

1. Actuaciones relevantes del dPA

1.1. Bioética y salud mental

1.1.1. Introducción

La importancia de dar a la **salud mental** de las personas una atención adecuada como elemento imprescindible del bienestar individual y colectivo es una realidad que ya nadie ignora, hasta el punto de ser concebida como una **necesidad de alcance transversal**, no limitada únicamente a la respuesta que deba darse desde los recursos del sistema sanitario.

Desde esta concepción global y en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) contemplados en la Agenda 2030, garantizar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades requiere tanto acciones del sistema sanitario específicamente dirigidas a la prevención, el tratamiento y la promoción de la salud mental y el bienestar, como de intervenciones en aquellos otros ámbitos que condicionan negativamente la salud mental y el bienestar de las personas.

El propósito es verdaderamente ambicioso, porque no solo requiere un enfoque sanitario, sino, en un plano más amplio, actuar sobre los factores culturales, medioambientales y de organización social y económica, que por generar desigualdades y entornos de vida hostiles influyen en el deterioro del bienestar y afectan a la salud mental de las personas.

El bienestar o malestar emocional se convierte así en un indicador centinela situado en la antesala del problema de salud mental, que centra su campo de actuación en el plano preventivo y proporciona la alerta para una detección precoz de enfermedad, especialmente importante en el momento vital de infancia y adolescencia, así como para las personas con trayectorias vitales sujetas a factores de vulnerabilidad.

En este momento es especialmente apreciable la contribución que aporta la comunidad educativa, los profesionales de los servicios sociales y las entidades del tercer sector.

La escueta expresión **“salud mental”**, por su parte, oculta bajo su manto todo un mundo infinito y, en cierto modo ignoto, de síntomas, diagnósticos, itinerarios asistenciales, tratamientos, pronósticos, evoluciones, desequilibrios vitales y consecuencias diversas en las aspiraciones personales, en las relaciones familiares y sociales y en las realizaciones académicas y profesionales.

De ahí la relevancia de un abordaje temprano y eficaz, con la intervención de dispositivos y tratamientos adaptados al tipo de trastorno y a sus síntomas y con la intensidad y seguimiento precisos.

La incompreensión que a menudo acompaña a las personas alcanzadas por algún tipo de trastorno en su salud mental hace preciso romper el aislamiento tejido en torno a ellas por un silencio ensordecedor y por miradas recelosas, que parecen culparlas por una fragilidad que causa rechazo en una sociedad competitiva, acostumbrada a encumbrar la fortaleza.

Han sido muchas las víctimas, no ya de la quiebra de su salud mental, sino del estigma asociado a la misma. Pero al fin hay esperanza, el velo del silencio ha caído, suavemente rasgado por voces cada



vez más unánimes que comparten la importancia de dar visibilidad a la realidad multiforme de la salud mental, por cuya espiral nadie está libre de deslizarse.

Crear conciencia, naturalizar esta necesidad, conocer su entidad, detectar sus puntos flacos, ahondar en las opciones de respuesta y sentar las bases que permitan caminar hacia un mejor horizonte, ha sido la contribución pretendida por el Defensor del Pueblo Andaluz en 2023, desde el fundamento de que la atención a la salud mental es, ante todo, un derecho y la convicción alcanzada tras 40 años como Institución de garantía de los derechos humanos de que **no podemos asumir como normal lo inaceptable**.

La defensa de los derechos en el ámbito de la salud mental forma parte ineludible de las actuaciones de esta Institución, cuyas principales carencias y demandas recogemos en los sucesivos **informes anuales**, ofreciendo el testimonio personal que nos confían las personas afectadas, la angustia de su familia más cercana y las reivindicaciones de las asociaciones o entidades que dedican su labor a contribuir a su mejora.

Dentro de las intervenciones específicas, han sido diversos los **informes especiales** y singulares efectuados desde hace muchos años. Entre los primeros podemos citar los monográficos sobre la [situación de la salud mental en Andalucía](#), el centrado en la situación de las [personas con problemas de salud mental internadas en centros penitenciarios andaluces](#), el referido a las [personas drogo-dependientes en prisión](#) y el general sobre las [personas afectadas por drogas y otras adicciones en Andalucía](#).

De forma tangencial a la salud mental, han sido tratados los efectos perniciosos para personas menores procedentes del acoso escolar y del ciberacoso y de su exposición a la violencia de género, así como el chabolismo y la vulnerabilidad de la inmigración, mayor y menor.

Entre los estudios singulares hemos abordado la necesidad de que la **salud mental infantil y juvenil** sea una prioridad en las políticas públicas, así como el análisis de otros factores con influencia en este ámbito, como el que proviene del acceso de menores a material pornográfico en internet, a los juegos de azar y al consumo de alcohol y la incidencia de la pobreza infantil.

La iniciativa del Defensor en 2023 ha consistido en tender la mano a todos aquellos que deben y pueden aportar la imagen más fidedigna, realista y plural de las bases que precisan bienestar emocional y salud mental, dándoles voz a través de tres foros, partiendo de un concepto trascendental aplicado a la salud mental, el de la bioética, entendida como el conjunto de principios y valores que han de inspirar en este ámbito una respuesta acorde con la dignidad del ser humano como sujeto de derechos.

La jornada inicial, titulada [Bioética y Salud mental: raíces comunes en la atención a los mayores, infancia y adolescencia](#), permitió conocer la visión general de la Administración competente en materia de salud y las políticas públicas dirigidas a la salud mental; obtener la opinión de profesionales que desempeñan su labor en este ámbito; y detectar las necesidades específicas de las personas en las etapas del comienzo y término de su vida, precisadas de instrumentos acordes con dichas etapas vitales.

La segunda jornada, bajo el lema [Bioética y salud mental: desafíos comunes en la población vulnerable](#), quiso hacer patente cómo incide la salud mental sobre las personas sometidas a especiales factores de vulnerabilidad social, en particular, las que viven en entornos desfavorecidos, las que pertenecen a determinados grupos sociales (caso de la población gitana y migrante), o las que han acabado recluidas tras los muros de un centro penitenciario.

La tercera jornada, organizada por Save The Children y la Defensoría de la Infancia y Adolescencia en Andalucía, con la colaboración del Ayuntamiento de Sevilla, se centró en la [Salud mental de infancia y adolescencia en Andalucía](#), ahondando en el bienestar emocional, en los factores preventivos y en el papel que deben desempeñar en este aspecto los profesionales de la salud, de la educación, los responsables de políticas públicas y los niños, niñas, adolescentes y sus familias.

En definitiva, lo trabajado por la Institución en 2023 permite ofrecer algunas conclusiones de conjunto que, partiendo del enfoque y planificación de la Administración sanitaria, se resume en la oportunidad crucial de prevención que puede desarrollarse en la etapa vital de la infancia y adolescencia como

momento idóneo en el que asentar unas bases sanas de bienestar emocional e higiene mental; el agujero negro en torno a la salud mental de las personas mayores, cuyos problemas de salud mental son subestimados y deficitariamente tratados; la garantía en derechos sociales que precisan los colectivos más vulnerables, como factor de prevención del trastorno mental secundario a ciertas situaciones de exclusión social; las vivencias de las familias; las reivindicaciones de las entidades del tercer sector; la pesadosa realidad de las conductas autolíticas; y la complejidad del abordaje a la patología dual sin vincular salud mental y adicciones.

1.1.2. El Plan de la Administración Sanitaria: Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A)

Las manifestaciones de los responsables de la Administración sanitaria demuestran que la salud mental ha dejado de ser el eslabón perdido de la salud, aunque tenga ante sí el reto de un largo y abrupto camino.

El posicionamiento de dichos responsables parte de un llano reconocimiento de las deficiencias en la atención sanitaria a la salud mental, incluida la infradotación de profesionales de sus diferentes perfiles y, por ello, la intención consecuente de dar respuesta a sus necesidades, actuales y emergentes, desde un nuevo enfoque de abordaje, sentando los pilares de un cambio de modelo que enfatice la prevención y la detección precoz, reconfigure sus estructuras y dispositivos y actúe de forma transversal.

El instrumento para ello es el anunciado **Plan Estratégico de Salud Mental y Adicciones de Andalucía** (PESMA-A), previsto para una horquilla temporal de cuatro años, 2024-2028, que además afrontará por primera vez el enfoque conjunto, integrado y coordinado de salud mental y adicciones, con recursos integrales para la atención a las personas afectadas por patología dual.

El PESMA-A será la herramienta básica para el desarrollo de las políticas de salud mental en Andalucía, propiciando un cambio de modelo, estrategias y orientación a **la prevención y planificación en detección, intervención temprana, atención a los suicidios y adaptación a los diferentes colectivos, dentro de la debida perspectiva bioética de respeto a derechos, valores y cuidados.**

El reto expresado es alcanzar una buena salud mental, con énfasis en el diagnóstico precoz y la mejora en la atención y los recursos a disposición de las personas con diagnóstico de salud mental.

El Plan se concibe como un instrumento pragmático, adaptable y en evolución, que fijará objetivos a corto, medio y largo plazo y contará con la metodología que permita evaluar los resultados de sus medidas y acciones, corregir las desviaciones y mejorar las decisiones.

Se define igualmente como un plan que persigue dar transversalidad a la salud mental que, como problema complejo de responsabilidad individual y colectiva, precisa el enfoque desde diferentes ángulos y, con ello, la implicación de todas las instituciones, administraciones, especialmente la educativa, y de entidades e interesados.

Antes de exponer las demandas expresadas por colectivos específicos o en relación con aspectos concretos de la salud mental, hemos de señalar que es petición común en todas las reivindicaciones la que se refiere a la mejora de la ratio profesionales (psiquiatras, psi-

Las manifestaciones de los responsables de la Administración sanitaria demuestran que la salud mental ha dejado de ser el eslabón perdido de la salud

cólogos y de otros perfiles); la petición de un modelo de tratamiento biopsicosocial, que permita un tratamiento terapéutico y no solo farmacológico y un menor consumo de psicofármacos; y las demandas de formación específica en salud mental.

1.1.3. La atención al bienestar emocional y a la salud mental de la infancia y adolescencia: promoción, prevención y detección e intervención temprana

Si el descrito es el trascendente cometido que se ha impuesto la Administración sanitaria y la prevención y detección precoz sus instrumentos más destacados, debemos conocer cuáles son los problemas a solventar en el camino emprendido, comenzando por la raíz, es decir, por cómo evitar que la infancia y adolescencia acabe convirtiéndose en una generación de adultos heridos.

Los responsables públicos sostienen que los problemas de salud mental infanto-juvenil constituyen una realidad cuyo incremento cuantitativo se ha constatado, que desborda la capacidad de respuesta del sistema sanitario y hace que no sean idóneos sus actuales instrumentos.

En datos, algunas encuestas indican que nuestro país es el territorio de la UE con mayor prevalencia de trastornos mentales en niños y adolescentes de 10 a 19 años; que estos trastornos son más frecuentes en la adolescencia; que presentan más prevalencia en niñas que en niños, y que la pobreza es un factor de riesgo para ello.

Algunos estudios e investigaciones también reflejan que la pandemia ha disparado los ingresos de niños y adolescentes en hospitales psiquiátricos; que España es el país donde más ansiolíticos se consumen (11% de la población); que solamente el 36,6 % de los y las jóvenes en España afirma no haber experimentado ningún problema de salud mental en el último año.

Entre los **factores que pueden contribuir a la aparición de enfermedades mentales** en etapas tempranas, los expertos remiten a contextos familiares problemáticos y en crisis; a la familia nuclear y el modelo de padres-amigos; las redes sociales y presión del grupo (narcisismo, envidia social, quiebra en la comunicación, acoso y ciberacoso); los contenidos digitales; los entornos líquidos en las relaciones; las dificultades para gestionar conflictos; la identidad sexual; la soledad no deseada; el fallecimiento de un familiar; la importancia de la imagen corporal, y el consumo de tabaco o drogas.

El refuerzo del bienestar emocional y de la salud mental de la infancia y adolescencia se planifica en el **proyecto del PESMA-A** mediante **dos claves**, la promoción y la prevención. **Y una respuesta**, la detección e intervención temprana.

Se pretende para ello la **transformación del modelo de atención a la salud mental**, reforzando sus estructuras en la respuesta al grupo etario que va de los 8 a los 40 años, identificado como aquel en el que se concentra el mayor riesgo, prevalencia e incidencia de la patología de salud mental. Y dotado de dispositivos adecuados para el tratamiento, reforzando los destinados a dar respuesta a las fases tempranas.

La prevención precisa de **transversalidad** y en este ámbito el PESMA-A ha previsto la **implicación de la comunidad educativa**, asignando un papel central al trabajo en colegios e institutos, tanto de las enfermeras referentes escolares como de todas las personas y entidades interesadas, con acceso de todos ellos a la necesaria formación.

Entretanto ha tenido lugar la aprobación del **Plan Estratégico de Salud de la Infancia y Adolescencia de Andalucía 2023-2027**, publicado por [Acuerdo de 7 de noviembre de 2023, del Consejo de Gobierno](#).

Plan entre cuyas líneas de actuación también se contempla la atención a la salud mental de la infancia y adolescencia y que suponemos deberá conectarse y coordinarse con las medidas que prevea el plan

específico de salud mental y adicciones, el PESMA-A, para evitar el riesgo de caer en una redundancia de estrategias y planes desconectados cuyos resultados no trasciendan del papel.

Entre las **principales demandas** de la respuesta del sistema sanitario público a la salud mental de infancia y adolescencia, se citan las siguientes:

El refuerzo de la intervención de los equipos de salud mental comunitarios que permita dar respuesta a un incremento progresivo de demanda que no es de salud mental en sentido propio, sino que proviene de malestares de la vida cotidiana de los menores y sus familias, o de síntomas aislados subclínicos, no patológicos, que se enmarcan en un proceso evolutivo normal o provienen de carencias familiares, que solo necesitan de habilidades de autogestión y no de un diagnóstico ni de un tratamiento, ni merecen derivación.

Profesionales del ámbito comunitario señalan que el incremento de las demandas de atención sanitaria tiene fundamento en la falta de acompañamiento y escucha a los menores desde el mundo adulto y que esta demanda no clínica resta la atención adecuada a la que sí lo es.

En el plano preventivo destacan el papel de las Unidades de Salud Mental Comunitaria en el desarrollo de programas de atención comunitaria, actividades preventivas y de promoción de la salud, de cuidado, de rehabilitación y apoyo a la integración social

Desde los recursos especializados se alerta asimismo de la saturación de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil y se pide flexibilizar los protocolos de intervención de sus profesionales.

En lo alusivo al tratamiento, se expresa la conveniencia de transitar hacia un modelo biopsicosocial, que no se limite al tratamiento farmacológico e incluya terapias.

En el casos de infancia y adolescencia, en conclusión se hace patente que el bienestar emocional y la salud mental es una responsabilidad sobre todo colectiva y social.

1.1.4. La atención a la salud mental de las personas mayores: una asignatura pendiente

En relación con las personas mayores el problema es más preocupante, por su vacío, dado que presenta **dificultades en su detección**. La subestimación de síntomas que se achacan a la edad, impiden el posible diagnóstico y tratamiento.

No contamos prácticamente con datos sobre este problema en la Institución, salvo en los casos en que algún vecino, familiar lejano o entidad, alerta in extremis del desvalimiento y riesgo que corre una persona mayor que parece padecer algún trastorno mental y que vive sola, sin recursos, ni capacidad de autocuidado y sin tratamiento sanitario ni apoyo social.

La Administración sanitaria se remite a la existencia de programas no asistenciales, de índole preventiva y de cuidados, que pueden promover la salud en general (también la mental) de las personas mayores: Estrategia de Bioética, Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía, Estrategia de Humanización, o promoción del envejecimiento saludable.

Sin embargo, lo cierto es que **la salud mental de las personas mayores se presenta como la gran olvidada** y que sanitariamente no existe un enfoque particularizado en este tramo vital, que tome en consideración sus características propias, factores de riesgo y necesidades de abordaje de su salud mental. Lo que no deja de ser paradójico y un riesgo, si tenemos en cuenta los porcentajes de personas de este grupo de edad y la mayor incidencia del suicidio consumado dentro del mismo.

En el entorno de los **centros sociosanitarios** tampoco existe un modelo de atención sanitaria que comprenda específicamente la atención a la salud mental de las personas mayores que viven en residencias. De hecho, el sector demanda poder contar con **plazas de psicogeriatría** a disposición

de las residencias y la Administración sanitaria reconoce que el enfoque a la salud mental de estas personas debería contar con un proyecto específico, ya que todo el esfuerzo se diluye en la simple atención a la cronicidad.

Debemos recordar que en el ámbito psiquiátrico especializado europeo se considera que la atención a la salud mental de las personas mayores es esencial, en relación con elementos como la atención a las personas cuidadoras, la prevención en salud mental y la cohesión social.

Partiendo de que la **heterogeneidad de las personas mayores** como grupo de edad, supone que sus necesidades de salud están sujetas a abordajes individualizados, ya que no dependen de su edad, sino de la capacidad funcional de cada una, las conclusiones de los expertos son las siguientes:

1. Dentro del peso de los determinantes de la salud, los esfuerzos deben centrarse en la **prevención de los psicológicos y sociales**, que son los más relevantes.
2. En relación con la prevalencia, la **tasa global de enfermedad mental es mayor en la población menor de 60 años** que en la mayor de dicha edad, **con dos excepciones: demencias y trastornos afectivos (depresión, trastornos mentales)**.
3. **Los trastornos mentales son infradiagnosticados, infratratados** y dan lugar a consecuencias más severas, como el suicidio consumado.
4. **Las demencias deben tratarse psiquiátricamente**, no solo como trastorno neurológico, siendo fundamental el **diagnóstico precoz** y la **prevención**.
5. En el **modelo de salud ACP** (atención centrada en las personas), el sistema sanitario ha de ofrecer las herramientas para la toma de decisiones individuales y asunción de la autorresponsabilidad.
6. Es una oportunidad la integración de los **sistemas de salud y de intervención social** y la creación de **espacios sociosanitarios**.
7. **Deben desarrollarse programas específicos de prevención**: del suicidio, del aislamiento/soledad, del duelo, del deterioro cognitivo/demencia y del abuso.
8. En particular, **protocolos de detección del abuso en las personas mayores**.
9. **Formación** de los diferentes perfiles profesionales.
10. **Creación de estructuras asistenciales específicas**: atención a la salud mental de las personas mayores por Atención Primaria y salud mental, a domicilio y en residencias; cuidados intermedios de salud mental a mayores; creación de unidades de hospitalización psicogeriátrica y de unidades de convalecencia y cuidados paliativos dotadas de atención psiquiátrica.
11. **No existe atención psiquiátrica dentro de las propias residencias**, en las que si bien la Atención Primaria cubre los aspectos generales de salud física, es más infrecuente que los Centros de salud mental consideren dentro de sus responsabilidades la atención a los mayores.

1.1.5. La salud mental de los colectivos vulnerables: desafíos comunes

La salud en los colectivos vulnerables por factores de riesgo procedentes de sus circunstancias personales, culturales y sociales, tiene que ver con la respuesta que la sociedad ofrezca a estos colectivos.

La población de los centros penitenciarios, las personas que viven en zonas desfavorecidas, las que pertenecen a culturas no predominantes y la población migrante, requieren una respuesta en salud que va más allá del sistema sanitario, al vincularse a su desigualdad en derechos.

Son precisas por ello **políticas públicas que actúen sobre los factores de riesgo** que condicionan el problema de salud mental, desarrollando las acciones para la **reducción de la desigualdad** en todas sus manifestaciones, como propone la Agenda 2030 a través del ODS 10.

Los factores de riesgo que acechan a la salud mental de las **personas en centros penitenciarios** son plurales, dado que provienen de circunstancias previas a esta reclusión (escaso nivel educativo, precariedad laboral, bajo nivel socioeconómico, experiencia de malos tratos familiares, entorno social, drogodependencia y enfermedad mental), así como del propio entorno de privación de libertad.

La población reclusa, mayoritariamente masculina, presenta **altas tasas de enfermedad mental**, con especial presencia del trastorno mental grave, que superan las tasas presentes en la población general, siendo **más elevadas en el caso de las mujeres en prisión**, cuyos trastornos de salud mental ascienden al 85% y son mayores las conductas suicidas por razones vinculadas a la soledad y la privación de su rol de cuidadoras.

Especialmente vulneradora de derechos es la situación de privación de libertad de las personas condenadas por la comisión de un delito, para las que se acuerda el ingreso en un **hospital psiquiátrico penitenciario**, dentro de un sistema judicial inflexible que, por un lado, carece de los recursos de alta supervisión que precisarían quienes han cometido delitos muy graves y, por otro, en los graves, adopta abusivamente "conformidades" a las que, en realidad, es inducido el condenado y que prácticamente se deciden de espaldas a su comprensión y entendimiento.

Todo ello hace especialmente necesario que las personas que se encuentran en centros penitenciarios puedan acceder a un **tratamiento de salud mental adecuado y especializado**, obstando a ello la inequidad generada por la falta de integración de los servicios de salud penitenciarios, de ámbito primario y de los sanitarios especializados autonómicos.

En base a la ausencia de convenio entre el Ministerio del Interior y la Junta de Andalucía para la dispensación por el Servicio Andaluz de Salud de la atención sanitaria especializada, la reivindicación más rotunda es la de **materializar la transferencia de la sanidad penitenciaria**, facilitando entretanto el acceso por los profesionales sanitarios de los centros penitenciarios a la información de salud de los internos, a través de la **implantación en los mismos de la base de datos de usuarios que contiene la historia clínica**, y protocolizando prácticas de **colaboración interadministrativa**.

Otros aspectos de interés se concretan en la **mejora de los recursos sociosanitarios para la excarcelación** y, de forma relevante, en el tratamiento a **las adicciones**, dentro y fuera de prisión, debido al elevado porcentaje de personas que en el ámbito penitenciario presentan conductas adictivas y patología dual.

Como corolario de todo ello, destaca el importante papel que en el abordaje de la salud mental desempeña la **colaboración del Tercer Sector** con los centros penitenciarios.

La incidencia de la **salud mental de quienes residen en entornos vulnerables**, requiere no caer en el error de concentrar los esfuerzos y recursos solo en la prestación de servicios de tratamiento sanitario, siendo preciso **trabajar sus circunstancias personales**, reforzando vínculos alternativos, como la intervención planificada que ofrecen los profesionales de los servicios sociales, en coordinación con los dispositivos de salud mental especializados y, en particular, con los de salud mental de los menores.

En la **población gitana** la desigualdad social es un factor de inestabilidad en la salud mental que genera depresiones y trastornos de ansiedad, como estigma que se añade al del racismo; siendo también prevalentes las adicciones.

No obstante, la principal necesidad es realizar estudios que permitan obtener los datos sobre la salud mental en la población gitana, hasta ahora desconocidos.

Finalmente, el examen de la incidencia de problemas de salud mental en la **población migrante** reviste interés si tomamos en consideración su peso en nuestra sociedad: el 17,5% de la población que vive en España ha nacido fuera de nuestras fronteras y dentro de este porcentaje un 14% no ostenta la nacionalidad española.

Los expertos destacan que el **duelo migratorio** es un evento estresante o generador de ansiedad, pero no necesariamente patológico y que la persona migrante suele ser una persona sana, por su propia capacidad de abordar este reto vital, con menores tasas de enfermedad mental en origen, así como de suicidio.

La “psiquiatría transcultural” alude no obstante a **diversos factores acumulativos** que afectan a la salud mental de las personas migrantes, como la aculturación, la menor edad de migración y el mayor tiempo de residencia en el país ajeno (inmigrante exhausto).

Este último factor es especialmente relevante cuando el proceso de adaptación conduce a vivir en condiciones sociales y ambientales desfavorables, como las de las personas que viven en asentamientos, segregadas de la vida en sociedad como mera mano de obra sin igualdad de derechos.

Dentro de las **barreras**, se citan las dificultades de la detección precoz por la demanda más tardía de atención sanitaria y la inadecuación de los sistemas occidentales para abordar el diagnóstico y tratamiento de personas con diferentes percepciones culturales y sociales.

La conclusión es el **refuerzo de las políticas públicas encaminadas a superar las desigualdades**, la intervención de **equipos multidisciplinares**, la implicación de las personas afectadas en la **corresponsabilidad** del tratamiento y la **formación** de los profesionales.

1.1.6. La conducta suicida: una epidemia creciente

Dentro de la salud mental es obligado reparar en el grave problema de salud pública que representa la **conducta suicida**, por la devastación que produce tanto en la vida de quienes atentan contra sí mismos, como en la de sus seres queridos, arrasados bajo el peso del dolor de una ausencia traumática, o atemorizados por la incerteza de un nuevo intento.

Las estadísticas nos dicen que las conductas suicidas van en aumento, alzándose como la **principal causa de muerte no natural en nuestro país**, dentro de cuyo contexto Andalucía presenta una tasa (10,28%) que supera en dos puntos a la media nacional, con un total de 800 personas que perdieron la vida por esta causa en nuestra comunidad en el año 2022.

En el **suicidio consumado** más hombres (78%) que mujeres (22%) pierden la vida de este modo, cuyo principal foco de atención debe ponerse en las **personas mayores de 65 años**, que son las que cuentan con una tasa más elevada, sin perjuicio de que el suicidio suponga la principal causa de muerte adolescente.

En los **intentos de suicidio** atendidos en las urgencias de Andalucía en 2022, concretados en 5042 casos, el porcentaje mayor se perpetra por mujeres (67%), siendo del 8% los intentos procedentes de menores de edad y, dentro de estos, por menores en su etapa adolescente.

Estas cifras justifican la importancia de la prevención, la detección a tiempo del riesgo, la actuación diligente de los servicios de atención sanitaria urgente y el diseño de itinerarios de tratamiento accesibles y coordinados.

Esta Institución fue directamente conocedora del desenlace fatal de un intento autolítico abordado en un servicio de urgencias hospitalario, que nos llevó a cuestionar el peso que en la decisión clínica debe darse a las escalas de valoración predictivas del riesgo de autolisis, poco fiables sin la intervención del más autorizado criterio facultativo especializado que corrija sus resultados, y a reflexionar sobre los problemas que presenta el abordaje de esta situación crucial en los dispositivos sanitarios de urgencias, carentes en su afrontamiento de alternativas eficaces a la decisión de ingreso en la unidad de agudos, que permitan canalizar la situación crítica hacia un circuito eficaz de intervención coordinada, para la instauración de un tratamiento adecuado y a tiempo.

El caso particular de la joven perecida en este contexto, cuyas vivencias expresadas por sus padres nos conmovieron, presentaba los elementos precisos para extrapolar la situación analizada hasta alcanzar conclusiones generales sobre la planificación de conjunto y la mejora de las prácticas.

Con esta finalidad el Defensor del Pueblo Andaluz dirigió a los responsables de la Administración sanitaria una triple recomendación ([queja 19/6988](#)):

La **elaboración de un Plan Andaluz de Prevención del Suicidio**, como instrumento de planificación participado, que permita solventar las carencias, fallas, lagunas e insuficiencias actuales en el enfoque de este problema sanitario y social, tanto respecto de las personas que presentan el riesgo como para la atención de las que sobreviven a una experiencia traumática de esta índole.

Dentro del mismo, ofrecer un **enfoque particularizado a la prevención del suicidio en la población infantil y juvenil**.

Y, finalmente, **garantizar la continuidad asistencial en el tratamiento sanitario** a la salud mental, mediante prácticas de mejora en la coordinación y colaboración entre niveles, recursos y dispositivos, que permitan adoptar la respuesta más adecuada y eficaz a episodios agudos, especialmente en los casos de riesgo autolítico.

Los dos primeros objetivos se recogieron en el [Programa de Prevención de la Conducta Suicida en Andalucía 2023-2026](#), publicado por Acuerdo de toma de conocimiento del Consejo de Gobierno de 27 de junio de 2023.

La puesta en marcha del Programa ha comenzado por la implantación del Código Suicidio, si bien aún no contamos con datos de aplicación, desarrollo, evolución y evaluación de resultados, dada su cercana aprobación.

La **garantía de la continuidad asistencial y el refuerzo de la coordinación y colaboración** en los casos de riesgo autolítico, constituye una meta vinculada a un conjunto más plural de elementos debidamente planificados, como la redefinición del papel de sus recursos y dispositivos, el incremento de la ratio de sus profesionales, la ampliación de perfiles, la reorganización del reparto de roles y funciones entre los mismos, así como la posibilidad de diversificar y singularizar las diferentes tipologías de tratamiento.

Desde la Administración sanitaria se indicaba que esta garantía se estaba aplicando a través de una mejora de la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental para incrementar la accesibilidad y la continuidad asistencial, el apoyo de otros actores (movimiento asociativo, Faisem, ayuntamientos, justicia y asuntos sociales), y la incorporación de nuevos profesionales para la coordinación interniveles, como los psicólogos clínicos en Atención Primaria, los Equipos de Tratamiento Intensivo Comunitarios, los referentes de prevención de la conducta suicida, los refuerzos en atención a la salud mental Infanto-juvenil y las enfermeras referentes de centros educativos.

En la intervención inicial frente al riesgo autolítico parece también importante contar con los medios que pueda aportar la **atención urgente del 061**, dado que los centros coordinadores de este servicio en Andalucía señalan que cada año atienden las llamadas de miles de personas que alertan de su intención o actuación suicida, concretadas en casi 10.000 en 2022.

Para la actuación eficaz en estos casos el grupo de Salud Mental del 061 de Huelva coordinó a finales de 2022 un **protocolo específico** de actuación ante este tipo de conductas, **que aún estando acabado no ha llegado a implantarse**.

El protocolo se basa en la formación de los trabajadores de este servicio, a fin de un adecuado triaje telefónico o de clasificación de las llamadas de suicidio, la activación de la atención inmediata y el seguimiento de los afectados. Además de prever el desarrollo, conjunto y coordinado con los hospitales, de un código de atención al paciente con conductas suicidas.

1.1.7. La patología dual: hacia un enfoque integral de salud mental y adicciones

Un aspecto que hasta la fecha ha sido especialmente complejo en la respuesta a las personas afectadas, es el del tratamiento de las que padecen una patología dual, esto es, una adicción de cualquier tipo, normalmente con sustancia, además de la patología de salud mental.

El Plan Estratégico proyectado por la Administración sanitaria ha incorporado las adicciones en el enfoque integral de Salud Mental y Adicciones de Andalucía (PESMA-A), lo que constituye una auténtica novedad, que esperamos sirva para dar una respuesta eficaz a las personas con patología dual que no la encuentran en el modelo de ámbitos estancos y paralelos actual.

La Dirección General de Atención Sociosanitaria, Salud Mental y Adicciones de la Consejería de Salud y Consumo refiere que el enfoque está centrado en mejorar la calidad y eficiencia en la atención sanitaria a la patología dual, a través de dos instrumentos de coordinación interinstitucional e interprofesional: el acceso de los profesionales de la Red de Adicciones a la Historia de Salud Digital del Servicio Andaluz de Salud y la coordinación con los dispositivos de apoyo de la red pública de salud mental.

No comprende, en cambio, que las funciones asignadas a los facultativos que forman parte de los centros públicos de atención a la drogodependencia, integrados en el Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, se extiendan a funciones propias de los médicos del sistema sanitario público, como la prescripción farmacológica, las derivaciones o la solicitud de pruebas complementarias.

1.1.8. La perspectiva de familiares, asociaciones y entidades: reivindicaciones basadas en la experiencia de una labor 24/7

Terminamos recogiendo las reivindicaciones de las familias y entidades del tercer sector, directamente implicadas e interesadas en la salud mental de aquellas personas que padecen un trastorno de salud mental, por la autoridad de una fuente cuya experiencia se basa en una labor, cuidado y dedicación de 24 horas al día los siete días de la semana:

La patología dual es una adicción de cualquier tipo, normalmente con sustancia, además de la patología de salud mental

1. El reconocimiento del peso del papel asociativo y con ello la mejora de su financiación y recursos: las entidades son cruciales en la atención a la salud mental, dando un soporte que no puede ser cubierto desde la Administración sanitaria.
2. La mejora en el enfoque específico de la patología dual.
3. La atención a la salud mental de las personas sin hogar, en la que debe potenciarse el trabajo interdisciplinar.
4. La soledad de las familias y la falta de apoyo a las personas que cuidan a seres queridos con problemas de salud mental y, especialmente, las dificultades que encuentran para implicarse en el tratamiento en los casos con objeción de la persona afectada.

1.1.9. Recursos residenciales del sistema sanitario en salud mental o del Sistema de la Dependencia

Para terminar, añadiremos que nos suscita dudas la delimitación del campo de actuación de los recursos residenciales de salud mental del sistema sanitario público, cuyas plazas de media-larga estancia son muy escasas, en relación con los recursos residenciales de personas con problemas de salud mental, integrados en el Sistema de la Dependencia.

Y ello, porque en ocasiones tenemos la impresión de que la alternativa a los segundos cubre un ámbito que debería tener una intervención específica de los de salud mental del sistema sanitario.

