

CURSO DE AUDITORÍA MÉDICA DEL HOSPITAL ALEMÁN.

Director: Dr. Agustín Orlando

Monografía:

"LA SALUD MENTAL EN ARGENTINA":

**APORTES PARA UNA ARTICULACIÓN A LA DISCIPLINA DE LA
AUDITORIA.**

(2008)



"Eros y Psyké" (A. Canova)

Por:

Nadia Daniela del Castillo

Noviembre de 2008

Introducción:

La presente monografía tiene como propósito trabajar sobre la temática de la Salud Mental en la Argentina, en el marco de nuestro Sistema de Salud, y relacionarlo con los aspectos estudiados durante el curso de Auditoría Médica.

¿Cuáles serían los aspectos más importantes a considerar, al pensar en la tarea de la Auditoría en el ámbito de la Salud Mental? Es lo que me propongo

descubrir al encarar el propósito de investigación de este trabajo, pero sin dejar de tener en cuenta el contexto de nuestro Sistema de Salud, analizándolo en sus dimensiones económica, histórica, política y social (pues no creo pertinente ningún análisis que considere estas dimensiones por separado).

Un eje fundamental a desarrollar será el tema de la Cobertura en Salud Mental, desde el marco legal regulatorio, requisitos, alcance, accesibilidad de la población, y características de los tratamientos disponibles, intentando siempre contextualizarlos. Como se ve, este eje, ordena una serie de temáticas que hacen a los componentes y problemas generales de las Salud Mental (problemas, no en su acepción negativa, sino científica del termino, como recortes de un campo a indagar).

Por otro lado, será indispensable incluir una reseña de la situación histórica y actual del Sector Salud Mental dentro del sistema general de la Salud, como así también sus perspectivas.



Prólogo:

Patologías del consumo (como la adicción a sustancias psicoactivas, bulimias, anorexias, obesidad), enfermedades laborales (como el síndrome de Burn out o cabeza quemada, Mobing, estrés), depresión, cuadros psicóticos, ataques de pánico, fobia social... en fin, la lista podría continuar... pero ¿no son términos familiares, aún para aquellos que no están insertos en el campo de la Salud Mental?. Con todos estos problemas y más, deben enfrentarse no sólo el profesional médico o psicólogo, en su tarea asistencial, sino también todos aquellos implicados en el proceso de gestión de cobertura de tratamientos adecuados, en tiempo y forma, efectivos y de calidad para este tipo de padecimientos, es decir entonces, desde funcionarios públicos, médicos psiquiatras y de todas las especialidades, psicólogos, auditores, personal administrativo de financiadores y prestadores de tal asistencia, entre otros.

Muchas veces tras las patologías psicológicas, suelen aparecer la enfermedades somáticas, por lo tanto prevenir la enfermedad mental, o curar o aliviar padecimientos psicológicos o psiquiátricos, podría redundar en una disminución de otras enfermedades físicas, al respecto dice el titular del Coper¹: “*Si garantizamos la salud mental estamos garantizando la salud general*” (Jaimez, Alberto, 2008)

Otros datos suman más precisiones al respecto: “El impacto (de la demanda de atención en Salud Mental) 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”. (Barrionuevo, Hugo. 2005).

Antes de comenzar con el desarrollo de los temas propiamente dichos, quisiera resaltar, la importancia de tener en cuenta, a la hora de pretender profundizar en aspectos de nuestro Sistema de Salud, las particularidades de nuestro país, de nuestra época, de nuestro sistema (Capitalista), las nuevas tecnologías, las nuevas formas de trabajo, de socialización, el ritmo de vida, las diferencias socioeconómicas y todas las variables que impactan en la subjetividad, y en los cuerpos de las personas. En este sentido, los que trabajamos en Salud, debemos estar comprometidos en la necesidad de abordajes interdisciplinarios del proceso Salud - Enfermedad, entendido como proceso complejo, o como plantea Vasco Uribe (1987) como “*Estructuras causales dinámicas*”, esto es, **el producto de un entramado de situaciones en el contexto de una Historia**. Solo así, podemos pensar en aproximarnos a una comprensión coherente de la definición de “Salud” que propone la OMS, como el “estado de bienestar físico, psíquico y social, y no solo la ausencia de enfermedad” en un sujeto al que define como “*ente bio-psico-social*”

¹ Colegio de Psicólogos de la pcia. De Entre Ríos.

*“Frente a las enfermedades que genera la miseria ,
la angustia y el infortunio social de los pueblos ,
los microbios como causas de enfermedades,
son una pobres causas”*

Ramón Carrillo.

I.

Un poco de historia: las reformas del sector Salud en la Argentina.

A continuación se propone una breve reseña de las reformas que se fueron sucediendo en el Sector Salud, para llegar a entender como llegamos a nuestro sistema actual, y poder luego focalizar en el recorte en particular, de este trabajo.

La historia de nuestro Sistema de Salud, se remonta hacia 1880, año de la creación del Departamento Nacional de Higiene, destinado a llevar a cabo obras sanitarias, sobre todo a partir de la aparición de epidemias y pandemias que tuvieron lugar en esa época.

Al mismo tiempo, junto a la existencia de organizaciones de caridad, de corte filantrópico y con carácter moralizante a los pobres (no existía aún el concepto de Salud como derecho universal), surgen también, las asociaciones mutuales, constituidas por grupos de trabajadores, inmigrantes miembros de una colectividad, quienes implementaron un sistema solidario de cobertura, en el cual todos aportaban a un fondo común, del que disponían en caso de necesitar asistencia (Nadia del Castillo, 2007). Se da también en esta época y de la mano de los inmigrantes, la aparición de pequeños grupos sindicales. Estos no solo derivaron en la fundación de importantes hospitales (como los de colectividad o el Ferroviario), sino que además, fueron el fundamento de las futuras Obras Sociales. Finalmente, quienes disponían de recursos económicos, contrataban los servicios de un médico en forma particular, la tradicional figura del “medico de la familia”. (Nadia del Castillo, 2007)

Fue a partir de la aparición en la escena política de Perón, (en 1944 como Secretario de Trabajo y en el 45 ya presidente) que se comienza con el proceso para terminar con el sistema de beneficencia, y pasar a constituir un sistema que pondere a la salud como Derecho Social. Con ese criterio se llevan a cabo intervenciones estatales en materia de salud, asumiendo el Estado el rol de garante de los derechos. “En 1949 se crea el Ministerio de Salud, a cargo del Dr. Ramón Carrillo. Se inicia una etapa de fuerte relaciones con los sindicatos, se crea la CGT, y las mutuales se institucionalizan en las Obras Sociales” (Comes, Yamila. 2006). Estas pasan a financiarse de manera obligatoria, por el salario de los trabajadores, estén o no agremiados a los sindicatos. Las OO.SS, debían ofrecer no solo la atención médica gratuita, sino medicamentos al costo, alimentos, vestimenta, créditos inmobiliarios a muy baja tasa, vacaciones, entre otros beneficios. “Esta época se caracterizó por el fortalecimiento del sector popular como actores políticos y la consecuente proliferación de políticas sociales.” (Comes, Yamila. 2006)

Los sucesivos gobiernos militares, con la promoción de acciones de descentralización administrativa del Estado, en el marco de una política liberal -en estrecha relación con capitales extranjeros- se encargarían de desandar el camino, imponiéndose a través del terrorismo de estado, fundamentalmente, con el propósito de destruir cualquier célula o germen opositor, y de quitarle cualquier tipo de poder político al sector popular. Si bien el pleno Empleo promovió una época fructífera para las Obras sociales (en la década del 70 fundamentalmente), no hay que olvidar que el costo fue el endeudamiento y el círculo vicioso del que aun no salimos. “Este modelo (neoliberal) fue parcialmente interrumpido durante el gobierno democrático del Dr. Raúl Alfonsín - 1982-1989- y retomado con fuerza durante los gobiernos de Carlos Menem -1989-1999-“. (Comes, Yamila. 2006).

En 1993 se desregulan las Obras Sociales, pero había un salvedad, y era que no podía elegirse el sistema al cual pasarse, sino que la opción era otra Obra Social (cambiar de gremio). El fundamento era “favorecer la competitividad entre Obras Sociales”. Por supuesto no sucedió.

En 1998 se abre la posibilidad de ofrecer planes complementarios o superadores (más allá del PMO), también para favorecer la competencia. Otra vez, no funcionó. Las Obras Sociales pequeñas no podían ofrecer servicios a la par de las más fuertes, porque no contaban con los recursos, habían sido desfinanciadas por las reformas del 93. La estrategia que implementaron algunas fue la de subcontratar a una Empresa de Medicina Prepaga (en adelante EMP). Es decir, **se volvían gerencadoras**. La Obra Social, pasa a administrar el monto extra que el afiliado pagaba. Este no fue mas que otro golpe duro a las Obras sociales, ya que generó una corrida hacia las que ofrecían EMP que cubrían los mejores prestadores (más costosos también).

Finalmente en el 2000 se llega a una desregulación masiva, que permite a los trabajadores optar por derivar sus aportes, más un plus, directamente a las EMP (salvo excepciones como OSBA, LA Obra Social del municipio de Buenos Aires, que aún tiene a sus afiliados cautivos).

Las políticas de Salud, fundamentalmente en los 90 se ven direccionadas fundamentalmente por los lineamientos del Banco Mundial² a los países latinoamericanos, con el fin de que los gobiernos se desentiendan cada vez mas sus responsabilidades, lo que formalmente se denominó “descentralización del Estado”, para que estos tengan como principal responsabilidad el reembolso de la deuda externa³. Por supuesto que esto no quita responsabilidad al Estado, ni mucho menos desconoce la indignante conducta de quienes nos gobernaron y gobiernan, más bien todo lo contrario, pero desde mi opinión personal, las políticas que implementa un gobierno, no son decisiones tomadas por “individuos” de manera independiente, sino por Modelos de Estado y Políticas dominantes, y esto a nivel mundial. Por eso el círculo vicioso, que con tristeza trasciende

² Banco Mundial: “Invertir en Salud. Informe sobre el desarrollo mundial. 1993. Cap. Panorama General. EE.UU (1993)

³ Puede encontrarse un desarrollo profundo de este planteo en:

Laurell, A, “La salud: De derecho social a mercancía”. En: Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. UAM Xochimilco. México (1994)

a políticos de turno, diferentes (en apariencia) discursos, partidos políticos y fronteras, especialmente en los países Latinoamericanos.

En el sector salud, esto se ve plasmado en la estrategia de brindar una canasta básica de prestaciones, en función del Costo-beneficio, y que los demás servicios “discrecionales”⁴, sean costeados por los individuos según sus posibilidades, acentuando gravemente la brecha social entre clases sociales, donde no solo los pobres se ven perjudicados, si bien son los que más lo sufren, sino que quedan sin garantía los derechos de todos los contribuyentes, que sosteniendo al Estado a través de sus impuestos, no ven retribuido su aporte.

Entonces, en la década del 90 se inició la etapa neoliberal, que “implica la reducción de la intervención del Estado en todos sus ámbitos, la apertura de la economía local a los mercados internacionales, las Obras sociales se desregulan, se beneficia el desarrollo del sector privado y la entrada de capital internacional” (Comes, Yamila, 2006) etapa también denominada por algunos, como de la “mercantilización de la Salud”.

Con la salud convertida en “bien de consumo”, introducida en los carriles de la oferta y la demanda, las empresas se proponen ofrecer su mercancía, según la lógica del mercado, en función de la relación costo – beneficio. Así, los capitales extranjeros vieron la oportunidad de un negocio rentable en la inversión en medicina privada, se incluyen actores que a veces hasta nada tienen que ver con la salud, y se conforman los grandes grupos económicos que manejan el subsector privado. (Nadia del Castillo, 2007)

Pero en salud, ¿es ético reducir la fórmula costo – beneficio a un mero aumento de los ingresos (ganancias) con el menor gasto posible?. Claramente no. Estamos tratando con la salud y la vida de las personas, y estamos brindando un servicio, que no es lo mismo que vender una mercancía. Esta es la idea principal, que debe guiar cualquier intervención en políticas de salud, sea estatal o empresarial, siempre que se dirija al ámbito de la Salud, y fundamentalmente, desde mi opinión personal, en la práctica de la Auditoría Médica, en su carácter de parte del proceso de gestión en salud, control de la eficacia, la eficiencia y la efectividad de los servicios de salud, además del grado de economía de la gestión.

Finalmente, para culminar con esta reseña histórica, se ha de señalar que “en la actualidad, las tendencia en Política Mundial, es tratar el tema de la inequidad y la falta de respecto por la dignidad humana” (Objetivos de desarrollo del Milenio, ONU), pero las soluciones que se proponen, siguen dependiendo del financiamiento externo (Comes, Yamila. 2006), como el Plan Remediar, el Plan Materno Infantil, por ejemplo, es decir que una posible lectura de este objetivo, es que lo que cambia es el discurso, pero las política para implementar las nuevas estrategias, siguen siendo las mismas de décadas atrás, de las cuales ya sabemos los resultados.

⁴ Ver al respecto el documentos del Banco Mundial “Invertir en Salud”.

Y en esta escena ¿cuál era y cuál es, el papel de la Salud Mental?

Historizamos un poco al Sector Salud, y ahora el interrogante se dirige hacia la SALUD MENTAL. En principio dos cuestiones: Primero, la distinción Salud- Salud Mental, es absolutamente arbitraria, y a los fines prácticos, puesto que “MENTAL” (o psíquico, psicológico) es apenas uno de los aspectos de la SALUD, indisoluble de los aspectos biológicos y socio-culturales del sujeto.

El segundo punto, es saber si los padecimientos mentales o psicológicos, siempre fueron pensados en términos de Salud – Enfermedad. En este punto también es interesante historizar un poquito la cuestión.

Situémonos un segundito en Francia, en el siglo XVIII. La internación prolongada de “los locos”, aparece con el surgimiento del Estado Moderno, atravesado por los ideales humanitarios de la Revolución Francesa, en su necesidad de distinguir y separar a sus ciudadanos libres y racionales de aquellos que no gozaban de tal libertad, a causa de su alineación. “Para hacer este trabajo a finales del siglo XVIII, es convocado el médico Philippe Pinel quien es nombrado director del Hospital de Bicêtre, el primero dedicado al diagnóstico, tratamiento y atención de quines comienzan a ser llamados “alienados”. Este paso constituye la medicalización de la locura, su entrada como “enfermedad” al campo de la medicina”. (Manuel Zlotnik, 2006)⁵

“En Argentina, la Instalación de estos establecimientos, coincidió con la etapa fundacional del Estado, en la segunda mitad del siglo XIX. En este período se originan el Hospital Borda en 1858 y el Moyano en 1854. Hacia finales del siglo XIX, Domingo Cabred, importa la experiencias inglesas implementa el sistema de puertas abiertas, y funda la Colonia Open Door. Con el advenimiento de la inmigración a principios del siglo XX, la población de los hospicios creció explosivamente”. (Stolkiner, Alicia. 2003).

La mayoría de las reformas en Salud Mental en nuestro país, se dan bajo periodos dictatoriales, por ejemplo, bajo la Dictadura de Onganía, se crean los primeros centros de Salud Mental y servicios hospitalarios de Psicopatología. Pero lo que se ha de destacar es que las reformas que se quisieron implementar en este área, por los actores implicados, tenían en la década del 60 y 70 una fuerte impronta de los movimientos reformistas europeos (Psiquiatría comunitaria inglesa, Reforma psiquiátrica Italiana) llevados a cabo en contextos políticos democráticos. (Stolkiner, Alicia. 2003) Estas experiencias pudieron llevarse a cabo con interesantes resultados, pero no sobrevivieron a la represión de la dictadura.⁶

“Luego del retorno de la Democracia, la Dirección de Salud Mental trabaja en un nuevo Plan de Salud Mental, pero la crisis de 1989, que marca la desaparición de la Dirección de Salud Mental, y el proceso de descentralización de la década del 90 hacen que prácticamente no queden establecimientos significativos dependientes de Nación, quedando las provincias y municipios

⁵ En “Psicoanálisis y Psiquiatría: Encuentros y desencuentros”, Berggasse 19 Ediciones. 2006

⁶ Al respecto se sugiere ver el Documental “Comunidad de Locos”, en donde se trata esta experiencia en profundidad.

librados a desarrollar prácticas diversas según políticas locales. Lo mismo puede decirse del sector privado”. (Stolkiner Alicia, 2003)

La interacción prolongada ciertamente no es la mejor opción terapéutica, lejos de rehabilitar, provoca el fenómeno de la “Institucionalización”, lejos de rehabilitar y curar, cronifican y estigmatizan, como lo han demostrado numerosas investigaciones desde diversos ámbitos.

“En las últimas décadas, en nuestro país, los modelos neoliberales aplicados al campo de la salud, produjeron su crítica al sistema de interacción prolongado, pero en este caso por su escasa relación costo – beneficio, delegando en el individuo y la familia la responsabilidad y asistencia” (Stolkiner Alicia, 2003).

El tan famoso y nombrado por estos últimos meses (al menos en los ámbitos de Salud Mental) “proyecto de desmanicomialización”, no es malo en sí mismo, lo es, cuando no se lleva a cabo en las condiciones y con la estructura (económica, social y política) necesarias, y con los objetivos legítimos. Aspectos a tener en cuenta al analizar el proyecto del actual Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, de cerrar los hospitales Borda y Moyano, y derivar a tratamiento ambulatorio y de casas de Medio Camino, cuando no cuenta con los cupos suficientes para absorber a esta población, haciendo que una parte sea absorbido por el sector privado, con la consecuente financiación del gobierno, (otra vez la estrategia política de dismantelar el sector estatal y fortalecer al sector privado) y casi todos los actuales internos, que no cuentan en su mayoría con red social, familia continente ni medios económicos, sean arrojados a la marginalidad).

“Las internaciones deben ser necesariamente breves, y constituir una herramienta más de la intervención en crisis. Debe ampliarse la oferta de formas de interacción parcial (hospitales de día o de noche) y brindar respuesta a las necesidades de reinserción social a los pacientes externados” (Stolkiner, Alicia. 2003), yo agregaría también PREVENCIÓN y EDUCACIÓN, al alcance de todos. Ninguno de todos estos recursos pueden ser suficientes, si no se cuenta con familias continentes y con recursos (económicos, afectivos e intelectuales) para hacerse cargo de los pacientes, redes sociales de contención, acceso a los servicios y atenciones de calidad en salud. Tengo la convicción, de que de llevarse a cabo políticas en esta dirección, la relación costo–beneficio, inclusive en lo que respecta solamente a lo económico (para quienes solo se preocupan por ese aspecto), se vería altamente favorecida. Mucho más en otras dimensiones que exceden lo económico.

II.

¿De qué hablamos cuando decimos “Cobertura” en salud?

Podríamos aproximarnos a una comprensión del concepto de coberturas en salud, como **“al conjunto de actividades integradas, orientadas hacia la promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se desarrollan bajo la responsabilidad y**

financiamiento de una institución, la cual se vincula con las personas en forma genérica o nominativa.” (Camilo Marracino, 2008)⁷

El sistema de Salud de nuestro país, es un sistema mixto sin excluidos, esto quiere decir, que todos los habitantes de la Argentina cuentan con cobertura en Salud. Esta última afirmación puede sonar bastante inverosímil para muchos de nosotros, dada la dura realidad de la exclusión social, que nadie puede dejar de desconocer, sin embargo, si elijo usarla, no es con el ánimo de ser irónica, sino teóricamente correcta. Cuantas veces uno escucha la frase “van al hospital público porque no tienen cobertura”... esto es una representación social habitual, pero es erróneo, quienes no cuentan con la cobertura de una Obra social o una Empresa de Medicina Prepaga, cuentan con la cobertura Estatal. Que esta cobertura sea deficitaria, ineficiente y que los responsables de garantizarla, no cumplan con sus obligaciones, es otra cosa. La cobertura existe, pero es mal administrada, los responsables de garantizarla, no cumplen con sus obligaciones. Por eso me parece que hay ser concientes de la necesidad de denunciar y visibilizar esta situación, en lugar de naturalizar representaciones, que refuerzan la idea de que aquello que depende del Estado, tiene que ser precario, ineficiente o inexistente. Esto la mayoría de las veces es así, pero NO debería ser así!

Sintetizando, nuestro Sistema de salud mixto sin excluidos, se compone a su vez por tres subsectores: El Estatal, el de Obras Sociales, y el Privado.

El Dr. Marracino, distingue distintos tipos de coberturas, según el subsector al cual pertenezcan:

a) Coberturas genéricas no nominativas: financiadas por rentas generales a cargo del sector público. Su destinatario son todas las personas sin excepción que habiten la jurisdicción o región. Se desarrollan bajo el criterio del derecho a la salud y atención igualitaria.

b) Coberturas específicas nominativas: financiadas por aportes y contribuciones obligatorios (sobre el salario de los trabajadores), que son administrados por instituciones de la seguridad social (Obras Sociales y ART). Están destinadas a los trabajadores aportantes, a su núcleo familiar, y a los jubilados. Se desarrollan bajo el criterio de la solidaridad, atención igualitaria, independientemente del monto aportado.

c) Coberturas específicas nominativas: financiadas con aportes voluntarios administrados por instituciones con o sin fines de lucro (Prepagos, Mutuales, etc.). Están destinadas a las personas asociadas bajo el criterio de cobertura según capacidad de compra.

El autor también hace mención a los aspectos que deberían tenerse en cuenta a la hora de definir y decidir sobre coberturas en salud. Me parecen importantes estos puntos (extraídos del trabajo de Marracino), como guías que puedan aportar sustento, a las intervenciones y recomendaciones que

⁷ Médico sanitarista UBA. Consultor en organización y evaluación de la atención médica. Fundación A. Donabedian y CLAS SALUD & Asoc. Buenos Aires. Argentina.

pueden emanar de la actividad de la Auditoría Médica en cualquier proceso de gestión de coberturas.

a) Identificación de los grupos de riesgo, como: mujeres embarazadas y mujeres de edad fértil; niños menores de 1 año; personas mayores de 65 años; trabajadores según tipo de actividad; población por debajo del nivel de pobreza; y otros.

b) Selección de los problemas sanitarios prevalentes como: Salud Mental; rehabilitación; salud bucal; Medicamentos, material descartable y prótesis; enfermedades prevenibles o evitables; y otras.

Desde este punto de vista, en lo que respecta a la Salud Mental, se podría plantear la importancia del desarrollo y garantía de la cobertura, como medio para el desarrollo preventivo, psicoeducativo, y anticipatorio a las demandas, sosteniendo la idea, de que garantizar la salud mental, es una manera de garantizar la salud en general, ya que muchas enfermedades somáticas tienen su origen en desordenes psicológicos y/o sociales (este punto lo sostengo en la creencia de que la Psicología no solo es una ciencia que se dedica al estudio y tratamiento de lo psíquico o mental, sino que es además, y antes que todo, es una Ciencia Social).

El tercer punto que destaca Marracino, para tener en cuenta a la hora de desarrollar programas de cobertura es el siguiente:

c) Estratificación de las Coberturas de atención médica por “niveles”, teniendo en cuenta la “accesibilidad”, los “riesgos” y la complejidad de las prestaciones.

De esta forma, quedan constituidos los siguientes niveles de cobertura (Marracino, 2008) :

Primer Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones con accesibilidad directa de las personas al sistema. Fundamentalmente comprenden acciones primarias ambulatorias: Prevención, Promoción de la Salud, Consulta por Médico de Cabecera, Urgencias.

Segundo Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad referencial, a través de una solicitud o derivación y su posterior contrarreferencia.

Incluyen prestaciones especializadas, ambulatorias y de internación de mediana complejidad; Prácticas diagnósticas y tratamiento; Internación de agudos clínico, quirúrgica, obstétrica, pediátrica.

Tercer Nivel: Agrupa a las coberturas y prestaciones de accesibilidad indirecta, a través de una derivación con indicación de atención prolongada o muy especializada. Se desarrollan acciones ambulatorias y de internación de alta complejidad o muy especializadas. Comprende: Alta Complejidad, Atención Médica para Crónicos, Internación de larga estadía.

El primer nivel que describe este autor, se refiere al de Atención Primaria en Salud. Este nivel, entre las especialidades que debe garantizar, cuenta con el acceso a la atención en Salud Mental. Las acciones que se pueden llevar a cabo desde este nivel, no deberían agotarse en la consulta al especialista, sino también en la tarea de Prevención, como Talleres, información, apoyo, orientación, practicas educativas. Pero el gran problema de la Atención Primaria, en nuestro país, es que nunca ha logrado instalarse de una manera eficiente, siendo en gran parte la causa de tan

mencionado “colapso del sistema de Salud”, que hace que los niveles reciban demandas de atenciones que tienen que haber sido recibidas por el primer nivel, así como también por la falta de una adecuada política preventiva, ahorrarían el gasto en el tratamiento de enfermedades evitables. Este problema afecta a los tres subsectores sin distinción.

III.

El marco legal regulatorio en Salud Mental:

Cada provincia tiene su propia legislación en materia de salud. Esto obedece a la descentralización del Estado de la que ya hice mención al principio de este trabajo. A su vez, cada profesión cuenta con sus reglamentaciones en cuanto a la práctica profesional y códigos de ética. Interesa particularmente a este trabajo, **la regulación en cuanto a Cobertura** y por supuesto en cuanto a los alcances y pertinencias del Sector que se denomina Salud Mental, para analizar qué es lo que se esta obligado a cubrir. En el caso de la provincia de Buenos Aires, Capital Federal y el resto de la provincia, poseen cada una su legislación. Como es imposible analizar cada una de las leyes provinciales, en tanto excedería el propósito de este trabajo, tomare como referencia la ley 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Cada una de estas leyes provinciales, en general, se basa en los mismos lineamientos. A continuación se transcriben los fragmentos que considero más significativos de la ley 448. En cuanto a cobertura, analizaremos lo que contempla el PLAN MEDICO OBLIGATORIO, en materia de salud metal. Los texto completo de las Leyes, se adjuntan en el apartado “Anexos”, que consta al final del trabajo.

Ley 448: LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Cap: 1: Disposiciones generales: **Art. 1º (Objeto)** La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Art. 2 (principios): [...] La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;

El desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los **tres subsectores**.

La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental.

La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios;

El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental.

Art. 3 (Derechos): [...]A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención;

A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento;

La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales;

El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad;

La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad;

La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria;

A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.

Capítulo III: Sistema de Salud Mental

Art. 8º (Sistema de Salud Mental. Integración) Está constituido por los recursos del Sistema de Salud Mental de los subsectores estatal, de seguridad social y privado que se desempeñan en el territorio de la Ciudad, en los términos del Art. 11 de la Ley 153.

Art. 10º (Sistema de Salud Mental. Lineamientos y acciones) [...]La prevención tendrá como objetivo accionar sobre problemas específicos de salud mental y los síntomas sociales que emergen de la comunidad;

La asistencia debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes;

La potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral;

La asistencia en todos los casos será realizada por profesionales de la salud mental certificados por autoridad competente

[...]La conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo a las incumbencias específicas;

Artículo 14º [Efectores] [...] se establecen los siguientes efectores:

Centros de Salud Mental;

Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria;

Dispositivos de atención e intervención domiciliaria respetando la especificidad en Salud Mental;

Consultorios Externos;

Equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica;

Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche;

Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos;

Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva;

Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector;

Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas;

Hospitales monovalentes de salud mental;

Casas de Medio Camino;

Centros de capacitación sociolaboral promocionales;

Talleres protegidos;

Emprendimientos sociales;

Atención especializada en salud mental infanto-juvenil;

Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría;

Hogares y familias sustitutas;

Granjas terapéuticas.

Artículo 16º Las personas externadas deben contar con una supervisión y seguimiento por parte del equipo de salud mental que garantice la continuidad de la atención.

Capítulo II: Procedimientos comunes a todas las internaciones

Art. 22º Dentro de las 24 horas siguientes a la admisión del internado, el equipo interdisciplinario del establecimiento iniciará la evaluación para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Será emitido un informe firmado por el equipo de salud mental precisando si están dadas las condiciones para continuar con la internación.

Art. 23º Dentro de los quince (15) días de ingresado y luego, como mínimo, una vez por mes, la persona internada será evaluada por el equipo interviniente [...] precisando la evolución e informando en la historia clínica sobre la desaparición de las causas justificantes de la internación.

Art. 24º Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un (1) mes.

Art. 25º Para el caso de instituciones de carácter privado y de la seguridad social, deben elevarse los informes a los que alude el artículo 23º a la autoridad de aplicación, a fin de que tome conocimiento de las causas y condiciones que sustentan la necesidad del procedimiento y su mantenimiento, en los términos de lo establecido en el artículo 24º.

Art. 26º Toda disposición de internación, sea voluntaria, involuntaria o judicial, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Evaluación y diagnóstico de las condiciones del asistido;

Datos acerca de su identidad y su entorno socio-familiar;

Datos de su cobertura médico asistencial;

Motivos que justifican la internación;

Orden del juez, para los casos de internaciones judiciales;

Autorización del representante legal cuando corresponda.

Art. 28º Toda internación debe ser comunicada por el director del establecimiento a los familiares de la persona, a su curador o representante legal si los tuviere y al juez de la causa si correspondiere, así como a otra persona que el paciente indique.

Capítulo III: Internación Involuntaria.

Art. 31º.- La internación involuntaria debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución privada o de la seguridad social. No debe existir entre los profesionales y el asistido relación conyugal, de parentesco, de amistad o enemistad íntima ni tener intereses o vínculos económicos entre sí. En el subsector estatal, ambos certificados podrán provenir de dos profesionales del mismo efector.

Art. 32º La internación de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley Nº 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de Menores e Incapaces.

Capítulo IV: Internación judicial.

Art. 37º.- A los efectos de un adecuado seguimiento sobre el estado de la persona, el director del establecimiento debe elevar al Juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica.

Los principios de esta ley, establecen que la salud mental es inescindible de la salud integral, aludiendo al objetivo del logro de las mejores condiciones para el desarrollo físico, intelectual y afectivo de las personas. Por lo tanto de este principio se desprende la necesidad de garantizar la eficiente cobertura en materia de atención en salud mental, en tanto sector integrante de la salud pública en general, para tratar los padecimientos de origen mental y/o afectivos; y también, como medio eficaz, para la prevención de algunos padecimientos físicos evitables.

A su vez garantiza que la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, se deben llevar a cabo con la articulación de los recursos de los **tres subsectores**. Por lo tanto, esta ley no rige solo para el sector estatal, es indispensable el conocimiento y sujeción a sus normas, por parte de los financiadores y prestadores de los subsectores de Obra Social y Privado, en el ámbito de Capital Federal.

Menciona también el respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental. De entre las distintas alternativas de tratamientos disponibles en materia de Salud Mental, los tres subsectores deben garantizar el derecho, por un lado de los profesionales con título habilitante a ejercer su práctica, sin ser discriminados por su orientación teórica, y de los pacientes a elegir la alternativa que más se adecue a sus necesidades y demanda. Para ello, la ley también establece que se garantice el derecho a "la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al

tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención, la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento y a la atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales". Sobre este punto, se trabajara más adelante en detalle, en un apartado dedicado a los tipos de tratamientos disponibles.

También menciona la ley el derecho a "la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional". Este aspecto es de utilidad tenerlo en cuenta, por parte de los financiadores a la hora de evaluar la coberturas de acompañantes en internación.

En cuanto a los efectores, se destaca la importancia del conocimiento de los mismos por parte de los financiadores por un lado, en cuanto a saber que tipo de instituciones y modalidades deben cubrir, y de los prestadores, a la hora de determinar derivaciones e indicaciones de tratamientos. Por ejemplo, el Plan Medico Obligatorio, establece que las Obras Sociales deben cubrir tratamiento en Comunidad Terapéutica, para el caso de tratamientos de rehabilitación de adicciones, estableciendo la cobertura de dos años de tratamiento (no renovables), que comprenden en ese lapso las modalidades de Internación, Hospital de Día y tratamiento Ambulatorio. Este tipo de tratamientos, se inscriben dentro de lo que se consideran Programas Especiales, por lo que las Obras Sociales, reciben el reintegro vía la Administración de Programas Especiales (APE). Tomo el ejemplo de los tratamientos en adicciones, ya que desde mi experiencia, al haber trabajado tres años en el ámbito de adicciones, me encontré muchas veces el desconocimiento de las personas acerca de la cobertura a la que tenían derecho a exigir de su Obra Social, así como también con la resistencia y trabas de algunos financiadores a prestar cobertura dentro de lo que la normativa garantiza. En el caso de la empresas de Medicina Prepaga, la situación es un poco mas compleja, algunas brindan la cobertura por decisión propia, percibiendo el reintegro de la cobertura solo en aquellos casos de afiliados a la Prepaga, a través de su Obra Social, percibiendo el reintegro del la APE, mediante la Obra Social de origen. Otras rehúsan brindar la asistencia, pero a veces se ven expuestas a recursos de amparo por parte de sus afiliados, basándose en lo que dispone la **Ley 24754:**

"las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo , en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas "prestaciones obligatorias " dispuestas por obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660,23.661 y 24. 455, y sus respectivas reglamentaciones"

En cuanto al Tratamiento de la Drogadicción , que es el ejemplo citado, también existe normativa:

Resolución 362/97 MS y AS. Programa terapéutico básico a cumplimentar:

- Tratamiento ambulatorio
- Centro de día
- Tratamiento en internación
- Centros de desintoxicación
- Centro de noche

Vemos como del análisis de lo que dispone la Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires (448), articulamos con la Ley de Medicina Prepaga y el Plan Medico Obligatorio. Este ultimo se trabajara en profundidad en el apartado siguiente.

Plan Medico Obligatorio (PMO):

El plan Medico Obligatorio, (en adelante PMO), es la normativa básica para determinar en cobertura en Salud Mental, tanto para las Obras Sociales, como para las Empresas de Medicina Prepaga. Aunque también regula prestaciones que se inscriben dentro del ámbito de la Salud Mental el Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Las Obras Sociales, en nuestro país, brindan cobertura a casi el 45 % de la población, más de 17.500.000 de beneficiarios, distribuidos en mas de 250 Obras Sociales.

El PMO, desde 1996, (Resol. Soc. 2471/96) establece la canasta básica de prestaciones que deben ser cubiertas por estas aseguradoras, incluidas las prestaciones en salud mental. En el año 2002, por un decreto de Ley (486/02 de Emergencia Sanitaria. Resolución 201/02) se modifica el PMO, en el marco de la crisis política y financiera que atravesaba nuestro país, y se pone en vigencia el PMO Emergencia. Con nuevas modificaciones en el 2004, que se mantienen a la fecha (resol. 310/2004).

Con el PMOE se introdujeron algunas modificaciones en la cobertura de los servicios de salud mental que el Dr. Barrionuevo resume en los 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 correspondientes 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 transcurrido”. (Barrionuevo, Hugo. 2005)

La cobertura que garantiza el PMO, actualmente en Salud Mental y discapacidad es la siguiente:

SALUD MENTAL:

Se contemplan actividades para la promoción de la salud en general y de la salud mental en particular. Se tiene de a la prevención de comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos, tales como la depresión, suicidio, adicciones, violencias a través de actividades específicas.

PRESTACIONES:

Atención ambulatoria: 30 visitas por año, a razón de 4 visitas mensuales.

Modalidades: a) Entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagógica, b) Psicoterapia individual, grupal, de familia, de pareja, y c) Psicodiagnóstico.

INTERNACION:

Modalidades: Institucional y Hospital de Día.

Cobertura: Patologías agudas, a razón de 30 días por año.

En atención domiciliaria y urgencias no se establecen límites. Los coseguros no están diferenciados para la salud mental respecto del resto de las patologías. La cobertura de medicación se corresponde con el resto de las patologías: 100% en internación y 50% en medicación ambulatoria. (Barrionuevo, 2005)

DISCAPACIDAD:

La Ley 24.901 instituye el Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

Las Obras Sociales tienen a su cargo la cobertura total y obligatoria de las prestaciones básicas incluidas en la mencionada Ley.

Los beneficiarios deben recibir las prestaciones incluidas que indiquen los profesionales médicos que darán orientación para servicios específicos, de acuerdo a las dolencias que padezcan.

El afiliado debe acreditar su condición presentando el certificado de Discapacidad emitido por juntas médicas habilitadas en provincias, o por el Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la persona con Discapacidad [...]

El objetivo de la cobertura es lograr que la persona con discapacidad alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para su integración social.

Las prestaciones que corresponden y sean inherentes a la discapacidad se brindan al 100%.

Los medicamentos que son inherentes a la patología, se brindan al 100%. Los demás tendrán una cobertura del 40%, en los términos del PMOE.

PRESTACIÓN INSTITUCIONAL:

Rehabilitación ambulatoria e internación.

Centros de Estimulación Temprana.

Hospital de Día.

Centro de Día.

Centro Educativo Terapéutico.

Prestaciones Educativas.

Hogar.

Residencia.

Pequeño Hogar.

Prácticas.

Consultas Médicas.

Fisioterapia.

Kinesioterapia.

Terapia Ocupacional.

Psicología.

Fonoaudiología.

Psicopedagogía.

Odontología.

Y otros tipos de atención reconocidas por autoridad competente.

OTRAS PRESTACIONES:

Apoyo a la integración familiar,.

Formación laboral y/o rehabilitación profesional.

Transporte cuando corresponda.

Apoyos técnicos, prótesis y ortesis, audífonos.

“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”. (Barrionuevo, Hugo. 2005).

Este aspecto fue positivo por una lado, en el sentido de garantizar la cobertura en salud mental para todo beneficiario de las Obras Sociales y Prepagas, pudiendo el mismo ampararse en esta normativa y exigir la cobertura, para el caso de Obras sociales y Prepagas que pudieran, antes de la regulación, negarse a brindar la cobertura o brindar una muy precaria e insuficiente. Pero por otro lado también queda abierto el debate acerca de si es suficiente la prestación que el PMO considera como básica, para cubrir todas las necesidades que surgen en el ámbito de los padecimientos mentales o subjetivos, y si considera el derecho de los profesionales por un lado, de ser respetados en su orientación teórica y técnica, y de los pacientes a elegir el tratamiento disponible para su problemática. Esto se ve particularmente plasmado en lo que muchos consideran el modelo básico de cobertura, una adaptación a determinadas líneas teóricas, en función del costo-beneficio económico, lo cual limita el derecho de muchos profesionales, con título universitario y matrícula habilitante, a ejercer su práctica según otro marco teórico, dentro de los sistemas gerenciados. Este es un debate abierto, muy difícil de resolver, particularmente en nuestro país, de características particulares, que mas adelante tratare con un poco mas de detenimiento. Por ahora continuamos con la implementación del PMO.

En lo que respecta exclusivamente a la relación costo beneficio económico, la implementación de la normativa fue eficaz. “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”. (Barrionuevo, Hugo.2005)

Por último, queda especificar, que **son beneficiarios de esta Cobertura, “todos los ciudadanos comprendidos en el sistema Nacional de Seguro de Salud, a través de sus agentes: Obras Sociales, Mutuales, Asociaciones de Obras Sociales, Federaciones y Agentes de Seguro.**

Obligatorios:

Son TITULARES, los trabajadores que prestan servicio en relación de dependencia, con su aporte personal y las contribuciones del empleador, exigidas por la ley. Los jubilados y pensionados nacionales, con su aporte personal, y el de los trabajadores en actividad.

También son beneficiarios los FAMILIARES del titular, cónyuge o concubino, hijos solteros hasta los 21 años, no emancipados. Los hijos mayores de 21 y hasta las 25 años inclusive, que estén a exclusivo cargo del titular, y cursen estudios regulares, oficialmente reconocidos. Los hijos incapacitados, sin límite de edad. Los hijos del cónyuge o concubino. Los menores en guarda o tutela judicial o administrativa. Las personas que convivan con el titular, y reciban del mismo ostensible trato familiar, según la acreditación que corresponda a cada situación.

PERSONAS A CARGO, pueden incluirse los ascendientes o descendientes (padres o nietos), que se encuentren a cargo del titular, con un aporte adicional del 1.5 % por cada persona que incluya.

Voluntarios:

Aquellos quienes en forma voluntaria solicitan su incorporación a un Agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud. Deben abonar las cuotas correspondientes, cuyo monto varía según el plan seleccionado y los miembros que integran el grupo familiar.

IV.

Los Sistemas Gerenciados de Salud y su impacto en las prácticas de Salud Mental.

En nuestro país, los Sistemas Gerenciados en Salud, comienzan a aparecer en la década del 70. Básicamente, a lo que se refiere este concepto, es a la **provisión de servicios de salud, bajo el control administrativo de una organización privada. Estas organizaciones, asumen la responsabilidad total por las prestaciones, con el consecuente riesgo financiero que implica.**

“Si bien la orientación inicial en el movimiento de la salud era hacia la provisión de atención con calidad y a precio accesible, enfatizando conceptos como atención preventiva y promoción de la salud, la industria ha redefinido sus objetivos. Estos nuevos objetivos son: reducir los servicios, reducir la variación en los patrones de tratamiento, reducir la necesidad de servicios, y reducir los costos de producción. La claridad y evaluación de esos objetivos es a menudo, enturbiada por asuntos complejos, tales como las necesidades de generar lucro y definiciones de la demanda de atención, necesidad de atención, y provisión de atención”. (González J. J.; L. Randel, 1996)

A lo que se refiere el párrafo anteriormente citado, es a los objetivos esgrimidos como fundamento de la necesidad de un sistema privado de salud, por sus promotores, inclusive en nuestro país, como parte del discurso del lobby, durante las décadas de los 70 y 80, cuando empezó a implementarse esta modalidad. Pero lo que se observa, entre los objetivos que se esgrimen y los que se persiguen, es un desfase, que se visibiliza a menudo, en algunas prácticas. Por ejemplo, la reducción de los costos, no pocas veces se refieren a la modificación unilateral de los contratos

entre beneficiario y financiador como aumentos o copagos (con el próximo aumento de las prepagas, se alcanzará un aumento total del 50% en un año) reducción de los recursos humanos y materiales, precarización de los sueldos de profesionales y trabajadores de la salud, etc). La variación en los patrones de tratamiento, hace referencia a la estrategia de brindar el tratamiento alternativo, eficaz, pero el menos costoso. Y en cuanto a reducir la necesidad de servicios, una de las estrategias es desalentar la consulta, por ejemplo, a través de trámites engorrosos, el cobro por reintegro, exigencia de derivación del clínico los diferentes especialistas, entre otras. En el caso específico de Salud Mental, el acceso a la asistencia psicológica o psiquiátrica, esta supeditada a un proceso de admisión y derivación, más o menos complejo, según las empresas de las que se traten. En muchos casos, se cobran copagos durante el proceso de admisión, hasta tanto evaluar si justifica la autorización de las sesiones propias del tratamiento indicado.

“las compañías de gestión de la salud utilizan otros mecanismos que limitan los servicios. Uno de ellos es la llamada **tercerización** de ciertos programas de cobertura, por ejemplo la asistencia en Salud Mental, por el cual un plan puede contratar a un grupo de prestadores para la prestación de servicios médicos y quirúrgicos, pero a la vez utilizar otro grupo de prestadores o compañía de cobertura de Salud Mental. [...] los datos de investigación indican que los pacientes con comorbilidad entre trastornos médicos y mentales, que son atendidos en instituciones terciarias, muestran menos bienestar y desempeño que aquellos que son atendidos en instituciones comunitarias”. (González J. J.; L. Randel, 1996). Si bien estas investigaciones no fueron realizadas en nuestro país, podemos inferir que la tercerización no favorece la interdisciplina, primordial para el adecuado abordaje de casos de comorbilidad, sino que más bien obstaculiza la comunicación entre profesionales, la riqueza en la conceptualización de los casos y estrategias de intervención que pueden generar. Con todo, la tercerización, es muy habitual en nuestro sistema.

Habitualmente, estos problemas se hacen más visibles en coberturas que no incluyen entre sus prestadores (o al menos no en todos los planes) instituciones que cuenten con todos los servicios en la misma institución. Es decir, varía mucho, dependiendo de los alcances de la cobertura. Lo ideal, es contar con Instituciones que puedan brindar una asistencia integral, aunque la presencia de las distintas especialidades en el mismo lugar físico, no garantiza el trabajo interdisciplinario. De hecho, este último es muy poco frecuente, lo que se da en el mejor de los casos, son las prácticas multidisciplinarias.

González y Randel (1996), proponen los siguientes **componentes de una Auditoría Psiquiátrica:**

-FOCO EN LA CALIDAD

-AUDITORES PROFESIONALES – Especializados, multidisciplinarios.

-ENFOQUE CONSULTIVO- Comunicación directa, basada en el teléfono o cara a cara.

-CRITERIOS (Específicos de una compañía) desarrollados por consenso. Objetivos y científicos.

-ENFOCADOS A LA AUDITORIA: Niveles de funcionamiento y nivel apropiado de tratamiento. Evaluaciones y tratamientos indicados. Objetivos de tratamiento. Atención post- tratamiento (familia, escuela-trabajo, apoyo comunitario)

-COMUNICACIONES DE DECISIONES SOBRE BENEFICIOS EFECTIVOS (información a los beneficiarios)

-MECANISMOS DE APELACIÓN ESPECIFICOS

-CONTROL DE CALIDAD- Opiniones de la revisión, conocimientos y acciones del revisor, confidencialidad, comunicaciones.

(Adaptado de Rodríguez A. "Management of quality, utilization and risk" en Feldman, J. L. , Fitzpatrick, R. J. (eds) *Manages Mental Health Care: Administrative and IPEinicial Issues* . Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, p. 86)

Los autores también mencionan algunas cuestiones relacionadas a la a **ética**. Con las adaptaciones pertinentes a nuestro contexto, mencionare algunas posibles, sobre las cuales podríamos reflexionar:

-Utilización del **tratamiento psicológico** como medio para el "**desarrollo personal**" o "**crisis vitales o del desarrollo**", es decir, que no se diagnostican como trastorno o patología ¿debe ser cubierto por la obra social o prepaga? ¿Puede considerarse una práctica preventiva o de promoción de la Salud?

- ¿Cuáles son los criterios para determinar si un **tratamiento es adecuado o eficaz**? ¿La duración? ¿Los resultados? ¿La elección o preferencia del paciente en caso de que realmente cuente con toda la información disponible?

-¿Son legítimos los criterios para determinar el **tiempo y la cantidad de sesiones** necesarias para cada caso particular?

-Conflicto de costos: Si un profesional brinda atención o servicios de más, porque éticamente, esta obligado a hacerlo (según su criterio profesional), pero el financiador no lo cubre. ¿Cómo se maneja? ¿quién lo cubre entonces? ¿el profesional?, ¿el paciente?

-Mala praxis: ¿quién es responsable? ¿Profesional o financiador?

- **Confidencialidad:** Las financiadores exigen cada vez más estar al tanto del contenido sustancial de los tratamientos. ¿cuáles son los límites del secreto profesional? (Crucial en las prácticas de Salud Mental quizás más que en cualquier otra especialidad).

-El profesional que se desempeña dentro de los sistemas gerenciados: Prioriza el rol asistencial por sobre el administrativo ¿o viceversa? ¿cómo se equilibra y complementa en la práctica?

-Honorarios: Actualmente las empresas pagan alrededor de 10 a 15 por consulta, generalmente, mediante cheques diferidos a 60 o 90 días. Esto puede generar a veces: profesionales que reducen el tiempo de las sesiones, "llenarse" de pacientes, para poder llegar a un ingreso mensual mínimo. Engorrosos trámites administrativos (planillas, firmas de pacientes, etc). ¿Todo esto en cuanto puede reducir la **calidad de la atención**? (Ricardo Rodríguez, 2008)

Mencione en este apartado los componentes que proponen González y Randel, para una Auditoria en Salud Mental para un sistema gerenciado. Para complementar, y también a modo de ejemplo,

agrego en el apartado de “Anexos”, un resumen del programa de Auditoria del Plan de Salud Mental de la ciudad de Buenos Aires, en el marco del subsector publico.

V.

Requisitos para la gestión de Cobertura en un Sistema Gerenciado de Salud:

El sistema gerenciado, tiene como función el control de los costos. Se entiende que en este contexto, las terapias que son breves y eficaces, se ven favorecidas. “Las compañías requieren el cumplimiento de dos criterios básicos antes de que un plan de tratamiento sea aprobado: 1) Necesidad médica y 2) Tratamiento apropiado. La necesidad médica, estará fundada en el diagnostico, según los criterios del DSM-IV. El tratamiento apropiado, implica las metas del tratamiento, como las intervenciones usadas. Las intervenciones se estiman considerando el Nivel de atención requerido, según la intensidad de los síntomas, es decir la modalidad de tratamiento (internación, ambulatorio, hospital de día, etc). (Leahy, Robert y Holland, Stephen. 2008)

El nivel de atención requerido, abarca no solo la modalidad, sino también la frecuencia, recordemos que la misma esta regulada por el PMO. Para casos graves que impliquen riesgos considerables (como marcada presencia de ideación suicida), puede considerarse que un tratamiento ambulatorio intenso, que requiera por ejemplo más de una sesión semanal (que es lo que establece el PMO), ya que puede prevenir la hospitalización, en consecuencia, reducir los costos posibles.

“El planteo del tratamiento también deberá juzgarse apropiado para los síntomas del paciente. Por ejemplo, un plan de tratamiento para un trastorno bipolar, que incluya intensa psicoterapia, pero carezca de medicación, será probablemente cuestionado” (Leahy, Robert y Holland, Stephen. 2008). En este punto, se hace evidente la importancia de que el auditor sea alguien altamente informado acerca de los tratamientos y características de cada patología, claramente no puede ser alguien no especializado en el tema.

Toda solicitud de tratamiento debe estar avalada por un **Informe Inicial o de Admisión** , en el que conste: Evaluación y Diagnóstico, especificaciones del caso, indicación de tratamiento, y solicitud de cobertura para la modalidad de tratamiento específica.

El diagnostico debe ser preciso y completo, a fin de que no se autoricen menos sesiones o de las necesarias, ni más. Los informes no pueden dejar de consignar, algunos aspectos tales como:

Motivo de Consulta (el que manifiesta el paciente)

Síntomas específicos, como intervienen en el funcionamiento del paciente.

Estado Mental (apariencia física, actitud, conciencia, orientación, memoria, actividad psicomotriz, habla, estado de animo, percepción, contenido y curso del pensamiento, juicio, conciencia de enfermedad).

Medicación y antecedentes de tratamiento si los tiene.

Indicación de tratamiento (pedido de cobertura).

Mensualmente debe informarse a la Obra social o prepaga acerca de la evolución del paciente. La misma se tendrá en cuenta a la hora de evaluar la renovación de la cobertura, para la continuidad del tratamiento.

VI.

Diagnóstico:

Tanto para las Obras Sociales como para las Medicinas Prepagas, se exige a los profesionales, que realicen Diagnósticos en base a los Criterios del DSM-IV. Tal exigencia obedece a la necesidad de mejorar la comunicación entre profesionales, estableciendo un criterio consensuado y compartido, que todos los involucrados puedan reconocer e interpretar inequívocamente. Mas allá de la controversia que se genera en torno a este sistema (que no son pocas entre profesionales de distintas orientaciones), es dable reconocer la utilidad de un instrumento de consenso, para facilitar la comunicación y por ende la eficiencia de las gestiones.

¿Qué es el DSM-IV?

Es el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (Cuarta Edición) de la American Psychiatric Association. Sus generadores, plantean que el mismo se centra en objetivos clínicos, de investigación y educacionales, que se apoyan en fundamentos empíricos sólidos. Otro objetivo en el que se fundamentan, es el facilitar la investigación y mejorar la comunicación entre los clínicos e investigadores.

Los códigos y los términos del DSM-IV, son totalmente compatibles con los de la CIE-9 MC y la CIE-10 (Apéndice G).

El DSM-IV es una clasificación categorial, incluye criterios politéticos, en los cuales solo se necesitan presentar unos pocos síntomas de una amplia lista general.

El Diagnostico del DSM-IV se aplica a las manifestaciones actuales del sujeto. Una vez establecido el diagnostico, pueden aplicarse las siguientes especificaciones:

Leve: Son pocos o ningunos los síntomas que exceden los requeridos para formular el diagnóstico. Ligero deterioro de la actividad laboral o social.

Moderado: Síntomas o deterioro funcional entre leve y grave.

Grave: Se detectan varios síntomas que exceden los requeridos para formular diagnósticos. Notable deterioro de la actividad social o laboral.

En remisión parcial: Con anterioridad se cumplían todos los criterios del trastorno, pero en la actualidad solo permanecen algunos de sus síntomas o signos.

En remisión total: ya no existe ningún síntoma o signo del trastorno.

El diagnóstico según la Evaluación multiaxial, implica una evaluación en varios ejes. En la clasificación multiaxial del DSM-V se incluyen cinco ejes:

Eje I: Trastornos clínicos. Otros problemas que pueden ser objeto de la atención clínica.

Eje II: Trastorno de la personalidad. Retraso mental.

Eje III: Enfermedades médicas.

Eje IV: Problemas psicosociales y ambientales.

Eje V: Evaluación de la actividad global.

Los diagnósticos múltiples pueden realizarse de forma axial o no axial. Cuando el diagnóstico principal corresponde al trastorno del eje I, esto se indica situándolo en primer lugar. Los restantes diagnósticos se ordenan según el objetivo asistencial y terapéutico. Cuando una persona cuanta con diagnósticos en el eje I y en el eje II, se supondrá que el Diagnóstico Principal o motivo de consulta, es el del eje I, a menos que se especifique lo contrario (que el diagnóstico del eje II, vaya seguido de la expresión "Diagnóstico Principal").

Cuando no se dispone de la información suficiente para formular un diagnóstico firme, se puede utilizar la especificación "provisional".

(Fuente: Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association / DSM-V)

VII.

Investigación en Salud Mental y tipos de Tratamientos disponibles: Un debate mas que abierto.

"La salud mental ha ingresado en las obras sociales, el recurso humano es más que abundante en número y esto necesariamente nos plantea algunos problemas de calidad. Como usuarios, los argentinos consumen pastillas al ritmo del Primer Mundo y utilizan las psicoterapias más que la mayoría de las sociedades. Hoy existen servicios de salud mental en gran cantidad de hospitales y la extensión de la red de profesionales es amplia. Pero, ¿con qué recursos se atiende a esa masa de pacientes?" (Cardoso, Oscar. 2008)

Abordare tres líneas o propuestas de investigación, que me parecen las más importantes, en nuestro contexto: 1) La "investigación científica o empírica, fundamento de las psicoterapias breves, como la Terapia cognitivo- conductual (entre otras) 2) La práctica y la investigación en Psicoanálisis, y que postura toma esta última corriente, respecto de la investigación científica de tradición positivista (imposible dejar de incluirla en un trabajo sobre "Salud Mental en Argentina", teniendo en cuenta la gran presencia e influencia del psicoanálisis en la práctica y formación de nuestros profesionales) y 3) Concepción tecnocrática normativa. Plan de Salud Mental de la Ciudad de Bs. As.

La primer propuesta se encuentra inscripta en la tradición positivista de la explicación causal. "Dado un estímulo observable se produce una respuesta también observable, se establece un nexo causal, entre estímulo y respuesta, estableciendo la regularidad entre ambos, a partir de esta regularidad se crea un ley de correspondencia. En base a esa ley, se establecen pautas de acción estandarizadas por medio de explicaciones generalizables a todos los casos conceptualizados de un modo univoco". (Celener, Graciela. 1997). Se trata del esfuerzo por incluir a la Psicología dentro del paradigma del Modelo Médico Hegemónico.

La segunda propuesta, se inscribe en la tradición racionalista o idealista, que basándose en la premisa de que “los hechos humanos son de carácter único e irreplicable, no es posible establecer generalidades y predicciones. No busca la “explicación” propia de las ciencias naturales, sino la comprensión. Comprender la estructura y significados atribuibles a los hechos, para a partir de ahí establecer hipótesis acerca del contenido de la estructura, que no es observable, sino inferible, por medio de un proceso especulativo. Lo pertinente no son los hechos observables sino el sentido que han tomado los hechos en la historia del sujeto. En ningún caso se interesa por los estímulos ambientales en si mismos, sino en como los significa el sujeto, y en como impactan sobre él” (Celener, Graciela. 1997). Es el modelo del psicoanálisis, imposible de incluir en la tradición “científica positivista”.

La tercer propuesta, esta más orientada al “modelo de la medicina social funcionalista, de concepción multicausal, basado en las necesidades, la prevención y la planificación normativa, se basa en la acción del equipo multidisciplinario. Con cierta tendencia a la concepción participativa integral, aunque esta ultima se basa en una estrategia político técnica” (Stolkiner, Alicia. 1987) que requiere de un nuevo modelo, y aportes de otras disciplinas fundamentales, como las teorías Contextualistas y el trabajo interdisciplinario por ejemplo.

Tratamientos Psicológicos validados empíricamente:

Según Echeburua (2001), “la tendencia actual es a la búsqueda de programas de tratamientos estandarizados, centrados en la solución de problemas concretos en el aquí y ahora”. Propone medir la reacción de un paciente a un tratamiento, según la medición en distintas fases:

- a) Respuestas: reducción de los síntomas en al menos un 50 % de los presentados al inicio del tratamiento (sea psicológico o psicofarmacológico)
- b) Remisión: Disminución significativa de los síntomas, con retorno a un nivel de funcionamiento normal. Ya no se cumplen los criterios diagnósticos del cuadro clínico.
- c) Recuperación: Remisión mantenida durante un periodo de 6 a 12 meses.
- d) Recaída: Aparición de la sintomatología durante la remisión o durante la recuperación.
- e) Recurrencia: Aparición de la sintomatología, después de la recuperación.

A su vez, este autor habla del porque de la importancia de evaluar la eficacia de las terapias, y entre los puntos que menciona, uno de ellos alude al hecho de que las terapias psicológicas están ya incorporadas a los Centros de Salud Mental Públicos, y considera que la Sanidad Pública, solo debe ofertar terapias eficaces y breves, a fin de acortar el sufrimiento del paciente, a la vez de ahorrar gastos y tiempo a los centros (Echeburua, 2001). Si bien el autor no lo menciona, los mismos objetivos que considera prioritarios, en relación costo – beneficio, en la salud pública, serían pertinentes para el sistema gerenciado.

En cuanto a como se determina la eficacia de un tratamiento, el mismo autor plantea que viene avalada por tres criterios: “a) Estar respaldados por 2 o mas estudios de investigadores distintos, con diseños experimentales intergrupales (N = 30 sujetos por grupo, asignados aleatoriamente), b)

contar con una manual de tratamiento claramente descripto, y c) haber sido puesto a prueba en una serie de pacientes *inequívocamente* identificados”. (Echeburua, 2001)

Como se ve el diseño experimental, exige una serie de requisitos, que son los que hacen a la “validez interna” del experimento, es decir al éxito de los resultados, en el contexto de la investigación. La validez interna esta relacionada con el grado de “**eficacia**” del tratamiento probado. Pero el problema que presenta este modelo, es en relación a la “**efectividad**”, puesto uno de los criterios del modelo experimental es que los grupos estén conformados por pacientes que presenten igual criterio diagnostico, a fin de que puedan ser asignados a los grupos aleatoriamente, es decir, que se excluyen de las muestras los pacientes con trastornos múltiples. Este criterio, entra en franca contradicción a la practica clínica habitual, en la que se aplicarán los tratamientos probados, ya que lo mas habitual, es encontrar pacientes que presentan, por ejemplo, comorbilidad, (lo menos habitual es encontrar patologías puras) además de los distintos factores individuales, familiares, culturales propios de cada sujetos. Es decir, que la efectividad, tiene que ver con la comprobación de resultados favorables en la practica clínica habitual, cuyo estudio se lleva a cabo, priorizando la “validez externa o ecológica” del tratamiento. Pero he aquí la paradoja, a mayor validez externa, menor validez interna, y viceversa. Por último, la “**eficiencia**”, estará determinada por la relación costo –beneficio, es decir, conseguir buenos resultados, al menor coste posible (dinero, tiempo del terapeuta, sufrimiento del paciente).

Existen muchísimos tipos de psicoterapias, no todas están validadas, y las que si lo están en mayor o menor medida (con mas o menos evidencia comprobada). Por razones obvias, voy a tomar una sola para ejemplificar acerca de los tratamientos validados empíricamente. Tomare a al Terapia cognitiva por dos motivos: es la mas extendida en nuestro país y en el mundo, en este tipo de corriente teórica, y es la que posee mayores comprobaciones de eficacia, para los diferentes trastornos.

Terapia Cognitiva⁸: El modelo cognitivo asume que el individuo tiene habilidad para procesar información y para formar representaciones mentales de uno mismo y de su entorno. Esto es central para la adaptación y la supervivencia. Estas representaciones cognitivas o estructuras de la realidad pueden ser aproximaciones a la experiencia real.

Los esquemas se elaboran mediante la interacción repetida entre el ambiente y las estructuras preexistentes, innatas e indiferenciadas denominadas protoesquemas.

El modelo de Beck es un modelo basado en esquemas (término que toma de Piaget). Los esquemas son estructuras funcionales de representaciones de conocimiento más o menos permanentes, que guían la búsqueda, codifican, organizan, almacenan y recuperan la información. Son estructuras cognitivas a través de las cuales se procesan los hechos.

⁸

Fuente: **Klark, D y Beck, A**: El estado de la cuestión en la teoría y la Terapia Cognitiva. Cap. 7
Beck, Judith: “Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización”

Los esquemas cumplen un papel fundamental porque guían nuestros sentimientos y conductas, mediante la interpretación de las demandas ambientales que nos afectan. Funcionan como patrones organizativos. Los esquemas activamente escenifican, codifican, categorizan y evalúan los estímulos.

El Trastorno psicológico se caracteriza por esquemas desadaptativos que dominan el sistema de procesamiento de la información. Estos esquemas desadaptativos tienden a ser rígidos, impermeables, sobreinclusivos y concretos. En los estados psicopatológicos el procesamiento de la información es de modo primario, y se producen distorsiones cognitivas características:

- a. Inferencias arbitrarias
- b. Abstracción selectiva
- c. Sobre generalización
- d. Magnificación
- e. Minimización
- f. Personalización
- g. Pensamiento dicotómico
- h. Pensamientos negativos automáticos.

La TC es una terapia estructurada, con límites de tiempo y orientada al problema que pretende aliviar el malestar psicológico mediante la modificación de los esquemas disfuncionales (creencias) y del procesamiento de la información sesgada.

Las formas principales de intervención son: la persuasión verbal y la comprobación empírica de hipótesis

La TC es eficaz para tratar la depresión unipolar, trastorno de pánico, ansiedad generalizada y fobia social. La TC ha demostrado ser más eficaz que los fármacos tricíclicos en la depresión unipolar, incluso tiene una menor cantidad de recaídas.

La mejoría sintomática obtenida por la TC persiste más allá del periodo de tratamiento. Esto se debe a los cambios en el pensamiento negativo y en las creencias disfuncionales.

La TC apunta a que el paciente aprenda a comprobar, como hipótesis, sus pensamientos y creencias negativas.

Beck dirá que en la depresión y en la ansiedad lo que subyace es una alteración del pensamiento. Esta alteración se manifiesta en una deformación sistemática en el modo en que los pacientes interpretan sus experiencias particulares.

Beck descubrió que al señalar estas desviaciones en la interpretación y proponer alternativas posibles, que constituirían explicaciones más probables, producían un alivio casi inmediato de los síntomas. Y si además se entrenaba al paciente en el desarrollo de estas habilidades cognitivas, se ayudaba a que la mejoría se mantuviese.

El **Modelo Cognitivo** plantea la hipótesis de que las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y sobre el comportamiento de las personas.

Los sentimientos de las personas están asociados con su forma de pensar e interpretar una situación. No es la situación misma la que determina en forma directa lo que siente, sino cómo esta situación es percibida.

Tratamientos psicofarmacológicos y tratamientos combinados.

El conocimiento de los tratamientos psicofarmacológicos y la importancia de la medicación para el abordaje de ciertas patologías, indispensable por parte de cualquier profesional de la Salud, y en especial de la Salud Mental. El conocimiento habilita a realizar una derivación o interconsulta que pueda resultar necesaria. Ciertas patologías, no son abordables mediante el tratamiento psicológico, y necesitan incluir medicación para estabilizar a un paciente y reducir la sintomatología que produce sufrimiento y disfuncionalidad (por ejemplo, el trastorno bipolar, las psicosis, depresiones graves, entre otros).

Asimismo, no todos los síntomas psicológicos deben ser abordados por la psicofarmacología, a pesar de ser demostrada su efectividad, en la medida que existan otras alternativas de abordaje, que eviten medicar al paciente y arriesgarse a posibles efectos secundarios innesariamente.

Es importante superar el enfrentamiento absurdo y muy común, entre psicofármacos y tratamientos psicológicos, y reconocer que cada uno es necesario y efectivo según los casos en los que haya demostrado la mejor eficacia, con los menores costos (no me refiero aquí, específicamente a los económicos).

“En los tratamientos diseñados para pacientes individuales, las decisiones deben ser basadas en el conocimiento de la posible importancia de la medicación, en comparación con la psicoterapia, o teniendo en cuenta la posible combinación de ambas. [...] La psicofarmacología ha crecido enormemente desde sus comienzos en los años 50 [...] el espectro de trastornos mentales para los cuales los fármacos han demostrado ser efectivos ha crecido enormemente. Actualmente incluye la esquizofrenia, los trastornos afectivos, cuadros de ansiedad, fobias, trastornos obsesivos – compulsivos y hasta trastornos de la personalidad” (Klerman, G. 1994)

Premisas implícitas en la investigación psicofarmacológica:

- No hay una enfermedad mental única, sino trastornos mentales y estados sintomáticos múltiples que requieren evaluación diagnóstica múltiple para su diferenciación.
- El principal modo de evaluación para pacientes asignados en grupos de investigación es el abordaje categorial (esto es establecer diagnósticos según el DSM)
- Los tratamientos, incluyendo la medicación y la psicoterapia, son diseñados para síntomas, estados, síndromes o trastornos específicos.
- La medicación y la psicoterapia son consideradas como modalidades de tratamiento en el contexto de una enfermedad. Se exige eficacia y seguridad para cualquier tratamiento individual, tanto respecto de la medicación como de la psicoterapia. Todos los tratamientos son evaluados de la misma manera y se les exige los mismos requisitos que a otras modalidades de tratamiento, como a la medicación para la hipertensión o la cirugía para el cáncer de mama.

- La eficacia se establece mejor a través de la asignación aleatoria de los sujetos en los diseños de investigación clínica. El uso de diseños naturales o de comparación, sin usar un grupo control da información limitada respecto de la eficacia del tratamiento. (Klerman, 1994)

Posibles resultados de las investigaciones en tratamientos psicoterapéuticos comparativos y combinados:

La mayor parte de la discusión se basa en los resultados de los diseños de cuatro grupos. La mayor ventaja del diseño factorial es que permite una comparación simultánea de la farmacoterapia contra la psicoterapia y contra un grupo control, así como una estrategia constructiva permite evaluar las posibles ventajas de combinar medicación y psicoterapia.

-Efectos positivos de los tratamientos combinados: En el diseño de tratamientos combinados, las investigaciones esperan efectos aditivos, en donde la suma es más que las partes, entonces los tratamientos combinados habrán de producir mayores efectos positivos que los tratamientos aplicados en forma individual.

-Efectos aditivo y sinérgico: Los efectos ideales deberían ser sinérgicos, con un efecto mayor en el caso del tratamiento combinado por sobre la suma de efectos de los tratamientos individuales. Este efecto también se puede llamar “cocktail” o “efecto Martíni”, la suposición es que la combinación provoca efectos psicofarmacológicos más fuertes que los que provocarían los tratamientos en forma separada.

-Interacción facilitadora: Vemos efectos más complejos cuando un tratamiento solamente resulta efectivo en combinación con otro, en este caso hablaríamos de facilitación. La psicoterapia puede no ser efectiva sola, pero si en combinación con medicación.

-Efectos negativos de los tratamientos combinados: no se han reportado. (klerman, 1994).

No es discutible la indicación de tratamiento farmacológico, como primera opción para ciertas patologías (como mencione mas arriba) en cuyo caso se contemplara la posibilidad o conveniencia de combinarlo o no con psicoterapia. Pero si es necesario, discutir acerca de algunos problemas éticos en relación a la indicación de la medicación psiquiátrica en algunos casos.

En Argentina, existe la particularidad que los médicos clínicos o de cualquier otra especialidad, pueden extender recetas para medicación psiquiátrica. Una de las mayores especialidades que indican benzodiazepinas son los cardiólogos o clínicos a lo que podríamos objetar, preguntándonos acerca de si seria pertinente (o permitiríamos) que nos medique un psiquiatra en caso de tener problemas cardiacos. En mi opinión personal, el hecho de que no este estrictamente circunscripto a las competencias del psiquiatra la facultad de indicar medicación psiquiátrica, favorece el uso indiscriminado de los mismos, y su indicación innecesaria. También es sabido que nuestro país es uno de los que revela mayor consumo de estos medicamentos, estudios revelan que en consumo de medicamentos con una prescripción de 6 a 12 meses como máximo, la media de consumo por parte de los pacientes luego de la indicación fue de 5 años. (Ricardo, Rodriguez. 2008)

En otros países, existen movimientos en pos de que los psicólogos (con la formación necesaria para tal fin) puedan medicar (Klerman, 1994). Estos datos tienen que ser profundamente analizados, a la luz de muchas variables. No hay que perder de vista, quienes son también los que fomentan la extensión de la facultad de medicar en distintos profesionales y especialidades, y los intereses que allí depositan (como los laboratorios, con la gran implicancia de intereses económicos puesta en juego).

Usar medicación para aliviar la angustia y la depresión se ha transformado rápidamente en parte de la cultura moderna, consecuente con la búsqueda de soluciones rápidas, a veces “mágicas”, de la falta de implicación subjetiva, conductas evitativas y falta reflexión crítica sobre los modos, exigencia y estilos de vida que rigen los valores actuales. No olvidemos que las principales causas de trastornos adictivos, se da en razón del uso de drogas lícitas como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos (cuyo uso esta cada vez más naturalizado) aunque se no se abra el tema a debate, desde las política, los medios y la opinión pública. Indudablemente el tema es profundo, e invita a un debate ético acerca de las prácticas, no exento de controversias.

El Psicoanálisis:

Este es al apartado más difícil y conflictivo en lo personal. Al trabajo de Auditoria Médica y gestión de recursos en salud, las premisas de costo-beneficio, eficiencia, podrían decirse que son columna vertebral “en el contexto” de esta disciplina. Asumiendo, que el psicoanálisis entra en franca contradicción con este modelo, asimismo no puedo dejar de traerlo en este trabajo, no solo por su presencia e importancia en al campo de la Salud Mental en nuestro país, sino también, porque más allá de no poder incluirse dentro del modelo médico hegemónico, ni de ser funcional a un modelo de gestión administrativo eficiente en relación a los costos (en tiempo y por ende en dinero), -al menos en lo que se refiere a tratamientos individuales, no así, en su participación en abordajes y programas integrales- no considero que sea ello prueba de su ineficacia, ni reste valor a sus aportes. Esto último, no lo sustento con datos empíricos o estadísticos, sino desde mi formación como estudiante en la Universidad de Buenos Aires, mi conocimiento de la prácticas e investigaciones de profesionales e instituciones inscriptas en este marco y desde mi creencia en esta disciplina y experiencia de análisis personal. Todo ello, sin desmerecimiento ni descreimiento de otras prácticas, como la psicoterapia o farmacología, que han demostrado sus aportes necesarios y valorables al campo de la salud., muy por el contrario, (y afortunadamente) intento escapar de cualquier postura dogmática o reduccionista en cualquier lectura o recorte de un campo a indagar. Brevemente intentare delinear el fundamento y postura del psicoanálisis, basándome en aportes de diferentes autores.

“Su fundador (Freud, Sigmund. 1922) definió el psicoanálisis con una triple caracterización: un procedimiento para la investigación de los procesos mentales, como un método para el tratamiento de los trastornos neuróticos investigados y como un sistema teórico que se reclama científico. El gran hallazgo freudiano es el descubrimiento de la existencia de una instancia psíquica escondida

que escapa al control consciente del sujeto, y que en gran medida, marca y conduce su comportamiento. Que dicha instancia se expresa a través de los síntomas, de los actos fallidos, los lapsus del lenguaje y a través de los sueños. En el desarrollo del psicoanálisis hay que diferenciar lo que corresponde a una disciplina clínica y científica y lo que pertenece a un nuevo paradigma de la comprensión del mundo y del sujeto humano". (Leal, 2008)

"Al plantear que no es la normalidad una cuestión de estadísticas. Rompió con la forma de relación médico-paciente sustentada en el poderío que le daba a aquel el saberse poseedor único del saber y de la medicación como elementos incuestionable de la cura: "las palabras son los instrumentos esenciales del tratamiento psíquico" (Freud, 1905). [...] "No es una promesa de felicidad ni de remedios a los males que aquejan al sujeto y a la cultura; es el lugar de una experiencia con la propia subjetividad cada vez más abandonada por los efectos homogeneizadores del discurso de la ciencia". (Tizio, 1992).

"El trabajo psicoanalítico, la ética psicoanalítica, conduce a la asunción subjetiva del destino personal". (Leal,2008)

"El psicoanálisis como disciplina y los psicoanalistas, como profesionales, fueron impulsores comprometidos en el importante proceso que fue de la asistencia psiquiátrica a la atención a la salud mental con una concepción interdisciplinaria (Leal y Roig, 1990) y globalizadora. Tal vez las aportaciones más conocidas de psicoanálisis se refieran a su influencia sobre los procesos de desinstitucionalización que han formado una parte importante de la reforma psiquiátrica y también de otras desinstitucionalizaciones [...] De hecho el psicoanálisis, en el último medio siglo, ha intervenido muy frecuentemente en las instituciones criticando sus efectos perturbadores. (Kaes, 1987).

El psicoanálisis aporta elementos para estudiar los fenómenos psicosociales que inciden en el campo de la subjetividad humana y se expresan en los comportamientos individuales, grupales, institucionales y comunitarios. Desde hace tiempo se viene hablando de un retroceso del psicoanálisis, de la pérdida de vigencia, se plantean dudas sobre la eficacia y eficiencia de sus acciones. En mi criterio dichas críticas, de no ser malintencionadas, son producto del desconocimiento de las posibilidades de la teoría o proceden de la creencia de que las aportaciones del psicoanálisis quedan reducidas a la clínica y encuadre individual. (Leal, 2008)

"Frente al malestar de la época cada sujeto encuentra un modo de respuesta particular a través precisamente de sus síntomas, esos que finalmente serán dirigidos al médico bajo la forma de una demanda [...] El médico se encuentra dividido entre su condición de representante del discurso universal de la ciencia y su posición de interlocutor de la demanda personal del enfermo, lo que implica una seria dificultad pues "no es fácil servir a dos amos a la vez" (Freud). Jacques Lacan participó en 1966 en una mesa redonda en el hospital parisino La Salpêtrière bajo el lema "El lugar del psicoanálisis en la Medicina" y en su intervención anticipó muchos de los problemas de la actualidad: denuncia los efectos que el progreso de la ciencia provoca en la relación de la medicina con el cuerpo y no duda en darles el estatuto de "falla epistemológica", pues se construye un

saber que desconoce que el cuerpo humano es algo más que una maquinaria orgánica. El clínico es conducido a aplicar con criterios de eficiencia su saber a los cuerpos enfermos y olvidar la verdadera demanda que funda la función médica: la demanda que parte de la voz del que sufre. El psicoanálisis viene a ocupar un lugar esencial en esa falla que deja el discurso científico, recordándole al médico que no trata con cuerpos sino con sujetos (Clínica del Cuerpo: la función del médico y del psicoanalista en: medicablogs.diariomedico.com, 2008)

Queda claro a través de estos párrafos, que el Psicoanálisis como disciplina, apunta al tratamiento de los padecimientos subjetivos, desde la orientación hacia un cambio de posicionamiento subjetivo, es decir, de una postura ética en relación al deseo, que interpela al sujeto en la esfera de la responsabilidad, y no desde la pasividad de su rol de "enfermo". Lejos de creer que el Psicoanálisis o cualquier otra disciplina, encierran en si mismas las respuestas y soluciones a los todos los problemas pertinentes al campo de la "Salud Mental", creo que sus aportes y herramientas son de un gran valor conceptual y práctico.

Para concluir, me gustaría aportar un reflexión que forma parte de la presentación de un libro de Massimo Recalcatti, uno de los psicoanalistas contemporáneos, comprometidos en la actualización y adaptación del psicoanálisis a las demandas y coyunturas de la época : "Mientras escribimos esta introducción, tiene lugar en Paris una intensa movilización del mundo Psi, no solo francés, sino mundial, capitaneada por Jaques Allain Miller, para defender la especificidad y la autonomía del psicoanálisis y en el fondo su sobrevivencia misma. Los psicoanalistas, dice Miller, no pueden encerrarse en un silencio ofendido, mientras el legislador da rienda suelta a sus proyectos orwellianos. Pero al mismo tiempo *los psicoanalistas tienen el deber ético de dar cuenta de lo que hacen, de exponer los resultados de su trabajo, de explicar al público, para que sirva un psicoanálisis*" (Castrillejo, Mariela y Rodríguez, Maria Teresa. 2004)⁹

Propuesta de investigación según el plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires:

"La presente propuesta, acorde a la Ley de Salud Mental, parte de la necesidad de una formación integral del recurso humano que desarrolla su accionar en el campo de la salud mental donde se integren y articulen las principales corrientes del pensamiento actual en psicología, psicoanálisis, psiquiatría, sociología, antropología y filosofía, intentando superar las tendencias dogmáticas y los posicionamientos teóricos que obstaculizan el avance del conocimiento científico. La posibilidad de integración de los distintos "saberes" supone un pensamiento abierto que permita incorporar nuevos aportes y una adecuada articulación entre teorías y prácticas que redunde en beneficio de una mayor flexibilidad de los abordajes terapéuticos y, por ende, de una mayor eficacia en sus resultados. Es imprescindible la existencia de espacios de encuentro de los profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud mental que permita evaluar que se piensa, que se hace y

⁹ En: "La última cena: Anorexia y bulimia". Massimo Recalti. Ediciones del Cífrado. Buenos Aires, 2004.

que resultados se obtienen en la práctica clínica y constatar que distancia existe entre la lectura teórica de una situación o conflicto determinado, respecto de la intervención o forma de operar sobre los mismos. De igual modo, la capacitación en investigación requiere que los resultados de los estudios realizados apunten a una transformación de la realidad actual, donde los aportes provengan de inserciones concretas en el campo de la salud mental, superando así la disociación entre investigadores y *empíricos*".

La investigación deberá centrar su eje en las patologías prevalentes y la problemática social de las poblaciones en riesgo, desarrollando estudios epidemiológicos, evaluación y comparación de resultados terapéuticos, etc., a fin de dar respuesta efectiva a las necesidades más inmediatas, estableciendo prioridades, flexibilizando y adecuando los abordajes terapéuticos". (Plan de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. 2002-206)

Esta concepción es interesante, en el sentido de impulsar la investigación y las practicas, hacia una conceptualización de los problemas como complejos y multideterminados. Fomenta un abordaje interdisciplinario, buscando la superación de posturas dogmáticas y hegemónicas, y a la superación de la "ilusión de completud" que ingenuamente pretenden ciertas lecturas e intervenciones rígidas y cerradas, de cualquier teoría, sin distinción, en tanto pretenda adueñarse del patrimonio del saber.

Para concluir, este apartado, me gustaría mencionar lo que una autora abocada al estudio e intervención en el campo de la Educación y la Salud, Nora Elichiry, conceptualiza como "**interdisciplina**": "Nuestra propuesta es partir de los problemas, no de las disciplinas dadas [...]" La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación [...] la interdisciplina solo puede darse cuando los que la realizan *son expertos en su propia disciplina*, lo fundamental es mantener la identidad y especificidad disciplinaria, solo entonces se podrán establecer enlaces y relaciones [...] el sistema funciona si cada disciplina funciona individualmente, pero no independientemente [...] Una ciencia solo aparece cuando se ha hecho una delimitación de los problemas susceptibles de acotar a un campo de investigación en el que sea posible un acuerdo. Lo fundamental entonces, será salir del aislacionismo aún vigente, y abocarnos a un trabajo en equipo, sin saberes absolutos, sino en la búsqueda constante de modelos teóricos que permitan resolver los problemas que la realidad plantea". (Elichiry, Nora. 1987)

VIII.

Prevención: Factor fundamental para la eficacia de la gestión en Salud.

Si recordamos la definición de "Cobertura" presentada en este trabajo, vimos que se refiere a una conjunto de actividades, entre las que se encuentran aquellas "orientadas hacia la promoción, protección, prevención, de la salud" (además de su recuperación) es decir, aquellas que pueden a reducir daños evitables, por ejemplo, por medio de la información, capacitación, generación de

espacios que tiendan a mejorar la calidad de vida, promover conductas saludables, la integración social, entre otros objetivos. Para tener un panorama de lo que sería la actividad de “Prevención y Promoción de la Salud Mental”, voy a ejemplificar con algunas de las acciones propuestas en el Plan de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2002/2006).

Con las adaptaciones necesarias y pertinentes a cada subsector y a las demandas y necesidades de cada una de las poblaciones beneficiarias de las coberturas, la tarea de Prevención (específicamente en lo que respecta a Salud Mental, porque es el objeto de este trabajo), redundará en beneficios no solo para la población, sino para la gestión de los recursos en Salud.

El Plan de Salud considera “como fundamental la apertura de espacios y dispositivos de acción y reflexión individuales, familiares, institucionales y comunitarios [...] la prevención debe ser entendida como una estrategia que va más allá de la adaptación, de la evitación de factores de riesgo e incluso de la promoción de la salud en su sentido tradicional. La prevención tiene que ver con la construcción de instrumentos en los que participen los diferentes actores sociales adquiere un rol prioritario por cuanto es la manera por la cual en el campo de la salud puede lograrse una nueva dinámica que brinde mayores garantías de éxito en la atención y abordaje de las urgentes y complejas necesidades en salud mental de la comunidad”. (Plan de Salud Mental, 2002)

Es muy usual, asociar las necesidades y urgencias de la comunidad, o “problemas sociales”, a las problemáticas de los sectores más vulnerables (pobreza, marginalidad, desempleo, delincuencia, drogas). No se desconoce, en absoluto, que hay contextos más críticos y vulnerables que otros. Pero no nos engañemos, el impacto de las transformaciones sociales y de las exigencias que se derivan de ella, el ritmo de vida, los valores imperantes, etc. no distinguen de clases sociales a la hora de producir diferentes tipos de padecimientos, sean subjetivos u orgánicos. Así como tampoco hay distinción en la prevalencia de patologías psiquiátricas. Por ende, la tarea preventiva, tampoco debe hacer esa distinción (aunque si una adecuación a los contextos y demandas) dando por sentado que el poder adquisitivo, garantiza el acceso a la información y concientización sobre algunos temas que inciden en la salud.

De los objetivos generales, me interesan destacar:

- Realizar acciones que privilegien un enfoque de redes y desde una conceptualización de la salud integral **“variando el foco de la atención del polo de la enfermedad al polo de la salud”**.
- Incorporar **modelos teóricos acordes con la realidad de nuestro país** y según las necesidades y particularidades de cada zona.
- Fortalecer una política de interrelación conceptual y en las prácticas entre Salud Mental y las distintas áreas locales y nacionales cuyas acciones tienden a la promoción y prevención de la salud (Educación, Trabajo, Cultura, etc.).

De los objetivos específicos:

- Promover en los trabajadores de la salud y en la comunidad en general la apropiación del concepto de prevención integral, basado en una mirada, una actitud y una acción preventiva.
- Incorporar acciones preventivas y de contención de los equipos en el ámbito intrainstitucional.

-Conformar equipos de trabajo interdisciplinarios.

-Integrar con las estructuras institucionales de características asistencialistas, las acciones de promoción y prevención de la Salud Mental.

-Capacitar los recursos humanos para el desarrollo de acciones preventivas tanto intra como extra muros (dentro del efector de salud o en el seno de la comunidad) dentro de un marco de prevención integral.

Las actividades específicas en materia de prevención en la salud mental y a los fines metodológicos y operativos, se desarrollaran en las siguientes áreas: *institucional, comunitario-barrial, educación y trabajo.*

Las metas son: "Mejorar la calidad de vida de la población, promocionar la salud y los hábitos de vida saludables, prevenir el desarrollo de enfermedades, brindar atención eficiente y eficaz en el primer nivel de atención".

Las estrategias se basan en: "Actividades grupales, espacios de participación, reflexión, recreativos y lúdicos, formativos e informativos, como **Talleres y actividades grupales dirigidos a grupos en riesgo TABAQUISMO, ADICCIONES, VIOLENCIA, HIV, TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN, HIPERTENSIÓN, DEPRESIÓN y otros**, y el diagnóstico precoz, atención y seguimiento personalizado con programas de tratamiento Individualizados".

El recurso humano requerido es mínimo y se limita a un coordinador o coordinadores grupales tantos como sean necesarios en función a las actividades a desarrollar, el equipamiento que se requiere está vinculado con elementos técnicos como retroproyector y otros elementos similares.

Los espacios físicos pueden ser aulas o salas de uso múltiple que son utilizados en tiempo parcial de acuerdo a la programación de las actividades. Requiere como soporte externo actividades de difusión y divulgación (Fuente: Plan de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2002/2006).

Lamentablemente, en la actualidad en nuestro país, no está lo suficiente y necesariamente desarrollada la acción preventiva, ni desde el estado, ni mucho menos desde lo privado. Este punto está estrechamente relacionado con la ineficacia del funcionamiento de la Atención Primaria en Salud. Desde el Estado, requiere un fuerte compromiso en asumir su rol de garante de la Salud como Derecho, improbable en el marco de las políticas de descentralización y desmantelamiento del subsector estatal. Desde la actividad privada, requiere una visión de estrategias con fines a mediano y largo plazo, difíciles de plantear desde la lógica de la inversión, en un país como el nuestro, caracterizados por economías altamente inestables. Como se ve, estos temas inevitablemente están atravesados por paradojas y dilemas éticos, donde las perspectivas son tan variadas como contradictorias.

Conclusión:

Luego de este recorrido, variado y hasta a veces paradójico por los temas pertinentes al ámbito de la Salud Mental, y a la necesidad y utilidad de la tarea de la Auditoría en el mismo, voy a concluir, por un lado, con un posible fundamento de la importancia de esta articulación, y con algunas puntuaciones que podrían ser útiles a la hora de pensar esta tarea.

“Los sistemas de Salud han pasado por transformaciones que dieron origen a otros modos de pensar la salud en general y la Salud Mental en particular. Comprender el funcionamiento del sistema de salud en términos de calidad implica adquirir herramientas conceptuales que permitan introducir mejoras en los servicios sanitarios. Cuando se aborda el campo de la salud mental mediante instrumentos derivados de otras disciplinas como la administración sanitaria, la epidemiología, la economía de la salud, se perciben dimensiones, interacciones y alternativas de intervención que dan origen a nuevas prácticas profesionales. La Auditoría psicológica como práctica enmarcada en el discurso de la salud contribuye a la construcción y evaluación de criterios técnicos pasando a ser un instrumento de gestión en el proceso de atención en Salud Mental”.
(Colegio de Psicólogos de Entre Ríos, 2008)

En cuanto a conclusiones puntuales que se derivan del desarrollo de esta monografía, quisiera destacar:

- El avance en cuanto al reconocimiento al reconocimiento de la importancia de cuidado y prevención de la Salud Mental, como parte integral de la salud de las personas, y como factor protector contra posibles afecciones somáticas.
- La consecuente regulación legal y el lugar ganado a lo largo de la historia, dentro del Sistema de Salud en nuestro país.
- La garantía de accesibilidad a la asistencia psicológica y/o psiquiátrica, que nos brinda el PMO, tanto en Obras Sociales como en Prepagas, los servicios de Salud Mental de los Hospitales Públicos, los programas integrales en el marco de las Prácticas Comunitarias.
- La importancia de evaluar que tipo de atención necesita el paciente, que pueda ser cubierta totalmente, por su “cobertura en salud”, priorizando los tratamientos eficientes, la información amplia sobre los diferentes tratamientos existentes para su problema en particular, en el marco de una real libertad de elección.
- El abordaje interdisciplinario (o como mínimo multidisciplinario), para problemas como las patologías del consumo (Adicciones, Bulimia, Anorexia, Obesidad), por ejemplo. No se consiguen resultados efectivos que se sostengan en el tiempo, sin este tipo de abordajes.
- La utilidad de la práctica interdisciplinaria, como condición de eficiencia en los tratamientos, redundando en un mayor éxito en los resultados, por ende una relación costo - beneficio más eficaz. Este tipo de abordaje, a mi entender, evitaría el peregrinaje innecesario por diferentes especialistas, abordajes insuficientes aplicados aisladamente, con la consecuente pérdida de tiempo, dinero y recursos, limitados dentro de un sistema.

-La necesidad de que los que auditan en este terreno sean especialistas en el tema. Este punto, unido al anterior, ameritan la superación de ciertas posturas hegemónicas con respecto al status de las diferentes disciplinas y profesiones, y la integración de los distintos profesionales a las prácticas de la Auditoría y la gestión en Salud.

-Saber distinguir claramente entre los abordajes de tipo individual o comunitario, preventivo o asistencial. En este punto, no todas las disciplinas tienen la misma eficacia, según el tipo de abordaje que se pretenda.

-El esfuerzo de las disciplinas del campo "psi", por incursionar en el campo de la auditoría, la gestión de recursos, el control de la calidad, y la búsqueda de articulaciones interdisciplinarias, allí donde tradicionalmente no había lugar más que para el médico y el administrador.

-La importancia de la articulación de las prácticas en Salud Mental, a las prácticas médicas en general, en el marco del cuidado integral de la salud, según la "concepción de ente biopsicosocial, planteado por la Organización Mundial de la Salud" (Vasco Uribe, 1987)

-La necesidad de elaborar estrategias y políticas locales, teniendo en cuenta la particularidad de nuestro contexto político, social y económico, con las adaptaciones necesarias a las demandas y necesidades de cada subsector en particular.

-La tarea preventiva y de promoción de salud, en pos de estimar resultados eficientes no solo en el la inmediatez de la intervención, sino a mediano y largo plazo.

-Priorizar la tarea asistencial, sin descuidar la gestión administrativa. Esta última debe estar orientada a la eficiencia del sistema, y no a intereses mercantilistas. Es necesario (aunque se que muy difícil en el estado actual de las cosas) someter a reflexión crítica el tratamiento de la Salud, como bien de consumo antes que derecho inherente al ser humano. Esta crítica excede el marco de la práctica privada, e interpela a un compromiso ético, político y social por parte de los actores implicados, trátase de cualquiera de los subsectores del sistema de Salud.

-El abordaje caso por caso. Al igual que cada conceptualización de caso, es singular, dado que las personas somos singulares, lo mismo debería suceder al evaluar las coberturas y tratamientos brindados a cada beneficiario. El marco regulatorio tiene una función de garantía de los servicios mínimos, y de herramienta o parámetro para gestionar. Al evaluar caso por caso, se priorizara, no solo el ahorro estimativo de gastos futuros, sino la real necesidad del paciente y su derecho a una atención de calidad.

*"Se entiende por auditoría el análisis crítico y sistemático de la calidad asistencial de los servicios de salud mental dispensados (recursos utilizados, procedimientos de diagnóstico y tratamiento, resultados obtenidos y calidad de vida de los pacientes afectados). [...] La auditoría en salud mental, está en crecimiento y creemos, aquellos que nos inclinamos por esta especialidad, que su futuro es promisorio. Esta nueva apertura profesional nos remite a la reformulación constante de nuestro rol donde se reflejen los avances en la elaboración de estándares que normen su práctica. La construcción del rol de auditor requiere necesariamente considerar siempre una visión múltiple, reconociendo la polifacética vida de las organizaciones. Esto implica reconocer **la situación actual***

*del sistema de salud en general, y el de salud mental en particular, partiendo de una conceptualización de la **Calidad de Atención en los Servicios de Salud.***” (Oscar Cardoso, 2008)

Realmente, al encarar esta monografía, no tenía mucha idea de cuán posible me iba a resultar esta tarea. En un principio iba a ser un trabajo centrado exclusivamente en la cobertura, y si bien es el eje fundamental, no pude dejar de incluir otros aspectos a mi juicio relevantes, a la vez que dejar por fuera muchos, por una cuestión de extensión y recorte temático. Por un lado, mucho de lo aquí expuesto tiene que ver con mi postura ideológica, con mi formación, y con nuevos aportes que fui recolectando al investigar para este trabajo, de los cuales no tenía conocimiento, como lo es la actividad de Auditoría en Salud Mental, con lo cual me siento enriquecida y con nuevas alternativas para tener en cuenta... al principio me referí a un recorrido variado y a veces paradójico, con lo cual, no pretendo concluir este trabajo, con respuestas, sino más bien con la apertura de interrogantes, con información variada, con opiniones, que pueden suscitar adhesión o rechazo, preferencias por alguna postura más que por otra... pero eso ya lo dejo a criterio del lector.

Bibliografía:

Vasco Uribe, A.: “Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad”. Taller Latinoamericano de Medicina Social. Medellín, Colombia. (1987)

Comes, Yamila: “El sector Salud en Argentina. Historia, configuración y situación actual” . Ficha de “Salud pública y Salud Mental”, cátedra II. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. (2006)

Jaimez, Alberto: “Desde ahora los psicólogos podrán realizar auditorías generales”. Artículo periodístico. www.diariosalud.net. (2008)

Banco Mundial: “Invertir en Salud. Informe sobre el desarrollo mundial. 1993. Cap. Panorama General. EE.UU (1993)

Laurell, A: “La salud. De derecho social a mercancía”. En: Nuevas tendencias y alternativas en el sector salud. UAM Xochimilco. México (1994)

Bárbara Burga Montoya, D´ercole Erika, Claudia Zuccalá y Nadia del Castillo: “Nuestra Salud, ¿Una cuestión privada?. Trabajo de Campo, Salud Pública y Salud Mental, cátedra de Alicia Stolkiner. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. (2007)

Roberto Mazzuca, Claudio Godoy, Fabián Shejtman, Manuel Zlotnik: “Psicoanálisis y psiquiatría: encuentros y desencuentros”. Ed. Berggesse 19. Buenos Aires. (2006)

Stolkiner, Alicia: “Nuevos enfoques en Salud Mental”. 14° Congreso de arquitectura e ingeniería hospitalaria. Buenos Aires (septiembre de 2003).

Camilo Marracino: “Coberturas en Salud en la Argentina” . [Www.calidadensalud.org.ar](http://www.calidadensalud.org.ar), (2008)

Ley 448: Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. www.infoleg.com (2008)

Ley 24754: Plan medico Obligatorio para Empresas de Medicina Privada.

Barrionuevo, Hugo:, “Salud mental y discapacidad mental en las Obras sociales Nacionales”. Ministerio de salud y Ambiente. Comisión Nacional de programas de investigación sanitaria (Conapris). Asociación de economía de la salud. Talleres Gráficos DEL S.R.L. Buenos Aires, (2005)

Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association (DSM-V)

Robert L. Leaghy y Stephen J. Holland: “El tratamiento en un sistema gerenciado de Salud” Ficha del Posgrado en sistemas gerenciados. Prof. Keegan. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. (Traducción de Mauro Tommassi)

González J. J.; L. Randel: “Psiquiatría de enlace e interconsulta en la arena de los sistemas gerenciados de salud” . En: “The Psychiatrics Cinics of North America. Vol 19, nro. 3 pp. 449 – 466. Año 1996. (Traducción de Leonora Lievendag y Eduardo Keegan)

Rodríguez, Ricardo: clase teórica. Psicoterapias, cátedra de Eduardo Keggan. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires (6 de noviembre de 2008).

Celener, Graciela: “Las técnicas proyectivas. Su estatus epistemológico actual” . Ed. JVE Psiqué. (1997)

**Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Secretaría de Salud. Dirección de Salud Mental
Plan de Salud Mental (tomo I) 2002 / 2006.**

Echeburua, E. Y De Corral, P: “Eficacia de las terapias psicológicas: de la intervención a la practica clínica”. Revista internacional de Psicología clínica y de la salud, vol. I pp. 181-204. año 2001.

Klark, D y Beck, A: El estado de la cuestión en la teoría y la Terapia Cognitiva. Cap. 7

Beck, Judith: “Terapia cognitiva. Conceptos básicos y profundización”

Klerman, Gerald: “Medicación y psicoterapia”. En Garfield S. Y Bergin A (Ed.) “Handbook of psychotherapy and behavior change”. Cap XVIII. New York Wiley. (1994)

Stolkiner, Alicia: “Prácticas en Salud Mental”. Revista de investigación y Educación en enfermería, vol. 6 nro. 1. Medellín, Colombia (1987)

José Leal Rubio: “El psicoanálisis y los servicios asistenciales públicos”. www.centreipsi.com (2008)

Kaes, R.: “L'institution et les institutions”, Paríd, Dunod. (1987)

Tizio, h.: “El psicoanálisis”, en D. Aparicio (coord.) Salud Menta, Monografías Clínicas en Atención Primaria, Barcelona, Doyma. (1992)

medicablogs.diariomedico.com : Clínica del Cuerpo: la función del médico y del psicoanalista (2008)

Massimo Recalcati: “La ultima cena. Anorexia y bulimia”. Ediciones del cifrado. Buenos Aires. (2004)

Elichiry, Nora: “Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”. En: Elichiry, Nora (comp.) “El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio”. Nueva visión. Buenos Aires. (1987)

Colegio de Psicólogos de Entre Ríos y Federación de Psicólogos de la república Argentina”:
Programa del curso de posgrado en Auditoria Psicológica en Sistemas de Salud”.
www.coper.org.ar (2008)

Oscar Cardoso: “El papel de la Auditoria en Salud Mental. *Aportes referidos al rol del Psicólogo Auditor y su práctica*” (2008) .www.psicologia-online.com

Plan Medico Obligatorio: www.adeco.com (2008)

Ley 24754: www.infoleg.com (2008)

Anexos:

Plan de la Salud Mental (Gob, cdad de Bs As)

Evaluación y Auditoría en Salud Mental

Tal como se expresa en la Introducción General de este Plan, se promueve el abordaje de las problemáticas de Salud Mental de manera amplia e integral, incluyendo en las prácticas profesionales una diversidad de enfoques y teorías, de métodos y técnicas de probada eficacia.

Asimismo se propone, desde el punto de vista sanitario-asistencial, un sistema de servicios organizado en red "...que contemple todos los niveles de atención en sus aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitatorios, de calidad y accesibles a toda la población" (...) En el presente Capítulo se despliegan las herramientas de evaluación y auditoría que se implementan actualmente y que arrojan un perfil de la productividad y rendimiento de los diferentes sectores del sistema, entendiéndose por esto el "grado de eficiencia".

Calidad de la Atención

Para poder evaluar la calidad de atención de la salud mental de la población es necesario establecer los objetivos a lograr y los medios más adecuados para alcanzarlos. El objetivo es, básicamente, mantener, restaurar y promover la salud mental de la población. Los medios son un conjunto de intervenciones que se evalúan por su efectividad, su costo y el grado de aprobación del usuario en particular y la población en general.

En el área de la Salud Mental garantizar un nivel dado de calidad es de una complejidad tal, por los contenidos subjetivos del proceso, que no siempre resulta posible, pero sí se puede aspirar a conservar y mejorar la calidad de la atención que se brinda.

Se puede definir la calidad como el grado de capacidad de una organización para satisfacer las necesidades o demandas de la población destinataria de los servicios.

El monitoreo del desempeño del sistema comprende dos aspectos fundamentales:

- Evaluar la calidad del desempeño
- Adoptar las medidas para corregir las desviaciones en relación con los estándares de calidad establecidos

Es importante señalar que **el diseño del sistema y el monitoreo del desempeño** son componentes inseparables que se influyen mutuamente. No es probable que el monitoreo resulte efectivo en un sistema perverso, del mismo modo que sin monitoreo no se puede conocer el desempeño del sistema ni como mantenerlo dentro de un determinado curso cuando aparezcan las desviaciones previsibles.

Objetivo General

Evaluar periódicamente la estructura, los procedimientos y los resultados de los Servicios y Programas de Salud Mental y producir las modificaciones necesarias en el funcionamiento y organización de los efectores del sistema y los programas en desarrollo con la finalidad de lograr un mayor impacto en los indicadores de salud mental de la población.

Objetivos Específicos

- Elaborar y/o actualizar los instrumentos e indicadores de evaluación de los efectores de Salud Mental y de los programas en desarrollo.
- Establecer, con la participación de los efectores involucrados, las normas necesarias que permitan mejorar el funcionamiento de los distintos Servicios, su auditoría y la evaluación de los programas desarrollados.
- Verificar el cumplimiento de las normas establecidas.
- Evaluar periódicamente la estructura de los recursos humanos y materiales, de los procedimientos implementados y de los resultados obtenidos en los distintos efectores de la Red de Salud Mental.
- Proponer y/o implementar estudios para evaluar la calidad de la atención que incluyan la satisfacción del usuario.
- Monitorear el desarrollo de los programas en curso, evaluando periódicamente sus resultados e impacto en la salud mental de la población.

- Determinar las modificaciones necesarias a partir de la evaluación de los efectores y programas y sus indicadores de rendimiento y calidad.
- Mantener actualizada la información cuanti-cualitativa sobre los recursos humanos y materiales en el área de Salud Mental.
- Releva y sistematizar la información epidemiológica y estadística referente a las prestaciones del área de Salud Mental, diseñando los instrumentos de registro, procesando los datos y estableciendo indicadores de rendimiento y parámetros de calidad de la atención.

Diseño del Sistema

El diseño del sistema o modelo de gestión debe incluir los objetivos buscados, los dispositivos técnico-operativos y los resultados esperados.

La efectividad del sistema propuesto se observará si el mismo produce los beneficios esperados por la población. La eficiencia depende de la comparación entre los costos de la prestación y los beneficios logrados.

Se puede hablar también de “eficiencia en la producción”, cuando se miden los bienes y servicios que un sector pone a disposición de los profesionales que trabajan en él. Pero esto se debe articular con el concepto de “eficacia clínica” que juzga el grado en que se prescribe o proporciona atención innecesaria o excesivamente costosa.

La gestión clínica es la actividad realizada por los profesionales, dirigida a optimizar los resultados de la práctica clínica y para ello deben participar en la organización de los efectores de salud buscando la mejor utilización de los recursos disponibles y convirtiéndose en verdaderos gestores de los servicios prestados.

Monitoreo del Desempeño

El monitoreo es un procedimiento analítico que tiene por fin producir información sobre las acciones programadas y sus consecuencias o resultados.

Las herramientas evaluativas que componen este apartado han sido diseñadas para medir magnitud y frecuencia de las prácticas profesionales como así también establecer un perfil de la demanda y del costo de la atención. También se han establecido las condiciones que deben reunir los efectores de salud mental, a través de estándares previamente establecidos, para poder funcionar en forma adecuada y eficiente brindando a la población una atención de calidad aceptable.

La auditoría o evaluación de la calidad debe incluir el gasto pero no agotarse en él limitándose a una fiscalización del mismo, sino incorporando aspectos fundamentales, como el análisis de la accesibilidad a los servicios de salud mental, la oportunidad de la atención que se brinda y la satisfacción del usuario, entre otros.

Las herramientas diseñadas, que forman parte del presente capítulo, son las siguientes:

- Normatización de actividades y organización
- Sistema Estadístico en Salud Mental
- Guías de Evaluación y Acreditación de Servicios
- Historia Clínica Unica
- Nomenclador en Salud Mental

Cabe señalar que, además de los instrumentos elaborados en la Dirección de Salud Mental, se utilizarán para la evaluación otros medios o pautas como:

- 1) La Serie de Instrumentos para evaluar la calidad de la atención en Salud Mental, según recomendaciones del grupo de expertos reunidos en Ginebra en 1990, adaptadas por OPS para su utilización en América Latina
- 2) Las pautas establecidas para la habilitación y acreditación de establecimientos de salud por la Dirección Gral. de Regulación y Fiscalización de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Fuentes de Información

Toda la actividad de monitoreo y evaluación del funcionamiento de un sistema depende de la disponibilidad de la información precisa y actualizada. Para esto la Dirección de Salud Mental cuenta con herramientas de recolección de datos actualizadas en su diseño. Las modalidades de implementación de estas herramientas suelen presentar diferentes grados de dificultad, en particular en lo que respecta al registro estadístico de las prestaciones y al relevamiento de los datos demográficos y clínico-epidemiológicos.

Las historias clínicas, que deberían ser la fuente más frecuente de información para evaluar la efectividad de las intervenciones realizadas, suelen ser deficientes, incompletas y poco precisas. Por lo tanto, las visitas a los efectores y la observación directa del funcionamiento de los mismos constituyen un aporte de inestimable valor para la evaluación del sistema.

Recientemente, una Comisión de expertos ha reformulado el sistema de registro estadístico de prestaciones para los Consultorios Externos de Salud Mental, estableciendo definiciones operativas para cada una de las prestaciones, lo que constituye un hecho histórico al incorporar las actividades realizadas por todos los profesionales que integran el equipo interdisciplinario. A partir del año 2000 las prestaciones realizadas por todos los integrantes del equipo en los Consultorios Externos de Salud Mental de los hospitales del Gobierno de la Ciudad se publican por separado del resto de las consultas médicas, implicando un reconocimiento de la especificidad de la tarea y del trabajo interdisciplinario en el área de salud mental.

Normatización de Actividades y Organización para los Consultorios Externos de Salud Mental

Las siguientes normas han sido acordadas en las reuniones mensuales mantenidas con los Directores de Hospitales Monovalentes de Salud Mental y Jefes de Servicios de Salud Mental de Hospitales Generales de Agudos durante el año 2002.

Admisión: el servicio contará con un equipo o un sistema de admisión. El flujograma debe establecer cómo ingresa el paciente a un plan de tratamiento, la modalidad del mismo (individual, grupal, familiar) y su seguimiento, en el caso que corresponda. La admisión estará a cargo de un equipo, preferentemente interdisciplinario, integrado por los profesionales de mayor experiencia en la especialidad. Las personas que consultan por primera vez serán atendidas en el momento, evitando la formación de listas de espera para la admisión. El diagnóstico abarcará, en todos los casos los aspectos clínicos individuales, familiares y sociales.

Circulación de pacientes dentro de la Red de Salud Mental: las derivaciones entre Servicios, desde los Cesac y desde los SOE (*) hacia los Servicios, se hará en forma personalizada por el jefe, o a través del profesional que designe, a fin de que los pacientes sean recibidos por un profesional específico, con resumen del estado actual y diagnóstico presuntivo. (Ficha de derivación)

(*) Servicio de Observación y Evaluación de pacientes derivados por el Poder Judicial.

Duración de las entrevistas y tratamientos ambulatorios:

La duración de las entrevistas de admisión, diagnósticas y/o terapéuticas deberá ajustarse a lo establecido en las definiciones operativas de cada prestación incluida en el Sistema de Registro Estadístico de Salud Mental.

La duración establecida para los tratamientos es la siguiente:

- Psicoterapia individual: el plazo máximo será de 6 meses (30 sesiones aproximadamente), con adecuada supervisión. Este plazo será renovable por igual periodo, con acuerdo clínico del Jefe de Servicio o Equipo, siendo ésta la excepción y no la norma.
- Psicoterapia familiar: el plazo máximo será de 6 meses, con renovación en iguales condiciones que la psicoterapia individual.
- Psicoterapia grupal: el plazo máximo será de 1 año.

En patología crónica: deberán establecerse dispositivos que permitan el seguimiento y control de acuerdo a la evolución del paciente.

Los tratamientos en curso deberán ser supervisados periódicamente.

Funciones de la jefatura: planificar actividades, coordinar y supervisar la admisión, el tratamiento, la evolución y el seguimiento de los pacientes, en las diferentes modalidades de abordaje, a fin de controlar déficit o excesos. También es función del Jefe del Servicio la administración y organización de los recursos humanos, la evaluación periódica de las Historias Clínicas y verificar el cumplimiento de las normas establecidas. El Jefe de Servicio o Sector podrá dedicar el 50% de las horas semanales que tenga asignadas a tareas clínicas.

Horarios de atención y distribución del recurso humano:

El personal de planta se distribuirá de forma tal de cubrir el horario de atención, guardando equilibrio entre los diferentes turnos.

Las consultas externas y/o ambulatorias se atenderán en el horario de 8 a 16 horas, como mínimo. De ser posible, se extenderá el horario de atención hasta las 20 horas.

Organización interna:

Cada Servicio podrá darse la organización interna que le resulte más conveniente y adecuada, de acuerdo a las características de la demanda y a la especialización de los recursos profesionales y técnicos con que cuenta. Podrán integrarse equipos de atención siguiendo diferentes criterios: grupo etéreo (Niños, Adultos, etc) técnica terapéutica utilizada (terapia individual, grupal, etc.) y otros. Los equipos dependerán en forma directa del Jefe del Servicio y estarán coordinados por profesionales pertenecientes a la planta permanente de la institución. En ningún caso se crearán equipos o programas a cargo de personal que no reviste en la planta permanente del establecimiento.

Sistemas de Capacitación en Servicio: los profesionales de planta podrán dedicar el 20% de las horas semanales que tengan asignadas, a tareas docentes, de actualización y/o perfeccionamiento, debiendo asistir a los ateneos y supervisiones.

Concurrencias: se considera en tal situación a los profesionales que hayan ingresado de acuerdo al sistema vigente, cumpliendo con los requisitos establecidos por la Dirección de Capacitación.

Solamente podrán solicitar profesionales concurrentes aquellos servicios que acrediten estar en condiciones de recibirlos, tanto en lo que respecta a la planta física disponible como a los profesionales de planta que estarán encargados de su formación y supervisión. El personal concurrente, no podrá exceder en ningún caso el 50% del total del personal de planta del Servicio ni deberá cubrir eventuales falencias de organización o déficit de recursos humanos. Las vacantes serán establecidas anualmente por los Servicios con el acuerdo de las Direcciones de Salud Mental y Capacitación, las que se reservan el derecho de no asignar concurrentes en el caso que no se hubieran cumplimentado los requisitos establecidos anteriormente. Una vez cumplidos los 5 años de formación establecidos por el sistema de Concurrencias, la permanencia de los profesionales será exclusiva responsabilidad de los Jefes de Servicio.

Registro en la Historia Clínica:

Cada profesional deberá registrar diariamente en la respectiva Historia Clínica las prestaciones realizadas, consignando la fecha y tipo de prestación. así como aquellas entrevistas a las que el paciente no concurra. Este registro irá acompañado de firma, aclaración de la misma y número de matrícula profesional. Deberá consignarse el diagnóstico presuntivo en la fecha de ingreso del paciente, así como la fecha de egreso y la condición (alta médica, voluntaria, derivación, etc.)

Registro estadístico de prestaciones: los profesionales deberán completar la planilla de Registro Diario que luego será volcada a la planilla de Registro Mensual que se remitirá a la Dirección de Salud Mental, de acuerdo a los formularios vigentes.

Texto Definitivo LEY 448

LEY DE SALUD MENTAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

TÍTULO I

LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo 1º.- [Objeto] La presente ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Artículo. 2º.- [Principios] La garantía del derecho a la salud mental se sustenta en:

Lo establecido por la Ley Básica de Salud N° 153 en el Artículo 3º y en el Artículo 48 inc. c);

El reconocimiento de la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo;

El desarrollo con enfoque de redes de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria, y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores;

La intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental;

La articulación operativa con las instituciones, las organizaciones no gubernamentales, la familia y otros recursos existentes en la comunidad, a fin de multiplicar las acciones de salud y facilitar la resolución de los problemas en el ámbito comunitario;

La internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios;

El respeto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental;

La función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental individual, familiar, grupal y comunitaria. Evitando políticas, técnicas y prácticas que tengan como fin el control social.

Artículo 3º [Derechos]. Son derechos de todas las personas en su relación con el Sistema de Salud Mental:

Los establecidos por la Constitución Nacional, la Convención de los Derechos del Niño y demás tratados internacionales, la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, y la Ley N° 153 en su artículo 4º; A la identidad, a la pertenencia, a su genealogía y a su historia;

El respeto a la dignidad, singularidad, autonomía y consideración de los vínculos familiares y sociales de las personas en proceso de atención; A no ser identificado ni discriminado por padecer o haber padecido un malestar psíquico; A la información adecuada y comprensible, inherente a su salud y al tratamiento, incluyendo las alternativas para su atención; A la toma de decisiones relacionadas con su atención y su tratamiento; La atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos y sociales; El tratamiento personalizado y la atención integral en ambiente apto con resguardo de su intimidad; La aplicación de la alternativa terapéutica más conveniente y que menos limite su libertad; La rehabilitación y la reinserción familiar, laboral y comunitaria; A la accesibilidad de familiares u otros, en el acompañamiento de los niños, niñas y adolescentes internados, salvo que mediare contraindicación profesional.

Capítulo II

Autoridad de aplicación

Artículo 4º [Autoridad de aplicación] La autoridad de aplicación de la presente Ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de Salud Mental.

Artículo 5º [Autoridad de aplicación. Funciones] La autoridad de aplicación conduce, regula y controla el Sistema de Salud Mental. Son sus funciones:

La formulación, planificación, ejecución y control de las políticas de salud mental de conformidad a los principios y objetivos establecidos en la presente Ley;

La elaboración del Plan de Salud Mental;
La conducción, coordinación y regulación del Sistema de Salud Mental;
La habilitación y control de los establecimientos y servicios de salud mental de los tres subsectores y la evaluación de la calidad de las prestaciones;
La regulación y control del ejercicio de las profesiones relacionadas con la salud mental, de conformidad con la legislación vigente;
El desarrollo de un sistema de información, vigilancia epidemiológica y planificación estratégica como elemento de gestión del Sistema;
La promoción de la capacitación de todo el personal que desarrolle actividades de salud mental en los tres subsectores;
La articulación de políticas y actividades de salud mental con los municipios del Conurbano Bonaerense, orientados a la constitución de una red metropolitana de servicios de salud mental;
La concertación de políticas de salud mental con los gobiernos nacional y provinciales;
Todas las acciones que garanticen los derechos relativos a la salud mental de todas las personas;
Convocar al Consejo General de Salud Mental no menos de seis veces al año para el tratamiento de los temas con referencia a sus funciones;
Elaborar anualmente el presupuesto operativo de Salud Mental, a fin de garantizar la estimación y previsión de los fondos suficientes para: los gastos operativos, la readecuación de los actuales servicios y la construcción e implementación de la estructura inexistente y necesaria. El mismo deberá contemplar la totalidad de los efectores individualizados en la presente Ley.

Artículo 6º [Consejo General de Salud Mental] La autoridad de aplicación crea y coordina un Consejo General de Salud Mental, de carácter consultivo, no vinculante, honorario, con funciones de asesoramiento integrado por representantes de:
trabajadores profesionales y no profesionales del subsector estatal;
asociaciones de asistidos y familiares;
asociaciones sindicales con personería gremial;
instituciones de formación;
instituciones académicas;
asociaciones profesionales;
la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.

La autoridad de aplicación, invitará al Poder Judicial y a la Universidad de Buenos Aires a integrarse al Consejo General.

Artículo 7º [Consejo General de Salud Mental. Funciones] Son funciones del Consejo General de Salud Mental asesorar en:

la formulación de políticas, programas y actividades de salud mental;
la evaluación y seguimiento del Plan de Salud Mental;
los aspectos vinculados a cuestiones éticas;
los lineamientos generales de políticas en articulación con el Consejo General de Salud.

Capítulo III

Sistema de Salud Mental

Artículo 8º [Sistema de Salud Mental. Integración] Está constituido por los recursos del Sistema de Salud Mental de los subsectores estatal, de seguridad social y privado que se desempeñan en el territorio de la Ciudad, en los términos del Art. 11 de la Ley 153.

Artículo 9º [Denominación] Se establece para todos los efectores y servicios del Sistema, la denominación uniforme "de Salud Mental".

Artículo 10º [Sistema de Salud Mental. Lineamientos y acciones] La autoridad de aplicación debe contemplar los siguientes lineamientos y acciones en la conducción, regulación y organización del Sistema de Salud Mental.

La promoción de la salud mental de la población a través de la ejecución de políticas orientadas al reforzamiento y restitución de lazos sociales solidarios;

La prevención tendrá como objetivo accionar sobre problemas específicos de salud mental y los síntomas sociales que emergen de la comunidad;

La asistencia debe garantizar la mejor calidad y efectividad a través de un sistema de redes;
La potenciación de los recursos orientados a la asistencia ambulatoria, sistemas de internación parcial y atención domiciliaria, procurando la conservación de los vínculos sociales, familiares y la reinserción social y laboral;

La asistencia en todos los casos será realizada por profesionales de la salud mental certificados por autoridad competente;

La recuperación del bienestar psíquico y la rehabilitación de las personas asistidas en casos de patologías graves, debiendo tender a recuperar su autonomía, calidad de vida y la plena vigencia de sus derechos;

La reinserción social mediante acciones desarrolladas en conjunto con las áreas de Trabajo, Educación, Promoción Social y aquellas que fuesen necesarias para efectivizar la recuperación y rehabilitación del asistido;

La conformación de equipos interdisciplinarios de acuerdo a las incumbencias específicas;

Los responsables de los establecimientos asistenciales deben tener conocimiento de los recursos terapéuticos disponibles, de las prácticas asistenciales, de los requerimientos de capacitación del personal a su cargo, instrumentando los recursos necesarios para adecuar la formación profesional a las necesidades de los asistidos.

Artículo 11º [Organización] El Sistema de Atención de Salud Mental de la Ciudad se organiza e implementa conforme a los principios rectores derivados de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, de la Ley Básica de Salud y de la presente Ley.

Artículo 12º [Subsector estatal. Lineamientos] A los efectos de lo dispuesto en el artículo precedente son criterios en la conformación del subsector estatal:

La implementación de un modelo de atención que, en consonancia con lo dispuesto por la Ley Básica de Salud, garantice la participación a través de prácticas comunitarias;

La adecuación de los recursos existentes al momento de la sanción de la presente Ley, a los efectos de transformar el modelo hospitalocéntrico, para el desarrollo de un nuevo modelo de salud mental;

A los efectos de la implementación de lo dispuesto en los artículos 28º y 31º y concordantes de la ley Nº 153, se reconoce la especificidad del Sistema de Salud Mental;

Promover la participación de los trabajadores, profesionales y no profesionales del subsector, a los efectos de dar cumplimiento a lo dispuesto por el artículo 48, inciso c) de la Ley Nº 153;

La implementación de la historia clínica única, entendida como herramienta del trabajo terapéutico, no pudiendo constituirse en fuente de discriminación;

Los integrantes de los equipos interdisciplinarios delimitan sus intervenciones a sus respectivas incumbencias, asumiendo las responsabilidades que derivan de las mismas;

Las intervenciones de las disciplinas no específicas del campo de la Salud Mental, serán refrendadas por los profesionales cuya función les asigna la responsabilidad de conducir las estrategias terapéuticas, efectuar las derivaciones necesarias e indicar la oportunidad y el modo de llevar a cabo acciones complementarias que no son de orden clínico;

La actualización y perfeccionamiento del personal existente, mediante programas de formación permanente y acordes a las necesidades del Sistema;

La implementación de acciones para apoyo del entorno familiar y comunitario;

La coordinación intersectorial e interinstitucional con las áreas y sectores de promoción social, trabajo, educación, Poder Judicial, religiosas, policía, voluntariados, ONGs, organizaciones barriales y otras;

La centralización de la información registrada en los establecimientos de salud mental;

Podrán acceder a los concursos para los cargos de conducción, todos los profesionales con título de grado, en las disciplinas de salud mental.

Artículo 13º Los dispositivos del subsector estatal funcionan integrando la Red de Atención del Sistema de Salud Mental, debiendo ejecutar acciones en relación a las siguientes características específicas:

Prioridad en las acciones y servicios de carácter ambulatorio destinados a la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y reinserción social en Salud Mental, garantizando la proximidad geográfica de los efectores a la población;

Coordinación interdisciplinaria, interinstitucional e intersectorial de las acciones y servicios;

Participación de la comunidad en la promoción, prevención y rehabilitación de la Salud Mental;

Proyección del equipo interdisciplinario de salud mental hacia la comunidad;
Internación de corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental;
Internación de tiempo prolongado en hospitales monovalentes de salud mental, en los hospitales generales pediátricos, y hospitales de infecciosas y otros establecimientos específicos en salud mental.

Artículo 14º [Efectores] A los efectos de la conformación de la Red, se deben respetar las acciones y servicios, establecidos en los artículos precedentes, determinándose una reforma de los efectores actuales, e incorporando los recursos necesarios para la implementación de las nuevas modalidades. Para ello se establecen los siguientes efectores:

Centros de Salud Mental;

Atención de salud mental en Centros de Salud y Acción Comunitaria;

Dispositivos de atención e intervención domiciliar respetando la especificidad en Salud Mental;

Consultorios Externos;

Equipos de interconsulta, incluyendo la intervención en todas las acciones y servicios de alta complejidad médica y tecnológica;

Prestaciones en Hospital de Día y Hospital de Noche;

Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos;

Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva;

Áreas de atención en salud mental en los hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales pediátricos, la autoridad de aplicación definirá un mínimo y un máximo de camas, de acuerdo al efector;

Residencias Protegidas de hasta veinte (20) camas;

Hospitales monovalentes de salud mental;

Casas de Medio Camino;

Centros de capacitación sociolaboral promocionales;

Talleres protegidos;

Emprendimientos sociales;

Atención especializada en salud mental infanto-juvenil;

Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría;

Hogares y familias sustitutas;

Granjas terapéuticas.

Artículo 15º [Rehabilitación y reinserción] Las personas que en el momento de la externación no cuenten con un grupo familiar continente, serán albergadas en establecimientos que al efecto dispondrá el área de Promoción Social.

Artículo 16º Las personas externadas deben contar con una supervisión y seguimiento por parte del equipo de salud mental que garantice la continuidad de la atención. Todos los recursos terapéuticos que la persona requiera deben ser provistos por el dispositivo de salud mental correspondiente al área sanitaria de referencia.

Capítulo IV

Docencia e investigación

Artículo 17º Se promueve la docencia y la investigación en los efectores de Salud Mental.

Capítulo V

Regulación y fiscalización

Artículo 18º La autoridad de aplicación ejerce el poder de policía en el ámbito de su competencia, de acuerdo a lo establecido en los artículos 41º, 42º, 43º y 44º de la Ley Nº 153, contemplando la especificidad de la Salud Mental.

TÍTULO II

REGIMEN DE INTERNACIONES

Capítulo I

Principios generales

Artículo 19º La internación es una instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Cuando esta deba llevarse a cabo es prioritaria la pronta recuperación y resocialización de la persona. Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral.

Artículo 20º La internación de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a tal efecto, se debe ajustar a principios éticos, sociales, científicos y legales, así como a criterios contemplados en la presente Ley y en la Ley N° 153. Para ello se debe establecer la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas. Sólo puede recurrirse a la internación de un paciente, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria, y previo dictamen de los profesionales del equipo de salud mental u orden de autoridad judicial para los casos previstos.

Artículo 21º Las internaciones a las que aluden los artículos precedentes se clasifican en:
Voluntaria, si la persona consiente a la indicación profesional o la solicita a instancia propia o por su representante legal;
Involuntaria, conforme al artículo 30º de la presente Ley;
Por orden judicial.

Capítulo II

Procedimientos comunes a todas las internaciones

Artículo 22º Dentro de las 24 horas siguientes a la admisión del internado, el equipo interdisciplinario del establecimiento iniciará la evaluación para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Será emitido un informe firmado por el equipo de salud mental precisando si están dadas las condiciones para continuar con la internación.

Artículo 23º Dentro de los quince (15) días de ingresado y luego, como mínimo, una vez por mes, la persona internada será evaluada por el equipo interviniente del establecimiento que certifica las observaciones correspondientes al último examen realizado ; confirmando o invalidando las mismas, precisando la evolución e informando en la historia clínica sobre la desaparición de las causas justificantes de la internación.

Artículo 24º Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un (1) mes.

Artículo 25º Para el caso de instituciones de carácter privado y de la seguridad social, deben elevarse los informes a los que alude el artículo 23º a la autoridad de aplicación, a fin de que tome conocimiento de las causas y condiciones que sustentan la necesidad del procedimiento y su mantenimiento, en los términos de lo establecido en el artículo 24º.

Artículo 26º Toda disposición de internación, sea voluntaria, involuntaria o judicial, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

Evaluación y diagnóstico de las condiciones del asistido;

Datos acerca de su identidad y su entorno socio-familiar;

Datos de su cobertura médico asistencial;

Motivos que justifican la internación;

Orden del juez, para los casos de internaciones judiciales;

Autorización del representante legal cuando corresponda.

Artículo 27º Una vez efectuada la internación del paciente, el establecimiento debe remitir a la autoridad de aplicación la información pertinente, garantizando la confidencialidad de los datos. Dichos informes deberán remitirse en forma mensual en el caso de continuar con la internación.

Artículo 28º Toda internación debe ser comunicada por el director del establecimiento a los familiares de la persona, a su curador o representante legal si los tuviere y al juez de la causa si correspondiere, así como a otra persona que el paciente indique.

Capítulo III

Internación Involuntaria

Artículo 29º.- La internación involuntaria de una persona procede cuando a criterio del equipo profesional mediare situación de riesgo cierto o inminente para sí o para terceros.

Artículo 30º.- A los fines del artículo precedente deberá mediar formal solicitud interpuesta por un familiar de la persona cuya internación se pretende, o demás personas con legitimidad para actuar conforme al Código Civil u organismo estatal con competencia.

Artículo 31º.- La internación involuntaria debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución privada o de la seguridad social. No debe existir entre los profesionales y el asistido relación conyugal, de parentesco, de amistad o enemistad íntima ni tener intereses o vínculos económicos entre sí. En el subsector estatal, ambos certificados podrán provenir de dos profesionales del mismo efector.

Artículo 32º La internación de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley Nº 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de Menores e Incapaces.

Artículo 33º Si el paciente fuera recibido en consulta de urgencia y la internación se considerase indispensable a los fines de evitar una demora indeseable y potencialmente riesgosa para el bienestar del paciente y/o de terceros, el profesional podrá disponer la internación por un máximo de 72 horas. Durante ese lapso un segundo profesional deberá evaluar al paciente. Si ambos profesionales concordasen en la indicación de continuar la internación, entonces deberán indicar el tratamiento a seguir en forma debidamente fundamentada, de acuerdo con lo establecido en el presente Capítulo. Los profesionales que deben avalar la internación estarán sujetos a las limitaciones previstas en el artículo 31º.

Artículo 34º Para que proceda la internación involuntaria además de los requisitos comunes a todas las internaciones, debe hacerse constar:

Dictamen profesional urgente e imprescindible;

Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

Informe acerca de las instancias previas implementadas, constando detalles acerca de la duración y alcance de las mismas;

Dos (2) certificados profesionales que confirmen la necesidad de internación, conforme al artículo 31º de la presente.

Capítulo IV

Internación judicial

Artículo 35º.- El juez competente en materia penal tiene incumbencia para hospitalizar a los procesados, en el caso en que padezcan trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente ley, y lo prescripto por el Código Penal o medida de seguridad aplicada según lo establecido por la legislación vigente.

Artículo 36º.- El juez competente en materia civil y de familia tiene incumbencia sobre la internación de personas con trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y lo prescripto por el Código Civil.

Artículo 37º.- A los efectos de un adecuado seguimiento sobre el estado de la persona, el director del establecimiento debe elevar al Juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica.

Artículo 38º.- Los jueces que dispongan internaciones, deben requerir a la autoridad de aplicación información acerca de la disponibilidad de los establecimientos asistenciales, a efectos de garantizar el debido cuidado y seguridad del asistido.

Artículo 39º.- La autoridad de aplicación informará trimestralmente al Consejo de la Magistratura los casos en que las internaciones dispuestas judicialmente no fueran necesarias, a juicio del equipo de salud mental interviniente.

Capítulo V

Externación, altas y salidas

Artículo 40º El alta de la persona afectada por un padecimiento mental conforma un acto terapéutico por lo que debe ser considerado como parte del tratamiento y no como la desaparición del malestar psíquico.

Artículo 41º El alta definitiva será decidida por el responsable del equipo interdisciplinario de salud mental, debiendo contar con el aval y certificación del director del establecimiento.

Artículo 42º Las altas transitorias o definitivas y las derivaciones a otra institución, deberán ser debidamente fundamentadas en el dictamen del profesional o equipo a cargo del tratamiento del paciente y contar con la certificación del director del establecimiento. Las mismas serán comunicadas al juez interviniente si lo hubiere, dentro de las 24 horas anteriores a su producción.

Artículo 43º En el caso de las personas internadas por decisión judicial, el establecimiento podrá solicitar al juez interviniente un acuerdo de alta condicionada, la cual conformará una parte importante en el tratamiento y rehabilitación de la persona.

Artículo 44º Los niños, niñas y adolescentes internados que no registren la presencia de un grupo familiar de pertenencia, en caso de alta, dentro de las 72 horas serán derivados a la institución intermedia que corresponda, en los términos del artículo 15º de la presente y de la Ley N° 114, previa comunicación al Asesor de Menores e Incapaces.

Artículo 45º Cuando se reciba una persona derivada por vía judicial y surja de su evaluación que no posee patología en salud mental o que no se justifica su internación en un servicio de salud mental o en un hospital monovalente de salud mental, se dará inmediata información al juez interviniente a fin que disponga su pertinente externación o traslado.

Artículo 46º Las salidas y permisos especiales serán decididas en función del curso del tratamiento, debiendo ser comunicados a los familiares responsables o tutores responsables, Asesoría de Menores e Incapaces o juez, de acuerdo con la condición legal de la persona internada, con no menos de 24 horas de anticipación al momento autorizado de salida, debiendo contar con certificación del director del establecimiento.

Artículo 47º Durante las internaciones se promueven, cuando sea posible, los permisos de salida como parte del tratamiento y rehabilitación del paciente, favoreciendo la continuidad de su relación con el medio familiar y comunitario.

Capítulo VI

Responsabilidad de los directores de los establecimientos asistenciales

Artículo 48º Son deberes y obligaciones de los directores de los establecimientos asistenciales: Cuando un paciente sea derivado de un establecimiento a otro, sea este público o privado, debe ponerse en conocimiento a la máxima autoridad de salud mental; Establecer la existencia e identidad de familiares o allegados de las personas hospitalizadas a los fines de cumplimentar cabalmente lo establecido en el artículo 28º de la presente Ley; Procurar para los lugares de internación la dotación de personal, recursos y sitios adecuados para sus fines y funcionamiento.

En el subsector estatal, cuando el establecimiento se encuentre ocupado en un 95% de su capacidad, el director deberá notificar tal extremo a la autoridad de aplicación. A partir de la fecha de notificación, los ingresos deberán ser autorizados por la misma.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Primera.- Hasta tanto el Sistema de Salud Mental disponga los recursos y dispositivos dispuestos por la presente Ley, el ingreso a la Red podrá ser realizado por cualquiera de los efectores de atención.

Segunda.- La autoridad de aplicación debe realizar, dentro de los trescientos sesenta (360) días de promulgada la presente Ley, un relevamiento de la totalidad de las personas internadas, a fin de poder determinar las causas, tiempo de internación y certificar la necesidad o no de continuar con la internación.

Tercera.- [Vigencia de normas]. Los artículos 35º, 36º y 38º quedan suspendidos en su vigencia hasta que los jueces nacionales de los fueros ordinarios de la Ciudad de cualquier instancia, sean transferidos al Poder Judicial de la Ciudad.

Cuarta.- En relación a los recursos y la infraestructura inmobiliaria existente, afectados al Sistema de Salud Mental del subsector estatal, se ratifica la plena vigencia del punto 3, inciso c) del artículo 48º de la Ley N° 153.

Quinta.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente Ley en un plazo no superior a ciento ochenta (180) días a partir de su promulgación.

Artículo 49º.- Comuníquese, etc.

Plan medico Obligatorio:

Las empresas de medicina prepaga (que pueden adoptar la forma de sociedades anónimas, de responsabilidad limitada, simples asociaciones o fundaciones) brindan en general servicios de cobertura de salud, a cambio de una cuota mensual. La actividad carece de regulación legal específica, por lo que los contratos se rigen por las normas generales y la Ley de Defensa del Consumidor.

En los contratos se disponen diferentes planes de cobertura y a distintos precios. Es muy importante tener en cuenta que el contrato opera como una especie de seguro de cobertura, es decir, se ofrecen las prestaciones con base en las cuotas que se van abonando regularmente y por adelantado, ya que ante la falta de pago de las mismas opera una suspensión de los servicios y luego la conclusión del contrato.

Los contratos pueden ser de plazo indeterminado, o bien por un período establecido: mensual o anual, y con renovación automática.

Es de destacar que, a partir del año 1997 y ante la entrada en vigencia de la Ley N° 24.754, las empresas de medicina prepaga deben cubrir, como mínimo y en todos los diferentes planes que ofrezcan –básicamente- todas las prestaciones previstas en la Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 247/96, denominada Plan Médico Obligatorio (P.M.O.).

Allí se establece toda una serie de prestaciones básicas referidas a atención primaria y secundaria; internación; tratamientos ambulatorios, odontológicos; plan materno infantil; prótesis y medicamentos, entre otras prestaciones, que son de cumplimiento obligatorio para las empresas.

Para tener especialmente en cuenta

Importante resulta la sanción de la Ley 24.754, que pese a imponer especialmente a las empresas de medicina prepaga el deber de cumplir con las prestaciones obligatorias mínimas para las obras sociales (P.M.O.), son omitidas deliberadamente.

El Plan Médico Obligatorio es el régimen de asistencia obligatoria que, según Resolución N° 247/96, se estableció solo para las obras sociales del sistema comprendidas en las leyes 23.660 y 23.661, haciéndose extensivo su alcance a las Empresas de Medicina Prepaga. Determina la obligación de asegurar a sus beneficiarios las prestaciones de prevención, diagnóstico y tratamiento médico oncológico, mediante sus propios servicios o a través de terceros contratados. No podrán establecer períodos de carencia ni co-seguros o co-pagos, fuera de lo expresamente indicado en el P.M.O.

A través del P.M.O. se estableció la obligación de cubrir los tratamientos psiquiátricos, del HIV y problemas de drogadicción, que en general quedaban excluidos de la cobertura.

No pueden establecerse períodos de carencia, es decir tiempos mínimos de espera para poder gozar de determinadas prestaciones, ni cargos adicionales fuera de los expresamente indicados en el P.M.O.

La empresa no puede negar una cobertura, con independencia de lo que disponga el contrato, si es de cumplimiento obligatorio por el P.M.O.

COBERTURA DEL PLAN MEDICO OBLIGATORIO

Atención primaria: Programa de promoción y prevención general; Plan Materno Infantil; Programa de enfermedades oncológicas; Odontología preventiva; Programa de asistencia básica de médicos generalistas.

Atención secundaria: Consultas generales; Consultas especializadas; Atención odontológica;

Medicamentos; Internación general y especializada; Medios de diagnóstico (ambulatorio e internación); Traslado en ambulancia; Prótesis y órtesis; Rehabilitación; Hemodiálisis, Co-seguros.

Plan Materno: Atención del embarazo y parto desde el diagnóstico y hasta el primer mes posterior al nacimiento; Estudios durante el embarazo; Cursos de parto sin temor; Internación, parto, cesárea y medicamentos (cobertura total).

Plan Infantil: Controles hasta el primer año de vida. Detección perinatal finilcetonuria/hipotiroidismo. Vacunación. Internaciones clínicas y/o quirúrgicas. Coberturas de leches medicamentosas: hasta 4 kg. Por mes durante 3 meses.

Especialidades cubiertas: Alergia; Cirugía torácica; Cardiología; Cirugía infantil; Cirugía ginecológica; Cirugía general; Cirugía vascular; Endocrinología y Nutrición; Clínica médica; Fonoaudiología; Dermatología; Ginecología y Obstetricia; Flebología; Hemoterapia; Gastroenterología; Fisiatría y Rehabilitación; Hematología; Neumonología; Inmunología; Neurocirugía; Nefrología; Oncología; Neurología; Ortopedia y Traumatología; Oftalmología; Pediatría; Otorrinolaringología; Psiquiatría; Proctología; Esterilidad; Reumatología; Urología.

Odontología Preventiva: Campaña de prevención, fluoración y educación para la salud bucal.

Oncología: Prevención del cáncer femenino. Cobertura de diagnóstico y tratamiento de las afecciones malignas y de 100% de los medicamentos que estén aprobados por protocolos nacionales.

Internación: General; Clínica médica y quirúrgica. Especializada; Cirugía cardiovascular, pediátrica, neonatología, terapia intensiva y unidad coronaria, tocoginecológicas, psiquiátricas (hasta 30 días).

Atención odontológica: Cobertura de todas las prestaciones del Nomenclador Nacional de Obras Sociales. No cubre prótesis dentales.

Atención Psiquiátrica: Atención ambulatoria (30 sesiones por año con co-seguro). Internación (30 días al año, sin co-seguro)

Medios de Diagnóstico: Ambulatorio e internación.

Laboratorio: prácticas nombradas y aquellas que la Superintendencia Asistencial defina en el futuro.

Prótesis y Ortesis: 100% de cobertura en prótesis de colocación interna permanente. Resto de las prótesis, cobertura 50%. Traslado en ambulancia.

Rehabilitación: 100% de cobertura con los siguientes toques:

a) Kinesiología: 25 sesiones por año.

b) Posoperatorio de traumatología: 30 días.

c) Grandes accidentes: 6 meses; Hemodiálisis: cobertura total; Valores de co-seguros; Prácticas de diagnóstico ambulatorias.

HIV y Drogadependencia: deben incluir entre sus prestaciones obligatorias los tratamientos médicos, psicológicos y farmacológicos exigidos por el Sida y enfermedades intercurrentes y por las enfermedades derivadas del uso de estupefacientes. Asimismo establece la cobertura de programas de prevención del Sida y la Drogadependencia, con carácter obligatorio.