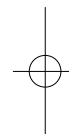
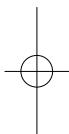




MINISTERIO DE SALUD Y MEDIO AMBIENTE
COMISIÓN NACIONAL DE PROGRAMAS DE INVESTIGACIÓN SANITARIA
CONAPRIS

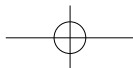
SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD MENTAL
EN LAS OBRAS SOCIALES NACIONALES



BECARIO: DR. HÉCTOR HUGO BARRIONUEVO



MINISTERIO de
SALUD y
AMBIENTE
de la NACIÓN





Diseño, composición y armado:
CALIGRAFIX SERVICIOS GRÁFICOS INTEGRALES S. H.
Av. Pueyrredón 1440, 2°
C1118AAR Buenos Aires
Telefax: 4821-6263 / Cel.: (15) 5342-7442
Correo-e: info@caligrafix.com.ar
www.caligrafix.com.ar

Impresión:
Talleres Gráficos DEL S. R. L.
Humboldt 1803
C1414CTS Buenos Aires
Telefax: 4777-9177
Correo-e: danielelastra@fibertel.com.ar

Buenos Aires, febrero de 2005.

ÍNDICE

Prólogo	7
Presentación	11
1. La salud mental como problema	13
1.1. El problema en la Argentina	13
1.2. Herramientas conceptuales para el análisis	14
1.2.1. El mercado de servicios sanitarios	16
1.2.2. Cómo estudiar un mercado de servicios sanitarios	18
2. Los programas de cobertura	20
2.1. La necesidad de regulación en salud mental	20
2.2. La salud mental en el PMO de Emergencia	26
2.3. El Sistema Único de Prestaciones para Personas con Discapacidad Mental	28
2.3.1. Puesta en vigencia del Sistema Único	30
2.3.2. El Programa de Cobertura del Sistema Único	32
3. La provisión de servicios	33
3.1. ¿Cómo se compone la oferta de servicios en discapacidad mental?	33
3.1.1.1. ¿Cuántos y quiénes son los oferentes para la discapacidad mental	38
4. La demanda de servicios especializados	52
4.1. ¿Quiénes demandan atención en salud mental en la seguridad social?	52
4.2. ¿Cuál es el volumen de la demanda en salud mental en la seguridad social?	54
4.3. ¿Cuántas personas demandan servicios de discapacidad? ..	56
4.4. ¿Quiénes demandan?	58
4.4.1 El Certificado de Discapacidad y la orientación de la demanda	58
5. Financiamiento	61
5.1. El gasto en salud mental en la seguridad social	61
5.2. El financiamiento de la discapacidad mental	63
6. Conclusiones y recomendaciones	68

7. Bibliografía

Anexo I - Clasificación internacional de enfermedades.

Capítulo salud mental81

Anexo II - Protocolos de evaluación en discapacidad87

Anexo III - PMO de Emergencia. Extracto salud mental93

Anexo IV - Síntesis de normativas en discapacidad105

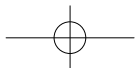
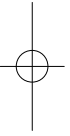
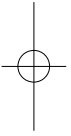
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOSCuadro 2 - Fallas normativas y positivas en el mercado
de salud mental22Cuadro 3 - Prestadores inscriptos en el Servicio
Nacional de Rehabilitación. Junio 2003.38Cuadro 4 - Distribución de la oferta de servicios de
salud mental según tipo de establecimiento y sector43Cuadro 5 - Dispositivos asistenciales en salud mental
y tipos de servicio que brindan44Tabla 1 - Camas psiquiátricas cada cien mil habitantes
en países seleccionados45Tabla 2 - Argentina, 1995: promedio de camas psiquiátricas
por establecimiento y sector45Tabla 3 - Argentina, 1995: porcentaje de camas psiquiátricas
por sector46Gráfico 1 - Argentina, 1995: porcentaje de camas psiquiátricas
por sector46Tabla 4 - Argentina 2002: cuadro comparativo entre médicos,
psiquiatras y psicólogos47

Tabla 5 - Psiquiatras por habitantes en países seleccionados48

Gráfico 2 - Psiquiatras por habitante en países seleccionados48

Tabla 6 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes
ambulatorios en obras sociales seleccionadas51Gráfico 3 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes
ambulatorios en obras sociales seleccionadas51Tabla 7 - Argentina 2001: tasa anual de consultas
ambulatorios cada cien afiliados en obras sociales seleccionadas .52Gráfico 4 - Argentina, 2001: tasa anual de consultas
ambulatorios cada cien afiliados en obras sociales seleccionadas .52Tabla 8 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes
internados cada mil beneficiarios en obras sociales seleccionadas 53

Gráfico 5 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes internados cada mil beneficiarios en obras sociales seleccionadas	53
Tabla 9 - Argentina - Discapacitados registrados en el Servicio Nacional de Rehabilitación. Noviembre 2003	54
Gráfico 6 - Composición de los discapacitados registrados en el SRN según tipo de discapacidad. 2002	54
Tabla 10 - Distribución en rangos del gasto mensual por prestaciones médicas y sociales a discapacitados. 2001	56
Cuadro 6 - Argentina: financiamiento y provisión de servicios de salud mental para beneficiarios de la seguridad social.	59
Cuadro 7 - Responsable y financiador según tipo de beneficiario	61
Tabla 11 - Fondo Solidario de Redistribución	63
Tabla 12 - Prestaciones abonadas en 2002 en miles de pesos.	63
Tabla 13 - Expedientes de solicitud de subsidios ingresados/pagados	64
Gráfico 7 - Modalidades asistenciales solicitadas en 2002	65
Tabla 14 - Evolución de los montos solicitados distribuidos por patología	65



PRÓLOGO

Esta investigación resultó seleccionada para su publicación, entendiéndose que aporta nuevos conocimientos sobre la realidad en salud mental, de la población con cobertura de las obras sociales nacionales.

El investigador Dr. Hugo Barrionuevo es un destacado profesional con antecedentes importantes en el campo de la salud mental y en el campo sanitario.

El enfoque del estudio fue analizar las características, la conformación y la dinámica del mercado de la salud mental y remarcar las fortalezas y debilidades.

Las conclusiones sobre la asistencia de la discapacidades y la salud mental son importantes, así como la propuesta que el estado retome un rol protagónico y regulativo.

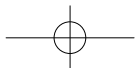
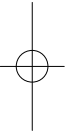
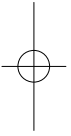
Destacamos, como dice Ginés González García en el prólogo de la primera publicación de la CONAPRIS, "que son valiosos los esfuerzos por evaluar en forma rigurosa y sistemática el accionar del Estado, tales como alienta la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria, CONAPRIS, y son un camino de sustentación de la acción."

Este libro representa un esfuerzo del investigador, con apoyo de una institución civil como AES (Asociación de Economía de la Salud), y un compromiso del Ministerio de Salud y Ambiente para mejorar la salud mental en la población de las obras sociales nacionales y entendiéndose que será de utilidad también para la Superintendencia de Servicios de Salud.

Se completa con los anexos sobre clasificación de enfermedades, capítulo de salud mental CIE 10, protocolos de evaluación en discapacidad y una síntesis normativa en discapacidad.

Información que será de utilidad para todo interesado en la temática de salud mental.

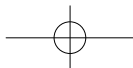
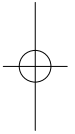
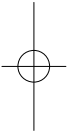
*Dr. Juan Carlos O'Donnell
Coordinador de la CONAPRIS
Buenos Aires, noviembre de 2004*

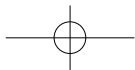
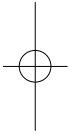
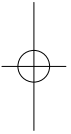




DR. HÉCTOR HUGO BARRIONUEVO

- Médico. Universidad Nacional de Buenos Aires. 1982.
- Médico Psiquiatra. Universidad Nacional de Buenos Aires.
- Médico Especialista en Psiquiatría. Otorgado por el Ministerio de Salud de la Nación y por el Colegio Médico de la Provincia de Buenos Aires.
- Especialista en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Universidad Nacional de Lomas de Zamora.
- Médico Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de la Fundación Favaloro.
- Magíster en Economía y Gestión de la Salud. Instituto Universitario Isalud.
- Candidato al Doctorado en Ciencias Políticas. Universidad del Salvador.
- Director de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud Mental. Instituto Universitario Isalud.
- Profesor Titular de Planificación y Gerencia de Servicios de Salud Mental. Instituto Universitario Isalud.
- Autor del libro *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Ediciones Isalud.





Reconocimientos

La presente investigación no hubiera sido posible sin el aporte como investigadora asociada de la Lic. María de los Ángeles Domínguez.

La Asociación de Economía de la Salud fue la institución de apoyo para este trabajo y merece también mi reconocimiento.

Mi agradecimiento a las autoridades de la Superintendencia de Servicios Salud por facilitarme el libre acceso a la información.

Finalmente quiero destacar el esfuerzo que realiza el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, en este caso a través de la CONAPRIS, para promover las investigaciones sobre programas sanitarios, las cuales sin duda contribuirán a una mejor comprensión de los fenómenos involucrados y serán un insumo de valor para la toma de decisiones tan complejas como son las que atañen al sector salud en su conjunto.

Palabras clave

<Salud mental> <Discapacidad mental> <Argentina> <Seguridad social> <Obras Sociales Nacionales> <Gasto en salud mental> <Servicios de salud mental> <Programa Médico Obligatorio> <Sistema Único de Prestaciones para Personas con Discapacidad>

PRESENTACIÓN

Los sistemas de salud se han visto beneficiados por transformaciones que introdujeron mejoras en su funcionamiento. Buena parte de estas transformaciones han sido fruto de una mejor comprensión del mercado de la salud. Este proceso ha sido posible gracias al aporte de investigaciones realizadas sobre la conformación, las características y la dinámica del mercado de la salud.

El presente trabajo tiene como objetivo analizar desde una perspectiva económica y de gestión la relación existente entre las Obras Sociales Nacionales, sus afiliados con patologías mentales, el sector privado de prestación de servicios y los mecanismos reguladores del Estado.

En la Argentina las Obras Sociales Nacionales, exceptuando el Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, brindan cobertura a 10.500.000 de beneficiarios lo que representa más del 28% de la población total del país. Esta población está distribuida en 290 obras sociales, conformando de esta manera un mercado en el cual se contratan y ofrecen sus servicios una importante cantidad de establecimientos monovalentes y profesionales especializados en la atención de los problemas de salud mental.

Por otro lado, el sistema de las obras sociales en la Argentina es el principal factor dinamizador del sector salud, no sólo por el tamaño de la población a la que brinda cobertura sino porque impone una dinámica particular al conjunto del sistema. La morfología de los mercados de salud ha sido y es fuertemente influenciada por las modalidades organizativas de estas entidades.

Cuando los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud hacen referencia a la salud mental incluyen en este

campo tanto a aquellas patologías incluidas bajo el rótulo de “trastornos mentales” como a la “discapacidad mental”.

Sin embargo en la Argentina por razones históricas se conformaron dos modelos asistenciales y programas de cobertura diferentes, cada uno de ellos con su propia forma de financiamiento, regulación y organización de servicios.

El tipo y la cantidad de servicios que deben brindar las Obras Sociales a sus beneficiarios en materia de salud mental se encuentra regulado por dos programas:

- El Programa Médico Obligatorio que, desde 1996, establece la canasta básica de prestaciones que deben ser cubiertas por estas aseguradoras, incluidas las prestaciones en salud mental.
- El Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

La presente investigación se propone identificar y describir los programas de cobertura en salud mental y discapacidad mental que brinda la seguridad social argentina, sus fortalezas, debilidades y perspectivas con el objetivo de formular propuestas para su mejoramiento.

Para ello el presente estudio se encuentra organizado en seis capítulos:

En el Capítulo 1 se introduce la relevancia del problema que representan los trastornos mentales para las comunidades y se describen las herramientas conceptuales que serán utilizadas para el abordaje de esta problemática en el ámbito de la seguridad social en nuestro país.

El Capítulo 2 identifica y analiza dos marcos reguladores independientes: el Programa Médico Obligatorio de Emergencia, para el conjunto de los trastornos mentales, y el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, para las personas afectadas de discapacidad mental.

En el Capítulo 3 se describen y clasifican los servicios especializados que son provistos para satisfacer las necesidades de cada uno de estos dos programas de cobertura, su tamaño y composición.

El Capítulo 4 es destinado al estudio de la demanda de asistencia, identificando quiénes son los que acuden en busca de atención especializada para cada uno de los programas y cuáles son el volumen y tipo de servicios que requieren.

Para completar la investigación, en el Capítulo 5 es abordado el problema del financiamiento, identificando el origen de los fondos destinados a sostener ambos programas, el monto y la composición del gasto en cada caso, y la presencia de subsidios cruzados.

Finalmente se arriba a las conclusiones del presente trabajo, analizando diferencias y similitudes entre ambos programas de cobertura, y se realizan recomendaciones, las cuales se espera que contribuyan a una mejor comprensión de este particular sector de la vida sanitaria y en consecuencia, a la mejora en el diseño y la implementación de políticas específicas.

1. LA SALUD MENTAL COMO PROBLEMA

Los problemas relacionados con la salud mental han logrado un lugar de importancia en las agendas de muchos gobiernos. Esto se debe a que la preocupación en el mundo por dichos problemas ha crecido notablemente en los últimos años; prueba de ello es que ya a principios de los '90 la misma Organización Mundial de la Salud reconocía que la mayoría de los países habían tomado conciencia de que los problemas de salud mental constituían una carga creciente.¹

Este cambio de "actitud" de los gobiernos fue posible a partir de una mejor información respecto de la magnitud y las consecuencias del problema.

La magnitud del problema de la salud mental se hace evidente no solo en su extensión, sino también en el deterioro de la calidad de vida de afectados y allegados, en los costos implicados, en el impacto sobre otros servicios sanitarios, en la discapacidad y en la carga social que generan.

Con respecto a la extensión del problema los estudios relevados por la Organización Mundial de la Salud estiman que el número de personas aquejadas de algún trastorno mental o del comportamiento en el mundo asciende a 450 millones de personas, es decir aproximadamente el 10% de la población.²

Según la Encuesta Nacional de Salud de España de 1989, la prevalencia de los trastornos mentales en ese país es del 30% de personas afectadas.³

El impacto sobre otros servicios sanitarios se refleja por ejemplo en la cantidad de consultas en atención primaria que se realizan por trastornos depresivos y de ansiedad, la cual según distintos autores oscila entre el 20 y el 30% de las consultas.

La carga global de morbilidad que producen los trastornos mentales y neurológicos en todo el mundo fue estimada para 1990 en el 10,5% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones, aumentó al 12,3% en el año 2000 y se prevé que llegará al 15% en el año 2020.⁴

La salud mental como carga social también puede ser evaluada tomando en cuenta los costos directos implicados en la atención de estas patologías. En los Estados Unidos, por ejemplo, el 16% del presupuesto en salud es consumido por los servicios psiquiátricos.

1.1. EL PROBLEMA EN LA ARGENTINA

Los conflictos sociales han agravado las condiciones de la salud mental de los argentinos y la oferta de servicios enfrenta un severo proble-

¹ Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales*. 1991. OMS, Serie de Informes Técnicos. Ginebra.

² Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. 2001. OMS. Ginebra.

³ Encuesta Nacional de Salud de España, citada en: *Libro Blanco. Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Sociedad Española de Psiquiatría. 1998. OFISALUD. Madrid.

⁴ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. 2001. OMS. Ginebra.

ma de financiamiento. Los servicios de salud mental sufren el impacto de la reducción unilateral de los valores de las prestaciones, atrasos en los pagos por parte de las aseguradoras y como consecuencia, establecimientos especializados al borde de la quiebra.

En este escenario, las dificultades en la cobertura y accesibilidad a los servicios se convierten en la principal amenaza que enfrenta la salud mental en la seguridad social.

Las Obras Sociales Nacionales en la Argentina con sus 10,5 millones de beneficiarios, conforman un mercado en el que participan como proveedores diversos tipos de establecimientos del sector privado, público y organizaciones no gubernamentales, dedicados a asistir la demanda en salud mental:

- Hospitales psiquiátricos públicos.
- Clínicas psiquiátricas.
- Servicios de psicopatología en hospitales generales y centros de salud.
- Centros de salud mental.
- Consultorios ambulatorios privados.
- Hospitales de día.
- Centros educativo-terapéuticos.
- Centros de día.
- Hogares.
- Escuelas de educación especial.
- Servicios de emergencia y atención domiciliaria.

A partir de esta primera aproximación es posible inferir que los cambios que puedan producirse en este mercado afectarán los indicadores de salud mental de toda la población argentina.

La necesidad de avanzar hacia políticas que introduzcan mejoras en la atención de la salud mental en la seguridad social, hace imprescindible contar con estudios que investiguen sus programas de cobertura, el perfil de la demanda a la que están dirigidos y la conformación de la oferta.

1.2. HERRAMIENTAS CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS

Los sistemas de salud se han visto beneficiados por transformaciones que introdujeron mejoras en su funcionamiento. Buena parte de estas transformaciones han sido fruto de una mejor comprensión del mercado de la salud. Este proceso ha sido posible gracias al aporte de investigaciones realizadas sobre la conformación, las características y la dinámica del mercado de la salud.

En este apartado se exponen los elementos conceptuales y los criterios metodológicos utilizados en el presente estudio.

En primer lugar se analizarán los antecedentes de la atención a la salud mental que dieron origen a las actuales vinculaciones interinstitucionales de su actual sistema de atención. Para este análisis serán tenidos en cuenta los diferentes contextos socio-político-sanitarios de la historia de nuestro país.

En segundo lugar se analizará la vinculación entre los diferentes actores que conforman de uno de los mercados de la salud: el de las transacciones de los servicios para la salud mental.

Para ello se definirá conceptualmente a la oferta como una categoría teórica compuesta por las instituciones prestadoras que conforman diferentes niveles de agregación y que constituyen el proceso productivo de la atención con sus modelos de gestión, su forma de pago y su flujo financiero.

La demanda de los pacientes, será analizada desde los requisitos para constituirse como tal, su volumen, su evolución y su presencia político-institucional en el sistema.

La existencia de un fuerte marco regulador estatal constituye un elemento clave del modelo en estudio y se analizará su impacto transformador tanto en la producción de servicios como en la vinculación entre las obras sociales y sus beneficiarios.

En síntesis: la regulación del sistema, las obras sociales en tanto agentes coordinadores de tramas productivas, la oferta y la demanda son los actores centrales de este trabajo y sus vinculaciones serán analizadas utilizando los instrumentos de la economía de la salud.

La Economía es la ciencia que estudia las reglas de producción, consumo y distribución de los bienes a la vez que ayuda a determinar las elecciones y prioridades para lograr los fines que toda sociedad se propone: la optimización y la maximización de los recursos. ¿Qué, cuánto y cómo producir? ¿Qué, cuánto y cómo se distribuye y para quién? ¿Qué, cuánto y cómo se consume? Éstos son los fenómenos sociales de los que se ocupa la economía.

Por su parte el mercado es aquel lugar donde, oferentes y demandantes, intercambian bienes y servicios, es decir un conjunto de mecanismos mediante los cuales compradores y vendedores de un bien o servicio entran en contacto para comerciarlo.

Economía de mercado es entonces aquella en la cual son las acciones de individuos y empresas, y no del gobierno, las que responden a las tres preguntas de la economía: "qué producir", "cómo producir" y "para quién producir".

Al analizar los tipos de mercado frecuentemente se establece la siguiente tipología: mercados transparentes, cuando hay un solo punto de equilibrio, y mercados opacos, cuando debido a la existencia de información imperfecta por parte de uno de los agentes hay más de una situación de equilibrio. Asimismo se puede distinguir entre mercados libres, sometidos al libre juego de las fuerzas de la oferta y la demanda, y mercados intervenidos, cuando agentes externos al mercado, como por ejemplo, las autoridades sanitarias, fijan los precios.

En la vida económica coexisten un gran número de mercados que se organizan de acuerdo con los distintos tipos de bienes y servicios que en ellos se producen y a los comportamientos de la oferta y de la demanda de por aquellos.

La conformación y el funcionamiento de los mercados están condicionados por las características intrínsecas de los bienes y servicios producidos, la demanda que satisfacen y el lugar que la sociedad otorga a dichos bienes.

La microeconomía clásica establece que los mercados se clasifican en perfectos e imperfectos, dependiendo esto de la dinámica de la oferta y

la demanda de un bien o servicio y de sus propias características. Asimismo los mercados pueden estar o no regulados por la intervención de agentes como, por ejemplo, el Estado.

La cantidad demandada y la oferta de un bien está condicionado por diversos factores:

- a) su precio;
- b) el precio de los factores productivos;
- c) el precio de bienes relacionados;
- d) la tecnología disponible;
- e) las preferencias de los consumidores.

El concepto de elasticidad es de utilidad para comprender el comportamiento del mercado de servicios de salud y de salud mental. La elasticidad de la demanda-precio se define como la variación porcentual de la cantidad demandada como respuesta a la variación porcentual en el precio. En tanto que la elasticidad de la oferta es el cambio porcentual en la cantidad ofrecida en su relación al cambio porcentual en el precio, *ceteris paribus*.

Es necesario señalar que en ocasiones el aumento o disminución de la demanda no se correlaciona con la variación del precio del bien o servicio. La demanda puede aumentar en mayor proporción al porcentaje en que disminuye el precio de un determinado bien, en tanto que para otros bienes la proporción del aumento de la demanda será menor.

Se considera que la demanda de un bien o servicio es elástica cuando la variación porcentual de su precio produce una variación porcentual mayor en la cantidad demandada. Por el contrario se considera demanda inelástica cuando la variación porcentual de la demanda es inferior a la variación porcentual del precio. En el caso extremo de la demanda perfectamente inelástica no existen cambios en la cantidad demandada aún cuando hayan existido variaciones en el precio del bien.

Para introducirse en el estudio del mercado de servicios sanitarios es conveniente primero identificar las particularidades de los servicios, ya que hasta aquí se han descrito algunas características relevantes del mercado, independientemente que se trate de un mercado de bienes o de servicios.

A diferencia del producto industrial, los servicios son intangibles, no pueden almacenarse para ser consumidos en otra oportunidad, no pueden ser transportados para ser consumidos en otro lugar, se producen, venden y consumen habitualmente en el mismo lugar y momento, y el usuario tiene un papel muy importante en la producción y en la calidad del servicio.

1.2.1. El mercado de servicios sanitarios

La economía de la salud aplica la teoría económica y sus instrumentos a las materias relacionadas con la atención de la salud. De esta manera estudia toda la esfera de relaciones recíprocas entre el estado de salud de los individuos y grupos y sus actividades económicas: producción, distribución y consumo de bienes y servicios.

Algunos de los problemas de los cuales se ocupa la economía de la salud son:

- ¿Qué es salud, su mejora y su mantenimiento?
- ¿Cuáles son los determinantes del nivel de salud independientemente de los cuidados médicos?
- ¿Cómo afecta el nivel de salud de la población a la producción y a la economía?
- ¿Cuáles son las características y las consecuencias económicas de las actividades sanitarias?
- ¿Cuándo decidir entre el mecanismo del mercado y la acción planificadora?
- ¿Qué efectos producen diferentes formas de organización de los sistemas sanitarios?
- ¿Cuáles son las opciones de financiamiento del sector sanitario?
- ¿Cómo realizar comparaciones de sistemas en términos de cobertura de los objetivos de eficiencia y equidad?
- ¿Cómo es el comportamiento de los costos de la atención?
- ¿Qué combinación de recursos humanos, tecnología y capital produce determinados resultados?
- ¿Cómo influyen los sistemas de incentivos sobre la disponibilidad de la oferta de personal sanitario?
- ¿Cuál es la mejor forma de asignar recursos y prioridades?
- ¿Cuáles son los niveles de tecnología compatibles con los recursos disponibles?
- ¿Cuáles son las barreras de acceso y de utilización de los servicios sanitarios?

Las características particulares del mercado de la salud establecen claras diferencias con otros tipos de mercados; es por esta razón que las teorías económicas ortodoxas no resultan totalmente aplicables para su estudio y se hacen necesarias teorías y técnicas específicas para comprender su funcionamiento con el objetivo de mejorar los niveles de salud.

Para evaluar el funcionamiento de un mercado de servicios sanitarios es necesario tener en cuenta algunas características, que por su importancia merecen ser destacadas.

En los servicios de salud, el producto y la actividad de producción son idénticos; de esta manera la identificación y medición del "resultado" de la atención médica debe ser evaluada cuidadosamente.

El médico ejerce una doble intermediación, interviniendo tanto en la oferta como en la demanda: por un lado decide la cantidad y el tipo de los insumos necesarios y por otro lado cantidad y tipo de servicio/"producto" que debe consumir el paciente.

La elección del prestador por parte de los pacientes está influenciada, no por el precio sino por la calidad que le supone al establecimiento, la cual es influenciada por el médico en esta relación de agencia. La competencia por precio entre prestadores es poco importante.

Debido en parte al efecto de la intermediación, el paciente es menos sensible al precio de los servicios que recibe, produciéndose así una inelasticidad de la demanda a los precios de los servicios. Para sensibilizar al consumidor con respecto al precio del servicio se implementaron

los copagos o coseguros, cuya consecuencia fue una menor utilización de los servicios (cuando el paciente comienza a pagar algún copago esto opera como un aumento en el precio).⁵

1.2.2. Cómo estudiar un mercado de servicios sanitarios

Para estudiar el funcionamiento del mercado de la salud se utilizará la matriz propuesta por el autor en un trabajo anterior que permite identificar las características más relevantes de la conformación y los aspectos claves de la dinámica de un mercado de servicios sanitarios (cuadro 1).

Categorías	Descripción
Los actores	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes son? • ¿Cómo intervienen en el mercado?
La demanda	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes son? • ¿Cuántos son? • ¿Cuál es la tendencia?
La oferta	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quiénes son los oferentes? • Profesionales y establecimientos • Tipos de servicios Volumen de la oferta • Concentración / Atomización • Organización de la oferta Tendencia
Marco regulador	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación vigente • Programa Médico Obligatorio • Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad
Financiamiento	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto se gasta? • ¿Quién financia? • ¿Cómo se financia? • Modalidades de contratación y pago
Precios	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se determinan? • ¿Cuál es la tendencia?

Fuente: Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Ediciones ISALUD. Buenos Aires. 2003.

Cuadro 1 - Matriz de análisis del mercado de servicios sanitarios

Tal como se señala en dicho estudio es "de vital importancia, en el análisis del mercado de la salud, identificar los actores involucrados, su historia y sus distintos, y muchas veces opuestos, intereses. Su comportamiento, su forma de relación, el grado de organización que posean, la forma en que están organizados. Cómo está compuesta la demanda, cuál es su volumen, cuáles son sus principales tendencias; describir la oferta, su volumen, cómo está distribuida, ¿está atomiza-

⁵ Tobar, Federico. *Economía de Hospital. Programa de Investigación Aplicada*. Buenos Aires. 2001. Fundación ISALUD.

da?, ¿está organizada?, cuáles son las tendencias; en qué marcos reguladores se inscriben las actividades; cómo se financian, cuánto se gasta en servicios de salud mental; cómo se determinan los precios y cuál es la tendencia”⁶.

⁶ Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. 2003. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.

2. LOS PROGRAMAS DE COBERTURA

2.1. LA NECESIDAD DE REGULACIÓN EN SALUD MENTAL

Para entender la dinámica que existe entre las obras sociales, los proveedores de servicios de salud mental y los pacientes, es preciso identificar aquellas circunstancias en las que el funcionamiento del mercado no conduce a una situación eficiente, circunstancias que, desde la escuela neoclásica de economía se conocen como fallas del mercado.

Este conocimiento contribuirá a una mayor toma de conciencia sobre la importancia del rol del Estado para asegurar que el interjuego de los distintos actores e intereses se oriente a satisfacer las verdaderas necesidades de la población en materia de salud mental.

Una de las principales herramientas del Estado para orientar y mejorar el funcionamiento de los mercados, es el establecimiento de un adecuado marco regulador.

El análisis del comportamiento de las distintas fallas del mercado, en el campo de la salud mental ya ha sido desarrollado por el autor⁷.

Los mercados pueden garantizar quizás la eficiencia pero no la **equidad** en el acceso a los servicios sanitarios y de esta manera se constituye en falla de tipo normativo. Es entonces el Estado el que debe asegurar la equidad en esa distribución.

Sin embargo, incluso con la intervención del Estado, el acceso a los recursos sanitarios supone un sujeto con sus capacidades conservadas para identificar su malestar, conocer los servicios de salud, recurrir a ellos espontáneamente, tener autonomía para trasladarse y comunicarse con fluidez, además de contar con accesibilidad económica.

Los problemas de salud mental, tal como ya fue planteado, han ganado un lugar en las agendas de los gobiernos en los últimos años, debido fundamentalmente a la enorme discapacidad que los mismos conllevan.

Esa discapacidad coloca a los afectados en inferioridad de condiciones para las funciones antes señaladas: identificar el malestar y pedir atención espontáneamente, conocer los servicios y trasladarse en forma autónoma, y hacerse entender. Por esta razón, el riesgo de que se produzcan inequidades en el acceso a los servicios es mayor para esta población.

La segunda de las fallas de tipo normativo deriva del hecho de que los bienes y servicios sanitarios pertenecen a la categoría de **bienes tutelares**, preferentes o meritorios; es decir aquellos bienes o servicios para los cuales la sociedad tiene especial interés en asegurar su consumo.

Esta categoría de "preferencial" se manifiesta con diferentes intensidades para las distintas especialidades dentro del conjunto de la salud. Los servicios de salud mental suele ser aún relegados en los planes de cobertura y en los recursos que se le asignan.

Este hecho es tan evidente que la misma Organización Mundial de la Salud tuvo que recomendar a los Estados miembros la identificación

⁷ Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

dentro del presupuesto destinado a salud de la porción que corresponde a la atención de la salud mental.

Estas recomendaciones fueron hechas a partir de la constatación de que los problemas de salud mental suelen quedar relegados en la puja por los recursos frente a otro tipo de necesidades dentro del sector salud.

Solo a título de ejemplo puede recordarse que en algunos hospitales aún se colocan los "consultorios" psicológicos o psiquiátricos en sitios marginales dentro de la planta física del mismo.

Se dice que se producen **rendimientos crecientes** cuando hay economías de escala, es decir que la rentabilidad del bien o servicio a producir aumenta con la cantidad producida, de manera tal que para ciertos bienes o servicios es necesaria una cantidad mínima de producción para que exista rentabilidad.

La consecuencia de las economías de escala en términos de falla del mercado, es que en las zonas geográficas de baja densidad poblacional la cantidad demandada es insuficiente para la existencia de más de un proveedor, con lo cual nos encontramos con una tendencia natural al **monopolio**.

La demanda de atención en salud mental representa solamente una porción de las necesidades de servicios de salud que requiere una determinada población y por lo tanto, la posibilidad de que existan zonas con una densidad poblacional que demande una cantidad de servicios insuficiente para la existencia de más de un proveedor es mayor para el mercado de la salud mental que para el mercado de la salud en su conjunto. Es por esto que en salud mental existe mayor riesgo de que se produzcan oligo-monopolios.

Para que el mercado funcione es necesario que las decisiones que toman los actores sean siempre **racionales**, pero en verdad las personas pueden generar actos perjudiciales para sí o para la comunidad. Este hecho se conoce como **racionalidad limitada** y de esta manera se convierte en una falla del mercado.

Es sabido que las personas aquejadas de trastornos mentales frecuentemente realizan actos potencialmente lesivos tanto para ellos como para los que lo rodean. Por lo tanto es necesario ser muy prudentes en el campo de la salud mental, si las decisiones se basan exclusivamente en la premisa de la racionalidad de los actores.

Casi nunca es posible identificar con precisión cuando y de qué puede uno enfermarse. La respuesta a este problema ha variado en el tiempo; en las comunidades antiguas era la familia extensa quien asumía la responsabilidad por el cuidado y por las elecciones racionales relacionadas con el tratamiento de sus enfermos. Durante el medioevo comienzan a surgir prácticas mutualistas que extendían ese mecanismo solidario de protección de los enfermos a toda una categoría gremial.

Hacia 1852 el canciller alemán Otto von Bismarck, toma estas prácticas mutualistas y las instituye como un seguro social regulado por el Estado. Es decir que esta **incertidumbre** con respecto a la **incidencia de la enfermedad**, es decir el riesgo de enfermarse, ha tenido como respuesta el aseguramiento.

La consecuencia de este aseguramiento desde el punto de vista económico ha sido la aparición de dos fenómenos de oportunismo: la selección adversa y el riesgo moral.

El primero es un tipo de oportunismo precontractual en el que el comprador de seguro de salud esconde información sobre su salud para obtener el contrato. El segundo es un oportunismo poscontractual por el cual se oculta no solo información sino también las acciones y esto se efectiviza en un consumo excesivo de servicios sanitarios.

En el campo de la salud mental, la incertidumbre sobre la incidencia de la enfermedad, es decir sobre el riesgo de enfermar, se comporta de manera particular: por un lado una importante proporción de los trastornos mentales son enfermedades de evolución crónica y de inicio en edad temprana, por lo que este grupo adquiere un cierto grado de **certidumbre** respecto a la necesidad de tratamientos prolongados.

Por otro lado las personas que no están afectadas suelen “negar” la posibilidad de padecer este tipo de problemas, es decir que niegan el riesgo y por lo tanto obtienen una **certidumbre**: “yo no voy a enfermar (de un trastorno mental)”.

La magnitud de la incertidumbre también puede medirse en términos de variabilidad de la utilidad y esta es mucho mayor en campo sanitario que en otras actividades. En materia de rehabilitación de la discapacidad, donde además de la asistencia médica intervienen múltiples aspectos socio-familiares, la incertidumbre con relación al producto es mucho mayor.

La **incertidumbre** en la **efectividad** de los diagnósticos y los tratamientos merece algunas consideraciones en lo que respecta a la atención de la salud mental.

Una de las características distintivas de los trastornos mentales es que una de las funciones frecuentemente afectada, es justamente la capacidad de identificar un malestar, describirlo y solicitar ayuda.

Las relaciones entre los síntomas y las patologías es especialmente difícil de establecer en los problemas mentales, en comparación con las enfermedades en las que predomina el “componente orgánico” del problema.

Por otra parte, la eficacia de una parte importante de los tratamientos en salud mental es objeto de permanentes revisiones y muchos de los dispositivos utilizados en la atención de estos pacientes no gozan de evidencia científica.

Como conclusión puede afirmarse que el grado de incertidumbre en la efectividad diagnóstica y terapéutica es especialmente importante en la atención de los trastornos mentales. Y este hecho reafirma la necesidad de una adecuada regulación del Estado para la entrada de profesionales y establecimientos que brindan servicios de salud mental.

Es necesario que proveedores y compradores tengan acceso a **información perfecta** para que el mercado asigne eficientemente los recursos disponibles. Es decir que ambos sepan cuáles son los bienes o servicios que pueden satisfacer sus necesidades.

En el caso de los servicios sanitarios existe una **asimetría de la información** en favor del médico, debido a que los pacientes tienen informa-

ción incompleta para saber qué necesitan para satisfacer sus necesidades en materia de salud. Se produce entonces una relación de agencia entre el médico y el paciente en la cual el primero decide qué servicios sanitarios debe "consumir" el segundo.

El riesgo de este tipo de relación es que frecuentemente genera una **demanda inducida** por el médico y el mercado se desdibuja como tal.⁸

Para los pacientes con trastornos mentales el problema se inicia en la dificultad misma para identificar la presencia de un malestar.

Por otra parte la gran variedad de teorías explicativas en las que se sustentan los diagnósticos y los tratamientos en salud mental, profundizan aún más la difícil tarea de contar con la información adecuada, pero esta vez no son solo por parte de los pacientes sino también de los mismos profesionales.

A esta particular asimetría donde el agente también tiene dificultades para tener información adecuada, el autor la llama **disimetría de la información**.⁹

Por último, debido a esa especial dificultad que, en salud mental, suelen tener los pacientes para reconocer sus malestares y comunicarlos, intervienen otros actores que buscan interpretar las necesidades de los mismos con distintos resultados y diferentes intereses.¹⁰ De esta manera se desdibuja el protagonismo del propio interesado, el paciente, en las decisiones referentes a su tratamiento.

En la mayoría de los tratamientos, además el médico y el psicólogo, suelen intervenir como agentes otros actores dentro del sector salud como por ejemplo: terapeutas ocupacionales, psicopedagogos, trabajadores sociales; y fuera del sector salud: docentes, familiares, tutores, jueces, médicos forenses.

Para comprender el funcionamiento del mercado de la salud, algunos autores le otorgan especial importancia a la fuerza e historia de los vínculos entre los distintos actores.¹¹ En este sentido merece destacarse que debido a la cronicidad de muchos trastornos mentales, la duración de la relación entre pacientes y profesionales suele durar un tiempo prolongado.

Para una mejor comprensión se transcribe un cuadro adaptado del autor, donde se sintetiza el comportamiento de las fallas de mercado en la salud mental.

⁸ Ortun Rubio, Vicente. *Análisis de los Mercados y del Marco Regulatorio del Sector Salud*. IV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. 1995. Ediciones ISALUD.

⁹ Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

¹⁰ Barrionuevo, H. Hugo. *Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación Psiquiátrica*. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Buenos Aires. 2001. Universidad Favaloro.

¹¹ Vasallo, Carlos y Báscolo, Ernesto. *Una Mirada Económica Institucional del Proceso de Cambio del Sector Salud en Argentina*. Documento de Trabajo N° 6. Buenos Aires. 1998. Ediciones ISALUD.

Tipos de falla	Fallas del mercado en la salud mental
Normativas	Equidad	Existe una importante relación entre pobreza y enfermedad mental que acentúa el problema de las inequidades.
	Bienes tutelares	Necesidad de reforzar la idea de la salud mental como bien tutelar.
Positivas	Rendimientos crecientes	Mayor probabilidad de aparición de monopolios.
	Racionalidad limitada	Mayor riesgo de conductas autolesivas como característica intrínseca de los trastornos mentales.
	Incertidumbre sobre la incidencia de la enfermedad	Grupos con "certeza" de estar enfermos y grupos que niegan la posibilidad de enfermar.
	Incertidumbre sobre la efectividad	En el estado actual del conocimiento existe mayor incertidumbre respecto a la efectividad diagnóstica y terapéutica.
	Asimetría de la información	El agente tampoco posee información perfecta.
	Relación de agencia	La relación de agencia es más compleja por la intervención de terceros.

Fuente: adaptado de: Barrionuevo, H. Hugo. Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

Cuadro 2 - Fallas normativas y positivas en el mercado de salud mental

Durante muchos años la seguridad social sufrió la ausencia de un marco que regulara la cobertura de las prestaciones a brindar a sus beneficiarios con patologías psiquiátricas y con discapacidades mentales.

Los distintos marcos reguladores fueron introducidos como una respuesta a esa necesidad y de esta manera, con sus aciertos y limitaciones, impusieron reglas de juego en un mercado que por sus propias características necesita una adecuada regulación por parte del Estado.

Una de las fortalezas tanto del Programa Médico Obligatorio (en su capítulo Salud Mental) como del Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad es la de ser necesarios, en un mercado tan imperfecto como es el de las patologías mentales y la discapacidad mental.

El Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad se instaló en el Sistema de la Seguridad Social a través de la resolución N° 400/98 que fijó las pautas regulatorias que determinaron: niveles de atención, menú prestacional, aranceles y libertad de elección.

La puesta en vigencia del PMO generó importantes consecuencias en el mercado de la salud mental. Hasta ese momento la oferta de servicios dependía de los criterios de la auditoría médica de cada Obra Social. Por lo tanto el paciente recibía distinto tipo de modalidades asistenciales, con diferente frecuencia y duración dependiendo esto de la Obra Social a la que estuviera afiliado. El PMO unificó, pero también limitó cuantitativamente las prestaciones. A partir de su puesta en vigencia las prestaciones establecidas en la normativa operaron para algunas Obras Sociales como un techo, en tanto que para otras significaron un piso más alto de la oferta que estos agentes brindaban a sus afiliados.

Para las obras sociales que ofrecían mayores servicios que los establecidos por el PMO, la regulación fue rápidamente incorporada, particularmente en el caso de las internaciones ya que son prestaciones que gravitan significativamente en el gasto en salud mental.

El mayor impacto que produjo el PMO fue que sus límites en la cobertura, pensados como "piso", operaron como "techo", por lo que la producción global de servicios de salud mental disminuyó en razón de que hasta ese momento el sistema ofrecía mayores prestaciones a las comprendidas en la nueva regulación.

El Programa Médico Obligatorio establece la siguiente cobertura obligatoria y los siguientes límites:

- En internación psiquiátrica se establece un mínimo de treinta días por afiliado y por año calendario.
- En hospital de día el mínimo es de sesenta días por afiliado y por año calendario.
- En atención ambulatoria treinta consultas por afiliado y por año calendario.
- En atención domiciliaria y urgencias no se establecen límites.
- Los coseguros no están diferenciados para la salud mental respecto del resto de las patologías, es decir \$ 5 para la consulta ambulatoria y \$ 10 para la atención domiciliaria.
- La cobertura de medicación se corresponde con el resto de las patologías: 100% en internación y 50% en medicación ambulatoria.

Con el Programa Médico Obligatorio de Emergencia se introdujeron algunas modificaciones en la cobertura de los servicios de salud mental que pueden resumirse en los siguientes puntos:

- Se acorta la duración en la cobertura del hospital de día a treinta días por afiliado y por año calendario, es decir que se reduce a la mitad.
- Se establece una frecuencia en las atención ambulatoria de no más de cuatro consultas por mes, conservando las treinta consultas por afiliado y por año calendario del PMO anterior.
- Se establece un formulario terapéutico con precios de referencia que no contemplaba el PMO anterior.
- La cobertura de medicación ambulatoria se redujo al 40%.

El descuento de sólo el 40% para los medicamentos que en internación tienen cobertura total desalienta la externación de los pacientes de bajos recursos. En el PMO no queda claro si el número de días corres-

pondientes a la internación en hospital de día deben contarse corridos o sólo los días en que el paciente asistió efectivamente a recibir la prestación: dos, tres o cuatro veces en la semana. Los financiadores y los prestadores interpretan libremente si el paciente debe asistir en Jornada completa a esta modalidad, o si sólo debe asistir medio día, situación no aclarada en el PMO.

La cantidad de consultas en el año establecen el límite de la modalidad ambulatoria, en tanto que para la internación el criterio es temporal, se basa en la cantidad de tiempo transcurrida.

Cómo se comportan los sectores

El hospital público no se atiene a los límites del PMO aunque es posible que sus profesionales lo tengan como marco referencial y esto afecte la utilización de los servicios.

Para las empresas de medicina prepaga el PMO funciona como referencia obligada. Situación, por otra parte, que está establecida por ley. Para el caso que el paciente necesite más tiempo del establecido en la norma, la EMP derivan al sector público o dejan en manos de pacientes y familiares el pago de las prestaciones.

Algunas obras sociales toman a su cargo las internaciones prolongadas de pacientes sin posibilidades de ello. Otras aplican coseguros a aquellas que se extienden más allá de los topes; estos montos pueden ser fijos o porcentuales.

2.2. LA SALUD MENTAL EN EL PMO DE EMERGENCIA

En 1996 el Ministerio de Salud de la Nación introdujo el Programa Médico Obligatorio (PMO), el cual fue modificado en el marco del Decreto 486/02 del Ministerio de Salud que declara la Emergencia Sanitaria en marzo de 2002 dando lugar al Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) que rige desde abril de ese año hasta la actualidad.

Como se señalara más arriba antes de la implementación del PMO los agentes del seguro tenían una oferta heterogénea de servicios por lo que el afiliado recibía mayor o menor cobertura dependiendo esto de la Obra Social a la que estuviera afiliado o a la capacidad de presión que podía ejercer sobre el auditor de la Obra Social. Las decisiones que se tomaban podían ser cuestionadas en los estrados judiciales dando intervención a otros actores que, como se describirá más adelante, pueden ejercer una gran influencia en las decisiones asistenciales.

El mercado y, fundamentalmente, los pacientes necesitaban la mano reguladora del estado que pusiera orden en la asistencia de la salud mental, sector de por sí que plantea grandes dificultades a la hora de establecer estándares de atención. El PMO constituyó un gran avance en esta dirección y en la actualidad, su sucedáneo para la emergencia sanitaria el PMOE, constituye el marco referencial de los agentes del seguro, los prestadores, la formulación de planes de cobertura, los modelos contractuales, la auditoría, los controles de gestión y de gastos.

Según este PMO de Emergencia, en atención secundaria deben asegurarse las consultas en consultorio e internación y de urgencia y emergencia en domicilio.

En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro de \$ 10 por cada visita. En todo otro grupo etéreo donde el paciente esté imposibilitado de desplazarse quedará a discreción de la auditoría del agente del seguro la provisión de atención programada en domicilio.

Se asegura el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria) con el límite de tiempo contemplado en el capítulo que corresponde a salud mental.

Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud y especialmente de la salud mental. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil .

En la atención ambulatoria se cubren hasta treinta consultas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de cuatro consultas mensuales. Esto incluye entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

En internación se cubren patologías agudas en las modalidades hasta treinta días por año calendario.

El hospital de día se cubre hasta treinta días por año calendario.

Se asegura la cobertura de los medicamentos en ambulatorio (que figuran en el Anexo III) con un 40% de cobertura, conforme con el precio de referencia. Los prestadores deben recetar medicamentos por su nombre genérico.

Con respecto a los coseguros se establece un monto de hasta \$ 4 para todo tipo de consultas médicas en ambulatorio y de hasta \$ 5 los montos para estudios de alta y baja complejidad.

Se incluyen en el catálogo de prestaciones de salud mental las siguientes:

- psicoterapias individuales niños o adultos;
- psicoterapias grupales o colectivas niños o adultos;
- psicoterapia de pareja o familia;
- goteo con psicofármacos en enfermos no internados;
- sueño prolongado;
- reflejos condicionados;
- pruebas psicométricas;
- pruebas proyectivas perfil de personalidad;
- hospital de día;
- hospital de noche;
- talleres de actividades grupales para prevenciones primaria y secundaria;
- talleres de estimulación temprana, incluye guardería.

2.3. EL SISTEMA ÚNICO DE PRESTACIONES PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD MENTAL

En la Argentina la asistencia a la discapacidad mental está establecida en la ley 24.901 que creó el Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las personas con discapacidad, el que más tarde pasó a llamarse Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

La creación del Sistema Único constituyó un avance muy grande para que la Argentina alcance metas en materia de asistencia a la discapacidad mental ya logradas por los países desarrollados. Pero existe un conjunto de tendencias micro-económicas de signo negativo que ponen en peligro tanto al Sistema y su Programa de cobertura como al mercado de la asistencia a la discapacidad. Estos factores son: endeudamiento de las entidades financiadoras, incremento de obligaciones prestacionales, desfinanciamiento de los efectores, falta de competencia por precio, "fallas" en la gestión y las "fallas" propias del mercado de la salud. De la capacidad de respuesta del mercado y del Estado dependerá la permanencia del Programa de Cobertura.

La sanción del Sistema Único constituyó mucho más que la intención de crear un modelo asistencial. Fue una política sustantiva e instrumental de salud (Tobar 2000). Sustantiva porque tuvo el firme propósito de ser seguida de acciones concretas que garantizaran el acceso a la rehabilitación integral de todos los argentinos portadores de una discapacidad mental e instrumental porque explicitó los medios para garantizar los objetivos propuestos.

El Programa de Cobertura del Sistema fue la extensión al campo de la Seguridad Social de esa política. Su financiamiento está a cargo de la Administración de Programas Especiales, organismo del Estado encargado de administrar el Fondo Solidario de Redistribución para las Obras Sociales, y de los mismos Agentes del Seguro.

La puesta en vigencia del Programa de Cobertura generó expectativas en un sector muy sensible de la población cubierta por las Obras Sociales.

El acceso a la rehabilitación, a la integración y a la inclusión constituye un conjunto de reivindicaciones fuertemente arraigadas en las personas con discapacidad mental y en las organizaciones que las representan.

El Programa, como se ha dicho, brinda una amplia cobertura. Pero de no contar con un financiamiento sostenido en el tiempo y con un mercado prestador en funcionamiento, las esperanzas se convertirán en frustración y las Obras Sociales cargarán con el costo político consecuente.

Los actores del Sistema estiman que en un futuro próximo se realizará un nuevo análisis situacional del Programa. Existen señales que lo demandan.

Cuando el Estado asume sus funciones de regulación en salud está admitiendo que el libre juego de la oferta y la demanda de servicios sanitarios no puede dar cuenta de las verdaderas necesidades de la población. Kenneth Arrow ganador el premio Nobel de Economía en 1963 demostró que en salud la sola aplicación de las fuerzas de mer-

cado hace a los enfermos y a los grupos desfavorecidos, aún más enfermos y vulnerables.

La mano reguladora del Estado puede alcanzar a los mercados proveedores de servicios y de bienes. Para el presente estudio se analizará la acción reguladora en la dimensión de provisión de servicios. Pero también existe regulación para provisión de bienes para la discapacidad: automotores, prótesis y órtesis, etc.

Las prestaciones que las obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud brindan a sus afiliados con discapacidad cuentan con una fuerte regulación estatal. El rol regulador del Estado se organiza a través de instrumentos que crean la estructura jurídico-institucional necesaria para la implementación del Sistema de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad y de su Programa de Cobertura en el ámbito de las Obras Sociales Nacionales:

- ❖ La ley 24.901, el "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad".
- ❖ El Decreto 762/97, por el que se crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.
- ❖ El Decreto 1.193/98 Reglamentario de la Ley de Prestaciones Básicas
- ❖ Resolución 36/2003 del Ministerio de Salud de la Nación, que establece la actualización arancelaria de las prestaciones.
- ❖ Resolución 6.080/2003 de la Administración de Programas Especiales, que aplica a las obras sociales comprendidas en las leyes 23.660 y 23.661, la actualización arancelaria establecida por la resolución anterior.
- ❖ Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad.

La ley 24.901 "Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad", instituye un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, estableciendo como ámbito de aplicación a las obras sociales comprendidas en el artículo 1º de la ley 23.660.

El decreto 1.193/98, reglamentario de la ley 24.901, dictamina en su artículo 1º que la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas Discapacitadas será el organismo regulador del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad; elaborará su normativa relativa, que incluirá la definición del Sistema de Control Interno juntamente con la Sindicatura General de la Nación; contará para su administración con un Directorio, cuyas composición, misión, funciones y normativa de funcionamiento se regulan en el mencionado decreto, y propondrá a la Comisión Coordinadora del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

La resolución 36/2003 del Ministerio de Salud de la Nación, establece la actualización arancelaria de las prestaciones.

La resolución 6.080/2003 de la Administración de Programas Especiales, aplica a las obras sociales comprendidas en las leyes 23.660 y 23.661, la actualización arancelaria establecida por la resolución anterior.

El Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Establecimientos de Atención del Sistema Único de Prestaciones cuyos objetivos son:

- Definir los contenidos, características, alcances y estándares de calidad de los servicios de atención que brindan las prestaciones de Rehabilitación, terapéutico-Educativas, Educativas y Asistenciales contempladas en el sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.
- Fijar los criterios para evaluación y categorización de los recursos institucionales necesarios para la atención de los beneficiarios del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.

El marco normativo formado por la ley, los decretos y resoluciones aquí sintetizados, incluidos en el Anexo III, hubiera permitido pensar que las prestaciones básicas para las personas con discapacidad beneficiarias de la Seguridad Social estaban aseguradas en todo el territorio argentino. Las reglas de juego parecían estar cuidadosamente detalladas. Sin embargo estuvieron ausentes tres factores claves para cualquier toma de decisiones en el sistema de salud: la claridad en el origen del financiamiento, la responsabilidad por la asignación eficiente de los recursos y el sistema explícito de incentivos. Como se verá más adelante esta omisión debilitó seriamente al Programa de Cobertura.

2.3.1. PUESTA EN VIGENCIA DEL SISTEMA ÚNICO

El Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad fue instituido por ley 24.901 el 5 de noviembre de 1997. En tanto que los Decretos 762/97 y 1.193/98 crearon la estructura jurídico institucional para reglamentar el Sistema.

La misión del Sistema es prestar a toda persona con discapacidad una cobertura integral para su rehabilitación para el logro de su integración plena a la vida social.

Los Objetivos Generales del Sistema son:

- Universalidad.
- Cobertura integral.
- Calidad.
- Uso eficiente de los recursos.

- El Sistema Único cuenta con un Directorio integrado por:
- Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas.
 - Secretaría de Desarrollo Social.
 - Administración de Programas Especiales.
 - Superintendencia de Servicios de Salud.
 - Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad.
 - Consejo Federal de la Discapacidad.
 - Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.
 - Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
 - Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
 - Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.
 - Dos representantes de las Instituciones sin fines de lucro destinadas a la atención de las personas con discapacidad.

La presidencia del Directorio del Sistema Único recae en el presidente de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas.

La ley 24.901 establece en su artículo 2º: "Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1º de la ley 23.660, tendrán a su cargo con carácter obligatorio, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas a las mismas".

El 16 de febrero de 1999 se firma la resolución 400/99 de la Administración de Programas Especiales del Ministerio de Salud y Acción Social con el fin de brindar a los afiliados de las Obras Sociales Nacionales el Programa de Cobertura del Sistema Único.

La citada resolución determina en su artículo 1º: "Establecer a partir de la publicación de la presente en el Boletín Oficial, el **Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para la Persona con Discapacidad**, para los beneficiarios de las leyes 23.660 y 23.661, a través del cual la Administración de Programas Especiales financiará el pago de todas las prestaciones detalladas en el Anexo III que forma parte de esta Resolución."

Pero en el Anexo I de la resolución 400/99 se establece que: "La Obra Social reconoce que el apoyo financiero no es obligatorio para la Administración de Programas Especiales, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia. La denegatoria en ningún caso generará derecho alguno a favor de la Obra Social, la que reconoce ser la única obligada frente al beneficiario. Asimismo la Obra Social asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la Administración de Programas Especiales por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del sistema."

El Sistema Único entiende por persona con discapacidad a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que con relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. La discapacidad deberá acreditarse mediante el certificado de discapacidad otorgado por la autoridad médica competente.

2.3.2. El Programa de Cobertura del Sistema Único.

El Programa de Cobertura del Sistema Único establece los siguientes niveles de atención:

- Atención ambulatoria.
- Hospital de día.
- Centro de día.
- Centro educativo terapéutico.
- Estimulación temprana.
- Educación Inicial.
- Educación General Básica.
- Apoyo a la integración escolar.
- Formación laboral o rehabilitación profesional.
- Internación en rehabilitación.
- Hogar.
- Residencia.
- Pequeño hogar.
- Prestaciones de apoyo.
- Transporte.

Los fondos destinados al financiamiento de este programa de cobertura provienen del fondo solidario de redistribución que gestiona la administración de programas especiales.

La puesta en vigencia del Sistema Único y de su Programa de Cobertura planteó una modificación sustancial de la relación existente hasta el momento entre las Obras Sociales y sus beneficiarios con discapacidad.

Las transformaciones pueden resumirse en los siguientes ítem:

- De una cobertura optativa a una obligatoria.
- De un menú prestacional restringido a un sistema de cobertura total.
- De un nomenclador establecido de acuerdo con la capacidad propia a un nomenclador fijado por el Estado.
- De un presupuesto propio a depender de uno ajeno.
- De un flujo de ingreso de pacientes estable a un crecimiento abrupto de la demanda.
- De un modelo de administración propio a uno compartido.
- De un cupo fijo de proveedores a la libertad de elección.

3. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS

3.1. ¿CÓMO SE COMPONE LA OFERTA DE SERVICIOS EN DISCAPACIDAD MENTAL?

A continuación se definen los diferentes niveles de atención que conforman la oferta de servicios contemplados en el Programa de Cobertura del Sistema Único, las patologías a ser asistidas por cada nivel, el tipo de institución prestadora y los aranceles establecidos por Resolución 400/98.

Niveles de atención

1. Modalidad de atención ambulatoria

1.1. Atención ambulatoria

- a) Definición: está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.
- b) Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías –OMS–, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora del organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. Hasta tanto la Junta Evaluadora este operativa, será válida la certificación del médico tratante avalada por auditor médico de la obra social.
- c) Prestación institucional:
 - Clínicas o sanatorios de rehabilitación.
 - Hospitales con servicios de rehabilitación.
 - Consultorios de rehabilitación de Hospitales.
 - Clínicas o sanatorios polivalentes.
 - Centros de rehabilitación.
 - Consultorio particular.
- d) Modalidad de cobertura:
 - i) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende una semana completa (cinco días), más de una especialidad.
 - ii) Módulo por tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a cinco días semanales, más de una especialidad.Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:
 - Fisioterapia - kinesiología.
 - Terapia ocupacional.
 - Psicología.
 - Fonoaudiología.
 - Psicopedagogía.
 - Otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico.

Cuando el beneficiario reciba varios tipos de prestaciones, éstos deberán ser coordinados entre los profesionales intervinientes.

1.2. Módulo: hospital de día

- a) Definición: tratamiento ambulatorio intensivo con concurrencia diaria en jornada media o completa, con un objetivo terapéutico de recuperación.

- b) Población: está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada de rehabilitación.
- c) Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías –OMS–, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora del organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. No comprende la atención de prestaciones de hospitales psiquiátricos de día.
- d) Prestación institucional:
- Clínicas o sanatorios de rehabilitación.
 - Hospitales con servicios de rehabilitación.
 - Centro de rehabilitación.
- e) Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la de la región donde se desarrolla.
- El módulo incluye honorarios profesionales (consultas e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamiento necesarias para su rehabilitación.
- El hospital de día de media jornada incluye colación; el de jornada doble, almuerzo.

1.3. Centro de día

- a) Definición: tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posibles en una persona con discapacidad.
- b) Población: niños, jóvenes o adultos con discapacidades severas o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación o ubicación laboral protegida.
- c) Prestación Institucional: centros de día.
- d) Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la de la región donde se desarrolla

1.4.- Módulo centro educativo-terapéutico

- a) Definición: tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo. Está dirigido a niños y jóvenes cuyas capacidades (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.
- Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera.
- b) Población: discapacitados mentales (psicóticos, autistas), lesionados neurológicos, paralíticos cerebrales, multidiscapacitados, etc., entre los cuatro y los veinte años de edad.

- c) Prestación institucional: centro educativo-terapéutico.
- d) Modalidad de cobertura: jornada diaria simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o la de la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

1.5 Módulo de estimulación temprana:

- a) Definición: se entiende por estimulación temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.
- b) Población: niños discapacitados de cero a cuatro años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.
- c) Prestación Institucional: centros de estimulación temprana específicamente acreditados para tal fin.
- e) Modalidad de cobertura: atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentra, con participación activa del grupo familiar.

1.6. Prestaciones educativas

1.6.1. Educación Inicial

- a) Definición: es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad que se desarrolla entre los tres y seis años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.
- b) Población: niños discapacitados entre tres y seis años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.
- c) Prestación institucional: escuela de educación especial.
- d) Modalidad de cobertura: jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o a la de la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

1.6.2.- Educación General Básica

- a) Definición: es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los seis y catorce años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.
- b) Población: niños discapacitados entre seis y catorce años de edad cronológica aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

- c) Prestación Institucional: escuela de educación especial.
- d) Modalidad de cobertura: jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o la de la región donde se desarrolla. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindara en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

1.6.3. Apoyo a la integración escolar:

- a) Definición: es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.
Abarca una población entre los tres y dieciocho años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.
- b) Población: niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otra), que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles –Educación inicial, EGB, Polimodal–. Entre los tres y los dieciocho años de edad.
- c) Tipo de prestación: equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.
- d) Modalidad de cobertura: atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultánea o sucesiva, según corresponda.

1.6.4. Formación laboral o rehabilitación profesional

- a) Definición: es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada a una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos especiales competentes en la materia.
- b) Población: adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los catorce y veinticuatro años de edad cronológica aproximadamente. Las personas discapacitadas entre los veinticuatro y cuarenta y cinco años, con discapacidad adquirida después de esa edad, podrán beneficiarse de la formación laboral o rehabilitación profesional por un periodo no mayor de dos años.
- c) Prestación Institucional: centro o escuelas de formación laboral especial o común. Centro de rehabilitación profesional. En todos aquellos casos en que fuere posible, se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.
- d) Modalidad de cobertura: jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los cuatro años de duración.

2. Modalidad de internación

2.1.1. Módulo de internación en rehabilitación

- a) Definición: está destinado a la atención de pacientes en etapa subaguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgos de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.
- b) Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías-OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismos competentes incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.
- c) Prestación institucional:
 - Clínicas o sanatorios de rehabilitación.
 - Hospitales con servicios de rehabilitación.
 - Clínicas o sanatorios polivalentes.
 - Centros de rehabilitación con internación.
- d) Modalidad de cobertura:

Incluye:

 - Evaluación prescripción y seguimiento por médico especialista.
 - Seguimiento clínico diario.
 - Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso.
 - Exámenes complementarios y medicación inherentes a la patología.

Excluye:

 - Equipamiento (las ayudas técnicas deben ser brindadas mediante la internación aguda).
 - Medicamentos no inherentes a la secuela.
 - Pañales descartables.

2.1.2. Módulo hogar

- a) Definición: se entiende por hogar a los recursos institucionales que tienen como objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o continente.
- b) Población: niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de distintos sexos y similar tipo y grado de discapacidad.
- c) Prestación institucional: hogares.
- d) Modalidad de cobertura:
 - Módulo de alojamiento permanente.
 - Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

2.1.3. Residencia

- a) Definición: se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.
- b) Población: personas discapacitadas entre dieciocho y sesenta años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema.

Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad.

- d) Modalidad de cobertura:
- Módulo de alojamiento permanente.
 - Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

2.1.4.- Pequeño hogar

- a) Definición: se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y continente.
- b) Población: niños y adolescentes discapacitados entre tres y veintiún años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.
- c) Modalidad de cobertura:
- Módulo de alojamiento permanente.
 - Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

3.1. Modalidad de prestaciones anexas

3.1.1. Prestaciones de apoyo

- a) Definición: se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.
- b) Población: niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.
- c) Tipo de prestación: ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. Será brindada por profesionales, docentes o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.
- d) Modalidad de cobertura: el otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.
- El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

3.1.1.1. ¿Cuántos y quienes son los oferentes de servicios para la discapacidad mental?

Existe en todo el territorio argentino un número impreciso de instituciones que asisten a la discapacidad. No todas ellas se encuentran registradas en los organismos estatales correspondientes. El decreto 1.193/98 reglamentario de la ley 24.901 establece que el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad determinará los requisitos de inscripción, permanencia y baja del Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad. La cantidad de establecimientos que desean registrar-

se en el Servicio ha crecido abruptamente: en marzo de 2002 el número de prestadores registrados era de 381, en noviembre de 2003 se encontraban registrados 797 prestadores y están a la espera de ser registrados 300 prestadores más.

Los prestadores de la discapacidad mental representan en nuestro país un conjunto heterogéneo de intereses, historia, trayectoria, origen y orientación confesional. El sector público no tiene casi presencia en este mercado, las instituciones pertenecen a ONG o a empresarios.

Los hogares con sus diferentes modalidades diurnas: centro de día, educativo-terapéutico, etc. reconocen su origen en instituciones confesionales con larga y prestigiosa trayectoria en nuestro país. En las últimas dos décadas se crearon instituciones de carácter netamente privado con estas modalidades asistenciales. De acuerdo con las normativas que rigen la cobertura para personas con discapacidad los Hogares están reservados a personas sin grupo familiar o con un grupo familiar no continente.

En esta última categoría estarían comprendidos aquellos pacientes cuyas familias se encuentran desintegradas o que sencillamente no desean ocuparse de su familiar discapacitado. Pero en la práctica los hogares también dan respuesta a familias que, deseando tener un vínculo con su hijo o hermano discapacitado no cuentan con los recursos económicos para brindarle cuidados, atención, alimentos, vestimenta, etc. De este modo los hogares cumplen una función asistencial y también social.

Las modalidades diurnas: centro de día, educativo-terapéutico constituyen una oferta en franco crecimiento en los últimos años. La razón es que se adaptan más fácilmente que los hogares a las posibilidades económicas de pequeñas sociedades de profesionales que cumplen un doble rol: propietarios y trabajadores de la organización.

La distribución geográfica de los prestadores está relacionada en parte con la distribución de la población del país, sin embargo en algunas provincias la oferta de servicios registrada es casi nula. En este punto es necesario aclarar que las Obras Sociales terminan financiando prestaciones brindadas por instituciones no registradas ante la carencia señalada en el párrafo anterior.

	Buenos Aires	Ciudad Aut. de Buenos Aires	Catamarca	Chaco	Chubut	Córdoba	Corrientes	Entre Ríos	Formosa	Jujuy	La Pampa	La Rioja	Mendoza	Misiones	Neuquén	Río Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Santiago del Estero	Tierra del Fuego	Tucumán
Aprestamiento laboral	6	4		1	1								3								4			
Atención ambulatoria	2			1																	22			2
Centro de día	88	38		12	1	6		2		1	2		9		2	1	2	4			40	1		5
Centro educativo-terapéutico	30	22		4	2	8	1	3		2	1	1	4				5	3			8	1		1
EGB	56	25		5		4	1	2					1				3	1			2			5
Estimulación temprana	15	10		6			2	3		2			1			1	5			1	2	2		3
Formación laboral	28	18		2		1				1			1											1
Hogar	8	3		1		4		1								1	1				7	1		
Hogar con aprestamiento laboral	2							1					4											
Hogar con centro de día	44	17				2	1	1										1			9			1
Hogar con centro educativo-terapéutico	9	3																1			1			
Hogar con escolaridad inicial	1																							
Hogar con escolaridad primaria	2																							
Hogar con formación laboral	1																							
Hospital de día																					22			
Internación en rehabilitación	1	1																			2			
Nivel inicial	31	16		4		4	1	2					1				4							3
Prestaciones de apoyo		1		1					1	1														
Residencias	1	2																						
Secundaria	1	1																						
No hay prestación seleccionada				2																				
Totales	326	161	0	39	3	30	6	15	1	7	3	1	24	0	2	2	20	11	0	1	119	5	0	21
Total general	797																							

Cuadro 3 - Prestadores inscriptos en el Servicio Nacional de Rehabilitación. Junio 2003.

El 75% de las Instituciones registradas se concentra en tres jurisdicciones: la Provincia de Buenos Aires (40%), la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (20%) y la provincia de Santa Fe (15%). En el extremo opuesto se encuentran Catamarca, Formosa, La Rioja, Misiones, San Luis, Santa Cruz y Tierra del Fuego con uno o ningún establecimiento

para la discapacidad. Neuquén y Río Negro, con dos establecimientos cada una y Chubut junto con La Pampa con tres establecimientos, completan el cuadro de provincias con menor número de oferentes.

En más de la mitad del país no existen talleres de formación laboral registrados. Los hospitales de día sólo existen en Santa Fe, la internación en rehabilitación sólo existe en tres jurisdicciones. La atención ambulatoria, prestación que forma parte de la oferta de servicios de los hospitales públicos es casi inexistente.

Estos datos ponen de manifiesto que el Hospital Público de Gestión Descentralizada aún no forma parte de la oferta de servicios de este mercado.

Como se señalara al principio de este apartado a casi totalidad de estas instituciones corresponde al sector privado y al tercer sector. Las Organizaciones No Gubernamentales dedicadas a la atención de la discapacidad constituyen una combinación de energías sociales de larga tradición en la rehabilitación. Familiares, médicos, educadores y religiosos fueron conformando un conjunto de instituciones asistenciales y educativas que agrupadas en entidades de características gremiales se constituyeron como actores relevantes ante el Estado y las entidades financiadoras.

En relación a la situación en que se encuentra la oferta de servicios para la discapacidad mental es útil recordar que la teoría del mercado de competencia sostiene que la oferta de un bien está regida por el rendimiento neto derivado de su producción con relación al rendimiento obtenible con los mismo recursos en una actividad alternativa (costo de oportunidad).

En tanto que la curva de oferta de un bien muestra la relación entre la cantidad ofrecida de dicho bien por todos los productores y su precio, *ceteris paribus*.

La curva creciente de la oferta muestra cómo la cantidad ofrecida aumenta al crecer el precio, reflejando el comportamiento de los productores.

En el mercado de prestaciones de servicios a personas con discapacidad mental estas dos afirmaciones se expresan en:

- a) El aumento del número de instituciones destinadas a la rehabilitación de la discapacidad.
- b) El creciente interés de los profesionales por brindar servicios a personas con discapacidades.

La puesta en vigencia del Sistema Único introdujo implícitamente incentivos a la oferta. En la Argentina existe un número importante de carreras de grado destinadas a la formación de profesionales con competencias para la asistencia de la discapacidad mental. Sin embargo la dificultad que plantean las patologías discapacitantes para garantizar el éxito de una intervención terapéutica o educativa en el corto o mediano plazo, desalentaba a muchos profesionales que preferían dedicarse a otro tipo de pacientes y alumnos.

Dos factores de impacto económico han comenzado a hacer revertir estas preferencias:

- 1) El carácter prolongado de los tratamientos y de los procesos educativos que requieren las personas con discapacidad.

2) Un nomenclador que llega a duplicar los valores de mercado para iguales profesiones y diferentes patologías.

A continuación se muestran algunos ejemplos ilustrativos:

Prestaciones ambulatorias

- ❖ Valor del mercado de la seguridad social para una sesión de psicoterapia para un niño neurótico sin patología discapacitante \$ 8.
- ❖ Valor de una sesión (resolución 6.080/2003) de psicoterapia para un niño neurótico portador de una discapacidad mental \$ 20.

❖ Fonoaudiología

Valor orientativo de una sesión establecido por el Nomenclador de la Secretaría de Salud del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires para fonoaudiología: \$ 6.

Valor de una sesión de la misma especialidad establecido en la Resolución 6080/2003: \$ 20.

Modalidad diurna

- ❖ Centro de día para pacientes con discapacidades mentales Aranceles
- ❖ Hospital de día psiquiátrico - Prestación del Programa Médico Obligatorio: (valor del mercado prestador) jornada doble: \$ 400.

En relación con la competencia en el mercado prestador de la discapacidad no existe competencia por el precio. La puesta en vigencia de la resolución 400/99, primero, y del decreto 428/99, después, significó el establecimiento de montos a los que se adaptó todo el mercado. La consecuencia fue que las Instituciones compitieran menos por el precio que por la calidad. En un mercado de competencia perfecta el precio no refleja sólo el costo marginal del producto sino también la utilidad marginal que provee a su consumidor. El funcionamiento de un mercado de competencia perfecta maximiza el lucro para el oferente y la utilidad para el consumidor. Pero el mercado de la discapacidad no compite por precios, puesto que éstos están fijados de antemano por el organismo financiador. La heterogeneidad de la discapacidad determina la imposibilidad de un producto homogéneo.

Se establece entonces la competencia entre instituciones a partir de las diferenciaciones del producto y de las amenidades:

- Calificación del recurso humano.
- Actividades de integración.
- Confort de la planta física.
- Marketing institucional.
- Técnicas de rehabilitación innovadoras.

En relación con los modelos de gestión las organizaciones que asisten a la discapacidad mental plantean modelos cuyas redefiniciones están aún pendientes si se las compara con el resto del sector salud. La dirección de una empresa o de una institución utiliza diferentes modelos de control de gestión para lograr dirigir los objetivos de la organización. Es muy útil analizar los mecanismos de control que se utilizan en las organizaciones porque de ellos dependerá su flexibilidad para adaptarse a los cambios del entorno. La necesidad del control está ligada a la existencia

de recursos escasos, la discrecionalidad en la toma de decisiones, las diferencias en los objetivos, necesidades y motivaciones entre diferentes personas y grupos, y la propia complejidad de la realidad organizativa.

El control de gestión es el conjunto de mecanismos que puede utilizar la dirección de una organización para aumentar la probabilidad de que el comportamiento de las personas que forman parte de la empresa sea coherente con los objetivos de la dirección. Mintzberg describe cuatro tipos de control:

- a) Control familiar: propio de las organizaciones pequeñas y muy centralizadas.
- b) Control burocrático: propio de las actividades rutinarias en las que prevalece la especificación de los procedimientos a realizar.
- c) Control por resultados: es el que predomina en entornos altamente competitivos.
- d) Control *ad hoc*: utilizado en los casos en que existe una elevada descentralización y en los que es difícil formalizar tareas.

El conjunto de las organizaciones del mercado prestador de servicios para la discapacidad mental puede clasificarse, de acuerdo con la misión de éstas, en dos grandes grupos:

- Educativas.
- Médico-asistenciales.

Las organizaciones educativas especiales comparten con las comunes un mismo sistema de control de gestión: el denominado tipo de control familiar. Este sistema de control se caracteriza por basarse sobre el liderazgo y la supervisión del director/propietario. A su alrededor se aglutina un equipo cohesionado de personas identificadas con él que suele marginar a quienes son percibidos como críticos a su gestión.

La estabilidad en la plantilla y la continua interacción con el líder operan como mecanismos que otorgan seguridad psicológica a los miembros de la institución.

Las instituciones educativas dedicadas a la discapacidad mental son, a menudo, asociaciones civiles sin fines de lucro gestionadas por familiares de los alumnos. En estas instituciones los alumnos ingresan y permanecen largos años en ellas. La contención afectiva y social que no encontraron en las escuelas comunes sumadas a la currícula especializada favorecen su permanencia. Aún cuando un niño haya evolucionado y pueda hacer el intento de regresar al nivel común, son sus padres los que prefieren evitarle y evitarse los riesgos de un proceso incierto de integración y de aceptación en una nueva institución. Esta característica, reforzada por el mantenimiento de vínculos primarios, favorece los estilos de liderazgo unipersonales y el predominio de la intuición. Pero el riesgo en este tipo de control radica en que la eficacia y la innovación de la organización quedan relegadas a un segundo plano.

En las instituciones médico-asistenciales destinadas a la atención ambulatoria de pacientes en tratamientos de rehabilitación funcional predomina el control de gestión burocrático. Éste se caracteriza por hacer prevalecer la especificación de los procedimientos de las activida-

des a realizar con limitado énfasis en los resultados a obtener. En el control burocrático es posible la delegación pero no la descentralización de las decisiones. Y el alta de un paciente es una decisión de gran impacto económico en un modelo de pago por prestación como el que plantea el Nomenclador del Sistema Único. El tipo de control burocrático no requiere demasiada supervisión directa, y esto es funcional a un sistema de atención casi carente de auditorías por parte de las obras sociales como es el de la asistencia de la discapacidad mental. El control burocrático reduce el compromiso interno con la dirección con un elevado riesgo de que los profesionales se limiten a realizar los mínimos a los que están obligados sin estar motivados para tener una mayor inclusión.

Los dos modelos de control de gestión que se utilizan en el mercado prestador de la discapacidad mental favorecen muy poco la adaptación a nuevos escenarios. Las instituciones se comportan como testigos sorprendidos de los cambios económicos en el Sector de la salud sin, todavía, articular algunas de las respuestas que han desarrollado otro tipo de prestadores. El análisis del entorno, la integración vertical u horizontal, los cambios en los modelos de gestión, la transferencia del riesgo, el replanteo de las formas de producción y el análisis de los resultados en términos de eficiencia son terrenos aún poco explorados para los prestadores de la discapacidad. Pero los tiempos se están acelerando. La situación en que se encuentran es paradójica: cuentan con el respaldo de una ley que contempla ampliamente sus intereses, pero en los hechos graves problemas de financiamiento han demostrado que la ley parece ser impracticable. De la capacidad de las instituciones para incorporar nuevos modelos de gestión dependerá su posicionamiento en los futuros entornos y su posibilidad de sobrevivir.

3.2. *¿Cómo se compone la oferta de servicios en salud mental?*

En la provisión de servicios participan organizaciones pertenecientes a los tres sectores de la economía aunque en mayor proporción está compuesta por establecimientos públicos y privados.

Está conformada por un número muy importante de instituciones monovalentes, profesionales especializados, algunos servicios o equipos especializados dentro de centros asistenciales propios en algunas obras sociales, hospitales públicos de autogestión.

Confluyen en la atención de los pacientes una variada gama de profesionales:

- Médicos psiquiatras.
- Acompañantes terapéuticos.
- Psicólogos.
- Psicopedagogos.
- Psicomotricistas.
- Fonoaudiólogos.
- Estimuladores tempranos.
- Músicoterapeutas.
- Profesores de educación física.

- Trabajadores sociales.
- Terapeutas ocupacionales.

A continuación se agrupan en un cuadro los tipos de oferta en salud mental según el sector al que pertenecen.

Tipo de oferta	Oferta	Sector
Instituciones monovalentes	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales públicos • Centros públicos de salud mental • Clínicas privadas • Instituciones privadas ambulatorias 	Público Privado ONG
Servicios especializados dentro de instituciones polivalentes	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitales públicos • Hospitales de comunidad 	Público ONG
Profesionales especializados en instituciones polivalentes (que no llegan a constituir un servicio)	<ul style="list-style-type: none"> • Centros de salud • Clínicas privadas polivalentes 	Público Privado
Profesionales especializados	<ul style="list-style-type: none"> • Policonsultorios • Consultorios privados 	Privado

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 4 - Distribución de la oferta de servicios de salud mental según tipo de establecimiento y sector

En el siguiente cuadro se clasifican los servicios según los cinco grandes grupos de dispositivos que se utilizan en este campo: atención ambulatoria, atención domiciliaria, urgencias, hospital de día e internación, y los servicios que brindan cada uno de estos dispositivos.

Dispositivo	Tipo de prestación
Ambulatorio	Admisión Atención psiquiátrica Psicoterapia individual Psicoterapia de pareja Psicoterapia familiar Psicoterapia grupal Psicopedagogía Talleres
Atención domiciliaria	Atención domiciliaria programada Internación domiciliaria
Urgencias	Urgencia telefónica Urgencia institucional Urgencia domiciliaria

Hospital de día	Hospital de día jornada reducida Hospital de día jornada completa
Internación	Internación aguda Internación prolongada Hostales, casas de medio camino

Fuente: elaboración propia.

*Cuadro 5 - Dispositivos asistenciales en salud mental
y tipos de servicio que brindan*

3.2.1. Establecimientos de salud mental

Según datos del Ministerio de Salud y Ambiente, la Argentina cuenta con un total de 332 establecimientos psiquiátricos, de los cuales el 68% posee internación, y poseen un total de 24.232 camas en todo el país¹². Si bien esta información es de 1995, la Unidad Ejecutora de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación considera que esta cifra se ha mantenido estable hasta la actualidad.

Los establecimientos privados son los principales proveedores de servicios especializados en salud mental para la seguridad social. Han llegado a ocupar este lugar después de haberse desarrollado a partir de la inclusión de la atención psiquiátrica y psicológica dentro de los planes de cobertura de las obras sociales.

Actualmente el número de establecimientos psiquiátricos privados llega a superar los 250 y representan alrededor del 80% del total de instituciones especializadas en salud mental del país con un total de más de 9.000 camas, que equivale al 40% del total de camas psiquiátricas en instituciones monovalentes.

Establecer estándares deseables en la relación entre la dotación de camas y el tamaño de la población ofrece grandes dificultades en salud mental. Las investigaciones de la Organización Mundial de la Salud nos muestran que esta relación tiene una enorme variabilidad entre las distintas regiones y países del mundo.

Según este organismo, la mediana para la población mundial es de dieciséis camas cada cien mil habitantes oscilando entre 2,4 camas en los países de bajos ingresos y 87 en los de ingresos altos. Estos datos no son suficientes para evaluar la necesidad de camas en nuestro país.

La dotación de camas psiquiátricas de nuestro país representa 65,7 camas cada 100.000 habitantes.

La cantidad de camas por habitante en la Argentina prácticamente duplica la observada en el Brasil, es casi nueve veces superior a la de Australia y más de veinte veces la dotación de camas psiquiátricas de Corea.

¹² Ministerio de Salud de la Nación. *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Buenos Aires. 1995.

País	Año	Camas psiquiátricas cada cien mil habitantes
Argentina (1)	1995	65,7
España (2)	1994	38,1
Japón	1997	35,7
Brasil (3)	2002	31,0
Nueva Zelanda	1997	8,6
Australia	1997	7,4
Corea	1997	2,9
China	1997	0,7

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de: Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. 1997. Washington. OPS-OMS.

(1) *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. 1995. Ministerio de Salud de la Nación. .

(2) Estimación propia sobre la base de datos de: Fernández Liria, A.; Diéguez Porres, M. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. 1995. Madrid.

(3) Datos aportados por la Dirección Nacional de Salud Mental de Brasil.

Tabla 1 - Camas psiquiátricas cada cien mil habitantes en países seleccionados

Los establecimientos privados de salud mental que actúan en el mercado en estudio se encuentran registrados en la Superintendencia de Servicios de Salud y son noventa y cuatro instituciones. En el Anexo IV se adjunta el listado de establecimientos privados de salud mental registrados en dicho organismo, correspondiente a 2002.

Como se observa en la siguiente tabla, el 68% de los establecimientos de salud mental del país, es decir 225, poseen internación. De éstos, 185 establecimientos pertenecen al sector privado, con un total de 9.158 camas y 40 pertenecen al sector público con un total de 15.074.

Es notable que la concentración de camas sea varias veces superior en el sector público, siendo el promedio de 377 camas por hospital, mientras que en el sector privado es de 49 por clínica.

Sector	Nº de establecimientos psiquiátricos con internación	Camas	Promedio de camas por establecimiento
Privado	185	9.158	49,5
Público	40	15.074	377
Total	225	24.232	108

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. 1995. Ministerio de Salud de la Nación.

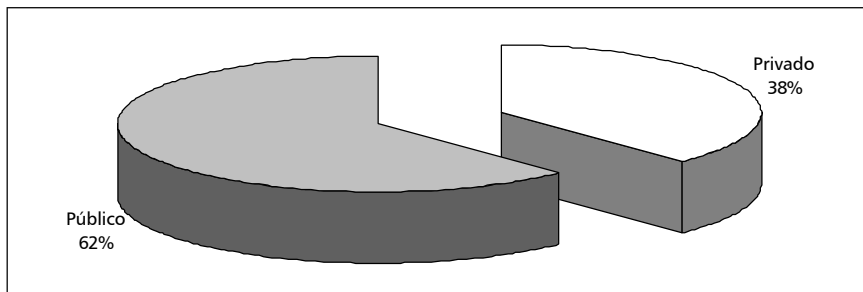
Tabla 2 - Argentina, 1995: promedio de camas psiquiátricas por establecimiento y sector

El sector público posee el 62% de las camas asistiendo no solamente la demanda sin cobertura médica de obra social o prepaga, sino también aquella a pesar de contar con dicha cobertura, se atiende en el hospital público.

Sector	Camas	Porcentaje
Privado	9.158	37,8%
Público	15.074	62,2%
Total	24.232	100%

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. 1995. Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 3 - Argentina, 1995: porcentaje de camas psiquiátricas por sector



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. 1995. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 1 - Argentina, 1995: porcentaje de camas psiquiátricas por sector

3.2.2. Recursos profesionales en salud mental

La atención de la salud mental en la Argentina está a cargo fundamentalmente de médicos psiquiatras y psicólogos, de manera tal que las decisiones sobre los tratamientos de los pacientes son tomadas por unos y otros.

El médico comparte con el psicólogo el lugar de agente y por ende la conducta de este último es tan decisiva como la del médico en la cantidad y el tipo de servicios a ser utilizados.

A esta primera descripción hay que agregar la participación de otros profesionales (trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales o musicoterapeutas, por ejemplo) que influyen en las conductas de pacientes, familiares y profesionales a cargo.

Según un estudio de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, la Argentina cuenta con 101.000 médicos en todo el país, de los cuales 4.800 son psiquiatras, es decir aproximadamente uno de cada veinte médicos.¹³ Según el mismo estudio, la cantidad de psicólogos es de 36.000, de los cuales 30.000 se dedican a la actividad asistencial.

¹³ Alonso, Modesto M. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Buenos Aires. 2002. Inst. de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

De esta manera la oferta de recurso humano profesional con capacidad de intervención directa y decisiva en las indicaciones terapéuticas en salud mental es de alrededor de 35.000 agentes.

Probablemente no exista dentro del sector salud en la Argentina, otra especialidad que concentre esta cantidad de recurso humano disponible y con poder de decisión en las indicaciones terapéuticas.

Recursos humanos	Total
Médicos	101.000
Médicos psiquiatras (con o sin especialidad)	4.800
Psicólogos	36.000

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de: Alonso, Modesto M. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Buenos Aires. 2002. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Tabla 4 - Argentina 2002: cuadro comparativo entre médicos, psiquiatras y psicólogos

Al igual que ocurre con la dotación de camas especializadas, la cantidad de médicos psiquiatras por habitante es muy variable entre los distintos países.

Los datos aportados por el Proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud, estudio concebido para conocer los recursos destinados a la salud mental en el mundo, comprueba esta dispersión.

Según este estudio la mediana mundial del número de psiquiatras es de uno cada cien mil habitantes, con una variación que va de 0,06 en los países de bajos ingresos hasta nueve cada cien mil en los países de ingresos altos. Según los datos aportados por la Universidad de Buenos Aires en la República Argentina hay 13,25 psiquiatras cada cien mil habitantes, ubicándose así incluso por encima de la media de los países desarrollados.

Comparando la concentración de psiquiatras por habitantes en la Argentina con la de algunos países seleccionados se hacen evidentes esas enormes diferencias señaladas, ubicándose nuestro país entre los que poseen cifras más altas, siendo ligeramente inferior a la observada en los Estados Unidos y superando varias veces la cantidad del Brasil.

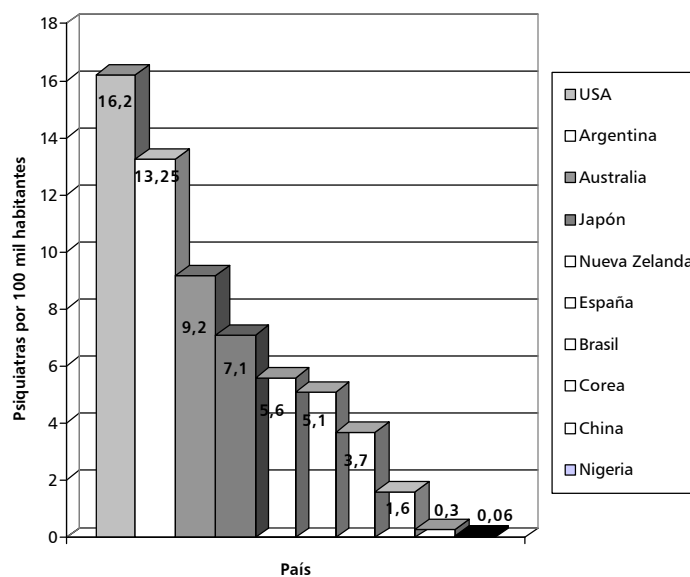
País	Psiquiatras por cien mil habitantes
USA	16,2
Argentina (1)	13,25
Emilia-Romagna (Italia) (2)	10,5
Australia	9,2
Japón	7,1
Nueva Zelanda	5,6
España (3)	5,1

Brasil	3,7
República Dominicana (4)	2,35
Corea	1,6
China (5)	0,3
Nigeria	0,06

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de: Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. OPS – OMS. Washington. 1997.

- (1) Alonso, Modesto M. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Buenos Aires. 2002. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
 (2) Datos aportados por el Departamento de Salud Mental de Emilia-Romagna. 2002.
 (3) Fernández Liria, A.; Diéguez Porres, M. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid. 1995.
 (4) Datos suministrados por la Dirección de Salud Mental del país. 2002.
 (5) Incluye trabajadores no acreditados en salud mental.

Tabla 5 - Psiquiatras por habitantes en países seleccionados



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de:

- Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. 1997. OPS-OMS.
- Alonso, Modesto M. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Buenos Aires. 2002. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Fernández Liria, A.; Diéguez Porres, M. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid. 1995.

Gráfico 2 - Psiquiatras por habitante en países seleccionados

Los profesionales de la salud mental han estado divididos entre los que promueven una práctica institucional con mayor integración al resto del sector salud y los que prefieren funcionar claramente separados del resto de las especialidades médicas. De esta manera la integración de los profesionales "psi" al resto del sector salud no es para nada homogénea, sino que refleja estas diferencias.

Los que impulsaron activamente la inclusión de servicios de salud mental dentro de las organizaciones de salud, fundamentalmente en los hospitales públicos generales, han abierto un camino importante en la integración de la salud mental con el sistema de salud.

La psiquiatría fue una especialidad muy elegida por los médicos en los años 70, pero esta tendencia ha cambiado y es muy probable que el número relativo de psiquiatras disminuya en los próximos años.¹⁴

El número de psicólogos que se incorporan a la actividad asistencial, en cambio es creciente año tras año¹⁵, lo que se confirma con el aumento del desempleo entre los psicólogos en los últimos tiempos.¹⁶

¹⁴ Según autoridades de la Federación Médica de la Capital Federal.

¹⁵ Datos aportados por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

¹⁶ Según empresarios del sector prestador consultados.

4. LA DEMANDA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS

Actualmente se cuenta con datos que, según la misma Organización Mundial de la Salud, son confiables para estimar la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo.

Según este organismo una de cada diez personas en el mundo padece de algún tipo de trastorno mental o del comportamiento, lo que representa un total de 450 millones de personas afectadas en el mundo. Pero de esa población, solo una pequeña minoría "recibe siquiera el tratamiento más elemental".¹⁷

La demanda de servicios de salud mental es extremadamente dependiente de variables socioculturales y de la accesibilidad de los servicios.

4.1. ¿QUIÉNES DEMANDAN ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL?

Hasta hace unos años la demanda de servicios de salud mental estaba conformada casi exclusivamente por las patologías más graves e invalidantes como por ejemplo las psicosis, los trastornos afectivos graves, el retraso mental, la demencia y la epilepsia. En los últimos años se han sumado las patologías menos graves y aquellas circunstancias que sin llegar a conformar una entidad clínica reclaman y necesitan de la consulta y orientación especializada.

En el Anexo I se incluye el capítulo Salud Mental de la 10ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud.

Las últimas revisiones tanto de la citada clasificación como del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Association, han incorporado aspectos sociales y de funcionamiento, lo que evidencia la necesidad de contar con diagnósticos más integrales.

La problemas de la salud mental afectan a personas de ambos sexos, de todas las edades y niveles sociales. Por las necesidades que implica y el fuerte impacto en el gasto que produce merece destacarse que la demanda de internación está conformada por las patologías más graves, fundamentalmente los distintos tipos de psicosis, trastornos afectivos graves, descompensaciones de cuadros orgánicos como pacientes con demencia o retraso mental y descompensaciones de neurosis graves o patologías "borderline". La gran mayoría de los internados son pacientes adultos y de tercera edad, siendo la presencia de niños afortunadamente esporádica.

4.2. ¿CUÁL ES EL VOLUMEN DE LA DEMANDA EN SALUD MENTAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL?

Según estimaciones del autor en otro trabajo la demanda asistida en el ámbito de la seguridad social puede aproximarse al 1% de la pobla-

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. 2001. Ginebra. OMS. Cap. 1, Pág. 3.

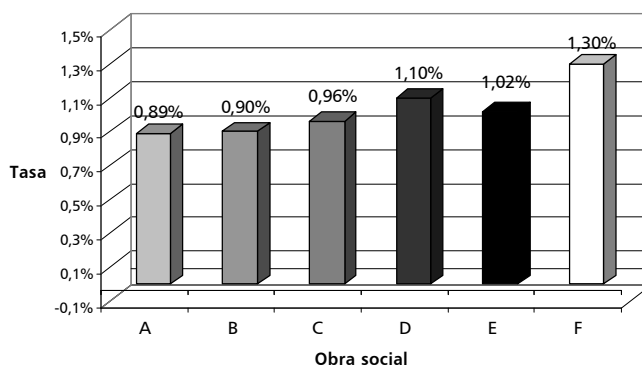
ción en un corte mensual¹⁸, lo que representa a su vez el 10% de la población afectada si se toman como tal las cifras de prevalencia estimadas por la Organización Mundial de la Salud.

Si se estima la cantidad de pacientes en tratamiento en función de estos datos, en el subsector de la seguridad social en la Argentina se hallan en tratamiento aproximadamente 100.000 personas en servicios especializados en salud mental en forma mensual.

	Obra Social						Promedio
	A	B	C	D	E	F	
Pacientes ambulatorios	0,89%	0,9%	0,96%	1,1%	1,02%	1,3%	1,03%

Fuente: Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

Tabla 6 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas



Fuente: Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

Gráfico 3 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas

Existe una porción de la demanda, fundamentalmente aquellas patologías relacionadas con la ansiedad y la depresión, que bajo distintas formas de presentación suelen ser asistidas por médicos generalistas y otros especialistas y no aparecen expresadas en estos datos.

Otra porción de la demanda es satisfecha por centros públicos ambulatorios sin financiamiento de la seguridad social, como ocurre por

¹⁸ Barrionuevo, H. Hugo. *Características Diferenciales del Mercado de la Salud Mental en Argentina. Factores Clave para la Gestión del PMO en Salud Mental*. Instituto Universitario Buenos Aires. 2002. ISALUD. Tesis de Magíster en Economía y Gestión de la Salud

ejemplo para las prestaciones que están fuera del Programa Médico Obligatorio, principalmente las internaciones "crónicas".

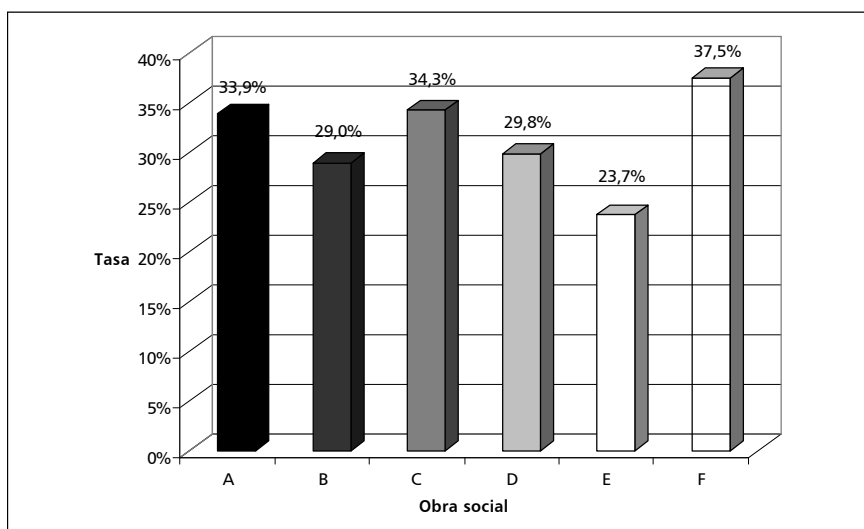
La diferencia entre las tasas de prevalencia y la demanda asistida merecerían estudios específicos para comprender el origen de esa brecha.

Ya identificados y cuantificados estos pacientes, ¿qué demandan en términos de utilización de servicios?: la atención ambulatoria oscila aproximadamente entre 23,7 y 37,5 consultas cada cien beneficiarios por año, según estimaciones del autor.¹⁹ Es decir que en el subsector de la seguridad social se realizan aproximadamente entre 2.492.700 y 3.937.500 de consultas especializadas por año.

	Obra Social						
	A	B	C	D	E	F	Promedio
Consultas ambulatorias	33,9	28,96	34,26	29,84	23,74	37,5	31,37

Fuente: Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

Tabla 7 - Argentina 2001: tasa anual de consultas ambulatorios cada cien afiliados en obras sociales seleccionadas



Fuente: Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

Gráfico 4 - Argentina, 2001: tasa anual de consultas ambulatorios cada cien afiliados en obras sociales seleccionadas

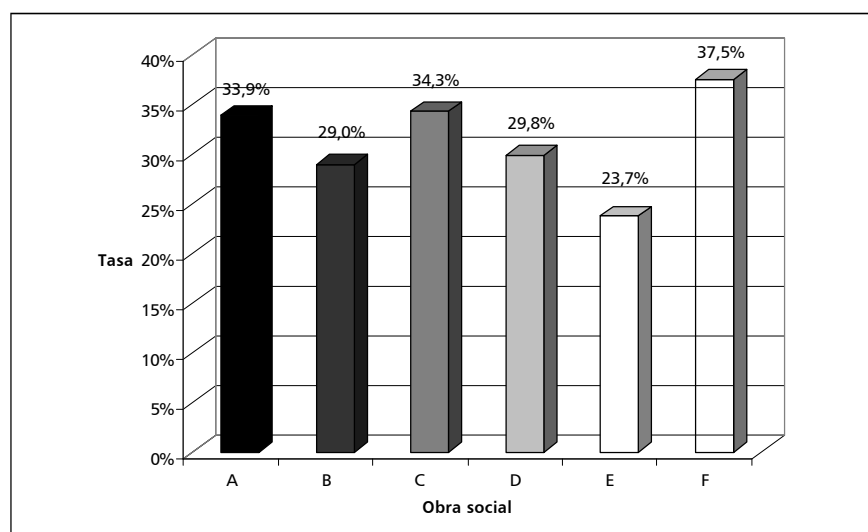
¹⁹ Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

El volumen de la demanda de internación, según el mismo estudio ofrece mayores variaciones entre los agentes del seguro, "lo cual posiblemente se explique a partir de las distintas políticas utilizadas por los sistemas asistenciales para evitar las internaciones crónicas o a la mayor o menor cobertura que se les brinda. Algunas obras sociales directamente derivan al sector público las internaciones crónicas amparadas en que por ley no se les puede exigir dicha cobertura, otras han implementado políticas asistenciales que contemplan la prevención de estas cronificaciones reduciéndolas a casos aislados e incluso programas de desinstitutionalización en aquellos casos en que la cronificación de la internación ya se produjo".²⁰

	Obra Social						Promedio
	A	B	C	D	E	F	
Pacientes internados	0,43‰	0,4‰	0,33‰	0,5‰	0,59‰	0,45‰	0,45‰

Fuente: Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

Tabla 8 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes internados cada mil beneficiarios en obras sociales seleccionadas



Fuente: Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.

Gráfico 5 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes internados cada mil beneficiarios en obras sociales seleccionadas

20 Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD. Pág. 40.

La demanda de servicios de salud mental ha cambiado notablemente en los últimos años, los pacientes y familiares están mejor informados y sus expectativas son distintas, requiriendo servicios más humanizados, menos restrictivos y terapéuticos más eficaces.

La evolución de algunas patologías ha cambiado, como respuesta a los avances en la efectividad, aceptación y adhesión a los tratamientos ha mejorado la evolución de muchos trastornos mentales y por ende se han modificado sus necesidades. Han disminuido las recaídas y por ende la demanda de reinternaciones.

Los dispositivos ambulatorios, domiciliarios, hospitalizaciones parciales y atención de la emergencia, son más solicitados tanto por los usuarios como por los financiadores.

La demanda de nuevos psicofármacos, de alto costo, aún no fue acompañada por políticas que aseguren su uso racional, su financiamiento y su sustentabilidad en el tiempo, teniendo en cuenta que se trata de tratamientos prolongados.

Han aumentado las consultas vinculadas con patologías de la conducta y las adicciones. El estrés laboral, el temor a la pérdida de trabajo y los trastornos ligados a la desocupación también son nuevos problemas que requieren respuestas también nuevas.

Los pacientes demandan tratamientos más breves para recuperar rápidamente su puesto de trabajo; y las dificultades en la accesibilidad horaria y geográfica se han transformado en un fuerte obstáculo para muchos tratamientos.

4.3. ¿CUÁNTAS PERSONAS DEMANDAN SERVICIOS DE DISCAPACIDAD?

La Argentina no cuenta con datos actualizados confiables sobre cantidad de portadores de discapacidad. Hasta tanto se procesen los datos del Censo 2001 no será posible contar con aquellos que permitan cuantificar la demanda real. Recién en el citado Censo se incorporaron preguntas sobre la discapacidad. La Encuesta de Desarrollo Social realizada por el SIEMPRO en 1997 incluyó preguntas referidas al tema, pero luego las respuestas no fueron tabuladas. Los censos anteriores no incluyeron nunca la temática de la discapacidad, por lo tanto el INDEC no ha contado, hasta el momento, con información. Naciones Unidas cuenta con datos estadísticos de un importante número de países, pero nuestro país no ha remitido información y por lo tanto no figura en esa base de datos.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud hasta un 7% de la población padece algún tipo de discapacidad y un 10% de ésta requiere algún tipo de atención. La tasa esperada de discapacidad que requiere algún tipo de atención será entonces del 7‰. Si aplicamos esta tasa a la población argentina, unos 252.000 personas requieren de algún tipo de atención.

En nuestro país el organismo que cuenta con mayor número de datos sobre personas con discapacidad es el Servicio Nacional de Rehabilitación, dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Este

Servicio certifica la condición de persona discapacitada y sus registros, iniciados en abril de 2000 indican los siguientes datos estadísticos:

Sexo	Cantidad	Porcentaje
Femenino	2.884	41%
Masculino	4.096	59%
Total	6.982	100%

Observación: se registran pacientes con más de un tipo de discapacidad.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos del Servicio Nacional de Rehabilitación.

Tabla 9 - Argentina - Discapacitados registrados en el Servicio Nacional de Rehabilitación. Noviembre 2003

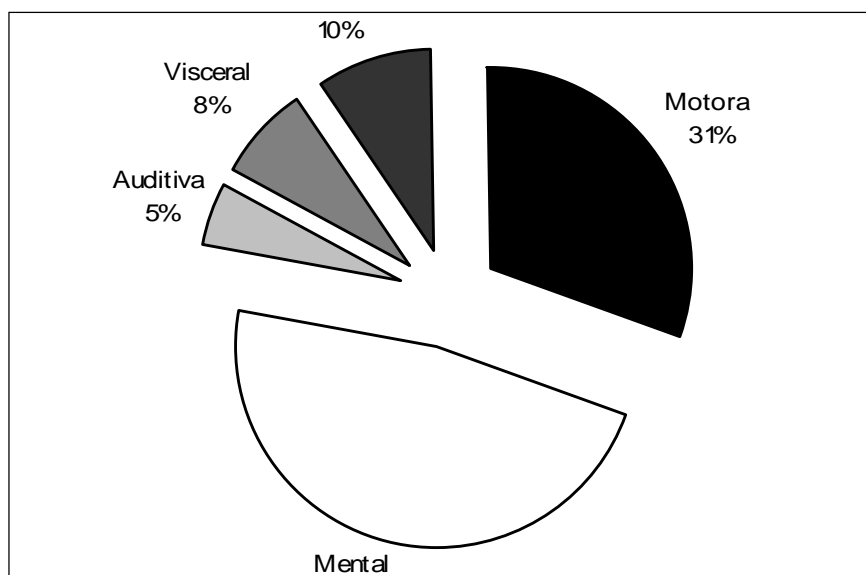


Gráfico 6 - Composición de los discapacitados registrados en el SRN según tipo de discapacidad. 2002

Los estudios realizados en la Superintendencia de Servicios de Salud en 2001 revelan que la demanda real en la Seguridad Social es sensiblemente inferior: 1‰. En efecto, este estudio realizado sobre una población de 5.233.990 afiliados con una población discapacitada asistida de 5.372 personas arroja una tasa del 1‰. Siguiendo las estimaciones de OMS y con una tasa del 7‰, como señala dicha organización, el total de personas con discapacidad (demanda potencial para esta población) ascendería a 36.638 individuos.

Del análisis efectuado sobre ese estudio surge que el gasto por discapacitado tiene una amplitud de variación en valores comprendidos entre \$ 12,78 y \$ 1.425 por discapacitado y por mes.

Gasto mensual por discapacitado	Cantidad de obras sociales	Población en atención
Menos de \$ 199	25	2.719
\$ 200 - 399	35	1.216
\$ 400 - 799	39	811
\$ 800 - 999	3	28
Más de \$ 1.000	2	13
Sin registro de gastos	8	585
Total	112	5.372

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud

Tabla 10 - Distribución en rangos del gasto mensual por prestaciones médicas y sociales a discapacitados. 2001

En la Seguridad Social la tasa de discapacidad registrada (1 por mil) es marcadamente inferior a lo esperado, según los valores teóricos mencionados, confirmando así la existencia de marcado sub-registro de pacientes discapacitados en los Agentes del Seguro.

Una importante proporción de la población discapacitada tiene un gasto promedio estimado mensual por discapacitado menor a \$ 99, que resulta sensiblemente inferior al valor mínimo de la escala referida al inicio.

El estudio muestra además una gran variación en el gasto mensual por discapacitado de las obras sociales, no alcanzando en muchas de ellas a ser concordantes con valores promedio de los módulos establecidos en el Nomenclador de la resolución N° 428/99 MS y AS, por lo que se infiere que existen discapacitados registrados oficialmente en los agentes del seguro a los que no se les garantiza el acceso a las prestaciones básicas, mostrando de ese modo el insuficiente alcance y extensión de la cobertura en esa población e incumplimiento a la normativa vigente.

Los reclamos presentados en la Superintendencia de Servicios de Salud, por los beneficiarios del Sistema que tienen por motivo la falta de cobertura para discapacitados, afirman lo aquí expresado sobre la existencia de una demanda insatisfecha de servicios.

4.4. ¿QUIÉNES DEMANDAN?

La salud es un bien no sustituible, por lo tanto a partir del momento en que se manifiesta una enfermedad la curva de demanda es ilimitada e inelástica (vertical) y lo es más aún cuando el precio del servicio demandado es cero por la existencia de un tercero pagador. Este es el caso de los servicios comprendidos en el Programa de Cobertura del Sistema Único reglamentado en la resolución 400/98 cuyo Anexo II, inciso 13° indica que: "Los aranceles establecidos para cada módulo incluyen el 100% de la cobertura prevista en cada uno, por lo que el prestador no podrá cobrar adicionales directamente al beneficiario".

En el sector salud la asimetría de la información es un factor que incide notablemente en la demanda.

La sociedad espera de los vendedores de servicios médicos un comportamiento diferente al típico de los hombres de negocios. Existe un conjunto de prescripciones sociales que operan a favor de la relación de agencia entre el médico y su paciente. Los médicos no pueden competir abiertamente por precio, no se publicitan, indican los tratamientos de acuerdo con las necesidades objetivas del caso y deben dejar de lado las consideraciones financieras. Los médicos no actúan como si estuvieran maximizando su renta todo el tiempo. Y los terapeutas y educadores dedicados a la rehabilitación tampoco lo hacen.

Sin embargo, todos los autores consultados coinciden en que esta relación de agencia imperfecta da lugar, en la realidad, a la variación artificial de los niveles de consumo. El médico o la institución se favorecen mediante rentas extraordinarias provocadas por la demanda inducida.

Otro factor que incide en la demanda es el principio de la equidad según elección. Si la enfermedad de un individuo resulta de factores que están fuera de su control entonces su situación es inequitativa. Esta condición se agrava en las personas con discapacidad puesto que a la inequidad se suma la desigualdad que supone la cronicidad de sus patologías y la inexistencia de medios para restablecer la salud plena. Para un niño que nace portador de un síndrome de Down no existen, hasta el momento, medios que permitan la expectativa de que en algún momento de su vida supere su alteración genética. Su médico y sus padres saben que durante toda su vida el niño será portador del síndrome y que esto será una desventaja a lo largo de toda su existencia.

Esta falta de expectativa sitúa a la persona en condiciones de desigualdad respecto de otro tipo de patologías. Pero sí existe la expectativa de reducir las desventajas de la persona mediante la rehabilitación que brindan los diferentes niveles educativo-asistenciales desde los tres meses de edad hasta el final de la vida. Y demandará estos servicios por sí mismo, por intermedio de sus padres, de su curador o de sus médicos.

Esta demanda formulada desde la desigualdad puede dar lugar rápidamente a sobreprestaciones que se inician con la coexistencia de múltiples tratamientos ambulatorios en los primeros años de la vida y pueden culminar en la modalidad de internación en hogar.

4.4.1 El Certificado de Discapacidad y la orientación de la demanda

Las decisiones que deben tomar los agentes del mercado de servicios para personas con discapacidad procuran responder a las cuestiones de cualquier otro mercado: cuánto brindar, en qué gastar, a quien brindar y cómo hacerlo.

El Sistema Único cuenta con un instrumento altamente fiable para determinar a quién brindar las prestaciones: el Certificado de Discapacidad.

La ley 24.901 en su artículo décimo determina que el Ministerio de Salud será la autoridad encargada de establecer los criterios y establecer

la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad. El certificado de discapacidad se debe otorgar previa evaluación del beneficiario por un equipo interdisciplinario que se constituirá a tal fin y que comprenderá la siguiente información: a) diagnóstico funcional, b) orientación prestacional, la que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Esta disposición puso orden en la determinación de la discapacidad puesto que, de acuerdo con la información brindada por las Obras Sociales hasta la sanción del Sistema Único debían aceptar certificaciones médicas que dudosamente fueran precedidas de una evaluación integral de la persona.

Las evaluaciones que actualmente se realizan en la Argentina para la certificación de la discapacidad cumplen con estándares internacionales y comprenden los siguientes aspectos:

- Médico.
- Familiar.
- Habitacional.
- Educacional.
- Minusvalías.
- Orientación prestacional

Los técnicos de obras sociales consultados coinciden en que si bien la modalidad de hogar está reservada a pacientes sin familia continente, no es fácil restringir la prestación cuando fue indicada por un médico, aún cuando el grupo familiar esté en condiciones de convivir con el paciente. Pero señalan que ha sido un gran avance que los nuevos Certificados de Discapacidad consignen la inexistencia real de familiares que puedan convivir con el paciente. Sin embargo los agentes del seguro objetan las orientaciones prestacionales puesto que, en tanto efectores de servicios de salud, reclaman criterios de equidad respecto de otras modalidades asistenciales. Así como las obras sociales tienen derecho a que sus médicos indiquen cual es la conducta terapéutica a seguir para cualquier patología también deberían tener ese derecho con las patologías discapacitantes.

5. FINANCIAMIENTO

5.1. EL GASTO EN SALUD MENTAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Los problemas de financiamiento tienen enormes consecuencias en la prestación de los servicios y por ende en la salud de las poblaciones. La salud mental es especialmente sensible a estos problemas ya que no suele ocupar los primeros lugares en la distribución de los recursos, especialmente cuando estos escasean.

La Organización Mundial de la Salud ha manifestado su preocupación en tal sentido considerando que el mínimo esperable del gasto público en salud mental no debiera ser menor al 1% del presupuesto destinado a la salud. Sin embargo mientras la mayoría de los países de Europa destina un porcentaje mayor al 5% del presupuesto de salud, casi el 80% los países africanos destinan menos del 1% a la salud mental.

Las obras sociales son fundamentalmente financiadores, contratando la provisión de servicios con instituciones monovalentes y profesionales principalmente del sector privado; pero el sector público asiste también a una parte de esta población.

En algunos casos las obras sociales "contratan" proveedores públicos para la atención de sus pacientes.

Las internaciones que se realizan por orden judicial y con uso de la fuerza pública ingresan muchas veces en primera instancia en hospitales psiquiátricos públicos y luego son derivados a prestadores contratados por la obra social.

Para el caso de las internaciones crónicas que no están previstas en el PMO, cuando la obra social se atiene a la ley, es el sector público el que está obligado a brindar la cobertura.

Esto pone de manifiesto la presencia de subsidios cruzados con el sector público.

A continuación se sintetizan las distintas relaciones entre financiación (pública y obras sociales) y provisión (pública y privada) de servicios de salud mental para los beneficiarios de la seguridad social en la Argentina.

Financiamiento	Provision	
	Internación	Ambulatorio
Sector público	Pública (cuando está fuera del PMO).	Pública (por accesibilidad por ejemplo).
Seguridad social	Privada (principalmente) también ONG y pública.	Privada (principalmente) y ONG.

Fuente: elaboración propia.

Cuadro 6 - Argentina: financiamiento y provisión de servicios de salud mental para beneficiarios de la seguridad social.

Al investigar sobre la magnitud de los subsidios cruzados en salud mental, los profesionales del sector advierten, por ejemplo, que el número de pacientes internados en establecimientos públicos que pose-

en algún tipo de cobertura médica representa un porcentaje significativo del total de las internaciones.

En los últimos años muchas obras sociales han introducido el pago de coseguros para poder sostener aquellas internaciones que superan lo establecido por el PMO, lo cual ha aumentado la participación de la financiación de bolsillo.

Para calcular el gasto en salud mental en la seguridad social es necesario recurrir a los valores que se pagan actualmente en los modelos de contratos con pago por cápita. Según esos valores de mercado, las obras sociales destinan en servicios especializados en salud mental (sin contar medicamentos ambulatorios) aproximadamente entre \$ 11 y \$ 15 por año y por afiliado.

Se trata entonces de un mercado que mueve aproximadamente entre \$ 110 y \$ 160 millones de pesos por año.

Según un costeo del Programa Médico Obligatorio el costo prestacional en salud mental representa el 4% del total del gasto prestacional en salud.²¹

Hacia el interior del gasto prestacional en salud mental casi el 60% del mismo corresponde a prestaciones ambulatorias y poco más del 40% se consume en servicios de internación.

Subsidios cruzados:

Una porción de beneficiarios de la seguridad social concurre en busca de asistencia al sector público por dificultades para acceder a los servicios previstos por sus obras sociales.

Muchos pacientes de tercera edad permanecen internados innecesariamente en establecimientos psiquiátricos esperando vacantes para hogares geriátricos. Es posible comprender la magnitud del problema si se tiene en cuenta que la población de tercera edad internada en clínicas psiquiátricas puede llegar a superar el 30% del total de los pacientes.

Existen pacientes con discapacidad mental que por distintos motivos permanecen internados en establecimientos psiquiátricos.

Una porción importante de los días de internación psiquiátrica se deben a problemas de tipo social y no a la evolución de la patología y su tratamiento.²² Según esta investigación la prolongación de las internaciones de pacientes con problemas sociales llegan casi a duplicar su duración.

Con respecto a los precios de los servicios, en la fijación de los mismos predominan las negociaciones arbitrarias entre los proveedores y las obras sociales o entidades intermedias; este mecanismo es en parte consecuencia de la desproporción entre la cantidad de servicios ofrecidos y demandados.²³

²¹ Bruni, José María. Costeo del Programa Médico Obligatorio. Programa de Investigación Aplicada o Proyecto de Tesis. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario ISALUD.

²² Barrionuevo, Héctor H. *Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación Psiquiátrica*. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Buenos Aires. 2001. Universidad Favaloro.

²³ Lima Quintana, Laura; Devoto, Florencia; Freylejer, Valeria. *Particularidades de la Determinación de Precios en el Sector Salud Argentino*. Buenos Aires. 1997. Asociación de Economía de la Salud.

Otro de los factores de gran influencia en este tipo de negociaciones es el carácter del vínculo que se haya establecido entre los negociadores; la historia de esas relaciones suele ser un aspecto clave.

Las obras sociales ostentan mayor poder de negociación, por lo que en general los prestadores son tomadores de precios y deben recurrir permanentemente a la contención de los costos como mecanismo de supervivencia.

5.2. El financiamiento de la discapacidad mental

El financiamiento del Sistema Único de Prestaciones Básicas fue establecido por la ley 24.901:

Tipo de beneficiario	Responsable y financiador
Accidentes de trabajo	A.R.T. Superintendencia de Riesgos del Trabajo
Invalidez transitoria	A.F.J.P. Superintendencia de Administración de Fondos de Jubilaciones y Pensiones
Beneficiarios carenciados sin cobertura social	Programa de Atención a Personas Discapacitadas Carenciadas - Ley de Cheques*
Pensiones no contributivas o graciabiles por invalidez	Secretaría de Desarrollo Social
Jubilados y pensionados del sistema nacional	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados - P.A.M.I.
Afiliados de obras sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud	Fondo de redistribución - Administración de Programas Especiales

Fuente: ley 24.901.

* En la actualidad se encuentra derogada la ley 24.452 (1995) de cheques.

Cuadro 7 - Responsable y financiador según tipo de beneficiario

En la Argentina, a diferencia de otros países, la rehabilitación integral de la persona con discapacidad beneficiaria de los agentes del seguro, se financia con recursos provenientes exclusivamente de la Seguridad Social. No ocurre lo mismo con otros países. Chile, mediante la ley 19.284, cuenta con el FONADIS, Fondo Nacional de la Discapacidad cuyos recursos provienen de la ley de presupuesto. El Fondo es una entidad autónoma que se vincula con el Ejecutivo a través del Ministerio de Planificación y Cooperación.

México coordina todos los programas para la discapacidad a través de la acción mancomunada de tres sectores: Desarrollo Social, Salud y Educación. La función específica del sector salud es el desarrollo de programas para la prevención, detección adecuada y rehabilitación de las

diferentes discapacidades y para la capacitación, orientación y rehabilitación sexual.

España, coherente con su política de enfocar la integración del discapacitado privilegiando la educación y el trabajo, cuenta con la Ley de Integración Social del Minusválido de 1984 (LISMI). En su artículo 66 la ley establece que "las distintas prestaciones y subsidios, atenciones y servicios contenidos en la presente ley se efectuará con cargo a los Presupuestos Generales del Estado, y a los de las Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales, de acuerdo con las competencias que le correspondan".

En nuestro país el financiamiento de las prestaciones que reciben las personas con discapacidad proviene casi exclusivamente de las obras sociales. Pero estas organizaciones están sufriendo la crisis financiera más profunda de toda su historia.

La situación financiera de las Obras Sociales está influenciada, al menos, por tres variables macroeconómicas que comprometen seriamente el futuro de la Seguridad Social: la caída del empleo, el aumento de la contratación sin aportes al sistema y el crecimiento de los precios de los insumos. Las prestaciones para las personas con discapacidad se financian con dineros provenientes del Fondo Solidario de Redistribución. Los trabajadores aportan para su cobertura de salud el 3% de sus haberes, en tanto que las patronales contribuyen con el 5%. Estos dineros constituyen la recaudación de la Seguridad Social.

Un porcentaje de la recaudación se destina al Fondo Solidario de Redistribución. Ese volumen de dinero está compuesto por:

- ❖ 10% de aportes y contribuciones de beneficiarios cuya remuneración no supere los \$ 1.000.
- ❖ 15% de aportes y contribuciones de los beneficiarios cuya remuneración supere los \$ 1.000.
- ❖ 15% de aportes y contribuciones del personal de dirección cuyos haberes no superen los \$ 1.000.
- ❖ 20% de aportes y contribuciones del personal de Dirección cuyos haberes superen los \$ 1.000.

El Fondo Solidario de Distribución fue creado con la finalidad de subsidiar a las obras sociales cuando deben cubrir patologías de alto costo y baja incidencia. El Fondo funciona como un reaseguro que impide que el impacto económico del costo por la atención de la alta complejidad en las obras sociales de menores recursos desborden sus posibilidades de cobertura. Comprendidas en esta categoría se encuentran las prestaciones para la discapacidad. La asignación de los fondos mencionados anteriormente la realiza la Administración de Programas Especiales, organismo descentralizado que depende del Ministerio de Salud y Ambiente.

Total 2001	355.553.764
Total 2002	390.023.487
Total ene/nov 2003	452.037.310

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. Noviembre 2003.

Tabla 11 - Fondo Solidario de Redistribución

El aumento en la recaudación producido en el trienio fue rápidamente absorbido por el incremento en los insumos fruto de la devaluación de la moneda. Asimismo los aranceles fijados para las prestaciones de la discapacidad experimentaron un aumento durante el transcurso de 2003 que osciló entre el 20% y el 40% dependiendo de cada modalidad.

Como se señalara más arriba los subsidios del Fondo Solidario de Redistribución se utilizan para costear diferentes patologías. La intención de la ley de protección de la discapacidad fue poner bajo la responsabilidad de la Administración de Programas Especiales el financiamiento de las prestaciones. De este modo se buscó poner fin a las discontinuidades en los pagos por parte de las Obras Sociales. La Administración de Programas Especiales, como se señaló antes, distribuye los dineros del Fondo Solidario de Redistribución entre las coberturas de diversas patologías.

HIV - Sida	42.166	35,8%
Alta complejidad	32.405	27,5%
Discapacidad	29.165	24,7%
Medicación	12.182	10,3%
Drogadependencia	1.947	1,7%
Pagado al 31/12/02	117.865	100%

Durante el transcurso del año 2002 la distribución fue la siguiente:

Fuente: Administración de Programas Especiales.

Tabla 12 - Prestaciones abonadas en 2002 en miles de pesos.

Las gestiones para obtener los subsidios tendientes a recuperar los fondos destinados a costear a las discapacidades mentales se realizan ante la Administración de Programas Especiales. Estas gestiones se efectúan mediante la presentación de expedientes, los cuales son analizados por el organismo que decide la pertinencia o no del subsidio, sobre la base del análisis de la documentación presentada por la obra social:

- Certificado de discapacidad que acredita la condición de discapacitado mental del paciente.
- Evaluación médica e indicación de la modalidad asistencial pertinente.
- Plan de trabajo por parte del prestador que identifica las acciones que se llevarán adelante con el paciente para el logro de su rehabilitación.

- Inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Presupuesto del prestador
- Documentación probatoria de afiliación a la obra social por parte del beneficiario.

Con posterioridad al otorgamiento del subsidio, cada obra social debe efectuar una rendición de cuentas de la utilización de los fondos recibidos. La evolución de los expedientes presentados y los expedientes pagados permiten ver cómo las discapacidades mentales tuvieron en los inicios del Sistema grandes dificultades para ver asegurado el flujo de dinero para el pago de su asistencia. Pero durante 2002, es bueno recordar que fue un año de enormes problemas financieros para el Sistema de Salud, se logró acelerar el circuito de financiamiento.

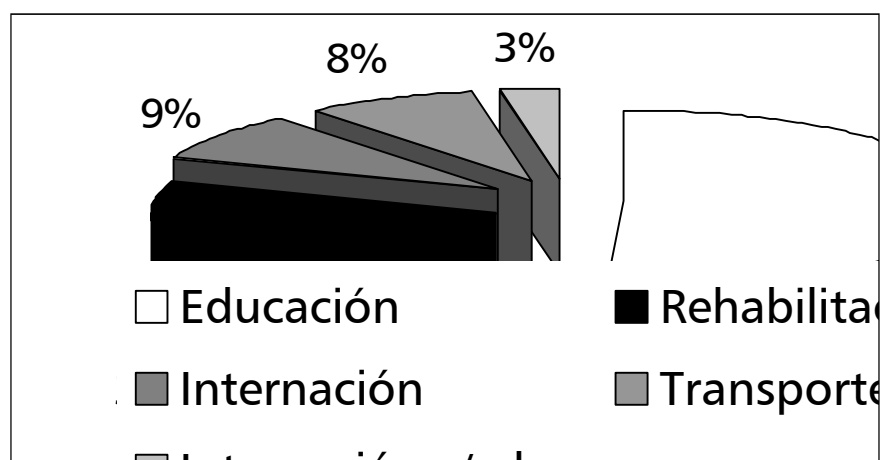
	Prom. 99/01	2.002	1er.trim 03
Expedientes ingresados	2.563	5.247	1.165
Obras sociales	98	130	60
Expedientes pagados	721	4.251	1.062
Obras sociales que cobraron	60	127	43
Monto pagado	\$ 5.639.159	\$ 29.165.000	\$ 6.140.966

Fuente: Administración de Programas Especiales

Tabla 13 - Expedientes de solicitud de subsidios ingresados/pagados

La puesta en marcha del Sistema Único en la Seguridad Social no fue acompañado de un aumento en los dineros del Fondo Solidario. De manera que las partidas asignadas a costear a la discapacidad mental fueron fruto de una reasignación de partidas que se otorgaban a otras patologías. Consecuencia de ello fue que hasta 2002 las obras sociales llegaron a tener hasta dos años de retraso por parte de la Administración de Programas Especiales para el recupero del gasto realizado.

En este punto es necesario destacar que esta situación fue particularmente difícil para las Obras Sociales en razón de que debían negociar con múltiples prestadores: escuelas especiales, centros de día, hogares, talleres de formación laboral, ambulatorios, entre otros. No se trataba del tipo de negociación habitual entre una obra social y su proveedor de servicios. En la discapacidad mental, en razón de la libertad de elección que asegura la normativa, los proveedores son muchos. Y las respuestas a los cortes en los pagos que ocasionaron las demoras entre 1999 y 2001 por parte de la Administración de Programas Especiales fueron variadas: amparos, negativa a ingresar pacientes, quitas en los montos adeudados, etc.



Fuente: Administración de Programas Especiales. Junio 2003

Gráfico 7 - Modalidades asistenciales solicitadas en 2002

Como puede observarse claramente en el gráfico, la mitad de los subsidios solicitados corresponden a prestaciones educativas. Desde luego estas modalidades están comprendidas en la ley 24.901. En el capítulo referido a la Oferta de Servicios y en las Conclusiones de este estudio se analizará la pertinencia de mantener en la Seguridad Social el financiamiento y, básicamente, el control de los pacientes con discapacidades mentales insertos en el Sistema Educativo.

	2001	2002	Diferencia	1 ^{er} trim. 2003	Diferencia
HIV - Sida	37.180.240,08	50.759.383,00	36,52%	10.535.955,00	-16,97%
Medicación	30.925.502,86	65.058.158,75	110,37%	28.633.381,00	76,05%
Discapacidad	29.144.706,72	36.412.309,00	24,94%	9.154.312,00	0,56%
Alta complejidad	25.594.263,51	30.263.175,05	18,24%	6.776.383,00	-10,43%
Trasplantes	10.848.037,88	10.951.212,54	0,95%	2.788.944,00	1,87%
Dorgadependencia	2.700.734,84	2.206.216,00	-18,31%	528.670,00	-4,15%
Total	136.393.485,89	195.650.454,34	43,45%	58.417.645,00	19,43%
Promedio mensual	11.366.123,82	16.304.204,53	43,45%	19.472.548,33	19,43%

Fuente: Administración de Programas Especiales.

Tabla 14 - Evolución de los montos solicitados distribuidos por patología

Las diferencias porcentuales entre los montos solicitados a la Administración de Programas Especiales por parte de las obras Sociales sustra un notable incremento en el gasto por la asistencia de patológicas con insumos importados. En el caso de la discapacidad el incremento es fruto de un aumento en el número de pacientes cubiertos. Sin embargo es esperable que con la aplicación de la resolución 6.080/2003, que eleva los aranceles de la discapacidad entre un 20 y un 40%, el peso de estas coberturas gravite en más del 24% en la evolución del gasto.

6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La asistencia de la discapacidad mental y de la salud mental en la Argentina reclama una revisión a la luz de las transformaciones que comienzan a operarse al interior del Sistema de Salud. Es necesario mejorar los sistemas reguladores y para ello es preciso comprender mejor el funcionamiento de estos mercados.

Las modalidades asistenciales actuales, establecidas por el Programa Médico Obligatorio y el Sistema Único de Prestaciones Básicas para la Discapacidad, fueron instituidas hace varios años con un sector público débil que fue perdiendo eficiencia técnica y capacidad de negociación intersectorial y un sector privado que creció conjuntamente con el desarrollo de la capacidad de cobertura de las Obras Sociales.

El Estado, aunque tardíamente ya que las relaciones de poder y los beneficios con que cuentan algunos actores están consolidados, tiene aún mucho por hacer en esta materia. Los temas de la agenda de salud que ha tomado hoy el Estado impactarán en el modelo asistencial de la salud mental y de la discapacidad mental: eficiencia, regulación, equidad, accesibilidad, evaluación del modelo, acreditación de los establecimientos, calidad, análisis de experiencias de otros países, etc.

Previamente es necesario identificar las características diferenciales que tienen los modelos asistenciales de la discapacidad mental y de la salud mental que en nuestro país se encuentran insólitamente segmentados:

- Los pacientes con discapacidades mentales son registrados en la Seguridad Social: la Administración de Programas Especiales cuenta con información fidedigna sobre ellos. Los pacientes de salud mental asistidos por las Obras Sociales no son registrados en ningún organismo estatal
- Las prestaciones para la discapacidad mental está establecida por ley, las de la salud mental por un decreto.
- La discapacidad mental cuenta con un nomenclador arancelario, los precios son fijados por el Estado. Lo que no ocurre con las prestaciones de salud mental cuyos precios son establecidos en negociaciones en las que el comprador de servicios tiene mayor peso que el oferente.
- Los establecimientos de la discapacidad son categorizados arancelariamente, los de la salud mental no.
- Las personas con discapacidades mentales pueden elegir libremente al prestador, en tanto que la asistencia de la salud mental se hace a través de prestadores de cartilla.
- El PMO regula tanto la duración como la frecuencia de las prestaciones de salud mental. La asistencia a la discapacidad mental, que está amparada por ley y por lo tanto queda por fuera de los alcances del PMO, no tiene topes en el número de sesiones o en la duración de las internaciones.
- Los pacientes de salud mental deben abonar coseguros en la atención ambulatoria y el descuento en los medicamentos es de un 40%. Los pacientes con discapacidades mentales no abonan coseguros y

- los medicamentos específicos cuentan con un 100% de descuento.
- El origen de los fondos para financiar la salud mental son los aportes y contribuciones. Para la discapacidad mental el financiamiento proviene del Fondo Solidario de Redistribución.
 - El Estado no interviene en el aseguramiento de la financiación de la salud mental. En la discapacidad mental, la Administración de Programas Especiales asegura las prestaciones.
 - Las Obras Sociales al tener que presentar expedientes con datos sobre sus afiliados con discapacidades mentales para obtener los subsidios, conocen cuantos son, cuales son sus diagnósticos, en que establecimiento se atienden, cuanto se paga por esta atención. Contrariamente con los pacientes de Salud Mental cuentan con un dato estadístico que representa el número de pacientes asistido por el prestador, por lo general una empresa capitada.

Tanto el Programa Médico Obligatorio como el Sistema Único de Prestaciones Básicas para la Discapacidad, han introducido en la seguridad social reglas de juego en un mercado que carecía de ellas, pero esto no es suficiente y requieren ser revisadas y mejoradas a la luz de nuevos estudios.

Con sus aciertos y fallas, ambos sistemas regulan la interacción entre la demanda, los proveedores y los financiadores, en un mercado que de otra manera podría llegar a ser extremadamente inequitativo y gobernado exclusivamente por el poder de presión de cada uno de sus actores.

Sería conveniente establecer criterios para una **revisión periódica y sistemática**. Su discusión y posterior implementación redundaría en beneficio tanto de pacientes como de financiadores y proveedores.

El Programa Médico Obligatorio no toma en cuenta las distintas patologías mentales y sus necesidades, de manera tal que no se contempla qué hacer, por ejemplo, con aquellos pacientes para los cuales no son suficientes la cantidad de días de internación o el número de consultas por año previstos. Podrían establecerse las indicaciones para cada modalidad y también comenzar a vincular la duración y frecuencia de los tratamientos con algunos grupos diagnósticos.

Merece destacarse que los usuarios de servicios, de salud mental y de discapacidad mental, están mejor informados y tienen más claro qué pueden esperar y exigir de proveedores y financiadores.

El PMO aún no ha llegado a constituirse en un verdadero programa; las obras sociales deberían desarrollar programas de salud mental.

En los servicios de salud mental y discapacidad mental **las decisiones** sobre los tratamientos no pasan solamente por la figura del médico sino que intervienen otros actores, unas veces con poder de decisión y otras con capacidad de influir sobre aquellos que toman las decisiones, de manera tal que la cantidad y tipo de servicios a ser consumidos es determinando por esa compleja interacción.

Esto explica que para introducir mejoras en el funcionamiento de este particular mercado es necesario identificar a los distintos actores que intervienen, conocer sus intereses y comprender sus distintas formas de participación.

La tendencia a los **monopolios** en las zonas de baja concentración de beneficiarios puede presentarse con mayor frecuencia en este mercado que en el resto del sector salud, este hecho refuerza la necesidad de desarrollar **sistemas de control** prestacional ágiles y adecuados.

La gran cantidad de camas y mano de obra profesional disponibles han contribuido a la baja en los precios tanto de los servicios sanatoriales como profesionales, pero también puede ejercer una fuerte presión para generar su propia demanda, capacidad derivada del lugar que ocupa la oferta en la relación de agencia que caracteriza al sector salud. Esto determina la necesidad de un adecuado sistema de **regulación de la oferta**.

La demanda de atención en salud mental es muy sensible a la existencia de oferta, lo cual refuerza la necesidad de **regulación** de la oferta por parte del Estado, así como la implementación de **incentivos** para el desarrollo de efectores allí donde siendo necesarios no los hay.

En un mercado con altos niveles de incertidumbre, es imprescindible una adecuada **selección de profesionales y establecimientos**, para lograr un mayor grado de racionalidad en las indicaciones terapéuticas.

Debido a la gran sensibilidad de esta demanda a pequeñas variaciones en el costo de los servicios, las decisiones de introducir **co-pagos** o **brindar cobertura al 100%** sin una estrategia sanitaria, pueden desalentar el acceso a los servicios de salud mental en pacientes de alto riesgo por un lado, y estimular un consumo excesivo de los dispositivos para la discapacidad mental por el otro; con consecuencias indeseadas para unos y para otros.

Las diferencias en la cobertura de la **medicación ambulatoria** no parecen tener una lógica sanitaria y las consecuencias para la sustentabilidad de los tratamientos prolongados, atentan contra la equidad en el acceso y la continuidad de la atención, en núcleos familiares que ya soportan una carga económica extra, producto de la existencia de algún miembro enfermo. Es imprescindible establecer cómo han de financiarse los tratamientos farmacológicos en los casos mencionados.

Los principios de equidad, solidaridad e igualdad de derechos y oportunidades que inspiraron la implementación del Programa de Cobertura para la Discapacidad continúan vigentes en el Sistema de la Seguridad Social. Y esto no es poco en un escenario influenciado por políticas económicas neoliberales, segmentación social, retraimiento del Estado, concentración de la renta e inequidad distributiva.

Las fortalezas del Sistema Único están a la vista: en el último año las personas con discapacidad beneficiarias de la Seguridad Social han recibido prestaciones por más de treinta y dos millones de pesos, triplicando la demanda de recursos al momento de la puesta en vigencia del Programa de Cobertura.

Con respecto al Programa Médico Obligatorio el mismo surge como respuesta concreta a la inexistencia de algún marco regulador. Ha limitado los abusos por parte de financiadores, proveedores y pacientes. Ha permitido planificar y presupuestar.

La demanda de los servicios que brinda el Programa de Cobertura en Discapacidad Mental impactó en otros mercados: los asociados a empre-

sas de medicina prepaga portadores de una discapacidad están demandado a sus aseguradoras para obtener los mismos beneficios que reciben los afiliados a la Seguridad Social. Los amparos se basan en la ley 24.754 sancionada el 28 de noviembre de 1996 que en su Artículo 1° (y único) establece "un plazo de 90 días de promulgada la presente ley para que las empresas o entidades que presten servicios de *medicina prepaga cubran, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas prestaciones obligatorias dispuestas por las obras sociales, conforme lo establecido por las Leyes Nro. 23.660, 23.661 y 24.455 y sus respectivas reglamentaciones*".

El artículo 28° de la ley 23.661 dice: " Los Agentes del Seguro deberán desarrollar un programa de prestaciones de salud, a cuyo efecto la ANSSAL establecerá y actualizará periódicamente, de acuerdo con lo normado por la Secretaría de Salud de la Nación, las prestaciones que deberán otorgarse obligatoriamente, dentro de las cuales deberán incluirse todas aquellas que requiera la rehabilitación de personas discapacitadas. Asimismo, deberán asegurar la cobertura de medicamentos que las aludidas prestaciones requieran".

En todos los casos los jueces fallan a favor del asociado. Las empresas deben allanarse y lo hacen, aunque aún no han desarrollado estrategias de gestión para estas prestaciones. Pero el Programa de Cobertura tiene debilidades que deben ser tenidas en cuenta a la hora de evaluar sus perspectivas:

- En su construcción no fueron incluidas las obras sociales como actores relevantes. La realidad demostró que fueron los Agentes del Seguro quienes financiaron el Programa de Cobertura sin contar con los instrumentos normativos que le permitieran gestionarlo.
- Los créditos que mantienen las obras sociales con la Administración de Programas Especiales superan los cincuenta y cinco millones de pesos y comprende el gasto de dos años: 2000 y 2001.
- Su Nomenclador fue hecho sobre la base de una categorización arancelaria realizada por el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y no por niveles de resolución de los prestadores.
- La libertad en la elección de los prestadores deja a las obras sociales sin las posibilidades que brinda el poder de compra de servicios.
- No existe articulación de prestadores que posibilite la economía de escala mediante la complementación público-privado, Ministerio de Salud-Ministerio de Educación.
- La orientación prestacional consignada en los Certificados de Discapacidad, aún cuando haya sido hecha por una calificada Junta Evaluadora, restringe las posibilidades de evaluar alternativas costo-beneficio por parte de la Obra Social.
- Las obras sociales casi no realizan auditorías de las instituciones prestadoras. Sí las realiza el I.N.S.S.J.P. Estas auditorías enfatizan los requerimientos edilicios y la contratación de personal.
- El sistema de incentivos es pobre porque está basado en las reglas estandarizadas del Nomenclador del Sistema Único de Prestaciones

Básicas que no premia calidad y eficiencia. Si bien los precios del Nomenclador fueron fijados como precios techo, operaron en el mercado como precio fijo.

- El Programa carece de mecanismos reales de actualización del Menú Prestacional y del Nomenclador con participación de los actores involucrados. Esta carencia impide la formulación de propuestas que se adapten a la crisis más severa de la historia del sector.
- La situación de las obras sociales es crítica: el desempleo creciente, los salarios en negro y la evasión de aportes han hecho disminuir seriamente la recaudación. Los problemas en el manejo administrativo y la falta de incentivos que provoca la clientela cautiva completan el cuadro de causas para el desfinanciamiento. Aún así han logrado mantener, hasta ahora, parte de sus compromisos con sus afiliados discapacitados. Pero la virtual cesación de pagos a los prestadores indica el grado de urgencia que reclama la revisión del Programa.
- Existen señales de incumplimiento creciente del Programa: pago de bolsillo por parte de los beneficiarios, cobro de coseguros, reducción unilateral de la deuda contraída por las Obras Sociales con los prestadores. Es previsible un incremento del nivel de endeudamiento de las entidades financiadoras por disminución de ingresos y aumento de gastos por la variación de precios originada en la devaluación de la moneda y la inflación.

Las dificultades económicas y financieras pueden ocasionar un deterioro en la gestión del Sistema Único. Es previsible que aquellos beneficiarios del Sistema que tenían acceso a prestaciones con pago de bolsillo dejen de tenerlo. Será éste un factor más para el desequilibrio posible entre oferta y demanda: menos oferentes y más demandantes. La imposibilidad de distribuir beneficios reducirán los incentivos para que los gestores del Programa innoven y supervisen.

El debilitamiento del rol del Estado ha relegado la visión de conjunto de los problemas restando espacio para la definición de prioridades y la compatibilización de las demandas sectoriales.

La problemática de la discapacidad, tal como lo sostuvieron firmemente los actores sociales que impulsaron la creación de la Comisión Nacional Asesora, excede los límites de competencia de un ministerio. Comprende todos los factores que intervienen en un proceso verdadero de integración social: educación, salud, recreación, transporte, trabajo, etc.

La discapacidad es un tema del Estado todo, y el mismo cuenta con múltiples sectores, organismos y técnicos con voluntad de sumarse al compromiso de la integración social y con capacidad de respuesta a dicha problemática. La realidad indica que en la Argentina un subsector, el de las Obras Sociales, se ha hecho cargo de asistir la casi totalidad de los derechos de las personas con discapacidad. Pero la crisis financiera de este subsector sumada a los límites que le imponen las prestaciones que no son de su competencia directa señalan que el Programa de Cobertura puede desaparecer. En un escenario de demanda creciente, aumento de la deuda, libre elección, pago por prestación, Obras Sociales

y prestadores al borde de la quiebra, la única alternativa posible es la firme recuperación del Estado como árbitro y como interlocutor para garantizar una eficacia ordenadora y el establecimiento de prioridades.

El Estado debe retomar un rol protagónico en el financiamiento integral de la discapacidad otorgando un presupuesto proveniente de los impuestos que suma a otros sectores, además del sector Salud, y que asegure la accesibilidad a la promoción social del discapacitado. La Comisión Nacional Asesora, integrada por actores de profundo compromiso con la discapacidad, puede ser el organismo de gobierno que impulse las acciones tendientes al logro de ese presupuesto. Sólo así se pondrá fin al peregrinar de las instituciones y de las personas en búsqueda del financiamiento al que tienen derecho.

La macrogestión de la discapacidad mejorará mediante la incorporación de políticas orientadas a la atención primaria, a la introducción de mecanismos de competencia basados en los precios y al estímulo de técnicas de gestión.

La búsqueda de alternativas en la gestión de la discapacidad que faciliten la adaptación a cambios extrasectoriales permitirá una reducción de las debilidades del Programa de Cobertura al tiempo que potenciará sus fortalezas.

Si la conducción política del sector salud da prioridad al mantenimiento de las prestaciones que le competen, gradualmente trabajará para transferir al sector educativo las modalidades de atención educativa del Programa, diurna o pupilar: Educación Inicial, Enseñanza General Básica, Taller de Formación Laboral y Apoyo a la Integración Escolar. La planificación educativa, la gestión educativa, la evaluación de los procesos de enseñanza-aprendizaje y el control de las instituciones educativas tienen su campo específico: el sector educativo.

La Superintendencia de Servicios de Salud fortalecerá su rol fiscalizador a través de los mecanismos de que dispone para auditar y orientar la gestión de las Obras Sociales en materia de discapacidad. La participación de este organismo en la mesogestión del Programa será clave para garantizar las prestaciones que, en materia de salud, necesitan los beneficiarios discapacitados de la Seguridad Social

El protagonismo de las obras sociales se hará efectivo a través de la constitución cierta, y no meramente declarativa, de Equipos Interdisciplinarios que evalúen cuidadosamente las necesidades de los pacientes, orienten a sus familiares, tutores o curadores para demandar prestaciones más efectivas, limiten demandas inducidas por agentes imperfectos, establezcan un plan de trabajo, seleccionen las Instituciones que mejor puedan brindarlo, realicen análisis costo-beneficio y auditen las prestaciones.

La compra de servicios sustituirá a la libre elección. El financiamiento de las prestaciones que permanezcan bajo la competencia de la Superintendencia de Servicios de Salud-Administración de Programas Especiales no permanecerá en definiciones ambiguas: el gasto será financiado por el Fondo de Redistribución y las obras sociales con porcentajes consensuados o por un régimen de seguro de enfermedades

catastróficas, hasta tanto se obtengan recursos provenientes de un presupuesto global para la discapacidad.

Las instituciones competirán más por resultado y por precio que por el cumplimiento de interminables y onerosos requerimientos edilicios, por deseables que estos sean. Esto limitará los altos costos de oportunidad que obliga a asumir una regulación sin información de resultados. El sector prestador público, a través de los Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada, ganará presencia en la provisión de servicios. El resultado de los servicios se medirá por la capacidad efectiva de cada prestador para lograr la inclusión social y el autovalimiento de aquellos pacientes que estén en condiciones de lograrlo. El mejoramiento de la microgestión se complementará mediante la asociación de prestadores para la compra de insumos y la autogestión de presupuestos. La integración de prestadores públicos y privados potenciará las energías que hoy existen en beneficio del número aún desconocido, pero por cierto, presumiblemente alto, de personas con discapacidad que no acceden a las prestaciones básicas que marca la ley.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abramzón, Mónica y otros. *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Buenos Aires. 2001. Organización Panamericana de la Salud.
2. Alonso, Modesto M. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 2002.
3. American psychiatric association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV*. (Versión española). Barcelona. 1995. Masson S. A.
4. Arredondo, M. L. y otros. *Introducción a la temática de la discapacidad*. Dirección Nacional de Capacitación. INAP. Buenos Aires. 1999.
5. Arrow, Kenneth J. "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas". *Información Comercial Española*. Madrid. Nº 574. Junio 1981.
6. Barrionuevo, H. Hugo y Rodríguez, Claudia. "Desinstitucionalización y Prevención de la Cronificación en Pacientes Internados, en Salud Mental". *XVI Congreso Argentino de Psiquiatría*. Mar del Plata. Marzo 2000. Asociación de Psiquiatras Argentinos.
7. Barrionuevo, H. Hugo. *Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación Psiquiátrica*. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Buenos Aires. 2001. Universidad Favaloro.
8. Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.
9. Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, V. *Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires. 1991. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.
10. Bruni, José María. *Costeo del Programa Médico Obligatorio*. Programa de Investigación Aplicada o Proyecto de Tesis. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario ISALUD.
11. Cabases Hita, J. M. *La controversia entre los principios de un sistema sanitario*. Material de la Cátedra Políticas y Sistemas de Salud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Buenos Aires. Mayo 2000. Instituto Universitario ISALUD.
12. Caldas de Almeida, José M. Conferencia sobre *La Salud Mental en el Mundo*. Maestría de Gestión de Servicios de Salud Mental. Buenos Aires. 17 de mayo de 2002. Instituto Universitario Isalud.
13. Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. 1997. OPS-OMS.
14. Dirección de Salud Mental. *Estadísticas Prestacionales*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 1998.
15. Dornbush, R.; Fischer, S.; Schmalensse, R. *Economía*. 2ª edición. Madrid. 1995. Mc Graw-Hill.

16. Encuesta Nacional de Salud de España, citada en: López Ibor Aliño, Juan J. y otros. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid. 1998. OFISALUD.
17. Fernández Liria, A. y Diéguez Porres, M. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid. 1995.
18. Flood, Cristina. y Maceyra, Daniel. "El Funcionamiento de Los Mercados de Salud en Argentina. Aportes para el Debate". *Cuadernos Médico Sociales*. N° 52, junio. Buenos Aires. 1990. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
19. Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires. *Ley de Salud Mental*. Buenos Aires. 2000.
20. González de Rivera y Revuelta J. L.; Rodríguez Pulido F.; Sierra López A. *El Método Epidemiológico en Salud Mental*. Barcelona. 1993. Ed. Masson y Salvat.
21. González García, Ginés y Tobar, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. 2ª Edición. Buenos Aires. 1999. Ediciones ISALUD.
22. González García, Ginés. "Salud y Equidad". *Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Buenos Aires. 1995.
23. González García, Ginés. "La política y la gestión sanitaria: Mitos y realidades". *VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. VII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Innovaciones en la gestión de servicios de salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. 1998. Ediciones ISALUD.
24. Gracia, Diego. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 108(5-6). 1990.
25. Katz, Jorge y Muñoz, Alberto. *Organización del Sector Salud: Pujas Distributiva y Equidad*. Buenos Aires. 1988. Centro Editor de América Latina.
26. Laurent, Eric. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. 2000. Editorial Tres Haches.
27. Le Goff, Jacques. *Mercaderes y Banqueros de la Edad Media*. 9ª Edición. 1982. EUDEBA.
28. Le Grand. Citado por Rodríguez, Marisol. "Corrientes económicas y criterios de equidad en Sanidad". Material de la Cátedra Economía de la Salud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Buenos Aires. 1987. Instituto Universitario ISALUD.
29. Ley 19.284 FONADIS - Fondo Nacional de la Discapacidad Chile. 1994.
30. Ley de Integración Social del Minusválido. España. 1984.
31. Ley mexicana para personas con discapacidad en el Distrito Federal. México.
32. Lima Quintana, L.; Devoto, F. y Freylejer, V. *Particularidades de la Determinación de Precios en el Sector Salud Argentino*. Buenos Aires. 1997. Asociación de Economía de la Salud.
33. López Ibor Aliño, Juan J. y otros. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid. 1998. OFISALUD.

34. Llach, Juan; Montoya, Silvia; Roldán, Flavia. *Educación para todos*. Córdoba, Argentina. 1999. IERAL.
35. Madies, Claudia y Grünhut, Yael. *El posicionamiento de actores sectoriales frente a las medidas dispuestas por el Decreto 446/00*. Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario ISALUD. Departamento de Ciencia y Tecnología.
36. Martín Martín, José. *Incentivos e Instituciones Sanitarias Públicas*. EASP - Escuela Andaluza de Salud Pública. 1994.
37. Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente. *Encuesta de Desarrollo Social. N° 10: La Utilización de los Servicios de Salud*. SIEMPRO.
38. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Programa Médico Obligatorio*. Buenos Aires. 1996.
39. Ministerio de Salud de la Nación Argentina. *Programa Médico Obligatorio de Emergencia*. Buenos Aires. 2002.
40. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Buenos Aires. 1995.
41. Ministerio DE Sanidad Y Consumo de España. *Encuesta Nacional de Salud. Información Sanitaria y Epidemiológica*. Madrid. 1989.
42. Mintzberg, Henry. "El capitalismo necesita del equilibrio". *Revista Gestión*. Vol. I, n° 4. Buenos Aires. 1996.
43. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España. Madrid. 1997.
44. Organización Mundial de la Salud. *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales*. Ginebra. 1991. OMS.
45. Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento. 10ª revisión*. CIE 10. Ginebra. 1992. OMS.
46. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. 2001. OMS.
47. Organización Mundial de la Salud. *Nota descriptiva: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental en el mundo*. Ginebra. 2001. OMS.
48. Ortun Rubio, Vicente. "Formas y Reformas organizativas. Teoría de la organización y sanidad". Tomo 2. *V Congreso Nacional de Economía*. Las Palmas de Gran Canaria. 1995.
49. Ortun Rubio, Vicente. *Economía y Salud: Una Vía de Avance*. Baltimore. 1985. Universidad de Johns Hopkins.
50. Ortun Rubio, Vicente. *Análisis de los Mercados y del marco regulatorio del sector salud*. IV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. 1995. Ediciones ISALUD.
51. Ramos, Jorge Abelardo. *Historia de la Nación Latinoamericana*. Peña y Lillo, A. 1968.
52. Rodríguez, Marisol. *Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad*. Madrid. 1995.

53. Rovira Forns, J. *Mercado y planificación en sanidad*. Humanidades médicas. Economía de la Salud. Material de la Cátedra Economía de la Salud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Instituto Universitario 2000. ISALUD.
54. Rovira Forns, Juan. "Mercado y Planificación en Sanidad". *JANO*. Vol. XXXI, n° 746: 53-62, octubre. 1986.
55. Saidon, Osvaldo y Troianosovski, Pablo (compiladores). *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires. 1994. Lugar Editorial.
56. Schatzman, Morton. *El asesinato del alma: el caso del Juez Schreber*. México. 1977. Siglo XXI Editores.
56. Servicio Nacional de Rehabilitación. *Protocolos para la Certificación de Discapacidades*. Buenos Aires. 2001.
57. Stiglitz, J. "La Economía del Sector Público". *Material de la Cátedra Economía de la Salud*. Titular: Lima Quintana, Laura. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Buenos Aires. Mayo 2000. Instituto Universitario ISALUD.
58. Strada Sáenz, Gerardo. Estado y Mercado. *Introducción a la Ciencia Política*. 2000. EUDEBA. 3ª Edición.
60. Tobar, Federico. *Políticas de Salud. Modalidades y Tendencias*. Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario Isalud.
61. Tobar, Federico. *¿Qué es desregular?* Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. 2001. Instituto Universitario ISALUD.
62. Tobar, Federico. *Contribución de la economía de la salud a las políticas sanitarias*. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD.
63. Tobar, Federico. "Las Funciones del Hospital". *Hospital y Comunidad*. Vol II, Año 2, N° 34. Buenos Aires. 2001.
64. Tobar, Federico. "Herramientas para el Análisis del Sector Salud". *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires. Año 23, N° 2: 83-96, abril-junio. 2000.
65. Tobar, Federico. *Estimación de los Créditos que Mantienen los Efectores Privados con los Financiadores de Salud*. Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario ISALUD.
66. Tobar, Federico. *Tendencias Económicas y Epidemiológicas en Salud Mental*. Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario ISALUD.
67. Tobar, Federico. *Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina*. Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. 2001. Instituto Universitario ISALUD.
68. Tobar, Federico. *Economía del Hospital*. Programa de Investigación Aplicada. Buenos Aires. 2001. Instituto Universitario ISALUD.
69. Torres, Rubén. "Los modelos básicos de la seguridad social". Material de la Cátedra Políticas y Sistemas de Salud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Buenos Aires. 2000 Instituto Universitario ISALUD.

70. Vasallo, Carlos y Báscolo, Ernesto. *Una Mirada Económica Institucional del Proceso de Cambio del Sector Salud en Argentina*. Documento de Trabajo N° 6. Buenos Aires. 1998. Ediciones ISALUD.

SITIOS WEB DE CONSULTA

- www.isalud.org.ar - Fundación ISALUD.
- <http://esa.un.org/unsd/disability> - Naciones Unidas. División de Estadística. Rama de Estadística Demográfica y Social
- www.indec.gov.ar - Instituto Nacional de Estadística y Censos.
- www.mecon.gov.ar - Ministerio de Economía de la Nación.
- www.sssalud.gov.ar - Superintendencia de Servicios de Salud.
- www.ape.gov.ar - Administración de Programas Especiales
- www.cndisc.gov.ar - Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas
- www.disabilityworld.org - Revista electrónica de la discapacidad. California. EE.UU.
- www.discapacidadweb.com.ar - Sitio de la Discapacidad en la Argentina
- www.discapnet.es - Red Europea de Discapacidad
- www.fonadis.cl - Fondo Nacional de la Discapacidad - Chile
- www.msal.gov.ar - Ministerio de Salud de la Nación
- www.rppapm.es - Centro de Documentación sobre Discapacidad "Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías". España
- www.sisdis.gov.ar - Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a Favor de la Persona con Discapacidad
- www.snr.gov.ar - Servicio Nacional de Rehabilitación
- www.sssalud.gov.ar - Superintendencia de Servicios de Salud
- www.unam.mx/conadi - Consejo Nacional de Organizaciones de y para Personas con Discapacidad de México.
- www3.usal.es/inico - Universidad de Salamanca. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad.

