



ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE SALUD MENTAL

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUEIATRÍA

Miembro de la World Psychiatric Association y de la World Federation For Mental Health

C/ Magallanes, 1 Sótano 2 local 4. Teléfono 636725599. 28015 MADRID.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE LA MESA-DEBATE “AGENDAS Y LIBRE ELECCIÓN EN SALUD MENTAL”.

El día 24 de febrero, en el Salón de Actos de la Fundación ONCE, se celebró una Mesa-Debate con el lema “AGENDAS Y LIBRE ELECCIÓN” organizada por la Asociación Madrileña de Salud Mental, con la asistencia y participación de profesionales procedentes de Centros de Salud Mental y Unidades de Hospitalización Breve de distintas unidades asistenciales de la Comunidad de Madrid (Alcorcón, Clínico, Doce de Octubre, Fuenlabrada, Fundación Jiménez Díaz, Getafe, Gregorio Marañón, Hospital del Sureste, Infanta Cristina, Infanta Leonor, Infanta Sofía, Móstoles, La Paz, La Princesa, Leganés, Príncipe de Asturias, Puerta de Hierro y Ramón y Cajal). El objetivo de la reunión era compartir las dificultades existentes en la implantación del nuevo modelo asistencial, extraer conclusiones y hacer unas propuestas comunes para su mejor funcionamiento, centrándose en los siguientes aspectos: Incorporación de los Centros de Salud Mental a las Gerencias Hospitalarias, implantación del Área Única, informatización de las agendas e informatización de la historia clínica.

1.- INCORPORACIÓN DE LOS CSM A LAS GERENCIAS HOSPITALARIAS

La incorporación de los Centro de Salud Mental, de los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial ligados a ellos y de su modelo comunitario de funcionamiento a las Gerencias Hospitalarias y a sus sistemas de registro en información supone una transformación radical en el funcionamiento de los dispositivos e implica cambios en la organización debido a la desaparición de las estructuras funcionales ligadas a la Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y a las Áreas Sanitarias. Su vacío debe ser cubierto por nuevas estructuras organizativas que permitan incorporar a todos los dispositivos asistenciales referidos a una gerencia hospitalaria, incluidos los de rehabilitación y atención a las drogodependencias.

Propuestas

- Implantación y desarrollo de las nuevas Unidades Asistenciales mediante la creación de Unidades de Gestión Clínica de Salud Mental, que permita a las gerencias delegar en la red de dispositivos la gestión y organización de la asistencia.
- Mantenimiento del funcionamiento de los equipos multiprofesionales y de los sistemas de registro e información específicos de los CSM (RCP) y su adaptación a los distintos sistemas informáticos de los distintos hospitales de referencia (HP HIS, HP

Doctor, Selene, Siscam, etc.). Un buen punto de partida es la adaptación del RCP llevada a cabo desde el CSM de Barajas para su incorporación a los sistemas de información del Hospital Ramón y Cajal.

2.- IMPLANTACIÓN DEL ÁREA ÚNICA

La implantación del Área única supone una pérdida de comunicación y coordinación con Atención Primaria, Unidades de Hospitalización y Red de Rehabilitación Psicosocial. Con los nuevos sistemas de citación se pierde la implicación de Atención Primaria, con repercusiones sobre todo en los casos más graves y preferentes, y la gestión de una pronta intervención o solución transitoria con el dispositivo que se va a hacer cargo del paciente derivado. Por otro lado, se hace inviable la coordinación efectiva entre dispositivos que no se ubican en la misma área de referencia. En el caso de la red de rehabilitación psicosocial, implica fijar las reglas de acceso a los dispositivos y las condiciones en las que se puede llevar a cabo la rehabilitación fuera del área de referencia del paciente.

Propuestas

2.1.- Nuevos sistemas de citación

- La citación a través del Centro de Atención Personalizado (CAP) deberá hacerse diferenciando: huecos de nuevos ofertados a los Centros de Salud de referencia, que deben ser ofertados en primer lugar, y huecos ofertados a Libre Elección. Existirán también huecos de uso exclusivo de los dispositivos, a los que no tendrá acceso el CAP. La oferta de huecos a libre elección deberá ser homogénea para todos los dispositivos.
- Para poder mantener consultas e intervenciones específicas dirigidas a problemas, patologías y poblaciones especiales podrá haber agendas de profesionales que no se oferten a los CAP.
- Las citas de demandas Preferentes (VPE), que suelen implicar mayor gravedad y mayores necesidades de coordinación de Atención Primaria con los CSM, deberán ser dirigidos desde el CAP a los CSM de referencia que, tras su evaluación, serán los encargados de gestionar la cita en los tiempos establecidos para tales demandas.

2.2.- Aplicación de la Libre Elección en los distintos dispositivos.

- La libre elección se ejercerá en el momento de la derivación desde Atención Primaria a los Centros de Salud Mental. También se podrá ejercer cuando se solicite y se resuelva positivamente un cambio de terapeuta en los Centros de Salud Mental, aunque la gestión del acceso al nuevo dispositivo se hará desde Atención Primaria.
- En caso de necesidad de internamiento en las Unidades de Hospitalización Breve, los Centros de Salud Mental remitirán a los pacientes a sus hospitales de referencia, constituyendo esta hospitalización una parte del proceso de tratamiento elegido e iniciado en el Centro de Salud Mental.
- Tras la evaluación en los Servicios de Urgencia Hospitalarios, la indicación de Hospitalización Breve se hará efectiva en el hospital del área de referencia del paciente.

Tras la evaluación en los Servicios de Urgencia Hospitalarios, la derivación a atención ambulatoria se hará al Centro de Salud Mental del área de referencia del paciente ó a su Centro de Atención Primaria si el paciente desea ejercer la libre elección. Tras la estancia en una Unidad de Hospitalización Breve, la derivación a atención ambulatoria se hará al Centro de Salud Mental del área de referencia del paciente ó a su Centro de Atención Primaria si el paciente desea ejercer la libre elección.

- El acceso a los dispositivos de Rehabilitación Psicosocial se hará desde los Centros de Salud Mental y se hará a la red de dispositivos que dependa de dicho Centro de Salud Mental. Será motivo de denegación de libre elección de Centro de Salud Mental, la imposibilidad de llevar a cabo el Plan Individualizado de Rehabilitación fuera del área de referencia del paciente.
- El acceso a las Unidades Hospitalarias de Rehabilitación y de Cuidados Psiquiátricos Prolongados se hará desde los Programas de Rehabilitación y a través de las estructuras de coordinación para ellos establecidas.

3.- INFORMATIZACIÓN DE LAS AGENDAS

El reto y la dificultad de la informatización de las agendas de los Centros de Salud Mental está en trasladar toda la actividad de un servicio multiprofesional (psiquiatras, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales) y con actividades muy diversas (primeras consultas, consultas sucesivas, intervenciones específicas y generales, individuales y en grupo, fuera y dentro del servicio, programadas y no programadas tanto dentro como fuera del servicio, actividades de coordinación fuera y dentro del servicio, de investigación, docencia y formación) a una estructura bastante rígida y pensada para otro tipo de actividad. Se debe decidir qué tipo de actividades se incorporan y cuáles no y cómo se adapta el reparto de actividades que deben desempeñar los profesionales a las nuevas estructuras informatizadas de diferentes sistemas informáticos y a los criterios fijados por las Direcciones Médicas.

Propuestas:

3.1.- Estructura.

- Mantener el modelo de atención y las actividades desarrolladas por los profesionales y trasladar la estructura de las agendas en papel a las estructuras informatizadas.
- Establecer agendas informatizadas para todos los profesionales de los equipos.
- Adaptar las agendas informatizadas de los distintos sistemas informáticos para poder recoger las distintas actividades que desarrollan los distintos profesionales. Una solución transitoria, mientras esto se produce, es diferenciar entre “agenda asistencial”, que recogería las prestaciones definidas en cada agenda (primera consulta, primera consulta psicología niños, consulta sucesiva enfermería, psicoterapia individual, etc.) y que sería la que se incorporase inicialmente al sistema

informatizado, y “agenda profesional” que añade a la anterior aquellas actividades de los profesionales no ligadas directamente a las prestaciones incorporadas a las agendas informatizadas.

- Fijar de manera general para todos los dispositivos de la Comunidad de Madrid el mismo número de primeras consultas por profesional y que se considere este número un compromiso mínimo de calidad asistencial, no estando sujeto al volumen de la demanda ni a la lista de espera. Existen distintos documentos de la Oficina Regional de Salud Mental que ha avanzado una posición sobre este tema, estableciendo para psiquiatras un número máximo de 6 nuevos ordinario y 2 preferentes semanales, para psicólogos 1 ó 2 menos que para psiquiatras: 4-5 ordinarios y 2 preferentes y lo mismo para psiquiatras y psicólogos de los equipos de Infancia-adolescencia: 4-5 nuevos ordinarios y 2 preferentes. El número de nuevos para enfermería y trabajo social dependerá de su participación en los distintos programas; pero no excederán de 3 nuevos y 2 preferentes semanales.

3.1.- Gestión

- El funcionamiento con agendas electrónicas no debe suponer un aumento de las tareas burocráticas para los profesionales y éstos no deben asumir las funciones que tienen asignadas los profesionales de administración-secretaria.
- Para que las agendas informatizadas no se conviertan en un obstáculo para el funcionamiento cotidiano de los dispositivos y faciliten el manejo clínico de la demanda, una vez acordada y fijada su estructura con las Direcciones Médicas, la gestión cotidiana (bloqueos, cancelaciones, reprogramaciones, etc.) se llevará a cabo por los responsables de los dispositivos, con el conocimiento posterior de las Direcciones Médicas y Servicios de Admisión hospitalarios.

4.- INFORMATIZACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es la herramienta fundamental del trabajo en salud mental. Tiene unas características específicas respecto a otras historias clínicas, ya que aparte de datos objetivos, los contenidos fundamentales van a ser las manifestaciones subjetivas y las narrativas de los pacientes que surgen en el contexto de una relación terapéutica con un profesional determinado. Se debe disponer de una historia clínica que permita la recogida de estos contenidos en ese contexto terapéutico y de su evolución a lo largo del tiempo y la confidencialidad de su contenido ha de primar sobre el acceso a la información por parte de los profesionales.

Propuestas

- Elaboración de un modelo de historia clínica informatizada específica para salud mental.

- Creación de un grupo de trabajo que defina las características que debe tener la historia clínica informatizada específica de salud mental.