

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

# **SALUD MENTAL Y DISCAPACIDAD MENTAL** **EN LAS OBRAS SOCIALES NACIONALES**

**DR. HÉCTOR HUGO BARRIONUEVO**



ASOCIACIÓN DE ECONOMÍA DE LA SALUD



MINISTERIO de  
**SALUD** y  
**AMBIENTE**  
de la NACIÓN

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

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

Buenos Aires, febrero de 2005.

## ÍNDICE

Prólogo .....	7
Presentación .....	13
1. La salud mental como problema .....	15
1.1. El problema en la Argentina .....	15
1.2. Herramientas conceptuales para el análisis .....	16
1.2.1. El mercado de servicios sanitarios .....	18
1.2.2. Cómo estudiar un mercado de servicios sanitarios .....	20
2. Los programas de cobertura .....	22
2.1. La necesidad de regulación en salud mental .....	22
2.2. La salud mental en el PMO de Emergencia .....	28
2.3. El Sistema Único de Prestaciones para Personas con Discapacidad Mental .....	29
2.3.1. Puesta en vigencia del Sistema Único .....	31
2.3.2. El Programa de Cobertura del Sistema Único. ....	34
3. La provisión de servicios .....	35
3.1. ¿Cómo se compone la oferta de servicios en discapacidad mental? .....	35
3.1.1.1. ¿Cuántos y quiénes son los oferentes para la discapacidad mental .....	40
4. La demanda de servicios especializados .....	55
4.1. ¿Quiénes demandan atención en salud mental en la seguridad social? .....	55
4.2. ¿Cuál es el volumen de la demanda en salud mental en la seguridad social? .....	56
4.3. ¿Cuántas personas demandan servicios de discapacidad? ..	60
4.4. ¿Quiénes demandan? .....	62
4.4.1 El Certificado de Discapacidad y la orientación de la demanda .....	63
5. Financiamiento .....	65
5.1. El gasto en salud mental en la seguridad social .....	65
5.2. El financiamiento de la discapacidad mental .....	67
6. Conclusiones y recomendaciones .....	72

7. Bibliografía .....	79
Anexo I - Clasificación internacional de enfermedades.	
Capítulo salud mental .....	85
Anexo II - Protocolos de evaluación en discapacidad .....	91
Anexo III - PMO de Emergencia. Extracto salud mental .....	97
Anexo IV - Síntesis de normativas en discapacidad .....	109

### **ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS**

Cuadro 1 - Matriz de análisis del mercado de servicios sanitarios ..	20
Cuadro 2 - Fallas normativas y positivas en el mercado de salud mental .....	26
Cuadro 3 - Prestadores inscriptos en el Servicio Nacional de Rehabilitación. Junio 2003. ....	42
Cuadro 4 - Distribución de la oferta de servicios de salud mental según tipo de establecimiento y sector .....	47
Cuadro 5 - Dispositivos asistenciales en salud mental y tipos de servicio que brindan .....	48
Tabla 1 - Camas psiquiátricas cada cien mil habitantes en países seleccionados .....	49
Tabla 2 - Argentina, 1995: promedio de camas psiquiátricas por establecimiento y sector .....	50
Tabla 3 - Argentina, 1995: porcentaje de camas psiquiátricas por sector .....	50
Gráfico 1 - Argentina, 1995: porcentaje de camas psiquiátricas por sector .....	50
Tabla 4 - Argentina 2002: cuadro comparativo entre médicos, psiquiatras y psicólogos .....	51
Tabla 5 - Psiquiatras por habitantes en países seleccionados .....	52
Gráfico 2 - Psiquiatras por habitante en países seleccionados .....	53
Tabla 6 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas .....	56
Gráfico 3 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes ambulatorios en obras sociales seleccionadas .....	56
Tabla 7 - Argentina 2001: tasa anual de consultas ambulatorios cada cien afiliados en obras sociales seleccionadas ..	57
Gráfico 4 - Argentina, 2001: tasa anual de consultas ambulatorios cada cien afiliados en obras sociales seleccionadas ..	58
Tabla 8 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes internados cada mil beneficiarios en obras sociales seleccionadas	58

Gráfico 5 - Argentina, 2001: tasa mensual de pacientes internados cada mil beneficiarios en obras sociales seleccionadas	59
Tabla 9 - Argentina - Discapacitados registrados en el Servicio Nacional de Rehabilitación. Noviembre 2003	60
Gráfico 6 - Composición de los discapacitados registrados en el SRN según tipo de discapacidad. 2002	61
Tabla 10 - Distribución en rangos del gasto mensual por prestaciones médicas y sociales a discapacitados. 2001	61
Cuadro 6 - Argentina: financiamiento y provisión de servicios de salud mental para beneficiarios de la seguridad social.	65
Cuadro 7 - Responsable y financiador según tipo de beneficiario	67
Tabla 11 - Fondo Solidario de Redistribución	68
Tabla 12 - Prestaciones abonadas en 2002 en miles de pesos.	69
Tabla 13 - Expedientes de solicitud de subsidios ingresados/pagados	70
Gráfico 7 - Modalidades asistenciales solicitadas en 2002	70
Tabla 14 - Evolución de los montos solicitados distribuidos por patología	71



## **PRÓLOGO**

---

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

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

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

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

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

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

Se completa con los anexos sobre clasificación de enfermedades, capítulo de salud mental CIE 10, protocolos de evaluación en discapacidad, un extracto de Salud Mental del Programa Médico Obligatorio de Emergencia y una síntesis normativa en discapacidad.

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

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



## ***DR. HÉCTOR HUGO BARRIONUEVO***

---

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



## **Reconocimientos**

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

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

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

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

## **Palabras clave**

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



## **PRESENTACIÓN**

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

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

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

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

Cuando los organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud hacen referencia a la salud mental incluyen en este campo tanto a aquellas patologías incluidas bajo el rótulo de "trastornos mentales" como a la "discapacidad mental".

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **1. LA SALUD MENTAL COMO PROBLEMA**

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

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

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

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

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

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

La carga global de morbilidad que producen los trastornos mentales y neurológicos en todo el mundo fue estimada para 1990 en el 10,5% del total de AVAD perdidos por todas las enfermedades y lesiones, aumentó al 12,3% en el año 2000 y se prevé que llegará al 15% en el año 2020.<sup>4</sup>

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

### **1.1. EL PROBLEMA EN LA ARGENTINA**

Los conflictos sociales han agravado las condiciones de la salud mental de los argentinos y la oferta de servicios enfrenta un severo problema de financiamiento. Los servicios de salud mental sufren el impacto

---

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

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

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

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

de la reducción unilateral de los valores de las prestaciones, atrasos en los pagos por parte de las aseguradoras y como consecuencia, establecimientos especializados al borde de la quiebra.

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

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

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

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

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

## **1.2. HERRAMIENTAS CONCEPTUALES PARA EL ANÁLISIS**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La microeconomía clásica establece que los mercados se clasifican en perfectos e imperfectos, dependiendo esto de la dinámica de la oferta y la demanda de un bien o servicio y de sus propias características.

Asimismo los mercados pueden estar o no regulados por la intervención de agentes como, por ejemplo, el Estado.

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

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

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

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

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

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

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

### **1.2.1. El mercado de servicios sanitarios**

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

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

- ¿Qué es salud, su mejora y su mantenimiento?

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

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

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

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

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

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

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

de los servicios (cuando el paciente comienza a pagar algún copago esto opera como un aumento en el precio).<sup>5</sup>

### 1.2.2. Cómo estudiar un mercado de servicios sanitarios

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

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

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

#### *Cuadro 1 - Matriz de análisis del mercado de servicios sanitarios*

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

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

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

## 2. LOS PROGRAMAS DE COBERTURA

### 2.1. LA NECESIDAD DE REGULACIÓN EN SALUD MENTAL

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

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

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

El análisis del comportamiento de las distintas fallas del mercado, en el campo de la salud mental ya ha sido desarrollado por el autor<sup>7</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El descuento de sólo el 40% para los medicamentos que en internación tienen cobertura total desalienta la externación de los pacientes de bajos recursos. En el PMO no queda claro si el número de días correspondientes a la internación en hospital de día deben contarse corridos o sólo los días en que el paciente asistió efectivamente a recibir la prestación: dos, tres o cuatro veces en la semana. Los financiadores y los prestadores interpretan libremente si el paciente debe asistir en Jornada completa a esta modalidad, o si sólo debe asistir medio día, situación no aclarada en el PMO.

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

### **Cómo se comportan los sectores**

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

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

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

## **2.2. LA SALUD MENTAL EN EL PMO DE EMERGENCIA**

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

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

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

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

En los mayores de 65 años que no puedan movilizarse, se asegura la consulta programada en domicilio con un coseguro de \$ 10 por cada visita. En todo otro grupo etéreo donde el paciente esté imposibilitado

de desplazarse quedará a discreción de la auditoría del agente del seguro la provisión de atención programada en domicilio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cuando el Estado asume sus funciones de regulación en salud está admitiendo que el libre juego de la oferta y la demanda de servicios sanitarios no puede dar cuenta de las verdaderas necesidades de la población. Kenneth Arrow ganador el premio Nobel de Economía en 1963 demostró que en salud la sola aplicación de las fuerzas de mercado hace a los enfermos y a los grupos desfavorecidos, aún más enfermos y vulnerables.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2.3.1. PUESTA EN VIGENCIA DEL SISTEMA ÚNICO**

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

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

Los Objetivos Generales del Sistema son:

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

El Sistema Único cuenta con un Directorio integrado por:

- Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas.
- Secretaría de Desarrollo Social.
- Administración de Programas Especiales.
- Superintendencia de Servicios de Salud.
- Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad.

- Consejo Federal de la Discapacidad.
- Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados.
- Superintendencia de Riesgos del Trabajo.
- Superintendencia de Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones.
- Dos representantes de las Instituciones sin fines de lucro destinadas a la atención de las personas con discapacidad.

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

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

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

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

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

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

### 2.3.2. El Programa de Cobertura del Sistema Único.

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

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

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

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

Las transformaciones pueden resumirse en los siguientes ítem:

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

### **3. LA PROVISIÓN DE SERVICIOS**

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

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

#### **Niveles de atención**

##### **1. Modalidad de atención ambulatoria**

###### **1.1. Atención ambulatoria**

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

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia - kinesiología.
- Terapia ocupacional.
- Psicología.
- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía.
- Otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.

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

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

###### **1.2. Módulo: hospital de día**

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

- b) Población: está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada de rehabilitación.
- c) Patologías: las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías –OMS–, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora del organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. No comprende la atención de prestaciones de hospitales psiquiátricos de día.
- d) Prestación institucional:
  - Clínicas o sanatorios de rehabilitación.
  - Hospitales con servicios de rehabilitación.
  - Centro de rehabilitación.
- e) Modalidad de cobertura: concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la de la región donde se desarrolla.

El módulo incluye honorarios profesionales (consultas e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamiento necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación; el de jornada doble, almuerzo.

### *1.3. Centro de día*

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

### *1.4.- Módulo centro educativo-terapéutico*

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

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

#### *1.5 Módulo de estimulación temprana:*

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

#### *1.6. Prestaciones educativas*

##### 1.6.1. Educación Inicial

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

##### 1.6.2.- Educación General Básica

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

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

#### 1.6.3. Apoyo a la integración escolar:

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

#### 1.6.4. Formación laboral o rehabilitación profesional

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

## *2. Modalidad de internación*

### 2.1.1. Módulo de internación en rehabilitación

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

Incluye:

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

Excluye:

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

### 2.1.2. Módulo hogar

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

### 2.1.3. Residencia

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

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

d) Modalidad de cobertura:

- Módulo de alojamiento permanente.
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

#### 2.1.4.- Pequeño hogar

a) Definición: se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y continente.

b) Población: niños y adolescentes discapacitados entre tres y veintiún años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

c) Modalidad de cobertura:

- Módulo de alojamiento permanente.
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

### *3.1. Modalidad de prestaciones anexas*

#### 3.1.1. Prestaciones de apoyo

a) Definición: se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

b) Población: niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.

c) Tipo de prestación: ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. Será brindada por profesionales, docentes o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.

d) Modalidad de cobertura: el otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A continuación se muestran algunos ejemplos ilustrativos:

Prestaciones ambulatorias

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

❖ Fonoaudiología

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

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

Modalidad diurna

- ❖ Centro de día para pacientes con discapacidades mentales. Aranceles: entre \$ 715 y \$ 1.118.
- ❖ Hospital de día psiquiátrico - Prestación del Programa Médico Obligatorio: (valor del mercado prestador) jornada doble: \$ 400.

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

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

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

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

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

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

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

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

- Educativas.
- Médico-asistenciales.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Trabajadores sociales.
- Terapeutas ocupacionales.

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

Dispositivo	Tipo de prestación
Ambulatorio	Admisión Atención psiquiátrica Psicoterapia individual Psicoterapia de pareja Psicoterapia familiar Psicoterapia grupal Psicopedagogía Talleres
Atención domiciliaria	Atención domiciliaria programada Internación domiciliaria
Urgencias	Urgencia telefónica Urgencia institucional Urgencia domiciliaria
Hospital de día	Hospital de día jornada reducida Hospital de día jornada completa
Internación	Internación aguda Internación prolongada Hostales, casas de medio camino

Fuente: elaboración propia.

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

### 3.2.1. Establecimientos de salud mental

Según datos del Ministerio de Salud y Ambiente, la Argentina cuenta con un total de 332 establecimientos psiquiátricos, de los cuales el 68% posee internación, y poseen un total de 24.232 camas en todo el país<sup>12</sup>. Si bien esta información es de 1995, la Unidad Ejecutora de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Nación considera que esta cifra se ha mantenido estable hasta la actualidad.

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

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

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

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

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

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

La cantidad de camas por habitante en la Argentina prácticamen-

País	Año	Camas psiquiátricas cada cien mil habitantes
Argentina (1)	1995	65,7
España (2)	1994	38,1
Japón	1997	35,7
Brasil (3)	2002	31,0
Nueva Zelanda	1997	8,60
Australia	1997	7,40
Corea	1997	2,90
China	1997	0,70

te duplica la observada en el Brasil, es casi nueve veces superior a la de Australia y más de veinte veces la dotación de camas psiquiátricas de Corea.

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

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

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

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

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

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

Como se observa en la siguiente tabla, el 68% de los establecimientos de salud mental del país, es decir 225, poseen internación.

De éstos, 185 establecimientos pertenecen al sector privado, con un total de 9.158 camas y 40 pertenecen al sector público con un total de 15.074.

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

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

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

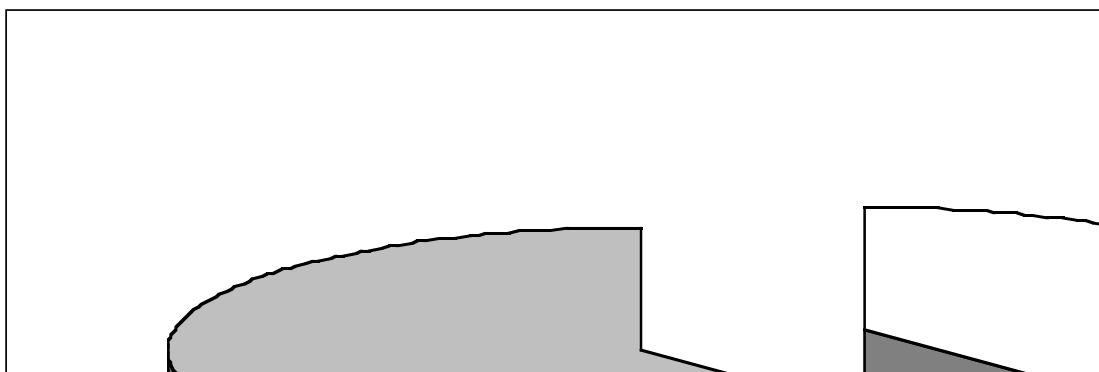
*Tabla 2 - Argentina, 1995: promedio de camas psiquiátricas por establecimiento y sector*

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

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

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

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



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

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

### 3.2.2. Recursos profesionales en salud mental

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Según este estudio la mediana mundial del número de psiquiatras es de uno cada cien mil habitantes, con una variación que va de 0,06 en los países de bajos ingresos hasta nueve cada cien mil en los países de ingre-

---

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

sos altos. Según los datos aportados por la Universidad de Buenos Aires en la República Argentina hay 13,25 psiquiatras cada cien mil habitantes, ubicándose así incluso por encima de la media de los países desarrollados.

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

País	Psiquiatras por cien mil habitantes
USA	16,2
Argentina (1)	13,25
Emilia-Romagna (Italia) (2)	10,5
Australia	9,2
Japón	7,1
Nueva Zelanda	5,6
España (3)	5,1
Brasil	3,7
República Dominicana (4)	2,35
Corea	1,6
China (5)	0,3
Nigeria	0,06

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

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

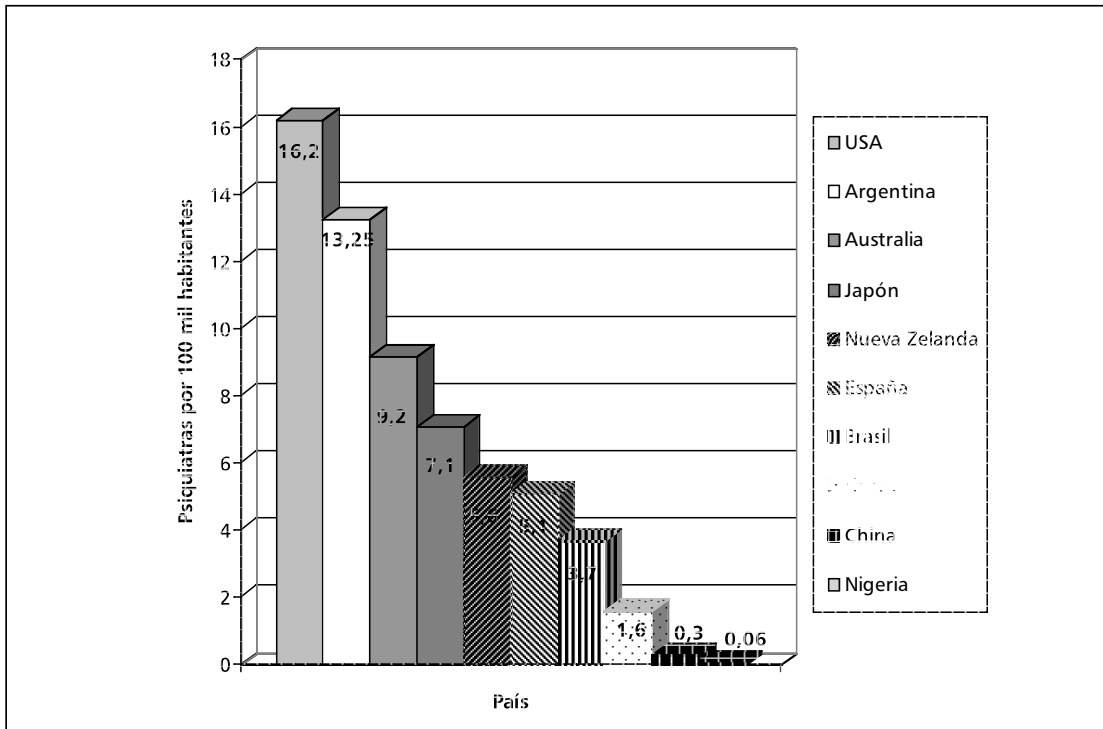
(2) Datos aportados por el Departamento de Salud Mental de Emilia-Romagna. 2002.

(3) Fernández Liria, A.; Diéguez Porres, M. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid. 1995.

(4) Datos suministrados por la Dirección de Salud Mental del país. 2002.

(5) Incluye trabajadores no acreditados en salud mental.

*Tabla 5 - Psiquiatras por habitantes en países seleccionados*



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de:

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

### Gráfico 2 - Psiquiatras por habitante en países seleccionados

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

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

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

<sup>14</sup> Según autoridades de la Federación Médica de la Capital Federal.

El número de psicólogos que se incorporan a la actividad asistencial, en cambio es creciente año tras año<sup>15</sup>, lo que se confirma con el aumento del desempleo entre los psicólogos en los últimos tiempos.<sup>16</sup>

---

<sup>15</sup> Datos aportados por la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires.

<sup>16</sup> Según empresarios del sector prestador consultados.

#### **4. LA DEMANDA DE SERVICIOS ESPECIALIZADOS**

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

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

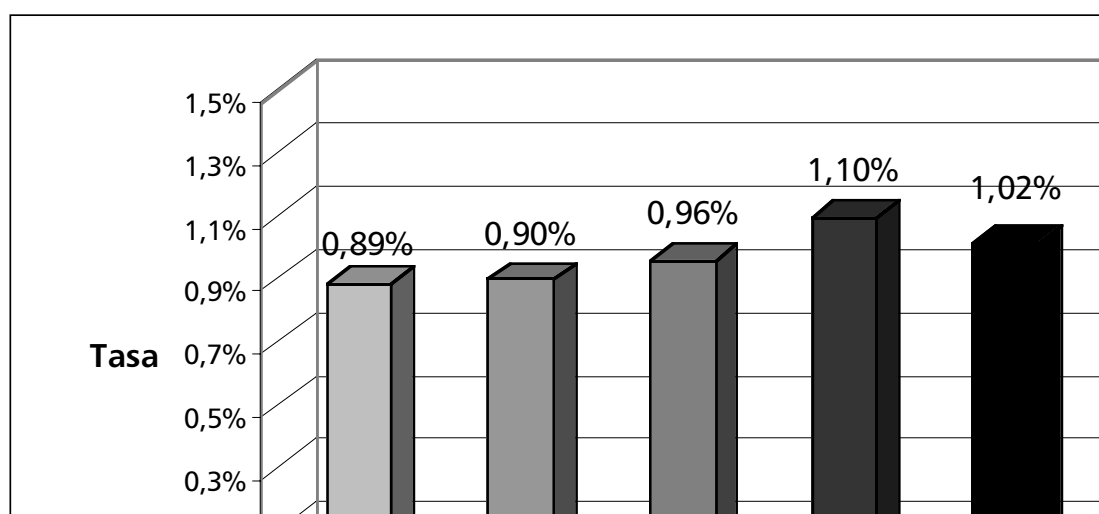
Según estimaciones del autor en otro trabajo la demanda asistida en el ámbito de la seguridad social puede aproximarse al 1% de la población en un corte mensual<sup>18</sup>, lo que representa a su vez el 10% de la población afectada si se toman como tal las cifras de prevalencia estimadas por la Organización Mundial de la Salud.

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

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

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

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



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

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

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

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

Otra porción de la demanda es satisfecha por centros públicos ambulatorios sin financiamiento de la seguridad social, como ocurre por ejemplo para las prestaciones que están fuera del Programa Médico Obligatorio, principalmente las internaciones "crónicas".

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

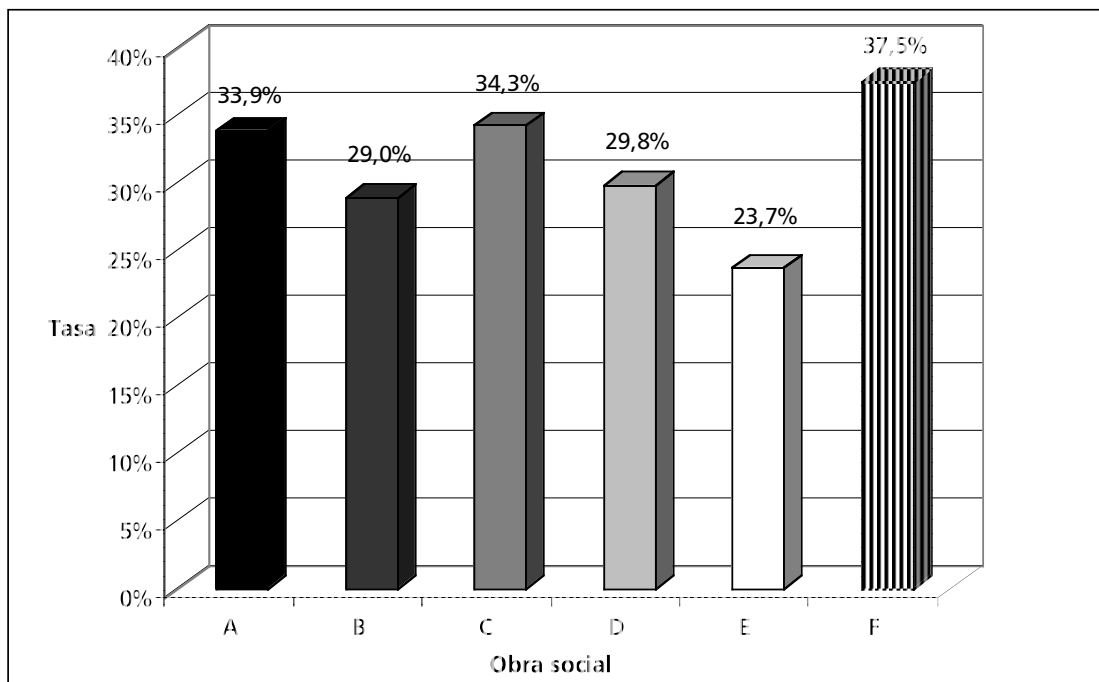
Ya identificados y cuantificados estos pacientes, ¿qué demandan en términos de utilización de servicios?: la atención ambulatoria oscila aproximadamente entre 23,7 y 37,5 consultas cada cien beneficiarios por año, según estimaciones del autor.<sup>19</sup> Es decir que en el subsector de la seguridad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

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

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

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

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



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

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

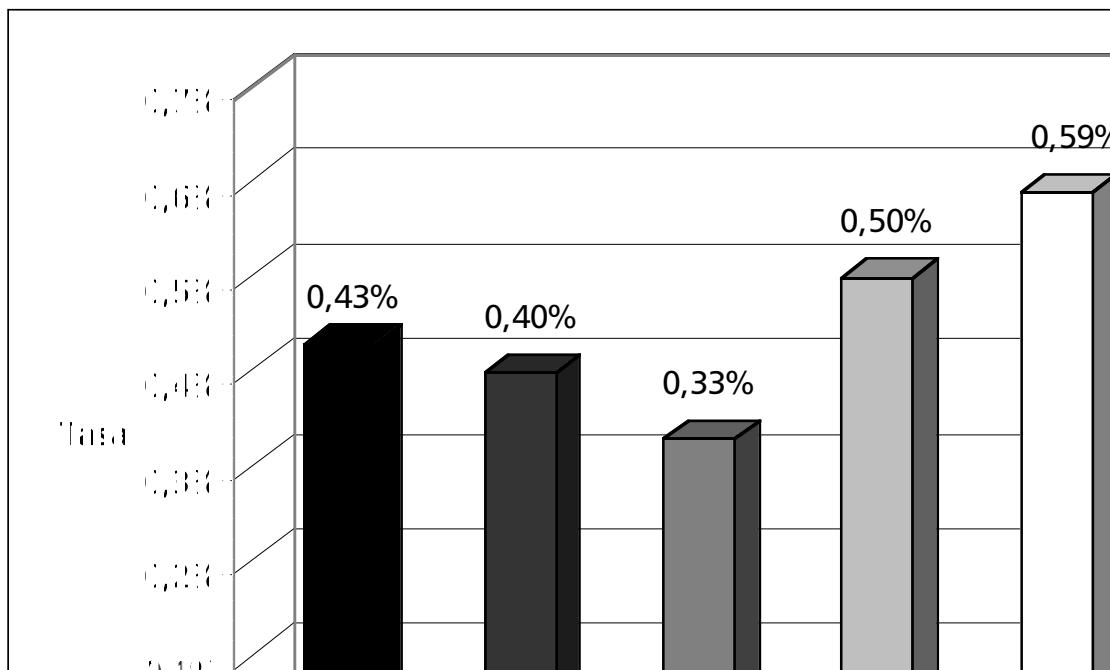
El volumen de la demanda de internación, según el mismo estudio ofrece mayores variaciones entre los agentes del seguro, "lo cual posiblemente se explique a partir de las distintas políticas utilizadas por los sistemas asistenciales para evitar las internaciones crónicas o a la mayor o menor cobertura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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.3. ¿CUÁNTAS PERSONAS DEMANDAN SERVICIOS DE DISCAPACIDAD?

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

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

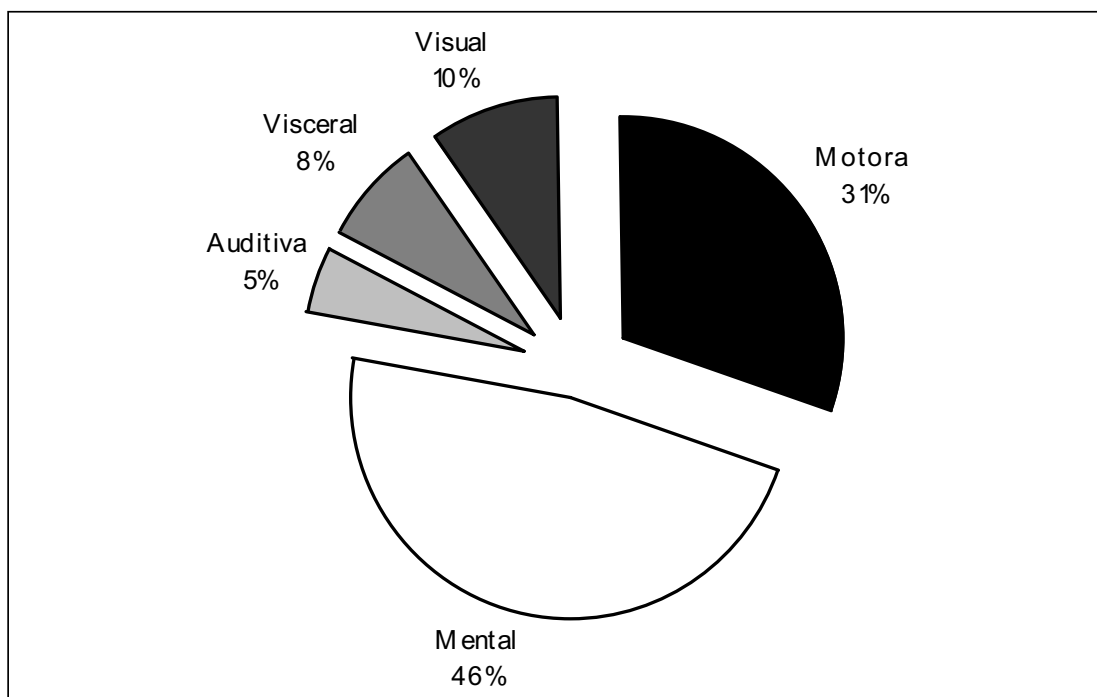
En nuestro país el organismo que cuenta con mayor número de datos sobre personas con discapacidad es el Servicio Nacional de Rehabilitación, dependiente del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Este Servicio certifica la condición de persona discapacitada y sus registros, iniciados en abril de 2000 indican los siguientes datos estadísticos:

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.4. ¿QUIÉNES DEMANDAN?**

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

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

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

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

Otro factor que incide en la demanda es el principio de la equidad según elección. Si la enfermedad de un individuo resulta de factores que

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

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

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

#### **4.4.1 El Certificado de Discapacidad y la orientación de la demanda**

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

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

La ley 24.901 en su artículo décimo determina que el Ministerio de Salud será la autoridad encargada de establecer los criterios y establecer la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad. El certificado de discapacidad se debe otorgar previa evaluación del beneficiario por un equipo interdisciplinario que se constituirá a tal fin y que comprenderá la siguiente información: a) diagnóstico funcional, b) orientación prestacional, la que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

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

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

- Médico.
- Familiar.
- Habitacional.

- Educacional.
- Minusvalías.
- Orientación prestacional

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

## 5. FINANCIAMIENTO

### 5.1. EL GASTO EN SALUD MENTAL EN LA SEGURIDAD SOCIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: elaboración propia.

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

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

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

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

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

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

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

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

Subsidios cruzados:

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

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

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

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

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

---

<sup>21</sup> Bruni, José María. Costeo del Programa Médico Obligatorio. Proyecto de Tesis. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario ISALUD.

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

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

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

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

## 5.2. EL FINANCIAMIENTO DE LA DISCAPACIDAD MENTAL

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

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

Fuente: ley 24.901.

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

### *Cuadro 7 - Responsable y financiador según tipo de beneficiario*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Fuente: Superintendencia de Servicios de Salud. Noviembre 2003.

*Tabla 11 - Fondo Solidario de Redistribución*

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

Como se señalara más arriba los subsidios del Fondo Solidario de Redistribución se utilizan para costear diferentes patologías. La intención de la ley de protección de la discapacidad fue poner bajo la responsabilidad de la Administración de Programas Especiales el financiamiento de las prestaciones. De este modo se buscó poner fin a las discontinuidades en los pagos por parte de las Obras Sociales. La Administración de Programas Especiales, como se señaló antes, distribuye los dineros del Fondo Solidario de Redistribución entre las coberturas de diversas patologías. Durante el transcurso del año 2002 la distribución fue la siguiente:

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

Fuente: Administración de Programas Especiales.

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

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

- Certificado de discapacidad que acredita la condición de discapacidad mental del paciente.
- Evaluación médica e indicación de la modalidad asistencial pertinente.
- Plan de trabajo por parte del prestador que identifica las acciones que se llevarán adelante con el paciente para el logro de su rehabilitación.
- Inscripción en el Registro de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.
- Presupuesto del prestador
- Documentación probatoria de afiliación a la obra social por parte del beneficiario.

Con posterioridad al otorgamiento del subsidio, cada obra social debe efectuar una rendición de cuentas de la utilización de los fondos recibidos. La evolución de los expedientes presentados y los expedientes pagados permiten ver cómo las discapacidades mentales tuvieron en los inicios del Sistema grandes dificultades para ver asegurado el flujo de

dinero para el pago de su asistencia. Pero durante 2002, es bueno recordar que fue un año de enormes problemas financieros para el Sistema de Salud, se logró acelerar el circuito de financiamiento.

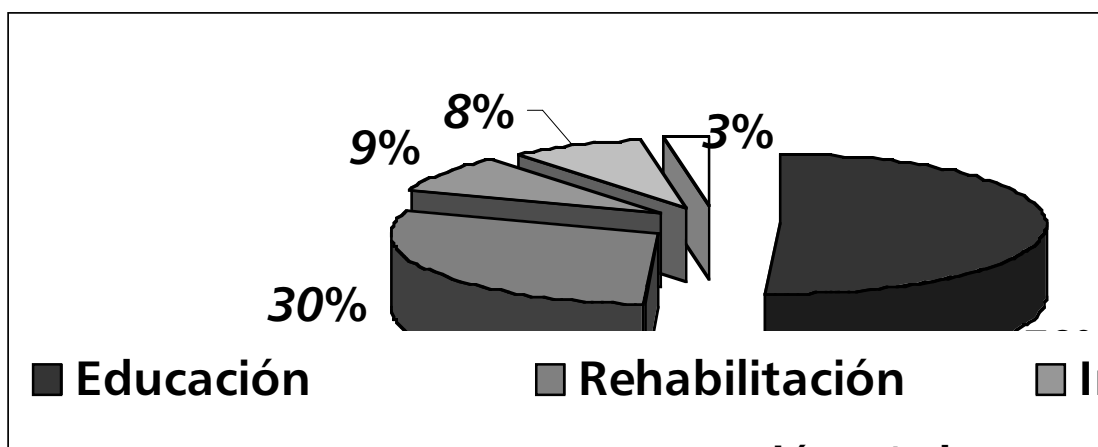
	Prom. 99/01	2.002	1er.trim 03
Expedientes ingresados	2.563	5.247	1.165
Obras sociales	98	130	60
Expedientes pagados	721	4.251	1.062
Obras sociales que cobraron	60	127	43
Monto pagado	\$ 5.639.159	\$ 29.165.000	\$ 6.140.966

Fuente: Administración de Programas Especiales

*Tabla 13 - Expedientes de solicitud de subsidios ingresados/pagados*

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

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



Fuente: Administración de Programas Especiales. Junio 2003

*Gráfico 7 - Modalidades asistenciales solicitadas en 2002*

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

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

Fuente: Administración de Programas Especiales.

*Tabla 14 - Evolución de los montos solicitados distribuidos por patología*

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

## **6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

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

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

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

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

- Los pacientes con discapacidades mentales son registrados en la Seguridad Social: la Administración de Programas Especiales cuenta con información fidedigna sobre ellos. Los pacientes de salud mental asistidos por las Obras Sociales no son registrados en ningún organismo estatal
- Las prestaciones para la discapacidad mental está establecida por ley, las de la salud mental por un decreto.
- La discapacidad mental cuenta con un nomenclador arancelario, los precios son fijados por el Estado. Lo que no ocurre con las prestaciones de salud mental cuyos precios son establecidos en negociaciones en las que el comprador de servicios tiene mayor peso que el oferente.
- Los establecimientos de la discapacidad son categorizados arancelariamente, los de la salud mental no.
- Las personas con discapacidades mentales pueden elegir libremente al prestador, en tanto que la asistencia de la salud mental se hace a través de prestadores de cartilla.
- El PMO regula tanto la duración como la frecuencia de las prestaciones de salud mental. La asistencia a la discapacidad mental, que está amparada por ley y por lo tanto queda por fuera de los alcances del PMO, no tiene topes en el número de sesiones o en la duración de las internaciones.
- Los pacientes de salud mental deben abonar coseguros en la atención ambulatoria y el descuento en los medicamentos es de un 40%. Los pacientes con discapacidades mentales no abonan coseguros y los medicamentos específicos cuentan con un 100% de descuento.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Es previsible un incremento del nivel de endeudamiento de las entidades financiadoras por disminución de ingresos y aumento de gastos por la variación de precios originada en la devaluación de la moneda y la inflación.

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

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

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

El Estado debe retomar un rol protagónico en el financiamiento integral de la discapacidad otorgando un presupuesto proveniente de los impuestos que sume a otros sectores, además del sector Salud, y que asegure la accesibilidad a la promoción social del discapacitado. La

Comisión Nacional Asesora, integrada por actores de profundo compromiso con la discapacidad, puede ser el organismo de gobierno que impulse las acciones tendientes al logro de ese presupuesto. Sólo así se pondrá fin al peregrinar de las instituciones y de las personas en búsqueda del financiamiento al que tienen derecho.

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

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

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

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

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

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

Las instituciones competirán más por resultado y por precio que por el cumplimiento de interminables y onerosos requerimientos edilicios, por deseables que estos sean. Esto limitará los altos costos de oportunidad que obliga a asumir una regulación sin información de resultados. El sector prestador público, a través de los Hospitales Públicos de

Gestión Descentralizada, ganará presencia en la provisión de servicios. El resultado de los servicios se medirá por la capacidad efectiva de cada prestador para lograr la inclusión social y el autovalimiento de aquellos pacientes que estén en condiciones de lograrlo. El mejoramiento de la microgestión se complementará mediante la asociación de prestadores para la compra de insumos y la autogestión de presupuestos. La integración de prestadores públicos y privados potenciará las energías que hoy existen en beneficio del número aún desconocido, pero por cierto, presumiblemente alto, de personas con discapacidad que no acceden a las prestaciones básicas que marca la ley.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Abramzón, Mónica y otros. *Recursos Humanos en Salud en Argentina/2001*. Buenos Aires. 2001. Organización Panamericana de la Salud.
2. Alonso, Modesto M. *Psicología y Psicoterapia en Argentina*. Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. 2002.
3. American psychiatric association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV*. (Versión española). Barcelona. 1995. Masson S. A.
4. Arredondo, M. L. y otros. *Introducción a la temática de la discapacidad*. Dirección Nacional de Capacitación. INAP. Buenos Aires. 1999.
5. Arrow, Kenneth J. "La incertidumbre y el análisis de bienestar de las prestaciones médicas". *Información Comercial Española*. Madrid. N° 574. Junio 1981.
6. Barrionuevo, H. Hugo y Rodríguez, Claudia. "Desinstitucionalización y Prevención de la Cronificación en Pacientes Internados, en Salud Mental". *XVI Congreso Argentino de Psiquiatría*. Mar del Plata. Marzo 2000. Asociación de Psiquiatras Argentinos.
7. Barrionuevo, H. Hugo. *Mejoramiento de la Calidad en la Gestión de la Internación Psiquiátrica*. Tesis: Carrera de Especialista en Auditoría y Garantía de Calidad de la Atención Médica. Buenos Aires. 2001. Universidad Favaloro.
8. Barrionuevo, H. Hugo. *Gestión del Programa Médico Obligatorio en Salud Mental*. Buenos Aires. 2003. Ediciones ISALUD.
9. Belmartino, S.; Bloch, C.; Persello, V. *Fundamentos Históricos de la Construcción de Relaciones de Poder en el Sector Salud. Argentina 1940-1960*. Buenos Aires. 1991. Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud.
10. Bruni, José María. *Costeo del Programa Médico Obligatorio*. Proyecto de Tesis. Maestría en Sistemas de Salud y Seguridad Social. Buenos Aires. 2000. Instituto Universitario ISALUD.
11. Cabases Hita, J. M. *La controversia entre los principios de un sistema sanitario*. Material de la Cátedra Políticas y Sistemas de Salud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Buenos Aires. Mayo 2000. Instituto Universitario ISALUD.
12. Caldas de Almeida, José M. Conferencia sobre *La Salud Mental en el Mundo*. Maestría de Gestión de Servicios de Salud Mental. Buenos Aires. 17 de mayo de 2002. Instituto Universitario Isalud.
13. Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos*. Washington. 1997. OPS-OMS.
14. Dirección de Salud Mental. *Estadísticas Prestacionales*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. 1998.
15. Dornbush, R.; Fischer, S.; Schmalensse, R. *Economía*. 2ª edición. Madrid. 1995. Mc Graw-Hill.

16. Encuesta Nacional de Salud de España, citada en: López Ibor Aliño, Juan J. y otros. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid. 1998. OFISALUD.
17. Fernández Liria, A. y Diéguez Porres, M. "La Reforma Psiquiátrica en España: Aspectos Diferenciales". *Revista de Administración Sanitaria*. Madrid. 1995.
18. Flood, Cristina. y Maceyra, Daniel. "El Funcionamiento de Los Mercados de Salud en Argentina. Aportes para el Debate". *Cuadernos Médico Sociales*. Nº 52, junio. Buenos Aires. 1990. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales.
19. Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires. *Ley de Salud Mental*. Buenos Aires. 2000.
20. González de Rivera y Revuelta J. L.; Rodríguez Pulido F.; Sierra López A. *El Método Epidemiológico en Salud Mental*. Barcelona. 1993. Ed. Masson y Salvat.
21. González García, Ginés y Tobar, Federico. *Más salud por el mismo dinero*. 2ª Edición. Buenos Aires. 1999. Ediciones ISALUD.
22. González García, Ginés. "Salud y Equidad". *Jornadas Internacionales de Economía de la Salud*. Buenos Aires. 1995.
23. González García, Ginés. "La política y la gestión sanitaria: Mitos y realidades". *VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. VII Jornadas Nacionales de Economía de la Salud. Innovaciones en la gestión de servicios de salud*. Asociación de Economía de la Salud. Buenos Aires. 1998. Ediciones ISALUD.
24. Gracia, Diego. *Boletín Oficina Sanitaria Panamericana* 108(5-6). 1990.
25. Katz, Jorge y Muñoz, Alberto. *Organización del Sector Salud: Puja Distributiva y Equidad*. Buenos Aires. 1988. Centro Editor de América Latina.
26. Laurent, Eric. *Psicoanálisis y Salud Mental*. Buenos Aires. 2000. Editorial Tres Haches.
27. Le Goff, Jacques. *Mercaderes y Banqueros de la Edad Media*. 9ª Edición. 1982. EUDEBA.
28. Le Grand. Citado por Rodríguez, Marisol. "Corrientes económicas y criterios de equidad en Sanidad". Material de la Cátedra Economía de la Salud. Maestría en Economía y Gestión de la Salud. Buenos Aires. 1987. Instituto Universitario ISALUD.
29. Ley 19.284 FONADIS - Fondo Nacional de la Discapacidad Chile. 1994.
30. Ley de Integración Social del Minusválido. España. 1984.
31. Ley mexicana para personas con discapacidad en el Distrito Federal. México.
32. Lima Quintana, L.; Devoto, F. y Freylejer, V. *Particularidades de la Determinación de Precios en el Sector Salud Argentino*. Buenos Aires. 1997. Asociación de Economía de la Salud.
33. López Ibor Aliño, Juan J. y otros. *Estudio Socioeconómico sobre: El coste social de los trastornos de salud mental en España*. Sociedad Española de Psiquiatría. Madrid. 1998. OFISALUD.

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

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

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

#### SITIOS WEB DE CONSULTA

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

**ANEXO I**  
**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE**  
**ENFERMEDADES**

**CAPÍTULO SALUD MENTAL**



**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.**  
**CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE10). 10ª REVISIÓN.**  
**CAPÍTULO DE SALUD MENTAL (CÓDIGOS F).**

<b>Código</b>	<b>Diagnóstico</b>
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 cerebral
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 cafeína
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 sustancias psicoactivas
F20	Esquizofrenia
F21	Trastorno esquizotípico

F22	Trastornos delirantes persistente
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 parte
F54	Factores psicológicos y del comportamiento asociados con trastornos o enfermedades clasificados en otra parte
F55	Abuso de sustancias que no producen dependencia
F59	Síndromes del comportamiento avocados con alteraciones fisiológicas y factores físicos, no especificados
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 genero
F65	Trastornos de la preferencia sexual
F66	Trastornos psicológicos y del comportamiento avocados con el desarrollo y con la orientación sexuales

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 la adolescencia
F99	Trastorno mental, no especificad



**ANEXO II**  
**PROTOCOLOS DE EVALUACIÓN**  
**EN DISCAPACIDAD**



**1. ASPECTO MÉDICO:**

**1.1 Diagnóstico**

Código CIE-10

Etiología:

Genética

Perinatal

Metabólicas

Tumoral

Infeciosa

Traumática

Idiopática

Otras

Tiempo de evolución: años o meses

Tipo de Discapacidad:

Motora

Mental

Auditiva

Visual

Visceral

**1.2 Antecedentes de la enfermedad**

**1.3 En rehabilitación:** pública - privada.

**1.4 Realizó rehabilitación:** pública - privada; completa - incompleta.

**1.5 Equipamiento:** silla de ruedas, órtesis, andadores, prótesis, bastones, audífonos, ayudas ópticas, otros.

**Observaciones:** tipo de rehabilitación y tratamientos médicos que recibe o ha recibido.

**2. ASPECTO FAMILIAR**

2.1 Referente del paciente

2.2 Representante legal

2.3 Curador

2.4 Juzgado y Secretaría

2.5 Situación socio-familiar: convivientes, vínculo, edad y ocupación.

2.6 Se encuentra internado

Observaciones: situación de salud familiar.

**3. ASPECTO HABITACIONAL**

3.1 Internación.

3.2 Vivienda: casa, departamento, con o sin infraestructura básica.

3.3 Tenencia: propia, cedida, alquilada, otra.

3.4 Ubicación: urbana, suburbana, rural.

3.5 Accesibilidad: proximidad a medios de locomoción, vivienda adaptada a las necesidades de la persona, estado de las calles.

#### **4. ASPECTO EDUCACIONAL**

Nivel educacional alcanzado antes o después del daño en las modalidades de escolaridad común, de recuperación, especial y domiciliaria.

#### **5. ASPECTO LABORAL**

Acceso a la orientación laboral.  
Ocupación antes de la discapacidad.  
Ocupación actual.  
Desempleo.

#### **6. MINUSVALÍAS**

##### **6.1 Minusvalías de orientación**

- 0) Compensado plenamente.
- 1) Impedimento compensado (utilización de ayudas con el restablecimiento de la plena orientación).
- 2) Impedimento intermitente (experiencias episódicas que interfieren en la plena orientación).
- 3) Impedimento parcialmente compensado.
- 4) Impedimento moderado de orientación.
- 5) Impedimento grave de orientación.
- 6) Carencia de orientación.
- 7) Desorientación.
- 8) Inconsciencia.

##### **6.2 Minusvalía de independencia física**

- 0) Plenamente independiente.
- 1) Independencia con ayuda.
- 2) Independencia adaptada.
- 4) Dependencia situacional.
- 5) Dependencia a intervalo largo.
- 6) Dependencia a intervalo corto.
- 7) Dependencia a intervalo crítico.
- 8) Dependencia de cuidados especiales.
- 9) Dependencia de cuidados permanentes.

##### **6.3 Minusvalía de movilidad**

- 0) Plena movilidad.
- 1) Restricción variable de la movilidad.
- 2) Movilidad deficiente.
- 3) Movilidad reducida.
- 4) Movilidad reducida al ámbito de la vecindad.
- 5) Movilidad reducida al ámbito de la vivienda.
- 6) Movilidad reducida al ámbito de la habitación.
- 7) Movilidad reducida al ámbito de la silla.
- 8) Restricción total de la movilidad.

#### **6. 4. Desventaja ocupacional**

- 0) Habitualmente ocupado.
- 1) Desocupado intermitentemente.
- 2) Ocupación recortada.
- 3) Ocupación adaptada.
- 4) Ocupación reducida.
- 5) Ocupación restringida.
- 6) Ocupación confinada.
- 7) Sin ocupación.
- 8) Sin posibilidades ocupación.
- 9) Sin especificar.

#### **6. 5. Desventaja de Integración social**

- 0) Socialmente integrado.
- 1) Participación inhibida.
- 2) Participación restringida.
- 3) Participación disminuida.
- 4) Relaciones empobrecidas.
- 5) Relaciones reducidas.
- 6) Relaciones alteradas.
- 7) Alineación.
- 8) Aislamiento social.

#### **6.7 Desventaja de autosuficiencia económica**

- 0) Adinerado.
- 1) Situación desahogada.
- 2) Plenamente autosuficiente.
- 3) Autosuficiencia reajustada: por disminución de ingresos; por aumento de gastos.
- 4) Precariamente autosuficiente: recibe ayuda de terceros; recibe ayuda del Estado.
- 5) Económicamente débil: la ayuda que recibe cubre necesidades a nivel de subsistencia.
- 6) Empobrecido: depende de terceros; no recibe pensión o jubilación por invalidez.
- 7) Sin recursos: sin posibilidad de contar con ninguna ayuda.
- 8) Inactivo económicamente: por minoría de edad; por falta de preparación.

#### **7. CLASIFICACIÓN DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS**

<b>Deficiencias</b>
Intelectuales
Psicológicas
Del lenguaje
Del órgano de la audición
Del órgano de la visión
Viscerales

Músculo-esqueléticas
Desfiguradoras
Generalizadas, sensitivas y otras

<b>Discapacidades</b>
Conducta
Comunicación
Cuidado personal
Locomoción
Disposición del cuerpo
Destreza
Situación
Determinada aptitud
Otras restricciones

<b>Minusvalías</b>
De orientación
Independencia física
Movilidad
Ocupacional
Integración social
Autosuficiencia económica
Otras minusvalías

## **8. ORIENTACIÓN PRESTACIONAL**

### **8.1 Prestaciones contempladas en el Sistema Único**

Rehabilitación.  
Hospital de día.  
Centro de día.  
Centro educativo-terapéutico.  
Estimulación temprana.  
Prestaciones educativas.  
Hogar.  
Residencia.  
Pequeño hogar.  
Transporte.

### **8.2 Prestaciones no contempladas en el Sistema Único**

Atención médica.  
Orientación laboral.

**ANEXO III**  
**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
Geriatría	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 auditoria 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, confor-

me 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 con normativa.

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

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

Los pacientes oncológicos de acuerdo con 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 con 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 liber-

tad 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 treinta 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 sobre 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 301/99 MS y AS) 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 791/99 MS y AS) 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 con 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 sobre 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.

.....

#### 7.1.1.1.1.1.1 N      **Sistema nervioso**

.....

#### 7.1.1.1.1.1.2 N03A      **Antiepilépticos**

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      Vigabatrín

- 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 multirresistente.
- Pacientes con epilepsia parcial secundariamente generalizada multirresistente.
- Pacientes con convulsiones tonicoclónicas multirresistentes
- Tratamiento adyuvante en síndrome de Lennox Gastaut.  
N03AX12 Gabapentín
- 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.

#### 7.1.1.1.1.1.3 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).

#### 7.1.1.1.1.4 N05A Antipsicóticos

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 Ansiolíticos**

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 derivación 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 Hipnóticos y sedantes**

N05C Flunitrazepam

**7.1.1.1.1.5 N06A Antidepresivos**

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

N06AA02 Imipramina

N06AA04 Clomipramina

N06AA09 Amitriptilina

N06AA10 Nortriptilina

**7.1.1.1.1.6 N06AB Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina**

N06AB03 Fluoxetina

N06AF Inhibidores no selectivos de la MAO

N06AF04 Tranilcipromina

**7.1.1.1.1.7 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.

7.1.1.1.1.8 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 IV**  
**SÍNTESIS DE NORMATIVAS**  
**EN DISCAPACIDAD**



## **LEY Nº 24.901**

### **Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.**

Sancionada: 5 de noviembre 1997.

Promulgada de hecho: 2 de diciembre 1977.

El Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, etc., sancionan con fuerza de Ley: Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad.

#### **CAPÍTULO I**

##### *Objetivos*

Artículo 1º - Institúyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

#### **CAPÍTULO II**

##### *Ámbito de aplicación*

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

Artículo 3º - Modifícase, atento la obligatoriedad a cargo de las obras sociales en la cobertura determinada en el artículo 2º de la presente ley, el artículo 4º, primer párrafo de la ley 22.431, en la forma que a continuación se indica: El Estado, a través de sus organismos, prestará a las personas con discapacidad no incluidas dentro del sistema de las obras sociales, en la medida que aquéllas o las personas de quienes dependen no puedan afrontarlas, los siguientes servicios.

Artículo 4º - Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado.

Artículo 5º - Las obras sociales y todos aquellos organismos objeto de la presente ley, deberán establecer los mecanismos necesarios para la capacitación de sus agentes y la difusión a sus beneficiarios de todos los servicios a los que pueden acceder, conforme al contenido de esta norma.

Artículo 6º - Los entes obligados por la presente ley brindarán las prestaciones básicas a sus afiliados con discapacidad mediante servicios propios o contratados, los que se evaluarán previamente de acuerdo con los criterios definidos y preestablecidos en la reglamentación pertinente.

Artículo 7º - Las prestaciones previstas en esta ley se financiarán del siguiente modo. Cuando se tratara de:

- a) Personas beneficiarias del Sistema Nacional del Seguro de Salud comprendidas en el inciso a) del artículo 5º de la ley 23.661, con excepción de las incluidas en el inciso b) del presente artículo, con recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución a que se refiere el artículo 22 de esa misma ley;
- b) Jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, con los recursos establecidos en la ley 19.032, sus modificatorias y complementarias;
- c) Personas comprendidas en el artículo 49 de la ley 24.241, con recursos provenientes del Fondo para Tratamiento de Rehabilitación Psicofísica y Recapacitación laboral previsto en el punto 6 del mismo artículo;
- d) Personas beneficiarias de las prestaciones en especie previstas en el artículo 20 de la ley 24.557 estarán a cargo de las aseguradoras de riesgo del trabajo o del régimen de autoseguro comprendido en el artículo 30 de la misma ley;
- e) Personas beneficiadas de pensiones no contributivas y/o graciabiles por invalidez, ex-combatientes ley 24.310 y demás personas con discapacidad no comprendidas en los incisos precedentes que no tuvieren cobertura de obra social, en la medida en que las mismas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, con los fondos que anualmente determine el presupuesto general de la Nación para tal fin.

Artículo 8º - El Poder Ejecutivo propondrá a las provincias la sanción en sus jurisdicciones de regímenes normativos que establezcan principios análogos a los de la de la presente ley.

### CAPÍTULO III

#### *Población beneficiaria*

Artículo 9º - Entiéndese por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2º de la ley 22.431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Artículo 10 - A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3º de la ley 22.431 y por leyes provinciales análogas.

Artículo 11 - Las personas con discapacidad afiliadas a obras sociales accederán a través de las mismas, por medio de equipos interdisciplinarios capacitados a tales efectos, a acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas.

Artículo 12 - La permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado deberá pronosticarse estimativamente de acuerdo

con las pautas que establezca el equipo interdisciplinario y en concordancia con los postulados consagrados en la presente ley. Cuando una persona con discapacidad presente cuadros agudos que le imposibiliten recibir habilitación o rehabilitación deberá ser orientada a servicios específicos. Cuando un beneficiario presente evidentes signos de detención o estancamiento en su cuadro general evolutivo, en los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios, y se encuentre en una situación de cronicidad, el equipo interdisciplinario deberá orientarlo invariablemente hacia otro tipo de servicio acorde con sus actuales posibilidades. Asimismo, cuando una persona con discapacidad presente signos de evolución favorable, deberá orientarse a un servicio que contemple su superación.

Artículo 13 - Los beneficiarios de la presente ley que se vean imposibilitados por diversas circunstancias de usufructuar del traslado gratuito en transportes colectivos entre su domicilio y el establecimiento educacional o de rehabilitación establecido por el artículo 22 inciso a) de la ley 24.314, tendrán derecho a requerir de su cobertura social un transporte especial, con el auxilio de terceros cuando fuere necesario.

#### CAPÍTULO IV

##### *Prestaciones básicas*

###### Artículo 14 - Prestaciones preventivas

La madre y el niño tendrá garantizados desde el momento de la concepción, los controles, atención y prevención adecuados para su óptimo desarrollo físico-psíquico y social. En caso de existir además, factores de riesgo, se deberán extremar los esfuerzos en relación con los controles, asistencia, tratamientos y exámenes complementarios necesarios, para evitar patología o en su defecto detectarla tempranamente. Si se detecta patología discapacitante en la madre o el feto, durante el embarazo o en el recién nacido en el período perinatal, se pondrán en marcha además, los tratamientos necesarios para evitar discapacidad o compensarla, a través de una adecuada estimulación y/u otros tratamientos que se puedan aplicar. En todos los casos, se deberá contemplar el apoyo psicológico adecuado del grupo familiar.

###### Artículo 15 - Prestaciones de rehabilitación

Se entiende por prestaciones de rehabilitación aquellas que mediante el desarrollo de un proceso continuo y coordinado de metodologías y técnicas específicas, instrumentado por un equipo multidisciplinario, tienen por objeto la adquisición y/o restauración de aptitudes e intereses para que una persona con discapacidad, alcance el nivel psicofísico y social más adecuado para lograr su integración social: a través de la recuperación de todas o la mayor parte posible de las capacidades motoras, sensoriales, mentales y/o viscerales, alteradas total o parcialmente por una o más afecciones, sean éstas de origen congénito o adquirido (traumáticas, neurológicas, reumáticas, infecciosas, mixtas o de otra índole), utilizando para ello todos los recursos humanos y técnicos necesarios. En todos los casos se deberá brindar cobertura integral

en rehabilitación, cualquiera fuere el tipo y grado de discapacidad, con los recursos humanos, metodologías y técnicas que fuere menester, y por el tiempo y las etapas que cada caso requiera.

Artículo 16 - Prestaciones terapéuticas educativas.

Se entiende por prestaciones terapéuticas educativas, a aquellas que implementan acciones de atención tendientes a promover la restauración de conductas desajustadas, adquisición de adecuados niveles de autovalimiento e independencia, e incorporación de nuevos modelos de interacción, mediante el desarrollo coordinado de metodologías y técnicas de ámbito terapéutico - pedagógico y recreativo.

Artículo 17 - Prestaciones educativas.

Se entiende por prestaciones educativas a aquellas que desarrollan acciones de enseñanza - aprendizaje mediante una programación temática específicamente diseñada, para realizarlas en un período pre-determinado e implementarla según requerimientos de cada tipo de discapacidad. Comprende escolaridad, en todos sus tipos, capacitación laboral, talleres de formación laboral y otros. Los programas que se desarrollen deberán estar inscriptos y supervisados por el organismo oficial competente que correspondiere.

Artículo 18 - Prestaciones asistenciales.

Se entiende por prestaciones asistenciales a aquellas que tienen por finalidad la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat - alimentación - atención especializada) a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio - familiar que posea el demandante. Comprenden sistemas alternativos al grupo familiar a favor de las personas con discapacidad sin grupo familiar o con grupo familiar no continente.

## CAPÍTULO V

### *Servicios específicos*

Artículo 19 - Los servicios específicos desarrollados en el presente capítulo al solo efecto enunciativo, integrarán las prestaciones básicas que deberán brindarse a favor de las personas con discapacidad en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio - familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación. La reglamentación establecerá los alcances y características específicas de estas prestaciones.

Artículo 20 - Estimulación temprana.

Estimulación temprana es el proceso terapéutico - educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño con discapacidad.

Artículo 21 - Educación inicial.

Educación inicial es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la escolaridad, que se desarrolla entre los 3 y 6 años, de acuerdo con una programación especialmente elaborada y aprobada para ello. Puede implementarse dentro de un servicio de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

#### Artículo 22 - Educación general básica.

Educación general básica es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio escolar especial o común. El límite de edad no implica negar el acceso a la escolaridad a aquellas personas que, por cualquier causa o motivo, no hubieren recibido educación. El programa escolar que se implemente deberá responder a lineamientos curriculares aprobados por los organismos oficiales competentes en materia de educación y podrán contemplar los aspectos de integración en escuela común, en todos aquellos casos que el tipo y grado de discapacidad así lo permita.

#### Artículo 23 - Formación laboral.

Formación laboral es el proceso de capacitación cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. El proceso de capacitación es de carácter educativo y sistemático y para ser considerado como tal debe contar con un programa específico, de una duración determinada y estar aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

#### Artículo 24 - Centro de día.

Centro de día es el servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana, mediante la implementación de actividades tendientes a alcanzar el máximo desarrollo posible de sus potencialidades.

#### Artículo 25 - Centro educativo terapéutico.

Centro educativo terapéutico es el servicio que se brindará a las personas con discapacidad teniendo como objeto la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

#### Artículo 26 - Centro de rehabilitación psicofísica.

Centro de rehabilitación psicofísica es el servicio que se brindará en una institución especializada en rehabilitación mediante equipos interdisciplinarios, y tiene por objeto estimular, desarrollar y recuperar al máximo nivel posible las capacidades remanentes de una persona con discapacidad.

#### Artículo 27 - Rehabilitación motora.

Rehabilitación motora es el servicio que tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motor.

a) Tratamiento rehabilitatorio: las personas con discapacidad ocasionada por afecciones neurológicas, ósteo-articulomusculares, traumáticas, congénitas, tumorales, inflamatorias, infecciosas, metabólicas, vasculares o de otra causa, tendrán derecho a recibir atención especializada, con la duración y alcances que establezca la reglamentación;

b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas u otros aparatos ortopédicos: se deberán proveer los necesarios de acuerdo con las características del paciente, el período evolutivo de la discapacidad, la integración social del mismo y según prescripción del médico especialista en medicina física y rehabilitación y/o equipo tratante o su eventual evaluación ante la prescripción de otro especialista.

Artículo 28 - Las personas con discapacidad tendrán garantizada una atención odontológica integral, que abarcará desde la atención primaria hasta las técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación. En aquellos casos que fuere necesario, se brindará la cobertura de un anestesiista.

## CAPÍTULO VI

### *Sistemas alternativos al grupo familiar*

Artículo 29 - En concordancia con lo estipulado en el artículo 11 de la presente ley, cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares. Los criterios que determinarán las características de estos recursos serán la edad, tipo y grado de discapacidad, nivel de autovalimiento e independencia.

Artículo 30 - Residencia.

Se entiende por residencia al recurso institucional destinado a cubrir los requerimientos de vivienda de las personas con discapacidad con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas. La residencia se caracteriza porque las personas con discapacidad que la habitan, poseen un adecuado nivel de autogestión, disponiendo por sí mismas la administración y organización de los bienes y servicios que requieren para vivir.

Artículo 31 - Pequeños hogares.

Se entiende por pequeño hogar al recurso institucional a cargo de un grupo familiar y destinado a un número limitado de menores, que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes con discapacidad, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

Artículo 32 - Hogares.

Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente. El hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descritos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

## CAPÍTULO VI

### *Prestaciones complementarias*

Artículo 33 - Cobertura económica.

Se otorgará cobertura económica con el fin de ayudar económica-

mente a una persona con discapacidad y/o su grupo familiar afectados por una situación económica deficitaria, persiguiendo los siguientes objetivos:

a) Facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir.

b) Apoyar económicamente a la persona con discapacidad y su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad, no contempladas en las distintas modalidades de las prestaciones normadas en la presente ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/o rehabilitación e inserción socio-laboral, y posibilitar su acceso a la educación, capacitación y/o rehabilitación. El carácter transitorio del subsidio otorgado lo determinará la superación, mejoramiento o agravamiento de la contingencia que lo motivó, y en plazos prefijados previamente en forma taxativa.

Artículo 34 - Cuando las personas con discapacidad presentaren dificultades en sus recursos económicos y/o humanos para atender sus requerimientos cotidianos y/o vinculados con su educación, habilitación, rehabilitación y/o reinserción social, las obras sociales deberán brindar la cobertura necesaria para asegurar la atención especializada domiciliaria que requieren, conforme la evaluación y orientación estipulada en el artículo 11 de la presente ley.

Artículo 35 - Apoyo para acceder a las distintas prestaciones. Es la cobertura que tiende a facilitar y/o permitir la adquisición de elementos y/o instrumentos de apoyo que se requieren para acceder a la habilitación y/o rehabilitación, educación, capacitación laboral y/o inserción social, inherente a las necesidades de las personas con discapacidad.

Artículo 36 - Iniciación laboral. Es la cobertura que se otorgará por única vez a la persona con discapacidad una vez finalizado su proceso de habilitación, rehabilitación y/o capacitación, y en condiciones de desempeñarse laboralmente en una tarea productiva, en forma individual y/o colectiva, con el objeto de brindarle todo el apoyo necesario, a fin de lograr su autonomía e integración social.

Artículo 37 - Atención psiquiátrica.

La atención psiquiátrica de las personas con discapacidad se desarrolla dentro del marco del equipo multidisciplinario y comprende la asistencia de los trastornos mentales, agudos o crónicos, ya sean éstos la única causa de discapacidad o surjan en el curso de otras enfermedades discapacitantes, como complicación de las mismas y por lo tanto interfieran los planes de rehabilitación. Las personas con discapacidad tendrán garantizada la asistencia psiquiátrica ambulatoria y la atención en internaciones transitorias para cuadros agudos, procurando para situaciones de cronicidad, tratamientos integrales, psicofísicos y sociales, que aseguren su rehabilitación e inserción social. También se cubrirá el costo total de los tratamientos prolongados, ya sea psicofarmacológicos o de otras formas terapéuticas.

Artículo 38 - En caso que una persona con discapacidad requiriere, en función de su patología, medicamentos o productos dietoterápicos

específicos y que no se produzcan en el país, se le reconocerá el costo total de los mismos.

Artículo 39 - Será obligación de los entes que prestan cobertura social, el reconocimiento de los siguientes servicios a favor de las personas con discapacidad:

a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología, conforme así o determine las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;

b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la presente ley, conforme así lo determinen las acciones de evaluación y orientación estipuladas en el artículo 11 de la presente ley;

c) Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético - hereditario.

Artículo 40 - El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de la presente ley dentro de los ciento ochenta días de su promulgación.

Artículo 41 - Comuníquese al Poder Ejecutivo.

Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, a los cinco días del mes de noviembre del año mil novecientos noventa y siete.

**B.O. 24/04/00**

## **RESOLUCIÓN 428/99 Ms y AS**

Apruébase el nomenclador de prestaciones básicas para personas con discapacidad. Normativa general. Niveles de atención y tratamiento. Bs.As., 23/06/99

VISTO el Expediente Nº 2002-3526/99-4 del registro de este Ministerio, y CONSIDERANDO:

Que por dichos actuados se propicia la aprobación del Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas Discapacitadas.

Que la propuesta efectuada es producto del documento elaborado por la Comisión Nacional Asesora Para la Integración de Personas Discapacitadas.

Que se trata de una herramienta de fácil aplicación que permite optimizar la facturación por parte de los prestadores.

Que la Subsecretaría de Atención Médica y la Secretaría de Programas de Salud han prestado su conformidad.

Que la Dirección Nacional de Normatización de Servicios y la Dirección General de Asuntos Jurídicos han tomado la intervención de su competencia,

Por ello, el Ministro de Salud y Acción Social  
RESUELVE:

Artículo 1º -Apruébase el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad que como Anexo I forma parte integrante de la presente.

Artículo 2º - Regístrese y comuníquese a quienes corresponda. Cumplido, archívese. Alberto Mazza.

Anexo I

Normativa General

1 - Los módulos de atención de este Nomenclador comprenden todas las prestaciones incluidas en los servicios que hayan sido específicamente registrados para tal fin, y los beneficiarios deberán certificar su discapacidad previamente a recibir con cargo al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

2 - Los períodos de edad de los beneficiarios comprendidas en este Nomenclador deben ser consideradas en forma orientativa, y a los efectos de proceder a una mejor atención de los mismos.

3 - Las prestaciones previstas en este Nomenclador serán aplicadas a aquellos beneficiarios que acrediten su discapacidad de acuerdo con los términos de la Ley 22.431 y que hayan completado su rehabilitación médico funcional, para lo cual su cobertura está contemplada a través del Programa Médico Obligatorio y el Hospital Público.

4 - Las enfermedades agudas emergentes, así como la reagudización, complicaciones o recidivas de la patología de base, serán cubiertas según lo establecido por el Programa Médico Obligatorio a través de su Obra Social, de las empresas de cobertura médica y aseguradoras de riesgos del trabajo que tenga el beneficiario o por el Hospital Público.

5 - El prestador deberá incluir en cada prestación los recursos físicos, humanos y materiales que corresponden al tipo y categoría de servicio para el que ha sido registrado.

6 - Las prestaciones de carácter educativo contempladas en éste Nomenclador serán provistas a aquellos beneficiarios que no cuenten con oferta educacional estatal adecuada a las características de su discapacidad.

7 - La provisión de órtesis y prótesis de uso externo están excluidas de los módulos y su cobertura se hará de acuerdo con lo establecido en la Resolución 1/98 de la Administración de Programas Especiales, el Programa Médico Obligatorio y la Superintendencia de Riesgos del Trabajo. La provisión de prótesis y órtesis estará a cargo del Sistema Único para los pacientes sin cobertura social.

8 - Los Tratamientos de Estimulación Temprana serán cubiertos durante el primer año de vida por el Programa Materno Infantil de la Obras Sociales, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 247/96 M.S.A.S. Atendiendo la continuidad del tratamiento los equipos profesionales deberán estar inscriptos en el Registro Nacional de Prestadores del Sistema Único de Prestaciones Básicas.

9 - La provisión de medicamentos, prótesis y órtesis están excluidas de los módulos, salvo en los casos que expresamente se incluya.

10 - Los módulos no incluyen estudios de diagnóstico y prácticas de laboratorio, los que deberán cubrirse a través del Programa Médico Obligatorio de las Obras Sociales y de Hospital Público, empresas de cobertura médica y aseguradoras de riesgos del trabajo.

11 - Los aranceles establecidos para casa módulo incluyen el 100% de la cobertura prevista en cada uno, por lo que el prestador no cobrará adicionales directamente al beneficiario.

12 - Las prestaciones realizadas en horarios nocturnos y/o feriados no modifican los aranceles.

13 - Los aranceles incluyen el traslado de los beneficiarios fuera del establecimiento cuando deban recibir prestaciones o desarrollar actividades previstas en el módulo correspondiente.

14 - Los aranceles incluidos en este Nomenclador comprenden idénticos valores para la atención de niños, jóvenes y adultos.

15 - Las prestaciones que se brindan por sesiones no podrán superar la cantidad de 10 (diez) semanales, incluidas todas las especialidades. Superando este límite, las prestaciones deben considerarse dentro de alguno de los módulos previstos.

16 - Los montos de las prestaciones ambulatorias de jornada doble, incluyen comida y una colación diaria. Cuando estas no se brinden, deben descontarse del monto mensual.

1 Comida mensual \$ 51,27

1 Comida diaria \$ 2,38

17 - Los aranceles de las prestaciones del Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día y Hogar con Centro Educativo Terapéutico, cuando el establecimiento sea categorizado para la atención de personas discapacitadas dependientes, se les reconocerá un adicional; del 35% sobre los valores establecidos en el Nomenclador.

18 - Se considera persona discapacitada dependiente a la que debido a su tipo y grado de discapacidad, requiera asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros, la que debe ser certificada por la Junta Evaluadora correspondiente.

## NIVELES DE ATENCIÓN

### 1. NIVEL DE CONSULTA MÉDICA:

#### 1.1. Consulta médica en rehabilitación física:

De acuerdo con la Resolución N° 432/97 de Aranceles Modulares para los Hospitales Públicos de Autogestión.

### 2. NIVEL DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO

#### 2.1. Modalidad de atención ambulatoria.

#### 2.2. Modalidad de internación.

#### 2.3. Modalidad de Prestaciones Anexas.

#### 2.1. Modalidad de atención ambulatoria

##### 2.1.1. Atención ambulatoria

a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

#### c) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación
- Consultorios de rehabilitación de Hospitales
- Clínicas o Sanatorios polivalentes
- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular.

#### d) Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo:  
comprende semana completa (5 días).

b) Módulo por tratamiento integral simple:

incluye periodicidades menores a 5 días semanales.

Comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia
- Kinesiología
- Terapia ocupacional

- Psicología
- Fonoaudiología
- Psicopedagogía
- Y otros tipos de atención reconocidas por autoridad competente.

La atención ambulatoria debe estar indicada y supervisada por un profesional médico, preferentemente especialista según corresponda.

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes.

e) Arancel por sesión:

Módulo integral intensivo:

\$ 100 por semana

Módulo integral simple:

\$ 60 por semana

#### 2.1.2. Módulo: Hospital de Día:

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

b) Población: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas (motoras y sensoriales) que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. No comprende la atención de prestaciones de hospitales de Día Psiquiátricos, los que están contemplados en el Nomenclador de Hospital Público de Autogestión.

d) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación
- Centros de Rehabilitación.

e) Modalidad de Cobertura:

Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

El Módulo incluye honorarios profesionales (Consultas e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamientos necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación y el almuerzo en el de jornada doble.

f) Aranceles:

Simple: \$ 600

Doble: \$ 800

#### 2.1.3. Centro de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades severas

y/o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

c) Prestación Institucional: Centros de Día.

d) Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

e) Aranceles:

Categoría A Categoría B Categoría C

Jornada Simple \$ 564 \$ 474 \$ 361

Jornada Doble \$ 847 \$ 711 \$ 542

#### 2.1.4. Módulo Centro Educativo-Terapéutico:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera .

b) Población: Discapacitados mentales (psicóticos, autistas), lesionados neurológicos, paralíticos cerebrales, multidiscapacitados, etc. entre los 4 y los 24 años de edad.

c) Prestación Institucional: Centro Educativo-Terapéutico.

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

e) Valor del Módulo:

Categoría A Categoría B Categoría C

Jornada Simple \$ 618 \$ 519 \$ 396

Jornada Doble \$ 879 \$ 738 \$ 563

#### 2.1.5. Módulo de Estimulación Temprana.

a) Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico-educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.

b) Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

c) Prestación Institucional: Centros de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

d) Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar. Comprende hasta tres (3) sesiones semanales.

e) Valor del Módulo:

Mensual: \$ 240,57

Valor hora: \$ 16,00

#### 2.1.6. Prestaciones Educativas

##### 2.1.6.1. Educación Inicial:

a) Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

b) Población: Niños discapacitados entre 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial y/o escuela de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica según corresponda.

e) Aranceles

Categoría A Categoría B Categoría C

Jornada Simple \$ 584 \$ 491 \$ 374

Jornada Doble \$ 853 \$ 717 \$ 546

##### 2.1.6.2. Educación General Básica:

a) Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.

b) Población: Niños discapacitados entre 6 y 14 años de edad cronológica aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial y/o escuela de educación común, en aquellos casos que la integración escolar sea posible e indicada.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica según corresponda.

e) Aranceles:

Categoría A Categoría B Categoría C

Jornada Simple \$ 584 \$ 491 \$ 374

Jornada Doble \$ 853 \$ 717 \$ 546

#### 2.1.6.3. Apoyo a la integración escolar:

a) Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población entre los 3 y los 18 años de edad o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

b) Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otras), que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles. Educación Inicial, EGB, Polimodal. Entre los 3 y los 18 años de edad.

c) Tipo de prestación: Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.

d) Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultáneo y/o sucesiva según corresponda.

e) Aranceles:

Valor del módulo \$ 400

Valor hora \$ 16 (cuando requiera menos de 6 horas semanales)

#### 2.1.6.4. Formación laboral y/o rehabilitación profesional:

a) Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos oficiales competentes en la materia.

b) Población: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y los 24 años de edad cronológica aproximadamente.

Las personas con discapacidad adquirida podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

c) Prestación Institucional: Centros o escuelas de formación laboral especial o común. Centros de Rehabilitación profesional.

En todos aquellos casos que fuere posible se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.

d) Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 3 años de duración.

e) Aranceles:

Categoría A Categoría B Categoría C

Jornada Simple \$ 538 \$ 452 \$ 344

Jornada Doble \$ 776 \$ 652 \$ 497

#### 2.2. Modalidad de internación:

##### 2.2.1. Módulo de internación en Rehabilitación:

a) Definición: Está destinado a la atención de pacientes en etapa subaguda de su enfermedad discapacitante que hayan superado riesgo de

vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

c) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación con Internación.

d) Modalidad de cobertura:

- Incluye
  - . Evaluación prescripción y seguimiento por médico especialista.
  - . Seguimiento clínico diario.
  - . Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso.

- . Análisis y Rx de rutina.

- Excluye

- . Asistencia y seguimiento del / de los médicos de cabecera y especialistas.
  - . Estudios de diagnóstico por imágenes
  - . Equipamiento (las ayudas técnicas deben ser brindadas durante la internación aguda).

- . Medicamentos no inherentes a la secuela.

- . Pañales descartables.

e) Valor del Módulo:

Mensual: \$ 2.400.

#### 2.2.2. Módulo Hogar:

a) Definición: Se entiende por hogar al recurso institucional que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimiento básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas con discapacidad sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente.

El Hogar estará dirigido preferentemente a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento e independencia sea dificultosa a través de los otros sistemas descriptos, y requieran un mayor grado de asistencia y protección.

b) Población: Niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad.

c) Prestación Institucional: Hogares.

d) Modalidad de cobertura:

- Módulo de alojamiento permanente.
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

La prestación de hogar puede combinarse con las otras modalidades de prestaciones ambulatorias enunciadas en 2.1.3, 2.1.4, 2.1.6.1, 2.1.6.2, y 2.1.6.4.

e) Valor del Módulo:

Categoría A	Categoría B	Categoría C
Hogar Lunes a viernes	\$ 639 \$ 537	\$ 428
Permanente	\$ 801 \$ 673	\$ 535
Hogar con Lunes a viernes	\$ 922 \$ 774	\$ 617
Ctro. de Día Permanente	\$ 801 \$ 673	\$ 535
Hogar con Lunes a viernes	\$ 1.016 \$ 853	\$ 650
Ctro. Educ. Terap. Permanente	\$ 1.252 \$ 1.052	\$ 813
Hogar con Lunes a viernes	\$ 945 \$ 794	\$ 617
Educación inicial Permanente	\$ 1.181 \$ 992	\$ 756
Hogar con Lunes a viernes	\$ 945 \$ 794	\$ 617
Educ. Gral. Básica Permanente	\$ 1.181 \$ 992	\$ 756
Hogar con Lunes a viernes	\$ 899 \$ 755	\$ 575
Formación laboral Permanente	\$ 1.166 \$ 979	\$ 746

#### 2.2.3. Residencia:

a) Definición: Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

b) Población: Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema.

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

c) Prestación Institucional:

Residencias (casas o departamentos, preferentemente en área urbana, con capacidad entre 8 y 10 personas).

d) Modalidad de cobertura:

- Módulo de alojamiento permanente
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

e) Valor del Módulo:

Categoría A	Categoría B	Categoría C
Lunes a viernes	\$ 557 \$ 463	\$ 428
Permanente	\$ 689 \$ 579	\$ 535

#### 2.2.4 Pequeño Hogar:

a) Definición: Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura Integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio o continente.

b) Población: Niños y adolescentes discapacitados entre 3 y 21 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

c) Prestación Institucional:

Unidad habitacional (casas o departamentos, con capacidad variable entre 12 y 15 niños y adolescentes)

d) Modalidad de cobertura:

- Modulo de alojamiento permanente
- Módulo de alojamiento de lunes a viernes

e) Valor del Módulo:

Categoría A Categoría B Categoría C

Lunes a viernes \$ 553 \$ 465 \$ 428

Permanente \$ 682 \$ 573 \$ 535

### 2.3. Modalidad de Prestaciones anexas:

#### 2.3.1. Prestaciones de Apoyo

a) Definición: Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

b) Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.

c) Tipo de prestación: Ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. La misma será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.

d) Modalidad de cobertura: El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta seis (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario de alguna de las otras previstas.

e) Aranceles: \$ 0,35 por km recorrido

En caso de beneficiarios que requieran asistencia de terceros para su movilización y/o traslados se reconocerá un adicional del 35% sobre el valor establecido.

## **RESOLUCIÓN 400/99 - APE**

Programa de cobertura del sistema. Normas para los agentes del Seguro de Salud que requieran apoyo financiero.

Niveles de atención. Modalidades de atención ambulatoria, internación y prestaciones anexas.

Bs. As., 16/2/99

VISTO las leyes 22.431 y 24.901 y los Decretos Nros. 762/ 97 y 1193/98 CONSIDERANDO:

Que las normas mencionadas en el visto obligan a las Obras Sociales del Sistema Nacional del Seguro de Salud creado por las leyes 23.660 y 23.661, a dar cobertura integral a las personas con discapacidad, beneficiarios del mencionado sistema.

Que es misión de la Administración de Programas Especiales en su Programa de Asistencia, garantizar a los beneficiarios del Régimen de las leyes 23.660 y 23.661 dentro de un marco de equidad y solidaridad, el acceso a las Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Que a los efectos de brindar el apoyo financiero adecuado se hace necesario crear un Programa de cobertura especial, donde se establezcan las condiciones particulares de los módulos prestacionales y su alcance.

Que los apoyos financieros que se otorgan a los Agentes del Seguro de Salud para brindar prestaciones a los beneficiarios del régimen de las leyes 23.660 y 23.661 provienen prioritariamente del Fondo Solidario de Redistribución sujeto a las disponibilidades presupuestarias, por lo que corresponde predeterminedar las condiciones generales de su otorgamiento a fin de procurar una eficiente, adecuada, equitativa y oportuna aplicación de tales recursos.

Por ello, y en uso de las facultades conferidas por Decreto N° 62/98 y 53/98 –PEN– el Gerente General de la Administración de Programas Especiales

RESUELVE:

Artículo 1º - Establecer a partir de la publicación de la presente en el Boletín Oficial, el Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad, para los beneficiarios de las leyes 23.660 y 23.661, a través del cual la Administración de Programas Especiales financiará el pago de todas las prestaciones detalladas en el Anexo III que forma parte de esta Resolución.

Art. 2º - Los Agentes del Seguro que requieran apoyo económico de la Administración de Programas Especiales, deberán ajustar su solicitud a lo establecido en la presente Resolución con arreglo al "Sistema de Información de la Administración de Programas Especiales" (SIAPE) y su otorgamiento se efectuará con arreglo a las disponibilidades presupuestarias, económicas y financieras.

Art. 3º - Los Agentes del Seguro de Salud solicitarán el apoyo financiero según las normas y requisitos que se aprueban como Anexo I y se obligan a cumplir las condiciones que se fijan como Anexo II.

Art. 4º - Apruébese los Anexos I a III incorporados a la Resolución como parte integrante de la misma.

Art. 5º - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese. - Carlos F. Lapadula.

#### ANEXO I

I. - La solicitud de apoyo financiero o subsidio deberá ser presentada por escrito mediante nota dirigida a la máxima autoridad del Organismo, suscripta por el representante legal de la entidad solicitante, certificada su firma por institución bancaria o notarial.

II. - La solicitud deberá iniciarse con las siguientes declaraciones expresas de aceptación, formuladas por la Obra Social:

1. - La Obra Social (nombre de la Obra Social) reconoce que el apoyo financiero peticionado, no es obligatorio para la Administración de Programas Especiales, que ésta lo podrá otorgar según las posibilidades presupuestarias y razones de mérito, oportunidad y conveniencia en tanto la Obra Social haya dado cumplimiento a las condiciones para su otorgamiento.

La denegatoria o concesión parcial en ningún caso generará derecho alguno a favor de la Obra Social (nombre de la Obra Social).

2. - La Obra Social (nombre de la Obra Social) reconoce que es la única obligada frente al beneficiario, con el cual mantendrá incólume la vinculación, deslindando a la Administración de Programas Especiales, de toda responsabilidad, incluso si se le asignara prestador y/o proveedor, dicha asignación se tendrá por realizada por cuenta y orden expresa de la Obra Social (nombre de la Obra Social).

3. - La Obra Social (nombre de la Obra Social) asume la obligación de presentarse ante toda acción judicial que se inicie contra la Administración de Programas Especiales por motivo del pedido de apoyo financiero, exonerándola de toda responsabilidad en el supuesto que, en sede judicial, se determinara responsabilidad del sistema, sin perjuicio de las que se fijaren a cargo de otras personas y/o prestadores y/o proveedores.

4. - La Obra Social acepta que se efectúen pagos directos a prestadores y/o proveedores por cuenta y orden, asumiéndolos como propios.

5. - La Obra Social acepta, y se obliga a hacer saber al beneficiario, sus familiares y/o parientes, que toda la tramitación es materia exclusiva de la Obra Social, debiendo todos los pedidos, consultas e informaciones ser canalizadas a través de la Obra Social, no pudiendo los particulares realizar gestión de ningún tipo ante la Administración de Programas Especiales y/o sus diversas áreas, sin ninguna excepción.

III. - A continuación la Obra Social aportará la siguiente información:

1. - Nombre y apellido del paciente, edad, domicilio, tipo y número de documento de identidad, fecha de nacimiento, nacionalidad y estado civil.

2. - Número y tipo de beneficiario.

3. - Nombre completo, siglas de la Obra Social y número de inscripción en el Registro Nacional de Obras Sociales.

4. - Diagnóstico, tratamiento y evaluación de la auditoría médica de la Obra Social avalando la necesidad del mismo fundada en los hechos concretos.

5. - Certificado de afiliación por parte de la Obra Social con fecha de ingreso a la misma.

6. - Grado de consanguinidad y parentesco con el titular.

7. - Si es extranjero, fecha de entrada al país y el respectivo documento otorgado por la autoridad argentina.

IV. - Certificación de la discapacidad extendida por la autoridad Nacional o Provincial de competencia.

V. - Se adjuntarán a la solicitud del apoyo financiero los presupuestos, en originales, de instituciones y profesionales acreditados de plaza, manteniendo dicha cotización por un término no menor de 180 días. El presupuesto se confeccionará en moneda de curso legal por cada rubro, siendo la Gerencia de Prestaciones la que dispondrá su aprobación.

VI. - Los valores de los módulos son topes máximos de precio a financiar.

VII. - Se deberá adjuntar a la solicitud de subsidio la conformidad por escrito del beneficiario titular. En caso de menores de edad, la responsabilidad será de los padres y/o tutores de los mismos.

VIII. - La presentación del subsidio y documentación (SI-APE) se presentará en Mesa de Entradas, la que procederá a verificar la documentación presentada por los puntos mencionados pero no podrá evaluar el contenido de dicha documentación, otorgándole un número de expediente.

IX. - La notificación del otorgamiento se efectuará por nota certificada a la Obra Social.

X. - La liquidación y pago del subsidio se práctica por medio del procedimiento establecido en la normativa vigente.

## ANEXO II

### Normas

Los Agentes del Seguro de Salud, cuando requieran apoyo financiero con respecto a esta Resolución deberán cumplimentar las normas generales detalladas a continuación:

Inciso 1º - Certificado de discapacidad, otorgado por autoridad Nacional o Provincial de competencia con su correspondiente orientación terapéutica.

Inciso 2º - Historia Clínica: El Agente del Seguro de Salud deberá presentar en el expediente por el cual tramita el subsidio, historia clínica del paciente confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa del tratamiento a realizar, debiendo estar auditada por el médico auditor de la Obra Social solicitante, y éste es quien autorizará la realización del mismo.

Inciso 3º - Los módulos de atención de este Nomenclador comprenden todas las prestaciones incluidas en los servicios que hayan sido específicamente registrados para tal fin, y los beneficiarios deberán certificar su discapacidad previamente a recibir atención.

Inciso 4° - Los períodos de edad de los beneficiarios comprendidos en este Nomenclador deben ser considerados en forma orientativa, y a los efectos de proceder a una mejor atención y derivación de los mismos. El tipo de prestaciones desarrolladas están dirigidas preferentemente a personas menores de 60 años.

Inciso 5° - Las prestaciones previstas en este Nomenclador serán aplicadas a aquellos beneficiarios que acrediten su discapacidad de acuerdo con los términos de la ley 22.431 y que hayan realizado su rehabilitación médico-funcional, para lo cual su cobertura está contemplada en el Programa Médico Obligatorio.

Inciso 6° - Las enfermedades agudas emergentes, así como la reagu-dización, complicaciones o recidivas de la patología de base, serán cubiertas según lo establecido en el Programa Médico Obligatorio a través de su Obra Social.

Inciso 7° - El prestador deberá incluir en cada prestación los recursos físicos, humanos y materiales que correspondan al tipo y categoría de servicios para el que ha sido registrado.

Inciso 8° - Las prestaciones de carácter educativo contempladas en este Nomenclador serán provistas a aquellos beneficiarios que no cuenten con oferta educacional pública estatal adecuada a las características de su discapacidad.

Inciso 9° - La provisión de órtesis y prótesis de uso externo están excluidas de los módulos, y su cobertura se hará de acuerdo con lo establecido en la Resolución N° 001/98 de la Administración de Programas Especiales y el Programa Médico Obligatorio.

Inciso 10° - Los tratamientos de Estimulación Temprana serán cubiertos durante el primer año de vida por el Programa Materno Infantil de las Obras Sociales, de acuerdo con lo establecido en la Resolución N° 247/96- MS y AS.

Inciso 11° - La provisión de medicamentos, prótesis y órtesis están excluidas de los módulos, salvo en los casos que expresamente se los incluya.

Inciso 12° - Los módulos no incluyen estudios de diagnóstico y prácticas de laboratorio, los que deberán cubrirse a través del Programa Médico Obligatorio de las Obras Sociales.

Inciso 13° - Los aranceles establecidos para cada módulo incluyen el 100% de la cobertura prevista en cada uno, por lo que el prestador no podrá cobrar adicionales directamente al beneficiario.

Inciso 14° - Las prestaciones realizadas en horarios nocturnos y/o feriados no modifican los aranceles.

Inciso 15° - Los aranceles incluyen el traslado de los beneficiarios fuera del establecimiento cuando deban recibir prestaciones o desarrollar actividades previstas en el módulo correspondiente.

Inciso 16 - Los aranceles incluidos en este Nomenclador comprenden idénticos valores para la atención de niños, jóvenes y adultos.

Inciso 17 - Los montos de las prestaciones ambulatorias de jornada doble, incluyen almuerzo y una colación diaria. Cuando éstas no se brinden, deben descontarse del monto mensual.

Almuerzo mensual \$ 51,27

Almuerzo diario \$ 2,38

Inciso 18° - Los aranceles de las prestaciones de Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día y Hogar con Centro Educativo Terapéutico, cuando el establecimiento sea categorizado para la atención de personas discapacitadas dependientes, se les reconocerá un adicional de 35% sobre los valores establecidos en el Nomenclador.

Inciso 19° - Se considera persona discapacitada dependiente a la que debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión constante por parte de terceros para desarrollar las actividades básicas de la vida cotidiana: higiene, vestido, alimentación, deambulacion según se determine por certificación de Junta Evaluadora.

Inciso 20° - Las prácticas en el exterior no se subsidiarán, excepto que se encuentren comprendidas en el siguiente supuesto:

–Cuando el costo de la prestación en el exterior sea inferior al vigente en el país para la misma práctica. Si no fuese así se reconocerá a la Obra Social los montos vigentes en el país.

Queda a cargo de la Gerencia de Prestaciones evaluar la idoneidad e incumbencia de la Institución elegida sobre la base de antecedentes e información disponible.

Inciso 21° - La auditoría en terreno de las prestaciones que se brinden conforme los términos de la presente Resolución, será efectuada por el Agente del Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados, pudiendo esta Administración supervisarlo por intermedio de sus profesionales o disponer que estos también lo efectúen, quedando relevados de esta supervisión, cuando la práctica se realice en el exterior.

Inciso 22° - La rendición de cuentas se realizará utilizando el normado en el Anexo VIII de la Resolución N° 001/98 –APE–

Inciso 23° - Para el conocimiento de la presente Resolución los prestadores públicos y/o privados, que brinden las prestaciones enunciadas en el artículo 1° en base a un pedido de apoyo financiero sujeto a la presente Resolución y/o perciban el pago por dicho concepto, tendrán por conocida y aceptada la presente Resolución y sus Anexos, debiendo prestar total colaboración, sin oposición, a la realización de las auditorías en terreno, y brindar información a los efectos de poder llevar a cabo las estadísticas de evaluación de los beneficiarios. Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el artículo 42° y concordantes ley 23.661 a cuyo fin la Administración de Programas Especiales extraerá testimonio y lo remitirá a la Superintendencia de Servicios de Salud.

Inciso 24° - El Agente del Seguro que sea beneficiario de un apoyo financiero en las condiciones que fija la presente Resolución deberá cumplir estrictamente con las normas de otorgamiento y en caso de incumplimiento de las disposiciones dictadas, será intimado por única vez a su cumplimiento, en un plazo no mayor de 10 (diez) días. Si el Agente del Seguro de Salud incumple la intimación se dispondrá la revo-

cación del subsidio otorgado, el que será reintegrado a la Administración de Programas Especiales en el término de setenta y dos horas (72 hs.), con los intereses que fija la Resolución N° 620/93 –ANSSAL– o la que suplante en el futuro. En el supuesto de que no se reintegrara el importe del apoyo económico que se revocó en el área jurídica, se promoverá la respectiva ejecución judicial.

Asimismo el Agente del Seguro será sancionado conforme a las disposiciones del artículo 28 de la ley 23.660 y a lo que en su derecho corresponda remitiéndose testimonio a la Superintendencia de Servicios de Salud para la intervención de su competencia.

### ANEXO III

#### Niveles de atención

#### 1. - Modalidad de atención ambulatoria

##### 1.1. - Atención ambulatoria:

a. - Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

b. — Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías –OMS–, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. Hasta tanto la Junta Evaluadora esté operativa será válida la certificación de médico tratante avalada por auditor médico de la Obra Social.

##### c. — Prestación institucional

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Consultorios de rehabilitación de Hospitales.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular.

##### d. — Modalidad de cobertura:

###### a) Módulo de tratamiento integral intensivo:

comprende semana completa (5 días), más de una especialidad.

###### b) Módulo por tratamiento integral simple:

incluye periodicidades menores a 5 días semanales, más de una especialidad.

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

Fisioterapia - Kinesiología.

Terapia ocupacional.

Psicología.

Fonoaudiología.

Psicopedagogía.

Y otros tipos de atención reconocidos por autoridad competente.

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

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas entre los profesionales intervinientes.

e) Aranceles:

Módulo integral intensivo: \$ 100.- por semana.

Módulo integral simple: \$ 60.- por semana.

1.2. — Módulo: Hospital de Día:

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

b) Población: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

c) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

No comprende la atención de prestaciones de hospitales de Día Psiquiátricos.

d) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicio de Rehabilitación.
- Centro de Rehabilitación.

e) Modalidad de Cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

El módulo incluye honorarios profesionales (Consultas e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamiento necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación, y almuerzo en caso de jornada doble.

f) Aranceles:

Simple: \$ 600.

Doble: \$ 800.

1.3. — Centro de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades severas y/o profundas, imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

c) Prestación Institucional: Centros de Día.

d) Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

e) Aranceles:

Jornada Simple: \$ 474.

Jornada Doble: \$ 711.

1.4. — Módulo Centro Educativo-Terapéutico:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo.

El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera.

b) Población: Discapacitados mentales (psicóticos, autistas) lesionados neurológicos, paráliticos cerebrales, multidiscapacitados, etc., entre los 4 y los 20 años de edad.

c) Prestación Institucional: Centro Educativo  
- Terapéutico.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo a la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle.

Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en contraturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

e) Valor del módulo:

Jornada Simple: \$ 519.

Jornada Doble: \$ 738.

1.5. - Módulo de Estimulación Temprana:

a) Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.

b) Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

c) Prestación Institucional: Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

d) Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar.

e) Aranceles:

Valor mensual \$ 240.- comprende tres (3) sesiones semanales de 2 hs. por sesión.

Valor de la hora \$ 16,00 (solo sesiones de 1 hora y menos de 3 por semana).

1.6. - Prestaciones Educativas:

1.6.1. - Educación Inicial:

a) Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

b) Población: Niños discapacitados entre 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

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

e) Aranceles:  
Jornada Simple \$ 491.  
Jornada Doble \$ 717.

#### 1.6.2. — Educación General Básica:

a) Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 14 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.

b) Población: Niños discapacitados entre 6 y 14 años de edad cronológica aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial.  
d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle.

Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

e) Aranceles:  
Jornada Simple \$ 491.  
Jornada Doble \$ 717.

#### 1.6.3. — Apoyo a la integración escolar:

a) Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles.

Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.

b) Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otra), que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles - Educación inicial, EGB, Polimodal. Entre los 3 y 18 años de edad.

c) Tipo de prestación: Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.

d) Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultánea y/o sucesiva, según corresponda.

e) Aranceles:  
Valor del módulo \$ 400.  
Valor hora \$ 16.- (cuando requiera menos de 6 horas semanales)

#### 1.6.4. - Formación Laboral y/o rehabilitación profesional:

a) Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos especiales competentes en la materia.

b) Población: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas discapacitadas entre los 24 y 45 años de edad, con discapacidad adquirida después de esa edad, podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.

c) Prestación Institucional: Centro o escuelas de formación laboral especial o común.

Centros de Rehabilitación profesional. En todos aquellos casos que fuere posible se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.

d) Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.

e) Aranceles:

Jornada Simple \$ 452.

Jornada Doble \$ 652.

#### 2. - Modalidad de Internación:

##### 2.1. - Módulo de internación en rehabilitación:

a) Definición: Está destinado a la atención de pacientes en etapa subaguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgos de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismos competentes incorporados al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

c) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación con internación.

d) Modalidad de cobertura:

Incluye:

Evaluación, prescripción y seguimiento por médico especialista.

Seguimiento clínico diario.

Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso.

Exámenes complementarios y medicación inherentes a la patología.

Excluye:

Equipamiento (las ayudas técnicas deben ser brindadas mediante la internación aguda).

Medicamentos no inherentes a la secuela.

Pañales descartables.

e) Valor del Módulo:

Mensual: \$ 2.400.

## 2.2- Módulo Hogar:

a) Definición: Se entiende por Hogar a los recursos institucionales que tienen como objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o continente.

b) Población: Niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad.

c) Prestación Institucional: Hogares.

d) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

e) Valor del Módulo

Hogar	Lunes a viernes	\$ 517
	Permanente	\$ 673
Hogar con centro de día	Lunes a viernes	\$ 774
	Permanente	\$ 951
Hogar con centro educativo-terapéutico	Lunes a viernes	\$ 853
	Permanente	\$ 1.052
Hogar con educación inicial	Lunes a viernes	\$ 794
	Permanente	\$ 992
Hogar con educación general básica	Lunes a viernes	\$ 794
	Permanente	\$ 992
Hogar con formación laboral	Lunes a viernes	\$ 755
	Permanente	\$ 979

## 2.3. - Residencia:

a) Definición: Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

b) Población: Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema.

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

c) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

e) Valor del Módulo:

Lunes a viernes \$ 463

Permanente \$ 579.

#### 2.4. - Pequeño Hogar:

a) Definición: Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y continente.

b) Población: Niños y adolescentes discapacitados entre 3 y 21 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

c) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

d) Valor del módulo:

Lunes a viernes \$ 465.-Permanente \$ 573.

#### 3. - Modalidad de Prestaciones Anexas

##### 3.1. - Prestaciones de Apoyo

a) Definición: Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

b) Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.

c) Tipo de prestación: Ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. La misma será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.

d) Modalidad de cobertura: El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

e) Aranceles: Valor hora \$ 16.

##### 3.2. - Transporte:

a) Definición: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de su atención y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo con lo previsto en la ley 24.314, Art. 22, inc. a).

b) Población: Niños, jóvenes y adultos que presenten discapacidades que impidan su traslado a través del transporte público de pasajeros.

c) Tipos de transportes: Automóvil, Microbús, etc.

d) Aranceles: \$ 0,35 por Km. recorrido.

En caso de beneficiarios que requieran asistencia de terceros para su movilización y/o traslados se reconocerá un adicional del 35% sobre el valor establecido.

**B.O. 18/06/03**

**MINISTERIO DE SALUD**  
**ARANCELES**  
**RESOLUCIÓN 36/2003**

Modifícase la Resolución N° 428/99 con la finalidad de readecuar los aranceles vigentes para algunas de las prestaciones del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

Bs. As., 12/6/2003

VISTO el expediente N° 5.313/03-3 del registro del MINISTERIO DE SALUD, la Ley N° 24.901, los Decretos Nros. 1193 del 8 de octubre de 1998 y 1277 del 23 de mayo de 2003, y la Resolución Ministerial N° 428 de fecha 23 de junio de 1999, y

**CONSIDERANDO:**

Que por el artículo 1° de la Resolución N° 428/99 de este Ministerio, se aprobó el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad.

Que en reuniones ordinarias del Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad de las que dan cuenta las actas N° 128 hasta la N° 145 inclusive, se trató la adecuación de los aranceles establecidos en la citada Resolución a partir de la solicitud presentada por los Representantes de las ONGs Prestadoras de Servicios.

Que mediante Nota N° 47/03 la Secretaria de Programas Sanitarios del Ministerio de Salud y Nota N° 10/03 de la Superintendencia de Servicios de Salud, ambos organismos expresan coincidir en la necesidad de readecuación de los aranceles vigentes condicionando ésta a la modalidad de financiamiento de la misma.

Que a partir de la sanción de la Ley N° 25.730 por la que se prevé un nuevo fondo para el financiamiento de Programas para Personas con Discapacidad, resulta factible el financiamiento del aumento solicitado.

Que en este sentido el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad por Resolución N° 2/03, ha recomendado al Poder Ejecutivo Nacional considere incorporar, al momento de reglamentar la Ley N° 25.730, el siguiente texto: "destinar hasta un 10% de los ingresos del Fondo para Personas con Discapacidad para compensar la crítica situación de emergencia de las prestaciones básicas del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad financiadas en el marco del Ministerio de Salud de la Nación y los agentes del Seguro Nacional de Salud comprendidos en la Ley N° 23.660; Ley N° 23.661 y Ley N° 25.615, a los efectos de financiar, si fuere necesario, el aumento de aranceles solicitados".

Que el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral A favor de las Personas con Discapacidad ha elaborado una pro-

puesta de adecuación de aranceles para algunas prestaciones previstas en la Resolución N° 428/99.

Que es competencia de Ministerio el dictado de una nueva Resolución que modifique la Resolución N° 428/99.

Que la Dirección General de Asuntos Jurídicos ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en uso de las atribuciones conferidas por la "Ley de Ministerios T.O. 1992", modificada por la Ley N° 25.233.

Por ello, el Ministro de Salud

RESUELVE:

Artículo 1° - Modifícase la Resolución Ministerial N° 428 de fecha 23 de junio de 1999 a fin de readecuar los aranceles vigentes para algunas de las prestaciones del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad, de acuerdo al Anexo I de la presente, tal como lo ha solicitado el Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

Art. 2° - Los incrementos en los aranceles de las prestaciones dispuestas en la presente, se compensarán, mientras dure la Emergencia Sanitaria Nacional, con los fondos previstos en el artículo 4°, inciso j) del Decreto N° 1277/03.

Art. 3° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y archívese. - Ginés M. González García.

**B.O. 22/09/2003**

Prestación	Categorías (en pesos)		
	A	B	C
Hogar alojamiento permanente con pre-primaria	1.754	1.473	1.123
Hogar alojamiento permanente con primaria	1.754	1.473	1.123
Hogar alojamiento permanente con formación laboral	1.761	1.478	1.126
Hogar alojamiento permanente con primaria	1.403	1.179	916
Hogar alojamiento de lunes a viernes con pre-primaria	1.403	1.179	916
Hogar alojamiento lunes a viernes con primaria	1.403	1.179	916
Hogar alojamiento lunes a viernes con formación laboral	1.357	1.140	868
Hogar alojamiento lunes a viernes con centro educativo-terapéutico	1.534	1.288	962
Hogar alojamiento lunes a viernes con centro de día	1.392	1.169	932
Residencia alojamiento lunes a viernes	841	699	646
Residencia alojamiento permanente	1.040	874	806
Pequeño hogar alojamiento lunes a viernes	835	702	646
Pequeño hogar alojamiento permanente	1.030	825	808
Centro de día - jornada simple	744	626	477
Centro de día - jornada doble	1.118	939	715
Centro educativo-terapéutico - jornada simple	816	685	523
Centro educativo-terapéutico - jornada doble	1.160	924	743
Hogar alojamiento lunes a viernes	965	811	646
Hogar alojamiento permanente	1.210	1.016	808
Hogar alojamiento permanente con centro de día	1.709	1.436	1.093
Hogar alojamiento permanente con centro educativo-terapéutico	1.891	1.589	1.228
Escolaridad pre-primaria - jornada simple	745	626	477
Escolaridad pre-primaria - jornada doble	1.088	914	696
Escolaridad primaria - jornada simple	745	626	477
Escolaridad primaria - jornada doble	1.088	914	696
Formación laboral - jornada simple	710	597	454
Formación laboral - jornada doble	1.034	861	658

Prestaciones de apoyo	20
Módulo de apoyo de la integración escolar	510

Alimentación	Comida mensual	67,67
	Comida diaria	3,14

Estimulación temprana	Mensual	306
	Valor hora	20

**ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ESPECIALES  
SISTEMA ÚNICO DE PRESTACIONES BÁSICAS PARA PERSONAS  
CON DISCAPACIDAD  
RESOLUCIÓN 6080/2003**

Modifícase la Resolución N° 400/99, en relación con la normativa referida al apoyo financiero que requieran los Agentes del Seguro de Salud y los niveles de atención.

Bs. As., 17/9/2003

VISTO las Resoluciones N° 36/03 y N° 271/03 del Ministerio de Salud y N° 400/99 de esta Administración de Programas Especiales, y

**CONSIDERANDO:**

Que mediante la Resolución N° 400/99-APE se estableció el Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad por el cual esta Administración de Programas Especiales financia las prestaciones de discapacidad que taxativamente se detallan en el Anexo III de la Resolución mencionada.

Que el dictado de las Resoluciones N° 36/03 y N° 271/03 del Ministerio de Salud han producido un aumento en los valores prefijados para las prestaciones nombradas.

Que asimismo, desde el dictado de la Resolución N° 400/99-APE se han producido algunos cambios en la metodología de atención de las prestaciones para las personas con discapacidad.

Que es importante hacer eco de aquellas modificaciones operadas a lo largo del tiempo como así también del aumento de los valores operados a partir de la salida de la convertibilidad recepcionando las modificaciones impuestas por las Resoluciones Ministeriales Mencionadas en el VISTO.

Que a partir de la Ley N° 25.730 por la que se prevé un nuevo fondo para el financiamiento de Programas para Personas con Discapacidad, resulta factible el financiamiento del aumento establecido.

Por ello, en uso de las atribuciones fijadas por los Decretos N° 53/98 y 167/02, el Interventor de la Administración de Programas Especiales

**RESUELVE:**

Artículo 1° - Modifícase el punto IV del Anexo I de la Resolución N° 400/99-APE el que quedará redactado de la siguiente manera: "IV.- Certificación de la discapacidad de acuerdo con lo estipulado en Ley 24.901.

Art. 2° - Modifícase el Anexo II de la Resolución N° 400/99-APE el que quedará redactado conforme las pautas establecidas en el Anexo I de la presente.

Art. 3° - Modifícase el Anexo III de la Resolución N° 400/99-APE el que quedará redactado conforme las pautas establecidas en el Anexo II de la presente.

Art. 4° - Regístrese, comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y oportunamente archívese. - Eugenio D. Zanarini.

## Anexo I

### Normas

Los Agentes del Seguro de Salud, cuando requieran apoyo financiero en los términos de esta Resolución deberán cumplimentar las normas generales detalladas a continuación:

Inciso 1° - Certificado de discapacidad emitido de acuerdo con lo estipulado en Ley 24.901.

Inciso 2° - El Agente del Seguro de Salud deberá presentar en el expediente por el cual tramita el subsidio, copia de la historia clínica del paciente confeccionada por el médico tratante, con indicación expresa del tratamiento a realizar, debiendo estar auditada por el médico auditor del Agente de Salud solicitante, quien autorizará la realización del mismo. El inicio del tratamiento deberá efectuarse a posteriori de la prescripción médica y una vez que el médico auditor autorice la misma.

Inciso 3° - Los módulos de atención de este Nomenclador comprenden todas las prestaciones incluidas en los servicios que hayan sido específicamente registrados para tal fin, y los beneficiarios deberán certificar su discapacidad previamente a recibir atención. No se otorgarán subsidios en caso que el certificado de discapacidad haya sido expedido con posterioridad al comienzo de la prestación.

Inciso 4° - Los períodos de edad de los beneficiarios comprendidos en este Nomenclador deben ser considerados en forma orientativa, y a los efectos de proceder a una mejor atención y derivación de los mismos. El tipo de prestaciones desarrolladas están dirigidas preferentemente a personas menores de 60 años.

Inciso 5° - Las prestaciones previstas en este Nomenclador serán aplicadas a aquellos beneficiarios que acrediten su discapacidad de acuerdo con los términos de la Ley 22.431 y que hayan realizado su rehabilitación médico-funcional, para lo cual su cobertura está contemplada en el Programa Médico Obligatorio. El Agente del Seguro de Salud solicitante deberá presentar un informe de auditoría médica con el detalle de las prestaciones ya brindadas a los beneficiarios o fundamentar la ausencia de las mismas ante la necesidad de su derivación a las prestaciones contempladas en este Nomenclador.

Inciso 6° - Las enfermedades agudas emergentes, así como la reaguización, complicaciones o recidivas de la patología de base serán cubiertas según lo establecido en el Programa Médico Obligatorio a través de la Entidad de Salud solicitante. El Agente de Salud deberá presentar un informe circunstanciado de la evolución y estado actual del beneficiario.

Inciso 7° - El prestador deberá incluir en cada prestación los recursos físicos, humanos y materiales que correspondan al tipo y categoría de los servicios para el que ha sido registrado. En todos los casos, tanto para instituciones como para profesionales individuales, se deberá incluir la constancia de inscripción del prestador en el Registro Nacional de Prestadores de la Superintendencia de Servicios de Salud.

Inciso 8° - Las prestaciones de carácter educativo contempladas en este Nomenclador serán provistas a aquellos beneficiarios que no cuen-

ten con oferta educacional pública estatal adecuada a las características de su discapacidad. Se cubrirán hasta once (11) meses, quedando incluido en esta cobertura el concepto de matrícula.

En razón de la población atendida y el carácter asistemático del servicio, las prestaciones brindadas en la modalidad de Centro Educativo Terapéutico contempladas en este Nomenclador, se cubrirán los doce (12) meses del año.

Inciso 9 - La provisión de órtesis y prótesis de uso externo están excluidas de los módulos, y su cobertura se hará de acuerdo con lo establecido en la Resolución N° 001/98 de la Administración de Programas Especiales y sus modificatorias y el Programa Médico Obligatorio.

Inciso 10° - Los tratamientos de estimulación temprana serán cubiertos durante el primer año de vida del menor, por el Programa Materno Infantil del Agente de Salud, conforme los términos establecidos en el Programa Médico Obligatorio contenido en la Resolución N° 201/02-MS o la que en el futuro la reemplace.

Inciso 11° - La provisión de medicamentos, prótesis y órtesis están excluidas de los módulos, salvo en los casos que expresamente se los incluya.

Inciso 12° - Los módulos no incluyen estudios de diagnóstico y prácticas de laboratorio, los que deberán cubrirse a través del Programa Médico Obligatorio vigente al momento de la prestación.

Inciso 13° - Los aranceles establecidos para cada módulo incluyen el cien por ciento (100%) de la cobertura prevista para cada uno, por lo que el prestador no podrá cobrar adicionales directamente al beneficiario.

Inciso 14° - Las prestaciones realizadas en horarios nocturnos y/o feriados no modifican los aranceles.

Inciso 15° - Los aranceles incluyen el traslado de los beneficiarios fuera del establecimiento cuando deban recibir prestaciones o desarrollar actividades previstas en el módulo correspondiente.

Inciso 16° - Los aranceles incluidos en este Nomenclador comprenden idénticos valores para la atención de niños, jóvenes y adultos.

Inciso 17° - Los montos de las prestaciones ambulatorias de jornada doble, incluyen el almuerzo y una colación diaria. Cuando éstas no se brinden deben descontarse del monto mensual.

Los presupuestos que se adjunten deberán especificar taxativamente si incluyen o no el almuerzo y la colación diaria. No se dará trámite a aquellas solicitudes que no contengan el requisito antes establecido.

Almuerzo mensual \$ 67,67

Almuerzo diario \$ 3,14

Inciso 18° - A los aranceles de las prestaciones de Centro de Día, Centro Educativo Terapéutico, Hogar, Hogar con Centro de Día y Hogar con Centro Educativo Terapéutico, se les reconocerá un adicional del treinta y cinco por ciento (35%) sobre los valores establecidos en este Nomenclador, por cada persona discapacitada dependiente atendida.

Se considera persona discapacitada dependiente a la que debido a su tipo y grado de discapacidad, requiere asistencia completa o supervisión

constante por parte de terceros para desarrollar algunas de las actividades básicas de la vida cotidiana: higiene, vestido, alimentación, deambulación según se determine por certificación de la Junta Evaluadora.

Inciso 19° - Las prácticas en el exterior no se subsidiarán, excepto que se encuentren comprendidas en el siguiente supuesto:

- Cuando el costo de la prestación en el exterior sea inferior al vigente en el país para la misma práctica. Si no fuese así se reconocerá al Agente de Salud los montos vigentes en el país.

Queda a cargo de la Gerencia de Prestaciones evaluar la idoneidad e incumbencia de la Institución elegida sobre la base de antecedentes e información disponible.

Inciso 20° - La auditoría en terreno de las prestaciones que se brinden conforme los términos de la presente Resolución, será efectuada por el Agente de Seguro al que pertenezca el beneficiario de acuerdo con los procedimientos que tenga implementados. Esta Administración podrá supervisar el trabajo de auditoría efectuado por el Agente de Salud por intermedio de sus profesionales o disponer que éstos también lo efectúen, quedando relevados de esta supervisión, cuando la práctica se realice en el exterior. Sin perjuicio de lo expuesto, la Gerencia de Prestaciones de esta Administración efectuará auditorías en terreno de los distintos Establecimientos con carácter periódico.

Inciso 21° - La rendición de cuentas se realizará utilizando el procedimiento normado en el Anexo VIII de la Resolución N° 001/98-APE.

Inciso 22° - Para el conocimiento de la presente Resolución los prestadores públicos y/o privados, que brinden las prestaciones enunciadas en el artículo 1° en base a un pedido de apoyo financiero sujeto a la presente Resolución y/o perciban el pago por dicho concepto, tendrán por conocida y aceptada la presente Resolución y sus Anexos, debiendo prestar total colaboración, sin oposición, a la realización de las auditorías en terreno, y brindar información a los efectos de poder llevar a cabo las estadísticas de evaluación de los beneficiarios.

Para el caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones previstas en el artículo 42° y concordantes de la Ley N° 23.661 a cuyo fin la Administración de Programas Especiales extraerá testimonio de lo acontecido y lo remitirá a la Superintendencia de Servicios de Salud a sus efectos.

Inciso 23° - El Agente del Seguro que sea beneficiario de un apoyo financiero en las condiciones que fija la presente Resolución deberá cumplir estrictamente con las normas de otorgamiento y en caso de incumplimiento de las disposiciones dictadas, será intimado por única vez a su cumplimiento, en un plazo no mayor de 10 (diez) días.

Si el Agente del Seguro de Salud incumple la intimación se dispondrá la revocación del subsidio otorgado, el que será reintegrado a la Administración de Programas Especiales en el término de setenta y dos horas (72 hs.), con más los intereses que fija la Resolución N° 620/93 ANSAL, o la que la suplante en el futuro. En el supuesto de que no se reintegrara el importe del apoyo económico revocado, se promoverá la respectiva ejecución judicial.

Sin perjuicio de lo expuesto, el Agente del Seguro será sancionado conforme a las disposiciones del artículo 28 de la Ley 23.660 y a lo que en su derecho corresponda, remitiéndose testimonio a la Superintendencia de Servicios de Salud para la intervención de su competencia.

#### Anexo

##### Niveles de atención

##### 1- Modalidad de atención ambulatoria

##### 1.1- Atención ambulatoria:

a) Definición: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades

Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora del organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

##### c) Prestación institucional

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Consultorios de rehabilitación de Hospitales.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación.
- Consultorio Particular

##### d) Modalidad de cobertura:

a) Módulo de tratamiento integral intensivo: comprende semana completa (5 días) con más de una especialidad.

b) Módulo por tratamiento integral simple: incluye periodicidades menores a cinco (5) días semanales con más de una especialidad.

Cada módulo comprende los siguientes tipos de atención:

- Fisioterapia - Kinesiología.
- Terapia ocupacional.
- Psicología.
- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía.

Y otros tipos de atención reconocidos por la autoridad competente.

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

Cuando el beneficiario reciba más de un tipo de prestación, las mismas deberán ser coordinadas

entre los profesionales intervinientes.

##### e) Aranceles:

Módulo integral intensivo: \$ 100 por semana.

Módulo integral simple: \$ 60 por semana.

##### 1.2 - Módulo: Hospital de Día:

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

b) Población: Está destinado a pacientes con todo tipo de discapacidades físicas, motoras y sensoriales que puedan trasladarse a una institución especializada en rehabilitación.

c) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora del organismo competente incorporado al Sistema Único de Prestaciones Básicas. No comprende la atención de prestaciones de Hospitales de Día Psiquiátricos.

d) Prestación Institucional:

-Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.

-Hospitales con Servicio de Rehabilitación.

-Centro de Rehabilitación.

e) Modalidad de Cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

El módulo incluye honorarios profesionales (consulta e interconsultas), gastos de atención, medicación específica, terapias de la especialidad, y otras prácticas de diagnóstico o tratamiento necesarias para su rehabilitación.

El hospital de día de media jornada incluye colación, y almuerzo en caso de jornada doble.

f) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.  
1.3 - Centro de Día:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene un objetivo terapéutico-asistencial para poder lograr el máximo desarrollo de autovalimiento e independencia posible en una persona con discapacidad.

b) Población: Niños, jóvenes y/o adultos con discapacidades con diagnóstico funcional severos y/o profundos, y que estén imposibilitados de acceder a la escolaridad, capacitación y/o ubicación laboral protegida.

c) Prestación Institucional: Centros de Día.

d) Modalidad de cobertura: Concurrencia diaria en jornada simple o doble, de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado o la región donde se desarrolla.

e) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.  
1.4. - Módulo Centro Educativo-Terapéutico:

a) Definición: Tratamiento ambulatorio que tiene por objetivo la incorporación de conocimientos y aprendizajes de carácter educativo. El mismo está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad (mental, sensorial, motriz) no le permite acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren de este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

Asimismo comprende el apoyo específico de aquellos discapacitados cuyo nivel de recuperación les permite incorporarse a la educación sistemática, cuando el caso así lo requiera.

b) Población: Discapacitados mentales (psicóticos, autistas) lesionados neurológicos, paralíticos cerebrales, multidiscapacitados, etc., a partir de los 4 años de edad.

c) Prestación Institucional: Centro Educativo-Terapéutico.  
e) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando el CET funcione como apoyo específico para los procesos de escolarización, la atención se brindará en un solo turno y en con-  
traturno concurrirá al servicio educativo que corresponda o en sesiones semanales.

f) Valor del módulo: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.

1.5. - Módulo de Estimulación Temprana:

a) Definición: Se entiende por Estimulación Temprana al proceso terapéutico educativo que pretende promover y favorecer el desarrollo armónico de las diferentes etapas evolutivas del niño discapacitado.

b) Población: Niños discapacitados de 0 a 4 años de edad cronológica, y eventualmente hasta los 6 años.

c) Prestación Institucional: Centro de Estimulación Temprana específicamente acreditados para tal fin.

d) Modalidad de cobertura: Atención ambulatoria individual, de acuerdo con el tipo de discapacidad, grado y etapa en que se encuentre, con participación activa del grupo familiar.

e) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.

1.6. - Prestaciones Educativas:

1.6.1. - Educación Inicial:

a) Definición: Es el proceso educativo correspondiente a la primera etapa de la Escolaridad que se desarrolla entre los 3 y 6 años de edad aproximadamente de acuerdo con una programación específicamente elaborada y aprobada para ello.

b) Población: Niños discapacitados entre 3 y 6 años de edad cronológica, con posibilidades de ingresar en un proceso escolar sistemático de este nivel. Pueden concurrir niños con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial.

d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o a la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.

e) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.

1.6.2. - Educación General Básica:

a) Definición: Es el proceso educativo programado y sistematizado que se desarrolla entre los 6 y 18 años de edad aproximadamente, o hasta la finalización del ciclo correspondiente, dentro de un servicio escolar especial o común.

b) Población: Niños discapacitados entre 6 y 18 años de edad cronológica aproximadamente, con discapacidad leve, moderada o severa, discapacitados sensoriales, discapacitados motores con o sin compromiso intelectual.

- c) Prestación Institucional: Escuela de educación especial.
  - d) Modalidad de cobertura: Jornada simple o doble, diaria de acuerdo con la modalidad del servicio acreditado, o la región donde se desarrolle. Cuando la escuela implemente programas de integración a la escuela común, la atención se brindará en un solo turno en forma diaria o periódica, según corresponda.
  - e) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.
- 1.6.3. - Apoyo a la integración escolar:
- a) Definición: Es el proceso programado y sistematizado de apoyo pedagógico que requiere un alumno con necesidades educativas especiales para integrarse en la escolaridad común en cualquiera de sus niveles. Abarca una población entre los 3 y 18 años de edad, o hasta finalizar el ciclo de escolaridad que curse.
  - b) Población: Niños y jóvenes con necesidades educativas especiales derivadas de alguna problemática de discapacidad (sensorial, motriz, deficiencia mental u otra), que puedan acceder a la escolaridad en servicios de educación común y en los diferentes niveles- Educación inicial, EGB, Polimodal. Entre los 3 y 18 años de edad.
  - c) Tipo de prestación: Equipos técnicos interdisciplinarios de apoyo conformados por profesionales y docentes especializados.
  - d) Modalidad de cobertura: Atención en escuela común, en consultorio, en domicilio, en forma simultánea y/o sucesiva, según corresponda.
  - e) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.
- 1.6.4. - Formación Laboral y/o rehabilitación profesional:
- a) Definición: Es el proceso de capacitación que implica evaluación, orientación específica, formación laboral y/o profesional cuya finalidad es la preparación adecuada de una persona con discapacidad para su inserción en el mundo del trabajo. Es de carácter educativo y sistemático y deberá responder a un programa específico, de duración determinada y aprobado por organismos especiales competentes en la materia.
  - b) Población: Adolescentes, jóvenes y adultos discapacitados entre los 14 y 24 años de edad cronológica aproximadamente. Las personas discapacitadas entre los 24 y 45 años de edad, con discapacidad adquirida después de esa edad, podrán beneficiarse de la Formación Laboral y/o rehabilitación profesional por un período no mayor de 2 años.
  - c) Prestación Institucional: Centro o escuelas de formación laboral especial o común. Centros de Rehabilitación profesional. En todos aquellos casos que fuere posible se promoverá la formación laboral y la rehabilitación profesional en recursos institucionales de la comunidad.
  - d) Modalidad de Cobertura: Jornada simple o doble, en forma diaria o periódica según el programa de capacitación que se desarrolle y justifique la modalidad. Los cursos no podrán extenderse más allá de los 4 años de duración.
  - e) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.
2. - Modalidad de Internación:
- 2.1. - Módulo de Internación en Rehabilitación:
- a) Definición: Está destinado a la atención de pacientes en etapa sub-

aguda de su enfermedad discapacitante que haya superado riesgos de vida, con compensación hemodinámica, sin medicación endovenosa y que no presenten escaras de tercer grado.

b) Patologías: Las previstas en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías - OMS, con la determinación establecida por la Junta Evaluadora de organismos competentes incorporados al Sistema Único de Prestaciones Básicas.

c) Prestación Institucional:

- Clínicas o Sanatorios de Rehabilitación.
- Hospitales con Servicios de Rehabilitación.
- Clínicas o Sanatorios polivalentes.
- Centros de Rehabilitación con internación.

d) Modalidad de cobertura:

Incluye:

Evaluación, prescripción y seguimiento por médico especialista.

Seguimiento clínico diario. Tratamiento de rehabilitación según la complejidad permitida por el caso.

Exámenes complementarios y medicación inherentes a la patología.

Excluye:

Equipamiento (las ayudas técnicas deben ser brindadas mediante la internación aguda).

Medicamentos no inherentes a la secuela.

Pañales descartables.

e) Valor del Módulo:

Prestación valor máximo fijado

Mensual \$ 2.400

2.2. - Módulo Hogar:

a) Definición: Se entiende por Hogar a los recursos institucionales que tienen como objeto brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales (vivienda, alimentación, atención especializada) a personas discapacitadas severas o profundas, sin grupo familiar propio o con grupo familiar no continente, el último caso será evaluado por la Auditoría perteneciente a la Gerencia de Prestaciones de esta Administración.

b) Población: Niños, adolescentes, jóvenes y adultos, de distinto sexo y similar tipo y grado de discapacidad.

c) Prestación Institucional: Hogares.

d) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

e) Valor del Módulo: Hogar y Hogar con otra prestación, según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.

2.3. Residencia:

a) Definición: Se entiende por residencia a la unidad habitacional, destinada a cubrir los requerimientos de las personas discapacitadas con suficiente y adecuado nivel de autovalimiento e independencia para abastecer sus necesidades básicas.

b) Población: Personas discapacitadas entre 18 y 60 años de edad, de ambos sexos, que les permita convivir en este sistema. Asimismo, podrán considerarse residencias para personas discapacitadas del mismo sexo y tipo de discapacidad.

c) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

e) Valor del Módulo: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.

#### 2.4. Pequeño Hogar:

a) Definición: Se entiende por pequeño hogar al recurso que tiene por finalidad brindar cobertura integral a los requerimientos básicos esenciales para el desarrollo de niños y adolescentes discapacitados sin grupo familiar propio y con grupo familiar no continente, el último caso será evaluado por la Auditoría perteneciente a la Gerencia de Prestaciones de esta Administración.

b) Población: Personas discapacitadas a partir de los 3 años de edad, de ambos sexos y con un tipo y grado de discapacidad que les permita convivir en este sistema.

c) Modalidad de cobertura:

Módulo de alojamiento permanente.

Módulo de alojamiento de lunes a viernes.

d) Valor del módulo: Según valores establecidos en la Resolución N° 36/2003-MS.

### 3. - Modalidad de Prestaciones Anexas

#### 3.1. - Prestaciones de Apoyo.

a) Definición: Se entiende por prestaciones de apoyo aquellas que recibe una persona con discapacidad como complemento o refuerzo de otra prestación principal.

b) Población: Niños, jóvenes o adultos discapacitados con necesidades terapéuticas o asistenciales especiales.

c) Tipo de prestación: Ambulatoria. Atención en el domicilio, consultorio, centro de rehabilitación, etc. La misma será brindada por profesionales, docentes y/o técnicos, quienes deberán acreditar su especialidad mediante título habilitante otorgado por autoridad competente.

d) Modalidad de cobertura: El otorgamiento de estas prestaciones deberá estar debidamente justificado en el plan de tratamiento respectivo, y para ser consideradas como tales tendrán que ser suministradas fuera del horario de atención de la prestación principal.

El máximo de horas de prestaciones de apoyo será de hasta (6) horas semanales; cuando el caso requiera mayor tiempo de atención deberá orientarse al beneficiario a alguna de las otras prestaciones previstas.

e) Aranceles: Valor hora \$ 20.

#### 3.2. - Transporte:

a) Definición: El módulo de transporte comprende el traslado de las personas discapacitadas desde su residencia hasta el lugar de su aten-

ción y viceversa. Este beneficio le será otorgado siempre y cuando el beneficiario se vea imposibilitado por diversas circunstancias de usufructuar el traslado gratuito en transportes públicos de acuerdo con lo previsto en la Ley 24.314, Art. 22, inc. a).

b) Población: Niños, jóvenes y adultos que presenten discapacidades que impidan su traslado a través del transporte público de pasajeros.

c) Tipos de transporte: Automóvil, Microbús, etc.

d) Aranceles: Según valores establecidos en la Resolución N° 271/2003-MS. En caso de beneficiarios que requieran asistencia de terceros para su movilización y/o traslados se reconocerá un adicional del 35% sobre el valor establecido.

Autoridades de la CONAPRIS

Presidente: Ministro de Salud y Ambiente  
**Dr. Ginés González García**

Coordinador: **Dr. Juan Carlos O'Donnell**

Integrantes

Subsecretario de Relaciones Sanitarias e Investigación en Salud  
**Dr. Carlos A. Vizzotti**

Subsecretario de Programas de Prevención y Promoción  
**Dr. Andrés Leibovich**

Secretario de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva  
**Ing. Tulio A. Del Bono**

Presidente del CONICET  
**Dr. Eduardo Charreau**

Por la Organización Panamericana de la Salud  
**Representante: Dr. Juan M. Sotelo**

Por AFACIMERA  
**Dr. Abraam Sonis**

Por la Academia Nacional de Medicina  
**Dra. Zulma Ortiz**

**Dr. Ezequiel Holmberg**  
**Dra. Margarita Vitacco**  
**Dr. Guillermo Jaim Echeverry**  
**Dr. José María Paganini**  
**Lic. Silvina Edith Ramos**  
**Lic. Federico Tobar**

Confederación Médica de la República Argentina - COMRA  
**Presidente: Dr. Jorge C. Jañez**

Confederación Farmacéutica Argentina - COFA  
**Presidente: Farm. José Julio D. Alvarado**

Confederación Unificada de Bioquímicos de la R. A. - CUBRA  
**Presidente: Bioquím. Héctor M. Ávila**

Se terminó de imprimir en  
Talleres Gráficos DEL S. R. L.  
Humboldt 1803 - Buenos Aires  
Febrero de 2005.