la situación de la salud mental en nuestra comunidad autónoma; y comparte en términos generales, la identificación de problemas, necesidades y retos planteados en dicho documento.

Nos preocupa, sin embargo, que el PESMAA carece de cronogramas de acción y no aborda fallos reconocidos como sistémicos como la ratio de profesionales, no hay criterios de distribución equitativa de recursos, ratios de población, hojas de ruta por provincia o UGC para la creación de nuevos dispositivos como hospitales de día IJ, ETIC, o programas de psicoterapia, entre otros. Pensamos que esta falta de concreción pueda privar al documento de la sostenibilidad financiera necesaria para su desarrollo. Es por ello, que consideramos que una concreción sobre los recursos necesarios para llevar a cabo las estrategias aquí propuestas, pueda favorecer un compromiso político para que este PESMA-A no quede en otro documento más y pueda suponer un plan de actuación operativo que ayude a mejorar la asistencia en Andalucía a la salud mental de su población y desbloquee el estancamiento en el que se encuentra actualmente nuestro sistema.

Puesto que está vigente el plazo de alegaciones, queremos dejar por escrito los aspectos que consideramos de relevancia para el mejor desempeño de nuestra labor con personas con sufrimiento psíquico en la red de atención sanitaria pública de Andalucía, para que sean tenidas en cuenta por las personas responsables de la elaboración y puesta en uso del PESMAA :

Áreas de mejora detectadas

- Ambigüedad en financiación y recursos: El plan expone objetivos ambiciosos, pero no concreta compromisos presupuestarios ni ratios de profesionales. Existe riesgo de que quede en una declaración de intenciones sin dotación real.
- Falta de anclaje normativo en derechos humanos: Aunque se menciona la dignidad y la no discriminación, no se referencia de forma explícita la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) ni otros tratados internacionales. Esto resta fuerza jurídica a las medidas.
- Tratamiento insuficiente de las prácticas coercitivas: No se abordan con claridad los internamientos involuntarios, sobremedicalización o contenciones mecánicas, que son cuestiones críticas desde un enfoque de derechos humanos.
- Participación limitada: Se habla de participación de usuarios y familias, pero solo en espacios consultivos, no en órganos con poder de decisión. Esto limita la democratización de la gobernanza sanitaria.
- Interseccionalidad poco desarrollada: Aunque se mencionan colectivos específicos, falta una estrategia clara sobre cómo se articularán políticas transversales frente a desigualdades de género, clase, etnia o migración.

Propuestas concretas de mejora por líneas estratégicas

Línea 1: Promoción y prevención de los problemas de Salud mental y adicciones:

- Inclusión de propuestas concretas en prevención del trauma en edades tempranas: apoyo psicológico, educación a familias y otras medidas para evitar revictimización como respuestas legales ágiles.
- Concreción sobre los métodos para la detección y atención precoz de las personas con problemas de adicciones y/o salud mental
- Labores preventivas relacionadas con la educación y estrategias políticas concretas que puedan incidir sobre el estigma en salud mental

Línea 2: intervención comunitaria en SM y adicciones

- Sobre Fomentar un modelo comunitario y mejorar la coordinación Salud Mental, Adicciones en Atención Primaria. Falta cronograma y concreción, se entiende que la contratación de 350 profesionales es para cada Zona Básica de Salud. Proponemos que se termine con el proyecto de incorporación de FEA de Psicología clínica en cada USMC y se avance hacia FEA por cada ZBS priorizando zonas de difícil cobertura.
- .- Sobre Uso racional de medicamentos. Se echa de menos una propuesta más ambiciosa sobre la reducción de psicofármacos. formación y motivación para la desprescripción.

También la búsqueda de oportunidades como el posible trasvase de la reducción en el consumo conseguido al desarrollo de otros programas como el de psicoterapia. Por ej. El consumo estimado de antidepresivos anual en Andalucía es superior a los 30 millones de euros. Podría reducirse con objetivos y trasvasarlo a las necesidades descritas.

- Centros de escucha en grandes ciudades. Contratación de agentes de apoyo mutuo según ratio de asistentes.

- Cronograma de contratación y determinación de profesionales por USMC para el objetivo de disminuir las conductas suicidas y su impacto social. Propuesta de contratación de FEA por cada USMC para intervención psicoterapéutica intensiva de corta duración y enlace con programas de continuación de tratamiento intensivo si precisara.

Línea 3: Salud mental y Adicciones en población infanto-juvenil

- Falta cronograma y concreción de subequipos de infanto juvenil por USMC.

- Hospitales de Día infanto juveniles (HDIJ). Proponemos que se expliciten los estándares mínimos de un HDIJ y un cronograma de su implantación.

- No aparece la propuesta de una Hospitalización de media estancia entre las prioridades de los equipos profesionales consultados para la elaboración de este PESMAA y, sin embargo, es una de las acciones que se ha priorizado. Desde la AAPSM consideramos que se debe colocar de forma preeminente la atención comunitaria en infanto juvenil en los subequipos de USMC y HDIJ, y vincularlos entre sí como forma de intensificar los tratamientos en el entorno habitual el/la menor sobre la respuesta hospitalaria

- Falta definir y concretar en qué va a consistir la atención residencial a personas jóvenes con diagnóstico de trastorno mental grave.

Línea 4: Casos complejos

- En el texto se asume que *“Las personas con TMG no reciben la atención psicológica necesaria ya que la absorben otras patologías”*. Es por ello, que consideramos prioritario que se concreten los recursos y programas que se van a destinar a la atención de personas con diagnóstico de trastorno mental grave. Por ejemplo, si se van a dotar los ETIC/ETAC de recursos para alcanzar estándares de calidad óptima, que se concreten cuales serán esos estándares y cómo se van a implantar.

- No se hace énfasis en intervenciones psicoterapéuticas individuales o grupales para priorizar la atención a estos colectivos. Hay tipos de psicoterapia e intervenciones terapéuticas más especializadas en personas con psicosis y trastornos graves que deberían ser conocidas y utilizadas desde nuestros Servicios. Por lo que se podrían incluir

formaciones periódicas y actualización en abordaje psicológico y acompañamiento de estas personas.

-No se explicita el documento marco como se aumentará las plantillas en cada UGC para los programas de Hospitalización Domiciliaria.

-Según se recoge en el texto, en los grupos focales de la elaboración del PESMAA, los agentes consultados aquejaban la falta de dotación de las Unidades de enlace e interconsulta a nivel administrativo y estructural, así como en dotación de personal en la mayoría de UGCSM. Pese a ello, el PESMAA no prevee objetivos concretos sobre la consolidación de estos equipos a pesar de que son parte importante de la atención de personas diagnosticadas de TMG con alta vulnerabilidad, TCA y en los circuitos de atención inmediata del riesgo de suicidio.

Línea 5: Humanización, garantía de derechos y participación social.

- Facilitaría la consecución de objetivos, la formación en bioética para todos/as los/as profesionales.

-Proponemos la inclusión de todas las UGCSM de Andalucía en el programa Quality Rights de la OMS, del que ya participan otras Comunidades Autónomas.

-Sobre el Programa para reducir el uso de alternativas a las medidas coercitivas en dispositivos de salud mental y adicciones, consideramos que ayudaría dinamizar la actividad de tarde en las UHSM, para lo cual, proponemos el cambio gradual de TCAE en estas unidades por monitores ocupacionales

-Solicitamos se continúe con el registro de indicadores de mejora en la reducción de Contenciones mecánica con la monitorización que se está llevando hace años en todas las UHSM.

-Proponemos mayores garantías en la indicación de involuntariedad y en los tiempos de revisión de cualquier indicación coercitiva. Pensamos que una propuesta útil pueda ser potenciar la presencia de un abogado en las decisiones involuntarias, ya que es una figura contemplada en nuestra legislación actual.

-Sobre la inclusión de Agentes de Apoyo Mutuo falta concreción sobre contrataciones y su respectivo cronograma. No se tiene en cuenta a todo el tejido asociativo participante en este proyecto, incluyendo aquellos ajenos a la federación "En primera persona".

-Sobre los Sistemas de Información no hemos encontrado ninguno item que busquen detectar la efectividad de las intervenciones realizadas, tanto psicológicas como farmacológicas como sociales o de otro tipo, lo que daría una información realmente

importante para estudios basados en dichos datos de la efectividad de nuestro trabajo diario y las medidas propuestas en este PESMAA.

Por último, hemos encontrado una errata en el texto:

Pag 4) del Anexo) El P.09.02 se repite en el P.09.3.

Falta pues, el P09.03: “Programas para el uso de alternativas a las medidas coercitivas en dispositivos de salud mental y adicciones ((comunidades terapéuticas de adicciones, VSR, VST, unidades de hospitalización de la red de salud mental, casas hogar y viviendas tuteladas FAISEM).

Para acabar nuestra alegación, tras estas propuestas de mejora, solicitamos que sobre el documento final haya un compromiso político que garantice:

1. Compromiso presupuestario firme

- Asegurar financiación estable y suficiente.
- Transparencia en la ejecución del presupuesto y rendición de cuentas anual.

2. Enfoque de derechos humanos vinculante

- Alinear el plan con la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).
- Progresiva eliminación de prácticas coercitivas y fomento de alternativas comunitarias.

3. Participación vinculante de la ciudadanía

- Incluir a usuarios, familias y entidades sociales en órganos de decisión con poder real, no solo consultivo.

4. Cambio estructural del modelo asistencial

- Reforzar la atención primaria y comunitaria, descentralizada y accesible.
- Priorizar la inclusión social, laboral y educativa de las personas con problemas de salud mental y adicciones.

Junta directiva AAPSM- AEN