

Modelos de atención y financiación en salud mental en el INSSJP

Por **Sandra Rodríguez**



Licenciada en
Psicología; Especialista
en Psicología Clínica;
Magíster en Sistemas de
Salud y Seguridad Social
(Universidad ISALUD).

Fue Jefa del

Departamento de Salud Mental del
INSSJP y docente universitaria.

Director de Tesis: Juan Sylvestre Begnis
Co-Director: Eduardo Filgueira Lima

Jurado Evaluador: Hugo Barrionuevo,
Carlos Díaz, Antonio Guidazio

* La versión completa de este
Trabajo está disponible en el Centro
de Documentación de ISALUD.

1. Introducción

La atención adecuada de la salud mental de la población constituye un desafío múltiple tanto para la sociedad como para los organismos financiadores, debido tanto a la complejidad de los factores que intervienen, como así también por la duración que implican estos padecimientos.

La salud mental es una especialidad que involucra, hoy en día, múltiples aspectos y disciplinas. Incluye no solo los graves trastornos psiquiátricos clásicos- como esquizofrenias, trastornos bipolares, demencias, alcoholismo, depresión-, sino también una serie amplia de padecimientos psíquicos que puede eventualmente sufrir un ser humano a lo largo de su vida - ansiedad, angustias, obsesiones y rituales, y diversos malestares que conmueven el equilibrio psíquico y social. El abanico es tan vasto que lleva a una discusión frecuente sobre qué se incluye y hasta dónde, en el alcance de la definición.

Su prevalencia creciente en las poblaciones concita cada vez más la necesidad de un abordaje específico, que posibilite la atención de las diversas manifestaciones. El mismo informe indica, que sólo una pequeña "minoría" de 450 millones de personas en el mundo que tienen algún tipo de padecimiento está en tratamiento, y estima una prevalencia puntual acumulada del 10% en la población adulta (sin considerar niños y adolescentes).

En el marco de la Seguridad Social, la salud mental representa un área especial dentro del sector salud. En Argentina, la normativa vigente, incluye la atención no solo del tratamiento de trastornos específicos, sino la mención de actividades amplias de fortalecimiento y promoción de comportamientos saludables, a fin de prevenir trastornos (malestar y trastornos psíquicos en depresión, adicciones, violencia familiar, maltratos infantil y otros).

La atención de salud mental resulta un tema de debate y controversias continuas dentro del sector. Sus manifestaciones y evoluciones interpelan al ámbito científico debido a la multiplicidad de disciplinas que involucra, y a la vez convocan a las instituciones para su atención.

A su vez, el fenómeno del envejecimiento poblacional, es un tema de particular atención para las organizaciones internacionales como OMS, OPS, CEPAL, Banco Mundial, entre otras. El informe de la OMS-Salud Mental, resalta que “es de esperar que el envejecimiento de la población se acompañe de cambios importantes en la frecuencia y distribución de los trastornos somáticos y mentales”. Señala en consecuencia que los problemas de salud mental son frecuentes en los ancianos, donde hay alta prevalencia de depresión, ansiedad y trastornos psicóticos. El mayor desafío de los tratamientos para los padecimientos de salud mental implica el factor temporal, dado por la *cronicidad* de gran parte de las afecciones mentales¹. Es un factor determinante a considerar dentro de los distintos sistemas de atención y financiación.

Nuestro país atiende la asistencia sociomédica de la población más vieja (mayor a 65 años), mediante el Instituto Nacional de Servicios Sociales Para Jubilados y Pensionados, creado en 1971. El INSSJP es considerada la obra social de mayor volumen de afiliados y presupuesto de la República Argentina. Financia una considerable porción de atención de la salud, y fue pionera en cubrir la atención de los trastornos y padecimientos mentales, sin límite de tiempo. Ha persistido sistemáticamente en la continua contratación y financiamiento de múltiples instituciones con modalidades de atención idénticas, cuyo resultado ha sido una importante cantidad de internaciones, con una prevalencia de internaciones crónicas del 75%. Su alcance geográfico y presupuesto le permiten implementar modelos de atención y pago que contemplen abordajes y dispositivos actualizados, que permitan mejorar la calidad de atención de los internados psiquiátricos y promuevan su rehabilitación psíquica y reinserción social.

En este sentido este estudio puede ser útil para aproximar un eventual escenario venidero con respecto a las necesidades de atención en salud mental, en poblaciones de edad avanzada, fundamentalmente desde la situación del INSSJP, heredada en la actualidad, luego de tantos años de asistencia. A su vez, ayudará a dimensionar el problema para poder definir prioridades, tanto de modelos de atención como de recursos económicos en las distintas poblaciones.

1.1 El Problema de estudio

El Instituto ha sido pionero en considerar la atención de los padecimientos mentales en el diseño de sus programas de aten-

ción. En cada redefinición de su asistencia se contemplaban alcances, niveles sanitarios y presupuesto específico.

Durante los años 1983 al 2004 fueron múltiples las redefiniciones de su modelo de pago y alcance de cobertura. Desde prestaciones ambulatorias (consultas, urgencias, hospital de día, atención domiciliaria) hasta internaciones tanto de períodos breves como prolongados, comúnmente denominados “crónicos”, por la duración del cuadro y las complejidades que conlleva su alta o reinserción social.

Sin embargo los avances psicofarmacológicos experimentados en las últimas décadas, junto a la integración interdisciplinaria de múltiples campos a los equipos de atención de salud mental, el desarrollo de protocolos y procedimientos de atención y criterios de atención, derivación y tratamientos, así como los nuevos dispositivos para un abordaje dinámico, las múltiples contrataciones en cada zona de atención (oferta de servicios), deberían haber reflejado algún resultado más dinámico en los resultados de los tratamientos recibidos por esta población.

Pese a ello, permanece un resultado inquietante, a saber: **¿Cómo influyeron las sucesivas modificaciones de las modalidades de pago sobre las internaciones psiquiátricas, especialmente sobre las de tipo crónico?** Los resultados de las internaciones psiquiátricas reflejan una notable prevalencia del grupo de larga permanencia o crónicos por sobre las agudas o breves, en razón de 3 a 1. ¿A qué se debe realmente esta sensible utilización de los servicios por parte de la población?, ¿es factible explorar otros motivos que puedan ampliar la comprensión de esta diferencia? ¿Las formas de pago utilizadas promovieron realmente resultados dinámicos en la atención de los beneficiarios del INSSJP?

Las internaciones de largos períodos concentran el 75 % de las internaciones totales de la población del Instituto. Frente a la cantidad de internados psiquiátricos, la prevalencia de este tipo de población merece un análisis particular, dado que fue una población particularmente atendida desde el INSSJP.

Surgen entonces más interrogantes: ¿Hay oferta suficiente de servicios como para definir un modelo de atención adecuado a las reales necesidades de los afiliados y que a la vez sea sustentable en el tiempo?. ¿Por qué pese a la introducción de las nuevas tecnologías en atención de problemas de salud mental, no se refleja en tratamientos más individualizados, en los pacientes atendidos por el INSSJP?. ¿Es posible planificar y definir modelos de atención y financiación, en función de un abordaje más dinámico, menos asilar? ¿Se trata de una limitación de presupuesto? ¿Cuál es el presupuesto que destina el INSSJP para la atención de Salud Mental? ¿Cómo ha interpretado el INSSJP las indicaciones emanadas de los organismos internacionales (OMS, Declaración de Caracas, OPS) acerca de las acciones a tomar a fin de mejorar la salud mental integral para su población, evitar el estigma, terminar con la institucionalización y manicomialización de individuos, dinamizar los tratamientos

¹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Políticas y prestación de Servicios de Salud Mental, Informe Sobre la Salud Mental en el mundo 2001. Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas; pág.78 OMS. Ginebra, SUIZA

psiquiátricos, entre otras indicaciones? ¿Cómo han sido considerados los resultados obtenidos, a fin de definir una política de salud mental?

Este trabajo intentará procurar una respuesta posible a estas cuestiones mediante un análisis cuali-cuantitativo de las camas ocupadas en internaciones psiquiátricas, tanto en su forma aguda como crónica, en todo el territorio, durante el período comprendido 1996-2004, bajo la óptica de los modelos de pago en salud mental implementados por el INSSJP.

1.2 Objetivos

General

- Analizar el tipo de relación que se fue estableciendo entre el modelo de atención de la salud mental y el modelo de pago en el INSSJP en el período 1996 y 2004.

Específicos

- Analizar los modelos de atención y financiación en salud mental en el INSSJP entre 1992 y 2004, en función de la evolución cuantitativa de las internaciones.
- Aportar lineamientos para una propuesta de mejoramiento del modelo de atención y pago, que posibilite una asignación más dinámica de los fondos disponibles.

1.3 Metodología

Se realizó un estudio longitudinal, descriptivo/ observacional, de enfoque cuali cuantitativo. El estudio de casos se basó en los internados psiquiátricos del INSSJP, entre los años 1992 y 2004. Para la recolección de datos, se han tomado datos estadísticos y de múltiples registros del INSSJP, las distintas resoluciones y normativas internas de regulación de los modelos de atención, el Informe de la OMS del 2001 sobre Salud Mental, búsqueda bibliografía en libros y revistas especializadas acerca de las reformas psiquiátricas llevadas a cabo en otros países, como España, Uruguay, Italia, Inglaterra, EEUU, Canadá.

2. Consideración de los padecimientos mentales en la seguridad social

2.1 Sistema de Obras Sociales Nacionales (OOSS) y la atención de la salud mental

Formalmente, puede establecerse la ley 18.610, del año 1970, como el inicio de la asistencia sanitaria desde la Seguridad Social Argentina. El Ministerio de Bienestar Social, a través de la Secretaria de Estado de Promoción y Asistencia de la Comunidad, mediante su relación con las corporaciones médicas, los gremios y las organizaciones sociales en general, llevó a que se regularan las prestaciones de Obras Sociales. Para el campo de

la salud, esta medida definió, de aquí en más, un modelo de asistencia social basada en la teoría del seguro. Este acontecimiento impulsó el desarrollo del sector privado de la salud, a partir de la decisión de los sindicatos de contratar los distintos servicios que debían brindar. Mediante esta ley, se reestructuró el sistema de seguridad social y se normatizó la provisión de asistencia médica, a través de la creación de un mecanismo de precios de uso universal, el nomenclador nacional y el establecimiento de las distintas formas de pago de servicios y prestaciones (acto médico, nomenclador nacional, capita, cartera fija)

La creación de las Obras Sociales obedeció a la necesidad de financiar- con fondos genuinos- los servicios médicos (prevención, asistencia médica por consultorios externos, internación, cirugía) de los beneficiarios.

Esta ley puso fin al período de afiliación “voluntaria”, estableciendo la afiliación obligatoria mediante el Seguro de salud. A partir del aporte de la cuota se brindó cobertura médica a todo aquel que trabajara. La ley fue reglamentada por el Decreto 4714/71, que creó el órgano de contralor del sistema, el Instituto Nacional de Obras Sociales (INOS).

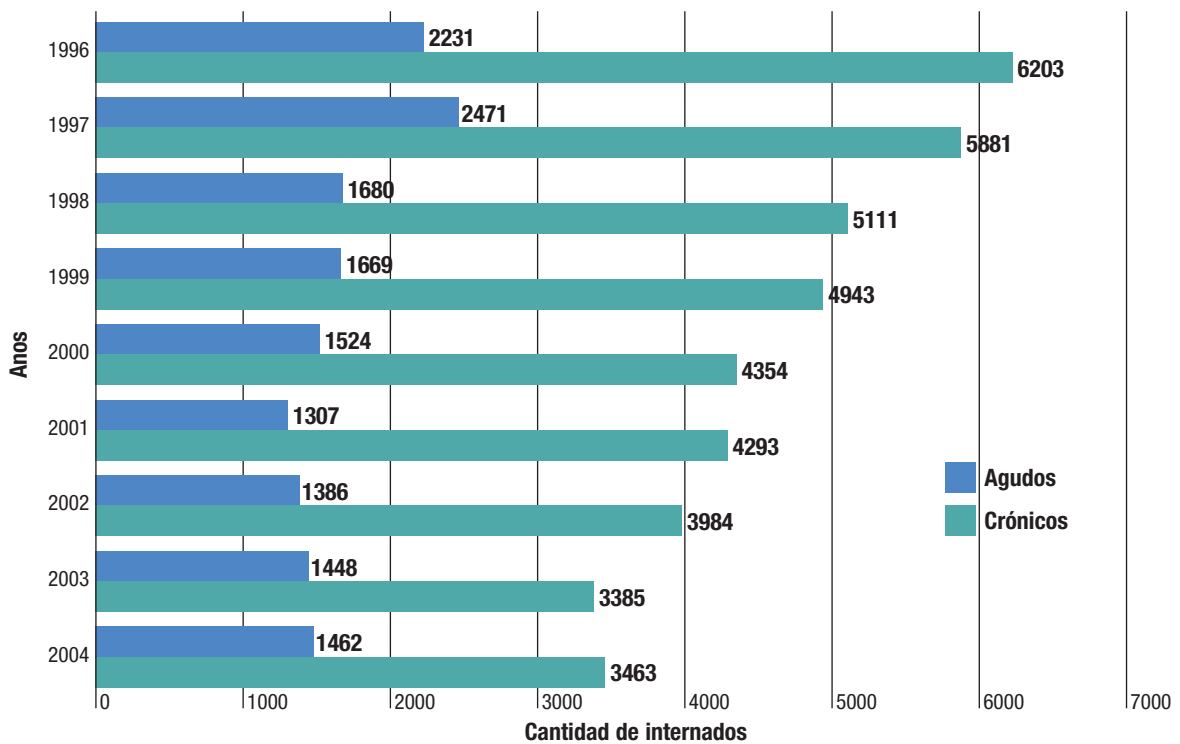
Las prestaciones psiquiátricas, que hasta entonces tenían en el ámbito privado poca práctica, se transformaron en una de las prestaciones más relevantes para el nuevo sistema, ya que aprovecharon el nomenclador nacional para la facturación de cada una de sus prácticas, que llevó a recuperar un margen importante en la salud como mercado. Se cubrían las consultas psiquiátricas, las prácticas clásicas (terapia electroconvulsivante, medicación, shock insulínico), y hasta 30 días de internación.

Las prácticas y prestaciones de salud mental no fueron definidas específicamente en las primeras normas regulatorias del nuevo Sistema de Seguridad Social, sino que se encuadraron dentro de la descripción general de prestaciones “integrales y humanizadas: promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud” (Art.2, Ley 23.661). Su consideración dentro del sistema fue realizada en forma paulatina. Para ese entonces se había aprobado la Ley del Ejercicio de la Psicología (23.277/85), lo cual posibilitó la inclusión de mayores prácticas ambulatorias dentro de la Atención Primaria de la Salud.

Recién en 1996 se define el alcance del Programa Médico Obligatorio (PMO), que establece la cobertura de atención psiquiátrica en 30 sesiones anuales por beneficiario; la atención ambulatoria tiene un copago, no se prevén talleres y/o grupos de autoayuda, ni asistencia en domicilio.

En 1998, se establece un ambicioso Plan Nacional de Salud Mental, (Resolución 245 del Ministerio de Salud), al que se esperaba que se adhirieran las distintas jurisdicciones del país. En el mismo se reflejaba la intención de tender hacia una Planificación de Políticas de Salud Mental, que incluyera registros con diferentes niveles de asistencia. Encontramos en este documento la primera mención oficial acerca de una reconversión del sistema manicomial existente. Estos objetivos continúan vigentes y pen-

Gráfico 1
Evolución de las Internaciones Psiquiátricas
en el INSSJP entre 1996 y 2004



Fuente: INSSJP Subgerencia de Prestaciones Médicas, Departamento de Salud Mental, Elaboración Propia.

dientes de realización, ya que constituyen una sólida orientación en materia de política sanitaria en salud mental.

En el año 2000, mediante la Resolución 939 del Ministerio de Salud, se agregan al PMO algunas prestaciones especializadas como actividades grupales y talleres, para el Programa de Promoción de la Salud Mental, se incluye la cobertura de modalidad de Hospital de Día hasta 60 sesiones, y se establece el copago para asistencia psiquiátrica domiciliaria. En el año 2002, con el PMO de Emergencia a partir de la profunda crisis global de la Argentina, se limitan las prestaciones ambulatorias quedando reducidas a 30 por año, a razón de no más de 4 por mes.

3. Modelos de atención y financiación en salud mental en el INSSJP

Ver tabla 1.

4. Elementos para un modelo dinámico de atención en salud mental en el INSSJP

4.1 Nuevo Modelo en Salud Mental para el INSSJP.

La atención de manera prolongada de los padecimientos crónicos no está contemplada por el PMO, que regula al sector de la Segu-

ridad Social y en el cual se incluye solo la atención en su modalidad aguda. En cambio, se encuentra efectivamente contemplada por el INSSJP desde sus inicios, incluida tanto en los programas como en el presupuesto; no así la prevención tanto primaria como secundaria de los padecimientos mentales. Por lo tanto la atención de los padecimientos psiquiátricos crónicos le otorga al INSSJP, la característica particular en este campo, de organismo cualitativamente superior de la atención médico social general regulada para el Sistema Nacional de Obras Sociales.

Hay, sin embargo, quienes logran la atención de los padecimientos mentales crónicos por parte del Sistema Nacional de OOSS utilizando un mecanismo administrativo. Este consiste en obtener la categoría diagnóstica de “discapacidad” otorgada por la vía de examen médico jurídico, en un establecimiento público en el marco de un procedimiento judicial de determinación de discapacidad o insania de la persona, en función del deterioro permanente de sus capacidades.

Las modalidades de atención en el INSSJP, continúan siendo las históricas: internación aguda, internación crónica o prolongada y atención ambulatoria. Existe un único establecimiento de rehabilitación psicosocial ubicado en la UGL VI, Ciudad de Buenos Aires, con una capacidad de 17 camas, contratado en 1996 como “experiencia piloto”. No obstante, pese al alto nivel de demanda de esta modalidad, no se han analizado los resultados del mismo, ni en su aspecto sanitario, ni económico.

Tabla 1
Evolución en los modelos de atención y financiación
en salud mental en el INSSJP

Período	Área de Cobertura	Modalidad Pago	Modelo de Atención	Presupuesto	Resolución
Hasta 1982	Nacional	Acto médico Nomenclador Nacional NN*	Aumento de prestaciones sin objetivos de asistencia definidos	Presupuesto variable creciente, descentralizado	
Años 1982-1992	Metropolitana	Módulos (ambulatorio e internación)	Aumento de internaciones. Objetivos de asistencia definidos. Aumento de Camas, modelo asilar	Presupuesto variable, creciente descentralizado	Resolución 4399
	Resto País	Acto Médico, NN Atención ambulatoria e internación.	Aumento de internaciones Modelo asilar	Presupuesto descentralizado variable creciente	Reconocimiento y contratos por cama fija
Años 1992-1994	Metropolitana	Sistema capitado	Transición entre modelo asilar y dinámico	Control de presupuesto: 4,80 millones mensuales.	Licitación 15-92 y Reformulación/ Resolución 336/93
	Resto País	Mixto NN*, At. Ambulatoria e internación, y módulos	Aumento de internaciones. Modelo asilar	Variable, aprox. 4,1 millones mensuales; creciente	Contratos por cama fija-Resolución 1272/92
Año 1996	Metropolitana	Sistema capitado	Transición entre modelo asilar y dinámico	5,28 millones mensuales Mantenimiento del control del presupuesto	Resolución 296/96 Resolución 336/93
	Resto País	SIN MODIFICACION	SIN MODIFICACION	SIN MODIFICACION	SIN MODIFICACION
Año 1997-2000	Nacional	Pago por monto fijo	Modelo asilar/ ausencia de nuevos dispositivos	10 millones mensuales Control del presupuesto	Contrato directo 1998 Acta acuerdo (reducción del valor)
Año 2001-2003	Nacional	Pago por monto fijo	Modelo asilar/ ausencia de nuevos dispositivos	8,70 millones mensuales. Control del presupuesto	Resolución 1114/00 (Contrato directo) Resolución 235/03 (prórroga) Resolución 141/03 (prórroga)
Año 2004	Nacional	Pago por monto fijo	Modelo asilar/ ausencia de nuevos dispositivos	11 millones mensuales	Resolución 922/04 (prórroga y aumento valor)

*Nomenclador Nacional

Fuente: elaboración propia

Este modelo de atención definido bajo la modalidad capitada, arroja un valor mensual total de casi catorce millones de pesos (\$13.945.000), lo cual hace un valor de cápita de cuatro pesos con sesenta y cuatro centavos (\$4,64) por beneficiario por mes.

Los valores de cápita se encuentran diferenciados según las modalidades, tal como vemos en la Tabla 2, lo que permite comprender la concepción que subyace a este modelo de atención: Este presupuesto está destinado a la atención de la población

que se encuentra bajo atención o consulta, y no incluye estrategias para seguimiento de la población sana o bajo algún nivel de riesgo, ni para el amplio grupo de población con larga internación psiquiátrica.

El mantenimiento del gasto en niveles estables, ha sido una preocupación constante del INSSJP, por lo cual ha optado por una modalidad de atención de pago mensual per cápita, y la ha mantenido durante la última década. Sin embargo, es posible mejorar el modelo de atención, ampliar su oferta y la calidad de asistencia de los beneficiarios manteniendo el mismo presupuesto y considerando los tres niveles sanitarios de atención en salud mental. Para esto es menester redistribuir los actuales valores económicos destinados a los diferentes niveles de atención, y adecuarlos de manera racional al uso de cada uno de ellos, en función de la evolución de los pacientes.

A partir del análisis de la evolución del total de internaciones crónicas puede observarse que éstas (internaciones crónicas) no presentan picos de variación de uso que justifiquen la utilización del pago capitado, que en realidad se utiliza para evitar la incertidumbre por ocurrencia. Más bien se observa una proporcionalidad aguda/crónica, que se mantiene estable, en 25 y 75% respectivamente (gráficos N° 14 y N° 16) a los largo de los años.

En función de las nuevas tecnologías y procedimientos dinámicos de abordajes en salud mental, mantener esta proporcionalidad resulta altamente cuestionable, dado que podrían implementarse para disminuir la cantidad de internaciones crónicas y mejorar la calidad de vida de los beneficiarios. Una de las causas que permite el sostenimiento de este escenario es el referido pago capitado o fijo de los crónicos que estimula la persistencia de la situación, debido a que se percibe el pago mensual, independientemente de los resultados de la prestación brindada. Actualmente, para dicha modalidad, se paga un total de \$6.450.000, según la resolución vigente al año 2007. En la misma se establece el valor unitario mensual de esta prestación en \$1.533.

Tomando en cuenta que las internaciones crónicas conforman el grupo de mayor utilización de camas psiquiátricas, y que insumen la mayor permanencia de asistencia continua, y que las variacio-

nes del número de internados arrojan mínimas diferencias con respecto al último registro (gráfico 16), se puede estimar en la actualidad, un total de 3.400 beneficiarios en internación prolongada. De realizar el pago de cada uno de ellos según el valor unitario antes referido, el gasto total mensual sería de \$5.212.000, lo que representa casi un 20% menos que el presupuesto actualmente abonado por cápita para esta modalidad (\$6.450.000).

Esta diferencia económica permitiría tener disponible una financiación para mejorar la selección de dispositivos de atención más actualizados y dinámicos (talleres, casas de medio camino, acompañantes terapéuticos, centros de actividades recreativas, subsidios etc.) y subprogramas específicos de rehabilitación psiquiátrica y la reinserción social para este amplio grupo.

De manera tal que resulta más apropiada la consideración de un pago mixto para la atención en salud mental, compuesto de un valor capitado para la atención en I y II nivel, donde efectivamente pueden darse variaciones inciertas de demanda, y un módulo por paciente crónico para el programa de rehabilitación psiquiátrica y reinserción social, en el cual se contemplen una serie de actividades y objetivos. La implementación de dichos subprogramas es necesariamente complementaria de la reformulación del pago, a fin de evitar el aumento progresivo del número de internaciones crónicas, tal como ha ocurrido en experiencias anteriores, frente al pago por módulo por paciente. Este aumento se estima en consecuencia reincidente, a partir del pago unitario por cada internado crónico inducido por parte del financiador (el INSSJP), y que eventualmente el mercado produciría, como forma de maximizar sus ingresos.

Actualmente los programas no propenden a la desinstitutionalización de la población internada, sino que se mantienen las actuales internaciones básicamente las de tipo crónica o prolongadas, mediante la estimulación económica, dado que se abona más del doble que las internaciones breves. No se contempla ningún subprograma específico para el abordaje de esta franja poblacional particular, ni se establecen actividades, ni mecanismos destinados a ampliar la atención en el nivel ambulatorio, de acuerdo con las indicaciones emanadas de la OMS.

Tabla 2
Valores de Capita Salud Mental, INSSJP 2007

MODALIDAD	Valor Capita en pesos (\$)	Total Presupuesto Mensual insumido por modalidad, (\$)
Internación Crónica	2,15	6,45 millones
Internación Aguda	0,78	2,34 millones
Hospital de Día	0,19	0,57 millones
Consulta Externa	1,52	4,560 millones
Una Casa de Medio Camino 17 plazas aproximadamente		25.500 pesos
TOTAL PRESUPUESTO MENSUAL		13,945 millones

Fuente: elaboración propia según INSSJP, RESOLUCIÓN 1440/2005

Tabla 3
Propuesta de reformulación del pago, INSSJP

MODALIDAD		Valor en pesos (\$)	Total Presupuesto Mensual insumido por modalidad, (\$)	Observaciones
Internación Aguda		0,78 capita	2,34 millones	Sin modificación
Atención ambulatoria	Hospital de Día	0,19 capita	0,57 millones	Sin modificación
	Consulta Externa	1,52 capita	4,560 millonest	Sin modificación
Internación Crónica o Prolongada x 3.400		1.533 módulo	5,212 millones	Modificado, Disponible 20% de los fondos
Una Casa De Medio Camino 17 plazas aproximadamente		1.533	25.500 pesos	Sin modificación
Actividades Preventivas, promoción, rehabilitación psiquiátrica, gestión y organización		0,41 cápita	1,238 millones	Nueva propuesta
TOTAL PRESUPUESTO MENSUAL			13,945 millones	

Fuente: elaboración propia

La ampliación de las actividades y presupuesto destinado al Primer Nivel de Atención, fortalecería la asistencia de la población que aún no ha consultado, a la vez que permitiría prever la demanda potencial. En la tabla 3 siguiente se observa el nuevo pago y modalidades propuestas.

La Tabla 2 muestra la sugerencia de mantener el pago capitado para los niveles ambulatorios, mientras que el pago para la internación prolongada se estima de forma modulada, conjuntamente con la inclusión de actividades preventivas, de promoción y rehabilitación tendientes a abordar aquellas internaciones crónicas, y su correspondiente consideración de gestión y pago.

4.2 Nuevos niveles de atención propuestos

Se contemplan 3 niveles: *Nivel Primario*, que incluye todas las acciones que no requieren niveles de mayor complejidad, como la internación. *Nivel Secundario*, es aquel que requiere de mayor complejidad de atención, como una internación de algún tipo –domiciliaria, en establecimientos, etc.–, o bien el seguimiento de pacientes bajo atención. *Nivel Terciario*, incluye todas las acciones y programas para evitar la persistencia de los efectos negativos de los padecimientos mentales, incluida la rehabilitación psiquiátrica.

Los dispositivos para implementar estos objetivos se pueden poner en funcionamiento mediante:

- 1 Consultorios Externos asistencia individual, familiar, o grupal (Centralizados y descentralizados).
- 2 Hospital de Día.
- 3 Atención psicoterapéutica de grupos (adolescentes, familias, etcétera).
- 4 Seguimiento de tratamientos esporádicos o consultas únicas.
- 5 Provisión, seguimiento y control de medicación específica.
- 6 Visitas domiciliarias de seguimiento post- alta.
- 7 Urgencias y traslados.

Organización y gestión

- 1 Centro de Atención permanente de consultas (telefónicas y/o informatizadas).
- 2 Registros (de programas, de población bajo programa, de consultas, de derivación, de citas, estadísticos etc.) y Controles de Calidad.
- 3 Unificación de criterios diagnósticos, de atención, derivación, alta y control.
- 4 Capacitación continua de profesionales, supervisiones y seguimiento de casos.

4.3 Financiación del nuevo modelo

Los nuevos servicios propuestos, se definen según las particularidades de la complejidad del curso del padecimiento, e intentan adaptarse a la realidad de cada beneficiario previendo, de manera sistematizada, las diferentes posibilidades de respuesta. De este modo las nuevas actividades propuestas, deben representar un detalle expreso de objetivos y formas de trabajo, que aporten claridad en la dirección de la atención, evitando múltiples consultas repetitivas e infructuosas.

Al adecuarse el pago de las internaciones crónicas de manera unitaria, queda disponible dinero (1,238 millones de pesos mensuales, que representa un valor capita de \$0,41 por beneficiario por mes) que permitiría afrontar de manera sustentable la readecuación de los programas de rehabilitación psicosocial y las actividades de gestión y organización.

Por otro lado, cada paciente crónico que se externa libera el recurso económico de su pago unitario, de modo que permitiría su asistencia ambulatoria dentro de los servicios vigentes, y su reincorporación en la sociedad.

Asimismo por resultar más económica esta asistencia ambulatoria que la internación prolongada, se generan ahorros que permitirían ampliar la atención hacia otros sectores de beneficiarios. Si

durante el primer año se lograra la externación del 10% del total de este grupo, lo cual representa a 340 beneficiarios, se estaría abonando un total de cuatro millones seiscientos noventa mil pesos (\$4.690.000) por las internaciones prolongadas aun persistentes; pero por cada beneficiario bajo programa de externación se dispondría de un mil quinientos treinta y tres pesos mensuales (\$1.533), para brindarle una asistencia más adecuada a sus necesidades específicas (vivienda, acompañamiento, actividades, viáticos, etc.).

La prolongación del modelo permite vislumbrar un círculo virtuoso que incrementa cada vez más la eficiencia en la utilización de los recursos, una mejora sustancial en la calidad de vida de los beneficiarios y una dinámica de atención que posibilita actualizar las respuestas a los cambios de la sociedad.

5. Conclusiones

La locura ha ocupado diferentes lugares en la sociedad, y su atención fue producto de los distintos paradigmas histórico-sociales que imperaban en cada momento. Ha compartido, asimismo, los avatares sufridos por la evolución de la concepción de salud – enfermedad, entendida como un proceso, donde inciden los múltiples aspectos sociales y económicos condicionantes. El sistema de salud argentino ha contemplado la atención de los padecimientos mentales de manera distinta, según cada uno de los subsectores que lo componen: Seguridad Social, Privado, Público, de manera que, tanto el modelo de atención esgrimido, como el alcance de la financiación de las prácticas y los recursos terapéuticos, marcaron las diferentes posiciones de los financiadores, y de los proveedores o prestadores. Así, para las prácticas médicas dentro de la salud mental las OOSS quedaron enmarcadas, por el PMO. El sector público, brinda atención según las condiciones y recursos disponibles en cada establecimiento (según sea provincial o municipal); y el sector privado asume, en ocasiones, el PMO o bien acuerda una asistencia delimitada previamente en los diferentes planes de cobertura.

No obstante el proceso de salud-enfermedad, en el campo específico de la salud mental se va complejizando más rápidamente que la capacidad que presentan los distintos entes financiadores y reguladores para organizar una respuesta adecuada.

Por otra parte el envejecimiento poblacional es inminente tanto en Argentina, como en otros países. Se espera fundamentalmente el aumento en los niveles superiores de la pirámide poblacional de la Argentina. Básicamente en la franja de octogenarios y nonagenarios. Este aumento y envejecimiento de las poblaciones concita a las distintas organizaciones y países a enfrentar una asistencia adecuada, lo que necesariamente nos lleva a reflexionar acerca del tipo de población, en esta franja etárea, que se estima padecerá problemas de salud mental, con o sin necesidad de internación. Se deberá contemplar, además, la particular complejidad debido a los múltiples factores que intervienen, los cuales exceden la dimensión exclusivamente psiquiátrica. La red cir-

cundante de relaciones, las vicisitudes económicas, el equilibrio emocional, el medio y el apoyo social de cada individuo, son factores que influyen en la mortalidad, la morbilidad, la calidad de vida y la salud mental de las poblaciones ancianas. Es menester incluir en los análisis sociosanitarios, a aquella población vulnerable o en riesgo de sufrir padecimientos, debido al deterioro de sus condiciones sociales o económicas, que necesariamente demandarán una mayor atención y cobertura, a fin de proveer los cuidados adecuados para preservar y fortalecer los aspectos más saludables. En el caso de nuestro país, es el INSSJP la organización que debe brindar una respuesta médica integral a una gran parte de esta población envejecida, y entre otras prestaciones, atender su salud mental.

En Argentina, la evolución de la atención en salud mental, históricamente, está vinculada a la evolución de las camas de internación, que aumentaron durante la década del '50 a fin de poder dar una respuesta a la demanda de entonces. Actualmente, las nuevas tecnologías psicofarmacológicas, los nuevos abordajes y disciplinas, y dispositivos más diversificados ofrecen alternativas más eficientes, que la mera utilización de camas. Esto lleva a una redefinición sobre los programas y objetivos a implementar en salud mental y a una readecuación de la oferta actual del mercado prestador.

El INSSJP no ha sido ajeno a esta evolución. Ha brindado atención a estos padecimientos casi desde sus inicios, si bien las modalidades han ido variando en función de algunos ejes de decisión. En la medida en que las prestaciones del área de salud mental iban en aumento, y con ello el gasto concomitante, se hizo evidente la necesidad de controlarlo de modo eficaz. Lamentablemente, en este tipo de decisión limitada, se priorizó únicamente el mantenimiento del gasto, postergando una utilización eficiente de la asignación presupuestaria, mediante una redefinición más adecuada y dinámica, del modelo, servicios incluidos y formas de pago.

En el 2004, las tasas de internaciones por beneficiarios observadas en la población del INSSJP (aguda y crónica) eran de 1,64 cada 1.000 beneficiarios, y eran superiores inclusive a las de aquellas ciudades que realizaron algún proceso de reforma y transformación de sus instituciones psiquiátricas. La tabla 3 refleja esta comparación.

Curiosamente a pesar de este elevado indicador en las internaciones psiquiátricas del INSSJP, el mismo no resultó lo suficientemente determinante como para que los niveles de decisión del INSSJP se plantearan las modificaciones necesarias en el modelo de atención permita la implementación sostenida de acciones de rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de este grupo; la ampliación del tipo de servicios y prestaciones, según las necesidades de los beneficiarios, acorde características geográficas, o la incorporación de estrategias ambulatorias de atención primaria, mediante la readecuación del presupuesto.

En aquellas ciudades donde la cantidad de internaciones psi-

quiátricas crónicas las han llevado a algún tipo de reforma, se han observado caminos posibles de transformación con resultados satisfactorios (Uruguay, Galicia, Québec, Norte de Italia) ; aunque en otras, los resultados hayan sido inciertos, debido, seguramente al tipo de implementación, cuyos condicionantes preceden al presente estudio (EEUU, Inglaterra y Gales, Cataluña) . Por otra parte, el actual escenario prestador de salud mental del INSSJP, se encuentra atomizado y fragmentado, concentrándose en las zonas de alta densidad de población. A su vez, la modalidad de atención ambulatoria, no ha incorporado procedimientos y dispositivos de asistencia, prevención y seguimiento más actualizados y dinámicos, y se mantienen idénticas a las submodalidades de siempre: urgencias, consultas, a través de consultorios externos, hospital de día y visitas domiciliarias. Puede preguntarse ¿Cuál es el motivo por el cual en el INSSJP permanece a través de los años con una modalidad casi invariable de atención, caracterizada fundamentalmente por la provisión de camas psiquiátricas y asistencia ambulatoria sin definiciones específicas y objetivos de asistencia y prevención, en detrimento de dispositivos más específicos y actualizados?.

El mecanismo de financiamiento (modalidad de pago) por parte de una institución de magnitud como es el caso del INSSJP, influye en la estructura del mercado, condicionando la oferta de servicios y demanda de atención, que no solo afecta al propio INSSJP, sino que, por su dimensión y alcance nacional, podemos afirmar, incide sobre todo el mercado de la seguridad social en la Argentina. Esto lleva a un acuerdo entre proveedores y el INSSJP que define el modelo de atención. En cada reformulación de contrato de servicios se ha perdido una nueva oportunidad de liderar en el mercado una transformación eficiente del modelo de atención y financiación, que incorpore las nuevas tecnologías de prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Pese a las continuas modificaciones en el modelo de pago (modulo, capita, monto fijo) implementado por el INSSJP, las internaciones han persistido fuertemente, y el resto de las prestaciones ofrecidas no han variado en calidad.

El INSSJP ha privilegiado el financiamiento de las camas psiquiátricas, consolidando la política de tipo asilar, observada en la cantidad de internaciones, sobre todo de tipo crónica, en desmedro de una atención comunitaria, ecuánime y más dinámica. Esta persistencia del modelo dentro del INSSJP, promueve el mantenimiento de las conductas de los agentes económicos, que a su vez, mantiene un determinado nivel de rendimiento del sistema entre sus componentes, tanto en la oferta (establecimientos) como en la demanda (beneficiarios-afiliados) y el financiador (INSSJP), como se observa en las llamativas diferencias de utilización en los diferentes servicios en las distintas regiones. ¿Será esta persistencia la que provoca resistencias a la hora de plantear un modelo más dinámico y operativo? El presente estudio refleja el resultado de la persistencia de este modelo de financiación de servicios de salud mental en el INSSJP, que no logra incorporar nuevas tecnologías y dispositivos, a la vez que resalta la elevada prevalencia de los padecimientos mentales sobre todo de tipo crónico. Este destino en la atención de pacientes conlleva a una sobrecarga en el costo, y merece un abordaje especializado debido tanto a la complejidad causal que interviene en los padecimientos mentales, como a los múltiples determinantes de los procesos de desinstitucionalización donde confluyen, varios actores que tienen en juego diversos intereses y temores, que es imprescindible conocer .

La eventual transformación del escenario en salud mental presenta dificultades particulares. Una de ellas, es el peligro de enfrentar una reformulación en el modelo desde una filosofía de “contención del gasto” mediante la mera reducción de utilización de camas, y no de mejora de la calidad de la atención psiquiátrica y rehabilitación psicosocial. Esto constituye una meta frágil y poco confiable. La disminución de esta excesiva utilización de camas psiquiátricas debe ser acompañada, además, por otras medidas que propicien el mantenimiento de la reinserción social de los beneficiarios, en la sociedad, mediante estrategias comunitarias.

La implementación de estrategias comunitarias para la atención de los padecimientos en la sociedad implica una modificación

Tabla 3
Ocupación aproximada de camas psiquiátricas, cada 1.000 habitantes, en las diferentes ciudades, al inicio de las reformas psiquiátricas

Lugar	Camas por cada mil habitantes	Camas Crónicas cada mil habitantes
Emilia Romagna	1,25	
Inglaterra	1,2	
Uruguay	1,0	0,62 (en 1986)
España	1,5	1,22 (en 1974)
Estados Unidos		3,4 (en 1955)
Argentina INSSJP	1,64 (en 2004)	2 (en 2004)

Fuente: elaboración propia en base a :Thornicroft G, Bebbington P op. cit., Arduino Margarita, Gines Angel, Prociunculo Horacio, op. cit., Instituto Nacional de Estadísticas-España op. Cit. Dratcu Luiz, op. cit., Atlas of British Social and economics Histor since 1700, op. cit.

sustancial del actual mercado prestador del INSSJP. Con lo cual es probable que se presenten dificultades por parte de aquellos efectores (establecimientos y profesionales de abordaje individual desde una única disciplina) que resulten insuficientes e inadecuados para los nuevos objetivos, y que a su vez, tienen al INSSJP como financiador privilegiado. Sin bien existen dificulta-

des y obstáculos intra y extrainstitucionales, se considera que el INSSJP posee condiciones ampliamente favorables para poder liderar una transformación del modelo de financiación y de atención en salud mental, que mejore sustancialmente la calidad de vida de los beneficiarios, en este caso, particularmente desfavorecidos.

Bibliografía

- AEN. PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL, Informe sobre la Salud Mental en España, 2001, en www.asoc-aen-es/aw/cas/documentos/generales, 24/06/05
- ARDUINO MARGARITA, GINÉS ANGEL, PORCIÚNCULA HORACIO, La Reforma psiquiátrica en Emilia Romagna y el Programa de Salud Mental en Uruguay, en Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol. 64 N° 2, pags 302-316, Agosto 2000. Uruguay
- BACHRACH LL, RICHARD LAMB. Some Perspectives On Deinstitutionalization, Psychiatric Services 2001, Vol. 52 No. 8, pp.-1039-1045.
- BARRACO ANGEL, La ley de la locura, Pagina 12, suplemento Psicología, 27/10/05
- BARRIONUEVO, HUGO. Gestión Del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental, Ediciones Isalud, 2004.
- BARRIONUEVO, HUGO. Indicadores de Accesibilidad y desempeño de la internación psiquiátrica. Revista Vertex N° 65, Vol XVII, p. 48-54, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2006
- BUGLIOLI y Cols. Modalidades de pago en la atención Médica .Revista Médica de Uruguay, Vol. 18 N° 3, pag. 205, diciembre 2002
- CARPINTERO E., y VAINER A., Las Huellas De La Memoria, Tomo 1, y 2 Editorial Topia, Buenos Aires, 2005
- CARULLA, LUIS, BULBENA, A et. Al.La Salud Mental en España: Cenicienta en el país de las Maravillas, Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria, SESPAS 2002.
- DE LA MATA RUIZ, IVAN. El Modelo Catalán de la Salud Mental: El mito de la gestión privada, 1º Congreso Virtual de Psiquiatría del 1º febrero al 15 de marzo del 2000. Biblioteca Virtual TOP
- DESVIAT M., Tendencias en Psiquiatría comunitaria, o ¿dónde podemos ir?, Revista Rehabilitación Psicosocial, 2004, N° 1, Vol 1, ppg. 30-33
- DYER CLARE, UK government scraps Mental Health Hill. Revista British Medical Journal, N° 332, pp. 748, del 1 de abril del 2006.
- FELDMAN NÉSTOR, Hospital de Dia Polivalente, Trabajo de Especialización Sistemas de Salud y Seguridad Social 2004, Fundación ISALUD, Instituto Universitario.
- FERNÁNDEZ BRUNO MÓNICA y GABAY P. Rehabilitación Psiquiátrica y reinserción social de la personas con trastornos mentales crónicos graves. Editorial Polemos, 2003 Buenos Aires.
- FOUCAULT M. El Gran Encierro, en Historia de la Locura en la Época Clásica. Fondo de Cultura Económica, México, 1986. Pp.-.75-125
- GALENDE EMILIANO. Población segregada y custodiada, Sobre los neuropsiquiátricos porteños. Pagina 12., Suplemento Psicología, 05/01/06 Buenos Aires
- GONZALEZ GARCIA, GINÉS, TOBAR FEDERICO, Salud Para Los Argentinos, Fundación Isalud ediciones, 2004
- GUEDES ARROYO LUIS CESAR, El Tratamiento Moral, Experiencia Roballos, Comunidad Terapéutica. Vinciguerra 2005, pp.12-22, 51-52
- MAYOU R., The History of General Hospital Psychiatry, Revista British Journal of Psychiatry, 1989, N° 155, pp. 764-776
- NACIONES UNIDAS, Informe De La Conferencia Regional Intergubernamental Sobre Envejecimiento: Hacia Una Estrategia Regional De Implementación Para América Latina Y El Caribe Del Plan De Acción Internacional De Madrid Sobre El Envejecimiento Santiago de Chile, 19 al 21 de noviembre de 2003 , LC/ L. 2079, 26/02/04
- PELLEGRINI JORGE L.. Antecedentes Institucionales capítulo 1; Capítulo 3 La Resistencia, pp.79-93, Capítulo 4 Grupalidad institucional y acompañamiento como herramientas del cambio, ppb.95-110, en Cuando El Manicomio Ya No Esta_Fundación Gerónima San Luis, 2005.
- PELLEGRINI JORGE, Sobre las internaciones psiquiátricas. Revista Vertex, Vol. XVII, N° 68, POLEMOS, Buenos Aires, 2006, Pág. 311-317
- RODRÍGUEZ GONZALEZ, A. Atención Psicosocial para la persona con enfermedad mental crónica: presente y futuro. En Jornadas sobre Salud Mental, Problemas de adaptación e Integración social de las persona con enfermedad mental crónica, 2002. Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, pp.78-79
- RODRIGUEZ TELLECHEA, Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. II JORNADAS NACIONALES DE TRABAJO SOCIAL EN SALUD MENTAL, 20 y 21 de noviembre de 2006, Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires.
- ROSENHECK, Robert, Back to the Future: Funding, Integrating and Improving Mental Health Services, Revista Psychiatric Services, Vol 55, N° 10, octubre 2004, en www.psychiatryonline.org
- SALAZAR ISABEL. El Modelo Gallego De Atención A La Salud Mental, Revista Goze, Vol. III N° 9 junio 2000, Pág. 39-44
- TALBOTT, J., Improving Care for the Chronic Mentally Ill patient: A Policy Perspective, en CUMMINGS N., O'DONOHUE: Universal Healthcare: Readings For the Mental Health professional, 2005.
- THORNICROFT ,G, TANSELLA M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care, British Journal of Psychiatry, 2004, N° 185, pp. 283-290, Londres.
- TORRES RUBEN, Mitos Y Realidades De Las Obras Sociales En La Argentina, Ediciones Isalud, Buenos Aires, 2004.
- TORRICELLI FLAVIA, BARCALA ALEJANDRA, Epidemiología y Salud Mental: un análisis imposible para la Ciudad de Buenos Aires, en Vertex, VII XV, N° 55, pp.10-19, Editorial Polemos, Buenos Aires, 2004
- VISACOVSKY SERGIO, EL LANUS, Alianza Editorial, Buenos Aires, 2002.