

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Hugo Barrionuevo

FACTORES CLAVES PARA LA GESTIÓN DEL PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO EN SALUD MENTAL

2003

Director: Fedérico Tobar

Barrionuevo, H. (2003). Factores claves para la gestión del programa médico obligatorio en salud mental. (Trabajo Final de Maestría). Universidad ISALUD, Buenos Aires

Resumen

Las transformaciones que debe introducir la seguridad social en la Argentina para mejorar su modelo de atención de la salud mental, plantean la necesidad de estudiar:

¿Cuáles son los factores claves para la gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental?

El presente trabajo se propone responder a esta problemática, asumiendo el objetivo de identificar dichos factores tomando en cuenta las características del mercado al que el programa está dirigido, la atención de la salud mental de la población beneficiaria de la seguridad social, en Argentina.

Palabras Claves

<Argentina> <Mercado de Salud> <Fallas del Mercado de Salud> <Programa Médico Obligatorio> <Salud Mental> <Psiquiatría> <Psicología> <Oferta> <Demanda> <Seguridad Social> <Privado> <Financiamiento> <Precios> <Obras Sociales>

Índice de contenidos

1. Introducción	8
1.1. Relevancia del problema	9
1.1.1. La salud mental como carga social.....	10
1.1.2. La situación en Argentina y la introducción del Programa Médico Obligatorio	11
1.2. Delimitación del estudio	12
1.3. Características del mercado	12
1.3.1. El mercado de servicios	14
1.3.2. El mercado de servicios sanitarios.....	14
1.4. Fallas del mercado de servicios sanitarios	15
1.5. ¿Cómo se estudia un mercado de servicios sanitarios?.....	22
2. El Mercado de Servicios de Salud Mental	24
2.1. ¿Cómo se estudia el mercado de la salud mental?	27
2.2. Los Actores.....	28
2.2.1. Los pacientes y sus familias	28
2.2.2. Las obras sociales	30
2.2.3. Los prestadores	30
2.2.4. El Estado	31
2.2.5. Otros actores	31
3. La Demanda	33
3.1. ¿Quiénes demandan atención en salud mental en la seguridad social ?	35
3.2. ¿Cuál es el volumen de la demanda?.....	37
3.3. ¿Cuál es la tendencia?	42
3.3.1. Cambios en las expectativas de los pacientes y sus familias	42
3.3.2. Cambios en la evolución de algunas enfermedades	42
3.3.3. Cambios en la patologías y motivos de consulta	43
3.3.4. Cambios económicos y laborales.....	43
4. La Oferta	44
4.1. Los proveedores de servicios de salud mental.....	45
4.2. ¿Qué servicios ofrecen?	47
4.3. Recursos Sanatoriales.....	50
4.4. Recursos Profesionales	59
4.5. ¿Cuál es la tendencia de la oferta?.....	64
5. Las Prestaciones en Salud Mental del Programa Médico Obligatorio	68
5.1. Cobertura en Salud Mental en el PMO de Emergencia	71
6. Financiamiento.....	73
6.1. Modalidades de contratación y pago	77
6.2. Formación de precios.....	82
7. Conclusiones y recomendaciones	84
7.1. Factores clave para la gestión del PMO en Salud Mental	85
7.2. Fortalezas y oportunidades.....	87
7.3. Debilidades y amenazas.....	88
7.4. El futuro	88
7.5. Recomendaciones	89
8. Bibliografía	91
Anexo I: Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo Salud Mental.....	96
Anexo II: Listado de Obras Sociales.....	99
Anexo III: Guía de Establecimientos Privados de Salud Mental	110
Anexo IV: PMO de Emergencia. Extracto Salud Mental	123

Índice de cuadros y gráficos

Cuadro 1: Las fallas de mercado en la salud mental	22
Cuadro 2: Matriz de Análisis del Mercado de la Salud	23
Cuadro 3: Matriz de Análisis del Mercado de la Salud Mental.....	27
Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo de Salud Mental.....	29
Tabla 1: Argentina. Tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.....	38
Gráfico 1: Argentina. Tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.....	38
Tabla 2: Argentina. Tasa anual de consultas ambulatorios cada 100 afiliados en obras sociales seleccionadas. Año 2001.....	39
Gráfico 2: Argentina. Tasa anual de consultas ambulatorios cada 100 afiliados en obras sociales seleccionadas. Año 2001.....	39
Tabla 3: Argentina. Tasa mensual de pacientes internados cada 1000 beneficiarios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.....	40
Gráfico 3: Argentina. Tasa mensual de pacientes internados cada 1000 beneficiarios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.....	40
Cuadro 4: Distribución de la oferta de servicios de salud mental según tipo de establecimiento según sector que provee y financia.	46
Cuadro 5: Argentina. Dispositivos asistenciales en salud mental y tipos de servicio que brindan.	47
Cuadro 6: Argentina. Servicios especializados de salud mental según tipo de establecimiento.	48
Cuadro 7: Argentina. Evolución de la oferta privada de servicios de salud mental.	52
Tabla 4: Camas psiquiátricas cada 100 mil habitantes en el mundo comparada según regiones y en Argentina.	53
Tabla 5: Camas psiquiátricas cada 100 mil habitantes en países seleccionados.	54
Tabla 6: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con y sin internación. Año 1995.....	54
Gráfico 4: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con y sin internación. Año 1995.....	55
Tabla 7: Argentina. Establecimientos psiquiátricos y camas por sector. Año 1995.	56
Tabla 8: Argentina. Promedio de camas psiquiátricas por establecimiento y por sector. Año 1995.....	56
Tabla 9: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con internación por sector. Año 1995.....	57
Gráfico 5: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con internación por sector. Año 1995.....	57
Tabla 10: Argentina. Porcentaje de camas psiquiátricas por sector. Año 1995.	58
Gráfico 6: Argentina. Porcentaje de camas psiquiátricas por sector. Año 1995.	58
Tabla 11: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos y camas por sector. Año 1995.	59
Tabla 12: Argentina. Cuadro comparativo entre médicos, psiquiatras y psicólogos. Año 2002.	60
Tabla 13: Tasa de psiquiatras por habitante comparada según regiones y en Argentina.	61
Tabla 14: Tasa de psiquiatras por habitante en países seleccionados.	62
Gráfico 7: Tasa de psiquiatras por habitante en países seleccionados.	63
Tabla 15: Argentina. Médicos y Psicólogos egresados por año. 1993-1998.	64
Gráfico 8: Argentina. Médicos egresados por año. (1993-1998).....	65
Gráfico 9: Argentina. Psicólogos egresados por año. (1993-1998)	65

Cuadro 8: Cambios en el modelo de atención de la salud mental.....	67
Cuadro 9: Argentina. Financiamiento y provisión de los servicios de Salud Mental.....	75
Cuadro 10: Argentina. Modalidades de pago por sector.	78
Diagrama 1: Modalidades de contratación y pago para servicios de salud mental en la seguridad social, en Argentina.....	79
Cuadro 11: Argentina. Principales modalidades de pago, actores e incentivos en el mercado de salud mental en la seguridad social.....	81

Presentación

Comprender el funcionamiento del sector salud, en términos de mercado, es una cuestión clave para la transformación o mejora de los sistemas de salud en el mundo, sean estos privados o públicos.

El mercado de la salud ha sido investigado por diversos autores y, gracias a una mejor comprensión de sus características, su conformación y su dinámica, se ha podido intervenir en forma concreta para promover transformaciones e introducir mejoras en su funcionamiento. Sin embargo, la salud no constituye un solo mercado, sino que abarca múltiples mercados con características propias y que interactúan entre sí, como son por ejemplo los de seguros, medicamentos, establecimientos asistenciales, insumos, etc.

La salud mental configura uno de esos mercados que integran el "gran" mercado de la salud. Es un mercado específico cuyas particularidades deben ser tenidas en cuenta para formular programas de mejoramiento de calidad, modelos de gestión que fortalezcan la administración de las instituciones y políticas que vigilen las garantías de los derechos del enfermo mental.

En la Argentina, las Obras Sociales Nacionales brindan cobertura a 10.500.000 de beneficiarios, lo cual representa más del 28 % de la población total del país¹, distribuidos en 290 obras sociales. Conforman de esta manera un mercado significativo en el cual se contratan y ofrecen sus servicios una importante cantidad de establecimientos monovalentes y profesionales especializados en la atención de los problemas de salud mental.

El tipo y la cantidad de servicios que deben brindar las Obras Sociales a sus beneficiarios en materia de salud mental se encuentran regulados por el Programa Médico Obligatorio que, desde el año 1996, determina la canasta básica de prestaciones que deben ser cubiertas por estas aseguradoras.

Por lo tanto, los cambios que se puedan producir en la atención de la salud mental de esta población afectarán los indicadores de salud mental a nivel nacional e impactarán en la atención de la salud mental de los otros dos subsectores: el público y el de los seguros privados.

Por otra parte, la hegemonía de la seguridad social, la escasa innovación en los servicios del sector público y la prioridad otorgada por las Obras Sociales al subsector privado, configuran un escenario en el cual, los servicios de salud mental, proveedores de los agentes del seguro, adquieren modalidades de organización cuya contribución merece atención.

Es por estas razones que las transformaciones que debe introducir la seguridad social en Argentina para mejorar su modelo de atención de la salud mental plantean la necesidad de estudiar **¿Cuáles son los factores claves para la gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental?**

El presente trabajo se propone responder a esta problemática asumiendo por objetivo identificar los factores clave en la gestión del Programa Médico Obligatorio en salud mental tomando en cuenta las características del mercado al que está dirigido, la atención de la salud mental para la población beneficiaria de la seguridad social, en Argentina.

El presente estudio está organizado en seis secciones.

En la **Introducción**, se justifica la relevancia del problema de la salud mental en el mundo y en la Argentina, se presentan elementos teóricos desde los cuales se abordará el

¹ Población total del país (año 2001): 37.031.802 de habitantes. Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC) (www.indec.gov.ar ó Ministerio de Economía www.mecon.gov.ar).

problema y se abordan aspectos seleccionados del mercado de la salud que son claves para su esclarecimiento. Avanzando desde lo general a lo particular, se revisa el mercado, el mercado de servicios, el mercado de servicios sanitarios y se definen algunas fallas seleccionadas del mercado de la salud. El capítulo concluye con la propuesta de una matriz que contiene los elementos relevantes para el estudio del mercado de la salud.

En el capítulo 2, el **Mercado de la Salud Mental** se introduce como un mercado de servicios sanitarios especializados en salud mental, en el cual se identifica a sus actores, se describen sus características y los aspectos relevantes de su dinámica. Se concluye con una matriz con los elementos relevantes para el estudio del mercado de la salud mental en la seguridad social.

En el capítulo 3 se estudia la **Demanda**, es decir el comportamiento de la demanda de asistencia en salud mental dentro de la seguridad social; cómo está compuesta, cuáles son sus necesidades y cuál es su magnitud. Finalmente se identifican las principales tendencias en la evolución de la demanda.

En el 4º capítulo, se estudia la **Oferta** de servicios de salud mental que provee atención a los beneficiarios de la seguridad social. Se identifican y clasifican los distintos servicios de salud mental ofrecidos. Se describe la oferta sanatorial y profesional en cuanto a su tipo, volumen y tendencia.

En el capítulo 5º se describen las **Prestaciones en Salud Mental del Programa Médico Obligatorio** es decir las prestaciones especializadas en salud mental, su aparición en este mercado y sus características sobresalientes.

En el capítulo 6 se analiza el **Financiamiento** de este mercado en la Argentina. ¿Quiénes lo financian?, ¿cómo se financia?, ¿cuánto se gasta en las prestaciones de salud mental?, ¿cuáles son las principales formas de contratación y pago?, ¿cómo se forman los precios?.

Finalmente, en las **Conclusiones y Recomendaciones**, se identifican los factores claves para la gestión de las prestaciones de salud mental del Programa Médico Obligatorio en este particular mercado, se describen sus fortalezas y debilidades, y se formulan recomendaciones para su mejoramiento.

1. Introducción

1.1. RELEVANCIA DEL PROBLEMA

La preocupación en el mundo por los problemas relacionados con la salud mental ha crecido notablemente en los últimos años. En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que la mayoría de los países son conscientes de que los problemas de salud mental constituyen una carga creciente que es preciso afrontar² y esto "... es posible a partir de una mayor toma de conciencia respecto a la magnitud del problema y sus consecuencias. A su magnitud, tanto en la extensión del problema, como en el deterioro de la calidad de vida; en los costos implicados y en el impacto sobre otros servicios sanitarios, como en la discapacidad y la carga social que generan"³. En términos de su contribución al conocimiento y a la gestión y regulación en salud, la respuesta al problema de investigación aquí planteado adquiere relevancia debido a tres fenómenos básicos:

- 1) El crecimiento de la incidencia y prevalencia de los trastornos mentales.
- 2) En respuesta a ello crece la oferta de servicios y la asignación de recursos al sector.
- 3) La definición de la canasta de servicios de salud que deben ser financiados con los recursos colectivos (fondos de la seguridad social) configura una de las más poderosas instancias regulatorias del mercado de la salud en su conjunto.

En este sentido constituye un hecho de notable importancia que, en el año 2001, el Día Mundial de la Salud fuera dedicado a la Salud Mental.

1) La incidencia y prevalencia de los trastornos de conducta y enfermedades mentales son cada vez más relevantes:

- Los estudios relevados por la Organización Mundial de la Salud estiman que el número de personas aquejadas de algún trastorno mental o del comportamiento en el mundo asciende a 450 millones⁴, lo que equivale nada menos que al 10% de la población mundial.
- La Encuesta Nacional de Salud de España del año 1989 informó que el 11,6% de los adultos afirmaba padecer algún tipo de trastorno psíquico. El 3% de esta población era consumidora habitual de fármacos antidepresivos⁵.
- Según el Estudio Socioeconómico sobre el coste social de los Trastornos de Salud Mental en España la prevalencia de los trastornos mentales en ese país (Morbilidad percibida y no percibida en población general, en el modelo de Goldberg y Huxley) es del 30% de personas afectadas y, según el mismo estudio, más de 2/3 de ellas

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1991. *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales*. Ginebra. OMS, Serie de Informes Técnicos.

³ BARRIONUEVO, H. Hugo. 2001. *Profesionalizar la Gestión en Salud Mental*. Buenos Aires. Programa de Investigación Aplicada. Fundación ISALUD.. (www.isalud.org.ar). Pág. 1.

⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. OMS.

⁵ ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA, citada en: Libro Blanco. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. 1998. Madrid. Sociedad Española de Psiquiatría. OFISALUD.

solicitan atención sanitaria, sólo 1/3 es detectada en Atención Primaria y el 7% es derivada a Atención Especializada⁶.

- Aproximadamente 200 millones de personas están afectadas por trastornos del estado del ánimo como la depresión⁷.
- Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 1 de cada 5 personas mayores de 85 años padece de alguna forma de Demencia⁸.

2) Esta altísima prevalencia de los trastornos mentales sobrepasa los límites de los servicios y profesionales especializados e impacta en la atención médica general, de modo tal que, entre el 20 y el 30% de las consultas en atención primaria que se realizan en el mundo corresponden a Trastornos Depresivos y de Ansiedad.

1.1.1. La salud mental como carga social

Los indicadores clásicos basados en la mortalidad, no logran reflejar la magnitud del problema de la salud mental debido a la poca letalidad que presentan estas patologías en comparación con las enfermedades agudas. Para comprender el enorme esfuerzo que deben hacer las sociedades al afrontar el problema de la salud mental es necesario recurrir a indicadores vinculados con la morbilidad y la discapacidad. Para cuantificar la carga social que representan los trastornos mentales deben ser evaluados no solo los años de vida perdidos por la muerte sino los años de vida con distintos grados de discapacidad que deben soportar tanto los afectados como sus familias y la sociedad en su conjunto.

En este sentido los AVAD (años de vida ajustados a discapacidad) constituyen un indicador sensible a las patologías crónicas con poca mortalidad pero altamente discapacitantes como lo son los trastornos mentales. Es recién a partir de la introducción de este tipo de indicadores que puede evaluarse la verdadera dimensión del problema que representan este tipo de afecciones.

Según la Organización Mundial de la Salud 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 2020⁹, cifras estas que por sí solas deben colocar a estas patologías dentro de las prioridades en las distintas políticas de salud.

Para tener una idea comparativa, cabe destacar que, según esta misma fuente, la carga global de morbilidad de los trastornos mentales supera a la de la tuberculosis, el cáncer o las enfermedades cardíacas¹⁰; y en los países desarrollados dos de cada cinco casos de incapacidad se deben a una enfermedad o déficit mental¹¹.

⁶ LOPEZ IBOR ALIÑO, Juan J. y Otros. 1998. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid. Sociedad Española de Psiquiatría. OFISALUD.

⁷ TOBAR, Federico. 2000. *Tendencias Epidemiológicas en Salud Mental*. Buenos Aires. Programa de Investigación Aplicada – ISALUD.

⁸ AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION. 1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM – IV*. Barcelona (Versión española). Masson S. A.

⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. OMS.

¹⁰ DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. 1997. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. OPS – OMS.

¹¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1991. *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales*. OMS. Pág. 1.

También es posible cuantificar el problema como carga social tomando en cuenta los costos directos implicados en la atención de estas patologías; es así que por ejemplo en los Estados Unidos el 16% del presupuesto en salud es consumido por los servicios psiquiátricos. En ese mismo país el costo total de las enfermedades mentales (incluido alcoholismo y abuso de drogas) superó los U\$A 300.000.000.000 en el año 1990 y la carga económica de la Depresión es similar a la causada por las enfermedades cardíacas.

1.1.2. La situación en la Argentina y la introducción del Programa Médico Obligatorio

Los problemas sociales como el desempleo y el subempleo, la extensa urbanización, el empobrecimiento, la pérdida de lazos sociales y el aislamiento han agravado las condiciones de la salud mental de la población argentina. Paralelamente, la oferta de servicios enfrenta un severo problema de financiamiento; el sector asegurador de la salud en la Argentina registraba, en el mes de abril del año 2000, una deuda prestacional del orden de los dos mil millones de pesos, mientras que el pasivo total duplicaba esta cifra¹².

Los servicios de salud mental también sufren el impacto de esta deuda y han bajado sensiblemente los valores del pago por capitación en la medicina prepaga y la seguridad social; se ha modificado la utilización de los servicios acotando las prestaciones ambulatorias y los tiempos de internación. La morfología del mercado ha cambiado. El sector público, en tanto, mantiene intactas sus estructuras manicomiales.

Ante el desafío que plantea la necesidad de avanzar hacia reformas del modelo asistencial de la salud mental, se hace necesario contar con estudios económicos que sirvan de apoyo para la toma de decisiones.

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

En su propio texto, es definido como un "Programa de Salud referido al conjunto de prestaciones esenciales que deben garantizar los Agentes del Seguro a sus beneficiarios. Es de carácter obligatorio para los Agentes del Seguro de Salud, quienes no son meramente financiadores del sistema, sino, y por sobre todo, responsables de la cobertura de salud de la población beneficiaria"¹³.

Antes de la introducción del Programa Médico Obligatorio (PMO) en el mercado de servicios de salud mental, los seguros de salud brindaban diferentes tipos y grados de cobertura basados en criterios propios y sin un marco legal que legitimara sus planes de cobertura tanto para las prestaciones incluidas como para las que no lo están.

Establecer criterios de inclusión y exclusión, y poner límites a la duración de los tratamientos era una tarea difícil tanto para los agentes del seguro como para los propios proveedores del servicio, y requería que todas las evaluaciones fueran consideradas caso por caso con el enorme costo y desgaste que semejante tarea implica, sobretudo en los sistemas de cobertura de grandes poblaciones.

Finalmente las decisiones que se tomaban no tenían respaldo legal suficiente y por ende estaban sujetas a reclamos posteriores y a la intervención de otros actores, que

¹² TOBAR, Federico. *Estimación de los Créditos que Mantienen los Efectores Privados con los Financiadores de Salud*. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Bs. As. Noviembre de 2000. (www.isalud.org)

¹³ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. 2002. *Programa Médico Obligatorio de Emergencia*. Buenos Aires.

como se verá en el próximo capítulo, ejercen una enorme influencia en las decisiones terapéuticas.

Con sus aciertos y limitaciones, lo cierto es que el PMO introdujo por primera vez reglas de juego en un mercado que las necesitaba y fundamentalmente en una especialidad caracterizada por una enorme dificultad en el establecimiento de estándares de atención.

Tanto financiadores como proveedores de servicios de salud mental lo utilizan como marco de referencia para el diseño de los planes de cobertura, modelos de contratos, programas asistenciales, auditoría, control de gestión y control del gasto.

1.2. DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Habitualmente se utiliza el término mercado de salud para referirse al mercado en el cual se demandan y proveen servicios sanitarios. De esta manera, en el presente trabajo se utiliza el término mercado de salud mental en el sentido de mercado de servicios sanitarios de salud mental.

El "universo" es el mercado de servicios de salud mental que asiste a la población bajo cobertura de la Seguridad Social en la República Argentina afectada por el Programa Médico Obligatorio (PMO), lo que significa 10.500.000 de beneficiarios distribuidos en 290 obras sociales.

Se incluyen los servicios de atención sanatoriales y profesionales incluidos en el Programa Médico Obligatorio bajo el rubro salud mental.

Las Obras Sociales provinciales no se encuentran afectadas por el PMO, razón por la cual no forman parte del universo bajo estudio.

No se incluye en la investigación el Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados debido a que la población bajo su cobertura posee características atípicas que justificarían un estudio específico.

En el caso de la Medicina Prepaga, tanto la oferta como la demanda poseen comportamientos históricamente distintos a los observados dentro del sistema de la Seguridad Social, por lo cual, a pesar de estar reguladas por el PMO, no se las incluye en este trabajo. Desde la Superintendencia de Servicios de Salud, la actual gestión impulsa el debate para concretar la inclusión de las Empresas de Medicina Prepaga y el resto de las Obras Sociales dentro de la órbita de ese organismo.

No se estudia el mercado de los psicofármacos, el cual posee características muy particulares derivadas del tipo de industria que los produce y comercializa, de las formas de financiación y de otras especificidades que tornan necesario, para su comprensión, de otro tipo de investigaciones.

1.3. CARACTERÍSTICAS DEL MERCADO

El mercado es el lugar donde oferentes y demandantes intercambian bienes y servicios. Dornbush R., Fischer S. y Schmalensee R. definen al mercado como un conjunto de mecanismos mediante los cuales compradores y vendedores de bienes o servicios entran en contacto para comerciarlos. El mercado es una organización donde se realizan compras y ventas de mercancías, entre demandantes y oferentes.

Según Ahuad A., Paganelli A. y Palmeyro A. se entiende por mercado aquellas instancias o mecanismos por los cuales interactúan usuarios y proveedores expresando sus necesidades los unos y ofreciendo los bienes y servicios para satisfacerlas los otros.

Entonces se produce una transacción y como consecuencia de la misma un aumento de utilidad para ambas partes.

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

Hasta aquí se define al mercado como una unidad, pero en verdad coexisten en la vida económica un sinnúmero de mercados según los distintos tipos de bienes o servicios y según la forma en que se conformen y comporten la oferta y la demanda específica de cada uno de esos mercados.

Se incluyen en esta categoría desde el mercado de los zapatos, por ejemplo, hasta la provisión de energía eléctrica o de algún medicamento esencial para la vida. Esta diferencia en las características intrínsecas del bien o servicio producido, las particularidades de la necesidad-demanda a la que está dirigido y el lugar que la sociedad en su conjunto otorga a cada uno de esos bienes o servicios, determina formas muy distintas de conformación y funcionamiento de mercado.

Siguiendo la microeconomía neoclásica los mercados pueden agruparse en mercados perfectos e imperfectos. Esta distinción depende de características que hacen tanto al bien o servicio, como a la conformación y dinámica de la oferta y la demanda.

A su vez estos mercados pueden ser libres o no de la intervención de agentes externos, como el Estado.

La **cantidad demandada** de un bien o servicio puede modificarse si cambian algunas de las siguientes variables:

- el **precio** del producto,
- el nivel de **ingresos** de la población,
- el precio de los **bienes relacionados** y
- los **gustos o preferencias** de los consumidores.

A su vez, la **cantidad ofrecida** de un bien o servicio depende de:

- el **precio** del producto,
- el precio de los **factores productivos** y
- la **tecnología** existente.

Estos desplazamientos se producen como consecuencia de modificaciones en las otras variables mencionadas:

- para la demanda: el nivel de ingresos, el precio de los bienes relacionados y los gustos o preferencias de los consumidores.
- para la oferta: el precio de los factores productivos y la tecnología existente.

La identificación de estos factores permitiría intervenir en un mercado para modificar la cantidad demandada y por ende el consumo de un bien o servicio determinado:

- Precio del producto
- Precio de los bienes relacionados
- Precio de los factores productivos
- Tecnología existente
- Nivel de ingresos
- Gustos o preferencias de los consumidores

Otro concepto que permitirá abordar el mercado de los servicios de salud y de salud mental es el de **elasticidad de la demanda** y la **elasticidad de la oferta**.

En general la cantidad demandada de un producto aumenta si su precio disminuye y disminuye si el precio aumenta. Esta es la descripción de la curva de la demanda cuya pendiente es negativa.

Sin embargo este aumento o disminución de la cantidad demandada no siempre se produce en la misma proporción que las variaciones en su precio. Para algunos bienes la cantidad demandada aumenta en mayor proporción que el porcentaje en que disminuye su precio y para otros en menor proporción.

Esta característica de la demanda de responder con distinta sensibilidad a la variación de los precios para los distintos productos se llama elasticidad-precio de la demanda.

La demanda de un producto es elástica cuando una variación porcentual del precio produce una variación porcentual mayor en la cantidad demandada. Y es inelástica cuando la variación porcentual de la demanda es menor que la variación porcentual de su precio. La elasticidad de la oferta se define de la misma forma que la elasticidad de la demanda. Cabe destacar uno de los casos extremos como es el de la demanda perfectamente inelástica: en este tipo de demanda no se producen cambios en la cantidad demandada como respuesta a las variaciones en el precio.

1.3.1. El mercado de servicios

Hasta aquí se han descrito algunas características relevantes del mercado ya sea éste un mercado de bienes o de servicios. Para introducirse en el estudio del mercado de la salud es conveniente primero identificar las particularidades de los servicios, categoría a la que pertenecen los productos que se intercambian en el mercado de la salud.

A continuación, se señalan esas características particulares de los productos cuando ellos son servicios y que los distinguen del mercado de bienes industriales:

- En el mercado de servicios el producto es intangible, a diferencia del producto industrial.
- Los servicios no pueden almacenarse para ser consumidos en otra oportunidad.
- Los servicios no pueden ser transportados para ser consumidos en otro lugar.
- La producción, la venta y su consumo se realizan habitualmente en el mismo lugar.
- Los servicios se consumen en el mismo momento en que se producen.
- El usuario participa y tiene un papel muy importante en la producción y en la calidad del servicio.

1.3.2. El mercado de servicios sanitarios

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

Vicente Ortún Rubio advierte sobre el riesgo de confundir la Economía de la Salud con la Economía de los Servicios Sanitarios¹⁴. La aplicación de la disciplina y las herramientas de la Economía a los temas de salud puede incluir desde el estudio de la influencia del desempleo en la salud mental hasta las relaciones entre el estado de salud de las distintas poblaciones y la distribución de la renta, en este caso se trata de la Economía de la Salud.

¹⁴ ORTUN RUBIO, Vicente. 1985. *Economía y Salud: Una Vía de Avance*. Baltimore. Universidad de Johns Hopkins.

En relación a la Economía de los Servicios Sanitarios, alerta sobre el riesgo de entenderla simplemente como el estudio del comportamiento de proveedores de atención médica y usuarios de la misma: se pierden los fundamentos que permiten distinguir los cuidados sanitarios de las mercancías en general.

Siguiendo la definición de Robert Evans puede observarse que el usuario de servicios de atención médica busca la salud como estado y no los efectos directos de la atención, que suelen ser incómodos y asustan (cirugía, odontología, medicamentos, etc)¹⁵.

Algunas características del mercado de servicios sanitarios que merecen destacarse son:

- En el mercado de asistencia sanitaria, el producto y la actividad de producción son idénticos.
- Existe inelasticidad de la demanda en relación a los precios de los servicios, debido en parte a que el paciente, como consumidor, es menos sensible al precio de los servicios que recibe por efecto de la intermediación. En este hecho se basa la implementación de copagos o coseguros como una forma de contener el gasto en salud a través de una menor utilización de los servicios como consecuencia de sensibilizar al consumidor con respecto al precio del servicio (cuando el paciente comienza a pagar esto opera como un aumento en el precio)¹⁶.
- El médico decide por un lado la cantidad y tipo de los insumos necesarios y por otro lado cantidad y tipo de servicio/"producto" que debe consumir el paciente. Es decir que interviene tanto en la oferta como en la demanda, ejerciendo así una doble intermediación.
- No es el precio lo que inclina la decisión del paciente en la elección del prestador sino más bien la calidad que le supone al establecimiento, la cual también es influida por la relación de agencia que ejerce el médico. Hay entonces poca competencia por precio entre prestadores.

1.4. FALLAS DEL MERCADO DE SERVICIOS SANITARIOS

Para poder entender el funcionamiento del mercado de los servicios sanitarios es necesario identificar y comprender aquellas circunstancias en las que el funcionamiento del mercado no conduce a una situación eficiente. A esas circunstancias desde la escuela neoclásica de economía se las denomina fallas del mercado.

A continuación se definen algunas de estas fallas y su comportamiento en el mercado de la salud mental.

Equidad

La equidad representa el modo en que una sociedad piensa la justicia en términos de distribución "equitativa" de la salud a través de una distribución, también equitativa, del acceso a los servicios sanitarios y se constituye en falla normativa debido a que el mercado garantiza la eficiencia pero no la equidad en la distribución.

Como consecuencia de que la disponibilidad a pagar depende de la capacidad de pago y esta a su vez de la distribución de la renta y la riqueza resultante del mercado, este último no puede asegurar una distribución equitativa de los servicios de salud.

¹⁵ EVANS, Robert G. 1984. *Strained Mercy. The Economics of Canadian Health Care*. Toronto. Butterworths. Citado en ORTUN RUBIO, Vicente. 1985. *Economía y Salud: Una Vía de Avance*. Baltimore. Universidad de Johns Hopkins.

¹⁶ TOBAR, Federico. 2001. *Economía de Hospital*. Programa de Investigación Aplicada. Fundación ISALUD.

El concepto de equidad o justicia social es una cuestión de derecho y por ende debe estar por encima de la eficiencia en la lógica de asignación de los recursos.

Juan Rovira señala que en salud se persigue una "equidad específica", ya que la sociedad acepta en cierta forma la desigualdad económica y no la desigualdad en el acceso a los cuidados de la salud¹⁷. Si la meta fuera la disminución de las desigualdades en la renta de las personas, la solución sería dar subsidios en dinero para que cada persona lo destine como considere mejor. En cambio se subvenciona en especie, es decir que se proveen servicios en forma gratuita.

Esta subvención en especie funciona desde el punto de vista de la economía como una imposición en las preferencias del individuo al no permitirle elegir qué consumir. Según el autor esto conlleva un cierto grado de paternalismo por parte de aquellos que "saben" lo que les conviene a los otros.

La importancia que las naciones le han reconocido en los últimos años a los problemas de la salud mental se debe fundamentalmente a la enorme discapacidad que este tipo de enfermedades provoca.

Esa discapacidad coloca a los afectados en inferioridad de condiciones para el desempeño laboral, razón por la cual se agudiza en este grupo el problema de la equidad en el acceso a los recursos sanitarios.

Bienes tutelares

La segunda de las fallas de tipo normativo deriva de la existencia de lo que en economía se conoce como bienes tutelares, también conocidos como bienes preferentes o meritorios, entendiéndose por tales, aquellos bienes o servicios para los cuales la sociedad tiene especial interés en asegurar su consumo.

El paradigma de eficiencia del mercado se sustenta en que la distribución del consumo de los bienes o servicios que una sociedad produce esté en directa relación con los precios y el nivel de ingreso.

Entonces una forma de proteger el consumo de un bien es que la adquisición del mismo no dependa del poder adquisitivo individual. Para ello se lo financia en forma colectiva, lo que introduce un mecanismo ajeno al mercado.

En esta categoría de bien tutelar entran todos aquellos bienes o servicios destinados al mantenimiento o recuperación de la salud, es decir que la sociedad en su conjunto tiene especial interés en asegurar que los servicios de atención sanitaria sean consumidos por toda la población que lo necesite.

Sin embargo es sabido que la atención de la salud mental fue y aún es relegada en los planes de salud, en los programas de cobertura, en los recursos que se le destinan. Tan es así que la misma Organización Mundial de la Salud efectuó una serie de recomendaciones a los Estados miembros dentro de las cuales se dio especial importancia a la identificación dentro del presupuesto destinado a salud de la porción que corresponde a la atención de la salud mental. Estas recomendaciones no son otra cosa que la respuesta a la verificación de que los problemas de salud mental suelen quedar relegados en la puja por los recursos frente a otro tipo de necesidades en salud.

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

Si bien entonces la salud es considerada un bien tutelar o preferencial, esta "preferencia" toma diferentes valores para las distintas especialidades dentro del conjunto de la salud.

¹⁷ ROVIRA FORNS, Juan. 1986. "Mercado Y planificación en sanidad". *JANO*. Vol. XXXI, nº 746: 53-62, octubre.

Rendimientos crecientes

En el mercado de los servicios sanitarios existen zonas geográficas en las que la baja densidad poblacional genera una demanda de servicios cuantitativamente insuficiente para la existencia de varios oferentes para un mismo servicio de manera tal que puedan competir entre sí a través del precio y/o de la mejora de calidad de las prestaciones.

Esta situación es la consecuencia directa de la existencia en la salud de lo que en economía se conoce como ley de rendimientos crecientes. Se dice que se producen rendimientos crecientes cuando hay economías de escala, es decir que la rentabilidad del bien o servicio a producir aumenta con la cantidad producida, de manera tal que para ciertos bienes o servicios es necesaria una cantidad mínima de producción para que exista rentabilidad.

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

Ahora bien, la demanda de atención en salud mental representa solamente una porción de las necesidades de servicios de salud que requiere una determinada población y por lo tanto, la posibilidad de que existan zonas con una densidad poblacional que demande una cantidad de servicios insuficiente para la existencia de más de un proveedor es mayor para el mercado de la salud mental.

Es por esto que en salud mental existe mayor riesgo de que se produzcan oligomonopolios.

Racionalidad limitada

No hay nada que garantice que las decisiones que adoptan las personas estén dirigidas siempre a mejorar su bienestar; podría decirse incluso que no existe razón alguna para suponerlo.

Se entiende por insuficiencia en la racionalidad individual al hecho de que las personas pueden llevar a cabo actos que pueden ser perjudiciales para sí o para la comunidad. Este límite de la racionalidad humana se convierte en falla, en tanto que, para que el mercado funcione es condición necesaria que las decisiones que toman los actores sean siempre decisiones "racionales".

Algunas características intrínsecas de los trastornos mentales tienen como consecuencia una mayor frecuencia de conductas potencialmente lesivas tanto para los pacientes como para otros miembros de su entorno. Esta tendencia al riesgo puede explicar en parte la riqueza en la variedad de actores que intervienen en nombre de los pacientes y su racionalidad limitada.

Incertidumbre sobre la incidencia de la enfermedad

La incertidumbre con respecto a la incidencia de la enfermedad ha tenido como respuesta el aseguramiento (ya sea público o privado) y la consecuencia inmediata desde el punto de vista económico de este aseguramiento han sido dos fenómenos de oportunismo que se conocen como **selección adversa** y **riesgo moral**.

La selección adversa es un tipo de oportunismo precontractual en el que el comprador de seguro de salud esconde información sobre su salud para obtener el contrato. El riesgo moral es un oportunismo poscontractual por el cual se oculta no solo información sino también las acciones. El consumo excesivo de servicios sanitarios es una de las formas más importantes en que se concreta el riesgo moral.

Si el precio de un servicio sanitario es cero o cercano a cero, "se consumirá más de lo que se consumiría si se tuviese que pagar su verdadero costo social"¹⁸. En este sentido se produce una pérdida de bienestar social desde el punto de vista económico, porque se valora ese bien por debajo de lo que costó su producción.

Cabe destacar aquí la diferencia entre la pérdida de bienestar en sentido económico y en sentido sanitario. Desde el punto de vista económico la valoración del consumo de un bien o servicio está dada por la demanda que se expresa como disposición a pagar o no un precio determinado por ese bien. Desde el punto de vista sanitario cuando el consumo es excesivo tiene más consecuencias negativas que beneficios para la salud. Como se puede apreciar, tiene una lógica totalmente distinta del exceso de consumo en el sentido económico.

En el campo de la salud mental, la incertidumbre sobre la incidencia de la enfermedad, es decir sobre el riesgo de enfermar, se comporta de manera particular.

Una importante proporción de los trastornos mentales son enfermedades de evolución crónica cuyo comienzo suele remontarse a edades muy tempranas

Esta característica de los problemas mentales produce en este grupo un cierto grado de **certidumbre** respecto a la necesidad de tratamientos prolongados e incluso en muchos casos permanentes.

Por otro lado una de las características propias de los problemas de salud mental es la negación del riesgo de padecer este tipo de patología, por lo tanto si bien existe una incertidumbre de incidencia "real", la población puede negar este riesgo y esta negación funcionar como **certidumbre** para el principal: "**yo no voy a enfermar** (de un problema mental)".

Incertidumbre sobre la efectividad

En medicina es difícil obtener certeza en:

- la identificación y valoración de signos y síntomas
- la relación entre éstos y las enfermedades
- la efectividad de los tratamientos

La regulación del ejercicio profesional aparece como una respuesta del Estado ante la incertidumbre respecto de la efectividad diagnóstica y terapéutica; de esta manera se introduce una falla para controlar otra falla ya que al colocar una barrera de acceso para la oferta se introduce una clara tendencia monopólica en el mercado de las prestaciones médicas.

Pero esta solución trae como consecuencia la concentración de un poder monopólico en aquellos que se reservan esa capacidad regulatoria.

Para Rovira Forns¹⁹ el consumidor de cuidados sanitarios no tiene suficiente conocimiento para juzgar la calidad del servicio que adquiere y si bien esta "ignorancia" del consumidor no es un fenómeno exclusivo del campo de la salud, las consecuencias de contratar servicios de mala calidad pueden ser más graves e irreversibles en el caso de la asistencia sanitaria que con otros tipos de bienes o servicios. Esto justifica la regulación de la entrada de proveedores por parte del Estado por medio algunos tipos de habilitación (matrícula, certificación, acreditación) que garantice cierto nivel de idoneidad y calidad.

Una de las características que distingue a los problemas mentales del resto de los problemas de salud es el hecho de que el "órgano" o sistema afectado es justamente

¹⁸ ORTUN RUBIO, Vicente. 1995. *Análisis de los Mercados y del marco regulatorio del sector salud*. IV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.

¹⁹ ROVIRA FORNS, Juan. 1986. "Mercado Y planificación en sanidad". *JANO*. Vol. XXXI, nº 746: 53-62, octubre.

aquel utilizado, entre muchas otras cosas, para identificar e interpretar la realidad, las emociones, las sensaciones; como consecuencia de ello en muchos de los trastornos mentales es justamente la capacidad de identificar un malestar, describirlo y solicitar ayuda la que se ve afectada.

En el estado actual del conocimiento, la posibilidad de establecer relaciones claras entre los síntomas y las patologías es mucho menor en los problemas mentales que en las enfermedades en las que predomina el componente orgánico del problema de salud.

Por último, la eficacia de una parte importante de los tratamientos en salud mental es objeto de permanentes revisiones, y la evaluación del grado de efectividad de los mismos posee importantes dificultades metodológicas por las cuales aún hoy muchos de los dispositivos utilizados en la atención de estos pacientes no gozan del consenso profesional e incluso están fuera de la cobertura de los seguros de salud, sean estos públicos o privados.

Puede afirmarse entonces que la incertidumbre en la efectividad diagnóstica y terapéutica es mayor para el caso de los trastornos mentales que para el resto de los problemas de salud, en sus tres componentes y como consecuencia de esto la regulación de la entrada de proveedores por parte del Estado como forma de mitigar los efectos de este tipo de incertidumbre se hace aún más necesaria en el mercado de los servicios de salud mental.

La regulación del ejercicio profesional dispone de tres herramientas para mitigar los posibles efectos negativos de esta falla:

- Asegurar la capacidad técnica de los proveedores de salud.
- Asegurar una condición ética por parte de los mismos.
- Regular el tamaño de la oferta.

Si se toma la capacidad técnica y la ética como componentes de calidad de los proveedores, en el mercado de servicios sanitarios la oferta puede ser regulada en cantidad y calidad. Sin embargo en Argentina la aparición o desaparición en el mercado tanto de instituciones como de profesionales no depende de planificación alguna por parte del Estado.

Asimetría de la información

Uno de los supuestos que sostiene al mercado como una forma eficiente de asignación de recursos es la existencia de información perfecta para los actores involucrados, lo que significa que tanto los proveedores como los compradores conocen cuáles son aquellos bienes capaces de satisfacer sus necesidades o expectativas.

En el mercado de la salud, debido a que los pacientes sólo pueden identificar su malestar, pero no saben cuál es la causa y menos aún qué necesitan para su solución, no se cumple este supuesto; se dice entonces que existe una asimetría de la información en favor del médico.

Uno de los intentos de resolver esta falla, es la relación que se produce entre el médico y el paciente, en la cual es el médico el que posee la información necesaria para diagnosticar el padecimiento, descubrir sus causas e indicar el tratamiento. A este tipo de relación se la llama relación de agencia, donde el médico es el **agente** y el paciente el **principal**; en este tipo de relación el agente decide por el principal qué debe éste "consumir" para conservar, mejorar o restablecer su estado de salud.

La mayor o menor medida en que el agente considera los intereses del principal por sobre los suyos determina el grado de "**perfección**" o "**imperfección**" de las decisiones del médico-agente como representante del paciente-principal y como consecuencia de esta imperfección aparece el problema de la **demandada inducida** por el médico, la cual

borra los límites entre el comportamiento de la oferta y el de la demanda y por ende desdibuja el mercado como tal²⁰.

En muchos casos la dificultad comienza ya en el mismo momento en que no se puede identificar ni siquiera la presencia del malestar; esta falta de percepción del síntoma es más frecuente en los trastornos mentales.

Existe en salud mental una importante variedad de escuelas teóricas que tratan de dar cuenta de los problemas mentales y entre ellas importantes diferencias en los criterios de salud-enfermedad, diagnósticos y tratamientos.

Es decir que a la asimetría de la información existente entre Principal y Agente, se debe agregar también una dispersión en la información entre los distintos Agentes según la escuela desde la que enfoquen el problema de un mismo Principal. Si el Principal quisiera reducir esta falta de información debería conocer los diversos enfoques sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de su patología, que sustentan las distintas líneas teóricas vigentes.

En los problemas de la salud mental el alto grado de incertidumbre tanto respecto a al diagnóstico como a la terapéutica contrasta con la facilidad con la que suelen aportar teorías explicativas y posibles soluciones los distintos actores involucrados, desde familiares, vecinos, jueces, medios de comunicación, etc.

Por lo tanto además de la asimetría ya verificada para los problemas de salud, habría que agregar para este mercado esa disimetría producto de una variedad de modelos explicativos aportados por la oferta y los modelos explicativos aportados por actores involucrados en estrecha relación con la demanda o que intervienen "en nombre" de la misma.

La relación de agencia que caracteriza al mercado de la salud es bastante más compleja en el mercado de la salud mental.

En los problemas de salud el médico funciona como agente del paciente, el cual generalmente tiene capacidad para percibir, identificar y relatar sus malestares.

En los problemas de salud mental, es esa capacidad de percepción, reconocimiento, identificación la que frecuentemente se halla afectada. Es por ello que en muchas oportunidades se desdibuja el protagonismo del propio interesado, el paciente, en las decisiones referentes a su tratamiento.

Esto facilita la aparición en escena de otros actores, que en nombre del paciente interpretan sus necesidades, las "traducen" y también defienden sus derechos.

La intervención de estos actores en las decisiones que hacen al tratamiento de los pacientes se realiza con distintos intereses y resultados. En muchas ocasiones estos actores que intervienen en nombre de los pacientes han colaborado en el logro de mejoras en la calidad de vida y en la rehabilitación de los mismos; pero otras veces estas intervenciones no están dirigidas hacia las necesidades de los pacientes.²¹

Como consecuencia de la cronicidad de muchas de las afecciones mentales, la relación de agencia con los profesionales y/o instituciones suele durar meses o incluso años lo que le imprime especial fortaleza a ese vínculo. Vasallo C. y Báscolo E. prestan especial interés a la fuerza e historia de los vínculos entre los distintos actores para comprender el funcionamiento del mercado de la salud; pues bien esta relación es muy importante en el mercado de los servicios de salud mental²².

²⁰ ORTUN RUBIO, Vicente. 1995. *Análisis de los Mercados y del Marco Regulatorio del Sector Salud*. IV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.

²¹ BARRIONUEVO, H. Hugo. 2001. *Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación Psiquiátrica*. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Universidad Favaloro. Buenos Aires.

²² VASALLO, Carlos y BÁSCOLO, Ernesto. 1998. *Una Mirada Económica Institucional del Proceso de Cambio del Sector Salud en Argentina*. ISALUD Documento de Trabajo nº 6. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.

En el ámbito de la salud mental, las decisiones sobre los tratamientos no son un atributo reservado casi con exclusividad a los médicos como en el resto de la salud, sino que participan en ellas también otros profesionales como por ejemplo: psicólogos, terapeutas ocupacionales, etc. Esto implica que, a la ya identificada relación de agencia que ejercen los médicos debe entonces agregarse la de otros profesionales de la salud mental.

Tan es así que en los sistemas gerenciados se ha intentado limitar este hecho introduciendo la admisión a través de médicos psiquiatras como única puerta de acceso al sistema.

Además del médico y el psicólogo existen otros actores que en determinadas circunstancias pueden intervenir como Agentes:

- ⇒ Familiares
- ⇒ Tutores
- ⇒ Jueces
- ⇒ Médicos Forenses
- ⇒ Trabajadores Sociales

A veces es la institución (y no el médico) la que funciona como Agente, fundamentalmente en el caso de tratamientos prolongados en que el vínculo del paciente y su familia es más estable con el establecimiento que con los profesionales.

Esta en parte ha sido la causa de que muchos tratamientos se hayan hecho muy largos, generando incluso institucionalizaciones, con las consabidas consecuencias para los pacientes, para la financiación y para la conformación de la oferta y del modelo de atención.

Esta relación de agencia que ejercen los profesionales en la atención de la salud desplaza hacia los prestadores las decisiones acerca del tipo y cantidad de servicios que deben consumir los pacientes para preservar o restablecer su salud; esta dependencia del "consumidor" con el agente hace del volumen de la oferta, una cuestión clave en la dinámica del mercado de la salud y más aún del mercado de servicios sanitarios en salud mental.

En el cuadro 1 se sintetizan las fallas del mercado de salud mental de acuerdo a lo expuesto hasta aquí.

Cuadro 1: Las fallas de mercado en la salud mental

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

Fuente: Elaboración propia

1.5. ¿CÓMO SE ESTUDIA UN MERCADO DE SERVICIOS SANITARIOS?

Para comprender el funcionamiento del mercado de la salud es necesario organizar su estudio de manera tal que puedan identificarse las características más relevantes de su conformación y las aspectos claves de su dinámica (cuadro 2).

Si bien los mercados en general y el de la salud en particular pueden generar por momentos una ilusión de estabilidad y previsibilidad, constituyen formas de relación muy dinámicas entre los agentes. Las características de los actores involucrados pueden influir en forma decisiva en la conformación del mismo y en última instancia en su destino.

Es entonces de vital importancia, en el análisis del mercado de la salud, identificar los actores involucrados, conocer su historia; sus distintos, y muchas veces opuestos, intereses. También su comportamiento, su forma de relación, el grado de organización

que posean, la forma en que están organizados. Cómo está compuesta la demanda, cuál es su volumen, cuáles son sus principales tendencias; describir la oferta, su volumen, cómo está distribuida, ¿está atomizada?, ¿está organizada?, cuáles son las tendencias; en qué marcos regulatorios se inscriben las actividades; cómo se financian, cuánto se gasta en servicios de salud mental; cómo se determinan los precios y cuál es la tendencia.

Cuadro 2: Matriz para el estudio del mercado de la salud

<i>Categorías</i>	<i>Descripción</i>
<i>Los actores</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quiénes son? • Cómo intervienen en el mercado?
<i>La demanda</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quiénes son? • Cuántos son? •Cuál es la tendencia?
<i>La oferta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Quiénes son los oferentes? • Profesionales y Establecimientos • Tipos de servicios • Volumen de la Oferta • Concentración/ Atomización • Organización de la oferta • Tendencia
<i>Marco regulatorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Médico Obligatorio
<i>Financiamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cuánto se gasta? • Quién financia? • Cómo se financia? • Modalidades de contratación y pago
<i>Precios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Cómo se determinan? •Cuál es la tendencia?

Fuente: Elaboración propia

2. El Mercado de Servicios de Salud Mental

La oferta de servicios de salud mental comenzó a formalizarse en la Argentina en la primera mitad del siglo XX a través de las salas de internación de los hospitales públicos monovalentes. Casi simultáneamente, comenzó el desarrollo de una muy reducida oferta privada que era financiada por cada paciente en forma particular, es decir de bolsillo.

Hacia fines de los años 50 y como consecuencia de la formidable expansión de los Servicios Públicos de Salud alcanzada bajo la gestión de Ramón Carrillo, se incorpora la atención psiquiátrica en los hospitales generales que comienzan a brindar asistencia ambulatoria e internaciones breves.

En esos años la atención privada se realizaba en los consultorios de los especialistas, y las internaciones, en clínicas, solo eran accesibles a pacientes con elevada capacidad de pago.

El crecimiento de las Obras Sociales y de sus programas de cobertura comenzó a incorporar la Psiquiatría en la atención de las patologías más graves y bajo un modelo de atención que privilegiaba la internación por sobre los servicios ambulatorios y la reclusión por sobre la integración comunitaria.

Hacia los años sesenta el sector público y el sector privado se repartían el mercado de la internación de acuerdo a la capacidad de pago, en tanto que la atención ambulatoria se concentraba en consultorios privados satisfaciendo la demanda de quienes podían costear sus tratamientos.

La escasa cobertura de atención ambulatoria, los tabúes que rodeaban a la enfermedad mental y la poca difusión de la Psiquiatría como especialidad confluían de modo tal que una porción importante de la demanda era satisfecha por médicos generalistas, neurólogos e incluso de otras especialidades.

Este conjunto de factores también incidía sobre las patologías graves para las que la oferta, concentrada en camas, coincidía con el modelo asilar de atención de la enfermedad mental como forma de respuesta social al problema de la "locura".

Hasta ese momento la salud mental estaba en manos de los médicos. Recién hacia fines de los años sesenta y principio de los setenta comienzan a incorporarse otras disciplinas: Psicología, Terapeutas Ocupacionales, Musicoterapeutas y Trabajadores Sociales. El ingreso de estas especialidades tuvo su incidencia en la oferta de servicios y en la actualidad el trabajo interdisciplinario ejerce un peso significativo en la atención de la salud mental.

Sin embargo, el mercado de la salud mental en la Argentina continúa manteniendo camas ocupadas por pacientes que, en otros países, son asistidos en otro tipo de dispositivos.

Este último diagnóstico de situación realizado por la Organización Mundial de la Salud es seguido de tres claras recomendaciones: mejorar con urgencia la calidad de la atención en salud mental, fortalecer la administración de las instituciones y vigilar la garantía de los derechos del enfermo mental.

Algunas particularidades de la salud mental

En este campo de la salud mental confluyen una gran variedad de disciplinas, prestaciones y actores con métodos muy distintos de abordar e intentar comprender los fenómenos agrupados bajo el término de "salud mental", y que participan e interactúan muchas veces más allá del ámbito propio de los sistemas de salud.

Algunas particularidades de la salud mental conviene tener en cuenta:

- Una gran proporción de sus afecciones mentales poseen una **evolución de tipo crónico**.

Como consecuencia de ello, a pesar de ser patologías de baja incidencia tendrán una alta prevalencia debido a la duración de la enfermedad y su tratamiento.

Debido a la cronicidad, las organizaciones de salud suelen llegar a conocer a los pacientes y sus necesidades en forma individualizada lo cual facilita el diseño e implementación de estrategias focalizadas en pequeños grupos de pacientes de alto riesgo y con alto consumo de servicios.

- Junto con la evolución de tipo crónico, estas enfermedades, suelen requerir **tratamientos de larga duración**. Debido a esta característica, constituye una cuestión clave establecer objetivos para los tratamientos, ya que de otra forma suelen hacerse indefinidos y de dudosa efectividad. Otra de las consecuencias de la duración de los tratamientos es que los traslados de costos al paciente y su familia que en apariencia pueden ser pequeños, tienen un alto impacto en la economía doméstica y por ende en la sustentabilidad de los tratamientos en períodos de tiempo prolongado.
- La salud mental suele caracterizarse por la existencia de una enorme **variabilidad** en los **criterios diagnósticos** y en la **terapéutica** de las distintas entidades nosográficas. Esta dificultad debe ser tomada en cuenta cuando se comparan poblaciones, ya sea por ejemplo para evaluar la eficacia de una intervención o para comparar la performance de dos o más prestadores.
- Es muy difícil medir los **resultados** de la atención. Por esta razón, es todo un desafío evaluar la efectividad de las intervenciones que persiguen mejorar el estado de la salud mental de una determinada población.
- Estas dificultades en la medición obedecen tanto a razones **intrínsecas** al objeto de la intervención como a las variaciones **regionales** respecto a la valoración de los estados de salud-enfermedad mental.
- La **utilización** de los servicios es especialmente sensible a las condiciones de accesibilidad de la oferta. Esta sensibilidad aumenta el riesgo de que se produzcan efectos indeseables en la utilización de servicios como la sub-prestación o la sobre-prestación.
- Hay una decisiva **influencia cultural** tanto en los criterios nosográficos, como en la elección de los métodos de tratamiento, decisión de consultar, criterios de internación, aceptabilidad de la locura, criterios de salud y de "normalidad", etc.

2.1. ¿CÓMO SE ESTUDIA EL MERCADO DE LA SALUD MENTAL?

El estudio de un mercado específico de servicios de salud mental, como el presente trabajo, debe basarse en la investigación de los actores involucrados, las características relevantes de la demanda y la oferta, su dinámica, el financiamiento y el marco regulatorio.

En el cuadro 3 se sintetizan las distintas categorías de análisis y la descripción de sus componentes.

Cuadro 3: Matriz de Análisis del Mercado de la Salud Mental

<i>Categorías</i>	<i>Descripción</i>
<i>Los actores</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes con problemas de salud mental y sus familias • Las obras sociales • Los prestadores especializados • El Estado • Otros actores • ¿Cómo intervienen en el mercado?
<i>La demanda</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Los trastornos mentales • Prevalencia de los trastornos mentales • Demanda de atención en salud mental • Tendencia
<i>La oferta</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos Psiquiatras y Psicólogos • Establecimientos y servicios monovalentes privados • Tipos de servicios • Volumen de la Oferta • Concentración/ Atomización • Organización de la oferta • Tendencia
<i>Marco regulatorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Programa Médico Obligatorio en salud mental
<i>Financiamiento</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto se gasta? • ¿Quién financia? • ¿Cómo se financia? • Modalidades de contratación y pago
<i>Precios</i>	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo se forman? • ¿Cuál es la tendencia?

Fuente: Elaboración propia

2.2. LOS ACTORES

A continuación se identifican los principales actores del mercado de servicios de salud mental -los pacientes, los proveedores de servicios, las obras sociales y prepagas, el Estado- y su particular comportamiento en este mercado.

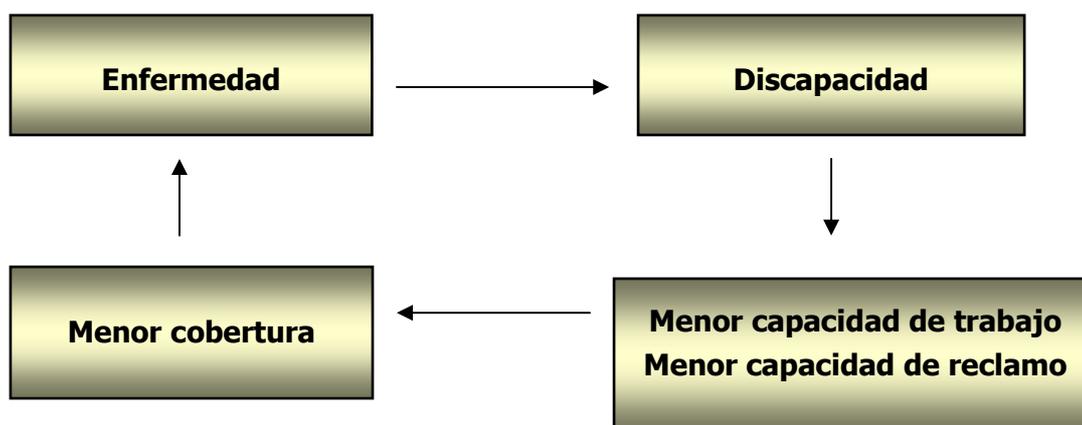
También se identifica y describe la intervención de otros actores con capacidad de influir en la dinámica del mercado.

2.2.1. Los pacientes y sus familias

Durante muchos años las personas aquejadas de trastornos mentales han estado relegadas dentro de los sistemas de atención médica; la estigmatización, la discapacidad y la escasa efectividad de los tratamientos son algunas de las características que influyeron de manera significativa en este sentido.

La estigmatización de los portadores de trastornos mentales ha promovido desde la negación "inconciente" de su existencia, hasta el ocultamiento deliberado y la segregación social.

Por otro lado el daño mismo producido por estas patologías diezma las capacidades de trabajar, de autovalimiento y por ende de defensa de sus derechos y necesidades, cerrando así el círculo vicioso:



Por último la falta de tratamientos eficaces desalentó durante mucho tiempo la financiación de modelos asistenciales como los que han tomado auge en los últimos años y favoreció el modelo tradicional con la reclusión manicomial como paradigma de la impotencia social frente al problema.

En los últimos años, los pacientes han logrado llamar la atención en la búsqueda de mejores condiciones terapéuticas y de cobertura, de manera tal que han logrado hacer escuchar en parte sus reclamos, y en muchos países han ejercido una notable influencia²³ en el modelado de la atención y de los planes de cobertura.

Se sintetizan a continuación las grandes categorías nosográficas que, dentro de la Clasificación Internacional de Enfermedades (Organización Mundial de la Salud) en su

²³ CALDAS DE ALMEIDA, José M. 2002. Conferencia sobre *La Salud Mental en el Mundo*. Dictada en la Maestría de Gestión de Servicios de Salud Mental. Instituto Universitario Isalud. Buenos Aires. 17 de mayo de 2002.

décima revisión, abarcan los trastornos mentales (en el Anexo III se desagregan estas grandes categorías en las patologías propiamente dichas) .

Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo de Salud Mental

1. Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.
2. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas (incluye alcoholismo).
3. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.
4. Trastornos del humor (afectivos)
5. Trastornos neuróticos, T. secundarios a situaciones estresantes y T. somatomorfos.
6. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
7. Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
8. Retrasos mentales.
9. Trastornos del desarrollo psicológico.
10. Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia.

Fuente: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). 10ª revisión. Capítulo de Salud Mental (Códigos F).

Las familias de los pacientes con padecimientos mentales han cumplido siempre un papel destacado en la dinámica y evolución de la enfermedad y en el resultado de los tratamientos. Desde la decisión de consultar o el abandono de un tratamiento, pasando por el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas, los cuidados que el paciente necesita, hasta el manejo de los recursos económicos raramente ocurren sin la intervención de algún miembro de la familia.

No es posible pensar un tratamiento sin pensar en las familias, ya sea por su ausencia, por las dificultades que introducen o por los recursos que aportan.

La familia puede ser un obstáculo insalvable para la buena evolución de un paciente o transformarse en uno de los recursos más potentes para la detección precoz, la recuperación o la prevención de recaídas, por ejemplo.

Tanto las intervenciones terapéuticas como la organización de los servicios y redes deben diseñarse teniendo en cuenta las necesidades de las familias tanto como las de los pacientes, ya que muchas veces el éxito de los tratamientos depende de que las estrategias contemplen ambos aspectos.

2.2.2. Las obras sociales

Los orígenes de las obras sociales pueden encontrarse en el movimiento mutualista de los años treinta, conformándose durante la década de 1930 un grupo de instituciones que más tarde serán reconocidas como "obras sociales"²⁴.

A pesar de haber nacido hace más de cincuenta años, la preocupación por el gasto generado en la atención de los trastornos mentales por parte de las obras sociales comienza recién a partir de la década del noventa.

Hasta entonces el gasto derivado de la atención de la salud mental no era apreciado como significativo dentro de la estructura de gastos de las obras sociales.

Debido al tipo de formación médica, los problemas de salud mental y sus terapéuticas eran menos conocidos que ahora por el resto de los profesionales de la salud, es decir que había una importante diferencia de información entre los profesionales de salud mental y el resto de los profesionales del sector salud, por la cual las decisiones de los primeros no podían, en general, ser discutidas por los segundos.

Las dificultades económicas que atraviesan las obras sociales y el mayor conocimiento por parte de los médicos no especializados acerca de los problemas de salud mental y sus diferentes formas de tratamiento - disminuyendo esa asimetría de información que "favorecía" a los especialistas - funcionaron como un importante incentivo para la búsqueda de nuevas formas de contratación y pago por parte de las entidades financiadoras.

2.2.3. Los prestadores

Los prestadores especializados en salud mental que brindan servicios asistenciales a la seguridad social están conformados tanto por profesionales como por establecimientos monovalentes pertenecientes en su gran mayoría al sector privado.

A la oferta privada se suman, en menor proporción, algunos establecimientos públicos, organizaciones no gubernamentales y equipos profesionales en ciertas obras sociales.

Durante años y en concordancia con el modelo psiquiátrico imperante, la hegemonía estuvo en manos de las instituciones con internación, siendo mínima la atención ambulatoria que las mismas brindaban.

Con el desarrollo de las Obras Sociales comienza el crecimiento del sector privado, también bajo un modelo que privilegiaba la internación por sobre la atención ambulatoria: "... la historia de la relación social con la locura por un lado y la ausencia durante muchos años de herramientas para un abordaje integral de la problemática, han determinado junto con la ausencia de políticas sociales y de salud por parte del Estado; que las instituciones responsables de brindar asistencia en internación a pacientes psiquiátricos hayan tenido como característica más marcada la reclusión."²⁵

Pasaron años para que la consulta externa se desarrollara en estas mismas instituciones y otro tanto para que se incorporaran a la oferta prestacional establecimientos dedicados exclusivamente a la atención ambulatoria.

²⁴ BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; PERSELLO, V. 1991. *Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.

²⁵ BARRIONUEVO H.; RODRÍGUEZ C. "Modelo de intervención para la desinstitutionalización y prevención de la cronificación de pacientes internados". *XVI Congreso Argentino de Psiquiatría*. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Mar del Plata. Marzo 2000. Pág. 1.

2.2.4. El Estado

Según la Organización Mundial de la Salud la atención de la salud mental es uno de los componentes dentro del sector salud que requiere una participación muy activa de parte del sector público y es por esto que para comprender el papel del Estado en toda su dimensión es necesario identificar sus distintas formas de intervención, desde la financiación y provisión directa de servicios asistenciales hasta su rol en materia de regulación y control como así también la formulación e implementación políticas y programas.

La Organización Mundial de la Salud recomienda que los países posean legislación específica en materia de salud mental, políticas en salud mental y presupuesto discriminado dentro del presupuesto destinado a salud, llegando incluso a indicar cuál es el porcentaje mínimo de ese presupuesto que deberían destinar las naciones a la atención de la salud mental. Es tal la importancia que le otorga a estas funciones del Estado en el campo de la salud mental, que clasifica los países según posean o no legislación en salud mental, políticas específicas y presupuesto discriminado.

En la Argentina, el Estado siempre ha tenido un papel fundamental en la atención de la salud mental, por un lado es uno de los más importantes financiadores y proveedores de servicios y por otro lado su influencia ha sido decisiva a través de la legislación en materia de derechos de los enfermos mentales, en las normas de habilitación de establecimientos especializados, en la formulación de políticas y programa y en el establecimiento de la canasta básica de prestaciones que como cobertura mínima deben brindar las obras sociales a sus beneficiarios (Plan Médico Obligatorio).

Es este último punto el que cobra mayor relevancia para comprender la dinámica del mercado objeto del presente estudio.

2.2.5. Otros actores

Si bien los pacientes, los prestadores, las obras sociales y el Estado son los principales actores de este mercado, existen otros agentes que intervienen en él con capacidad de influir en su conformación y en su dinámica.

La justicia cumple un rol relevante en la vida de los enfermos mentales, su activa intervención tiene consecuencias tanto para ellos como para sus familias y allegados, profesionales, prestadores de servicios y financiadores.

Por un lado es el custodio de los derechos civiles de los pacientes con el fin de evitar entre otras cosas las distintas formas de pérdida de libertad a las que se han visto sometidos muchos enfermos mentales durante años.

La discriminación, el abandono y las más variadas formas de abuso son otros de los riesgos habituales que corren este tipo de pacientes como consecuencia de sus minusvalías. En este sentido y como ejemplo se puede mencionar el hecho de hacer cumplir las obligaciones de asistencia que tienen los familiares directos de los pacientes, respecto a alimentación, vivienda, etc.

Por otro lado la justicia interviene sobre los distintos sistemas de seguros de salud cuando no se cumplen las obligaciones de cobertura a las que por ley tienen derecho los beneficiarios. También es frecuente que los jueces intervengan de manera activa en las decisiones vinculadas con el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, el tipo de prestaciones y las distintas modalidades terapéuticas que se brindan a los pacientes.

Este tipo de intervenciones ha producido resultados de diversa índole, en algunos casos puede ser una potente herramienta a favor del tratamiento de los pacientes al evitar el abandono de los mismos por parte de familiares y allegados o al obligar a la cobertura por parte de los seguros cuando se niegan a dar asistencia en las modalidades terapéuticas que están indicadas por los profesionales tratantes.

En otras ocasiones sucede que se “ordena” la cobertura bajo ciertos regímenes terapéuticos en disonancia con las indicaciones de los equipos profesionales tratantes y generalmente hacia modalidades más reclusivas y que restringen aún más las libertades de los pacientes, como suelen ser, por ejemplo, las internaciones psiquiátricas “crónicas”.

También suele utilizarse la cama hospitalaria para la internación de personas en las cuales no está indicada la internación psiquiátrica como herramienta terapéutica o de cuidado, como en el caso de personalidades psicopáticas o delictivas.

Tanto la opinión pública como los medios de comunicación masiva han tenido y tienen un papel relevante en la conformación del mercado en estudio. La forma en que las sociedades conciben los problemas de la salud mental y sus alternativas de solución ejerce una enorme presión en las decisiones de los profesionales sobre los tratamientos y cuidados que indican, en las decisiones de las financiadoras respecto a las características de la cobertura y en la forma en que los grupos culturales de pertenencia asimilan o excluyen de su seno a aquellos afectados por trastornos mentales.

3. La Demanda

Para comprender el funcionamiento del mercado de la salud es necesario conocer las características de la demanda de servicios sanitarios. En este capítulo se estudia la demanda de servicios de atención en salud mental bajo la cobertura de la seguridad social en la Argentina.

¿Quiénes son los que demandan atención en salud mental en la seguridad social?, ¿cuál es el volumen de esa demanda?, ¿cuál es la tendencia de la demanda en este mercado?.

Cuando se estudia un mercado en funcionamiento se utiliza el término demanda para referirse a los que efectivamente demandan un bien o servicio; sin embargo existen necesidades en la población que no necesariamente se manifiestan en el mercado a través del consumo de bienes o servicios.

Esto puede ocurrir por tres razones:

- 1- El bien o servicio que "se necesita" **no se produce**, es decir que no hay oferta. Esto puede ocurrir porque aún no se haya descubierto o inventado el bien o servicio capaz de satisfacer cierta necesidad; o bien porque no es rentable o el tamaño del mercado no es suficiente y no lo produce el Estado.
- 2- El bien o servicio se produce pero **no es accesible** a sectores de la población, por ejemplo por su precio (inaccesibilidad económica) o por servicios que se proveen geográficamente lejos de los lugares donde ocurre la necesidad, es decir lejos de los potenciales usuarios.
- 3- Es una necesidad pasible de ser detectada por otro pero **no es percibida** por la persona (principal) y por lo tanto no "demanda" para su solución, solamente demandará si se lo indica un tercero (el agente).

En el presente estudio se utiliza el término demanda como equivalente de demanda asistida, es decir los pacientes que efectivamente solicitan la atención de profesionales de la salud mental y la reciben, es lo que Jorge Katz llama "la demanda revelada en el mercado"²⁶.

Para identificar las necesidades de la población se utiliza la prevalencia de los trastornos mentales.

Algunos estudios hacen esta distinción utilizando el término "prevalencia administrativa" para identificar los estudios de prevalencia realizados sobre la población en tratamiento, diferenciándola así de la prevalencia en la población general.

Debido a dos de los componentes de la **incertidumbre en la efectividad**: la identificación y valoración de los síntomas y la dificultad para establecer una clara relación entre éstos y las patologías, los estudios sobre prevalencia de los trastornos mentales han conducido a resultados variables; uno de los principales obstáculos con el que tropieza el método epidemiológico en salud mental es el problema del diagnóstico, es decir la definición y detección del "caso"²⁷. Pero a pesar de estas dificultades se cuenta hoy en día con datos que, según la misma Organización Mundial de la Salud, son confiables para estimar la prevalencia de los trastornos mentales en el mundo.

Si se toma la prevalencia como representativo de necesidad se observa entonces una marcada distancia entre las necesidades de la población y la población efectivamente

²⁶ KATZ, Jorge y MUÑOZ Alberto. 1988. *Organización del Sector Salud: Paja Distributiva y Equidad*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina. Pág. 7.

²⁷ GONZÁLEZ de RIVERA y REVUELTA J. L.; RODRÍGUEZ PULIDO F.; SIERRA LÓPEZ A. 1993. *El Método Epidemiológico en Salud Mental*. Barcelona. Ed. Masson y Salvat.

atendida, existen individuos que a pesar de formar parte de la población en estado de necesidad, no llegan a demandar atención médica.

El primer hecho llamativo al estudiar los datos sobre prevalencia y demanda de atención en el campo de la salud mental es la gran diferencia entre los datos de prevalencia y la demanda efectiva, es decir que la necesidad se traduce en demanda asistida solamente en un pequeño porcentaje.

Tal como afirma la Organización Mundial de la Salud: "solo una pequeña minoría" de las 450 millones de personas que padecen algún trastorno mental o del comportamiento en el mundo "recibe siquiera el tratamiento más elemental"²⁸.

Algunos factores que pueden explicar esta brecha en el caso de los problemas de salud mental son:

- ✓ **Resistencias y prejuicios** de los propios pacientes a consultar y tratarse.
- ✓ Problemas de **accesibilidad**: corresponden a una población especialmente sensible a los obstáculos que impiden la accesibilidad (distancia geográfica, horarios, copagos, cultural, etc.).
- ✓ **Asimetría** de la información.

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

Es pues una característica clave de este mercado, que se debe tener en cuenta, la notable influencia que podría tener sobre la cantidad de servicios demandados cualquier modificación de las condiciones descriptas que pudieran **transformar** la **necesidad** en **demanda**.

Es sabido entre los conductores de redes de atención en salud mental que, en ésta más que en otras especialidades, la contratación de un prestador en un lugar dónde no lo había "genera" una demanda que hasta ese momento "no existía", o existía pero no se manifestaba en la utilización de servicios especializados.

Es evidente que en el campo de los problemas de salud mental la demanda de servicios es extremadamente sensible a la existencia de oferta, es decir a la accesibilidad.

La relación de agencia tiene como consecuencia una fuerte influencia de la oferta en la demanda efectiva de servicios.

Cuando no es satisfecha, la demanda de atención en salud mental, no hace tanto "ruido" como en el caso de otras patologías.

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

Identificar quiénes son las personas que demandan servicios especializados en salud mental es el primer paso para el estudio de la demanda en este mercado; algunas características tanto de los pacientes como de sus allegados fueron descriptas en el capítulo anterior.

Durante muchos años los problemas de las personas que padecían trastornos mentales no fueron incluidos dentro de los problemas de salud y por ende han estado excluidos de los sistemas de atención médica. Muchos años necesitaron las comunidades para dar este enorme salto desde el abordaje religioso y mágico de las enfermedades mentales hasta

²⁸ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. OMS. Cap. 1, Pág. 3.

los modelos de abordaje actuales, que persiguen la integración de los modelos explicativos biológicos, psicológicos y sociales.

A pesar de estos avances, la demanda que era asistida en servicios de salud mental era aquella que revestía un carácter de gravedad importante y por ello un estigma que perseguía al paciente durante prácticamente toda la vida. Es decir que la demanda estaba conformada fundamental y casi exclusivamente por las patologías más graves e invalidantes como por ejemplo las psicosis, los trastornos afectivos graves, el retraso mental, la demencia y la epilepsia.

Es recién en los últimos años que se suman a esta demanda y fundamentalmente en los dispositivos ambulatorios, las patologías menos graves (como por ejemplo las distintas formas de neurosis y el resto de los trastornos afectivos) y aquellas circunstancias que sin llegar a conformar una patología clínica reclaman y necesitan de la consulta y orientación especializada.

Existen además personas que consultan por razones que no llegan a configurar una patología y generan por ello dificultades para encuadrarlas dentro de las clasificaciones nosográficas, pero que merecen ser tenidas en cuenta a la hora de estudiar este mercado ya que son parte del mismo en tanto demandan servicios especializados de atención médica y psicológica.

Cabe destacar también que las últimas revisiones de las dos clasificaciones diagnósticas internacionales más utilizadas en el mundo, la descripta y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV) de la American Psychiatric Association, han incluido aspectos sociales y de funcionamiento dentro de los diagnósticos, lo que a pesar de la aún escasa utilización que se le da, constituye un importante avance en la materialización de las actuales tendencias que buscan comprender la problemática de la salud mental en forma integral.

Seguramente el desarrollo futuro de estas herramientas hará parecer estos primeros pasos como intentos demasiado simplistas de aproximación tanto al componente funcional como al componente social que involucran los trastornos mentales, lo cual no hace sino confirmar que se trata de pasos fundantes, con todas las fortalezas y debilidades que de por sí conllevan. La primer etapa fue declarar que es necesario comprender al paciente en todas sus dimensiones, de manera integral; las etapas siguientes que implican llevar a la práctica estos enunciados son tal vez las más difíciles.

La atención en salud mental es requerida por personas de ambos sexos, de prácticamente todas las edades y de los distintos niveles sociales, siendo los estratos económicos medios y bajos los que conforman la población objetivo en la seguridad social.

Para comprender mejor las características de la población que demanda este tipo de servicios en la seguridad social es necesario separar en 2 grupos: la población que es asistida en internación (incluida la internación parcial u hospital de día y las emergencias tanto institucionales como domiciliarias) y la población en tratamiento ambulatorio (incluidos los tratamientos domiciliarios programados).

La internación como modalidad asistencial es utilizada en los casos de agudización de patologías graves, cuando existe un riesgo inminente de que se produzca algún tipo de daño (propio o en terceros, físico o no) o ante la imposibilidad de sostener el tratamiento en una forma menos restrictiva que la reclusión, siempre dentro de las patologías de mayor gravedad dentro de los trastornos mentales.

Por lo tanto el perfil de la demanda en el caso de los tratamientos en internación toma características bien diferenciadas respecto de la atención ambulatoria. Los distintos tipos de psicosis, los trastornos afectivos graves, descompensaciones de cuadros orgánicos

como pacientes con demencia o retraso mental y descompensaciones de neurosis graves o patologías "borderline". La gran mayoría de los internados son pacientes adultos y de la tercera edad, siendo la presencia de adolescentes muy reducida y la de niños, afortunadamente, esporádica.

3.2. ¿CUÁL ES EL VOLUMEN DE LA DEMANDA?

Para conocer la cantidad de personas que padecen trastornos mentales son necesarios los estudios sobre la población general. En la Argentina aún no se cuenta con estudios actualizados de ese tipo.

Tal como fuera señalado en el capítulo introductorio el número de personas aquejadas de algún trastorno mental o del comportamiento, en el mundo asciende a 450 millones, lo que representa una tasa de aproximadamente el 10% de la población mundial. Si se utiliza esta tasa para estimar la cantidad de personas afectadas dentro del mercado en estudio, es decir la población bajo cobertura de las obras sociales, se obtiene un resultado preocupante: 1.000.000 de personas padecen algún tipo de trastorno mental o del comportamiento.

Para un examen más profundo del nivel de demanda por servicios de salud mental en las obras sociales nacionales se consideró una muestra de 6 entidades que totalizan un conjunto de más de 1 millón de beneficiarios en todo el país.

Aunque la selección de instituciones no sigue criterios estadísticos y se orientó por la facilidad de acceso a los datos se puede considerar que la muestra tiene relativa representatividad ya que se trata de aproximadamente el 10% de la población total beneficiaria de las obras sociales nacionales.

Según estimaciones propias la demanda asistida en el ámbito de la seguridad social puede aproximarse al 1% de la población en un corte mensual (tabla 1), lo que representa a su vez el 10% de la población afectada si se toman como tal las cifras de prevalencia estimadas por la Organización Mundial de la Salud.

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

Ahora bien, si la población bajo cobertura de la seguridad social afectada por problemas de salud mental en la Argentina se estimó en 1.000.000 de personas; y de ellos solamente 100.000 reciben tratamiento especializado: ¿Qué sucede con los otros 900.000 afectados?.

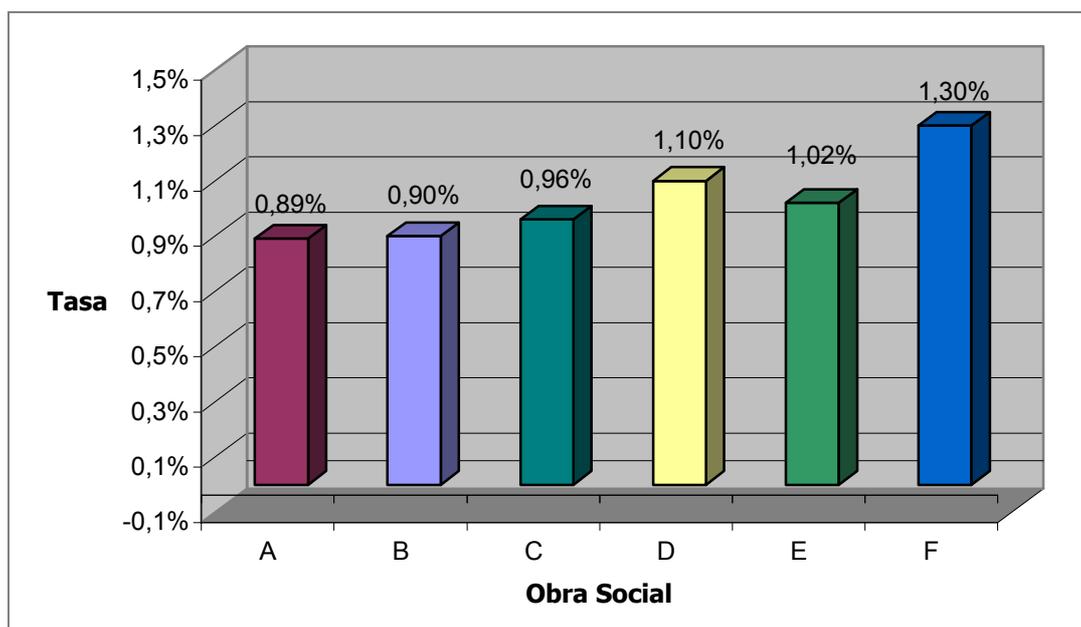
Una porción de esa población es asistida por médicos generalistas y por algunos especialistas, pero aún así no alcanza para responder a este interrogante.

Esa enorme diferencia entre la prevalencia de trastornos mentales en la población general y la demanda que llega a la consulta especializada, no se observa en otras especialidades, con esta magnitud, lo cual hace del mercado de servicios de salud mental, un mercado especialmente sensible, en términos cuantitativos, a las intervenciones que modifiquen las condiciones de accesibilidad.

Tabla 1: Argentina. Tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.

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

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 1: Argentina. Tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.

Fuente: Elaboración propia.

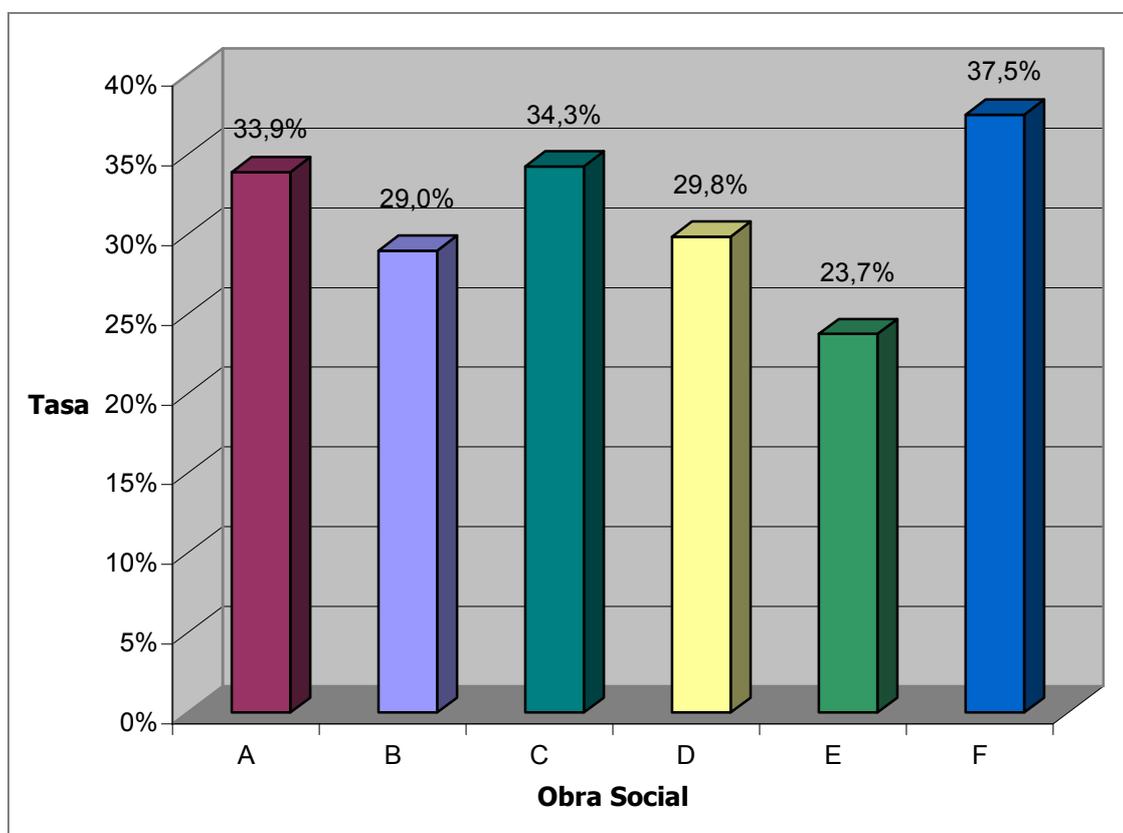
Hasta aquí se estimó la demanda en términos de pacientes que concurren al mercado en busca de tratamiento, pero para continuar con el análisis es preciso conocer qué demandan estos pacientes en términos de utilización de servicios.

La demanda de servicios ambulatorios en salud mental en el mercado en estudio, según estimaciones propias, oscila aproximadamente entre **23,74** y **37,5** consultas cada 100 beneficiarios por año (tabla 2). Es decir que en el subsector de la seguridad social se realizan aproximadamente entre **2.492.700** y **3.937.500** de consultas especializadas por año.

Tabla 2: Argentina. Tasa anual de consultas ambulatorias cada 100 afiliados en obras sociales seleccionadas. Año 2001.

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

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2: Argentina. Tasa anual de consultas ambulatorias cada 100 afiliados en obras sociales seleccionadas. Año 2001.

Fuente: Elaboración propia.

En el mercado de la internación las cifras tienen una mayor variación entre obras sociales lo cual posiblemente se explique a partir de las distintas políticas utilizadas por los sistemas asistenciales para evitar las internaciones crónicas o la mayor o menor cobertura que se les brinda. Algunas obras sociales directamente derivan al sector público las internaciones crónicas amparadas en que por ley no se les puede exigir dicha cobertura, otras han implementado políticas asistenciales que contemplan la prevención de estas cronificaciones reduciéndolas a casos aislados e incluso programas de desinstitutionalización en aquellos casos en que la cronificación de la internación ya se produjo.

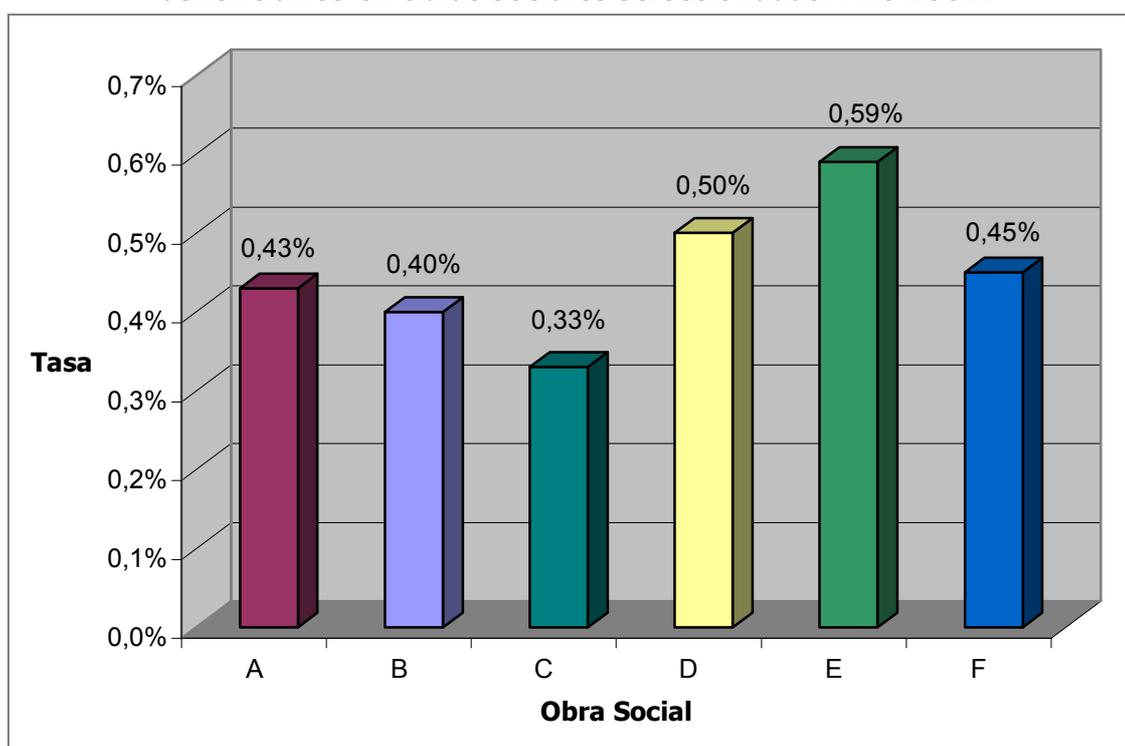
La utilización de los servicios de internación psiquiátrica y por ende la cantidad de camas necesarias para asistir a una determinada población depende en forma directa de 2 variables: el número de internaciones que se producen en un período dado (los ingresos) y la duración que en promedio tengan esas internaciones (estadía media).

Tabla 3: Argentina. Tasa mensual de pacientes internados cada 1000 beneficiarios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.

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

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3: Argentina. Tasa mensual de pacientes internados cada 1000 beneficiarios en obras sociales seleccionadas. Año 2001.



Fuente: Elaboración propia.

Según datos de España²⁹, en 1995 se produjeron 16.830.000 consultas ambulatorias por trastornos mentales, lo que representa 41,6 consultas cada 100 habitantes por año, cifra que supera en algo más de un 30% a la observada en la Argentina dentro del ámbito de las obras sociales.

²⁹ LOPEZ IBOR ALIÑO, Juan J. y Otros. 1998. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid. Sociedad Española de Psiquiatría. OFISALUD.

Si bien no es objeto del presente estudio, cabe destacar que según estos autores se estima que el 10,5% del total de las consultas ambulatorias en adultos se manifiestan como problemas somáticos pero en verdad obedecen a trastornos depresivos no diagnosticados como tales por los médicos no especializados en salud mental.

En España ese porcentaje equivale a 15.275.975 consultas, es decir casi la misma cantidad que las consultas hechas por trastornos mentales reconocidos como tales.

Merece destacarse que una parte de la demanda es satisfecha fuera de establecimientos o profesionales especializados, fundamentalmente aquellas patologías relacionadas con la ansiedad y la depresión, que bajo distintas formas de presentación suelen ser una porción importante de la consulta médica ambulatoria en atención primaria.

Este fenómeno parece estar relacionado en algunos casos con la resistencia a reconocer estas patologías por parte de pacientes y allegados y en otras ocasiones con dificultades de accesibilidad a la oferta especializada; en la Argentina la atención de problemas de salud mental por parte de médicos generalistas no forma parte de una política asistencial como en otros países donde se intenta resolver la mayor cantidad de consultas posible sin llegar al especialista.

Otra porción de la demanda de pacientes bajo cobertura de las obras sociales es satisfecha por establecimientos especializados pero sin financiamiento de la seguridad social. Esto ocurre por ejemplo en el caso de las prestaciones que están fuera del Programa Médico Obligatorio, principalmente las internaciones "crónicas" en aquellas obras sociales que solo brindan lo que obliga el PMO, y en el caso de la demanda que, a pesar de tener cobertura médica, acude a centros públicos ambulatorios que gozan de cierto prestigio.

La demanda en salud mental y su relación con los precios.

Debido a que muchos de los tratamientos para problemas de salud mental suelen durar meses e incluso toda una vida, el costo de las prestaciones para el paciente y su familia (transporte, copagos, etc) pasa a ser un gasto mensual más o menos fijo que produce un alto impacto en la economía doméstica.

Como consecuencia de ello, el paciente y su grupo familiar deben evaluar por un lado el costo de oportunidad de la consulta al momento de necesitarla y por otro lado la capacidad de sostenerlo en el tiempo de acuerdo con la duración esperada para ese tratamiento.

Cuando se estudian los cambios en la demanda en relación a las variaciones en los precios de los servicios, la misma se refiere a la demanda de un bien o servicio. Los servicios de salud mental no son un solo producto sino un conjunto de servicios y cada uno de ellos satisface demandas de características específicas. Así existen pacientes que demandan servicios de internación mientras que otros no lo hacen y probablemente no lo requieran nunca, otros en cambio necesitan fundamentalmente medicación o tratamiento psicoterapéutico y otros atención domiciliaria.

Cada uno de estos servicios genera entonces diferentes dinámicas entre oferta y demanda.

Existen grupos de pacientes cuya demanda por servicios de salud mental registra mayor elasticidad a los cambios en los precios, como son las patologías menos graves y los pacientes de los estratos sociales de menores ingresos. Esto suele verificarse con la implementación de copagos o cuando aumentan los costos de traslado ya sea por incrementos en los precios del transporte o por el aumento de las distancias geográficas.

Las prestaciones con menor elasticidad suelen ser las internaciones agudas, las cuales a su vez son utilizadas por los pacientes con patologías más graves y muchas veces con mayor deterioro socio-económico.

3.3. ¿CUÁL ES LA TENDENCIA?

La demanda de servicios de salud mental no es ajena a los cambios producidos tanto en el medio en el que se desenvuelve la población como en los servicios, en la cobertura y en los métodos de tratamiento, sus costos, efectividad, accesibilidad, inserción cultural y aceptación social.

En los últimos años esta demanda ha experimentado cambios en diversos aspectos, que para una mejor comprensión, pueden ordenarse en 4 grupos de factores:

- a) Cambios en las expectativas de los pacientes y sus familias.
- b) Cambios en la evolución de algunas enfermedades como consecuencia de avances en la efectividad de los tratamientos.
- c) Cambios en la patologías y motivos de consulta.
- d) Cambios económicos y laborales.

3.3.1. Cambios en las expectativas de los pacientes y sus familias

Los usuarios de servicios de salud mental -pacientes y familiares- están mejor informados que unos años atrás y sus expectativas respecto a los tratamientos son muy distintas a las de entonces:

- exigen servicios más humanizados y menos restrictivos,
- esperan tratamientos más eficaces
- con menores efectos adversos y más seguros

3.3.2. Cambios en la evolución de algunas enfermedades

Como consecuencia de los avances logrados en los distintos recursos terapéuticos, la evolución de algunas patologías ha cambiado de manera notable.

Los cambios en la efectividad, aceptación y adhesión a los tratamientos han mejorado la evolución de muchos trastornos mentales y por ende se han modificado sus necesidades terapéuticas. En el caso de las patologías más graves, los psicofármacos y las mejoras de los dispositivos ambulatorios y de emergencia han contribuido a disminuir por ejemplo las recaídas y por ende la demanda de reinternaciones.

Aumentó entonces la demanda de dispositivos ambulatorios, domiciliarios, hospitalizaciones parciales y atención de la emergencia.

Si bien no es objeto del presente estudio, cabe destacar que la aparición de nuevas generaciones de psicofármacos, más potentes y con menores efectos colaterales pero de alto costo ha generado una nueva demanda en este mercado.

Esta necesidad aún no fue acompañada por políticas que aseguren su uso racional, su financiamiento y su sustentabilidad en el tiempo, ya que se trata generalmente de tratamientos muy largos.

3.3.3. Cambios en la patologías y motivos de consulta

Algunas de las patologías o motivos de consulta que unos años atrás se veían en forma esporádica o con poca frecuencia en los centros asistenciales, ocupan hoy un lugar importante en la composición de la población atendida.

La crisis social ha favorecido el aumento de las patologías vinculadas con la conducta, la violencia y la drogadicción. Los cambios en las condiciones del empleo muestran hoy sus consecuencias a través de patologías vinculadas con el estrés laboral, el temor a la pérdida de trabajo y los trastornos ligados a la desocupación.

3.3.4. Cambios económicos y laborales

Desde el punto de vista económico se han producido fuertes cambios en la accesibilidad a los servicios, debido a la fuerte caída del ingreso que ha sufrido la población, especialmente en los últimos años.

En estrecha relación con ello, las exigencias laborales actuales –mayor productividad- y el profundo temor de perder la fuente de empleo -en un país con alta tasa de desocupación- han introducido nuevas exigencias en los trabajadores:

- han aumentado las consultas por patologías vinculadas con las condiciones estresantes de los distintos tipos de trabajo
- los pacientes se ven obligados a demandar tratamientos más breves y efectivos para recuperar rápidamente su puesto de trabajo
- se han acortado las posibilidades de licencias laborales acordes con las necesidades médicas
- por último, la accesibilidad horaria y geográfica se ha transformado en una cuestión vital para la continuidad de los tratamientos

También vinculado a la enorme caída del poder adquisitivo, otra de las características que está cambiando en el perfil de la demanda en las Obras Sociales es su composición por estrato social.

En la composición de la demanda de atención ambulatoria aumentó la proporción de pacientes de clases medias en detrimento de los de menores ingresos.

Esta tendencia es producto de dos factores:

- Existe una porción de pacientes que costeara sus tratamientos en forma privada o mantenían una doble cobertura aportando a sistemas de medicina prepaga; esta población ya no puede sostener esos costos y busca ahora la cobertura de su obra social.
- El impacto del deterioro económico en la población de menores ingresos ya no permite sostener el costo de los coseguros, la medicación y/o el costo de los traslados, que ha pasado a ser un componente muy importante dentro de la economía familiar de este grupo social. Como consecuencia de ello se ven obligados a reducir el número de visitas llegando incluso al abandono de los tratamientos tanto psicoterapéuticos como psicofarmacológicos, que pasan a tener el carácter de artículo "suntuario" dentro de la canasta familiar. Es probable que una parte de esa demanda concurra al sector público.

4. La Oferta

En este capítulo se caracteriza y analiza la oferta de servicios especializados en salud mental que presta asistencia a los beneficiarios de la seguridad social en Argentina, para lo cual se clasifica primero la oferta del mercado en estudio y los distintos tipos de servicio que brindan, se cuantifica el volumen de recursos profesionales y sanatoriales, se describen algunas características organizacionales relevantes y se identifican algunos aspectos claves de su dinámica, tales como la conformación de redes y asociaciones de clínicas y profesionales. Finalmente se identifican las principales tendencias de esta oferta de servicios.

4.1. LOS PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL

Antes de abordar el estudio de la oferta de servicios de salud mental en el mercado de las obras sociales, es conveniente situar el tipo de oferta de servicios de salud mental en relación con el sector al que pertenecen (público, privado y organizaciones no gubernamentales) y con el sector que financia estos servicios (sector público, medicina prepaga y seguridad social) dentro del sistema de salud argentino (cuadro 4).

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

Es importante también destacar la fuerte presencia de instituciones monovalentes en el mercado de la salud mental, característica que será analizada más adelante dentro del presente capítulo.

A diferencia del resto del sector salud la oferta de servicios de salud mental está conformada por un número muy importante de instituciones monovalentes y a pesar de los avances que se han producido en las últimas décadas, las instituciones y servicios de salud mental aún se encuentran menos integrados al resto de los servicios sanitarios que otras especialidades médicas.

Los proveedores que prestan servicios en salud mental dentro del mercado de la seguridad social pertenecen fundamentalmente al sector privado y en mucha menor medida a los sectores público y tercer sector. Esta oferta prestacional está constituida principalmente por instituciones monovalentes, profesionales especializados, algunos servicios o equipos especializados dentro de centros asistenciales propios en algunas obras sociales, hospitales públicos de autogestión.

Otra característica importante de la oferta en el mercado de la salud mental, tanto dentro como fuera del mercado en estudio, es la gran variedad de profesionales que confluyen en la atención de los pacientes:

- Médicos psiquiatras
- Acompañantes terapéuticos
- Psicólogos
- Psicopedagogos
- Psicomotricistas
- Fonoaudiólogos
- Estimuladores tempranos
- Músicoterapeutas
- Profesores de educación física
- Trabajadores Sociales
- Terapeutas Ocupacionales

Cuadro 4: Distribución de la oferta de servicios de salud mental según tipo de establecimiento y según sector que provee y financia.

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

Fuente: Elaboración propia.

4.2. ¿QUÉ SERVICIOS OFRECEN?

Para comprender un mercado es necesario conocer la variedad de productos que son ofrecidos a los consumidores. En salud esto cobra especial interés debido al hecho de que es el agente, es decir el oferente, el que decide qué productos debe consumir el principal, los pacientes.

A continuación se identifican los distintos servicios que son brindados por los establecimientos y profesionales especializados en salud mental, clasificándolos según los cinco grandes grupos de dispositivos que se utilizan en este campo: la atención ambulatoria, los dispositivos de atención domiciliaria, las urgencias, el hospital de día y por último la internación, tal como puede observarse en el cuadro 5.

Cuadro 5: Argentina. Dispositivos asistenciales en salud mental y tipos de servicio que brindan.

<i>Dispositivo</i>	<i>Tipo de prestación</i>
<i>Ambulatorio</i>	<ul style="list-style-type: none"> →Admisión →Atención Psiquiátrica →Psicoterapia Individual →Psicoterapia de Pareja →Psicoterapia Familiar →Psicoterapia Grupal →Psicopedagogía →Talleres
<i>Atención domiciliaria</i>	<ul style="list-style-type: none"> →Atención Domiciliaria Programada →Internación Domiciliaria
<i>Urgencias</i>	<ul style="list-style-type: none"> →Urgencia Telefónica →Urgencia Institucional →Urgencia Domiciliaria
<i>Hospital de Día</i>	<ul style="list-style-type: none"> →Hospital de Día Jornada Reducida →Hospital de Día Jornada Completa
<i>Internación</i>	<ul style="list-style-type: none"> →Internación Aguda →Internación Prolongada →Hostales, Casas de medio camino

Fuente: Elaboración propia.

En el cuadro 6 se clasifican los tipos de establecimientos que actúan en este mercado y se identifica el tipo de servicio de salud mental que ofrecen en él, de manera tal que puede observarse que se trata de instituciones tanto públicas como privadas, especializadas y polivalentes.

Cuadro 6: Argentina. Servicios especializados de salud mental según tipo de establecimiento.

<i>Tipo de Establecimiento</i>	<i>Servicios</i>
<i>Clínicas privadas</i>	Internación Consultorios externos Hospital de día Urgencia institucional Atención domiciliaria Urgencia domiciliaria
<i>Instituciones privadas ambulatorias</i>	Consultorios externos Hospital de día Urgencia institucional Atención domiciliaria Urgencia domiciliaria
<i>Hospitales monovalentes de autogestión</i>	Internación Consultorios externos Hospital de día Urgencia institucional
<i>Hospitales polivalentes de autogestión</i>	Internación Consultorios externos Hospital de día Urgencia institucional
<i>Centros polivalentes de obras sociales</i>	Consultorios externos

Fuente: Elaboración propia.

Los servicios de salud mental poseen dos particularidades con respecto a los distintos tipos de servicios que brindan que merecen ser destacadas para una mejor comprensión de este particular mercado.

Por un lado existe una menor variedad de productos en este mercado en comparación con el sector salud en su conjunto, lo cual parece simplificar la comprensión de la salud mental en términos de mercado; y por el otro esta simplificación se acompaña con una diversidad de formas de comprensión y por ende de abordajes del fenómeno de la salud mental que genera importantes dificultades a la hora de identificar, agrupar y clasificar dispositivos y servicios.

A pesar de ello, cabe aclarar que la clasificación aquí empleada tiene actualmente consenso entre los profesionales y establecimientos que prestan atención a las poblaciones bajo cobertura de las obras sociales.

Existen en el sector público y la medicina prepaga algunas diferencias en cuanto al tipo de servicios que brindan y por ende a los dispositivos en cuestión, tanto en lo que

respecta a la mayor o menor relevancia que cobran algunas modalidades como a la exclusión de alguna de ellas.

Como ejemplo del primer caso puede citarse la ausencia de dispositivos de atención domiciliaria en el sector público; y como ejemplo del segundo caso se destaca la exclusión de las internaciones prolongadas en los planes de cobertura de los sistemas de medicina prepaga.

Los dispositivos necesarios para satisfacer la demanda de las personas aquejadas de trastornos mentales pueden agruparse en:

1. Dispositivos de atención ambulatoria
2. Cobertura en medicamentos ambulatorios.
3. Cobertura en internaciones agudas.
4. Dispositivos alternativos a las internaciones "crónicas".
5. Dispositivos especializados en el abordaje de problemáticas de índole social.

1. Dispositivos de atención ambulatoria

La mayor parte de los trastornos mentales pueden ser tratados mediante dispositivos ambulatorios, por lo tanto una necesidad importante de los pacientes puede ser satisfecha con el fortalecimiento de este tipo de dispositivos.

La distribución geográfica de los dispositivos existentes no obedece a razones de tipo sanitaria, razón por la cual se hace imprescindible la intervención del Estado para instrumentar mecanismos que aseguren una distribución de la oferta acorde con las necesidades de la población.

Los lugares con baja densidad poblacional representan un problema de difícil solución debido a la escasez de oferta.

2. Cobertura en medicamentos ambulatorios.

En los últimos años han aparecido nuevos medicamentos con precios muy elevados respecto a los de la generación anterior. Teniendo en cuenta que los tratamientos de los trastornos mentales pueden durar mucho tiempo, la financiación de este tipo de medicamentos es un problema tanto para los financiadores como para los pacientes y sus familias. Entonces, otra de las necesidades de esta población es la derivada de la imposibilidad de adquirir algunos de estos medicamentos.

3. Cobertura en internaciones agudas.

La cobertura en internaciones agudas es una de las necesidades mejor satisfecha por la seguridad social. La disponibilidad de camas del sector es más que suficiente para dar respuesta a los requerimientos de sus beneficiarios.

4. Dispositivos alternativos a las internaciones "crónicas".

Para dar respuesta a las necesidades de la población afectada de trastornos mentales severos es una cuestión prioritaria la implementación de dispositivos alternativos a las internaciones psiquiátricas crónicas. Es imprescindible el desarrollo urgente y planificado de instituciones menos reclusorias y con programas de rehabilitación eficaces.

5. Dispositivos especializados en el abordaje de problemáticas de índole social.

Un gran número de problemas de salud mental van de la mano con dificultades de tipo social que a su vez disminuyen la efectividad de los tratamientos llegando incluso a hacerlos inaplicables³⁰, sin embargo los recursos que se destinan a resolver este tipo de problemas no ocupan un lugar relevante en la atención de la salud mental.

4.3. RECURSOS SANATORIALES

La oferta privada de servicios especializados en salud mental ha tenido un desarrollo vinculado en forma directa con la cobertura y el financiamiento de los trastornos psiquiátricos por parte de las obras sociales, y en mucha menor medida de la medicina prepaga.

Antes del surgimiento y desarrollo de las obras sociales dentro del sistema argentino de salud, la oferta privada especializada se reducía a un pequeño número de establecimientos psiquiátricos que brindaba atención casi exclusivamente en internación y para aquellos pacientes que podían costear sus tratamientos "de bolsillo".

Con la cobertura de la atención psiquiátrica por parte de la seguridad social la oferta privada de servicios de salud mental experimentó un desarrollo formidable pasando de ser ese número reducido de clínicas psiquiátricas a constituir un mercado sanatorial con más de 250 establecimientos, los cuales representan alrededor del 80% del total de instituciones especializadas en salud mental del país, y una dotación de más de 9000 camas que equivale al 40% del total de camas psiquiátricas en instituciones monovalentes.

Este crecimiento ha sido posible gracias a la gran transferencia de recursos que significó el financiamiento de la atención psiquiátrica y psicológica por parte de la seguridad social, que como señal de mercado estimuló la proliferación de este tipo de instituciones. Este desarrollo no se acompañó de ningún tipo de intervención por parte del Estado en lo que respecta a la planificación sanitaria.

Las instituciones de salud requieren para su funcionamiento una importante cantidad de recurso humano altamente capacitado y especializado, es así que este fuerte desarrollo del aparato prestacional funcionó como incentivo en la orientación de la formación profesional, otra vez sin la menor participación del Estado en sus funciones de planificación, regulación, coordinación.

Durante esa etapa de crecimiento, los servicios eran contratados a través de la modalidad por prestación o por acto médico, las internaciones se pagaban por día-cama, los honorarios profesionales y la medicación se facturaban por separado.

Los establecimientos y profesionales eran contratados en forma individual y directa por parte de la obra social, la cual tenía a su cargo la acreditación, categorización y control de calidad de los servicios que cada uno de estos proveedores contratados brindaba a sus afiliados. También quedaba a cargo de la obra social la coordinación entre los distintos efectores.

Esta modalidad de contratación y pago incentivó la innovación de productos y desalentó el desarrollo de tecnologías de gestión y el uso racional de los recursos por parte de los proveedores, quedando todo el riesgo a cargo de la obra social.

La oferta creció entonces en dos sentidos: por un lado se observó un crecimiento cuantitativo a partir del número de establecimientos y profesionales; por otro lado se

³⁰ BARRIONUEVO, H. Hugo y RODRÍGUEZ, Claudia. 2000. "Desinstitucionalización y Prevención de la Cronificación en Pacientes Internados, en Salud Mental". *XVI Congreso Argentino de Psiquiatría*. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Mar del Plata. Marzo.

produjo una diversificación de servicios: psicoterapias individual, familiar, de pareja, grupal, breves, prolongadas, psicofarmacológicas, control psiquiátrico, grupos específicos, grupos de autoayuda, admisión, emergencias institucionales y domiciliarias, hospital de día, internación aguda, de rehabilitación, hostales, casas de medio camino, etc.

Este crecimiento de proveedores de atención en salud mental no pudo ser absorbido por una demanda que, aunque en aumento, no acompañó el ritmo de crecimiento de la oferta, llegando así a la última etapa, la actual.

Esta desproporción entre el crecimiento de los proveedores y de la demanda generó un exceso de oferta que puede evidenciarse en la sostenida caída de precios que vienen sufriendo estos servicios en los últimos años.

La necesidad de racionalizar el gasto por parte de las obras sociales y los cambios en las modalidades de contratación y pago que transfirieron parte del riesgo financiero a los prestadores son otras de las características claves de esta última etapa que marcaron el rumbo de los cambios en la oferta de servicios de salud mental.

La contratación directa de prestadores individuales (ya sean establecimientos o profesionales) fue reemplazada por la contratación de redes de proveedores transfiriendo parte de los costos de coordinación, de auditoría de las facturaciones y de control de calidad de las prestaciones. Como ejemplo de lo antedicho puede mencionarse la reducción de personal en los equipos profesionales afectados a esas tareas. Esta modalidad de contratación de servicios se estableció junto con las nuevas formas de pago con transferencia de riesgo, como son el pago por módulo y por cápita.

La conformación de redes, la gestión de contratos, la necesidad de auditoría de las prestaciones y de la facturación, el control de calidad, la elección de prestaciones de efectividad comprobada, la búsqueda de aquellas con mejor relación costo-efectividad y la incorporación de tecnologías de gestión son algunas de las tendencias que, en este nuevo escenario, debieran modelar la oferta privada de servicios de salud mental.

A pesar de ello coexisten en este mercado organizaciones con distinto grado de adaptación a los cambios, desde aquellas que conservan intactos muchos aspectos de sus modalidades de atención y de gestión, hasta las que intentan acompañar los cambios introduciendo nuevas tecnologías con distintos grados de éxito.

Pueden distinguirse entonces, tres etapas en la evolución de la oferta privada de servicios en salud mental en la Argentina, principal proveedor de servicios para la seguridad social.

A continuación se resumen, a título ilustrativo y en forma de cuadro, las características más relevantes de estas tres etapas (cuadro 7).

Cuadro 7: Argentina. Evolución de la oferta privada de servicios de salud mental.

		<i>1º etapa</i>	<i>2º etapa</i>	<i>3º etapa</i>
<i>Cambios en el entorno</i>	Financiación	De bolsillo	Seguridad Social Medicina Prepaga	Seguridad Social Medicina Prepaga
	Modalidad de contratación	---	Directa con cada prestador	A través de redes de prestadores
	Forma de pago	---	Por prestación o acto médico	Modulada o capitada
<i>Respuesta de la oferta</i>	Ritmo de crecimiento	Casi nulo	Importante crecimiento	Tendencia a la retracción
	Ritmo innovativo	Lento	Innovación de productos	Innovación en los procesos

Fuente: Elaboración propia.

Tal como fuera señalado al comienzo de este capítulo, la oferta institucional de servicios de salud mental del sector privado ha tenido en la Argentina un importante desarrollo en las últimas décadas como consecuencia de la enorme transferencia de recursos que significó la cobertura de los tratamientos de trastornos mentales por parte de la seguridad social.

Hacia fines de la década del 70 y principios de los 80 el financiamiento por parte de la principal obra social en tamaño y magnitud de utilización de servicios, el Instituto Nacional para Jubilados y Pensionados (PAMI), promovió el crecimiento de los establecimientos psiquiátricos privados junto con la implementación de su plan de psiquiatría dinámica.

Por otra parte las formas de contratación y pago que imperaban en esos años (el pago por prestación, por acto médico y por día cama, con honorarios y medicación aparte) fomentaron la diversificación de productos y la mayor intensidad y duración de los tratamientos, generando en las instituciones prestadoras una cultura organizacional y un modelo de gestión que aún hoy se hacen sentir.

Desde el punto de vista cuantitativo, la relación entre las camas y el tamaño de la población también sorprende por su enorme variabilidad entre las distintas regiones y países del mundo, tal como ocurre con el recurso médico especializado.

Prueba de ello son los datos aportados por la Organización Mundial de la Salud según los cuales la mediana para la población mundial es de 16 camas cada 100.000 habitantes oscilando entre 2,4 camas en los países de bajos ingresos y 87 camas cada 100.000 habitantes en los países de ingresos altos.

Según datos del Ministerio de Salud de la Nación, la Argentina cuenta con un total de **332 establecimientos psiquiátricos** de los cuales el 68% posee internación y albergan un total de **24.232 camas** en todo el país³¹.

Esta distribución de camas representa un promedio de algo más de 100 camas por establecimiento y el total de camas del país corresponde a una tasa de **65,7** camas cada 100.000 habitantes.

Al comparar la dotación de camas entre Argentina y el mundo (tabla 4), llama la atención que la capacidad instalada en este país es 4 veces superior a la mediana mundial, colocándose mucho más cerca de los países ricos que de los países pobres.

Tabla 4: Camas psiquiátricas cada 100 mil habitantes en el mundo comparada según regiones y en Argentina.

Región / País	Camas psiquiátricas cada 100 mil habitantes
Países de ingresos bajos	2,4
Países ingresos altos	87
Argentina	65,7
Mediana mundial	16

Fuente: Elaboración propia en base a datos de:

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. Nota descriptiva: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental en el mundo. Ginebra. OMS.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 1995. *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995.*

Para profundizar en estas diferencias se comparó la dotación de camas de la Argentina con los datos aportados por estudios sobre los recursos en otros países (tabla 5) donde vuelve a confirmarse esa gran variabilidad en el número de camas por habitante. Según estos datos la cantidad de camas por habitante en la Argentina prácticamente duplica la tasa en España, es casi 9 veces superior a la de Australia y más de 20 veces la dotación de camas psiquiátricas de Corea.

Esto permite comprender lo difícil que resulta establecer un valor que pueda considerarse como deseable y que sirva de parámetro con el cual poder comparar.

³¹ MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 1995. *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995.*

Tabla 5: Camas psiquiátricas cada 100 mil habitantes en países seleccionados.

País	Año	Camas psiquiátricas cada 100 mil habitantes
Argentina (2)	1995	65,7
España (3)	1994	38,1
Japón	1997	35,7
Nueva Zelanda	1997	8,6
Australia	1997	7,4
Corea	1997	2,9
China	1997	0,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos de: DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. 1997. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. OPS – OMS.

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

(3) Estimación propia en base a datos de: FERNÁNDEZ LIRIA, A.; DIEGUEZ PORRES, M. 1995. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid.

Composición de la oferta sanatorial en la Argentina

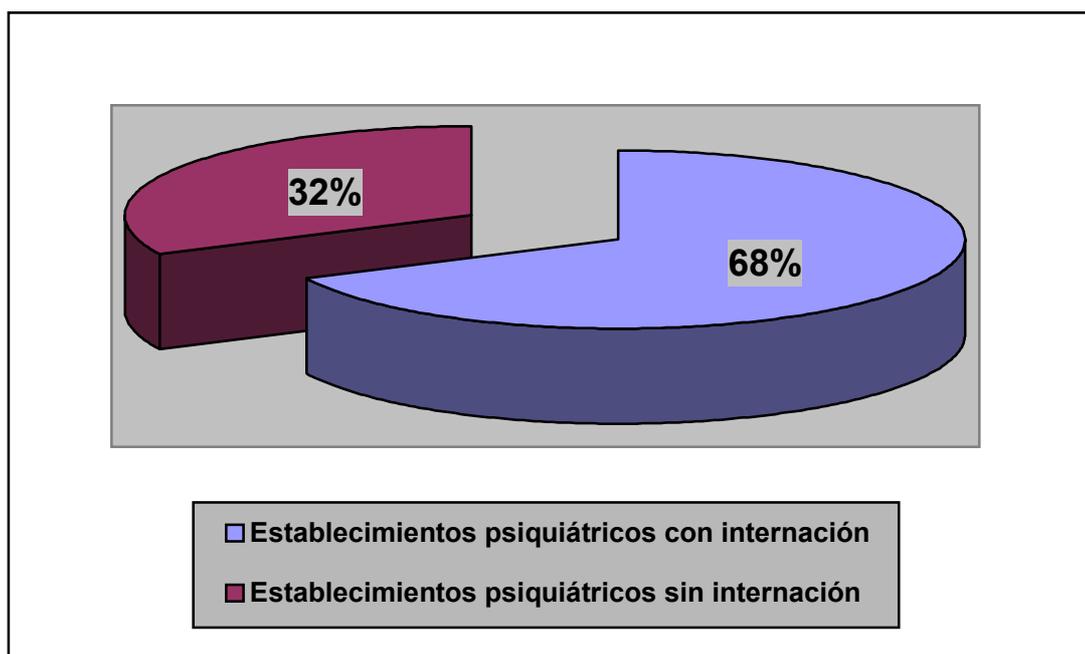
Del total de establecimientos monovalentes de la Argentina, el 32% de las instituciones brinda solamente atención ambulatoria y el 68% restante cuenta con servicios de internación (tabla 6 y gráfico 4).

Tabla 6: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con y sin internación. Año 1995.

Establecimientos psiquiátricos con internación		Establecimientos psiquiátricos sin internación	
Nº	%	Nº	%
225	68 %	107	32 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

Gráfico 4: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con y sin internación. Año 1995.



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

Dentro de los 225 establecimientos psiquiátricos con internación, 185 pertenecen al sector privado, principal proveedor de servicios para las obras sociales, con un total de 9.158 camas; y 40 establecimientos pertenecen al sector público, albergando un total de 15.074 camas.

Como puede observarse entonces el sector privado posee el 82% del total de los establecimientos monovalentes con internación y el 38% de las camas del país, mientras que por el contrario el sector público concentra en el 18% de los establecimientos el 62% de las camas.

La respuesta a esto se encuentra en la concentración de camas por establecimiento y tal como se evidencia en la tabla 8, el promedio de camas por establecimiento en el sector público es de 377 camas, mientras que en el sector privado es de 49,5 camas por clínica. Entonces el promedio de camas por establecimiento en el sector público es casi 8 veces superior al de los establecimientos privados.

Esta concentración de las camas en los establecimientos públicos habla claramente del modelo manicomial que ha sostenido este sector en sus instituciones psiquiátricas.

Tabla 7: Argentina. Establecimientos psiquiátricos y camas por sector. Año 1995.

Sector	Nº de establecimientos psiquiátricos con internación	Camas
Privado	185	9.158
Público	40	15.074
Total	225	24.232

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

Como puede observarse en la tabla 8, el 62% de la oferta total de camas psiquiátricas de la Argentina pertenece al sector público, mientras que sólo el 38% de las mismas está en manos del sector privado.

Tabla 8: Argentina. Promedio de camas psiquiátricas por establecimiento y por sector. Año 1995.

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

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

En las tablas 9, 10 y 11 se evidencia que la oferta de establecimientos privados con internación representa el 82% del total, es decir que hay 4 clínicas privadas por cada establecimiento público, sin embargo en la concentración de camas se invierte esta proporción encontrando que el 62% de las camas se concentra en el 18% de las instituciones (sector público).

Es decir que lo más notable del Sector Público es que posee 15074 camas que se concentran en solamente 40 establecimientos. El Sector Privado, en cambio, distribuye sus 9.158 camas en 185 instituciones.

Deben ser tenidos en cuenta varios factores para interpretar esta información:

- Uno de ellos descansa en el modelo asilar que tomaron y aún poseen los grandes hospitales psiquiátricos.

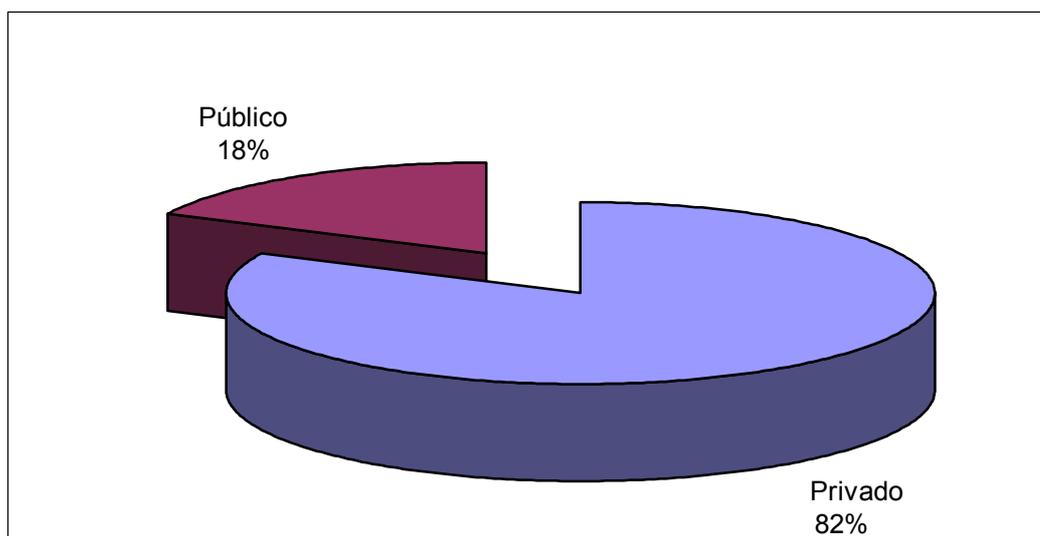
- Otro factor que puede explicar parte de este fenómeno está vinculado con la incidencia que tiene la pobreza y la exclusión que han sufrido las clases más desamparadas, en comparación con aquellas que tienen algún tipo de cobertura médico-social.
- El sector público asiste a una parte de la demanda proveniente de la población con cobertura médica de obra sociales y prepagas, ya sea que ésta sea luego financiada por el correspondiente seguro de salud o por el sistema público.

Tabla 9: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con internación por sector. Año 1995.

Sector	Nº de establecimientos psiquiátricos con internación	Porcentaje
Privado	185	82 %
Público	40	18 %
Total	225	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

Gráfico 5: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con internación por sector. Año 1995.



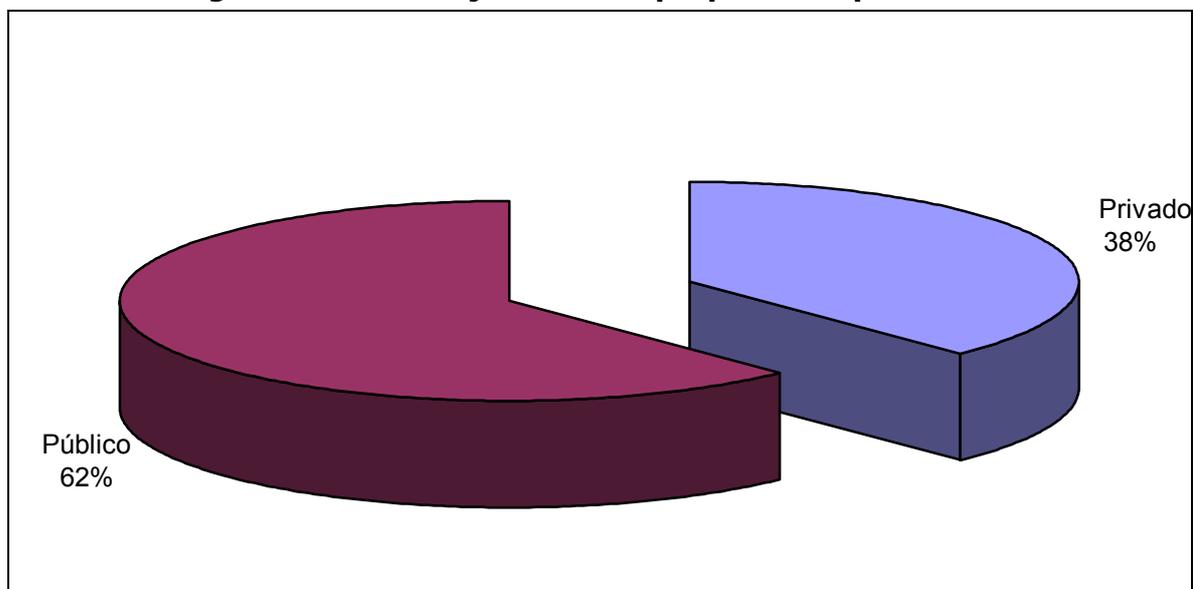
Fuente:

Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

Tabla 10: Argentina. Porcentaje de camas psiquiátricas por sector. Año 1995.

Sector	Camas	Porcentaje
Privado	9.158	37.8 %
Público	15.074	62.2 %
Total	24.232	100 %

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

Gráfico 6: Argentina. Porcentaje de camas psiquiátricas por sector. Año 1995.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

Tabla 11: Argentina. Porcentaje de establecimientos psiquiátricos y camas por sector. Año 1995.

Sector	Porcentaje de establecimientos psiquiátricos con internación	Porcentaje de las camas
Privado	82%	38%
Público	18%	62%
Total	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Ministerio de Salud de la Nación. Año 1995.

4.4. RECURSOS PROFESIONALES

Los problemas vinculados con la salud mental han sido y aún constituyen un campo con más interrogantes que respuestas para las distintas comunidades y como consecuencia de ello se ha desarrollado una importante variedad de formas de abordaje y comprensión del fenómeno de la salud-enfermedad mental. Esto se traduce en una gran diversidad de escuelas y orientaciones tanto en los criterios de diagnóstico, como en las formas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

La conformación que fue tomando la oferta, y especialmente la formación del recurso humano especializado, ha sido fuertemente marcada por esta diversidad de modelos, los cuales estimulan o desalientan de diferentes modos el desarrollo de distintos tipos de dispositivos y tratamientos.

La atención especializada de los pacientes con trastornos mentales en la Argentina está a cargo fundamentalmente de médicos y psicólogos. Si bien estos últimos no están habilitados para el manejo de los psicofármacos como recurso terapéutico, indican y conducen toda la gama de tratamientos psicoterapéuticos que reciben los pacientes, prácticamente a la par de los médicos psiquiatras.

En estrecha relación con cierta "marginalidad" en la que se desarrollaron profesionales y servicios especializados, se desarrolló la formación y orientación de la oferta que siempre funcionó sintiéndose unas veces dentro y otras veces fuera del sistema de salud.

Algunos líderes del sector sostuvieron esta separación la cual estaba fomentada por otro lado por la falta de cobertura que estas patologías tuvieron durante años tanto en el sector público como en la seguridad social y la medicina prepaga. Es así que tanto médicos como psicólogos fueron formados y ejercieron su profesión con cierta independencia dentro del sector de salud, con las ventajas (falta de control por ejemplo) y las desventajas (escasos recursos) derivadas de tal distanciamiento.

Otros grupos de profesionales promovieron activamente la integración de la salud mental dentro del sistema de salud y de las organizaciones de salud, fundamentalmente en los hospitales públicos generales, con importantes logros tanto en lo asistencial como en la formación profesional. Dejando una impronta que aún produce consecuencias: la salud mental puede ser practicada más allá de los consultorios privados y más allá de las instituciones monovalentes.

A pesar de estos avances, una de las características que distinguió siempre a los profesionales "psi" es una especial resistencia a evaluar la actividad que realizan y los resultados que de ella se obtienen. Si bien es cierto que la salud mental posee dificultades propias de la disciplina en lo que hace a poder objetivar las intervenciones y los resultados, no menos cierto es que no ha habido una verdadera convicción de parte de los profesionales en ese sentido.

Mientras los tratamientos ambulatorios se financiaron con erogaciones de bolsillo y las internaciones a través del sector público, no existieron incentivos para evaluar la actividad, los resultados y menos aún la eficiencia de las intervenciones. Ahora que la financiación de las distintas prestaciones exige ciertos niveles de resultados en los tratamientos y una racionalidad en los costos involucrados, el profesional de la salud mental se ve obligado a demostrar lo que hasta ahora no le fue exigido: la efectividad y eficiencia de las intervenciones específicas.

Según estimaciones realizadas por el Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, y como puede observarse en la tabla 12, la cantidad de médicos en la Argentina es de 101.000 en todo el país, de los cuales 4.800 son psiquiatras, lo que representa casi el 5% de la oferta médica.

Tabla 12: Argentina. Cuadro comparativo entre médicos, psiquiatras y psicólogos. Año 2002.

RRHH	Total
Médicos	101.000
Médicos Psiquiatras (con o sin especialidad)	4.800
Psicólogos	36.000

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

La cantidad de médicos psiquiatras por habitantes es una tasa muy variable en los distintos países. Esta dispersión se comprueba en los datos aportados por el Proyecto Atlas de la Organización Mundial de la Salud; se trata de un estudio concebido para conocer los recursos destinados a la salud mental en el mundo y fue realizado sobre la información aportada por 185 países recabando datos entre octubre del año 2000 y marzo de 2001.

Según la información proporcionada por este estudio, la media mundial del número de psiquiatras es de 1 cada 100.000 habitantes, con una variación que va de 0,06 en los países de bajos ingresos hasta 9 cada 100.000 habitantes en los países de ingresos altos. Según los datos aportados por la Universidad de Buenos Aires la misma tasa en la República Argentina es de 13,25 psiquiatras cada 100.000 habitantes, ubicándose así por encima de la media de los países desarrollados (tabla 13).

Tabla 13: Tasa de psiquiatras por habitantes comparada según regiones y en la Argentina.

Región / País	Psiquiatras cada 100.000 habitantes
Países de ingresos bajos	0,06
Países de ingresos altos	9
Argentina	13,25
Media mundial	1

Fuente: Elaboración propia en base a datos de:

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. *Nota descriptiva: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental en el mundo*. Ginebra. OMS.
- ALONSO, Modesto M. 2002. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

A los efectos de enriquecer estos datos se comparó la concentración de psiquiatras por habitantes en la Argentina con la de otros países seleccionados. De esta comparación surge que las diferencias en la dotación de médicos psiquiatras llegan a ser notables. Por ejemplo, la tasa de psiquiatras por habitante de la Argentina es 8 veces superior a la de Corea, casi 4 veces la tasa de Brasil y ligeramente inferior a la observada en los Estados Unidos (tabla 14 y el gráfico 7).

Una primera pregunta que surge de esta comprobación es ¿cuál es la causa de semejantes diferencias?. Es posible que estas enormes diferencias estén estrechamente relacionadas con factores históricos y culturales así como las diferencias en cuanto al nivel de desarrollo entre las distintas regiones y países.

También se abre el interrogante, a partir de estos datos, sobre la existencia de algún tipo de relación entre estas diferencias en la distribución de los recursos y los resultados en la atención en salud mental.

Tabla 14: Tasa de psiquiatras por habitantes en países seleccionados.

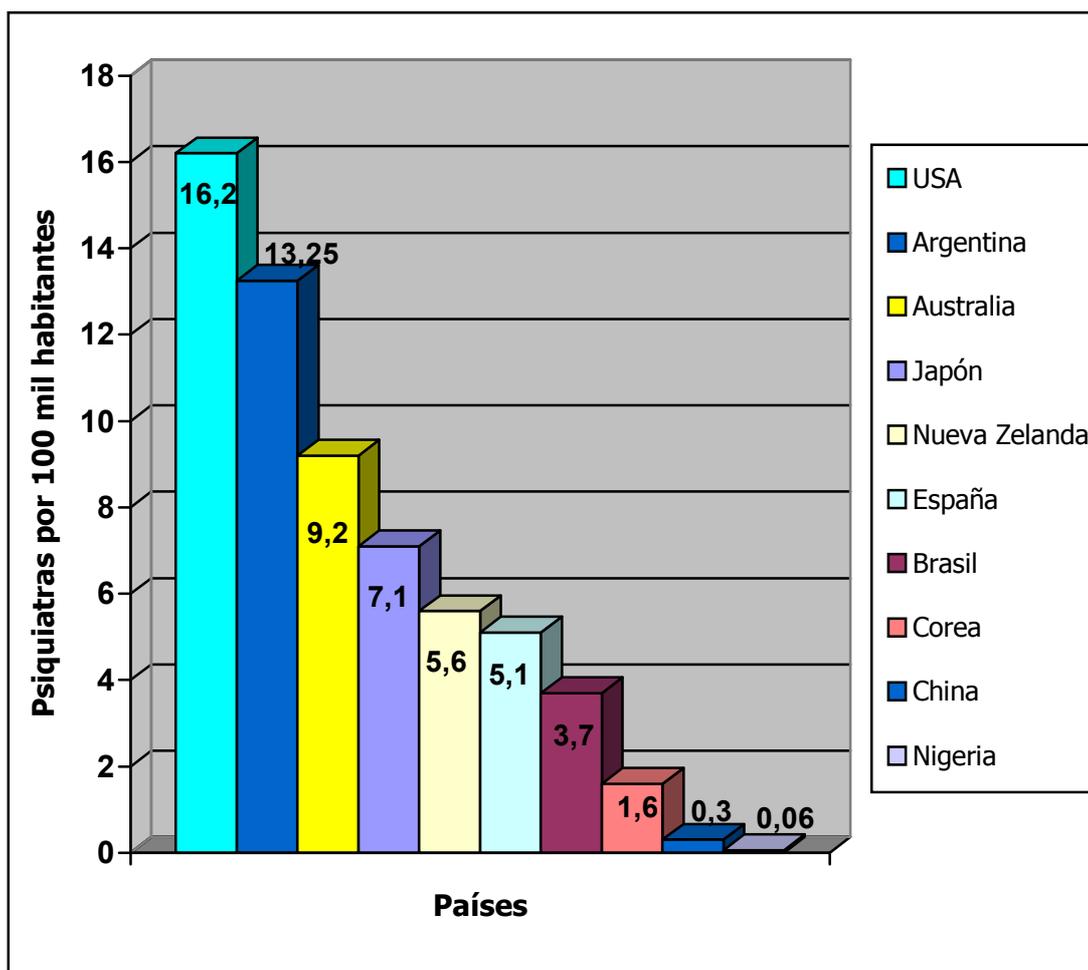
País	Psiquiatras por 100.000 habitantes
USA	16,2
Argentina (1)	13,25
Australia	9,2
Japón	7,1
Nueva Zelanda	5,6
España (2)	5,1
Brasil	3,7
Corea	1,6
China (3)	0,3
Nigeria	0,06

Fuente: Elaboración propia en base a datos de: DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. 1997. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. OPS – OMS.

(1) ALONSO, Modesto M. 2002. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

(2) FERNÁNDEZ LIRIA, A.; DIEGUEZ PORRES, M. 1995 "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid.

(3) Incluye trabajadores no acreditados en salud mental.

Gráfico 7: Tasa de psiquiatras por habitantes en países seleccionados.

Fuente: Elaboración propia en base a datos de:

- DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. 1997. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. OPS – OMS.
- ALONSO, Modesto M. 2002. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- FERNÁNDEZ LIRIA, A.; DIEGUEZ PORRES, M. 1995. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid.

Con respecto a la dotación de psicólogos en la Argentina, un estudio de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (citado anteriormente) estima su número en 36.000 para el año 1998, de los cuales 30.000 se dedican a la actividad asistencial.

A diferencia de lo que ocurre con el resto del sector salud, en el campo de la salud mental muchas de las decisiones sobre el consumo de servicios sanitarios de los pacientes son tomadas tanto por médicos como por psicólogos, no observándose aquí la hegemonía médica descripta para el resto del sistema de salud.

La relación de agencia en lo que hace a las prestaciones ambulatorias no se encuentra monopolizada por la figura del médico quien comparte con el psicólogo el lugar de agente; el desempeño de éste es entonces tan decisivo como el del médico en la determinación de la cantidad y el tipo de servicios que se consumen.

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

Ninguna otra especialidad concentra esta cantidad de recurso humano disponible y con poder de decisión en la indicación de los distintos tipo de tratamiento y por ende en el consumo de servicios sanitarios.

Todo esto, sin contar la participación de otros profesionales como por ejemplo los trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas, etc.; que si bien no tienen poder de decisión directo sobre las indicaciones terapéuticas, pueden ejercer una importante influencia tanto en los pacientes como en sus familiares y en los propios profesionales a cargo de los tratamientos.

4.5. ¿CUÁL ES LA TENDENCIA DE LA OFERTA?

Según autoridades de la Federación Médica de la Capital Federal, la psiquiatría fue una especialidad muy elegida por los médicos en los años 70, pero esta tendencia ha disminuido en la actualidad, por lo cual es muy probable que el número relativo de psiquiatras disminuya en los próximos años.

De acuerdo a los datos aportados por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires el número de psicólogos que se incorporan a la actividad asistencial año tras año es creciente.

Investigadores de la citada Facultad afirman que en países desarrollados, con menor concentración de psicólogos que Argentina, existe un alto nivel de desocupación y subocupación, lo que permite inferir también un alto nivel de desempleo de psicólogos en este país.

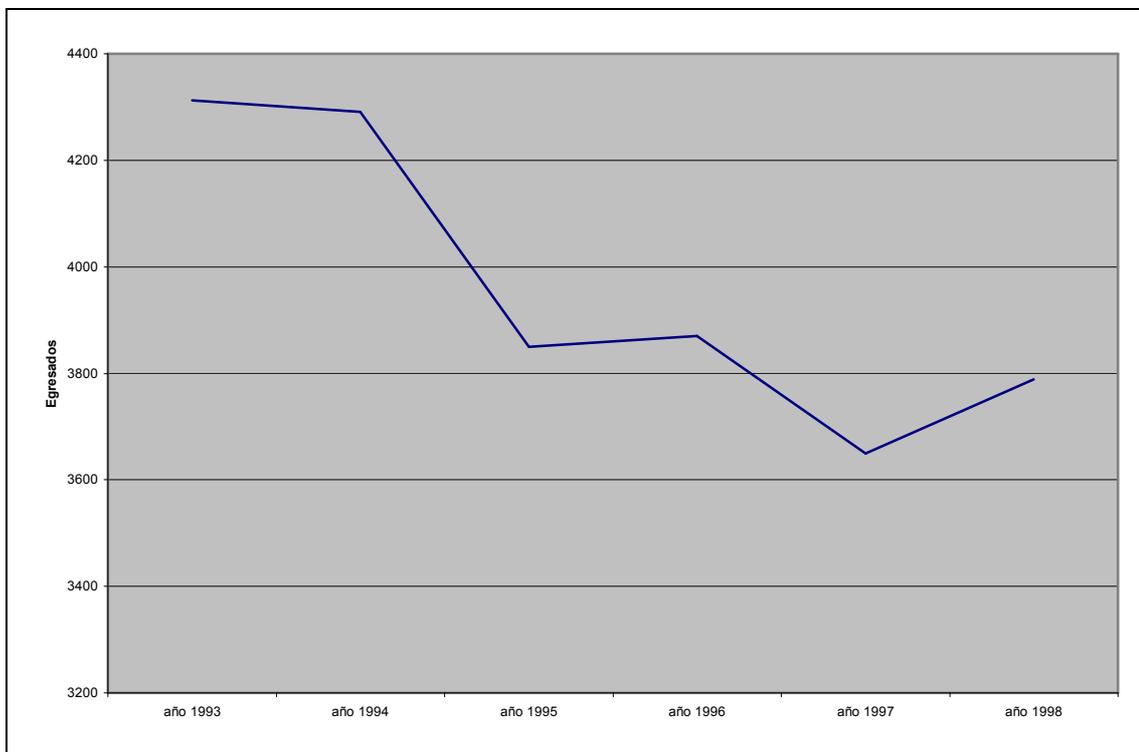
Empresarios del sector prestador consultados refieren que los niveles de desempleo entre los psicólogos ha aumentado en los últimos tiempos.

Tabla 15: Argentina. Médicos y Psicólogos egresados por año. 1993-1998.

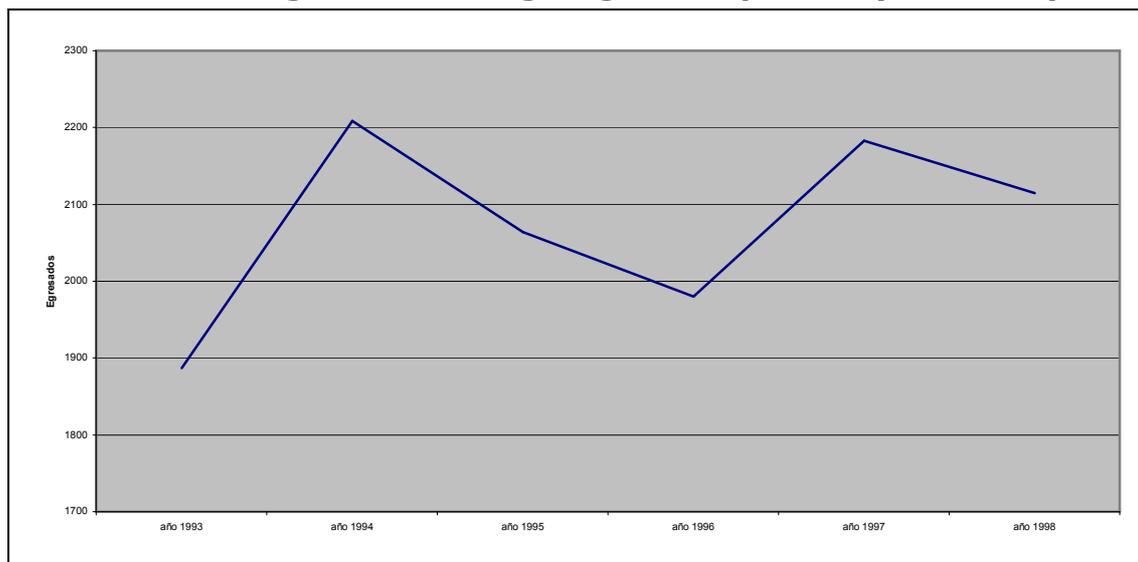
Egresados	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Médicos	4313	4291	3850	3870	3649	3789
Psicólogos	1887	2209	2064	1980	2183	2115

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ABRAMZÓN, Mónica y otros. *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. 2001. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud.

Como puede observarse en la tabla 15 y en los gráficos 5 y 6, la cantidad de médicos egresados por año ha disminuido en un 12% entre 1993 y 1998, mientras que el número de psicólogos que egresaron en el mismo período aumentó en una proporción similar (12%).

Gráfico 8: Argentina. Médicos egresados por año. (1993-1998)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ABRAMZÓN, Mónica y otros. *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. 2001*. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud.

Gráfico 9: Argentina. Psicólogos egresados por año. (1993-1998)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de ABRAMZÓN, Mónica y otros. *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001. 2001*. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud.

La oferta de servicios de salud mental ha crecido a un ritmo superior al crecimiento de la demanda, como consecuencia de ello el valor de las prestaciones en salud mental ha sufrido una importante caída en los últimos años. Esta caída en los precios pone en evidencia la saturación del mercado por parte de la oferta.

En estos últimos tiempos han cerrado sus puertas algunos establecimientos mientras que otros están al borde de la quiebra.

Tal como fue señalado en este capítulo, la concentración de psiquiatras en la Argentina supera la media de los países ricos, razón por la cual es lícito concluir que se trata de un mercado sobresaturado.

Los modelos de atención han cambiado en los últimos años debido a la confluencia de tres grupos de factores:

- ✓ Cambios en la tecnología que mejoran la efectividad de los tratamientos.
- ✓ Cambios en las modalidades de contratación y pago introducen nuevos incentivos en la conformación de la oferta.
- ✓ Cambios culturales respecto a lo que se espera de los servicios de salud mental.

Como consecuencia de ello:

- Por la confluencia de factores de diversa índole se han acortado los tiempos de las internaciones psiquiátricas.
- Las nuevas modalidades de contratación y pago, al transferir parte del riesgo económico, han generado un notable estímulo hacia la jerarquización de las formas de atención menos restrictivas y más costo-efectivas como son los distintos dispositivos de atención ambulatoria: consultorios externos, hospital de día, talleres, atención domiciliaria, atención de emergencia, urgencia telefónica.
- La evolución tecnológica de la psicofarmacología ha tenido consecuencias en la respuesta a los tratamientos, en la calidad de vida de los pacientes, en la capacidad de integración social y en la conformación de los servicios.
La mayor eficacia y mejor tolerancia de las nuevas generaciones de psicofármacos han introducido cambios impensados tiempo atrás. Mejoraron la adhesión de los pacientes a los tratamientos, acortaron la duración de las internaciones psiquiátricas, redujeron las recaídas y por ende la necesidad de reinternaciones.
- Los usuarios están mejor informados y tienen más claro qué pueden esperar y exigir de los proveedores de servicios.

Cuadro 8: Cambios en el modelo de atención de la salud mental.

<i>Area</i>	<i>Cambios</i>	<i>Descripción</i>	<i>Consecuencias</i>
<i>Tecnología</i>	Psicofármacos de nueva generación	Más efectivos Mejor tolerancia Más costosos	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor efectividad de los tratamientos • Mejor adhesión a los tratamientos por mejor tolerancia • Acortamiento de las internaciones • Aumento del gasto en medicamentos • Jerarquización de los dispositivos ambulatorios
<i>Financiación</i>	Nuevas modalidades de contratación y pago	Contratos con transferencia de riesgo (pago por cápita)	<ul style="list-style-type: none"> • Prevención de las reinternaciones • Acortamiento de las internaciones
<i>Socio-culturales</i>	Nuevas concepciones de la enfermedad mental. Mayor conciencia y mejor información por parte de los usuarios y sus allegados		<ul style="list-style-type: none"> • Jerarquización de las modalidades menos restrictivas de la libertad • Mejores condiciones de atención • Mayor accesibilidad • Trato más humanizado

Fuente: Elaboración propia.

Si se sostienen estos cambios, es de esperar que la necesidad de dotación de camas disminuya y se fortalezcan aún más los dispositivos ambulatorios y de atención de emergencia.

La conformación de redes de atención parece ser un camino hacia un modelo asistencial con continuidad de la atención médica, capacidad de dar cobertura a poblaciones geográficamente dispersas y gestión de contratos de riesgo, como son por ejemplo los convenios capitados en salud mental.

5. Las Prestaciones en Salud Mental del Programa Médico Obligatorio

Durante muchos años la seguridad social sufrió la ausencia de un marco que regulara la cobertura de las prestaciones brindadas a sus beneficiarios. El Programa Médico Obligatorio se introdujo como una respuesta a esa necesidad y de esta manera, con sus aciertos y limitaciones, impuso reglas de juego en un mercado que por sus propias características necesita regulación por parte del Estado.

Esa es quizás la principal fortaleza del Programa Médico Obligatorio (PMO): la de ser necesario, en un mercado tan imperfecto como es el de la salud y por consiguiente el de la salud mental.

La implementación del PMO tuvo importantes consecuencias en el mercado de la salud mental. La cobertura que brindaban las obras sociales antes de su implementación era desigual entre los distintos sistemas médicos. De este modo la inclusión de las distintas modalidades asistenciales y tipos de tratamientos, así como su frecuencia y duración dependía de los criterios utilizados por cada uno de los agentes.

La principal característica que introdujo este instrumento fue la de limitar cuantitativamente las prestaciones que hasta entonces eran brindadas por las obras sociales. Para algunas Obras Sociales este límite significó un techo para una demanda que superaba lo dispuesto por el PMO, mientras que para otras significó un piso de cobertura más alto del que brindaban hasta ese momento.

Es por esta razón que el PMO fue bien recibido y rápidamente adoptado por aquellas obras sociales que brindaban una cobertura mayor a la prevista; sobre todo en la regulación de prestaciones como las internaciones por ejemplo, las cuales generan una porción importante del gasto prestacional en salud mental.

El principal efecto surge de los límites de cobertura que establece para las prestaciones especializadas en términos cuantitativos. Si bien estos toques son prestaciones "mínimas" que deben brindarse, los mismos funcionan en realidad como "techo", generando así una disminución en la utilización de los servicios, es decir en la producción global del sistema que, en materia de salud mental, brindaba prestaciones por encima de los niveles previstos en este nuevo instrumento.

Obligaciones de cobertura que dispone el PMO y sus respectivos límites:

- En internación psiquiátrica se establece un mínimo de 30 días por afiliado y por año calendario.
- En hospital de día el mínimo es de 60 días por afiliado y por año calendario.
- En atención ambulatoria, 30 consultas por afiliado y por año calendario.
- En atención domiciliaria y urgencias no se establecen límites.
- Los coseguros no están diferenciados para la salud mental respecto del resto de las patologías, es decir \$5 para la consulta ambulatoria y \$10 para la atención domiciliaria.
- La cobertura de medicación se corresponde con el resto de las patologías: 100% en internación y 50% en medicación ambulatoria.

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

- Se acorta la duración en la cobertura del Hospital de Día a 30 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 4 consultas por mes, conservando las 30 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%.

La cobertura de la medicación total en internación y parcial en la atención ambulatoria, desalienta la externación de los pacientes internados, ya de por sí problemática en el campo de la salud mental y fundamentalmente en poblaciones de escasos recursos.

El texto sobre la cobertura en Hospital de Día no aclara si se trata de días de atención efectiva o días corridos. Para el caso de pacientes que realizan Hospital de Día por ejemplo 3 veces por semana, 30 días de atención representan más de 2 meses de tratamiento. Tampoco distingue el Hospital de Día de Jornada Completa del Hospital de Día de Media Jornada. Estas dos indefiniciones han obligado a financiadores y proveedores a interpretaciones propias.

Como puede observarse mientras que en la atención ambulatoria el límite está puesto en la cantidad de consultas, en la modalidad de internación el límite está puesto en el tiempo de duración de la misma, lo cual se traduce cuantitativamente en número de días-cama o pacientes-día, es decir en la cantidad de pacientes internados en la unidad de tiempo y por ende de la dotación de camas psiquiátricas necesarias para asistir a una determinada población.

La cobertura de las internaciones psiquiátricas de larga duración (internaciones "crónicas") han dejado de ser obligatorias ya que están excluidas del PMO. Por lo cual debieran ser absorbidas y financiadas por el sistema público.

Comportamiento de los 3 sectores en relación al PMO:

El **sector público** sigue brindando atención sin regirse por los límites del PMO, tanto en atención ambulatoria como en las internaciones. Sin embargo es posible que la existencia misma del PMO funcione como referencia explícita o implícita para profesionales y administradores y haya logrado influir en la utilización de los servicios.

La **medicina prepaga** se rige estrictamente por el PMO en los tratamientos ambulatorios y en internación, derivando al hospital público aquellos pacientes que superan los límites previstos por el PMO.

Las **obras sociales** se comportan de manera desigual en los dos grandes grupos de modalidades asistenciales, pero generalmente con mayor elasticidad que las prepagas. Muchas de ellas siguen brindando cobertura más allá de los 30 días de internación para aquellos pacientes que lo necesitan. Por otro lado existen pacientes que se encuentran internados desde hace años prácticamente sin posibilidades de ser externados y algunas obras sociales han decidido seguir brindándoles la cobertura de internación. Algunas obras sociales han implementado el pago de un coseguro por parte del beneficiario para las internaciones que requieren de más de 30 días. Este puede ser un porcentaje del valor de la internación o un valor fijo. En muchos casos existen mecanismos de excepción para eximir del mismo, ya sea en forma total o parcial, a pacientes y familias sin ingresos o con ingresos probadamente insuficientes para afrontar su pago.

A continuación se transcribe un extracto del Programa Médico Obligatorio de Emergencia con todos aquellos pasajes donde se definen las prestaciones en salud mental, sus límites de cobertura mínima y los coseguros de sus prestaciones. Se incluyen los coseguros que no están referidos a prestaciones específicas de la salud mental sino

agrupados por tipo de prestación como es el caso de la atención domiciliaria, pero que incluyen a la atención psiquiátrica y psicológica.

En el Anexo IV del presente estudio se incluye un extracto de la cobertura en salud mental del Programa Médico Obligatorio de Emergencia y el Formulario Terapéutico con los Precios de Referencia de los fármacos utilizadas en salud mental.

5.1. COBERTURA EN SALUD MENTAL EN EL PMO DE EMERGENCIA

En atención secundaria deben asegurarse las siguientes prestaciones:

Consulta en consultorio e internación, consulta de urgencia y emergencia en domicilio.

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

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

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

En la atención **ambulatoria** se cubren **hasta 30** consultas por año calendario, **no pudiendo exceder** la cantidad de **4 consultas mensuales**. Esto incluye entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

En **internación** se cubren patologías agudas **hasta 30** días por año calendario.

El **hospital de día** se cubre **hasta 30** días por año calendario.

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

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

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

- psicoterapias individuales de niños o adultos
- psicoterapias grupales o colectivas de niños o adultos
- psicoterapia de pareja o familia
- electroshock electro narcosis
- goteo con psicofármacos en enfermos no internados
- sueño prolongado
- reflejos condicionados
- Pruebas psicométricas
- Pruebas proyectivas perfil de personalidad

- hospital de día
- hospital de noche
- talleres de actividades grupales para prevención primaria y secundaria
- Talleres de estimulación temprana, incluye guardería

6. Financiamiento

La financiación de la atención de la salud es uno de los temas que más preocupa, tanto a los hacedores de políticas como al resto de los actores del sistema.

Los cambios en el financiamiento, sean estos cambios en los montos que se destinan, en el origen de estos fondos o en la forma en que se distribuyen y administran, tienen enormes consecuencias en la prestación de los servicios y por ende en la salud de las poblaciones.

La salud mental no es ajena a estas preocupaciones y en este sentido la Organización Mundial de la Salud se ha expresado al respecto considerando que el mínimo esperable del gasto público en salud mental no debiera ser menor al 1% del presupuesto destinado a la salud.

Sin embargo, según los datos suministrados por el mismo organismo, más de un tercio de los 91 países que especificaron cuánto dinero dedicaban a la salud mental, destina menos del 1% del presupuesto sanitario.

Cuando se estudia esta proporción en relación con las distintas regiones del mundo se observa que mientras más de la mitad de los países de Europa dedica a la atención de la salud mental un porcentaje mayor al 5% del presupuesto de la salud, en la región de África, casi el 80% de los países destinan menos del 1% a la salud mental.

En Argentina la atención especializada en salud mental está financiada tanto por el sistema público, como por la seguridad social, la medicina prepaga y el desembolso directo de los pacientes, ya sea en forma de co-pagos o simplemente por contratación directa sin ningún tipo de seguro.

El sector público es a la vez financiador y proveedor de asistencia a través de instituciones monovalentes y de servicios de psicopatología dentro de establecimientos polivalentes.

Las Obras Sociales y Prepagas son principalmente financiadoras, contratan la provisión de servicios fundamentalmente con instituciones monovalentes y profesionales del sector privado. En algunos casos son también proveedores de una parte de los servicios (generalmente atención ambulatoria) a través de profesionales propios, pero no poseen establecimientos especializados propios.

El sector público asiste a la población sin cobertura de la seguridad social o medicina prepaga, pero también a una parte de la población con cobertura.

Esta última situación se presenta fundamentalmente en tres circunstancias:

1. Algunas de las internaciones que se realizan por orden judicial y con uso de la fuerza pública ingresan en primera instancia en hospitales psiquiátricos públicos y luego son derivados a prestadores contratados por la obra social o prepaga.
2. El Programa Médico Obligatorio exige a obras sociales y prepagas la cobertura solamente de las internaciones "agudas" y por un tiempo de 30 días de internación por año calendario. Amparándose en esta ley, las empresas de medicina prepaga suelen ser estrictas y en los casos en que los pacientes necesitan más tiempo de internación que el previsto en la ley derivan al sector público que sí tiene obligación de brindar la cobertura. Las obras sociales se comportan de forma variada pero en general con más elasticidad que las prepagas en cuanto al tiempo de internación cubierto.
3. En algunos casos las obras sociales utilizan proveedores públicos para la atención de sus pacientes.

En las dos primeras situaciones el sector público provee y financia a pacientes con cobertura privada o de la seguridad social. En el tercer caso el sector público provee servicios que son financiados por el seguro del paciente.

Las internaciones "crónicas" (crónicas en cuanto a la duración de las mismas) son financiadas por el sector público y algunas obras sociales.

En el cuadro 9 se esquematizan esas relaciones entre financiación y provisión de servicios de salud mental en la Argentina, en la actualidad.

Cuadro 9: Argentina. Financiamiento y provisión de los servicios de Salud Mental.

FINANCIAMIENTO	PROVISION	
	INTERNACION	AMBULATORIO
PUBLICO	Pública Excepcionalmente privada *	Pública
SEGURIDAD SOCIAL (OBRAS SOCIALES)	Privada (principalmente) también ONGs y Pública	Privada (principalmente) y ONGs
SEGUROS PRIVADOS (MEDICINA PREPAGA)	Fundamentalmente privada	Fundamentalmente privada
DE BOLSILLO	Privada (es un porcentaje mínimo)	Privada (consultorios particulares)

Fuente: Elaboración propia

* En algún caso como por ejemplo las becas del SEDRONAR para tratamiento de las adicciones en Comunidades Terapéuticas, la provisión está a cargo de Instituciones privadas y ONGs, con financiación pública.

Al investigar sobre la magnitud de los subsidios cruzados en salud mental, los profesionales del sector advierten, por ejemplo, que el número de pacientes internados en establecimientos públicos que poseen algún tipo de cobertura médica representa un porcentaje significativo del total de las internaciones.

Con respecto a las internaciones psiquiátricas, la financiación de bolsillo (sin cobertura) de las mismas representa un porcentaje muy pequeño. Prácticamente la totalidad de esta modalidad es financiada por el Sector Público, la Seguridad Social o la Medicina Prepaga. Sin embargo en los últimos años se han introducido los sistemas de pago de coseguros para aquellas internaciones que superan lo establecido por el PMO, lo cual ha aumentado la participación de la financiación directa (de bolsillo).

El gasto en salud mental en la seguridad social

El gasto en servicios especializados en salud mental (sin contar medicamentos ambulatorios) en el mercado en estudio oscila entre **\$11** y **\$15** por año y por afiliado.

A partir de estos datos puede estimarse que el gasto de las obras sociales en servicios de salud mental (sin contar medicamentos ambulatorios) oscila entre **\$115.500.000** y **\$157.500.000** de pesos por año.

La variación de estas cifras posiblemente esté relacionada con dos grupos de factores:

- Algunas obras sociales no financian algunas modalidades asistenciales como por ejemplo las internaciones crónicas que tienen una alta incidencia en el gasto prestacional, mientras que otras sí lo hacen. Algunas han incorporado algún tipo de co-pago para las internaciones que superan el PMO, pero aún así el gasto que representa esta cobertura puede modificar ostensiblemente el gasto por beneficiario.
- Algunas obras sociales brindan cobertura a poblaciones con mayor grado de deterioro en su nivel de salud y por ende con un mayor nivel de utilización de los servicios; en algunos casos el deterioro económico de sus poblaciones disminuye la capacidad de pago de los co-seguros previstos en el PMO y los mismos son finalmente financiados por la obra social y no por los beneficiarios.

Según un costeo del Programa Médico Obligatorio el costo prestacional en salud mental representa el 4 % del total del gasto prestacional en salud³². Hacia el interior del gasto prestacional en salud mental casi el 60% del mismo corresponde a prestaciones ambulatorias y poco más del 40% se consume en servicios de internación.

La aparición de las nuevas generaciones de psicofármacos, más potentes y con menores efectos colaterales, introdujo una mejora sustancial en la evolución de los pacientes reduciendo incluso la necesidad de internaciones y por ende los costos prestacionales, pero los precios promedio de los mismos siguen siendo muy elevados en comparación con los psicofármacos "tradicionales".

Un aspecto importante a tener en cuenta es la presencia de subsidios cruzados en relación con otros sectores dentro o fuera del sistema de salud:

- El sector público financia parte de la atención de la salud mental de este mercado debido a que una porción de beneficiarios de la seguridad social concurre en busca de asistencia al sector público por dificultades para acceder a los servicios de sus respectivas aseguradoras.
- Otra financiación cruzada corresponde a las patologías de pacientes de tercera edad. Por un lado la falta de accesibilidad para vacantes en hogares geriátricos suele prolongar innecesariamente las internaciones psiquiátricas de aquellos pacientes que ingresan por episodios generalmente agudos o descompensaciones transitorias y luego quedan en establecimientos psiquiátricos "a la espera" de vacantes para Geriátrica. Por otro lado esa misma inaccesibilidad es causa de crisis en el seno de muchas familias que no pueden hacerse cargo de los cuidados del anciano y de esta manera se llega a situaciones de riesgo que muchas veces culminan en internaciones psiquiátricas que perfectamente podrían haberse evitado.

Si bien no hay estudios que midan la magnitud de este problema, es posible comprender su importancia si se tiene en cuenta que la población de tercera edad internada en clínicas psiquiátricas puede llegar a superar el 30 % del total de los pacientes. La Salud Mental de las Obras Sociales financia la cobertura social de Hogares Geriátricos.

- Existen pacientes discapacitados mentales internados en establecimientos psiquiátricos, que según el diagnóstico podrían estar bajo el amparo de la ley de

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

discapacidad, pero que por estar en instituciones no reconocidas por la resolución 400/99 (que regula la cobertura, la oferta y el menú prestacional), siguen siendo financiadas por los fondos destinados a la cobertura en Salud Mental.

- Por último existe un estudio³³ que demuestra que una porción importante de los días de internación que son utilizados por los pacientes se deben a problemas de tipo social y no a la evolución de la patología y su tratamiento. Según esta investigación, la duración de las internaciones de los pacientes que presentan problemas sociales que pueden obstaculizar la externación de los pacientes llega casi a duplicar la duración de las mismas con respecto a los pacientes que no presentan este tipo de problemática agregada. De esta manera el sector salud subsidia una problemática que, perteneciendo al ámbito de lo social, bien podría ser soportada por este.

6.1. MODALIDADES DE CONTRATACIÓN Y PAGO

Una de las cuestiones clave en los cambios que se han producido en el sector salud ha sido la introducción de nuevas modalidades de pago, tanto para los servicios profesionales como para las prestaciones sanatoriales.

Estas nuevas formas de retribución son a la vez consecuencia y causa de las reformas que ha sufrido el sector; consecuencia en tanto algunas de estas nuevas formas de contratación y pago perseguían por ejemplo la transferencia de una parte del riesgo de las aseguradoras a los prestadores; y causa porque han introducido nuevos incentivos en la oferta, convirtiéndose en una poderosa herramienta en la modelación de este mercado.

Las modalidades de pago más utilizadas actualmente en el mercado de servicios sanitarios son las siguientes:

- Por hora médica
- Por prestación
- Por módulo
- Por cápita

Según puede observarse en el cuadro 10, mientras que el sector público solamente retribuye a los profesionales por hora trabajada, en el sector privado y en la seguridad social coexisten las distintas modalidades de pago, siendo la tendencia actual hacia aquellas formas en las que se transfiere mayor riesgo al prestador, como son los modelos capitados fundamentalmente.

³³ BARRIONUEVO, Hugo. 2001. *Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación Psiquiátrica*. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Universidad Favaloro. Buenos Aires.

Cuadro 10: Argentina. Modalidades de pago por sector.

<i>Modalidad de pago</i>	<i>Sector</i>
<i>Por hora médica</i>	Sector público Sector privado Seguridad social
<i>Por prestación</i>	Seguridad social Sector privado
<i>Por módulo</i>	Seguridad social Sector privado
<i>Por cápita</i>	Seguridad social Sector privado

Fuente: Elaboración propia.

Dentro de la órbita de las Obras Sociales existen diversas formas de contratación y pago, las cuales han tenido una influencia vital en la modelación de la oferta prestacional.

Formas de contratación:

- contratación de redes de salud mental integrales
- contratación directa de profesionales
- contratación directa de instituciones ambulatorias
- contratación directa de servicios de internación

Formas de pago:

- por cápita → Redes
- por módulo → pago por paciente-día en internación, hospital de día
- por prestación → honorarios profesionales
- por hora → salario profesionales

Hasta fines de los años ochenta las principales formas de pago utilizadas en la seguridad social para retribuir los servicios de salud mental fueron el pago por acto médico para las prestaciones ambulatorias y el pago por día-cama para los servicios de internación. Aparte, las prestaciones profesionales y la medicación psicofarmacológica

Preocupados luego por la contención y la previsibilidad en el gasto, algunas obras sociales comenzaron a utilizar modalidades contractuales con transferencia de riesgo a los proveedores de salud mental, cuyo mayor exponente es el modelo de pago por cápita, es decir un monto fijo mensual por beneficiario, de tipo prospectivo.

La forma de pago por cápita se extendió rápidamente y fundamentalmente en las Obras Sociales con mayor número de afiliados, siendo en la actualidad una de las más utilizadas en los contratos entre aseguradoras y proveedores de servicios de salud mental.

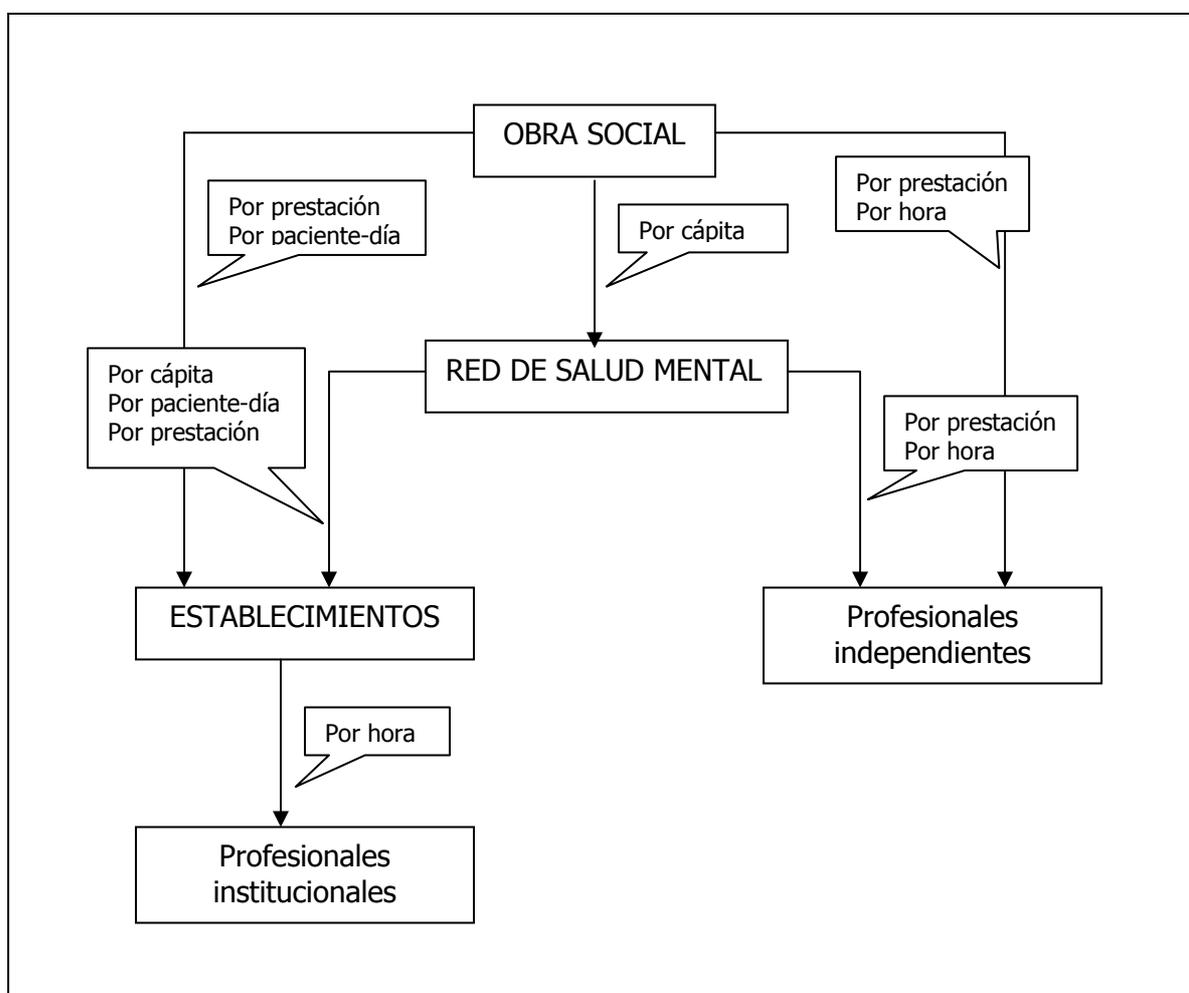
Esta modalidad de contratación obligó a la conformación de redes que se han organizado con distintos grados de evolución, integración y extensión, encontrándose diferencias inclusive en los menús prestacionales efectivamente brindados.

Cabe destacar que a pesar de la introducción de formas de contratación y pago con transferencia de riesgo, la atención ambulatoria no ha ocupado aún el lugar que le corresponde en un sistema de salud que debe privilegiar la prevención y la atención primaria por sobre el tratamiento de la enfermedad y la rehabilitación.

Si bien se ha extendido la modalidad de pago por cápita, algunas Obras Sociales siguen contratando de forma directa a prestadores con otras formas de pago, como ser por prestación, por paciente-día e incluso contratan profesionales por hora médica.

A continuación, se presenta un diagrama donde pueden verse con facilidad las principales formas de pago que operan en este mercado.

Diagrama 1: Modalidades de contratación y pago para servicios de salud mental en la seguridad social, en la Argentina.



Fuente: Elaboración propia

Como puede observarse, el modelo de contrato por cápita entre el asegurador y una red prestacional contiene el abanico de las principales formas de pago en el mercado de salud mental de la seguridad social.

Pago por prestación

El pago por prestación se utiliza como forma de retribución de prestaciones ambulatorias, sean estas brindadas por profesionales o por establecimientos. Se trata de una modalidad que tiende a utilizarse menos debido a que introduce un importante incentivo hacia la sobreprestación y sobrefacturación.

Suele adoptarse para el caso de prestaciones poco frecuentes o en regiones donde la demanda de servicios es relativamente baja, situaciones ambas en las que es muy difícil establecer otra modalidad de contratación.

Requiere de fuertes controles y un importante sistema de auditoría.

Pago por hora

A esta modalidad solamente se la observa como forma de retribución por servicios profesionales hacia el interior de los establecimientos especializados. Se trata de un método que facilita la administración y el control de los costos, aumenta la previsibilidad y no estimula la sobreprestación.

Como desventajas puede destacarse la falta de incentivo a la productividad y puede estimular la subprestación. Tasas de ausentismo elevadas y escasa rotación de pacientes suelen ser efectos no deseados derivados de esta modalidad de pago en salud mental.

Pago por paciente-día

Se lo observa como forma de retribución para los servicios sanatoriales de internación y hospital de día. El pagador puede ser la misma obra social o el gerenciador en los casos de modelos capitados. En el valor de la unidad paciente-día (o también llamado día-cama para el caso de las internaciones) suelen incluirse todas las prestaciones que recibe el paciente durante su estada incluida la medicación psicofarmacológica.

Esta modalidad de pago ha favorecido el modelo de hospitalización crónica ya que funciona como incentivo hacia la prolongación de las internaciones; requiere por lo tanto de fuertes sistemas de auditoría.

Pago por cápita

Esta forma de pago es en la actualidad muy frecuente entre las obras sociales y redes de prestadores que ofrecen cobertura integral de los servicios de salud mental.

Las principales consecuencias de esta modalidad de pago son las que devienen del estímulo que introduce hacia el fortalecimiento de dispositivos de atención ambulatoria y de los servicios de emergencia y atención domiciliaria, como una forma de disminuir la utilización de dispositivos de más alto costo como son las modalidades de atención en internación.

Los proveedores que adoptaron esta modalidad de retribución han tenido que aprender a comprar servicios y desarrollar sistemas de información y mecanismos de auditoría para poder controlar la utilización y calidad de los servicios. Estas funciones eran hasta entonces desconocidas por los proveedores ya que las mismas eran realizadas exclusivamente por las aseguradoras.

El principal riesgo de los modelos de pago por cápita surge del incentivo a la subprestación que introduce y que requiere de fuertes controles de calidad de parte de las obras sociales para asegurar niveles de atención adecuados.

A continuación se reúnen en el cuadro 11 las principales forma de pago para los servicios de salud mental en el ámbito de la seguridad social en la Argentina, identificando a los actores involucrados en cada una de ellas y los principales incentivos que se desprende de cada modalidad.

Cuadro 11: Argentina. Principales modalidades de pago, actores e incentivos en el mercado de salud mental en la seguridad social.

<i>Modalidad de pago</i>	<i>Actores</i>	<i>Principales características</i>
<i>Por prestación</i>	Obra Social – Institución Obra Social – Profesional Red - Institución Red - Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • incentiva la sobreprestación • incentiva la sobrefacturación • requiere de fuertes controles y un importante sistema de auditoría • gasto prestacional imprevisible
<i>Por hora</i>	Institución - Profesional	<ul style="list-style-type: none"> • facilita la administración y el control de los costos • aumenta la previsibilidad del gasto • no estimula la sobreprestación • falta de incentivo a la productividad • puede estimular la subprestación • tasas de ausentismo elevadas • escasa rotación de pacientes
<i>Por paciente-día</i>	Obra social – Institución Red - Institución	<ul style="list-style-type: none"> • estimula el modelo de hospitalización crónica • requiere de fuertes sistemas de auditoría
<i>Por cápita</i>	Obra Social – Red	<ul style="list-style-type: none"> • fortalecimiento de la atención ambulatoria, domiciliaria y servicios de emergencia • desarrollo de sistemas de auditoría dentro de la Red • incentiva la subprestación • es importante la auditoría de calidad de parte de la Obra Social

Fuente: Elaboración propia.

Aún no se han ensayado otras formas de pago tanto en la atención ambulatoria como en la internación.

En la atención ambulatoria podría ser útil evaluar alguna forma de pago que se vincule con la continuidad de la atención y con la gestión clínica de cada paciente. Para las patologías más crónicas y discapacitantes como por ejemplo la Esquizofrenia, el pago "por paciente" o "por caso" podría ser una alternativa a investigar.

En el caso de las internaciones, una modalidad de pago "por egreso" podría estimular el desarrollo y mejoramiento de aquellos mecanismos que tienden a acortar la duración de las mismas.

Esta modalidad de "pago por egreso" presentaría algunas dificultades a tener en cuenta para su implementación:

- Por un lado muchas internaciones aún requieren meses, por lo tanto el establecimiento no podría facturar durante ese período hasta que se efectivice el alta del paciente. Esto podría solucionarse pagando por "ingreso".
- Pero la mayor dificultad radica en otros dos problemas aún sin solución:
 - No existen estudios que permitan predecir el tiempo de internación de los pacientes con un margen de error razonable para este caso. Habría que realizar estudios por grupos de diagnósticos y adaptados a las características regionales.
 - Algunas internaciones se prolongan más allá de lo necesario por causas sobre las que el establecimiento no tiene control, como por ejemplo falta de vivienda, familia etc. En estos casos sería injusto trasladar el costo de esa prolongación al proveedor de servicios.

6.2. FORMACIÓN DE PRECIOS

Tal como fue establecido en el capítulo introductorio, dos preguntas fundamentales del problema económico son **qué** y **cuánto**; es decir qué bienes y servicios producir y en qué cantidades. Para la teoría económica clásica, en los mercados de competencia perfecta es la estructura de precios la que responde a estas preguntas.

¿De qué manera los precios responden a estos interrogantes?: orientando las decisiones de consumidores y productores.

Comprender el problema de la formación de precios, es entonces uno de los aspectos clave en el estudio de cualquier mercado, incluso en mercados imperfectos como el mercado de la salud y en este caso de la salud mental.

En este capítulo se investigan los mecanismos de formación de precios y el lugar que ocupan estos precios en la orientación de las decisiones de consumidores y productores. Se abordan los precios de los servicios profesionales y sanatoriales del sector prestador que provee atención a la población bajo estudio.

Las imperfecciones del mercado de la salud, las características propias de los bienes y servicios que se producen y consumen en él y las características de los actores involucrados, le confieren a este mercado unas particularidades que merecen ser estudiadas para comprender el complejo proceso de la formación de precios.

Antes de abordar el problema de los precios en un mercado particular como es el caso del mercado de servicios de salud mental en la seguridad social en la Argentina, es necesario primero establecer algunos aspectos teóricos de los precios en general.

Comenzando por la definición de **precio** puede decirse que el mismo es la expresión monetaria del valor de un bien o servicio; y su función en el mercado es la de ser tomado

por los consumidores y productores como señal para orientar sus decisiones con respecto a qué adquirir y qué producir, respectivamente³⁴.

Esta función del precio en la dinámica del mercado puede sintetizarse de la siguiente manera: En un mercado en competencia perfecta, ante un aumento de demanda por determinado bien o servicio los precios tienden a aumentar, este aumento desalienta a la demanda e incentiva la producción lo cual tiende a bajar nuevamente los precios. Por el contrario cuando aumenta la oferta los precios tienden a la baja y esta caída de precios funciona como estímulo al consumo y reduce el interés en los productores.

Este modelo teórico explica la dinámica que se produce en los mercados perfectos y que finalmente conduce a una situación de equilibrio entre las cantidades demandadas y producidas de determinados bienes y servicios, es decir a un equilibrio entre la demanda y la oferta.

Debido a que los servicios de salud recién pueden ser evaluados por el usuario en el momento en que son consumidos, los pacientes no pueden utilizar las señales del mercado respecto a la calidad del servicio que se les ofrece y por lo tanto no les es posible hacer comparaciones para mejorar su elección.

La presencia de lo que en salud se conoce como "tercer pagador", es decir la particular circunstancia por la cual el usuario no paga por lo que consume, le quita al precio la fuerza que tiene como señal en la elección del consumidor, como ocurre en los mercados perfectos.

Las imperfecciones del mercado de la salud debilitan el lugar de los precios en la asignación de los recursos, siendo los mismos la resultante de la puja entre el poder de negociación de los distintos actores.

En los últimos años la demanda no creció al ritmo de la oferta, razón por la cual los prestadores tuvieron que generar mecanismos para evitar la tendencia a la baja en los precios y para garantizar su existencia.

Por otro lado, tanto en salud mental como en el resto del sector salud, la formación de precios depende de la interacción de dos actores: proveedores y financiadores.

La presencia de los aseguradores no permite que la demanda ocupe el rol activo en la dinámica de formación de precios, tal como en otros tipos de mercados.

El desajuste entre oferta y demanda y la exclusión de la demanda en el proceso de formación de precios tienen como consecuencia que en la fijación de los mismos predominen las negociaciones arbitrarias entre los proveedores y las obras sociales o entidades intermedias.

En este tipo de negociaciones la determinación del precio depende de la cantidad y calidad de los servicios, de las formas de contratación y pago, e incluso del tipo vínculo que se haya establecido entre los negociadores.

En el mercado de la salud mental en estudio, son las obras sociales las que ostentan mayor poder de negociación, por lo que en general los prestadores funcionan como tomadores de precios y deben recurrir permanentemente a la contención de los costos como mecanismo de supervivencia.

³⁴ LIMA QUINTANA, Laura; DEVOTO, Florencia; FREYLEJER, Valeria. 1997. *Particularidades de la Determinación de Precios en el Sector Salud Argentino*. Buenos Aires. Asociación de Economía de la Salud.

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1. FACTORES CLAVES PARA LA GESTIÓN DEL PMO EN SALUD MENTAL

Cuando se aborda el campo de la salud mental mediante instrumentos derivados de otras disciplinas, como la economía, la economía de la salud, la administración sanitaria y la epidemiología, se perciben dimensiones, interacciones, problemas y alternativas de intervención que no salen a la luz con los enfoques e instrumentos tradicionales.

Por otra parte, la morfología y la dinámica que caracterizan al mercado de la salud adquieren en el ámbito de la salud mental particularidades que confirman la necesidad de estudios específicos.

A diferencia del resto del sector salud, la oferta de servicios de salud mental en la Argentina está conformada por un número muy importante de instituciones monovalentes, las cuales se encuentran geográficamente distribuidas sin relación alguna con las necesidades de la población ni como resultado de la planificación sanitaria.

A pesar de los avances que se han producido en las últimas décadas, las instituciones y servicios de salud mental se encuentran aún poco integrados al resto de los servicios sanitarios.

En este contexto, la atención en salud mental por parte de las obras sociales necesitaba un marco que definiera algunos aspectos esenciales para su cobertura: qué prestaciones deben ser brindadas y -debido a la cronicidad de gran parte de estas afecciones- con qué frecuencia y durante cuánto tiempo deben ser brindados los distintos servicios especializados.

El Programa Médico Obligatorio define esas prestaciones y pone límites en la frecuencia y duración de las mismas. A partir de estas características, se ha instalado en este mercado, marcando un antes y un después en la cobertura en salud mental brindada por las obras sociales.

Con sus fortalezas y debilidades, la implementación del Programa Médico Obligatorio logró constituirse en un instrumento capaz de introducir racionalidad en la cobertura de la salud mental y ha sido adoptado tanto por financiadores como por prestadores como el punto de referencia para el diseño de los planes de cobertura y para la elección de las distintas modalidades de contratación y pago.

El adecuado manejo del mismo a partir del conocimiento de los factores que intervienen, de sus fortalezas y debilidades, puede transformarlo en un eficiente instrumento de regulación así como de planificación y gestión.

Los actores

En el mercado de la salud mental, **la profesión médica no posee una hegemonía** tan marcada en la toma de decisiones como la que se observa en el resto del sector salud. La relación de agencia no se encuentra monopolizada solamente por la figura del médico, sino que intervienen otras profesiones con poder de decisión sobre los tratamientos, determinando de esta manera la cantidad y tipo de servicios a ser consumidos.

Por otra parte, debido a las particularidades de la salud mental descritas en este trabajo, intervienen en este mercado **otros actores** (como por ejemplo: familiares, jueces, asociaciones de pacientes) que poseen una fuerte influencia sobre el médico en su toma de decisiones.

La gran variedad de **modelos teóricos** que intentan explicar las causas y la evolución de estas enfermedades, así como la efectividad de las distintas terapéuticas, son aportados tanto por la oferta como por esos otros actores involucrados que se encuentran en estrecha relación con la demanda o que intervienen inclusive "en nombre" de la misma.

Estas características permiten comprender la importancia de:

- identificar los distintos actores
- conocer sus intereses
- comprender sus formas de intervención

La información

La información pertinente y oportuna, tanto de lo que ocurre hacia el interior de las organizaciones como en el entorno en que se desarrollan, es otro insumo clave para la toma de decisiones en los distintos niveles del sistema.

La gestión de redes de salud mental requiere de un adecuado conocimiento acerca del **comportamiento de la demanda** y su respuesta ante los distintos tipos de intervención, identificar los grupos de riesgo e implementar estrategias asistenciales focalizadas.

Es recomendable entonces la utilización de **métodos de diagnóstico más integrales** que abarquen las necesidades de los pacientes tanto en lo que respecta al componente psicopatológico como en aquellos aspectos que ejercen influencias decisivas en la evolución de los mismos. Conocer con que recursos cuenta, el tipo de familia, la ocupación, el nivel de instrucción, el tipo de red social, etc. permite prever con mayor aproximación la evolución de los pacientes, las necesidades de servicios tanto en el corto como en el largo plazo y la implementación de intervenciones focalizadas específicas.

Mejoras en los procesos

Una de las ventajas de la conformación de redes asistenciales es la posibilidad de garantizar la **continuidad de la atención médica**, requisito indispensable para la implementación efectiva de sistemas de seguimiento de pacientes de riesgo a través de las diferentes instancias terapéuticas.

El desarrollo de todas aquellas estrategias que tiendan a **evitar demoras innecesarias** en los tratamientos con internación y favorezcan el acortamiento en los tiempos de hospitalización puede producir efectos inmediatos tanto en la calidad de la atención como en la reducción de costos que no agregan valor.

Auditoría

La tendencia a los **monopolios** que, como consecuencia de la presencia de economías de escala, puede observarse en las zonas de baja concentración de beneficiarios, puede presentarse con mayor frecuencia en este mercado que en el resto del sector salud. Este hecho refuerza la necesidad de desarrollar sistemas de control prestacional ágiles y adecuados tanto a las especificidades de la salud mental como a los requerimientos del Programa Médico Obligatorio.

Incentivos en la oferta

La sobreoferta profesional y sanatorial sumada al alto grado de incertidumbre (en la efectividad diagnóstica y terapéutica) que caracteriza a la salud mental, constituye un obstáculo difícil de sortear para cualquier sistema de atención de la salud que pretenda lograr un buen nivel de calidad con un uso adecuado de los recursos.

Este excedente de camas y mano de obra profesional ha contribuido a la baja en los precios tanto de los servicios sanatoriales como profesionales, pero también puede ejercer una fuerte presión para generar su propia demanda, capacidad derivada del lugar que ocupa la oferta en la relación de agencia que caracteriza al sector salud.

Es evidente la necesidad de un **adecuado sistema de incentivos** tanto para instituciones como para profesionales, el que puede transformarse en un instrumento vital en un mercado como este, caracterizado por la sobreoferta sanatorial y profesional y

con un alto grado de incertidumbre en el diagnóstico y en la efectividad de los tratamientos.

Las diferentes **modalidades de contratación y pago** deben seleccionarse e implementarse cuidadosamente debido a su enorme capacidad para alentar o desalentar conductas tanto en la oferta como en la demanda.

Co-financiación

La introducción de **copagos** puede ser aprovechada como una eficaz herramienta de gestión si se la utiliza en forma estratégica. La misma requiere un adecuado conocimiento tanto de las necesidades como de los recursos con los que cuenta la población bajo programa. **Mal instrumentada** puede **desalentar el acceso** a los servicios de **pacientes de alto riesgo y bajos recursos**, con consecuencias indeseadas tanto para estos como para los proveedores de cuidados.

En términos generales existe en este mercado una mayor elasticidad-precio de la demanda debido fundamentalmente a dos razones: por un lado la mayor duración de los tratamientos produce un alto impacto en la economía doméstica, y por otro lado muchas de las familias con miembros afectados de trastornos mentales ya poseen un deterioro económico mayor que la población general, haciéndolos más sensibles a pequeñas variaciones en el costo de los servicios.

Existen grupos de pacientes con mayor elasticidad, las patologías menos graves y los pacientes con menores ingresos; esto se hace evidente por ejemplo, cuando se producen variaciones en los costos de traslado. Las prestaciones con menor elasticidad suelen ser las internaciones agudas, las cuales a su vez son utilizadas por los pacientes con patologías más graves y muchas veces con mayor deterioro socio-económico.

Selección de proveedores

Del lado de la oferta, la selección de los proveedores es una cuestión clave para lograr un adecuado balance entre la calidad de los cuidados, la racionalidad de las indicaciones médicas y la utilización de los recursos.

Hacia el interior de las redes y de los proveedores institucionales, las estrategias de gestión solo pueden ser exitosas con la **participación del recurso humano**, lo que hace de la **capacitación** otra herramienta imprescindible.

Medicación ambulatoria

Debido a la cronicidad de muchas de estas afecciones, que por ende requieren una duración prolongada en sus tratamientos, los costos de la medicación ambulatoria para el paciente y su familia, pueden no ser **sustentables en el tiempo**, principalmente en poblaciones de bajos recursos. Es imprescindible establecer cómo han de financiarse los tratamientos farmacológicos en los casos mencionados.

Objetivos terapéuticos

Es necesario establecer, para los distintos grupos diagnósticos, objetivos de tratamiento claros y acordes con las posibilidades que brinda el PMO. No es posible gestionar en salud mental sin objetivos terapéuticos con metas acotadas, claras y con tiempos preestablecidos estimados.

7.2. FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES

Una de las principales fortalezas del Programa Médico Obligatorio surge de ser una respuesta concreta a un vacío existente en dos aspectos: por un lado la necesidad de prestadores y financiadores de contar con un marco regulatorio que limite y a su vez legitime la cobertura que brindan; y por otro, la necesidad de los beneficiarios del sistema de asegurarse una cobertura básica.

El PMO es una herramienta que facilita la planificación de servicios toda vez que define las prestaciones que deben ser brindadas por los agentes del seguro y permite prever el gasto en salud mental dentro de ciertos límites.

La experiencia que ya puede recogerse desde que fue implementado permitirá, en un futuro no muy lejano, mejorar sus indicadores y por ende su efectividad.

También se necesita para poder gestionar sistemas asistenciales ya que el PMO puede funcionar como el marco sobre el cual se diseñen los distintos programas asistenciales.

En un mercado donde intervienen tantos actores con capacidad de influir en la cantidad y tipo de servicios a utilizar, como es el mercado de servicios de salud mental, el PMO debería constituirse en el instrumento por excelencia para evitar los distintos tipos de abuso tanto por parte de financiadores, como de prestadores e incluso usuarios.

7.3. DEBILIDADES Y AMENAZAS

En lo que respecta a salud mental, el Programa Médico Obligatorio **aún no ha llegado a constituirse** en un verdadero **Programa**; por ahora es una canasta básica de servicios obligatorios que define las prestaciones a ser brindadas y acota la frecuencia y duración de los tratamientos en sus distintas modalidades; lo cual en sí mismo no es poco pero dista mucho de ser un Programa preventivo-asistencial.

Los límites en duración y frecuencia que introduce el PMO están establecidos según las modalidades asistenciales. No toma en cuenta las distintas patologías ni las necesidades que surgen en situaciones de hecho y que se presentan en la práctica cotidiana, las cuales deberían estar previstas. Las condiciones socioeconómicas de los pacientes, por ejemplo, ejercen una influencia muchas veces decisiva en la evolución y por ende en las necesidades de servicios de la población bajo cobertura.

El PMO tampoco contempla qué hacer con aquellos pacientes para los cuales no son suficientes la cantidad de días de internación o consultas por año que el mismo programa prevé.

7.4. EL FUTURO

Debido a la dificultad en la identificación y valoración de los síntomas, y en el establecimiento de una clara relación entre éstos y las patologías, los estudios sobre prevalencia de los trastornos mentales conducen a resultados muy variables. Como consecuencia de ello se hace difícil contar con datos confiables a la hora de evaluar y medir la necesidad de tratamiento de las poblaciones.

Las diferencias entre las tasas de prevalencia en la población y la cantidad de personas que efectivamente reciben atención abre algunos interrogantes tanto en la explicación del fenómeno como en la incertidumbre respecto a cuales serían los requerimientos para atender a la población si se achicara esta brecha existente entre necesidad y demanda.

Esta diferencia entre necesidad detectada y demanda efectiva podría explicarse por la presencia de factores como la resistencia y prejuicios de los propios pacientes a consultar y tratarse; la mayor sensibilidad de esta población a los obstáculos a la accesibilidad (distancia geográfica, horarios, copagos, cultural, etc.); y los problemas derivados de la asimetría de la información.

Como conclusión puede decirse que:

- cuando en salud mental se estudia la demanda, se está muy lejos de evaluar las verdaderas necesidades de la población en términos de tipo y número de servicios de salud mental.

- si se tomaran los estudios de prevalencia en salud mental como indicadores de necesidad de atención y la misma se tradujera en demanda efectiva, la población en tratamiento sería varias veces superior a la actual.
- es necesario pensar cuales serían entonces los recursos técnicos y financieros necesarios para satisfacer cualitativa y cuantitativamente esa demanda.

De aquí se desprenden algunos interrogantes que merecen nuevas investigaciones: ¿qué ocurriría si se achicara esa brecha existente entre la morbilidad detectada en la población general y la demanda atendida?, ¿en qué proporción aumentaría la demanda de servicios?, ¿en qué medida impactaría sobre la financiación del sistema?, ¿cómo y quién podría financiarla?.

El PMO establece topes en la cobertura con relación a la frecuencia y duración de los tratamientos; una afluencia mayor de pacientes puede modificar la ecuación económica ya que el Programa no establece límites en el acceso de los pacientes a los tratamientos. De esta manera si se **modificaran** las condiciones de **accesibilidad** sería de esperar que **el gasto aumentase**, a pesar de los topes que establece el PMO.

7.5. RECOMENDACIONES

Los cambios en la tecnología, en las necesidades y expectativas de la población, y en las formas de gestión y financiamiento, hacen necesaria la actualización del Programa Médico Obligatorio; de esta manera deben establecerse criterios para una revisión periódica y sistemática. Su discusión y posterior implementación redundaría en beneficio tanto de pacientes como de financiadores y proveedores, al establecer reglas cada vez más claras respecto a lo que se espera del sistema no solo en términos de canasta mínima de prestaciones sino de mejora en los indicadores de salud.

Algunos de esos criterios deberían contemplar los aspectos que se sugieren a continuación:

Podrían establecerse criterios de inclusión y exclusión para las distintas modalidades asistenciales. La internación psiquiátrica, la internación en comunidad terapéutica, las indicaciones de hospital de día, centros de día, talleres, son algunos ejemplos de modalidades de atención que se beneficiarían con el desarrollo de esos criterios.

Los límites en los distintos tipos de modalidades también podrían mejorarse si se agruparan por patologías. Y si bien es cierto que en el campo de la salud mental prácticamente no existen estándares confiables y que gocen de consenso, es posible recurrir a mecanismos alternativos que permitan fijar algunos estándares a través de la participación de los actores involucrados.

Solo a título de ejemplo, la duración de las internaciones podría desagregarse según criterios de riesgo que permitirían una mejor cobertura para las patologías más graves sin aumentar el gasto global.

Al tomar como indicador de necesidad las tasas de prevalencia arrojadas por los estudios relevados en el presente trabajo y compararlas con los datos sobre el nivel de utilización de los servicios, se hace evidente la necesidad de mejorar la accesibilidad de la población a los servicios a efectos de transformar esa necesidad en "demanda revelada en el mercado".

Los prestadores y redes deben mejorar la forma en que manejan la información, de manera tal que la misma les permita anticiparse a los acontecimientos y poder gestionar en un entorno tan cambiante como el actual.

En el campo de los problemas de salud mental la demanda de atención es muy sensible a la existencia de oferta, por un lado por un problema de accesibilidad y por otro

por la importante influencia que ejercen los profesionales en la demanda a partir de la asimetría de información y de su relación de agencia. Por otro lado se trata de una demanda que, cuando no es satisfecha, no produce tanto "ruido" como en el caso de otras patologías.

Estas características de la demanda y la gran incertidumbre sobre la efectividad diagnóstica y terapéutica que caracterizan al campo de la salud mental, ponen de relieve la necesidad de regulación de la oferta por parte del Estado, así como la implementación de incentivos para el desarrollo de efectores allí donde siendo necesarios no los hay.

Las Obras Sociales deberían desarrollar Programas de Salud Mental que, contemplando el marco regulatorio vigente, avancen sobre aquellos aspectos donde la ley no llega, con el fin de mejorar los resultados de la atención en términos de una mejor salud mental en la población beneficiaria.

Una mejor comprensión del comportamiento de las fallas de mercado en el campo de la salud mental permitiría intervenir en busca de mejores resultados de salud dentro del actual marco regulatorio.

Sería importante continuar con el impulso dado por la actual gestión para lograr la inclusión de la Medicina Prepaga y el resto de las Obras Sociales bajo la fiscalización de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Otros aspectos pendientes que debieran fortalecerse y eventualmente desarrollarse son la Salud Mental en la Atención Primaria de la Salud y el abordaje del problema de la Salud Mental de los que finalmente son la esencia de la Seguridad Social: los trabajadores.

Como reflexión final se subraya la importancia de continuar con los cambios introducidos por la actual gestión, mejorando las herramientas de planificación sanitaria, los instrumentos de regulación y control de este mercado, y la gestión profesionalizada de organizaciones y redes con el objetivo de asegurar la asignación eficiente de los recursos, la calidad de la atención y una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud mental.

8. Bibliografía

- ABRAMZÓN, Mónica y otros. 2001. *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud.
- AHUAD, A.; PAGANELLI, A.; PALMEYRO A. 1999. *Medicina Prepaga. Historia y Futuro*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- ALONSO, Modesto M. 2002. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASOCIATION. 1995. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM – IV*. Barcelona (Versión española). Masson S. A.
- ARROW, Kenneth J. 1981. "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas". *Información comercial española*. Nº 574: 47-63, junio.
- BARRIONUEVO, H. Hugo. 2001. *Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación Psiquiátrica*. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Universidad Favaloro. Buenos Aires.
- BARRIONUEVO, H. Hugo. 2001. *Profesionalizar la Gestión en Salud Mental*. Buenos Aires. Programa de Investigación Aplicada. Fundación ISALUD. (www.isalud.org.ar)
- BARRIONUEVO, H. Hugo; DOMÍNGUEZ, M. de los Angeles; GROSMAN, Sergio y JÁUREGUI, Ana. 2000. *Mercado de Servicios de Salud Mental para Empresas de Medicina Prepaga*. Trabajo monográfico. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.
- BARRIONUEVO, H. Hugo y RODRÍGUEZ, Claudia. 2000. "Desinstitucionalización y Prevención de la Cronificación en Pacientes Internados, en Salud Mental". *XVI Congreso Argentino de Psiquiatría*. Asociación de Psiquiatras Argentinos. Mar del Plata. Marzo.
- BELMARTINO, S.; BLOCH, C.; PERSELLO, V. 1991. *Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.
- BOBES, J. y CERVERA, S. 1996. *Psiquiatría: Calidad de Vida y Calidad de Asistencia. España*. Barcelona. Edición especial para Laboratorios Menarini S.A.
- BRUNI, José María. 2000. *Costeo del Programa Médico Obligatorio*. Programa de Investigación Aplicada o Proyecto de Tesis. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.
- CALDAS DE ALMEIDA, José M. 2002. Conferencia sobre *La Salud Mental en el Mundo*. Dictada en la Maestría de Gestión de Servicios de Salud Mental. Instituto Universitario Isalud. Buenos Aires. 17 de mayo de 2002.
- DESJARLAIS, R.; EISENBERG, L.; GOOD, B.; KLEINMAN, A. 1997. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. OPS-OMS.
- DIRECCIÓN DE SALUD MENTAL. 1998. Estadísticas prestacionales. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- DORNBUSH, R.; FISCHER, S.; SCHMALENSSE, R.. 1995. *Economía*. Madrid. 2º edición. McGraw-Hill.
- ENCUESTA NACIONAL DE SALUD DE ESPAÑA, citada en: LOPEZ IBOR ALIÑO, Juan J. y otros. 1998. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid. Sociedad Española de Psiquiatría. OFISALUD.

- FERNÁNDEZ LIRIA, A. y DIEGUEZ PORRES, M. 1995. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid.
- FLOOD, Cristina. y MACEYRA, Daniel. 1990. "El Funcionamiento de Los Mercados de Salud en Argentina. Aportes para el Debate". *Cuadernos Médico Sociales* . Buenos Aires. Nº 52, junio. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
- GALENDE, Emiliano. 1997. *De un Horizonte Incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual*. Buenos Aires. Paidós.
- GLANC, Mario. 1999. *Análisis Costo-Efectividad en Unidades de Cuidados Intensivos. El caso del Infarto Agudo de Miocardio*. Tesis de Magíster. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.
- GOBIERNO AUTÓNOMO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 2000. *Ley de Salud Mental*. Buenos Aires.
- GONZÁLEZ de RIVERA y REVUELTA J. L.; RODRÍGUEZ PULIDO F.; SIERRA LÓPEZ A. 1993. *El Método Epidemiológico en Salud Mental*. Barcelona. Ed. Masson y Salvat.
- GONZÁLEZ GARCÍA, Ginés. 1998. *El Hospital en la Reforma*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- GONZALEZ GARCIA, Ginés y TOBAR, Federico. 1997. *Más Salud por el Mismo Dinero*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- INSTITUTO TECNICO DE ACREDITACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD. 2001. *Borrador de Trabajo. Manual de Acreditación para Establecimientos y Programas de Salud Mental*. Buenos Aires.
- KATZ, Jorge y MUÑOZ, Alberto. 1988. *Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad*. Buenos Aires. Centro Editor de América Latina.
- LAURENT, Eric. 2000. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. Editorial Tres Haches.
- LIMA QUINTANA, Laura; DEVOTO, Florencia y FREYLEJER, Valeria. 1997. *Particularidades de la Determinación de Precios en el Sector Salud Argentino*. Buenos Aires. Asociación de Economía de la Salud.
- LOPEZ IBOR ALIÑO, Juan J. y Otros. 1998. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Madrid. Sociedad Española de Psiquiatría. OFISALUD.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL Y MEDIO AMBIENTE. 2001. *Encuesta de Desarrollo Social. Nº 10: La Utilización de los Servicios de Salud*. SIEMPRO. Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION. 1995. *Guía de Establecimientos Asistenciales de la República Argentina 1995*. Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. 1996. *Programa Médico Obligatorio*. Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN ARGENTINA. 2002. *Programa Médico Obligatorio de Emergencia*. Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA. 1989. *Encuesta Nacional de Salud. Información Sanitaria y Epidemiológica*. Madrid.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1991. *Evaluación de los métodos de tratamiento de trastornos mentales*. Ginebra. OMS.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 1992. *CIE 10. 10º revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. Trastornos Mentales y del comportamiento*. Ginebra. OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. *Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra. OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. 2001. *Nota descriptiva: Informe sobre la Salud en el Mundo 2001. Proyecto Atlas: Cartografía de los recursos de salud mental en el mundo*. Ginebra. OMS.
- ORTUN RUBIO, Vicente. 1985. *Economía y Salud: Una Vía de Avance*. Baltimore. Universidad de Johns Hopkins.
- ORTUN RUBIO, Vicente. 1995. *Análisis de los Mercados y del marco regulatorio del sector salud*. IV Jornadas de la Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- PAGANINI, José M. 1993. *Calidad y Eficiencia de la Atención Hospitalaria. La relación entre Estructura, Proceso y Resultado*. Washington. OPS – HSS/SILOS. Vol. 30.
- RODRÍGUEZ, Marisol. 1995. *Corrientes económicas y criterios de equidad en sanidad*. Madrid.
- ROMANO YALOUR, Margot y TOBAR, Federico. 1998. *¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?*. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.
- ROVIRA FORNS, Juan. 1986. "Mercado Y planificación en sanidad". *JANO*. Vol. XXXI, nº 746: 53-62, octubre.
- SAFORCADA, Enrique. 1999. *Psicología Sanitaria. Análisis Crítico de los Sistemas de Salud*. Buenos Aires. Paidós.
- SAIDON, Osvaldo y TROIANOSVSKI, Pablo: compiladores. 1994. *Políticas en Salud Mental*. Buenos Aires. Lugar Editorial.
- SCHWEIGER, Arturo. 1999. "Una aproximación a la evaluación económica aplicada al sector de salud mental". *Vértex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Vol. X, nº 36, junio-agosto.
- TOBAR, Federico y otros. 2000. *Medición del Gasto y Financiación de los Medicamentos, según Categorías Seleccionadas en Argentina, Consolidado y por Regiones Geográficas*. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.
- TOBAR, Federico. 2000. *Estimación de los Créditos que Mantienen los Efectores Privados con los Financiadores de Salud*. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires. (www.isalud.org)
- TOBAR, Federico. 2000. *Tendencias Económicas y Epidemiológicas en Salud Mental*. Buenos Aires. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.
- TOBAR, Federico. 2001. *Economía del Hospital*. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.
- TOBAR, Federico. 2001. *Economía de la Reforma de los Seguros de Salud en Argentina*. Programa de Investigación Aplicada. Instituto Universitario ISALUD. Buenos Aires.

- TOBAR, Federico. 2000. "Herramientas para el Análisis del Sector Salud". *Medicina y Sociedad*. Buenos Aires. Año 23, nº 2: 83-96, abril-junio.
- TOBAR, Federico; ROSENFELD, Nicolás y REALE Armando. 1988. "Modelos de pago en Servicios de Salud". *Cuadernos Médico Sociales*. Rosario. Nº 74: 39-52, noviembre.
- VASALLO, Carlos y BÁSCOLO, Ernesto. 1998. *Una Mirada Económica Institucional del Proceso de Cambio del Sector Salud en Argentina*. ISALUD Documento de Trabajo nº 6. Buenos Aires. Ediciones ISALUD.

Sitios web de consulta

- Fundación ISALUD. www.isalud.org.ar
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. www.indec.gov.ar
- Ministerio de Economía de la Nación. www.mecon.gov.ar
- Superintendencia de Servicios de Salud. www.sssalud.gov.ar

***Anexo I: Clasificación Internacional de
Enfermedades. Capítulo Salud Mental.***

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.
Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). 10º revisión.
Capítulo de Salud Mental (Códigos F).

CODIGO	DIAGNOSTICO
F00	Demencia en la enfermedad de Alzheimer
F01	Demencia vascular
F02	Demencia en otras enfermedades clasificadas en otra parte
F03	Demencia, no especificada
F04	Síndrome amnésico orgánico, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
F05	Delirio, no inducido por alcohol o por otras sustancias psicoactivas
F06	Otros trastornos mentales debidos a lesión y disfunción cerebral, y a enfermedad física
F07	Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad lesión o disfunción
F09	Trastorno mental orgánico o sintomático, no especificado
F10	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alcohol
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos
F12	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F13	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos
F14	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de otros estimulantes, incluida la
F16	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de alucinógenos
F17	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de tabaco
F18	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
F19	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras
F20	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico
F22	Trastornos delirantes persistentes
F23	Trastornos Psicóticos agudos y transitorios
F24	Trastorno delirante inducido
F25	Trastornos esquizoafectivos
F28	Otros trastornos Psicóticos de origen no orgánico
F29	Psicosis de origen no orgánico, no especificada
F30	Episodio maniaco
F31	Trastorno afectivo bipolar
F32	Episodio depresivo
F33	Trastorno depresivo recurrente
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes
F38	Otros trastornos del humor (afectivos)
F39	Trastorno del humor (afectivo), no especificado
F40	Trastornos fóbicos de ansiedad
F41	Otros trastornos de ansiedad
F42	Trastorno obsesivo-compulsivo
F43	Reacción al estrés grave y trastornos de adaptación
F44	Trastornos disociativos (de conversión)
F45	Trastornos somatomorfos
F48	Otros Trastornos neuróticos
F50	Trastornos de la ingestión de alimentos
F51	Trastornos no orgánicos del sueño
F52	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos
F53	Trastornos mentales y del comportamiento asociados con el puerperio, no clasificados en otra

F54	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades
F55	Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59	Síndromes del comportamiento avocados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no
F60	Trastornos específicos de la personalidad
F61	Trastornos mixtos y otros Trastornos de la personalidad
F62	Cambios perdurables de la personalidad, no atribuibles a lesión o a enfermedad cerebral
F63	Trastornos de los hábitos y de los impulsos
F64	Trastornos de la identidad de género
F65	Trastornos de la preferencia sexual
F66	Trastornos psicológicos y del comportamiento avocados con el desarrollo y con la orientación
F68	Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento en adultos
F69	Trastorno de la personalidad y del comportamiento en adultos, no especificado
F70	Retraso mental leve
F71	Retraso mental moderado
F72	Retraso mental grave
F73	Retraso mental profundo
F78	Otros tipos de retraso mental
F79	Retraso mental, no especificado
F80	Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje
F81	Trastornos específicos del desarrollo de las habilidades escolares
F82	Trastorno específico del desarrollo de la función motriz
F83	Trastornos específicos mixtos del desarrollo
F84	Trastornos generalizados del desarrollo
F88	Otros trastornos del desarrollo psicológico
F89	Trastorno del desarrollo psicológico, no especificado
F90	Trastornos hiperquinéticos
F91	Trastornos de la conducta
F92	Trastornos mixtos de la conducta y de las emociones
F93	Trastornos emocionales de comienzo específico en la niñez
F94	Trastornos del comportamiento social de comienzo específico en la niñez y en la adolescencia
F95	Trastornos por tics
F98	Otros trastornos emocionales y del comportamiento que aparecen habitualmente en la niñez y en
F99	Trastorno mental, no especificado

Anexo II: Listado de Obras Sociales

SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

DEPARTAMENTO REGISTRO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC. h) DEL ART.1º DE LA LEY 23660

Se agrega un dígito al N° del RNOS - código verificador dado por ANSES Y DGI

Nombre de la O.S.:	Domicilio:	Localidad:	C.P.	Provincia:
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA GRÁFICA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA	ARTIGAS 60	CÓRDOBA	5000	CÓRDOBA
OBRA SOCIAL PORTUARIOS ARGENTINOS DE MAR DEL PLATA	RONDEAU 63	MAR DEL PLATA	7600	Bs As
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ORGANISMO DE CONTROL EXTERNO	BARTOLOME MITRE 1523 -	CAPITAL FEDERAL	1037	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE CAPITANES, PILOTOS Y PATRONES DE PESCA	AV. EDISON 301 deleg Corrientes 1628 piso 9 dto. F	MAR DEL PLATA capital federal	7600 1042	BS AS capital
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE LOTERÍAS Y AFINES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	AV.OLAZABAL 3801 Sede Tacuari 163	CAPITAL FEDERAL	1100	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD DE SEGUROS, REASEGUROS, CAPITALIZACIÓN Y AHORRO Y PRÉSTAMO PARA LA VIVIENDA	CARLOS PELLEGRINI 575	CAPITAL FEDERAL	1009	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE OBRAS Y SERVICIOS SANITARIOS	AVELLANEDA 212 PISO 3	CAPITAL FEDERAL	1425	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL PARA LA ACTIVIDAD DOCENTE	TACUARI 345	CAPITAL FEDERAL	1071	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DEL MINISTERIO DE ECONOMÍA Y DE OBRAS Y SERVICIOS PÚBLICOS	VENEZUELA 155	CAPITAL FEDERAL	1095	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL FERROVIARIA	INDEPENDENCIA 2854	CAPITAL FEDERAL	1026	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA ASOCIACION CIVIL PRO SINDICATO DE AMAS DE CASA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	RODRIGUEZ PEÑA 36 PISO 5 OF "F"	CAPITAL FEDERAL	1022	CAPITAL
OBRA SOCIAL DEL SINDICATO UNIDO DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DE AGUAS GASEOSAS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE	SARMIENTO 2225	ROSARIO	2000	ROSARIO
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL JERARQUICO DE LA REPUBLICA ARGENTINA PARA EL PERSONAL JERARQUICO DE LA INDUSTRIA GRAFICA Y EL PERSONAL DEL AGUA Y LA ENEGIA	CHILE 2286	CAPITAL FEDERAL	1227	CAPITAL
OBRA SOCIAL DE LEGISLADORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	BARTOLOME MITRE 2087 Piso 1º	CAPITAL FEDERAL		CAPITAL
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACION CAMARAS Y CENTROS COMERCIALES ZONALES DE LA REPUBLICA ARGENTINA (O.S.FEDECAMARAS)	Paraguay 880 Piso 8 of.58 domicilio legal Jeronimo Salguero 1940 piso 7	CAPITAL FEDERAL		CAPITAL capital
OBRA SOCIAL DE VIALIDAD NACIONAL	CARLOS CALVO 632 2º PISO DTOG	CAPITAL FED	1102	PCIA
OBRA SOCIAL PROFESIONAL DEL TURF DE LA REPUBLICA ARGENTINA (OS PROTURA)	Tres Sargento 863	ACSSUSO	1640	PCIA
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS Y PERSONAL JERARQUICO DEL NEUMATICO ARGENTINO DE NEUMATICOS GOODYEAR SRL	MANUEL OCAMPO 1201/17	HURLINGHAN	1686	PCIA
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE EMPRESAS DE LIMPIEZA, SERVICIOS DE MAESTRANZA DE MENDOZA	AvdaSan Juan 777	MENDOZA	5500	MENDOZA

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC. a) DEL ART.1º DE LA LEY 23660

OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA ACEITERA, DESMOTADORA Y AFINES (OSIAD SALUD)	BELGRANO 1368/70 PISO PB Y 2°	CAPITAL FEDERAL	1095	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE ACTORES	ALSINA 1762/66	CAPITAL FEDERAL	1088	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE TÉCNICOS DE VUELO DE LÍNEAS AÉREAS	VICTOR HUGO 369	CAPITAL FEDERAL	1407	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SUPERIOR Y PROFESIONAL DE EMPRESAS AEROCOMERCIALES	INDEPENDENCIA 1111 - PISO 2	CAPITAL FEDERAL	1099	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AERONÁUTICO	ANCHORENA 1266 PB	CAPITAL FEDERAL	1425	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AERONAVEGACION DE ENTES PRIVADOS	VENEZUELA 900	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL TÉCNICO AERONÁUTICO	D'ONOFRIO 158	CIUDELA	1702	BS AS
OBRA SOCIAL DE AERONAVEGANTES	BARTOLOME MITRE 1906 - PISO 1	CAPITAL FEDERAL	1039	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE AGENCIAS DE INFORMES	LAVALLE 1783 PISO 1 - OF. A	CAPITAL FEDERAL	1048	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE AGUAS GASEOSAS Y AFINES	BACACAY 2735	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE ALFAJOREROS, REPOSTEROS, PIZZEROS Y HELADEROS	ESPAÑA 1555 - PISO 1	MAR DEL PLATA	7600	BS AS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN	VENEZUELA 1326	CAPITAL FEDERAL	1095	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AUTOMÓVIL CLUB ARGENTINO	ANCHORENA 639 - PISO 1	CAPITAL FEDERAL	1170	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LA ESPERANZA	SERAPIO SORIA 337	LA ESPERANZA	4500	JUJUY
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LEDESMA	JUJUY 755 CC5	GRAL SAN MARTIN	4512	JUJUY
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO LAS TOSCAS	CALLE 13 N° 143	LAS TOSCAS	3586	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO RIÓ GRANDE	LIBERTAD 1	LA MENDIETA	4522	JUJUY
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL AZUCAR DEL INGENIO SAN MARTÍN	ISLAS MALVINAS N° S/N	ORAN	4533	SALTA
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA AZUCARERA	CONGRESO 342/8	S. MIGUEL DE TUCUMAN	4000	TUCUMAN
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE BARRACAS DE LANAS, CUEROS Y ANEXOS	FLORENTINO AMEGHINO 1060	AVELLANEDA	1870	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA BOTONERA	Calle 91 N° 1886	SAN MARTIN	1650	BS AS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CALZADO	MEXICO 3399	CAPITAL FEDERAL	1223	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES CAMIONEROS Y PERSONAL DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CARGA	AV. CASEROS 921/23	CAPITAL FEDERAL	1152	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CARGA Y DESCARGA	BRASIL 1434 TEL: 305-5395			
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL AUXILIAR DE CASAS PARTICULARES	COCHABAMBA 1635	CAPITAL FEDERAL	1148	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO	CHARCAS 2745	CAPITAL FEDERAL	1425	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO	CONGRESO 2033	CAPITAL FEDERAL	1428	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL CAUCHO	VALLE 1281	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CAUCHO DE SANTA FE	ITURRASPE 2458	SANTA FE	3000	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CEMENTERIOS	FEDERICO LACROZE 3908	CAPITAL FEDERAL	1427	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE CERAMISTAS	DOBLAS 629	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CERÁMICA, SANITARIOS, PORCELANA DE MESA Y AFINES	A. PAVON 1255	AVELLANEDA	1870	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD CERVECERA Y AFINES	HUMAHUACA 4072	CAPITAL FEDERAL	1192	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL CINEMATOGRAFICO DE MAR DEL PLATA	NEUQUEN 2655	MAR DEL PLATA	7600	BS AS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA CINEMATOGRAFICA	JUNCAL 2029	CAPITAL FEDERAL	1116	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE OPERADORES CINEMATOGRAFICOS	VIAMONTE 2045	CAPITAL FEDERAL	1056	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE COLOCADORES DE AZULEJOS, MOSAICOS, GRANITEROS,	COLOMBRES 1419	CAPITAL FEDERAL	1238	CAPITAL

				FEDERAL
LUSTRADORES Y PORCELANEROS				
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES NAVALES	PINZON 281	CAPITAL FEDERAL	1161	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO Y TÉCNICO DE LA CONSTRUCCIÓN Y AFINES	PTE LUIS SAENZ PEÑA 1142/44	CAPITAL FEDERAL	1110	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA CONSTRUCCIÓN	BELGRANO 1862/70	CAPITAL FEDERAL	1094	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LOS CORTADORES DE LA INDUMENTARIA	SANTIAGO DEL ESTERO 576	CAPITAL FEDERAL	1075	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CUERO Y AFINES	PTE J.D. PERON 3866	CAPITAL FEDERAL	1198	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL CHACINADO Y AFINES	A. CASEROS 860	CAPITAL FEDERAL	1155	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE CHOFERES DE CAMIONES	SAN JOSE 1781	CAPITAL FEDERAL	1136	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ENTIDADES DEPORTIVAS Y CIVILES	ALBERTI 646	CAPITAL FEDERAL	1223	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE DESPACHANTES DE ADUANA	CALLAO 220 PISO 6	CAPITAL FEDERAL	1022	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DISTRIBUIDORAS CINEMATOGRAFICAS	LAVALLE 1907	CAPITAL FEDERAL	1051	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE DOCENTES PARTICULARES	BERNARDO DE IRIGOYEN 308 PISO 3	CAPITAL FEDERAL	1407	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EDIFICIOS DE RENTA Y HORIZOTAL. DE LA REPUBLICA ARGENTINA	SARMIENTO 2026	CAPITAL FEDERAL	1044	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE EDIFICIOS. DE RENTA Y HORIZONTAL DE CAPITAL FEDERAL Y GRAN BUENOS AIRES	SARMIENTO 2026	CAPITAL FEDERAL	1044	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL ELECTRICISTAS NAVALES	CHACABUCO 1553	CAPITAL FEDERAL	1140	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE OBREROS EMPACADORES DE FRUTA DE RIÓ NEGRO Y NEUQUEN	MENGUELLE 130	CIPOLLETTI	8324	RIO NEGRO
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ENSEÑANZA PRIVADA	MISIONES 209	CAPITAL FEDERAL	1083	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESCRIBANÍAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES	CALLE 45 N° 509	LA PLATA	1900	BS AS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESCRIBANOS	RODRIGUEZ PEÑA 536/38	CAPITAL FEDERAL	1020	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL ESPECTÁCULO PUBLICO	PASCO 148/54	CAPITAL FEDERAL	1081	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO Y LAVADEROS AUTOMATICOS	HIPOLITO YRIGOYEN 2727	CAPITAL FEDERAL	1090	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FARMACIA	CONSTITUCION 2066	CAPITAL FEDERAL	1254	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FERMOLAC	A. VERGARA 3181	HURLINGHAM	1686	BS AS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL FIBROCEMENTO	CONSTITUCION 3674	SAN JUSTO	1754	BS AS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA FIDEERA	RIO DE JANEIRO 34/36	CAPITAL FEDERAL	1405	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA FORESTAL DE SANTIAGO DEL ESTERO	SARMIENTO 172	SANTIAGO DEL ESTERO	4200	SANTIAGO DEL ESTERO
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL FÓSFORO	MARCONI 652	AVELLANEDA	1870	BS AS
OBRA SOCIAL DE FOTÓGRAFOS	PRINGLES 1090/92	CAPITAL FEDERAL	1020	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD FRUTICOLA	SAAVEDRA 121	CONCORDIA	3200	ENTRE RIOS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MANIPULEO, EMPAQUE Y EXPEDICIÓN DE FRUTA FRESCA Y HORTALIZAS DE CUYO	MONTECASEROS 1147	MENDOZA	5500	MENDOZA
OBRA SOCIAL DE FUTBOLISTAS	SALTA 1144	CAPITAL FEDERAL	1074	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE TÉCNICOS DE FÚTBOL	VIAMONTE 1328 PB - PISO 1	CAPITAL FEDERAL	1053	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL HOTELERO Y GASTRONÓMICO DE LA UNION DE TRABAJADORES HOTELEROS Y GASTRONOMICOS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	AVDA. DE MAYO 930	CAPITAL FEDERAL	1086	CAPITAL FEDERAL

(O.S.U.T.H.G,R,A.)				
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL GRÁFICO	AV.BELGRANO 2530	CAPITAL FEDERAL	1063	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE GUINCHEROS Y MAQUINISTA DE GRUAS MOVILES	ALVAR NUÑEZ 226	CAPITAL FEDERAL	1163	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE CONSIGNATORIOS DEL MERCADO NACIONAL DE HACIENDA DE LINIERS	LISANDRO DE LA TORRE 2337/9	CAPITAL FEDERAL	1140	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL HIELO Y MERCADOS PARTICULARES	COLOMBRES 1573	CAPITAL FEDERAL	1238	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LOS HIPÓDROMOS DE BUENOS AIRES Y SAN ISIDRO	DIAGONAL SALTA 549	PROVINCIA	1640	MARTINEZ
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MENSUALIZADO DEL JOCKEY CLUB DE BUENOS AIRES Y LOS HIPÓDROMOS DE PALERMO Y SAN ISIDRO	CABILDO 4193	CAPITAL FEDERAL	1429	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE IMPRENTA,DIARIOS Y AFINES	SAN JOSE 715	CAPITAL FEDERAL	1076	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE JABONEROS	SUIPACHA 207 PISO 1 OF 112	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE JARDINEROS, PARQUISTAS, VIVERISTAS Y FLORICULTORES	LUIS SAENZ PEÑA 480	CAPITAL FEDERAL	1437	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL JOCKEY CLUB DE ROSARIO	OVIDIO LAGOS 1571	ROSARIO	2000	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL LADRILLERO	MUÑOZ 3611	CIUADDELA	1702	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LADRILLERA A MAQUINA	RIVADAVIA 3521	SAN MARTIN	1650	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA LECHERA	INDEPENDENCIA 3332	CAPITAL FEDERAL	1225	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LOCUTORES	VIDT 2011	CAPITAL FEDERAL	1425	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DE TRABAJADORES DE LUZ Y FUERZA	LIMA 163	CAPITAL FEDERAL	1073	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LOS TRABAJADORES DE LAS EMPRESAS DE ELECTRICIDAD	HUMBERTO PRIMO 434	CAPITAL FEDERAL	1103	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LUZ Y FUERZA DE CÓRDOBA	A. GRAL PAZ 282 PISO 4	CORDOBA	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MADERERA	ROJAS 254	CAPITAL FEDERAL	1405	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE MAESTRANZA	ALZAGA 2271	CAPITAL FEDERAL	1240	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE MAQUINISTAS DE TEATRO Y TELEVISIÓN	PASAJE DE LA PIEDAD 22 PISO 2 - DTO. 4	CAPITAL FEDERAL	1037	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE CAPITANES DE ULTRAMAR Y OFICIALES DE LA MARINA MERCANTE	PERU 779	CAPITAL FEDERAL	1068	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE CAPITANES BAQUEANOS FLUVIALES DE LA MARINA MERCANTE	ARISTOBULO DEL VALLE 319	CAPITAL FEDERAL	1161	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE LA MARINA MERCANTE	AV.BELGRANO 1345/51	CAPITAL FEDERAL	1093	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE ENCARGADOS APUNTAORES MARÍTIMOS	PERU 883	CAPITAL FEDERAL	1068	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MARÍTIMO	VENEZUELA 1427	CAPITAL FEDERAL	1035	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL SINDICATO DE MECÁNICOS Y AFINES DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR	A. BELGRANO 665 PISO 8	CAPITAL FEDERAL	1092	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SUPERIOR MERCEDES BENZ ARGENTINA	AV.RIVADAVIA 10964	CAPITAL FEDERAL	1408	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA UNION OBRERA METALÚRGICA DE LA REPUBLICA ARGENTINA	ALSINA 485 - PISO 4	CAPITAL FEDERAL	1087	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LOS SUPERVISORES DE LA INDUSTRIA METAL MECÁNICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	AZCUENAGA 1234	CAPITAL FEDERAL	1115	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE MICROS Y ÓMNIBUS DE MENDOZA	CATAMARCA 382	MENDOZA	5500	MENDOZA
OBRA SOCIAL DE LA ACTIVIDAD MINERA	ROSARIO 434/36	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL MODELOS ARGENTINOS	AV.CORRIENTES 1622 - PISO 1	CAPITAL FEDERAL	1042	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA MOLINERA	MEXICO 2070	CAPITAL FEDERAL	1222	CAPITAL

				FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MOSAISTA	QUIRNO 175	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE MÚSICOS	A. BELGRANO 3655	CAPITAL FEDERAL	1210	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE JEFES Y OFICIALES NAVALES DE RADIOCOMUNICACIONES	24 DE NOVIEMBRE 643/5	CAPITAL FEDERAL	1224	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE JEFES Y OFICIALES MAQUINISTAS NAVALES	LIBERTAD 1668	CAPITAL FEDERAL	1016	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL NAVAL	MOUSSY 914	CAPITAL FEDERAL	1162	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL NEUMÁTICO	JUJUY 995	CAPITAL FEDERAL	1229	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA NAVAL	CHACABUCO 528	TIGRE	1648	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL DE COMISARIOS NAVALES	ESTADOS UNIDOS 867	CAPITAL FEDERAL	1101	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PANADERÍAS	BOEDO 168	CAPITAL FEDERAL	1206	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE PANADEROS, PASTELEROS Y FACTUREROS DE ENTRE RÍOS	VELEZ SANSFIELD 447/49	CONCORDIA	3200	ENTRE RÍOS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DEL PAPEL, CARTÓN Y QUÍMICOS	LIMA 921	CAPITAL FEDERAL	1073	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DE PASTAS ALIMENTICIAS	A. BELGRANO 4280	CAPITAL FEDERAL	1210	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL TRABAJADORES PASTELEROS, CONFITEROS, PIZZEROS, HELADEROS Y ALFAJOREROS DE LA REPUBLICA ARGENTINA	BOGADO 4541	CAPITAL FEDERAL	1183	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE PATRONES DE CABOTAJE DE RÍOS Y PUERTOS	A. PASEO COLON 1145	CAPITAL FEDERAL	1063	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PELUQUERÍA, ESTÉTICAS Y AFINES	AYACUCHO 960	CAPITAL FEDERAL	1111	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE OFICIALES PELUQUEROS Y PEINADORES DE ROSARIO	MONTEVIDEO 1488	ROSARIO	2000	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD PERFUMISTA	TREINTA Y TRES ORIENTALES 148	CAPITAL FEDERAL	1182	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE PRENSA DE BUENOS AIRES	PTE J.D. PERON 1173	CAPITAL FEDERAL	1038	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL PESCADO DE MAR DEL PLATA	12 DE OCTUBRE 4445	MAR DEL PLATA	7600	BUENOS AIRES
	Oficina Administrativa ALBERTI 3155	MAR DEL PLATA	7600	PCIA
OBRA SOCIAL DE PETROLEROS	ALEN 692 PB	CAPITAL FEDERAL	1001	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PETRÓLEO Y GAS PRIVADO	CASEROS 715	CAPITAL FEDERAL	1152	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE PETROLEROS DE CÓRDOBA	AYACUCHO 575 -B. GRAL. GUEMES	CORDOBA	5900	CORDOBA
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA PETROQUÍMICA	A. SAN MARTIN 698	SAN LORENZO	2200	SANTA FE
OBRA SOCIAL PARA PILOTOS DE LÍNEAS AÉREAS COMERCIALES Y REGULARES	LEZICA 4047	CAPITAL FEDERAL	1202	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE FABRICAS DE PINTURA	NAZCA 845	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL PLÁSTICO	PAVON 4175	CAPITAL FEDERAL	1253	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE CAPATACES ESTIBADORES PORTUARIOS	CARLOS CALVO 736	CAPITAL FEDERAL	1102	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE PORTUARIOS ARGENTINOS	25 de MAYO 648/6564 - PISO 1º	CAPITAL FEDERAL	1002	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL PORTUARIOS DE BAHÍA BLANCA	SICHES 4071	INGENIERO WHITE	8103	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL PORTUARIOS DE NECOCHEA Y QUEQUEN	CALLE 61 N° 2062	NECOCHEA	7630	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL PORTUARIOS DE PUERTO SAN MARTÍN Y BELLA VISTA	CAYETANO NERBUTTI 256	PuertoSAN MARTIN	2202	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	SOLIS 1158 - PISO 3º	CAPITAL FEDERAL	1078	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE BAHÍA BLANCA	LAMADRID 272	BAHIA BLANCA	8000	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE LA PROVINCIA DE CHACO	JOSE HERNANDEZ 212	RESISTENCIA	3500	CHACO
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE MAR DEL PLATA	25 DE MAYO 3537	MAR DEL PLATA	7600	BUENOS

				AIRES
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE MENDOZA	CHILE 1661	GODOY CRUZ	5500	MENDOZA
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE PRENSA DE CÓRDOBA	OBISPO TREJO 365	CORDOBA	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	AVELLANEDA 2144	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE CÓRDOBA	PARANA 343	CORDOBA	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ENTRE RÍOS	LA PAZ 134	PARANA	3100	ENTRE RÍOS
OBRA SOCIAL DE AGENTES DE PROPAGANDA MEDICA DE ROSARIO	LAPRIDA 1069	ROSARIO	2000	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA PUBLICIDAD	PTE J.D. PERON 2385	CAPITAL FEDERAL	1040	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIAS QUÍMICAS Y PETROQUÍMICAS	MEXICO 1474	CAPITAL FEDERAL	1097	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE RECIBIDORES DE GRANOS Y ANEXOS	JUAN DE GARAY 460	CAPITAL FEDERAL	1153	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE RECOLECCIÓN Y BARRIDO DE ROSARIO	BUENOS AIRES 1635	ROSARIO	2000	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE REFINERÍAS DE MAÍZ	ANCHORENA 1429	BARADERO	2942	BS.AS
OBRA SOCIAL DE RELOJEROS Y JOYEROS	VALENTIN GOMEZ 3828	CAPITAL FEDERAL	1191	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL RURAL Y ESTIBADORES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	RECONQUISTA 630	CAPITAL FEDERAL	1003	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA SANIDAD ARGENTINA	DEAN FUNES 1241	CAPITAL FEDERAL	1244	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INSTALACIONES SANITARIAS	MATHEU 1111	CAPITAL FEDERAL	1219	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E	TUCUMAN 3685/89	CAPITAL FEDERAL	1189	CAPITAL FEDERAL
INVESTIGACIONES PRIVADAS				
OBRA SOCIAL DE SERENOS DE BUQUES	TACUARI 1122	CAPITAL FEDERAL	1071	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SUPERVISIÓN DE LA EMPRESA SUBTERRÁNEOS DE BUENOS AIRES	EMILIO MITRE 582	CAPITAL FEDERAL	1071	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA EMPRESA SUBTERRÁNEOS DE BUENOS AIRES	BARTOLOME MITRE 2051 1º piso empresa	CAPITAL FEDERAL	1023	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL TABACO	ESTEBAN BONORINO 281	CAPITAL FEDERAL	1201	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DEL TABACO	BOLIVIA 384	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LAS TELECOMUNICACIONES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	GRA. JUAN D. PERON 2740	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE TELEGRAFISTAS Y RADIOTELEGRAFISTAS	CHACABUCO 140	CAPITAL FEDERAL	1405	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE TELEVISIÓN	QUINTINO BOCAYUVA 38/50	CAPITAL FEDERAL	1069	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA TEXTIL	A. LA PLATA 754	CAPITAL FEDERAL	1181	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS TEXTILES Y AFINES	MONTES DE OCA 1437/37	CAPITAL FEDERAL	1235	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL TRACTOR	JUAN ORSETTI 481	GDRO BAIGORRIA	2152	SANTA FE
OBRA SOCIAL DE LA INDUSTRIA DEL TRANSPORTE AUTOMOTOR DE CÓRDOBA	PARANA 327	CORDOBA	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES DE TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS	MORENO 3041	CAPITAL FEDERAL	1209	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD DEL TURF	FLORIDA 15 PISO 6 OF 10 B	CAPITAL FEDERAL	1012	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL CONDUCTORES DE TAXIS DE CÓRDOBA	MONTEVIDEIO 359	CORDOBA	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL DE VAREADORES	CASEROS 665 (ADMINISTRACION) ENTRE RIOS 1393/95	MARTINEZ	1640	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VESTIDO Y AFINES	TUCUMAN 737	CAPITAL FEDERAL	1049	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE VIAJANTES VENDEDORES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	MORENO 2033 PISO3	CAPITAL FEDERAL	1094	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD VIAL	AV.DE MAYO 1439	CAPITAL FEDERAL	1085	CAPITAL FEDERAL

OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO	CARABOBO 217	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA INDUSTRIA DEL VIDRIO	BALBASTRO 453/55	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD VITIVINÍCOLA	WARNES 1894	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE VIGILANCIA Y SEGURIDAD COMERCIAL, INDUSTRIAL E INVESTIGACIONES PRIVADAS DE CÓRDOBA	FAUSTINO ALLENDE 189	BARRIO INDEPEND	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE ESTACIONES DE SERVICIO, GARAGES, PLAYAS Y LAVADEROS AUTOMATICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE	RIOBAMBA 1075	ROSARIO	2000	SANTA FE
OBRA SOCIAL PARA EL PERS. DE ESTACIONES DE SERVICIO GARAGES, PLAYAS DE ESTACIONAMIENTO, LAVADEROS AUTOMATICOS Y GOMERIAS DE LA REP. ARGENTINA	JUJUY 110 3 Piso Dto A y B	CAPITAL FEDERAL	1090	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE TALLERISTAS A DOMICILIO	ACEVEDO 553	CAPITAL FEDERAL	1414	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE SOCIEDADES DE AUTORES AFINES	LAVALLE 1578 PISO 1	CAPITAL FEDERAL	1048	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE ROSARIO	JUAN MANUEL DE ROSAS 958	ROSARIO	2000	SANTA FE
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PRENSA DE TUCUMÁN	MAIPU 785	TUCUMAN	4000	TUCUMAN
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE PERKINS ARGENTINA S.A.C.I.	ROQUE SAENZ PEÑA 1377	CORDOBA	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL DE PEONES DE TAXIS DE LA CAPITAL FEDERAL	JOSE MARIA MORENO 1224	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE VENDEDORES AMBULANTES DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	GALLO 443	CAPITAL FEDERAL	1172	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE BOXEADORES AGREMIADOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	MEDRANO 167	CAPITAL FEDERAL	1178	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE TRABAJADORES DE LA INDUSTRIA DEL GAS	BOEDO 90	CAPITAL FEDERAL	1206	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE YACIMIENTOS CARBONÍFEROS	AV. INDEPENDENCIA 2251 PISO 10 OF. 67	CAPITAL FEDERAL	1225	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LOS PROFESIONALES UNIVERSITARIOS DEL AGUA Y LA ENERGÍA ELÉCTRICA	RECONQUISTA 1048 PISO 8	CAPITAL FEDERAL	1003	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL FEDERAL DE LA FEDERACIÓN NACIONAL DE TRABAJADORES DE OBRAS SANITARIAS	LAS HERAS 1947	CAPITAL FEDERAL		CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN ARGENTINA DEL TRABAJADOR. DE LAS UNIVERSIDADES NACIONALES	MEDRANO 843	CAPITAL FEDERAL	1178	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL UNION PERSONAL DE LA UNION PERSONAL CIVIL DE LA NACIÓN	TUCUMAN 949	CAPITAL FEDERAL	1049	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE ÁRBITROS DEPORTIVOS DE LA REPÚBLICA ARGENTINA	AZCUENAGA 766	CAPITAL FEDERAL	1115	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA FEDERACIÓN GREMIAL DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE Y SUS DERIVADOS	HIPOLITO IRIGOYEN 746	CAPITAL FEDERAL	1086	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN PRIVADA	SALTA 524	CAPITAL FEDERAL	1074	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LOS EMPLEADOS DE COMERCIO Y ACTIVIDADES CIVILES	MORENO 648/50	CAPITAL FEDERAL	1091	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL BANCARIA ARGENTINA	25 DE MAYO 182	CAPITAL FEDERAL	1041	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE LA CONFEDERACION DE OBREROS Y EMPLEADOS MUNICIPALES DE LA ARGENTINA (OSCOEMA)	VIAMONTE N° 640 1° Contrafente	CAP. FED		CAP. FED
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE INDUSTRIA QUIMICAS Y PETROQUIMICAS DE ZARATE CAMPANA	Dr. FELIX PAGOLA 1712	ZARATE	2800	BS AS
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA ACTIVIDAD AZUCARERA TUCUMANA	CONGRESO 341	TUCUMAN	4000	TUCUMAN
OBRA SOCIAL DE CONDUCTORES DE REMISES Y AUTOS AL INSTANTE Y AFINES	BOEDO 2065/67	CAPITAL	1239	CAPITAL
OBRA SOCIAL DE LOS MEDICOS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	HIPOLITO YRIGOYEN 1124/26	CAP. FED.	1086	

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC. c) DEL ART.1º DE LA LEY 23660

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE LA EMPRESA NACIONAL DE CORREOS Y TELEGRAFOS S.A. Y DE LAS COMUNICACIONES DE LA REPUBLICA ARGENTINA	MAIPU 39	CAPITAL FEDERAL	1084	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DIRECCIÓN NACIONAL DE VIALIDAD	AV.GRAL. JULIO A. ROCA 734/38	CAPITAL FEDERAL	1067	CAPITAL FEDERAL

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC.F) DEL ART.1º DE LA LEY 23660

OBRA SOCIAL CORPORACIÓN CEMENTERA ARGENTINA	ITUZAINGO N° 87 1º PISO	CORDOBA	5000	CORDOBA
OBRA SOCIAL CERAS JOHNSON	SAN MARTIN 1068	CAPITAL FEDERAL	1004	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DUPERIAL ORBEA	AV. MARQUEZ 2249	PABLO PODESTA	1657	BS AS
OBRA SOCIAL MUTUALIDAD EMPLEADOS FIRESTONE	SAN MARTIN 523 - PISO 4 DTO. H	CAPITAL FEDERAL	1004	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE ALLIED DOMEQ ARGENTINA S.A.	ANTARTIDA ARGENTINA 2684	LAVALLOL	1836	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL PARA DIRECTIVOS, TÉCNICOS Y EMPLEADOS DE JOHN DEERE ARGENTINA	JUJUY 1197	BELLA VISTA	1001	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL COMPAÑIA MINERA AGUILAR S.A.	JUAN ORSETTI 481	GRANA.BAIGORRIA	2152	SANTA FE
OBRA SOCIAL COOPERATIVA DE ASISTENCIA MUTUA Y TURISMO DEL PERSONAL DE LAS SOCIEDADES PIRELLI LTDA	CORDOBA 883 - PISO 11	CAPITAL FEDERAL	1004	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL REFINERÍAS DE MAÍZ S.A.I.C.F.	PERGAMINO 402	CAPITAL FEDERAL	1406	CAPITAL FEDERAL
DIR :EMPRESA Y UN REPRESENTANTE DE O.S.	PARAGUAY 2335	CAPITAL FEDERAL	1115	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL SUPERCO	TUCUMAN 117	CAPITAL FEDERAL	1341	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE EMPRESA PRIVADA WITCEL S.A.I.C.	CERRITO 1070 PISO 5 OF 95	CAPITAL FEDERAL	1010	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL CABOT ARGENTINA	RIOBANBA 857	CAPITAL FEDERAL	1116	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL SHELL-CAPSA	EMPRESA PINTOS Y ESMERALDA	ZARATE	2800	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE PETROQUÍMICA BAHÍA BLANCA S.A.I.C.	AV. PTE.SAENZ PEÑA 788	CAPITAL FEDERAL	1383	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE FORD ARGENTINA S.A.	SARGENTO PONCE 2318 O.S	DOC. SUR	1871	
OBRA SOCIAL DE VOLKSWAGEN ARGENTINA S.A.	GUEMES 168	BAHIA BLANCA	8000	BUENOS AIRES
	H.FORD PANAMERICANA	PACHECO	1002	CAPITAL FEDERAL
	MAIPU 267.PISO11.	CAPITAL FEDERAL	1084	CAPITAL FEDERAL

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC. e) DEL ART. DE LA LEY 23660

OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LAS EMPRESAS DE LA ALIMENTACIÓN	B. DE IRIGOYEN 546 PISO 1 - DTO. P	CAPITAL FEDERAL	1072	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA INDUSTRIA AUTOMOTRIZ ARGENTINA	PIEDRAS 1640	CAPITAL FEDERAL	1140	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL COOPERATIVA LTDA. DE ASISTENCIA MEDICA, FARMACÉUTICA, CRÉDITO Y CONSUMO DEL PERSONAL SUPERIOR DE LA IND.DEL CAUCHO Y OTRAS ACTIVIDADES INDUSTRIALES	DR. EMILIO RAVIGNANI 2540	CAPITAL FEDERAL	1425	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA INDUSTRIA CERVECERA Y MALTERA	TUCUMAN 650 PISO 3	CAPITAL FEDERAL	1049	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN Y JERÁRQUICO DE LA	AVDA.MAYO 650 PISO 1	CAPITAL FEDERAL	1084	CAPITAL FEDERAL

INDUSTRIA DEL CIGARRILLO				
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DIRECTIVO DE LA INDUSTRIA DE LA CONSTRUCCIÓN	A. ROQUE S. PEÑA 615 PISO 9	CAPITAL FEDERAL	1035	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL CÁMARA DE LA INDUSTRIA CURTIDORA ARGENTINA	BELGRANO 3978	CAPITAL FEDERAL	1210	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE EJECUTIVOS Y DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE EMPRESAS	LEANDRO N ALEM 1067 PISO 9	CAPITAL FEDERAL	1001	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL ACCIÓN SOCIAL DE EMPRESARIOS	LIMA 87 PISO 8	CAPITAL FEDERAL	1073	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LAS EMPRESAS QUE ACTÚAN EN FRUTOS DEL PAÍS	BALCARCE 880 PISO 1	CAPITAL FEDERAL	1064	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN ALFREDO FORTABAT	BAUCHARD 68 0 PISO 4º	CAPITAL FEDERAL	1035	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA INDUSTRIA METALÚRGICA Y DEMAS ACTIVIDADES EMPRESARIAS	MONTEVIDEO 373 PISO 4	CAPITAL FEDERAL	1019	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA INDUSTRIA MADERERA	Avda BELGRANO 748 Of 103 Pso 10	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA INDUSTRIA PRIVADA DEL PETRÓLEO	SUIPACHA 1111	CAPITAL FEDERAL	1368	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE DIRECTIVOS Y EMPRESARIOS PEQUEÑOS Y MEDIANOS	AVDA LEANDRO ALEN 1074 PSO 8	CAPITAL FEDERAL	1001	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL ASOCIACIÓN MUTUAL DEL PERSONAL DE PHILIPS ARGENTINA (AMPAR)	VEDIA 3892	CAPITAL FEDERAL	1430	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE PERFUMERÍA E.W. HOPE	AV. CORDOBA 1345 PISO 5	CAPITAL FEDERAL	1055	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA SANIDAD LUIS PASTEUR	CALLAO 764/66	CAPITAL FEDERAL	1023	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL ASOCIACIÓN DEL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA INDUSTRIA SIDERURGICA	BELGRANO 367 PISOS 4 Y 5	CAPITAL FEDERAL	1092	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL MUTUALIDAD INDUSTRIAL TEXTIL ARGENTINA	AV. LEANDRO N ALEM 1067	CAPITAL FEDERAL	1001	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL ASOCIACIÓN DEL PERSONAL SUPERIOR DE LA ORGANIZACIÓN TECHINT	AV. EDUARDO MADERO 942 PB	CAPITAL FEDERAL	1106	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL PARA EL PERSONAL DE DIRECCIÓN DE LA INDUSTRIA VITIVINÍCOLA Y AFINES	CACHIMAYO 301	CAPITAL FEDERAL	1424	CAPITAL FEDERAL
OBRA SOCIAL DE YPF	ESMERALDA 255 PB	CAPITAL FEDERAL	1041	CAPITAL FEDERAL
ASOCIACION DE SERVICIOS SOCIALES PARA EMPRESARIOS Y PERSONAL DE DIRECCION DE EMPRESAS DEL COMERCIO, SERVICIOS, PRODUCCION, INDUSTRIA Y CIVIL (ASSPE)	Leandro ALEN 36/38 1PISO	CAPITAL FEDERAL	1003	CAPITAL FEDERAL
RES N° 437/99-SSSalud 26/10/99				

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC. b) DEL ART.1º DE LA LEY 23660

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS	PERU 169 PISO 10	CAPITAL FEDERAL	1069	CAPITAL FEDERAL
---	------------------	-----------------	------	-----------------

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC. h) DEL ART.1º DE LA LEY 23660

ASOCIACIÓN REGIONAL BARILOCHE DE OBRAS SOCIALES	ANGEL GALLARDO 71 Planta Alta	BARILOCHE	8400	RIO NEGRO
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE BELLA VISTA	SALTA 801	CORRIENTES	3432	CORRIENTES
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE COMODORO RIVADAVIA	PELLEGRINI 387	COMOD. RIVADAVIA	9000	CHUBUT
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE ESPERANZA	RIVADAVIA 2499	ESPERANZA	3080	SANTA FE
ASOCIACIÓN GUALEGUAYCHU DE OBRAS SOCIALES	OLEGARIO V. ANDRADE 1057/95	GUALEGUAYCHU	2820	ENTRE RIOS
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE GUALEGUAY	25 DE MAYO 530/538	GUALEGUAY	2840	ENTRE RIOS
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE MAR DEL PLATA	25 DE MAYO 3139	MAR DEL PLATA	7600	BUENOS AIRES
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE NEUQUEN	AV. ARGENTINA 1000	NEUQUEN	8300	NEUQUEN
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE LA RIOJA	SAN MARTIN 151	RIOJA	5300	RIOJA
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE ROSARIO	SAN JUAN 3034	ROSARIO	2000	SANTA FE
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE RUFINO	GALAN 100	RUFINO	6100	SANTA FE
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE SAN JORGE	EVA PERON 1301	SAN JORGE	2451	BUENOS AIRES

				AIRES
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE SAN JUAN	MENDOZA 605	SUR ALTOS	5400	SAN JUAN
ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DE SANTA FE	SAN JUAN 642 5 A	ROSARIO		SANTA FE
ASOCIACIÓN DE OBRAS SOCIALES DE TRELEW	MORENO 424	TRELEW	9100	CHUBUT
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE AVELLANEDA	AMEGHINO 869	AVELLANEDA	1870	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE LA MATANZA	ALMAFUERTE 3160	SAN JUSTO	1870	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL DEL PERSONAL MUNICIPAL DE TRES DE FEBRERO	AMADEO SABATINI 4661/5	CASEROS	1754	BUENOS AIRES

FEDERACIONES

FEDERACION DE OBRAS SOCIALES DE TRABAJADORES DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIAL Y AFINES (FOSOC)	BOCAYUVA QUINTINO 50	CAP .FED	1181	CAP.FED
FEDERACION ARGENTINA DE OBRAS SOCIALES (F.A.O.S.)	MUÑOZ 3611	CIUDEDELA	1072	
ASOCIACION DE OBRAS SOCIALES DEL PERSONAL DE DIRECCION	AV. L.N. ALEM 1067 PISO 16	CAPITAL		CAPITAL

OBRAS SOCIALES INSCRIPTAS EN EL INC. f) DEL ART. DE LA LEY 23660

OBRA SOCIAL ATANOR S.A .MIXTA	ALBARELLOS 4914	MUNRO		PCIA BS A
OBRA SOCIAL PAPEL MISIONERO S.A.I.F. Y C.	PUERTO MINERAL 0743-93237	POSADAS	3300	MISIONES
	BRASIL 160	CAP. FED.		CAP.FED
OBRA SOCIAL ACEROS PARANÁ S.A. Y EMPRESAS ANTECESORAS	AVDA. MORENO 187	SAN NICOLAS	2900	BUENOS AIRES
OBRA SOCIAL FÍAT	MAIPU 471 PISO 11	CAPITAL FEDERAL	1376	CAPITAL FEDERAL
<u>SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD</u>				
<u>DEPARTAMENTO REGISTRO NACIONAL DE OBRAS SOCIALES</u>				

***Anexo III: Guía de Establecimientos
Privados de Salud Mental***

**SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD – 2002
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL REGISTRADOS
(según provincia)**

Prov	Localidad	Establecimiento	Domicilio
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	"GENESIS" CENTRO DE SALUD MENTAL CON ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITAL DE DIA - PROPIEDAD DE CENTRO DE SALUD MENTAL Y HOSPITAL DE DIA "GENESIS S.R.L."	GRANDE DE ZEQUEIRA Nº 6192
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA DE DIAGRAMAS EN SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE DIAGRAMAS EN SALUD MENTAL S.R.L.	VUELTA DE OBLIGADO Nº 1450
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD ATICO (ATENCION AMBULATORIA) - PROPIEDAD DE COOPERATIVA DE TRABAJO EN SALUD MENTAL LIMITADA ATICO	TEODORO GARCIA Nº 2574
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL - ATENCION AMBULATORIA Y CENTRO DE DIA - PROPIEDAD DE FUNDACION TOBIAS	COSTA RICA Nº 4438
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL - HOSPITAL DE DIA Y CONSULTORIOS EXTERNOS - PROPIEDAD DE LA FUNDACION CISAM	AV. BELGRANO Nº 4014
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE AURUS SALUD S.A.	JUNCAL Nº 2336
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE CENTRO MEDICO PSICOASISTENCIAL S.I.A.R.C. S.R.L.	MAZA Nº 330
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE HEROCLADIMAR S.R.L.	AV. CORDOBA Nº 2474
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL (ASISTENCIA AMBULATORIA- HOSPITAL DE DIA)-PROPIEDAD DE PIHUE S.A.	AV. RIVADAVIA Nº 4240
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL (MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO, ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITAL DE DIA) - PROPIEDAD DE CLINICA PRIVADA BANFIELD S.A.	AV. CORRIENTES Nº 2014
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL A.M.E.P. S.A. (CON MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO Y ATENCION AMBULATORIA - 2 (DOS) CONSULTORIOS MEDICOS Y 2 (DOS) GABINETES DE PSICOLOGIA) - PROPIEDAD DE ATENCION MEDICA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA S.A.	SANTA FE Nº 1752
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL CON ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITAL DE DIA - PROPIEDAD DE CENTRO DE ATENCION PSICOTERAPEUTICO (C.A.P.) S.R.L.	PTE. LUIS SAENZ PEÑA Nº 660
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL CON MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO DE ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITAL DE DIA - PROPIEDAD DE PRIDELSA S.A.	RIGLOS Nº 119
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL MODALIDAD DE FUNCIONAMIENTO PSIQUIATRICO-PSICOLOGICO, ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITAL DE DIA - PROPIEDAD DE CENTRO DE INVESTIGACIONES DE BUENOS AIRES CIPBA S.R.L.	ZAPIOLA Nº 2065
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL Y HOSPITAL DE DIA DEL PILAR S.A.	AV. CONGRESO Nº 5165
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO DE SALUD MENTAL, HOSPITAL DE DIA Y HOSTAL - PROPIEDAD DE CENTRO DE PSICOTERAPIAS INTEGRADAS S.R.L.	AMENABAR Nº 887
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO MEDICO DE SALUD MENTAL ALETHEIA SUD S.A.	SEGUROLA Nº 223
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO MEDICO DE SALUD MENTAL Y HOSPITAL DE DIA SANTA ANA - PROPIEDAD DE CARLOS E. LLABRES	INDEPENDENCIA Nº 3944
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO MEDICO PRIVADO DE SALUD MENTAL S.A. (ATENCION AMBULATORIA Y HOSPITAL DE DIA)	AV. DE MAYO Nº 982
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	CENTRO PRIVADO DE SALUD MENTAL S.R.L.	SANCHEZ DE BUSTAMANTE Nº 1623
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	FUNDACION C.I.S.A.M. - FUNDACION DE INVESTIGACIONES PARA LA SALUD MENTAL (CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO) - DISCAPACIDAD	BELGRANO Nº 4014
CAPITAL FEDERAL	CAPITAL FEDERAL	INSTITUTO DE MACROPSICOLOGIA, CENTRO DE SALUD MENTAL Y ATENCION AMBULATORIA - PROPIEDAD DEL INSTITUTO DE MACROPSICOLOGIA S.A.	AV. SANTA FE Nº 1461
BUENOS	9 DE	SISTEMA DE SALUD MENTAL 9 DE JULIO (HOSPITAL DE DIA	ACCESO PTE.

AIRES	JULIO	CON UNA CAPACIDAD DE ASISTENCIA DE CINCO MODULOS DE DOCE PACIENTES CADA UNO CON UN TOTAL DE SESENTA PACIENTES) - PROPIEDAD DE SALUD MENTAL 9 DE JULIO S.A.	PERON Y CAVALLARI
BUENOS AIRES	ADROGUE	CENTRO MEDICO NEUROPSIQUIATRICO Y HOSPITAL DE DIA SAN GABRIEL - CATEGORIA II (DOS) DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION - PROPIEDAD DE CENTRO MEDICO NEUROPSIQUIATRICO S.A.	VALENTIN ALSINA N° 95
BUENOS AIRES	AVELLANEDA	CLINICA DE PSICOPATOLOGIA SAN CAYETANO (ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA, CATEGORIA II) - PROPIEDAD DE AZUCENA CELESTE TARRIO	25 DE MAYO N° 531
BUENOS AIRES	AZUL	CLINICA PRIVADA PSIQUIATRICA AZUL-ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL PRIVADO DE SALUD MENTAL CATEGORIA II - PROPIEDAD DE INSTITUTO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD MENTAL S.A.	AV. 25 DE MAYO N° 794
BUENOS AIRES	BAHIA BLANCA	CLINICA DEL SOL DE BAHIA BLANCA S.A. (CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION)	CHICLANA N° 464
BUENOS AIRES	BAHIA BLANCA	CLINICA PRIVADA BAHIENSE S.A. ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA	MORENO N° 212
BUENOS AIRES	BANFIELD	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA BANFIELD CATEGORIA II (DOS) DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL CON INTERNACION - PROPIEDAD DE CLINICA PRIVADA BANFIELD S.A.	AZARA N° 1780
BUENOS AIRES	BERAZATEGUI	CLINICA PRIVADA DE PSIQUIATRIA Y PSICOPATOLOGIA MEDICA SAN MARTIN (CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL CON INTERNACION-HOSPITAL DE DIA)-PROPIEDAD DE JORGE MARTIN BROOK	CALLE 11 (SGTO. CABRAL) N° 4629/37
BUENOS AIRES	BERNAL	CLINICA VILLA DEL SOL (ESTABLECIMIENTO II (DOS) EN SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION Y HOSPITAL DE DIA) - PROPIEDAD DE OMHOSPA S.A.	AV. SAN MARTIN N° 536
BUENOS AIRES	BRAGADO	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA, ESTABLECIMIENTO EN SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION, CATEGORIA II - PROPIEDAD DE I.T.E.N. S.A.	AV. RIVADAVIA N° 1142
BUENOS AIRES	CARAPACHAY	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL SOCIEDAD ANONIMA INMOBILIARIA	SANTA FE N° 5750
BUENOS AIRES	CASEROS	CENTRO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL SANTA MONICA - PROPIEDAD DE TRAFEL S.A.	MARIANO MORENO N° 4650
BUENOS AIRES	CASTELLAR	ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CATEGORIA II (DOS) CON INTERNACION Y HOSPITAL DE DIA DE LA CLINICA PRIVADA GREGORIO MARAÑON S.A.	SANTA ROSA N° 2385
BUENOS AIRES	FLORIDA	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL "CURI", CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA - PROPIEDAD DE CLINICA CURI S.R.L.	VALENTIN VERGARA N° 2653
BUENOS AIRES	LA PLATA	CENTRO MEDICO DE SALUD MENTAL Y HOSPITAL DE DIA "LAR" - PROPIEDAD DE CENTRO MEDICO SAN JOSE S.R.L.	CALLE 42 N° 963
BUENOS AIRES	LA PLATA	CENTRO MEDICO DE SALUD MENTAL Y HOSPITAL DE DIA "LAR" - PROPIEDAD DE CENTRO MEDICO SAN JOSE S.R.L.	CALLE 42 N° 963
BUENOS AIRES	LA PLATA	CLINICA PRIVADA DE NEUROPSIQUIATRIA SANTA ROSA, CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS EN SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION - PROPIEDAD DE SANTA ROSA S.R.L.	CALLE 4 N° 565
BUENOS AIRES	LA PLATA	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE INSTITUTO PRIVADO DE NEUROMEDICINA S.A.	CALLE 2 N° 920
BUENOS AIRES	LA PLATA	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL "CENPAR", HOSPITAL DE DIA - PROPIEDAD DE INSTITUTO PRIVADO DE ENFERMEDADES MENTALES S.A.	CALLE 57 N° 993
BUENOS AIRES	LA PLATA	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA I.D.E.N. - CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS EN SALUD MENTAL CON INTERNACION - PROPIEDAD DE I.D.E.N. S.A.	CALLE 11 N° 578
BUENOS AIRES	LA PLATA	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA S.A. (ESTABLECIMIENTO EN SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION CATEGORIA II)	CALLE 6 N° 123
BUENOS AIRES	LA PLATA	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA SAN PABLO (ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y ATENCION	CALLE 69 N° 1331

		PSIQUIATRICA CON INTERNACION) - PROPIEDAD DE CONMED S.A.	
BUENOS AIRES	LA PLATA	CLINICA PRIVADA SAN AGUSTIN, CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACION DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA - PROPIEDAD DE CLINICA PRIVADA SAN AGUSTIN S.A.	CALLE 55 N° 763
BUENOS AIRES	LA PLATA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL CON INTERNACION Y HOSPITAL DE DIA - PROPIEDAD DE CLINICA PRIVADA PSIQUIATRICA SAN JUAN S.A.	CALLE 115 N° 231
BUENOS AIRES	LA PLATA	ESTABLECIMIENTO EN SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION - PROPIEDAD DE CLINICA SAN JORGE NEUROPSIQUIATRICA S.A.	CALLE 7 N° 124
BUENOS AIRES	LANUS	CLINICA SAN JORGE S.A.C.Y.F., CATEGORIA II (DOS) DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA	AV. EVA PERON N° 1536
BUENOS AIRES	LOS POLVORINES	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA SAN MIGUEL, ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL CON INTERNACION, CATEGORIA II (DOS) Y HOSPITAL DE DIA - PROPIEDAD DE MATECALRI S.R.L.	DARRAGUEYRA N° 962
BUENOS AIRES	LUJAN	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL SANTA ELENA DE LA PAZ S.A.	JOSE M. PEREZ N° 24
BUENOS AIRES	MAR DEL PLATA	CLINICA DE PSICOPATOLOGIA DEL MAR S.A. (CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES PRIVADOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA)	CALLE OO N° 3444
BUENOS AIRES	MAR DEL PLATA	CLINICA DE SALUD MENTAL (CATEGORIA II -DOS- DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION) - PROPIEDAD DE SINAPSIS S.R.L.	GARCIA LORCA N° 363
BUENOS AIRES	MAR DEL PLATA	CLINICA DE SALUD MENTAL (CATEGORIA II -DOS- DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION) - PROPIEDAD DE SINAPSIS S.R.L.	GARCIA LORCA N° 363
BUENOS AIRES	MAR DEL PLATA	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL SAN ANTONIO - ASISTENCIA DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION - PROPIEDAD DE GRUPO SUIZO S.A.	CALLE 0 N° 3639
BUENOS AIRES	MARTINEZ	POLICLINICA PRIVADA PSIQUIS-HOSPITAL DE DIA Y CONSULTORIOS EXTERNOS - PROPIEDAD DE SERVICIOS INTEGRALES EN SALUD MENTAL S.R.L.	SANTIAGO DEL ESTERO N° 157
BUENOS AIRES	MERLO	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL - RESIDENCIA DE LA ESTANCIA S.A.	MERLO N° 850
BUENOS AIRES	PERGAMINO	HOSPITAL DE DIA MATER DEI, ESTABLECIMIENTO PRIVADO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA - PROPIEDAD DE SIGESA S.A.	ITALIA N° 621
BUENOS AIRES	PILAR	CLINICA PSIQUIATRICA ESTANCIA DEL PILAR, CATEGORIA I DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA Y COMUNIDAD TERAPEUTICA ESTANCIA DEL PILAR, CATEGORIA B - PROPIEDAD DE FUNDACION RE-CREAR (LA CULTURA)	RUTA 25 Y EX-RUTA 197 S/N°
BUENOS AIRES	PUNTA ALTA	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA PUNTA ALTA - CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION - PROPIEDAD DE CLINICA NEUROPSIQUIATRICA PUNTA ALTA S.R.L.	MURATORE N° 655
BUENOS AIRES	REMEDIOS DE ESCALADA	CLINICA PRIVADA DE REPOSO SANTA LAURA, CATEGORIA II (DOS) DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL CON INTERNACION - PROPIEDAD DE SANTA LAURA S.A.	SUIPACHA N° 2753
BUENOS AIRES	SAN FRANCISCO SOLANO	CLINICA PRIVADA DE PSICOPATOLOGIA PSIQUIS S.A., CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION	CALLE 881 N° 4343
BUENOS AIRES	SAN JUSTO	CLINICA LOS CEDROS (INTERNACION Y HOSPITAL DE DIA) - PROPIEDAD DE LOS CEDROS SALUD MENTAL S.A.	MONSEÑOR BUFANO N° 1381
BUENOS AIRES	SAN MIGUEL	COOPERATIVA DE PROVISION DE SERVICIOS PARA PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL "ESPACIO DE VIDA" LIMITADA (CENTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO Y ESTIMULACION TEMPRANA) - DISCAPACIDAD	URQUIZA N° 1059

BUENOS AIRES	SAN NICOLAS	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL SANTA ISABEL	URQUIZA N° 130
BUENOS AIRES	TALAR	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE "EL CHALET" CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL S.R.L.	ESPAÑA N° 294
BUENOS AIRES	TANDIL	CLINICA COMUNIDAD TANDIL, ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL CON INTERNACION, CATEGORIA II (DOS) - PROPIEDAD DE COM TAN S.A.	MAIPU N° 636
BUENOS AIRES	TIGRE	CLINICA PRIVADA NUEROPSIQUIATRICA CRUSAMEN CATEGORIA II DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION - PROPIEDAD DE SILVIA MARIA MATILLA	AV. ROCA N° 56
BUENOS AIRES	VILLA ADELINA-SAN ISIDRO	CLINICA PRIVADA NEUROPSIQUIATRICA SAN ISIDRO S.R.L. (ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL EN SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION, CATEGORIA II Y HOSPITAL DE DIA)	UCRANIA N° 2045
BUENOS AIRES	VILLA DOMINICO	CLINICA COMUNIDAD (ESTABLECIMIENTO ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL CON INTERNACION-CATEGORIA II Y HOSPITAL DE DIA) - PROPIEDAD DE COMAVE S.A.	CASAZZA N° 69
CATAMARCA	SAN FERNANDO DEL VALLE DE CATAMARCA	CENTRO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE CATAMARCA SALUD S.A.	SAN MARTIN N° 35
CHACO	ROQUE SAENZ PEÑA	SANATORIO MAYO SALUD MENTAL (PARA PRESTACIONES EXCLUSIVAMENTE PSIQUIATRICAS) - PROPIEDAD DE RUBEN MERCADO	BELGRANO N° 101
CHUBUT	PUERTO MADRYN	CLINICA DE REPOSO Y SALUD MENTAL SAN IGNACIO - PROPIEDAD DE SAN IGNACIO S.R.L.	RECONQUISTA N° 651
CHUBUT	TRELEW	CLINICA DE SALUD MENTAL ATHENEA - PROPIEDAD DE ATHENEA S.A.	BELGRANO N° 1008
JUJUY	S. S. DE JUJUY	ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL Y CLINICA GERIATRICA - PROPIEDAD DE CLINICA DE REPOSO SAN AGUSTIN S.A.	LOTEO ORIAS-BAJO LA VIÑA
JUJUY	S. S. DE JUJUY	INSTITUTO DE PSICOPATOLOGIA S.R.L. (ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL MONOVALENTE CON INTERNACION SIN PRESTACION QUIRURGICA)	SAN MARTIN N° 141/49
LA RIOJA	LA RIOJA	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL DR. PHILIPPE PINEL - PROPIEDAD DE GUSTAVO CARLOS SAEZ	AV. RAMIREZ DE VELAZCO N° 698
LA RIOJA	LA RIOJA	INSTITUTO CASTRO BARROS S.R.L. (PREVENCION, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL) - PROPIEDAD DE INSTITUTO CASTRO BARROS S.R.L.	AV. CASTRO BARROS N° 1059
MENDOZA	GODOY CRUZ	RAM SALUD MENTAL S.R.L.	BUENOS AIRES N° 52
NEUQUEN	NEUQUEN	CENTRO DE SALUD MENTAL DEL COMAHUE - PROPIEDAD DE PEÑI S.A.	TALERO N° 245
NEUQUEN	NEUQUEN	INSTITUTO AUSTRAL DE SALUD MENTAL S.A.	BELGRANO N° 76
NEUQUEN	QUEQUEN	CLINICA PRIVADA DE SALUD MENTAL "JOSE INGENIEROS" - HOSPITAL DE DIA, CATEGORIA I (UNO) DE ESTABLECIMIENTOS EN SALUD MENTAL Y ATENCION PSIQUIATRICA CON INTERNACION - PROPIEDAD DE CLINICA PRIVADA JOSE INGENIEROS S.R.L.	ALTE. BROWN Y MURATURE S/N°
RIO NEGRO	CIPOLLETTI	CONSULTORIOS MEDICOS - PROPIEDAD DE SALUD MENTAL RIONEGRINA S.A. (SAMER)	O'HIGGINS N° 368
RIO NEGRO	DINAHUAPI	ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL ASUMIR (COMUNIDAD TERAPEUTICA DE REHABILITACION DE ADICTOS) - PROPIEDAD DE ASOCIACION ASUMIR	AV. DEL VADO Y PERU S/N°
SAN LUIS	VILLA MERCEDES	INSTITUTO DE SALUD MENTAL "CONVIVENCIA"-PROPIEDAD DE DANIEL VIDELA TELLO	SAN JUAN N° 27
SANTA FE	CARLOS PELLEGRINI	SANATORIO PSIQUIATRICO (ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL CON INTERNACION MONOVALENTE) - PROPIEDAD DE ASOCIACION ITALIANA DE SOCORROS MUTUOS JOSE MAZZINI	BLVD. AVELLANEDA N° 972
SANTA FE	ROSARIO	CENTRO DE DIA DE SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE LA	ENTRE RIOS N°

	IO	ASOCIACION VOLUNTARIOS PARA EL CAMBIO DEL DROGADEPENDIENTE (A.V.C.D)	1377
SANTA FE	ROSAR IO	CLINICA PSIQUIATRICA DE LA COSTA - ESTABLECIMIENTO DE SALUD MENTAL CON INTERNACION MONOVALENTE - PROPIEDAD DE SANATORIO VIEYTES S.A.	VIEYTES N° 374
SANTA FE	ROSAR IO	CLINICA RIO SALUD MENTAL - PROPIEDAD DE REYNAL S.R.L.	PELLEGRINI N° 760
SANTA FE	ROSAR IO	VINCULO-CENTRO COMUNITARIO DE SALUD MENTAL- ASOCIACION CIVIL	SAN LUIS N° 2287
SANTA FE	SANTA FE	CLINICA DE SALUD MENTAL "CRECER S.R.L." (CON INTERNACION, 4 CONSULTORIOS MEDICOS Y LABORATORIO)	NECOCHEA N° 3360
SANTA FE	SANTA FE	SANATORIO DE SALUD MENTAL LA MERCED - PROPIEDAD DE RED INTEGRAL DE ASISTENCIA MENTAL S.A-R.I.A.M. S.A.	3 DE FEBRERO N° 3702
SANTIAGO DEL ESTERO	SANTI AGO DEL ESTERO	CENTRO DE CONSULTA AMBULATORIA DE SALUD MENTAL "EL JARDIN"	SAN JUAN N° 108
TUCUMAN	CONC EPCION	C.I.D. CENTRO INTEGRAL DEL DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL DE ISAMET S.R.L.	JUAN B. ALBERDI N° 243
TUCUMAN	SAN MIGUEL DE TUCUMAN	CENTRO INTEGRAL DE DIAGNOSTICO DE SALUD MENTAL (C.I.D.) - PROPIEDAD DE ISAMET S.R.L.	AV. AVELLANEDA N° 226

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION ARGENTINA - 1997
GUIA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MENTAL PRIVADOS
(según provincia)

Provincia	Establecimiento	Ciudad	Servicios
Bs. As.	CLIN CTRO MEDICO NEUROPSIQUIATRICO	ALMIRANTE BROWN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN REPOSO ADROGUE	ALMIRANTE BROWN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN JOSE INGENIEROS	ALMIRANTE BROWN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN MODELO PRIVADA	AVELLANEDA	Cons Ext/Hosp Día
Bs. As.	CLIN COMUNIDAD	AVELLANEDA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA SANATORIO ARGENTINO	BAHIA BLANCA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUISTRICA BAHIENSE	BAHIA BLANCA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CTRO DE REEDUCACION Y ORIENTACION	BAHIA BLANCA	Cons Externo
Bs. As.	INST CUSTODIO Y ADAPTACION DE DISMINUIDOS MENTALES	BAHIA BLANCA	Cons Externo
Bs. As.	SANATORIO CENTRAL CLIN NUEVA VIDA	BAHIA BLANCA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA PLAZA CONSTITUCION	BARADERO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	MCA SAN MARTIN-CLIN PRIV PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA	BERAZATEGUI	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA SAN ISIDRO DEL SUR	BERAZATEGUI	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA SAN ANDRES	BERISSO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA ITEN	BRAGADO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN CTRO ASIST NEUROPSIQUIATRICO PRIVADO	CAÑUELAS	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PUNTA ALTA	CORONEL L. ROSALES	Cons Ext/Internación
Bs. As.	HOSP DE DIA NEUROPSIQUIATRICO PUNTA ALTA	CORONEL L. ROSALES	Cons Ext/Hosp Día
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA SAN AGUSTIN	GENERAL ALVARADO	Cons Externo
Bs. As.	CLIN DE PSICOPATOLOGIA DEL MAR	GENERAL PUEYRREDON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN DE SALUD MENTAL	GENERAL PUEYRREDON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA ATLANTICA	GENERAL PUEYRREDON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA STA CLARA DE ASIS	GENERAL PUEYRREDON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PSIQUIATRICA DR CANTON	GENERAL SAN MARTIN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA SANTA CLARA	GENERAL SAN MARTIN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA SAN MIGUEL	GENERAL SARMIENTO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DE SALUD MENTAL RECREACION	GENERAL SARMIENTO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DE NEUROPSIQUIATRIA VILFAFAÑE	JUNIN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA LOS ALMENDROS SRL	JUNIN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CTRO NEUROPSIQ. JUNIN - CTRO INTEGRAL SALUD MENTAL	JUNIN	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA ALVARADO	LA MATANZA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV CTRO ASIST NEUROPSIQUIATRICO	LA MATANZA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA DEL SOL	LA MATANZA	Internación
Bs. As.	INST NEUROPSIQUIATRICO	LA MATANZA	Internación
Bs. As.	INST NEUROPSIQUIATRICO DEL OESTE SA	LA MATANZA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA CITY BELL	LA PLATA	Cons Ext/Internación

Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA JESUS DE NAZARETH	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA CITY BELL	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CEDIM - CTRO PARA DISCAPACITADOS MENTALES	LA PLATA	Cons Externo
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA CATHEMU	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA CENIT	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA DE LA MUJER SA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA FLORENCIA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA IDEN	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA SAN AGUSTIN SA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA SANTA ROSA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV CENTENARIO	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DE NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA INTEGRAL	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DE PSICOPATOLOGIA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV JOSE INGENIEROS	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA ARTURO AMEGHINO	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA BENJAMIN J. DUPONT	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA CENPAR	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA COSME ARGERICH	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA IPEM	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA LUMINAR	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA ROSA MISTICA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA SAN PABLO	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA SAN JOSE	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA SAN JUAN	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PSIQUIATRICA SANTA TERESA DE AVILA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INST DE NEUROMEDICINA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INST DE NEUROPSIQUIATRIA Y PSIQUIATRIA ANTARES	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	IPNM - INST PRIVADO DE NEUROMEDICINA	LA PLATA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DR RICARDO WALKER	LANUS	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN SAN JORGE SAC	LANUS	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INST DE PSICOPATOLOGIA DEL SUR	LANUS	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN SAN MICHELLE	LANUS	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA BANFIELD	LOMAS DE ZAMORA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PSIQUIATRICA SAN ROQUE	LOMAS DE ZAMORA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INST DE PSICOPATOLOGIA DEL SUR	LOMAS DE ZAMORA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA	LOMAS DE ZAMORA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA MOLDES	LOMAS DE ZAMORA	Cons Ext/Internación

Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA SAN CARLOS	LOMAS DE ZAMORA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CASA NUESTRA SEÑORA DEL PILAR	LUJAN	Internación
Bs. As.	CLIN PRIV SALUD MENTAL - RESIDENCIA DE LA ESTANCIA	MERLO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN GREGORIO MARAGNON SA	MORON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA SAN AGUSTIN	MORON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA SANTA MONICA SRL	MORON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV C. BERNARD	MORON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA A. SCHWEITZER	MORON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INST NEUROPSIQUIATRICO RAMOS MEJIA SRL	MORON	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV PSIQUIATRICA JOSE INGENIEROS	NECOCHEA	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INST DE ENFERMEDADES DE LA PERSONALIDAD STA MARIA	PERGAMINO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN ABRINES	QUILMES	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN DE PSICOPATOLOGIA PHSIQUIS SA	QUILMES	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INPRA - INST PSIQUIATRICO PRIVADO RAMALLO	RAMALLO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA SAN ISIDRO	SAN ISIDRO	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN SANATORIO PLAZA	SAN NICOLAS	Cons Ext/Internación
Bs. As.	INST SANTA ISABEL	SAN NICOLAS	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DE SALUD MENTAL EL CHALET	TIGRE	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DE NEUROPSIQUIATRIA DUPUY	TIGRE	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DELTA	TIGRE	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV DE SALUD MENTAL SAI	VICENTE LOPEZ	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA MARIAZELL	VICENTE LOPEZ	Cons Ext/Internación
Bs. As.	CLIN PRIV NEUROPSIQUIATRICA MI HOGAR SRL	ZARATE	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	ABINT DE ANBU - ANOREXIA BULIMIA INTEGRAL SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Hosp Día
Cap. Fed.	AGHALMA SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	ALUBA - ASOC LUCHA CONTRA LA BULIMIA Y ANOREXIA	CAPITAL FEDERAL	Hosp Día
Cap. Fed.	AMEP-ATENCION MEDICA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	ASAM - ASISTENCIA SALUD MENTAL	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	ATICO - COOP DE TRABAJO EN SALUD MENTAL	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CAPI - CTRO ASIST PSICOLOGICA INTEGRAL SA	CAPITAL FEDERAL	Hosp Día
Cap. Fed.	CAPIA - CONS MED PSICOLOGICOS	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CEAS - CTRO MEDICO SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CIAN - CTRO INTEGRAL ASIST NEUROPSICOLOGICA SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CLIN ABRIL - INST ALMAGRO DE SALUD SA	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	CLIN ARGOS	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	CLIN DE DIA EL ALEPH SRL	CAPITAL FEDERAL	Hosp Día
Cap. Fed.	CLIN DE NEUROPSIQUITRIA Y PSICOLOGICA MEDICA SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	CLIN DE REHABILITACION PSICOFISICA Y GERIATRICA	CAPITAL FEDERAL	Internación

Cap. Fed.	CLIN EMANU-EL SA	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	CLIN EMANU-EL SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	CLIN FLORES SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	CLIN IBAÑEZ	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	CLIN LAS HERAS SA	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	CLIN MODELO DE PSIQUIATRIA SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Intern/H Dia
Cap. Fed.	CLIN NEUROPSIQUIATRICA QUIRON	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	CLIN PSIQUIATRICA NUESTRA SRA DE LUJAN	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	CLIN PSIQUIATRICA NUESTRA SRA DE LUJAN	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CLIN SANTA ROSA	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	COMUNIDAD TERAPEUTICA DE PALERMO SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	COMUNIDAD TERAPEUTICA DE PALERMO SA	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	CONS PSIQUIATRICOS Y PSICOLOGOS BUENOS AIRES SRL	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Hosp Día
Cap. Fed.	CTRO ASIST MI CAMINO	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CTRO DE CONS MED WEIZSAECKER	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CTRO DE PSICOTERAPIAS INTEGRADAS	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Intern/H Dia
Cap. Fed.	CTRO DE REHABILITACION Y EDUCACION PSICOMOTRIZ	CAPITAL FEDERAL	Hosp Día
Cap. Fed.	CTRO DE TERAPIAS MODULARES	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CTRO INV PSIQUIAT BS AS - CTRO DE SALUD MENTAL	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Hosp Día
Cap. Fed.	CTRO INV PSIQUIAT BS AS -CLIN SAN MARTIN DE PORRES	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	CTRO MED ALBORADA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Hosp Día
Cap. Fed.	CTRO MED BRAVER SRL	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CTRO MED PSICOASISTENCIAL	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CTRO ORO	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CTRO PRIVADO DE PSICOTERAPIAS SRL	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	CTRO PSICOASISTENCIAL ESPACIOS SRL	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Hosp Día
Cap. Fed.	ESTAB GERONTO PSIQUIATRICO FLORESTA	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	FEPI -FUND PARA EL ESTUDIO DE LOS PROB.DE INFANCIA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	HOSP GERIATRICO DE DIA SAN PEDRO	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Hosp Día
Cap. Fed.	INST DE INVESTIGAC Y TRATAM PSICOPATOLOGICO SA	CAPITAL FEDERAL	Internación
Cap. Fed.	INST DE PSICOPATOLOGIA HOSP DE DIA DEL PILAR SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Hosp Día
Cap. Fed.	INST FRENOPATICO SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Internación
Cap. Fed.	INST PRIVADO DE ASIST PSICOPATOLOGICA SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	METHA - CTRO MEDICO EN PSICOPATOLOGIA SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	MP - PSICOLOGIA MEDICA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo
Cap. Fed.	PIHUE SA	CAPITAL FEDERAL	Hosp Día
Cap. Fed.	PLAN DE SALUD MENTAL SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Ext/Intern/H Dia
Cap. Fed.	SESAM - SERVICIO DE SALUD MENTAL SA	CAPITAL FEDERAL	Cons Externo

Chaco	SANATORIO MAYO	COMANDANTE FERNANDEZ	Cons Ext/Internación
Chaco	COMPLEJOS ASIST SA - ANEXO INST RCHED MOSELLI I	SAN FERNANDO	Internación
Chaco	COMPLEJOS ASIST SA - COMUN.EDUC.TERAP.CHIQUILANDIA	SAN FERNANDO	Hosp Día
Chaco	COMPLEJOS ASIST SA - HOSPITAL DE DIA	SAN FERNANDO	Hosp Día
Chaco	COMPLEJOS ASIST SA - INST RCHED MOSELLI I	SAN FERNANDO	Cons Ext/Internación
Chaco	COMPLEJOS ASIST SA - INST RCHED MOSELLI II	SAN FERNANDO	Cons Ext/Internación
Chaco	CTRO EDUCATIVO TERAPEUTICO INST SOL	SAN FERNANDO	Cons Ext/Hosp Día
Chaco	INST MEDICINA PSICOLOGICA DR E. PICHON RIVIERE	SAN FERNANDO	Cons Ext/Internación
Chaco	INST MONTEAGUDO	SAN FERNANDO	Cons Ext/Internación
Chaco	INST NALA	SAN FERNANDO	Cons Ext/Hosp Día
Chaco	INST PSIQUIATRICO DEL LITORAL	SAN FERNANDO	Internación
Chubut	CLIN PSIQUIATRICA ALTIUS	ESCALANTE	Internación Cons
Chubut	CLIN PSIQUIATRICA ALTIUS	ESCALANTE	Ext/Internación
Chubut	CTRO PATAGONICO DE ENFERMEDADES RENALES	ESCALANTE	Cons Externo
Chubut	CLIN ATHENEA SA	RAWSON	Cons Ext/Internación
Chubut	CLIN PARQUE ATHENEA	RAWSON	Internación
Córdoba	CLIN PRIVADA SAINT MICHEL SRL	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	SANATORIO ALBERDI	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	INST DR G. BERMANN	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN NEUROPATICA PRIVADA MIRA Y LOPEZ	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	CEPRA - CLIN ESPECIAL PRIVADA DE RECUPERAC ALCOHOL	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN PRIVADA DE PSIQUIATRIA SAINT ANNE	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN SALUD MENTAL	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN DE REPOSO DR MIRAVET	CAPITAL	Cons Externo
Córdoba	CLIN PRIVADA DE REPOSO MIRA VET - CONS EXTERNOS	CAPITAL	Cons Externo
Córdoba	SANATORIO L.S. MORRA	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN INTEGRAL PSIQUIATRICA SAN NICOLAS	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	INST PRIVADO MODELO PSICOPATOLOGIA PICHON RIVIERE	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Córdoba	HOGAR DE INTEGRACION SOCIAL	COLON	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN PRIVADA REPOSO MIRAVET	COLON	Internación
Córdoba	CLIN PSIQUIATRICA PRIVADA	PUNILLA	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN PRIVADA DE PSIQUIATRIA	PUNILLA	Internación
Córdoba	CLIN PSIQUIATRICA SANTA CECILIA	RIO CUARTO	Cons Ext/Internación
Córdoba	FUNDADIC - CLINICA PRIVAVA PHILIPPE PINEL	RIO CUARTO	Cons Ext/Internación
Córdoba	APADIM	SAN JUSTO	Cons Externo
Córdoba	CLIN PRIVADA DE PSIQUIATRIA	SAN JUSTO	Cons Ext/Internación
Córdoba	CLIN PRIVADA DE PSIQUIATRIA SA	SAN JUSTO	Internación
Corrientes	CLIN SAN CAMILO	CAPITAL	Cons Externo
Entre Ríos	CLIN SAN JOSE	CONCORDIA	Cons Ext/Internación
Entre Ríos	CLIN GERONTO-PSIQUIATRICA FAMILY	PARANA	Cons Ext/Internación
Entre Ríos	SELF - CLIN DE PSICOPATOLOGIA SRL	PARANA	Internación
Entre Ríos	SELF - CLIN DE PSICOPATOLOGIA SRL	PARANA	Internación
Entre Ríos	CLIN INTEGRAL	URUGUAY	Cons

			Ext/Internación
Jujuy	CLIN PSIQUIATRICA VILLA ALBERDI	DOCTOR MANUEL BELGRANO	Cons Ext/Internación
Jujuy	INST DE PSICOPATOLOGIA SRL	DOCTOR MANUEL BELGRANO	Cons Ext/Internación
La Pampa	CLIN IMAGO	CAPITAL	Internación
La Rioja	CLIN PSIQUIATRICA PRIVADA	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Mendoza	CLIN MANANTIAL	GUAYMALLEN	Cons Externo
Mendoza	INST PRIVADO DE NEUROPSQUIATRIA	SAN RAFAEL	Cons Externo
Neuquén	CLIN NUESTRA SEÑORA DE LA MERCED	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Neuquén	SANATORIO DE LA CANDELARIA	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Neuquén	SANATORIO SAN MIGUEL SRL	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Neuquén	CLIN DEL SISTEMA NERVIOSO SRL	OBERA	Cons Ext/Internación
Neuquén	CTRO DE TERAPIA FAMILIAR	CONFLUENCIA	Cons Externo
Neuquén	CTRO PSICOLOG DE ANALISIS TRANSACCIONAL DEL NEUQ.	CONFLUENCIA	Cons Externo
Neuquén	INST AUSTRAL DE SALUD MENTAL	CONFLUENCIA	Cons Ext/Hosp Día
Río Negro	PENSION TERAPEUTICA SAN AGUSTIN SRL	GENERAL ROCA	Cons Ext/Hosp Día
Río Negro	CIREN - CTRO INTEGRAL DE ENF NEUROPSILOGICAS	GENERAL ROCA	Cons Externo
Río Negro	CTRO DE LAS ENFERMEDADES NEUROLOGICAS	GENERAL ROCA	Cons Externo
Salta	CLIN PSIQUIATRICA MONTE CARMELO	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Salta	CLIN PSIQUIATRICA SALTA SA	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Salta	CTRO PRIVADO DE SALUD MENTAL	CAPITAL	Cons Externo
Salta	PSICOGERIATRICO DEL NEURODIAGNOSTICO	CAPITAL	Cons Externo
San Luis	CLIN DE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA	LA CAPITAL	Cons Externo
Sta. Fé	SANATORIO PSIQUIATRICO PICHON RIVIERE SRL	CONSTITUCION	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CTRO DE NEUROPSQUIATRIA DR MAIDANA	GENERAL OBLIGADO	Cons Externo
Sta. Fé	IPAIC - INST PSIQUIATRIA Y PSICOPEDAGIA DINAMICA	GENERAL OBLIGADO	Cons Externo
Sta. Fé	CLIN VIAJE DE VUELTA	IRIONDO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN DE SALUD MENTAL GREGER	LA CAPITAL	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN SALUD SRL	LA CAPITAL	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CTRO DE DIA - SALUD MENTAL RIAM	LA CAPITAL	Cons Ext/Hosp Día
Sta. Fé	CTRO DE ENFERM DEL SISTEMA NERVIOSO LANGHI	LA CAPITAL	Cons Externo
Sta. Fé	CTRO INTERDISCIPLINARIO DE PSICOPATOLOGIA	LA CAPITAL	Cons Externo
Sta. Fé	SANATORIO DE SALUD MENTAL LA MERCED SA	LA CAPITAL	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	SANATORIO DE SALUD MENTAL CASA SOL	LAS COLONIAS	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN ALEM SA	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN DE REPOSO SAN FELIPE SRL	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN DEL LITORAL - PRESTACIONES PSIQUIATRICAS	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CLIN DEL SUR SRL	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CLIN PSIQUIATRICA IMPAR	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN PSIQUIATRICA NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN PSIQUIATRICA PELLEGRINI	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN PSIQUIATRICA SAGRADO CORAZON DE MARIA	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN RESIDENCIAL MENDOZA	ROSARIO	Cons Ext/Internación

Sta. Fé	CLIN ROSARIO DE PSICOTERAPIA	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CLIN SAMEC	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CTRO ARGENTINO DE ASISTENCIA PSICOLOGICA	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CTRO DE DIA THERAPIA SA	ROSARIO	Cons Ext/Hosp Día
Sta. Fé	CTRO DE SALUD MENTAL CASA LOURDES	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CTRO INTEGRAL DE ASIST PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CTRO INV PSICOTICAS Y DINAM GRUPAL	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CTRO MED PSICOLOGICO ENRIQUE PICHON RIVIERE	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	CTRO MED SINTESIS	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	IMPAR - INST MEDICINA PSIQUIATRICA ASIST ROSARIO	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	INST KINSEY DE SEXOLOGIA	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	INST PSICO-NEUROCIENCIAS ROSARIO	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	INST PSIQUIATRICO PSICOPATOLOGICO P. PINEL	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	IPIR - INST PSIQUIATRICO INTERNACION ROS SRL	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	SANATORIO PLAZA ALBERDI	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	SANATORIO RIO - SALUD MENTAL	ROSARIO	Cons Externo
Sta. Fé	SANATORIO SORRENTO CENTRO	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	SANATORIO SORRENTO SRL	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	SANATORIO VIEYTES SA	ROSARIO	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN PSIQUIATRICA LA GALLARETA I	VERA	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN PSIQUIATRICA LA GALLARETA II	VERA	Cons Ext/Internación
Sta. Fé	CLIN SALUD MENTAL DR BRAMARGO	VERA	Cons Ext/Internación
Sgo.del E.	CER - CTRO DE EDUCACION Y REHABILITACION	CAPITAL	Cons Externo
Sgo.del E.	CLIN PSIQUIATRICA EL JARDIN SRL.	CAPITAL	Internación
Tucumán	CLIN CASAGRANDE SRL	CAPITAL	Cons Ext/Hosp Día
Tucumán	CLIN DE REPOSO DEL NORDESTE SA	CAPITAL	Cons Ext/Internación
Tucumán	CLIN SANTA CECILIA	CAPITAL	Internación
Tucumán	INST FRENOPATICO DEL NORTE	CAPITAL	Cons Ext/Internación

Anexo IV: PMO de Emergencia.

Extracto Salud Mental

Programa Médico Obligatorio de Emergencia (Extracto Salud Mental)

Anexo I

2. Atención Secundaria:

Los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar exclusivamente las especialidades reconocidas por la autoridad sanitaria nacional.

2.1. Especialidades:

- Anatomía Patológica
- Anestesiología
- Cardiología
- Cirugía cardiovascular
- Cirugía de cabeza y cuello
- Cirugía general
- Cirugía infantil
- Cirugía plástica reparadora
- Cirugía de tórax
- Clínica médica
- Dermatología
- Diagnóstico por imágenes: Radiología, tomografía computada, resonancia magnética y ecografía.
- Endocrinología
- Infectología
- Fisiatría (medicina física y rehabilitación)
- Gastroenterología
- Geriatria
- Ginecología
- Hematología
- Hemoterapia
- Medicina familiar y General
- Medicina nuclear: diagnóstico y tratamiento
- Nefrología
- Neonatología
- Neumonología
- Neurología
- Nutrición
- Obstetricia
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia y traumatología
- Otorrinolaringología
- Pediatría
- **Psiquiatría**
- Reumatología
- Terapia intensiva
- Urología

2.2. Las prestaciones a brindar son:

Se asegura la consulta en consultorio e internación.

Se asegura la consulta de urgencia y emergencia en domicilio.

En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro de \$10 por cada visita.

En todo otro grupo etario donde sea el paciente este imposibilitado de desplazarse quedará a discreción de la auditoría del Agente del Seguro la provisión de Atención programada en domicilio.

2.3. Prácticas y estudios complementarios ambulatorios, diagnósticos y terapéuticos: todas las prácticas diagnósticas y terapéuticas detalladas en el anexo II de la presente Resolución, considerando el material descartable y los medios de contraste como parte de la prestación que se realiza.

3. Internación:

Se asegura el 100% de cobertura en la internación en cualquiera de sus modalidades (institucional, hospital de día o domiciliaria). Todas las prestaciones y prácticas que se detallan en el Anexo II se encuentran incluidas dentro de la

cobertura. La cobertura se extiende **sin límite de tiempo**, a **excepción** de lo contemplado en el capítulo que corresponde a **salud mental**.

4. Salud mental:

4.1. Se incluyen todas aquellas actividades de fortalecimiento y desarrollo de comportamientos y hábitos de vida saludables como forma de promoción de la salud en general y de la salud mental en particular.

4.2. Actividades específicas que tienden a prevenir comportamientos que puedan generar trastornos y malestares psíquicos en temas específicos como la depresión, suicidio, adicciones, violencia, violencia familiar, maltrato infantil .

Los agentes del seguro propiciarán las prácticas de promoción de salud mental mediante el desarrollo de actividades acordes a las modalidades que consideren pertinentes para su población beneficiaria.

4.3. Prestaciones cubiertas: atención ambulatoria hasta 30 visitas por año calendario, no pudiendo exceder la cantidad de 4 consultas mensuales. Esto incluye las modalidades de entrevista psiquiátrica, psicológica, psicopedagogía, psicoterapia individual, psicoterapia grupal, psicoterapia de familia y de pareja, psicodiagnóstico.

4.4. Internación: se cubrirán patologías agudas en las modalidades institucional u hospital de día. Hasta 30 días por año calendario.

5. Rehabilitación:

Se incluyen todas las prácticas kinesiológicas y fonoaudiológicas que se detallan en el Anexo II de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro de Salud darán cobertura ambulatoria para rehabilitación motriz, psicomotriz, readaptación ortopédica y rehabilitación sensorial.

Kinesioterapia: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario

Fonoaudiología: hasta 25 sesiones por beneficiario por año calendario

Estimulación temprana: en los términos que se define en el Anexo II de la presente Resolución

.....

7. Medicamentos

7.1. Se asegura la cobertura de los medicamentos en ambulatorio que figuran en el Anexo III de la presente con un 40% de cobertura, conforme al precio de referencia que se explicita en el Anexo IV, y en las formas farmacéuticas allí indicadas.

.....

7.6. Todos los prestadores que brinden servicios a los Agentes del Seguro deberán recetar medicamentos por su nombre genérico, y se aplicarán los mecanismos de sustitución y precios de referencia para establecer la cobertura a cargo del Agente del Seguro.

.....

9. Coseguros:

9.1. Las prestaciones cubiertas por los Agentes del Seguro no abonarán ningún tipo de coseguro por fuera de los descriptos en la presente Resolución.

9.2. Están exceptuados del pago de todo tipo de coseguros:

La mujer embarazada desde el momento del diagnóstico hasta 30 días después del parto, en todas las prestaciones inherentes al estado del embarazo, parto y puerperio de acuerdo a normativa.

Las complicaciones y enfermedades derivadas del embarazo parto y puerperio hasta su resolución.

El niño hasta cumplido el año de edad de acuerdo a normativa.

Los pacientes oncológicos de acuerdo a normativa.

Los programas preventivos.

Se establece un monto de hasta \$ 4 en concepto de coseguro para todo tipo de consultas médicas en ambulatorio, siendo facultad del Agente del Seguro el cobro del mismo y la modalidad operativa para su percepción.

Se unifican en un solo valor de hasta \$5 los montos para estudios de alta y baja complejidad.

.....

Catálogo de Prestaciones

Los Agentes del Seguro de Salud garantizaran a través de sus prestadores propios o contratados la cobertura y acceso a todas las prestaciones incluidas en el presente catálogo.

Las prácticas consideradas de alto costo, necesarias para el diagnóstico y tratamiento de patologías de baja incidencia y alto impacto económico y social, han sido normatizadas para asegurar el correcto uso de la tecnología y establecer los alcances de su cobertura evitando la inadecuada utilización de dichas prácticas. El Agente del Seguro de Salud podrá ampliar los límites de cobertura de acuerdo a necesidades individuales de sus beneficiarios.

Las prácticas aquí indicadas pueden combinarse según indicación médica, sin generar un nuevo código, en ese caso ambas prácticas corresponden a un solo ítem al solo fin del cobro del coseguro.

Este catálogo de prácticas y procedimientos asegura la cobertura a los beneficiarios por parte de los Agentes del Seguro de Salud, no es un listado indicativo de facturación prestacional, las prácticas citadas podrán ser realizadas por la especialidad correspondiente, no afectando la libertad de contratación ni los acuerdos de aranceles entre los Agentes del Seguro de Salud y los prestadores del servicio. Su función es brindar a los beneficiarios un listado de prestaciones que los Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar en las condiciones establecidas.

Dado el carácter dinámico que tiene la ciencia médica, la Superintendencia de Servicios de Salud dentro de los 30 días de vigencia de la presente establecerá los mecanismos de adecuación permanente para la incorporación y modificaciones de la presente Resolución, el Equipo de Evaluación de Tecnología Sanitaria, organismo consultor de la Comisión para la presentación del Programa Médico Obligatorio definitivo analizará las presentaciones que se realicen.

Las prácticas aquí normatizadas son aquellas que fueron definidas en la Resolución 939/2000 MS y fueron evaluadas por el Equipo de Evaluación de Tecnología Sanitaria que sobre la base de la metodología de Medicina Basada en la Evidencia ha analizado la literatura nacional e internacional, comparando con Agencias de Evaluación de Tecnología y las políticas de cobertura de otros países del mundo. Estas prácticas estarán sujetas a una actualización continua sobre la base de la evidencia disponible, así como también es objetivo el aumentar el número de prácticas a protocolizar para el PMO definitivo.

.....

Salud mental

330101 psicoterapias individuales niños o adultos

330102 psicoterapias grupales o colectivas niños o adultos

330103 psicoterapia de pareja o familia

- 330104 electroshock electro narcosis
- 330107 goteo con psicofármacos en enfermos no internados
- 330109 sueño prolongado
- 330110 reflejos condicionados
- 330111 Pruebas psicométricas
- 330112 Pruebas proyectivas perfil de personalidad
- 330201 hospital de día
- 330202 hospital de noche
- 330301 talleres de actividades grupales para prevención primaria y secundaria
- 330302 Talleres de estimulación temprana, incluye guardería

Anexo 3

Formulario Terapéutico

Las características que reúne éste formulario son las siguientes:

Los principios activos incluidos atienden el 95% de los problemas de salud que se presentan en la consulta ambulatoria.

No se incluyen los medicamentos financiados a través del Fondo Solidario de Redistribución por resoluciones de la Administración de Programas Especiales y leyes de protección de grupos vulnerables.

No se incluyen medicamentos de venta libre, ni específicos para patologías oncológicas.

La cobertura de los medicamentos específicos para la terapéutica de la Diabetes (Resolución 301/99MsyAS) se especifica en el Anexo I, por lo que no está incluida en este formulario.

La cobertura de los medicamentos específicos para la terapéutica de la Miastenia Gravis (Resolución 791/99MsyAS) se especifica en el Anexo I, por lo que no está incluida en este formulario.

Los medicamentos incluidos en el listado tienen cobertura obligatoria por los Agentes del Seguro de Salud al 40% del valor de referencia según Anexo IV de la presente Resolución.

Los Agentes del Seguro de Salud podrán ampliar la cobertura e incluir otros medicamentos de acuerdo a las necesidades de sus beneficiarios y financiamiento.

Se incluyeron los principios activos que demostraron tener efectividad clínica comprobada, y ser la mejor alternativa en relación al resto de otros principios activos dentro de la banda terapéutica en las que fueron evaluados, los estudios disponibles de costo- efectividad correspondientes.

La selección de principios activos fue realizada sobre la base de los criterios que se establecen en las guías de Evaluación de Tecnología Sanitaria para la Medicina Basada en la Evidencia.

Por el avance constante de la investigación médica, se modificará este listado a través de la Comisión para la presentación del Programa Médico Obligatorio definitivo del Anexo II de la presente Resolución, acorde a lo que determina el Decreto 486/2002.

El listado se corresponde con la clasificación ATC (Anatómica-Terapéutica-Clínica) y su codificación.

.....

N SISTEMA NERVIOSO

.....

N03A ANTIEPILEPTICOS

N03AA02 Fenobarbital

N03AB02 Fenitoína

N03AD01 Etosuximida

N03AE01 Clonazepam

- Pacientes con epilepsia mioclónica, ausencias atípicas, convulsiones tónicas y atónicas
- Tratamiento adyuvante para epilepsias parciales con o sin generalización secundaria que no sean satisfactoriamente controladas con otros antiepilépticos

N03AF01 Carbamacepina

N03AG01 Valproato

N03AG04 Vigabatrin

- Tratamiento adyuvante en epilepsias parciales refractarias a drogas de uso convencional (fenitoina, etosuximida, carbamacepina, valproato y clonazepam)

N03AF02 Oxcarbacepina

- Pacientes con síntomas documentados de intolerancia a carbamacepina tales como ataxia, diplopia o visión borrosa.
- Pacientes con efectos adversos hematológicos a carbamacepina documentados
- Pacientes con antecedentes de hipersensibilidad documentados a carbamacepina tales como rash, eosinofilia o esplenomegalia.
- Alternativa a carbamacepina en tratamientos antiepilépticos combinados cuando se alcanzan dosis máximas de fenobarbital, fenitoina o valproato

N03AX09 Lamotrigina

- Pacientes con epilepsia parcial multiresistente
- Pacientes con epilepsia parcial secundariamente generalizada multiresistente
- Pacientes con convulsiones tonicoclónicas multiresistentes
- Tratamiento adyuvante en síndrome de Lennox Gastaut

N03AX12 Gabapentin

- Tratamiento adyuvante para epilepsias parciales con o sin generalización secundaria que no sean satisfactoriamente controladas con otros antiepilépticos

- Pacientes con dolor neuropático resistente a antidepresivos tricíclicos

N04 ANTIPARKINSONIANOS

N04AA01 Trihexifenidilo

N04AA02 Biperideno

N04BA02 Levodopa + inhibidor de decarboxilasa (levodopa + carbidopa, levodopa + benzerasida)

N04BB01 Amantadina

N04BC01 Bromocriptina

N04BC02 Pergolida

- Pacientes con enfermedad de Parkinson con indicación de tratamiento agonista dopaminérgico y agotamiento de la respuesta a bromocriptina
- Pacientes con enfermedad de Parkinson con indicación de tratamiento agonista dopaminérgico y fluctuaciones de la respuesta a bromocriptina

N04BC04 Ropinirol

- Terapia adyuvante en pacientes con enfermedad de Parkinson con fluctuaciones en la respuesta a levodopa + inhibidor de decarboxilasa y falta de respuesta a bromocriptina y pergolide.
- Terapia adyuvante en pacientes con enfermedad de Parkinson e intolerancia manifiesta a agonistas dopaminérgicos derivados del ergot (edema, fibrosis retroperitoneal, eritromelalgia o reacciones cutáneas)
- Puede ser indicado como monoterapia en pacientes jóvenes en quienes el tratamiento prolongado con levodopa + inhibidor de decarboxilasa se asocia a un elevado riesgo de diskinesia invalidante

N04BC05 Pramipexol

- Terapia adyuvante en pacientes con enfermedad de Parkinson con fluctuaciones en la respuesta a levodopa + inhibidor de decarboxilasa y falta de respuesta a bromocriptina y pergolide.
- Terapia adyuvante en pacientes con enfermedad de Parkinson e intolerancia manifiesta a agonistas dopaminérgicos derivados del ergot (edema, fibrosis retroperitoneal, eritromelalgia o reacciones cutáneas)

N02CA07 Lisurida

- Pacientes con enfermedad de Parkinson con indicación de tratamiento agonista dopaminérgico y agotamiento de la respuesta a bromocriptina
- Pacientes con enfermedad de Parkinson con indicación de tratamiento agonista dopaminérgico y fluctuaciones de la respuesta a bromocriptina

N04BX02 Entacapone

Terapia adyuvante en pacientes con enfermedad de Parkinson que reciben levodopa + inhibidor de decarboxilasa presentando fluctuaciones en la respuesta (específicamente, deterioro de final de dosis)

N05A ANTIPSICOTICOS

N05AA01 Clorpromazina

N05AA02 Levomepromazina

N05AB06 Trifluoperazina

N05AC02 Tioridazina

N05AD01 Haloperidol

N05AH02 Clozapina

- Pacientes con diagnóstico de esquizofrenia en sus distintas formas clínicas no controlados con antipsicóticos típicos
- Tratamiento adyuvante sumado a litio en pacientes con trastorno bipolar
- Pacientes en tratamiento con antipsicóticos típicos que presenten síntomas extrapiramidales no controlados y/o disquinesias tardías
- Pacientes con síntomas negativos que no responden a antipsicóticos típicos

N05AH03 Olanzapina

- Pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno depresivo mayor con síntomas psicóticos que hayan padecido agranulocitosis o leucopenia documentada atribuible a clozapina o fenotiazinas
- Pacientes con antecedentes de discrasias sanguíneas documentadas que no responden a antipsicóticos típicos o risperidona.

N05AN Litio

N05AX08 Risperidona

- Pacientes en tratamiento con antipsicóticos típicos que presenten síntomas extrapiramidales no controlados y/o disquinesias tardías
- Pacientes con síntomas negativos que no responden a antipsicóticos típicos

N05B ANSIOLITICOS

N05BA01 Diazepam

- Tratamiento sintomático a corto plazo (2 a 4 semanas) de la ansiedad severa, tanto cuando ésta ocurre como un síntoma aislado, cuando se presenta acompañada de insomnio o en el contexto cuadros transitorios complejos (enfermedad psicósomática, orgánica o psicótica).
- Tratamiento inmediato de cuadros convulsivos de origen diverso
- Tratamiento de espasticidad y espasmos musculares de origen diverso
- Tratamiento adyuvante en etapa de privación de diversas drogadependencias

N05BA06 Lorazepam

- Tratamiento sintomático a corto plazo (2 a 4 semanas) de la ansiedad severa, tanto cuando ésta ocurre como un síntoma aislado, cuando se presenta acompañada de insomnio o en el contexto cuadros transitorios complejos (enfermedad psicósomática, orgánica o psicótica).

- Tratamiento inmediato de cuadros convulsivos de origen diverso

N05C HIPNOTICOS Y SEDANTES

N05C Flunitrazepam

N06A ANTIDEPRESIVOS**N06AA Inhibidores no selectivos de la recaptación de monoaminas**

N06AA02 Imipramina

N06AA04 Clomipramina

N06AA09 Amitriptilina

N06AA10 Nortriptilina

N06AB Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina

N06AB03 Fluoxetina

N06AF Inhibidores no selectivos de la MAO

N06AF04 Tranilcipromina

N06AX Otros antidepresivos

Dada que no existe mayor efectividad comprobada para ninguna de las siguientes drogas sobre el resto se sugiere la obligación de cobertura de al menos una de las siguientes drogas.

N06AX06 Nefazodone

Tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad depresiva que no han respondido a drogas de primera línea

N06AX16 Venlafaxina

Tratamiento de pacientes con diagnóstico de enfermedad depresiva grave o desorden de ansiedad generalizada que no han respondido a drogas de primera línea

N06B PSICOESTIMULANTES

N06BA04 Metilfenidato

Cobertura dentro de programa de tratamiento integral del síndrome de hiperactividad con déficit de atención, a cargo de un médico especialista.

Anexo 4

Precios de Referencia

El Decreto 486/2002 facultó al Ministerio de Salud de la Nación a implementar precios de referencia para los medicamentos y determinar la normativa para su aplicación en el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Esta es la guía de valores referenciales a financiar por los Agentes del Seguro de Salud y sus beneficiarios .

Se tomó esta unidad y se calculó el precio de referencia, y el 40% del mismo, que es la mínima cobertura obligatoria para los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Se eligieron las formas farmacéuticas, concentraciones, unidades por envase y su ubicación en las distintas bandas terapéuticas, de modo tal que se aseguren tratamientos terapéuticamente equilibrados.

De acuerdo al listado de monodrogas que figura en el anexo III de la presente Resolución se agruparon por principios activos, concentración, forma farmacéutica y cantidad de unidades por envase.

Se estableció el precio por unidad farmacológica activa para cada especialidad medicinal presente en el listado de precios de venta al público

PRINCIPIO ACTIVO	PRESENTACION	PRECIO DE REFERENCIA	COBERTURA POR LA OBRA SOCIAL
Amitripilina	25 mgr.x 20 caps.	\$ 3,55	\$ 1,42
	25 mgr.x 50 caps.	\$ 8,89	\$ 3,56
	25 mgr.x 100 caps.	\$ 17,78	\$ 7,11
	75 mgr.x 30 caps.	\$ 16,00	\$ 6,40
Biperideno	2 mg.x 20 comp.	\$ 18,14	\$ 7,26
	2 mg.x 30 comp	\$ 23,63	\$ 9,45
	2 mg.x 50 comp	\$ 22,40	\$ 8,96
	2 mg.x 60 comp	\$ 30,40	\$ 12,16
Carbamazepina	200 mgr.x 30 comp.	\$ 18,24	\$ 7,30
	200 mgr.x 50 comp.	\$ 18,03	\$ 7,21
	200 mgr.x 60 comp.	\$ 29,90	\$ 11,96
	400 mgr.x 30 comp.	\$ 47,15	\$ 18,86
	400 mgr.x 60 comp.	\$ 96,88	\$ 38,75
Clomipramina	75 mgr.x 30 comp.	\$ 32,33	\$ 12,93
Clonazepam	0.5 mgr.x 30 comp.	\$ 17,72	\$ 7,09
	1 mgr.x 30 comp.	\$ 16,13	\$ 6,45
	2 mgr.30 comp.	\$ 18,06	\$ 7,22
Clorpromazina	25 mgr.x 30 comp.	\$ 10,43	\$ 4,17
	25 mgr.x 60 comp.	\$ 20,87	\$ 8,35
	100 mgr.x 30 comp.	\$ 18,65	\$ 7,46
	100 mgr.x 60 comp.	\$ 37,30	\$ 14,92

Clozapina	25 mgr.x 30 comp.	\$ 34,26	\$ 13,70
	25 mgr.x 100 comp.	\$ 94,64	\$ 37,86
	100 mgr.x 30 comp.	\$ 84,81	\$ 33,92
	100 mgr.x 100 comp.	\$ 236,77	\$ 94,71
Diazepam	2 mgr.x 20 comp.	\$ 5,65	\$ 2,26
	5 mgr.x 30 comp.	\$ 10,64	\$ 4,26
	5 mgr.x 50 comp.	\$ 16,12	\$ 6,45
	5 mgr.x 60 comp.	\$ 28,81	\$ 11,52
	10 mgr.x 30 comp.	\$ 11,80	\$ 4,72
	10 mgr.x 50 comp.	\$ 18,87	\$ 7,55
	10 mgr.x 60 comp.	\$ 35,60	\$ 14,24
Fenitoina	100 mgr.x 60 comp.	\$ 30,51	\$ 12,20
	120 mgrx 1 susp.	\$ 10,70	\$ 4,28
Fenobarbital	15 mgr.x 30 comp.	\$ 14,07	\$ 5,63
	100 mgr.x 60 comp.	\$ 24,68	\$ 9,87
	100 mgr.x 100 comp.	\$ 71,00	\$ 28,40
	15 mgr.x 30 comp.	\$ 14,07	\$ 5,63
	15 mgr.x 50 comp.	\$ 9,97	\$ 3,99
	100 mgr.x 40 comp.	\$ 25,03	\$ 10,01
	100 mgr.x 50 comp.	\$ 20,16	\$ 8,06
	100 mgr.x 60 comp.	\$ 26,19	\$ 10,48
Flunitrazepam	1 mgr.x 30 comp.	\$ 14,90	\$ 5,96
	2 mgr.x 30 comp.	\$ 10,34	\$ 4,14
Fluoxetina	20 mgr.x 30 caps.	\$ 42,91	\$ 17,16
	20 mgr.x 60 caps.	\$ 85,82	\$ 34,33
	20 mgr.x 30 comp.	\$ 34,26	\$ 13,70
	20 mgr.x 40 comp.	\$ 45,68	\$ 18,27
	20 mgr.x 50 comp.	\$ 57,10	\$ 22,84
	20 mgr.x 60 comp.	\$ 68,52	\$ 27,41
Haloperidol	2 mg. x sol. oral x 50 ml.	\$ 23,65	\$ 9,46
	5 mg. x 30 comp.	\$ 12,60	\$ 5,04
	5 mg. x 60 comp.	\$ 22,70	\$ 9,08
	10 mg. x 30 comp.	\$ 24,60	\$ 9,84
	10 mg. x 60 comp.	\$ 44,30	\$ 17,72
Imipramina	10 mgr.x 60 grag.	\$ 4,74	\$ 1,90
	25 mgr.x 50 grag.	\$ 9,74	\$ 3,90
	75 mgr.x 30 caps.	\$ 17,81	\$ 7,12
Lamotrigina	5 mg. x 30 comp.	\$ 37,73	\$ 15,09
	25 mg. x 30 comp.	\$ 55,85	\$ 22,34
	50 mg. x 30 comp	\$ 83,03	\$ 33,21
	100 mg. x 30 comp.	\$ 131,31	\$ 52,52
	200 mg. x 30 comp.	\$ 249,03	\$ 99,61
Levomepromazina	2 mg. x 30 comp.	\$ 8,60	\$ 3,44
	2 mg. x 50 comp.	\$ 8,69	\$ 3,48
Litio	300 mgr.x 50 tab.	\$ 28,54	\$ 11,42

Lorazepam	1 mgr.x 30 comp.	\$ 6,33	\$ 2,53
	2 mgr.x 30 comp.	\$ 7,76	\$ 3,10
Metildopa	250 mgr.x 30 comp.	\$ 17,81	\$ 7,12
	500 mgr.x 50 comp.	\$ 20,01	\$ 8,00
	500 mgr.x 100 comp.	\$ 39,15	\$ 15,66
Moclobemida	150 mgr.x 3 comp.ran.	\$ 40,64	\$ 16,26
	150 mgr.x 5 comp.ran.	\$ 67,74	\$ 27,10
	300 mgr.x 30 comp.	\$ 87,64	\$ 35,06
Nefazodone	200 mgr. x 30 comp.	\$ 59,68	\$ 23,87
Olanzapina	5 mgr.x 28 comp.	\$ 160,63	\$ 64,25
	10 mgr.x 28 comp.	\$ 323,24	\$ 129,30
Oxcarbazepina	300 mgr.x 30 comp.	\$ 53,84	\$ 21,54
	300 mgr.x 60 comp.	\$ 91,68	\$ 36,67
	600 mgr.x 30 comp.	\$ 103,28	\$ 41,31
	600 mgr.x 60 comp.	\$ 182,40	\$ 72,96
	3000 mgr.x jbe x 100 ml.	\$ 39,51	\$ 15,80
Risperidona	1 mgr.x 20 comp.	\$ 30,13	\$ 12,05
	1 mgr.x 60 comp.	\$ 76,79	\$ 30,72
	2 mgr.x 20 comp.	\$ 56,32	\$ 22,53
	2 mgr.x 60 comp.	\$ 180,86	\$ 72,34
	3 mgr.x 20 comp.	\$ 90,02	\$ 36,01
	3 mgr.x 60 comp.	\$ 248,71	\$ 99,48
Tranilcipromina	10 mgr.x 25 brag.	\$ 10,96	\$ 4,38
Trifluoperazina	1 mgr.x 50 comp.	\$ 7,23	\$ 2,89
	2 mgr.x 50 comp.	\$ 7,23	\$ 2,89
	5 mgr.x 25 comp.	\$ 8,76	\$ 3,50
	10 mgr.x 50 comp.	\$ 10,30	\$ 4,12
Trihexifenidilo	5 mgr.x 50 comp.	\$ 26,00	\$ 10,40
Valproico, Ac.	5.76 mgr.x 120 ml.jbe.	\$ 16,49	\$ 6,60
	200 mgr.x 30 comp.	\$ 13,00	\$ 5,20
	200 mgr.x 60 comp.	\$ 24,73	\$ 9,89
	250 mgr.x 120 ml.jbe.	\$ 19,21	\$ 7,68
	400 mgr.x 30 comp.	\$ 24,85	\$ 9,94
	400 mgr.x 60 comp.	\$ 43,58	\$ 17,43
Vigabatrin	500 mgr.x 60 comp.	\$ 141,13	\$ 56,45