

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

1. CONTEXTO Y ENFOQUE

En el contexto de la recomendación contenida en el Plan de Salud de Canarias 2016-2017, en el mes de mayo de 2016 la Consejería de Sanidad encargó al Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, la coordinación y diseño del Plan de Salud Mental de Canarias.

La elaboración de este Plan se ha producido en un marco colaborativo, participativo, multidisciplinar, intra e interinstitucional y de consenso basado en el conocimiento científico disponible y la experiencia clínica.

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales estableció un procedimiento secuencial y operativo para el desarrollo del Plan. El enfoque global del Plan se realizó de manera acorde a las recomendaciones internacionales (WHO, 2005) y nacionales (SAS, 2010). Por otra parte, a partir de dichas recomendaciones nacionales (SAS, 2010), se realizaron las adaptaciones que se estimaron pertinentes y necesarias para el establecimiento de los procedimientos específicos.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

El análisis de la situación fue elaborado por el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales. Para su elaboración se utilizaron los datos de múltiples sistemas de información disponibles, como el Registro de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP); Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP); CMBD Hospitalarios; Sistema de Información de FarmaCanarias, para el Servicio de Uso Racional del Medicamento y Control de la Prestación; Sistema de información Cantonera; datos ofrecidos por el Instituto Canario de Estadística (ISTAC). Por su parte, otras fuentes fueron las propias del Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales, las resultantes de una revisión bibliográfica exhaustiva, y la Encuesta de Salud de Canarias 2015.

Se realizó un amplio y exhaustivo análisis de situación que incluía los siguientes apartados: marco legal y planificador sobre salud mental; protocolos, guías y manuales; demografía; la salud mental en Canarias; recursos para la atención a personas con trastorno mental; actividad asistencial; sistemas de información; actividad docente e investigadora; asociaciones de familiares y usuarios; propuestas de base.

3. LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Sobre la base del análisis de la situación y las recomendaciones de diferentes documentos de referencia, en especial la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2009-2013, el Plan de Salud de Canarias 2016-2017 y los Planes de Salud Mental de otras comunidades autónomas, se realizó una propuesta inicial de las líneas estratégicas que se consideraron necesarias.

Posteriormente se realizó una difusión entre todos los sectores participantes para su conocimiento y propuestas al respecto. Así, se realizó una presentación y difusión de la metodología y la propuesta de las líneas estratégicas a las jefaturas de los Servicios de Salud Mental, profesionales de la Red de

Salud Mental, Direcciones de Área, Equipos directivos hospitalarios, personas responsables de los Planes Insulares de Rehabilitación, Asociaciones de Familiares y Usuarios. Las presentaciones se realizaron en el marco de encuentros previamente establecidos tales como: la Comisión Asesora sobre Atención a la Salud Mental (COMASAM); los Consejos Insulares de Rehabilitación Psicosocial y Acción Comunitaria (CIRPAC) y las reuniones de coordinación con los profesionales de Salud Mental.

Tras finalizar este proceso, quedaron establecidas las líneas estratégicas que se incluyen en este plan. Se trata de 12 líneas estratégicas, dos de las cuales se subdividen en seis sublíneas.

El desarrollo del contenido de las líneas estratégicas se realizaría por grupos de trabajo multidisciplinares, por lo cual el siguiente paso fue la constitución de estos grupos.

4. CONSTITUCIÓN DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

4.1. Solicitud de candidatos para participar en los grupos de trabajo

Se solicitó a las Jefaturas de Servicio de Salud Mental de cada Hospital del SCS la comunicación a los profesionales sobre la posibilidad de integrarse en los grupos de trabajo, teniendo en cuenta sus preferencias en relación a la líneas estratégicas que componían el Plan. Se recibieron 116 solicitudes de profesionales de todos los ámbitos sanitarios (Hospitalización, Unidades de Salud Mental, Hospitales de Día, Dispositivos de Rehabilitación Psicosocial, Unidades de Media y Larga Estancia) así como de todos los perfiles profesionales.

Asimismo, dado el objetivo básico de la transversalidad, se contactó con otros departamentos (tanto dentro como fuera del ámbito sanitario) para recabar la participación de sus técnicos en algunos de los grupos de trabajo. Estas solicitudes se dirigieron al Servicio de Atención Primaria; Dirección General de Salud Pública; Dirección General de Protección de la Infancia y la Familia; Dirección General de Ordenación, Innovación y Promoción Educativa; Dirección General de Dependencia y Discapacidad; Servicio Canario de Empleo; e Instituto Canario de Igualdad.

Por su parte, se contactó con Asociaciones de familiares y usuarios para que propusieran candidatos que participasen en los grupos de trabajo de diferentes líneas estratégicas.

4.2. Constitución de los grupos de trabajo

La constitución de los grupos de trabajo se basó en las siguientes recomendaciones:

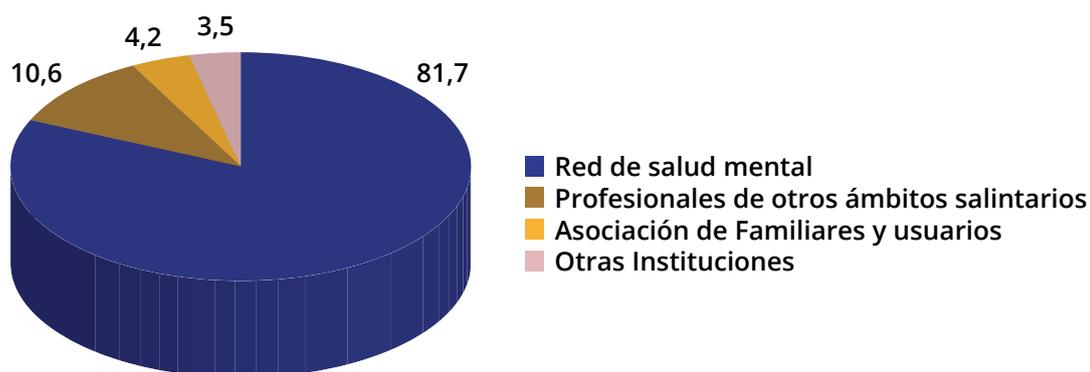
- Composición multidisciplinar.
- Composición intersectorial, siempre que la naturaleza de la línea estratégica así lo aconsejase.
- Participación de Asociaciones de familiares y/o pacientes, siempre que la naturaleza de la línea estratégica así lo aconsejase.
- Máximo de ocho integrantes, salvo excepciones justificadas por la amplitud de la línea estratégica.
- Designación de persona coordinadora.

La selección por parte del equipo coordinador (conformado por la Coordinación y el Equipo Técnico de Metodología y Redacción) tuvo en cuenta las preferencias de los profesionales en cuanto a las diferentes líneas estratégicas, pero también se basó en criterios como los conocimientos, experiencia,

puntos de vista complementarios en el grupo, capacidad de consenso y trabajo en equipo.

Se estableció un grupo de trabajo por cada línea y sublínea estratégica. Por lo tanto, se establecieron 22 grupos de trabajo, que tuvieron como objeto el desarrollo de las doce líneas estratégicas que componen el Plan. La media de participantes por grupo fue de 5,3 personas, si bien la media final fue menor, debido a la imposibilidad de algunos profesionales de participar con continuidad en el proceso, por diferentes motivos.

Procedencia de los componentes de los grupos de trabajo



5. ORIENTACIÓN Y APOYO METODOLÓGICO

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales realizó una labor de orientación y apoyo metodológico a los grupos de trabajo mediante los siguientes procedimientos.

5.1. Reunión con las personas coordinadoras de los grupos de trabajo

En esta reunión se transmitieron los aspectos básicos relacionados con el Plan de Salud Mental de Canarias. Posteriormente se centró en la metodología propuesta para el desarrollo de las líneas estratégicas por parte de los grupos de trabajo, así como en las funciones de las personas coordinadoras de cada grupo.

5.2. Provisión de documentos a personas coordinadoras

Estos documentos fueron elaborados por el Servicio de Salud Mental de la DGPPAA, con los siguientes fines:

- Facilitar la labor de los grupos de trabajo.
- Favorecer el uso de la metodología acorde a lo establecido.
- Favorecer el uso de metodología homogénea entre los diferentes grupos de trabajo.
- Proveer de información necesaria.

Los documentos elaborados fueron los siguientes:

1. **El Plan de Salud Mental de Canarias (PSMC): metodología básica.** En este documento se ofrecía una visión global y sintética de las diferentes fases del PSMC.
2. **Información de morbilidad y actividad asistencial.** Proporcionada en aquellas líneas estratégicas cuya naturaleza fuese apropiada para esta información. La información se obtuvo principalmente del Registro Acumulativo de Casos Psiquiátricos de Canarias (RECAP).
3. **Información documental y científica de especial relevancia.** Se proporcionó esta información sobre el área temática de cada línea estratégica, sin perjuicio de las ampliaciones pertinentes que estimase y realizase el grupo de trabajo posteriormente.
4. **Configuración del grupo de trabajo. Documento para coordinación del grupo.** Este documento consistió en una plantilla para la persona coordinadora, donde se pudieran incluir los datos del grupo (perfil y contacto), y el número secreto de cada uno de los miembros (participación anónima durante determinadas fases del proceso).
5. **Configuración del grupo de trabajo. Documento para miembros del grupo.** Este documento fue similar al anterior, pero sin el número secreto asignado.
6. **Recomendaciones prácticas para los grupos de trabajo.** En este documento se exponían de forma sintética las recomendaciones de carácter más práctico aplicables durante el proceso de trabajo.
7. **Metodología y Guía para los grupos de trabajo.** En este documento se exponían de forma detallada los aspectos metodológicos implicados. Incluía:
 - 7.1. Información general. Introducción sintética sobre el método de trabajo y las funciones de la persona coordinadora y las personas participantes.
 - 7.2. Metodología de trabajo: visión general. Metodología de los grupos de trabajo, ofrecida de forma sintética.
 - 7.3. Metodología de trabajo detallada. Explicación detallada del método seleccionado (variante del método Delphi), en cuanto a sus fases y los documentos correspondientes.
 - 7.4. Guía para la elaboración. Incluía recomendaciones y ejemplos sobre la redacción, la formulación de objetivos generales, objetivos específicos, actividades e indicadores.
8. **Análisis de la situación específico.** Este documento incluía directrices y recomendaciones para la elaboración de los correspondientes análisis de la situación específicos de cada línea estratégica.
9. **Cuestionario nº 1 - Recogida de primeras propuestas.** Cuestionario - plantilla para las personas participantes de los grupos de trabajo, donde se incluían los objetivos generales, objetivos específicos, actividades e indicadores propuestos en la primera fase.
10. **Plantilla de agrupación de primeras propuestas.** Plantilla para las personas coordinadoras de los grupos, para facilitar el proceso de agrupación de las primeras propuestas. Su utilización era opcional, ya que podían establecerse otros métodos de agrupación igualmente válidos.
11. **Cuestionario nº 2 - Recogida de segundas propuestas.** Cuestionario - plantilla para las personas participantes de los grupos de trabajo, donde se incluían los objetivos generales, objetivos específicos, actividades e indicadores propuestos en la segunda fase.

12. Plantilla de agrupación de segundas propuestas. Plantilla para las personas coordinadoras de los grupos, para facilitar el proceso de agrupación de las segundas propuestas. Su utilización era opcional, ya que podían establecerse otros métodos de agrupación igualmente válidos.

13. Cronograma. Este incluía todas las etapas detalladas de este procedimiento, los responsables de cada una y su duración. El proceso en su conjunto correspondió al año 2017 y duró siete meses, aunque por abarcar el periodo vacacional, su duración efectiva fue algo menor.

5.3. Apoyo metodológico

El Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales estuvo disponible durante todo el proceso de trabajo de los grupos constituidos, para el asesoramiento y apoyo cuando estos lo estimasen necesario. El proceso de trabajo de los grupos se describe a continuación.

6. METODOLOGÍA DE LOS GRUPOS DE TRABAJO

6.1. Bases

Cada grupo de trabajo tuvo el cometido de desarrollar el contenido de las líneas estratégicas del PSMC, de tal forma que incluyeran:

- Análisis de la situación sobre el área temática específica.
- Objetivos generales.
- Objetivos específicos.
- Actividades.
- Indicadores de evaluación.

Los objetivos generales se caracterizan por un contenido de tipo general, amplio, mientras que los objetivos específicos acotan el contenido y están al servicio de la consecución del objetivo general propuesto. Las actividades son las acciones concretas que hay que realizar para alcanzar los objetivos. Los indicadores permiten saber en qué medida se van alcanzando los objetivos y se van llevando a cabo las actividades.

La metodología de trabajo fue la siguiente:

- Primera fase: variante de método Delphi, en dos rondas.
- Segunda fase: reunión de consenso.
- Tercera fase: redacción del documento definitivo del grupo.

6.2. Variante del método Delphi

El método Delphi se puede describir como un método que permite la estructuración de un proceso de comunicación grupal, que se ha demostrado efectivo para obtener información consensuada de personas expertas sobre un tema concreto. Consiste en la selección de un grupo de personas consideradas expertas a las que se les pregunta, mediante cuestionarios que se envían por correo,

su opinión sobre un determinado tema. Una vez obtenidas las respuestas particulares, estas se agrupan y así son reenviadas al grupo en sucesivas rondas, anónimas, al objeto de tratar de conseguir consenso, pero con la máxima autonomía por parte de las personas participantes (SAS, 2010).

La primera ronda se realizaba por correo electrónico. Las personas coordinadoras realizaron un envío de la documentación al grupo. Las personas participantes realizaron la cumplimentación del primer cuestionario y su envío una vez finalizada su propuesta. Tras ello, la persona coordinadora realizaba la agrupación de las primeras propuestas de las personas participantes en un único documento (Documento de primeras propuestas agrupadas). Esta consistía en una muestra de cada una de las propuestas de las personas participantes, en un único documento. La segunda ronda, también por correo electrónico, comenzaba con el envío de este documento al grupo de trabajo. Cada una de las propuestas figuraban de forma anónima. Tras la recepción, las personas participantes debían evaluar el conjunto de propuestas y reflexionar sobre la conveniencia de cambios en la segunda propuesta que realizaran. Las personas participantes realizaban sus segundas propuestas y las enviaban a la persona coordinadora. Por último, la persona coordinadora realizaba una agrupación de las segundas propuestas en un único documento (Documento de segundas propuestas agrupadas) y su envío al grupo de trabajo. En esta fase, la agrupación de las segundas propuestas era ya una integración de los contenidos de las diferentes propuestas en una propuesta única común, sujeta a debate. Tras este envío se producía una fase de debate (no presencial) entre las personas participantes del grupo, en la que se señalaban los aspectos en los que había acuerdo y se trataba de llegar a consensos en aquellos que eran objeto de discrepancias. El objeto de esta fase era llegar al máximo acuerdo posible antes de la reunión de consenso, de tal forma que en esta solo fuese necesario abordar aquellos aspectos objeto de mayor complejidad y controversia.

El anonimato en estas fases se ha recomendado previamente (SAS, 2010) en virtud de diferentes motivos, como el no influir en el juicio de los demás participantes, no influenciarse por posibles personas de referencia, y facilitar el proceso de reconsideración y cambio de opiniones respecto a las primeras propuestas.

6.3. Reunión de consenso

Todos los grupos de trabajo realizaron una reunión de consenso, de carácter presencial, con uso de videoconferencia para la comunicación efectiva de las personas participantes entre las diferentes islas. Su duración fue de entre 3 y 7 horas, según las necesidades. En caso de necesidad de una segunda reunión de consenso se procedió a ella. Las reuniones estuvieron coordinadas por las personas coordinadoras de cada grupo. Al inicio de estas intervino el equipo coordinador del PSMC (Servicio de Salud Mental de la DGPPAA) con el fin de realizar un encuadre y señalar algunas recomendaciones básicas sobre las dinámicas de las reuniones de consenso.

La finalidad de las reuniones de consenso fue la de alcanzar, a partir del documento elaborado en la fase anterior (Documento de segundas propuestas agrupadas), el consenso sobre una propuesta única del grupo de trabajo. La dinámica habitual se regía por un acuerdo inicial en aquellos contenidos más consensuados durante el proceso previo, para pasar a abordar aquellos aspectos concretos más complejos, o en los que se había producido una mayor discrepancia. En caso de no producirse un consenso de forma natural durante la reunión en algún aspecto concreto, podía someterse a votación explícita, a instancias de la persona coordinadora o de cualquier participante. Solo los contenidos para los que hubo consenso en los grupos se reflejaban en el documento definitivo del grupo.

6.4. Redacción del documento definitivo del grupo

Tras la reunión de consenso, la persona coordinadora se encargaba de la redacción de la propuesta definitiva del grupo de trabajo. Para ello tenía en consideración todos aquellos cambios necesarios, derivados de la reunión de consenso, ya fueran adiciones, supresiones o modificaciones, respecto al documento previo a la reunión. Una vez elaborado lo remitían al equipo coordinador, junto con el análisis de la situación específico.

Todas las propuestas incluyeron objetivos generales, objetivos específicos correspondientes a cada objetivo general, actividades para la consecución de los objetivos específicos, e indicadores. Los indicadores se incluyeron para cada una de las actividades, así como para los objetivos específicos, cuando su naturaleza así lo permitía.

7. REVISIÓN POR EQUIPO COORDINADOR Y CONSENSO

7.1. Revisión de propuestas de los grupos de trabajo

Una vez recibidas las diferentes propuestas de cada grupo de trabajo, el equipo coordinador realizó una revisión de los contenidos de cada una de ellas. Esta revisión tuvo dos objetivos básicos:

- Evaluar adecuación metodológica, tanto a las directrices establecidas como a los aspectos teóricos subyacentes propios de la metodología de elaboración de planes de salud.
- Evitar solapamientos entre los contenidos de las diferentes líneas estratégicas.

Si se detectaban contenidos que requerían cambios derivados de aspectos metodológicos, el equipo coordinador realizaba su adaptación, siempre teniendo en consideración preservar el contenido pretendido por el grupo, o bien se dejaba abierto a la aclaración o reformulación por la persona coordinadora del grupo. Por su parte, si se detectaban solapamientos, se proponía, o bien la eliminación de estos en alguna de las líneas estratégicas (cuando se entendía que su ubicación idónea correspondía a otra), o bien su mantenimiento (cuando se entendía necesaria su presencia en más de una línea), en cuyo caso se revisaban los contenidos para que fuesen congruentes entre sí.

7.2. Consenso con personas coordinadoras

En cualquiera de los dos supuestos anteriores, cualquier modificación debía alcanzar el consenso con la persona coordinadora de cada grupo, para ser incluida en la propuesta final del grupo de trabajo. Esta comunicación y consenso con las personas coordinadoras se realizó, o bien presencialmente en reuniones, o bien mediante correos electrónicos, según las necesidades estimadas.

7.3. Redacción del documento final

Tras estas reuniones o contactos, el equipo coordinador del PSMC se encargaba de la redacción del documento final de cada grupo de trabajo. Para ello se tenían en consideración todos aquellos cambios derivados de la reunión de consenso o contacto, ya fueran adiciones, supresiones o modificaciones, respecto al documento previo. Una vez elaborado se remitía a la persona coordinadora. Solo tras la aceptación por esta se daba como documento final del grupo de trabajo.

Este proceso de revisión y consenso con las personas coordinadoras se realizó durante el año 2017 y tuvo una duración de dos meses.

8. ELABORACIÓN DEL PRIMER BORRADOR DEL PSMC

Una vez disponibles todos los documentos definitivos de las diferentes líneas estratégicas, el equipo coordinador realizó el documento unificado del primer borrador del PSMC. Este está compuesto por:

- Introducción.
- Metodología.
- Análisis de la situación.
- Líneas estratégicas.
 - Objetivos generales.
 - Objetivos específicos.
 - Actividades.
- Evaluación y seguimiento.
 - Seguimiento.
 - Evaluación global.
 - Indicadores.

En aras de una mayor claridad y en sintonía con la práctica más habitual, el contenido de las líneas estratégicas no muestra los indicadores para la evaluación. Por su parte, en la sección de evaluación se muestran todos los indicadores, contextualizados en los contenidos de los objetivos específicos y actividades correspondientes.

9. PROCESO DE VALIDACIÓN INTERNA

Una vez elaborado el primer borrador del PSMC, se siguió un procedimiento de validación interna; esto es, la Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias. Para ello se remitió el borrador a:

- Consejería de Sanidad.
- Secretaría General Técnica de Sanidad.
- Dirección del Servicio Canario de la Salud.
- Secretaría General del Servicio Canario de la Salud.
- Dirección General de Programas Asistenciales.
- Dirección General de Salud Pública.
- Dirección General de Recursos Económicos.
- Dirección General de Recursos Humanos.
- Gerencia de Servicios Sanitarios de las Área de Salud.
- Gerencias de Atención Primaria.
- Gerencias Hospitalarias.

- Direcciones de Área de Salud.
- Jefaturas de Servicio de Salud Mental.

El Servicio de Salud Mental de la DGPPAA elaboró un *Formulario de propuesta de modificaciones*, para facilitar el procedimiento de las modificaciones propuestas, tanto en el proceso de validación interna como en la externa.

10. PROCESO DE VALIDACIÓN EXTERNA

Una vez elaborado el segundo borrador del PSMC, tras el proceso de validación interna, se procedió a la validación externa. Para ello se remitió a las siguientes instancias:

- Cabildos Insulares.
- Consejería de Empleo, Políticas Sociales y Vivienda:
 - Dirección General de Políticas Sociales e Inmigración.
 - Dirección General de Dependencia y Discapacidad.
 - Dirección General Protección a la Infancia y la Familia.
- Consejería de Educación y Universidades.
- Universidades:
 - Universidad de La Laguna.
 - Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.
- Colegios Oficiales:
 - Colegio Oficial de Médicos de Las Palmas.
 - Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife.
 - Colegio Oficial de la Psicología de Las Palmas.
 - Colegio Oficial de Psicología de Santa Cruz de Tenerife.
 - Colegio Oficial de Enfermería de Las Palmas.
 - Colegio Oficial de Enfermería de Santa Cruz de Tenerife.
 - Colegio Oficial de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales de Las Palmas.
 - Colegio Oficial de Trabajo Social de Santa Cruz de Tenerife.
 - Colegio Profesional de Educadores y Educadoras Sociales de Canarias.
- Asociaciones Profesionales:
 - Asociación Canaria de Neuropsiquiatría.
 - Asociación Canaria de Rehabilitación Psicosocial.
 - ACTF (Asociación Canaria de Terapia Familiar).
 - APTOCA (Asociación Profesional de Terapeutas Ocupacionales de Canarias).
 - SEMERGEN Canarias (Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en Canarias).
 - SOCAMFYC (Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria).

- Asociaciones de familiares y usuarios:
 - Federación de Salud Mental Canarias. FEADES Canarias.
 - Asociación AFES Salud Mental - Tenerife.
 - Asociación Salud Mental ATELSAM – Tenerife.
 - Asociación Salud Mental AFAES - Gran Canaria.
 - Asociación Salud Mental AFESUR - Gran Canaria.
 - Asociación El Cribo - Lanzarote.
 - Asociación Majorera por la Salud Mental ASOMASAMEN - Fuerteventura.
 - AFEM La Palma.
 - Asociación Espiral.
 - APANATE. Asociación de Padres de Personas con Autismo de Tenerife.
 - Fundación Autismo Diario.
 - Asociación Gull Lasègue.
 - ALABENTE. Asociación Liberación Anorexia y Bulimia en Tenerife.
 - CERMI CANARIAS. Comité de entidades de representantes de personas con discapacidad de la Comunidad Autónoma de Canarias.
 - Asociación de Entidades Plena Inclusión Canarias.
 - ADEPSI.
 - TLP Impulso (Apoyo para la atención del trastorno límite de la personalidad).

11. ELABORACIÓN DEL DOCUMENTO DEFINITIVO

Todas las propuestas de modificaciones aportadas durante los procesos de validación interna y externa fueron evaluadas. Una vez realizadas las modificaciones pertinentes, se elaboró el documento definitivo del PSMC. Posteriormente se llevó a cabo la fase de corrección de estilo.

12. APROBACIÓN

El documento definitivo se presentó para su aprobación por el Consejo de Gobierno de Canarias.

13. EDICIÓN Y DIFUSIÓN

Tras su aprobación, se realizaron los procesos de maquetación, edición, presentación pública y difusión del PSMC.

Bibliografía

SAS. Servicio Andaluz de Salud. Metodología de elaboración y seguimiento de planes de salud integrales. Amo Alfonso, Mercedes, editores. Sevilla: Consejería de Salud, 2010.

WHO. World Health Organization. Mental health policy, plans and programmes (updated version 2) (Mental Health Policy and Service Guidance Package). Geneva: WHO, 2005.