

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autora: María Inés Figueroa Álvarez

CALIDAD PERCIBIDA EN UN SERVICIO AMBULATORIO DE SALUD MENTAL

2005

Citar como: Figueroa Álvarez, M. I. (2005). Calidad percibida en un servicio ambulatorio de Salud Mental. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ABSTRACT

Evolución del paradigma de discapacidad. La Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad como garantía de los derechos. Su anclaje en la Legislación Argentina y su impacto en el sistema de salud. Composición general del subsistema de discapacidad.

INTRODUCCION

"La discapacidad es compleja, dinámica, multidimensional y objeto de discrepancia" (OMS 2011)

Esta definición es el punto de partida del presente trabajo que recorre la evolución del concepto de discapacidad en los últimos veinte años. Dicha evolución fue respaldada y avalada por nuevos instrumentos y un contundente cuerpo legislativo internacional que, sin embargo, el sistema y la sociedad no acompañan.

El Preámbulo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad se expresa reconociendo: "... que la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás"¹. Pensar a la discapacidad como el resultado de la interacción obliga a revisar el sistema de salud, educación, trabajo, el rol de la justicia y su alcance desde el Estado y cómo impacta y reacciona la sociedad.

A partir del "...cambio de paradigma introducido por el giro conceptual que ha implicado la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud), como el resultado de la interacción entre personas con diferentes niveles de funcionamiento y un entorno social que no toma en cuenta esas diferencias, se comprende la importancia que adquiere la formación social en su experimentación, o más radicalmente, en su construcción —si se asume que la discapacidad se produce en esa interacción."² . Por eso debemos asumir que nos encontramos atravesando un nuevo paradigma y que "Las personas somos --todas-- radicalmente dependientes. Es verdad que en la cultura occidental hemos ocultado cosa tan obvia, por admiración hacia esa otra capacidad nuestra, la autonomía, que los individuos y los pueblos persiguen como una aspiración. Para la cultura latina el in-firmus, el enfermo es alguien de segunda, porque le falta firmeza, le falta seguridad, un desprecio que hereda de Grecia. Y, sin embargo, a cada persona acompañan desde la raíz la inevitable dependencia y la aspiración a la autonomía, la vulnerabilidad y la capacidad de hacer la propia vida. Por eso, curiosamente, la única forma humana de conquistar

¹ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Protocolo Facultativo (ONU), resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, A/RES/61/106.2006

² Stang Alva M. Fernanda, "Las personas con discapacidad en América Latina: Del reconocimiento jurídico a la discapacidad real", Naciones Unidas, CEPAL: Serie Población y desarrollo: 2003, Santiago de Chile, 2011.

una cierta independencia es la práctica de la interdependencia. Parece un juego de palabras, pero no lo es.”³

Siguiendo este desarrollo se puede pensar el nuevo enfoque de la discapacidad como una construcción social, y la persona con discapacidad como un ciudadano sujeto de derecho. A partir de esta definición se ponen en juego tres niveles del sistema:

- Sector (discapacidad)
- Sistemas (salud)
- Servicios (prestaciones).

A lo largo del presente trabajo analizaré la funcionalidad, interdependencia e interrelaciones entre dichos niveles.

PLANTEAMIENTO DEL TEMA

Si se parte de la definición de “Sistemas” como elementos que conjugan relaciones en un todo funcional, se vislumbra la complejidad del tema. Los Sistemas de Salud abarcan aspectos culturales, valores que sustentan la comunidad, la organización política y la contribución de los mismos al bienestar de la población.

El sistema de salud “hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica, en sentido estricto el sistema de salud incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud”.⁴

A la luz de la teoría de Edgar Morín, se puede pensar en un “sistema complejo”, ya que “posee más información que la que da cada parte independiente (...) La teoría del Sistema se anima allí donde hay un juego activo de interacciones, retroacciones, emergencias, constreñimientos; allí los antagonismos entre las partes, entre las partes y el todo, entre lo emergente y lo sumergido, entre lo estructural y lo fenoménico se ponen en movimiento”⁵

El desafío del presente trabajo es articular la evolución del concepto de discapacidad y el cambio de paradigma que dicha evolución ha implicado. Su impacto en el “Modelo Sanitario” como la base ideológica/política (marco normativo) desde la cual los estados abordan la satisfacción del derecho a la atención sanitaria y a la salud de sus ciudadanos, la financiación, cobertura y accesibilidad. Y la forma en que el Estado da respuesta a partir del “Sistema Sanitario” como organización y gestión de ese Modelo. El recorrido de este trabajo intenta mostrar el complejo entramado del subsector de discapacidad en Argentina, especialmente en los últimos veinte años.

Objetivo General

³ Cortina Adela, “Ética de la dependencia”, El País, 6 de septiembre de 2008.

⁴ Tobar, Federico, “Herramientas para el análisis del sector salud/ Tools for health sector analysis”, Med. & soc;23(2):83-96, abr.-jun. 2000.

⁵ Morin Edgar, “El Método I”, Multidiversidad Mundo Real. Disponible en: <http://es.slideshare.net/edelinbravo29/edgar-morin-el-metodo-1>. Nº 0003/013151.

-Identificar el cambio de paradigma del concepto de Discapacidad y su repercusión en el Sistema de Salud argentino.

Objetivos Específicos

- Definir la evolución en la definición del concepto de Discapacidad.
- Describir la legislación vigente del sistema de salud en Argentina.
- Comparar la discrepancia significativa entre la legislación contundente amparada en el concepto universal de discapacidad y las prestaciones brindadas por el sub-sector Estado y obras sociales.

DESARROLLO

-MARCO TEÓRICO-

¿Qué es un modelo?

Modelo: Construcción teórica-conceptual, instrumento metodológico que abstrae los componentes de un fenómeno social a fin de analizarlo, interpretarlo y comprenderlo. No es atemporal y responde a los intereses y orientación teórica de quién lo construye.

En el mismo sentido lo definen un marco de pensamiento y acción que incorpora tanto aspectos ordenadores como normativos para comprender, e influir en, la dinámica de las relaciones sociales, lo consideramos un equivalente funcional a la noción de "paradigma" o "enfoque".⁶

"Ello se debe a que los conceptos, como representaciones que son, reflejan el pensamiento de una sociedad en un momento histórico, a la vez que los términos utilizados se relacionan con el contenido al que se refieren"⁷

Los modelos en discapacidad

⁶ Acuña C. y Bulit Goñi L. (compiladores), "Políticas sobre la discapacidad en la argentina: El desafío de hacer realidad los derechos", Ed. Buenos Aires, Siglo XXI, 2010.

⁷ Aparicio Agreda María Lourdes, "Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación", en compilación de Reyes

Es importante destacar que los modelos teóricos, respaldados por instrumentos internacionales, regionales y locales que legitiman el cambio de paradigma, no son modelos puros, ya que las raíces del modelo penetran en todo el entramado social; sistema de salud, educación, trabajo, y responden a distintos intereses sociales y económico, por lo tanto es un proceso lento pero dinámico asimilar los cambios, en especial en países en vías de desarrollo. La evolución del modelo de discapacidad ..."obliga a una revisión del entramado sociopolítico y de la economía política de las políticas públicas vinculadas directa e indirectamente a la temática de la discapacidad, de la normativa legal, de sus formas de aplicación concreta, de las acciones de los diferentes actores estatales y no estatales, de los contextos institucionales en los que éstas se desenvuelven" ⁸

Existe extensa bibliografía respecto de la evolución de los modelos en discapacidad pero los tres principales que irrumpen como nuevos paradigmas y marcan el rumbo son:

- A) Modelo médico/rehabilitador: centrado en el DEFICIT, patología, diagnóstico, rehabilitación.
- B) Modelo Social: acento en LA SOCIEDAD. La discapacidad como hecho social
- C) Modelo Universal: enfoque bio-psico-social, multidimensional. CIUDADANO, sujeto de derecho.

A) Antecedentes y Modelo médico/rehabilitador

Como antecedentes al modelo médico, algunos autores (A Palacios –J Romañach 2007) se refieren a "Un primer modelo, que se podría denominar de prescindencia, en el que se supone que las causas que dan origen a la diversidad funcional tienen un motivo religioso, y en el que las personas con este tipo de diferencias se consideran innecesarias por diferentes razones: porque se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, porque albergan mensajes diabólicos, porque son la consecuencia del enojo de los dioses, o que -por lo desgraciadas-, sus vidas no merecen la pena ser vividas. Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de las mujeres y hombres con diversidad funcional, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas, o ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que asimismo son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia."⁹

Desde una perspectiva religiosa, la discapacidad era una expresión del mal, fue un castigo divino como también un símbolo de lo sagrado. Se parte de que históricamente la identidad de la persona estaba reducida al cuerpo, por lo que las personas con discapacidad eran recluidas, condenadas; existían prejuicios, mitos y leyendas respecto

⁸ Op. Cit. 6

⁹ Palacios Agustina y Romañach Javier, "El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional", Derechos y libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas, ISSN 1133-0937, Año nº 11, Nº 17, Marzo 2007, Madrid: Ediciones Diversitas-AIES, 2006.

de las personas que tenían deficiencias físicas, sobre todo visibles, negándoles todo derecho y condenadas a políticas centradas en prácticas de exclusión.

Las sociedades avanzan y la comunidad científica también, así se arriba al modelo *médico/rehabilitador* entendiendo a la discapacidad como un déficit de adaptación del individuo a las exigencias sociales.

Desde su filosofía se considera que las causas que originan la diversidad funcional no son religiosas, sino científicas. Desde este modelo las personas con diversidad funcional ya no son consideradas inútiles o innecesarias, siempre que sean rehabilitados. Es por ello que el fin primordial que se persigue desde este modelo es normalizar a las mujeres y hombres que son diferentes, aunque ello implique forzar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que representa la diversidad funcional. Es imprescindible rehabilitar a la personas y el éxito se valora según la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo.¹⁰

Esa matriz está signada por una concepción de la discapacidad como patología, como deficiencia física, psíquica, funcional o sensorial que afecta a un sujeto o grupo de sujetos. "Desde esa perspectiva, el tratamiento de la discapacidad se concibe con una finalidad "rehabilitadora", y se expresa en políticas típicamente asistencialistas, compensatorias o protectorias gobernadas por el saber médico. Se trata de integrar a un sujeto anómalo a las condiciones "normales" de vida y, en caso de no poder hacerlo, compensarlo mediante una asistencia paliativa".¹¹

"Desde el modelo rehabilitador se considera la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. En consecuencia, el tratamiento de la discapacidad se encuentra encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta. En este modelo 'la atención sanitaria se considera la materia fundamental, y en el ámbito político, la respuesta principal se brinda mediante políticas de atención a la salud'.

Podría afirmarse, entonces, que existen dos puntos fundamentales que merecen ser destacados. En primer lugar, se sitúa el 'problema' de la discapacidad dentro del individuo; y, en segundo lugar, se considera que las causas de dicho problema son el resultado directo de sus limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas. A juicio de Oliver estos dos puntos son apuntalados por lo que se podría denominar 'la teoría de la tragedia personal de la discapacidad' que sugiere que la discapacidad es un evento fortuito terrible que sucede a algunos individuos. En consecuencia, las políticas deben tender a normalizar a las personas en la medida de lo posible, y de ese modo ayudar a

¹⁰ Morente Parra, Vanesa, "Introducción" en Palacios Agustina y Románach Javier, "El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional", *Derechos y libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas*.

¹¹ ASOCIACIÓN CIVIL TRAMAS – DERECHO EN MOVIMIENTO, *Hacia la vida independiente. El financiamiento de los servicios para personas con discapacidad en Argentina*, 2012. Disponible en: <http://www.redi.org.ar/docs/Informe%20REDI%20-%20Final.pdf>

que las mismas sean integradas en la sociedad. En cuanto a su justificación teórica— se critica que el éxito de la integración que se persigue puede depender de una variedad de estrategias de asimilación, pero existe detrás de cada acción una perturbada ideología, que pretende hacer desaparecer la diferencia que representa la discapacidad. De este modo, pareciera que el planteo que subyace del modelo rehabilitador marca la aparición de una cultura que —como señala Stiker— intenta completar el acto de identificación, generando lo idéntico.”¹²

Esta concepción ideológica, que a mi entender, en consonancia con el discurso médico amo, cala profundo en la sociedad, dejando a la PCD en la “otredad”, es el otro diferente y al resaltar la diferencia en su “falta” (déficit) no posibilita la identificación subjetiva, y genera la segregación de este colectivo.

Esta construcción teórica tiene su correlato empírico en el sistema de salud, ya que “alrededor del “sistema médico” de avasallamiento de la autonomía de las PCD se ha construido un jugoso negocio, donde producir y reproducir la dependencia de las personas con discapacidad es la variable crucial para el movimiento de grandes sumas de dinero a nivel de la medicina privada, de las obras sociales y de las agencias estatales.”¹³

B) *Modelo Social*

La década de los años ochenta representó el paso irreversible desde el modelo rehabilitador hacia el modelo social en el ámbito internacional.¹⁴

Un elemento clave de este cambio de paradigma lo ha representado el pasaje desde la definición de la discapacidad centrada en el déficit y a partir de condiciones médicas hacia una concepción más dinámica e integral, que la piensa como un complejo proceso de salud, económico, sociocultural y también político, un fenómeno diverso, en el que la discapacidad se conforma en la interacción entre las capacidades funcionales de la persona y su entorno físico y social.¹⁵

El modelo social se basa en el déficit de un conjunto de condiciones, de actividades y de relaciones interpersonales; pero, por sobre todas las cosas, se toma a la discapacidad como una desventaja y como un hecho social. Harlan Hahn, 1993 “El problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”

El modelo se funda, principalmente, en dos presupuestos: a) que las causas de la discapacidad son fundamentalmente sociales y b) que las personas con discapacidad tienen mucho que aportar a la sociedad, tanto como el resto de sus integrantes. Por ende desde la perspectiva de este modelo, la discapacidad es, en realidad, un hecho

¹² Palacios, A., El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Madrid, Ediciones CINCA, 2008.

¹³ Op. Cit. 11.

¹⁴ Op. Cit. 12

¹⁵ Op. Cit. 2

social”¹⁶ ya que la discapacidad surge de la falta de respuesta de la **sociedad** a una deficiencia individual.

“Esta nueva mirada pone de relieve en términos teóricos un elemento **crucial** de la experimentación de la discapacidad: el carácter decisivo de la **formación social** en su definición material y simbólica”¹⁷.

Como un modelo intermedio, (entre el social y universal) algunos **autores** marcan El Modelo Político Activista que suma al modelo social la lucha pro **derechos**. Así se convierte en un **movimiento activista**, a favor de los derechos civiles y **reivindicatorios** de las personas con discapacidad. Si bien este modelo no irrumpe **con la** fuerza de cambio está conformado por grupos minoritario/discriminados, **con limitaciones** debidas a factores culturales y sociales y ausencia de respuesta social **y política** y con necesidad de actuación a nivel de estos planos.

C) Modelo Universal

La piedra fundamental para este cambio de paradigma se ubica “En el año 2001, (cuando) la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la **Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)**, la cual, en lugar de proponer una progresión lineal, ofrece la descripción **de** todos los componentes funcionales y la compleja interrelación entre los factores **involucrados** en la discapacidad; en la nueva terminología se mantienen los componentes **del** proceso y los momentos determinados en la edición anterior, pero se enfatizan **los** aspectos relacionados con el medio.”¹⁸

Una de las claves de este cambio de enfoque que supuso la CIF reside **en el** hecho que abandona el concepto de “consecuencias de enfermedades” para **pensar en** términos de “componentes del funcionamiento humano”. Es decir, ya no pone el **acento** en la causa de la discapacidad, sino en el modo en que esa limitación de la **capacidad** incide en la interacción de la persona con su estado de salud, sus factores **personales** —la edad, el género, el nivel educativo, su personalidad— y elementos **contextuales**, ya sea el **propio** ambiente físico o los factores sociales, económicos y culturales **que** influyen en su experimentación vital de la discapacidad.¹⁹ Para la CIF, la **discapacidad** representa “deficiencias a nivel de la estructura o las funciones **corporales**; limitaciones de las actividades al nivel de la persona y ... **restricciones** en la participación al nivel de las situaciones vitales en un contexto social”²⁰

Así surge un nuevo paradigma de la discapacidad con un enfoque **bio-psico-social**, ahora se trata de un ser humano; ciudadano, sujeto a derecho y la **discapacidad** una característica intrínseca de la condición humana (universal) que para **definirla** se precisa la contextualización individual y del entorno. Desde **esta** dimensión multidimensional se piensan políticas basadas en derechos humanos **y se** prioriza la

¹⁶ Op. Cit. 6

¹⁷ Op.Cit.2

¹⁸ Amate, E. Alicia y Vazquez Armando, “Discapacidad: lo que todos debemos **saber**”, Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica No. 616, Washington, Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente, 2006.

¹⁹ Op. Cit. 2

²⁰ Ibid.

participación comunitaria como por ejemplo la educación inclusiva en la que el sistema educativo es el que debe adaptarse a la diversidad de alumnos; superar elementos de estigmatización, influencia en la política sanitaria y social desarrollada en diferentes países, e involucra a los agentes sociales.

Este paradigma predomina en países de alto nivel de desarrollo, como en los Países Bajos, o Suecia donde la seguridad social responde con especificidad a este modelo.

"Aún cuando se ha conseguido mucho por la lucha por los derechos civiles y con el grupo del modelo minoritario, el futuro está en defender el modelo de la universalización"²¹

Marco Legislativo

Legislación de los derechos Internacionales

Así como el concepto de discapacidad fue evolucionando, el marco legislativo acompañó este proceso a nivel del derecho internacional. A fin de entender la legislación argentina es importante tener en el horizonte el desarrollo en los organismos internacionales y regionales que marcan el rumbo y elaboran instrumentos indispensables para respaldarlo, así con un recorrido de aproximadamente veinte años se consolida la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPCD) mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas del 13 de diciembre 2006 desde la perspectiva de los derechos humanos.

La perspectiva de derechos humanos permite considerar a las personas con discapacidad como individuos que necesitan diferentes servicios para gozar de una situación que los habilite para desempeñarse como ciudadanos activos y participantes. Esto significa crecer dentro de una familia, asistir a la escuela con compañeros, trabajar y participar en la toma de decisiones sobre aquellas políticas y programas que más los afectan.²²

-Antecedentes

El año 1981 fue proclamado Año Internacional de los Impedidos por la Asamblea General de Naciones Unidas con el lema "Participación e igualdad plenas". 448 El decenio comprendido entre 1983 y 1992 fue proclamado Decenio de Naciones Unidas para las Personas con Discapacidad. La Asamblea General aprobó una resolución titulada "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad". (449 Resolución 37/52 de la Asamblea General, de 3 de diciembre de 1982).²³

Al establecer en 1982 el Programa de Acción Mundial sobre Personas con Discapacidad, la Asamblea General de las Naciones Unidas reafirmó el derecho de esas personas a la igualdad de oportunidades, la participación plena en las actividades económicas y sociales, y la igualdad en el acceso a la salud, la educación y los servicios de rehabilitación. La integración de las personas con discapacidad es responsabilidad

²¹ Zola, EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LOS MODELOS EN LOS QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD, UIPC-IMSERSO, 1989.

²² Op. Cit. 17

²³ Op. Cit. 12

del conjunto de la sociedad, no solo del Estado, y debe comprender la atención médica, el fomento del empleo, la práctica de la recreación y los deportes, la accesibilidad del medio físico y la rehabilitación.²⁴

“Los organismos internacionales y los gobiernos han comenzado a prestarle mayor atención, sobre todo desde comienzos de la década de 1990, aunque pueden encontrarse acuerdos y normativas anteriores. Pero no solo ha aumentado su visibilidad, sino que también ha experimentado cambios significativos en su abordaje, pasando desde un enfoque que consideraba a las personas con discapacidad como víctimas, objetos de caridad y beneficiarios de programas hacia una mirada que las concibe como sujetos de derechos, participantes y actores, reconociendo su contribución a la sociedad y reclamando su integración”²⁵... en concordancia con el modelo social de la discapacidad que estaba surgiendo.

“Hasta la década de los años noventa, las leyes europeas receptaban un modelo rehabilitador de consideración del fenómeno de la discapacidad. Ello en ciertas ocasiones derivaba en que a las personas con discapacidad se les negara —aunque no expresamente— el estatus de ciudadanos titulares de derechos, convirtiéndolas más bien en objeto de leyes caritativas.”²⁶

En el año 1993..“la Asamblea General de Naciones Unidas aprobó una resolución histórica titulada “Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad”. Las normas uniformes constituyen el instrumento de Naciones Unidas que orienta la acción en la esfera de la discapacidad, y a través del cual las preocupaciones tradicionales de prevención y rehabilitación —sintomáticas del modelo rehabilitador— han quedado relegadas a favor de una perspectiva de derechos humanos incluso hasta en lo relativo a la forma de denominación de las mismas —en cuanto a la igualdad de oportunidades—. Las Normas Uniformes han sido consideradas desde su normativización como el estándar básico legal internacional a los efectos de la adopción de programas, leyes y políticas con relación a la discapacidad. En este último sentido, a través de las mismas se reconoce la necesidad de que los Estados elaboren en conjunto con las organizaciones no gubernamentales políticas apropiadas en los diferentes niveles —local, nacional y regional— y que integren las necesidades e intereses de las personas con discapacidad en los planes de desarrollo general.

Es importante resaltar que aunque las normas no tienen el carácter obligatorio de una Convención, llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad”²⁷

“ (...) pero dado que las Normas Uniformes no son un instrumento jurídicamente vinculante y los defensores de las personas con discapacidad ya advirtieron que sin

²⁴ Op. Cit. 17

²⁵ Op. Cit. 2

²⁶ Op. Cit. 12

²⁷ Op. Cit. 12

una Convención no se podrían equiparar los derechos de las personas con discapacidad en la disparidad de los Estados nacionales existentes ²⁸

-La Convención

“La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es un tratado histórico que sitúa la discapacidad en el plano de los derechos humanos, y que servirá para dar visibilidad al sector de las personas con discapacidad, 10% de la población mundial, en el sistema de protección de las Naciones Unidas y de la sociedad en general”.²⁹

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, adoptada el 13 de diciembre de 2006 mediante la Resolución 61/106, y que entró en vigor el 3 de mayo de 2008, es probablemente el instrumento de derecho internacional más relevante para este ámbito de la realidad social. Su propósito es “promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente” (Naciones Unidas, 2006, artículo 1). El instrumento se basa en ocho principios rectores: el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas; la no discriminación; la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la igualdad de oportunidades; la accesibilidad; la igualdad entre el hombre y la mujer, y el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad (Naciones Unidas, s/f).³⁰

La Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha instado a los órganos de vigilancia a tener en cuenta los derechos de las personas con discapacidad en sus actividades relacionadas con cada uno de los seis Tratados principales en materia de derechos humanos. Este hecho reviste una gran importancia, ya que reconoce la necesidad de canalizar el potencial de los diversos instrumentos jurídicos internacionales en beneficio de las personas con discapacidad. Ello significa que — cuando un derecho previsto en alguno de estos instrumentos deba ser aplicado a una

²⁸ Rosales P. O., “La nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad”, Publicado en SJA 11/4/2007 - JA 2007-II-817/ Citar Lexis Nº 0003/013151.

²⁹ Cabra de Luna Miguel Angel, Bariffi F., Palacios Agustina, “Derechos humanos de las personas con discapacidad: la convención internacional de las Naciones Unidas”, Editorial Universitaria Ramón Areces, 4 sep. 2007

³⁰ Op. Cit. 2

persona con discapacidad— la aplicación del mismo debe ser adaptada a las necesidades y al contexto específico de la discapacidad.³¹

A nivel interamericano existe un importante instrumento que se ocupa de las personas con discapacidades, la Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, de la Organización de Estados Americanos, aprobada en Ciudad de Guatemala el 7 de junio de 1999, y que también cuenta con una amplia adhesión de los países latinoamericanos (véase el cuadro 11 del anexo 1). El Programa de acción para el decenio de las Américas por los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad (2006-2016), aprobado por la Comisión en su sesión del 26 de abril de 2007, apunta a que los Estados miembros logren hasta 2016 avances sustantivos en la construcción de una sociedad inclusiva, solidaria y basada en el reconocimiento pleno e igualitario de los derechos humanos y las libertades fundamentales, y a que las personas con discapacidad sean reconocidas y valoradas por sus aportes efectivos y potenciales al bienestar general y la diversidad de sus comunidades (OEA, 2007).³²

El análisis de la inclusión de las personas con discapacidad en las constituciones de los países de América Latina muestra que 17 de ellos poseen en sus cartas magnas al menos un artículo que las alude, ya sea exclusivamente o junto a otros grupos de personas —excluyendo, claro está, aquellos artículos que se dirigen a todos los ciudadanos y habitantes del país, y que por lo tanto también las abarcan—³³

Los derechos más ampliamente protegidos en las constituciones regionales corresponden a la esfera económica: el aseguramiento de los ingresos y la seguridad social (12 países) y el empleo/trabajo (9 países). Le siguen los relativos a la educación (7 países) y la salud —atención médica, prevención, rehabilitación— (6 países).³⁴

En síntesis, el derecho internacional occidental en materia de discapacidad es amplio y tiene una historia sólida, que ha logrado legitimar socialmente el nuevo modo de entenderla. También lo es la base legislativa nacional que protege a las personas con discapacidad en la región.... Pero ... el problema reside en gran medida en el hecho que ese reconocimiento jurídico no se traduce en una igualdad real.³⁵

-Incorporación de la Convención en la Legislación argentina

Muchas de las directrices que surgen de la Convención ya formaban parte de la profusa y completa legislación sobre discapacidad. Nuestro país ha tenido en estas últimas décadas la costumbre de suscribir todas y cada una de las Convenciones de

³¹ Op. Cit. 12

³² Op. Cit. 2

³³ Ibid.

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

Derechos Humanos que ha podido firmar, aunque el grado de cumplimiento interno ha sido en muchos casos deficiente.³⁶

El anclaje jurídico de la Convención está plasmado en el art. 75. inc. 22 de la Constitución Nacional al incorporar los tratados de derechos humanos al ordenamiento argentino, y el rol de garante que tiene el Estado a través de sus tres poderes a partir del art.75. inc.23, incorporados explícitamente con la reforma de 1994. "Define que "los tratados y concordatos tienen jerarquía superior a las leyes", en consecuencia, en lo más alto de la pirámide normativa se encuentra el denominado "bloque de constitucionalidad", integrado por la Constitución y los Tratados, a los que se les otorga, o se les otorgará en el futuro, jerarquía constitucional, un escalón más abajo se encuentran los demás tratados internacionales ratificados por la Argentina y, por debajo de ellos, las leyes y el resto de los documentos normativos".³⁷

Argentina principalmente desde el año 1982, tiene dictada una enorme cantidad de normativa relacionada específicamente con la discapacidad (incluyendo reformas constitucionales nacionales y provinciales, leyes nacionales y provinciales, resoluciones, etc.). Incluso la reforma constitucional de 1994 incorporó siete tratados de Derechos Humanos, entre los que se destacan varios que inspiraron la Convención y que son referidos por esta expresamente en su preámbulo). Por ello, el impacto de la Convención de Discapacidad en el derecho argentino puede resultar sobreabundante,...aunque una situación es el abundante marco legal vigente en Argentina y otra- muy distinta- es que el mismo sea cumplido por el Estado.³⁸

"En 1981, bajo el gobierno dictatorial de Jorge Rafael Videla, por primera vez se aborda la temática con una perspectiva integrada y global. Mediante la Ley 22 431 se crea el Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas, que con algunas modificaciones, hasta hoy constituye el marco organizador del esquema de respuesta estatal a la problemática de la discapacidad"³⁹ El marco de esta Ley refiere a que son las personas que tienen desventajas las que tienen que habilitarse para poder integrarse en la sociedad, el concepto de discapacidad que subyace es el modelo médico o modelo rehabilitador que "considera la discapacidad exclusivamente como un problema de la persona, directamente ocasionado por una enfermedad, trauma o condición de la salud, que requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. En consecuencia, el tratamiento de la discapacidad se encuentra encaminado a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona, o un cambio en su conducta". La atención sanitaria se considera la materia fundamental, y en el ámbito político, la respuesta principal se brinda mediante políticas de atención a la salud.⁴⁰

Este modelo resuena con la ideología política que gobernaba el país, y el surgimiento de esta norma, parece responder más a la mirada internacional, que a una demanda

³⁶ Op. Cit. 27

³⁷ Op. Cit. 6

³⁸ Op. Cit. 27

³⁹ Op. Cit. 6

⁴⁰ Op. Cit. 12

propia de la sociedad argentina ya que a nivel nacional estaba cercenada toda posibilidad de expresión.

LEGISLACIÓN ARGENTINA VIGENTE

En continuidad con el apartado anterior donde a la luz de los antecedentes internacionales y su influencia en la evolución de la legislación argentina, se analizará las tres leyes principales que regulan los derechos de las PCD en este país y la forma en que está conformado el sistema de salud argentino para dar respuesta. De ahí la importancia de delinear primero el campo de acción; el sistema de salud y su andamiaje jurídico, dado que este trabajo final integrador (TFI) tiene como objetivo, identificar en el sistema, y en especial el subsistema de la seguridad social, como impacta esta legislación y a que concepto de discapacidad responde.

Sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino se encuentra dividido en tres subsistemas:

- El subsistema público/estatal: compuesto por tres niveles de gestión Nación, Provincias y Municipios y Hospitales de autogestión. Brinda cobertura a la población sin obra social
- El subsistema de las Seguridad Social: compuesto por las obras sociales; sindicales, nacionales, provinciales y el INSSJP. Población contribuyente (aportes) Leyes 23660 y 23661
- El subsistema medicina privada (prepaga): compuesto por las entidades privadas prestadoras de servicios de salud. Ley 26682/11

El Ministerio de Salud de la Nación tiene la función de rectoría del sistema, la articulación y coordinación entre los mismos.

A fin de delimitar "legalmente el sistema" y, a mi entender, identificar los mojones imprescindibles para el entramado jurídico, sucintamente se hace referencia a las mismas:

- **Ley Nº 23.661.** Sancionada el 29 de diciembre de 1988. Crea el Sistema Nacional del Seguro de Salud: "... con los alcances de un seguro social, a efectos de procurar el pleno goce del derecho a la salud para todos los habitantes del país sin discriminación social, económica, cultural o geográfica. El seguro se organizará dentro del marco de una concepción integradora del sector salud donde la autoridad pública afirme su papel de conducción general del sistema y las sociedades intermedias consoliden su participación en la gestión directa de las acciones, en consonancia con los dictados de una democracia social moderna." (Art. 1)

-**Ley Nº 23.660.** Sancionada en la misma fecha. Establece el Nuevo Régimen para las Obras Sociales. Casi cuatro años más tarde, 1 de abril de 1993 se dicta el Decreto Nº576/93 con la reglamentación de ambas leyes.

En cumplimiento del Decreto 492/95, el Ministerio de Salud y Acción Social aprobó a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria el programa de prestaciones médico-asistenciales bajo la denominación de Programa Médico Obligatorio –PMO– como un listado de las prestaciones que obligatoriamente deben brindar las obras sociales nacionales. El PMO entró en vigencia a partir de la publicación de la Resolución (MS) N° 247 del año 1996 y posteriormente se fueron dictando sucesivas modificaciones.⁴¹

Ley N° 24 754: Promulgada el 23 de diciembre de 1996 (Aplicación Art.80 C. Nacional) Empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga-planes de cobertura - Prestaciones obligatorias. Art.1º:...“las empresas o entidades que presten servicios de medicina prepaga deberán cubrir, como mínimo, en sus planes de cobertura médico asistencial las mismas “prestaciones obligatorias” dispuestas para las obras sociales, conforme lo establecido por las leyes 23.660, 23.661 y 24.455, y sus respectivas reglamentaciones”.

Para tratar de subsanar el problema de la desigualdad de recursos entre las distintas obras sociales, se recurre al Fondo Solidario de Redistribución (FSR) creado por la Ley Nacional del Seguro de Salud (Ley N° 23.661 art. 22). Éste tiene como principal objeto constituirse en un mecanismo de apoyo financiero a las Obras Sociales para la cobertura de prestaciones médicas especiales de baja incidencia y alto impacto económico. Además se propone brindar apoyo financiero a las jurisdicciones adheridas a la Ley del Seguro Nacional de Salud, con destino a la incorporación de las personas sin cobertura y carentes de recursos.⁴²

DECRETO N° 292/95 Reducción de las contribuciones patronales. Distribución automática del Fondo Solidario de Redistribución. Eliminación de múltiples coberturas y unificación de aportes para Obras Sociales. Libertad de elección para los jubilados. Transferencia de las funciones de asistencia social del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Traspaso de pensiones no contributivas a la Secretaría de Desarrollo Social. Cobertura de salud a los titulares de pensiones no contributivas nacionales. Transferencia de personal. Requisitos para acceder a los beneficios. Disposiciones finales.

⁴³ El decreto garantiza un aporte mínimo para la totalidad de las obras sociales que lo pagaría el Fondo Solidario de Redistribución regulado por la Ley 23.661.

Decreto N° 762/97 Sistema Único De Prestaciones Básicas Para Personas Con Discapacidad. Creación. Objetivo. Beneficiarios. Organismo regulador. Registro Nacional de Personas con Discapacidad. Organismo responsable. Nomenclador de Prestaciones Básicas. Fondo Solidario de Redistribución.

RESOLUCION 53/98-PEN crea la ADMINISTRACION DE PROGRAMAS ESPECIALES como Organismo descentralizado de la ADMINISTRACION PUBLICA NACIONAL con

⁴¹ Disponible en www.renal.org.ar/legislacion

⁴² Op. Cit. 11

⁴³ <http://www.sssalud.gov.ar/normativas/consulta/000419.pdf>

personalidad jurídica propia. La APE es una entidad descentralizada de la Administración Pública Nacional, en jurisdicción del Ministerio de Salud. El objetivo principal de la APE radica en satisfacer, en forma justa y equitativa, los pedidos realizados por las Obras Sociales a fin de financiar la cobertura de estas prestaciones de alto impacto económico originadas en la atención de enfermedades de baja incidencia.

Decreto Nº 1215/99: regula la Administración de Programas Especiales (APE)

Decreto 1615/96: se crea la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD (SSS), a través de la fusión de la ANSSAL (Administración Nacional del Seguro de Salud), el INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales) y el DINOS (Dirección Nacional de Obras Sociales). Es un organismo descentralizado en jurisdicción del Ministerio de Salud en calidad de ente de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud, (obras sociales Ley 23.660 y 23.661 y empresas de medicina prepaga ley 26.682).

Decreto 15/98: Se aprueba la estructura organizativa.

Decreto 1547/2007: la SSS regula y supervisa los servicios de salud, con el objeto de asegurar el cumplimiento de las políticas del área de promoción, preservación y recuperación de la salud de la población, afianzando el equilibrio entre usuarios, prestadores y financiadores en condiciones de libre competencia, transparencia, eficiencia económica y equidad social.

Decreto 1198/2012: Absorción de la Administración de Programas Especiales dentro de la Estructura Organizativa de la SSS

El Servicio Nacional de Rehabilitación fue creado en 1956 en medio de la epidemia de Poliomielitis. Por Decreto Ley Nº 18384/69 se denomina "Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad" y se constituye como organismo autárquico. Finalmente por Decreto Nº 1460/96 el Servicio se transformó en descentralizado. Su actual denominación como "Servicio Nacional de Rehabilitación", se aprobó por medio del Decreto Nº 106/2005. La actual estructura organizativa de primer nivel operativo y sus aperturas inferiores se aprobaron mediante Decreto Nº 627/2010 y Disposición SNR Nº 1176/2011 respectivamente.) En la actualidad, es el organismo rector en la normativización y ejecución de políticas de discapacidad y rehabilitación integral dentro del sector Salud.

Actualmente el SNR es el organismo responsable de la confección y publicación de las normativas de evaluación y certificación de discapacidad, y la capacitación a las juntas evaluadoras del país.

Funciona como el único ente del país donde se realizan los trámites del símbolo internacional de acceso y la franquicia para la compra de un automotor, y donde además, funciona el Registro Nacional de Prestadores, en el que se inscriben las instituciones que prestan servicios a personas con discapacidad de todo el país.⁴⁴

También brinda atención asistencial a PCD, contando con un predio e instalaciones privilegiadas para la recreación y rehabilitación y ellos y sus familias.

⁴⁴ (www.snr.gov.ar)

Leyes principales y decretos del subsistema discapacidad

Las leyes y decretos y entes descriptos precedentemente son indispensables para delinear el marco jurídico del sistema de salud argentino. "En los estudios centrados en sistemas de salud se han identificado diferentes componentes de los mismos. Por ejemplo, cuando se privilegia una óptica socio-política se destacan componentes jurídicos, organizativos, grupos de interés, etc." Todo sistema de salud puede ser pensado como la articulación de tres componentes (a) político b) económico y c) técnico".⁴⁵

Las tres leyes principales y decretos que rigen en materia de discapacidad y que son, hasta la actualidad, el "marco organizador" del subsistema de discapacidad son: LEY 22431/81, LEY 24 901/97 y LEY 26.378/08.

LEY 22431/81 SISTEMA DE PROTECCION INTEGRAL DE LOS DISCAPACITADOS Y su Decreto reglamentario 498/83 constituyen una respuesta exhaustiva a las necesidades de las PCD. En el ítem anterior (Legislación Internacional) se describió el contexto histórico nacional en que surgió esta Ley.

En su artículo 4 establece que: "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 aquellas o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas, los siguientes servicios: a) Rehabilitación integral, entendida como el desarrollo de las capacidades de la persona discapacitada. b) Formación laboral o profesional. c) Préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual. d) Régimenes diferenciales de seguridad social. e) Escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios previstos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común. f) Orientación o promoción individual, familiar y social."⁴⁶

En 1985, a nivel del Poder Ejecutivo, se crea la Comisión Nacional para las Personas con Discapacidad, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social y con participación de organismos públicos y no gubernamentales.

Decreto 1101/87: la Comisión fue elevada de rango y pasó a constituir la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad.

Decreto 129/95: se incorpora la Comisión a la jurisdicción de la Jefatura de Gabinete. Actualmente esta Comisión depende del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y está conformada por un presidente, un directorio, un comité técnico (con representantes de organismos públicos) y un comité asesor (con representantes de las ONG del sector).

⁴⁵ Op. Cit. 4

⁴⁶ Op. Cit. 11

LEY 24 901/97 SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS de atención INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Garantiza la universalidad de la atención de las mismas mediante: integración de políticas, recursos institucionales y recursos económicos. Las prestaciones garantizadas por esta norma son de tipo preventivo, de rehabilitación, terapéutico-educativas, educativas y asistenciales. Se definen enunciativamente los servicios específicos.

Decreto 762/97 reglamentario de la Ley crea el Sistema Único de Prestaciones Básicas para personas con Discapacidad

Objetivo general de la creación del Sistema:

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

Decreto 1193/98 Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Normas reglamentarias encargadas de darle contenido a la ley 24901. Garantiza la universalidad de la atención de las PCD mediante integración de políticas, de recursos institucionales, y de recursos económicos. Principales obligados las obras sociales y el Estado Nacional.

Resolución N° 428/99 del entonces MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, se aprobó el NOMENCLADOR DE PRESTACIONES BASICAS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD. Determina el contenido concreto de las prestaciones y los aranceles.

Resolución N° 400/99: establece el marco normativo a tener en cuenta en oportunidad de requerir apoyos del FSR. En sus considerandos se menciona:

"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 predeterminar las condiciones generales de su otorgamiento a fin de procurar una eficiente, adecuada, equitativa y oportuna aplicación de tales recursos".

La estructura operativa del Sistema queda formado por:

- a) Directorio del Sistema Único
- b) Registro Nacional de Personas con Discapacidad
- c) Registro Nacional de Prestadores de Servicios
- d) Nomenclador de Prestaciones Básicas
- e) Programa de atención a personas discapacitadas carenciadas a todo el país

El Directorio del Sistema Único se constituyó el 3 de noviembre de 1998 y estaba integrado por el Presidente, el Vicepresidente y representantes de cada uno de los siguientes actores:

Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas. (CONADIS)
Secretaría de Desarrollo Social
Administración de Programas Especiales (APE)
Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).
Servicio Nacional de Rehabilitación y Promoción de la Persona con Discapacidad (SNR).
Consejo Federal de Salud
Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).
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 fines de lucro
destinadas a la atención de las personas con discapacidad⁴⁷

La Comisión Nacional Asesora para las Personas con Discapacidad será el organismo regulador del "Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad"; elaborará la normativa relativa al mismo, la que incluirá la definición del Sistema de Control Interno conjuntamente con la Sindicatura General de la Nación; contará para su administración con un directorio cuya composición, misión, funciones y normativa del funcionamiento se acompaña en el anexo A de la presente; 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"⁴⁸

Dentro de este apartado de normativas vigentes, se incluye el Certificado de Discapacidad, ya que es un instrumento público que certifica la discapacidad de la persona y permite acceder a la cobertura integral de las prestaciones de discapacidad. El Certificado de Discapacidad, es instituido por el Art. 3° de la Ley 22.431/81, para acceder a los servicios correspondientes. El Ministerio de Salud es el encargado de la certificación de "la existencia de la discapacidad, su naturaleza y grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado".

Decreto 1193/98 ARTICULO 10.- EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL será la autoridad encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de discapacidad. El certificado de discapacidad se otorgará previa evaluación del beneficiario por un equipo Interdisciplinario que se constituirá a tal fin y comprenderá la siguiente información: a) Diagnóstico funcional, b) Orientación prestacional, la que se incorporará al Registro Nacional de Personas con Discapacidad.

Ley N° 25.504/01 Denomina este documento como Certificado Único de Discapacidad, válido en todo el territorio nacional, ratificando al Ministerio de Salud como autoridad encargada de certificarlo.

⁴⁷ Rosales P. O., "La discapacidad en el sistema de salud argentino: Obras Sociales, Prepagas y Estado Nacional", Buenos Aires, Ed. Lexix Nexism 2004.

⁴⁸ Ibid.

LEY 26.378/08 CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD El Congreso Nacional aprueba la CDPCD y su Protocolo facultativo, luego de que ambas Cámaras del Congreso lo suscribieran y ratificaran mediante esta Ley promulgada el 6 de junio de 2008.

Con la ratificación a la CDPCD y su Protocolo Facultativo, el país está asumiendo el compromiso de velar, implementar y defender los derechos de las PCD. Fundamentalmente esta ley obliga al Estado a la creación de políticas específicas a fin de garantizar los derechos, esto requiere de la armonización legislativa, y el compromiso en materia de accesibilidad, estadística, educación, comunicación, investigación, participación política, salud y trabajo.

FINANCIAMIENTO

Siguiendo un hilo conductor con el desarrollo de Legislación vigente, se puede inferir que las dos leyes principales que organizan, y que hasta la actualidad, rigen el sistema de prestaciones básicas para personas con discapacidad hacen referencia al financiamiento.

La Ley 22431/81, fue una de las primeras normas en regular prestaciones para personas con discapacidad. "Sin embargo, la ley sólo distribuye responsabilidades entre distintos ámbitos gubernamentales y no presenta referencias puntuales a aspectos vinculados con los recursos que harán posible el financiamiento de los servicios que pretende asegurar."⁴⁹ "Dentro del sub-sistema de salud público la ley 22.431 financia las prestaciones de aquellas personas sin cobertura de obra social y sin recursos. Por el contrario, dentro del sub-sistema de seguridad social, la ley 24.901/97 establece que las obras sociales deberán hacerse cargo de la totalidad de las prestaciones básicas para las personas con discapacidad dentro de sus organismos. Dentro de este mismo subsistema el FSR se encarga de reintegrar a las obras sociales estas prestaciones (parcialmente). En el marco de las transformaciones de esta década, las prestaciones por discapacidad comienzan a regularse en el mercado. Tal situación profundizó las desigualdades entre personas con cobertura y personas carentes de cobertura".⁵⁰

-Ley 24452. Ley de Cheques

Esta asignación es la primera en el diseño institucional argentino que escapa al sistema de salud, por primera vez una fuente destinada exclusivamente a financiar programas de atención integral para las PcD.⁵¹

La Ley de Cheques (promulgada el 22/2/1995), en su artículo 7 prevé que las multas que surjan de la violación de algunas de las disposiciones que ella contempla, serán destinadas y transferidas automáticamente al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, por la autoridad de aplicación -Banco Central de la

⁴⁹ Op. Cit. 6

⁵⁰ Op. Cit. 11

⁵¹ Op. Cit. 6

República Argentina-. Aquél destinará los fondos exclusivamente al financiamiento de Programas de Atención Integral para las Personas con Discapacidad.

El Decreto 153/96 reglamenta el destino de los fondos recaudados por aplicación de las multas previstas por la Ley 24.452 y crea el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad, con sede en el INSSJP, integrado por áreas involucradas del gobierno nacional y con la participación permanente de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS).

Las acciones de este Comité serán: evaluar, seleccionar, establecer prioridades y aprobar los programas y proyectos, asignar y controlar la aplicación de los fondos (artículo 3). Este Comité está integrado por: un representante titular y uno alterno por cada uno de los siguientes organismos: INSSJP, Ministerio de Salud (Servicio Nacional de Rehabilitación), Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Ministerio de Cultura y Educación, Secretaría de Desarrollo Social de la Presidencia de la Nación, CONADIS y dos representantes del Comité Asesor permanente de dicha Comisión. (Art. 4)

En este punto, es importante hacer una digresión y mencionar algunos aspectos, características y el lugar que ocupa en el Sistema de Salud, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) conocido desde su origen como PAMI (Programa de Atención Médica Integral), creado por Ley 19032 el 13 de mayo 1971 con el objetivo de brindar cobertura médica, social, universal y obligatoria a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y su grupo familiar primario. A estos beneficiarios se agregaron posteriormente titulares de pensiones a la vejez e invalidez otorgadas por el Poder Legislativo, personas mayores de 70 años que no cuenten con obra social ni recursos propios, ex combatientes de la guerra de Malvinas y madres de más de siete hijos.

A partir del Decreto 292/95 la cobertura médica de los beneficiarios no naturales del PAMI, a excepción de los ex combatientes de Malvinas fue transferido a la por entonces Secretaría de Desarrollo Social y actualmente al Ministerio de Salud de la Nación.⁵² Asimismo este Decreto permite optar a los beneficiarios naturales del PAMI entre las distintas obras sociales que estén dispuestas a cubrir a esta población.

El INSSJP es un ente autárquico que pertenece al Subsistema de la Seguridad Social. "Al momento de su creación, el financiamiento estaba previsto que provendría de un aporte del 2% sobre los haberes de los pasivos del régimen nacional de previsión social, 3%, sobre el sueldo anual complementario de los mismos, 1% de aporte de los trabajadores activos (autónomos y en relación de dependencia), el 10% del producido neto de la Lotería de Beneficencia Nacional y Casinos y Aportes del Tesoro Nacional.

Luego de sucesivas modificaciones, actualmente los recursos provienen de un 3% de aporte de los trabajadores activos en relación de dependencia, un 2% de contribución patronal, un 5% del ingreso presunto, de acuerdo a la categoría en que revistan, de los trabajadores autónomos, un 2% de aporte de los jubilados del régimen nacional de previsión y aportes del Tesoro Nacional".⁵³

⁵² Torres Rubén, "Mitos y realidades de las Obras Sociales en la Argentina", Ed ISALUD.

⁵³ Ibid.

En relación con el tema del presente trabajo, cabe señalar que el Directorio del INSSJP aprobó por Resolución 1608/93 el Programa de Atención Integral para las Personas con Discapacidad (PROIDIS), a los efectos de brindar cobertura integral a las PcD, en el marco de la Ley 22 431. Por este motivo fue pionero y sentó las bases en cuanto a Programas de Atención a PcD, ya que el PROIDIS contaba además con guías de evaluación para instituciones de discapacidad en todas las modalidades de atención, por esta razón en la década del noventa cuando se produjeron todos los cambios en el marco de la Ley 24901, que instituyó el Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral para PcD se convirtió en el principal referente institucional. Sin perjuicio de ello, la Auditoría General de la Nación, entre sus principales observaciones al ente, objeta que el INSSJP no ha incluido las modificaciones introducidas en la Ley 24901 de 1997 en su normativa.

Retomando el Decreto 153/96..." es a partir de la promulgación de este (Decreto) que los Fondos previstos por la Ley de Cheques comenzaron a ser destinados integralmente a los programas que el Comité aprobaba, mientras que los que se encontraban en vías de ejecución continuarían financiados como hasta ese momento. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados deberá destinar los fondos recaudados por dicho concepto al Comité para la realización de los objetivos propuestos.⁵⁴ "Pero problemas de sub-ejecución presupuestaria, falta de información sobre los resultados y poca transparencia en el uso de los fondos llevaron al Congreso, seis años después, a aprobar la Ley 25 557 para la creación de una comisión bicameral investigadora del cumplimiento de la Ley de Cheques"⁵⁵

Ley 25.557 sancionada el 20/12/2001: Creación de la Comisión Bicameral investigadora de la Ley de Cheques.

Ley 25 413/2001 se eliminan las multas y el Comité es suprimido.

Con la Ley N° 25730/03, y su Decreto reglamentario 1277, se reestablecen las "... sanciones para los libradores de cheques rechazados por falta de fondos o sin autorización para girar en descubierto o por defectos formales. Establécese como destino de los fondos recaudados a los Programas y Proyectos a favor de las personas con discapacidad", estableciendo multas del 4% del valor del cheque (cuyos montos serán desde \$100 hasta \$ 50.000). Con lo recaudado de las multas mencionadas se conforma el Fondo Nacional Para La Integración De Personas Con Discapacidad

Art. 2º — FONDO. Créase el FONDO NACIONAL PARA LA INTEGRACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, el que se constituirá con los siguientes aportes: a) Con los fondos recaudados por aplicación de la Ley N° 25.730; b) Con los legados y/o donaciones de personas y/o instituciones privadas nacionales o extranjeras; c) Con los fondos provenientes de organismos internacionales, tanto públicos como privados; d) Con los fondos recaudados por aplicación de la Ley N° 24.452 por asignaciones de recursos no utilizados, o de planes que hubieran caducado, o que hubieran sido cancelados, o con devoluciones de recursos que hubieran sido adjudicados en exceso

⁵⁴ Op. Cit. 11

⁵⁵ Op. Cit. 6

por cualquier causa; e) Con los demás fondos que las leyes especiales destinaren al mismo.

ART. 3º--Los recursos que integren el FONDO NACIONAL PARA LA INTEGRACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, serán depositados en una cuenta bancaria a nombre de la COMISION NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS DISCAPACITADAS, dependiente del CONSEJO NACIONAL DE COORDINACION DE POLITICAS SOCIALES de la PRESIDENCIA DE LA NACION.

El Poder Ejecutivo Nacional (PEN), con el propósito de superar algunos de los problemas generados por el uso de estos fondos, crea en Decreto 1277/ 2003 el Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad, y una Unidad Ejecutora en el ámbito de la Comisión Nacional Asesora dependiente del Consejo Coordinador de Políticas Sociales. ...desde el punto de vista normativo, la decisión parece fortalecer a la Comisión Nacional Asesora como ámbito de orientación de políticas y la dota de una herramienta que, al menos en la teoría, fortalece su capacidad de gestión.⁵⁶

"Dichos montos serán destinados íntegramente a la implementación de programas y proyectos a favor de personas con discapacidad, los que serán administrados por el Comité creado por el Decreto 153/96 con las modificaciones del Decreto 1277/2003".

"Los fondos que recaude el Banco Central de la República Argentina en virtud de las multas previstas en la presente ley serán destinados para la aplicación de los programas y proyectos a favor de las personas con discapacidad, que será administrado por el Comité Coordinador de Programas para Personas con Discapacidad, creado por decreto del Poder Ejecutivo nacional 153/96 y sus modificatorias. Dichos fondos serán aplicados en los programas proyectos citados, conjuntamente con los recursos previstos en el artículo 10 de la ley 25.413." (Art. 3, Ley 25.730).

Podría decirse que con la última modificación de la Ley de cheques (Ley 25730 y su decreto 1277/03) queda la CONADIS con la potestad de la administración de los Fondos en materia de discapacidad.

-El Subsistema de Discapacidad como Modelo del Seguro Social

La Ley de Cheques, como ya se analizó, es la única fuente de financiación por fuera del sistema de salud, pero de alguna forma también involucra al erario. A la luz de la referencia teórica de "Herramientas para el análisis del Sector Salud" podemos identificar el subsistema de discapacidad en relación al Modelo de Gestión, dentro de los tipos ideales como Modelo del Seguro Social. Este último "se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. La financiación es por aportes de los empresarios y los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, solo

⁵⁶ Op. Cit. 6

cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos años han tendido a universalizar su cobertura. Todas las obras sociales de la Argentina son exponentes de este modelo". Este modelo "privilegia la función del Estado como financiador y regulador" ⁵⁷

A partir de esta definición se articulan las dos leyes principales que rigen el sistema la Ley Nº23 660 y 23 661 y su Decreto Reglamentario Nº 576/93 que fueron descriptos en el apartado de Legislación vigente como los mojones que delimitan el Sistema de Salud Argentino. En el art. 16 de la Reglamentación "Se establecen los siguientes aportes y contribuciones para el sostenimiento de las acciones que deben desarrollar las obras sociales según la presente ley:

- a) Una contribución a cargo del empleador equivalente al seis por ciento (6%) de la remuneración de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia;
 - b) Un aporte a cargo de los trabajadores que presten servicios en relación de dependencia equivalente al tres por ciento (3%) de su remuneración.
- Asimismo, por cada beneficiario a cargo del afiliado titular, a que se refiere el artículo 9º, último apartado, aportará el uno y medio por ciento (1,5%) de su remuneración.

Asimismo, mantendrán su vigencia los aportes de los jubilados y pensionados y los recursos de distinta naturaleza destinados al sostenimiento de las obras sociales determinados por ley, decretos, convenciones colectivas u otras disposiciones particulares."

El Sistema Único de Prestaciones Básicas y los decretos que acompañan la normativización, señalan a las obras sociales como principales obligadas a brindar la cobertura, compensando estas erogaciones con el Fondo de Distribución Solidaria.

Bajo la nueva conducción del país que asumió el 10 de diciembre de 2015, con otra orientación política del gobierno saliente, se produjeron algunos cambios en cuanto a la administración del Fondo Solidario de Redistribución, y el 2 de agosto del 2016 se firma el **Decreto 904/2016 Fondo Solidario de Redistribución. Mecanismo "Integración"** que modifica la administración de este Fondo..."en consonancia con los nuevos lineamientos estratégicos de la actual gestión gubernamental, tanto en materia de salud como en lo concerniente a modernización del Estado, se procurará utilizar todas las herramientas que agilicen la gestión administrativa brindando eficiencia y transparencia a los procesos, como así también, asegurando la accesibilidad a los servicios esenciales a un grupo vulnerable como lo son las personas con discapacidad" ⁵⁸. En el mismo considera que..."corresponde instituir un mecanismo de distribución directa de los recursos desde el FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN a los Agentes del Seguro de Salud, para ser destinados exclusivamente al financiamiento de las prestaciones contempladas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad aprobado mediante

⁵⁷ Op. Cit. 4

⁵⁸ Decreto 904/2016

Resolución del entonces Ministerio de Salud y Acción Social N° 428/1999 o la norma que en el futuro la reemplace”⁵⁹ y decreta:

ARTÍCULO 1° — Institúyese un mecanismo denominado “INTEGRACIÓN” para el financiamiento directo del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN a los Agentes del Seguro de Salud, de la cobertura de las prestaciones médico asistenciales previstas en el Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad aprobado por la Resolución del entonces Ministerio de Salud y Acción Social N° 428/1999 o la que en el futuro la reemplace, destinadas a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, el que como ANEXO (IF-2016-00497982-APN-MS) forma parte integrante del presente Decreto.

ARTÍCULO 2° — Facúltase a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a adecuar los procedimientos administrativos necesarios e incorporar el uso de nuevas herramientas tecnológicas como la firma digital y la notificación fehaciente digital, para dotar al sistema de transparencia y eficiencia.

ARTÍCULO 3° — Autorízase a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD a dictar las medidas complementarias y aclaratorias para la mejor implementación del nuevo mecanismo, el que reemplazará al actual Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) en el financiamiento de las prestaciones básicas destinadas a personas con discapacidad afiliadas al Sistema Nacional del Seguro de Salud.

MECANISMO “INTEGRACIÓN”

1.- Los Agentes del Seguro de Salud deberán abrir una cuenta bancaria conforme los recaudos exigidos en el primer párrafo del artículo 23 de la Ley N° 23.660, la que se denominará “CUENTA DISCAPACIDAD” y tendrá afectación específica y exclusiva para recibir las transferencias provenientes del FONDO SOLIDARIO DE REDISTRIBUCIÓN y proceder al pago de las prestaciones referidas en el artículo 1° del Decreto del que este ANEXO forma parte.

Se desprende de los considerandos de la norma el concepto de discapacidad que concibe, ya que hace referencia a las personas con discapacidad como “grupo vulnerable” respondiendo a un modelo médico/rehabilitador, y priorizando el financiamiento, en lugar del marco básico de prestaciones con una orientación sujeta al cambio de paradigma, y al amparo de la Convención de los Derecho de las Personas con Discapacidad.

El subsistema de medicina privada, se ajusta a la normativa regulada por La Ley N°26.682 y el DecretoN°1991 de fecha noviembre de 2011. Esta establece el régimen de regulación de las empresas de medicina prepaga, entendiendo por ellas a toda persona física o jurídica cuyo objeto consista en brindar prestaciones de prevención, protección, tratamiento y rehabilitación de la salud humana a los usuarios, a través de una modalidad de asociación voluntaria mediante sistemas de pagos de adhesión, regulando asimismo los planes de adhesión voluntaria y los planes superadores o complementarios por mayores servicios que comercialicen los Agentes del Seguro de Salud.

⁵⁹ Ibid.

De todas formas se rige por el marco básico de prestaciones, el nomenclador nacional, y en general es más difícil acceder a la cobertura.

Otra herramienta posible de análisis es la que brinda Robert Evans quien "define a los sistemas de salud por medios de subsistemas de financiación, pago y regulación...Una de las principales ventajas de esta clasificación reside en el hecho de que permite un análisis pormenorizado de los flujos de recursos y servicios y, de esta manera, resulta adecuado para evaluar los posible impactos de las medidas de reforma sobre los niveles de gasto y prestaciones...En el análisis de los sistemas de salud a nivel nacional, es fundamental identificar los flujos de recursos financieros vinculados a los servicios de salud"⁶⁰

Desde esta perspectiva se podría analizar al subsistema de discapacidad como un modelo público integrado... "en términos generales los consumidores no pueden elegir el asegurador dentro del plan público...es probable que también su elección de prestador esté limitada."⁶¹

CONSIDERACIONES FINALES

El presente trabajo parte de identificar los cambios de paradigmas de la evolución del concepto de discapacidad, la legislación internacional y las leyes nacionales que acompañan este recorrido. Luego se describe el sistema de salud argentino y los principales organismos encargados de diseñar y marcar el rumbo de las políticas en materia de discapacidad, y se reconoce al sector de las obras sociales como principal financiador de las prestaciones.

En este punto tomando como hilo conductor el Modelo Universal de la discapacidad, que refleja la evolución del concepto, y el enfoque del sujeto desde una perspectiva psico-bio-social, se puede vislumbrar como el sistema de salud argentino todavía responde a un modelo médico/rehabilitador, tanto por su definición de sujeto discapacitado, como por su objetivo rehabilitador.

Se puede pensar que la Ley 22 431/81 SISTEMA de PROTECCION INTEGRAL DE LOS DISCAPACITADOS, desde su definición hace referencia a un sujeto vulnerable, en desventaja (Art.2º), respondiendo al Concepto del Modelo Médico, ya que se tiende compensar las desventajas en relación a las "personas normales" (Art. 1º). Sin embargo es "La Ley" de la legislación argentina, y de "corte superador en América Latina" en materia de discapacidad, por ser el marco jurídico aplicable y contener los principios fundantes de los derechos que amparan a las PCD en este país y sobre la cual se basan las sucesivas leyes. Queda explícita y garantizada la estructura del sistema; en el Art. 3º define la pertinencia del Certificado de Discapacidad, documento indispensable para el acceso a los beneficios y a las prestaciones "médico asistenciales básicas" en concordancia con el modelo médico, dejando dicha facultad a la Secretaría de Estado de Salud Pública (Ministerio de Salud actualmente).

⁶⁰ Ibid

⁶¹ Ibid

En cuanto al financiamiento explicita la financiación pública de la universalidad de prestaciones (Art.4), a cargo del estado (o de la seguridad social), pero se destaca la preponderancia del Estado para dar cumplimiento a la Ley. Otorga al Ministerio de Bienestar Social de la Nación (actual Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente) el poder de rectoría. Se destaca nuevamente que esta ley fue dictada en el Proceso de Reorganización Nacional, bajo un gobierno de facto, y puede inferirse que estos derechos no tenían un alcance social muy amplio, ni respondían a una demanda popular sino que estaba destinada a sectores sociales que tenían conocimiento y acceso a los mismos.

La segunda ley descripta que rige el Subsistema de Discapacidad es la Ley 24 901/97: Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación a favor de las Personas con Discapacidad, y los Decretos 762/97 y 1193/98, hacen explícita referencia al sistema de prestaciones básica para las personas con discapacidad, a fin de que las obras sociales cubran las mismas, fijando el monto de las prestaciones por nomenclador (Resolución 428/99), hasta la actualidad.

A diferencia de la Ley 24341/81, ésta hace especial referencia a las obligaciones de las obras sociales, ya que cuenta con las leyes 23660 y 23666/93 para obligar al sector de la seguridad social a cubrir las prestaciones, para lo cual se implementaron mecanismos específicos (FSR y APE). Es importante contextualizar el momento histórico en el que se sanciona las reglamentaciones del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. La década del '90 estuvo regida por un modelo neoliberal de país, y el Sistema Único surge como una respuesta de gestión para resolver el financiamiento. El concepto de discapacidad sigue el modelo médico/rehabilitador. No se producen cambios desde la concepción del sujeto, sino del sistema. La función de rectoría la ejerce el Ministerio de Salud y bajo su órbita están los órganos encargados de garantizar el funcionamiento (SNR; SSS).

En agosto del 2016, la nueva conducción política del país, modifica a través del Decreto 904/16 la administración del FSR, creando el mecanismo "Integración" y facultando a la Superintendencia de Servicios de Salud a ejecutarlo, y tal como se mencionó ut supra, las modificaciones recientes también se producen en esta esfera, lo que evidencia la preponderancia en el sistema financiero y no prestacional a la luz del nuevo concepto de discapacidad.

La CONADIS, que preside el Directorio del Sistema Único, es el único ente que en materia de Discapacidad depende del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, Presidencia de la Nación. Su competencia específica con los fondos propios (Ley de Cheques) se orienta a la aprobación de proyectos inclusivos, asesoramiento y trabajo intersectorial; con otros órganos del Estado como con organizaciones de la sociedad civil. Es importante resaltar que en cuanto a los derechos de las PCD, puede realizar asesoramiento al respecto pero no tiene facultad de intervención jurídica (Amparos). Podría inferirse que este organismo integrado por una pluralidad de actores y de sectores de la sociedad empondera el modelo social de las PCD.

Por último, la Ley 26378/2008: Argentina adopta la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, y la incorpora al plexo de la Constitución Nacional. Esta Ley es la más importante en relación a los derechos humanos de las PCD, es la llave

que abre la perspectiva de la vida autónoma, y conlleva el cambio de paradigma de la evolución del concepto PCD. Este modelo Universal implica otro enfoque de abordar la problemática, ya no se define por un diagnóstico médico o social, sino que es una condición inherente al ser humano cuya herramienta indispensable de evaluación es la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento) que implica un enfoque bio-psico-social, pretendiendo superar elementos de estigmatización e impulsar la participación comunitaria. Desde esta perspectiva se introduce el concepto de "Apoyos" para favorecer la vida autónoma. Su repercusión en el Sistema tiene su voz, principalmente, en los amparos judiciales a fin de obligar al sistema a dar respuesta desde esta perspectiva.

CONCLUSIONES

En virtud del desafío planteado en la justificación del tema "articular a través de la evolución del concepto de discapacidad el cambio de paradigma y su impacto en el sistema de salud en Argentina", se realizó el recorrido por el extenso cuerpo legal que respalda los derechos de las personas con discapacidad, y como la Argentina es signataria de tratados internacionales a favor de los derechos humanos, pero que a pesar de la evolucionada legislación y buenas intenciones el sistema de salud no acompaña estos avances.

Tal como se desprende del desarrollo del trabajo el nuevo paradigma en discapacidad todavía no atravesó al sistema de salud. Podemos pensar en profesionales, instituciones, sectores sociales, que entienden, se capacitan, y se dirigen en esa dirección, es decir, a la luz de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad, pero al no modificarse el Sistema Único (Decreto 762/97), y solo se actualiza el Decreto 428/99 (nomenclador), quedan excluidos los derechos que proclama la Convención en cuanto al nuevo paradigma de las personas con discapacidad.

Por eso la Ley 26378/2008 tiene tanto protagonismo en el fuero Judicial, porque desde allí se obliga a dar cumplimiento a lo acordado internacionalmente.

Estamos ante un desafío importante: introducir el cambio de paradigma en el sistema de salud y seguridad social, lo cual desde su propia definición implica introducir una perspectiva interdisciplinaria y multisectorial porque mientras las prestaciones sean financiadas por el sistema de salud tendremos una mirada indefectiblemente del modelo médico/rehabilitador.

BIBLIOGRAFIA CITADA Y FUENTES DE CONSULTA

Acuña C. y Bulit Goñi L. (compiladores), "Políticas sobre la discapacidad en la argentina: El desafío de hacer realidad los derechos", Ed. Buenos Aires, Siglo XXI, 2010.

Adela Cortina, "Ética de la dependencia", El País, 6 de septiembre de 2008.

Amate, E. Alicia y Vázquez Armando, "Discapacidad: lo que todos debemos saber", Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica y Técnica No. 616, Washington, Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente, 2006.

Aparicio Agreda María Lourdes, "Evolución de la conceptualización de la discapacidad y de las condiciones de vida proyectadas para las personas en esta situación", en compilación de Reyes

ASOCIACIÓN CIVIL TRAMAS – DERECHO EN MOVIMIENTO, Hacia la vida independiente. El financiamiento de los servicios para personas con discapacidad en Argentina, 2012. Disponible en: <http://www.redi.org.ar/docs/Informe%20REDI%20-%20Final.pdf>

Cabra de Luna Miguel Angel, Bariffi F., Palacios Agustina, "Derechos humanos de las personas con discapacidad: la convención internacional de las Naciones Unidas", Editorial Universitaria Ramón Areces, 4 sep. 2007

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, Protocolo Facultativo (ONU), resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, A/RES/61/106.2006

Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación, RESEÑA DE LEGISLACION.

Flores de Fajardo Dra. Sonia, Medicina de Rehabilitación, "Discapacidad, modelos, Leyes", Agosto 2013.

Fundación Par, "La discapacidad en Argentina: un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes a 2005", Buenos Aires, 1ra Ed. octubre 2005

Jiménez Sandoval, Rodrigo, Manual para conocer la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud/ Rodrigo Jiménez S. y Héctor Collado H. - - 1a ed. - - Heredia, C.R. : Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, 2005.

Morente Parra, Vanesa, "Introducción" en Palacios Agustina y Romañach Javier, "El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional", Derechos y libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas, ISSN 1133-0937, Año nº 11, Nº 17, Marzo 2007, Madrid : Ediciones Diversitas-AIES, 2006.

Morin Edgar, "El Método I", Multidiversidad Mundo Real. Disponible en: <http://es.slideshare.net/edelinbravo29/edgar-morin-el-metodo-1>.
Nº 0003/013151.

Obras Sociales, Ley Nro 23660, Buenos Aires, Ediciones del País, 1999.

OMS, Informe Mundial sobre la discapacidad, Organización Mundial de la Salud, 2011

Palacios Agustina y Romañach Javier, "El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional", Derechos y libertades: Revista del Instituto Bartolomé de las Casas, ISSN 1133-0937, Año nº 11, Nº 17, Marzo 2007, Madrid : Ediciones Diversitas-AIES, 2006.

Palacios, A., El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Madrid, Ediciones CINCA, 2008

Personas con Discapacidad", Publicado en SJA 11/4/2007 - JA 2007-II-817/, Ed. Lexis Nexis
PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO, Legislación Nacional vigente

Rosales P. O., "La discapacidad en el sistema de salud argentino: Obras Sociales, Prepagas y Estado Nacional", Buenos Aires, Ed. Lexis Nexism 2004.

Rosales P. O., "La nueva Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad", Publicado en SJA 11/4/2007 - JA 2007-II-817/ Citar Lexis
Nº 0003/013151.

Ruiz Boi, "Los sistemas de salud" (material de consulta), Fundació Unió, Barcelona, 2006.

Stang Alva M. Fernanda, "Las personas con discapacidad en América Latina: Del reconocimiento jurídico a la discapacidad real", Naciones Unidas, CEPAL: Serie Población y desarrollo: 2003, Santiago de Chile, 2011.

Tobar, Federico, "Herramientas para el análisis del sector salud / Tools for health sector analysis", Med. & soc;23(2):83-96, abr.-jun. 2000.

Torres Rubén, "Mitos y realidades de las Obras Sociales en la Argentina", Ed ISALUD.



INDICE

ABSTRAC	2
1.Introducción	2
2. Planteamiento del tema	3
Objetivo general	4
Objetivo específico	4
3.Desarrollo	4
Marco teórico	4
Marco Legislativo	9
Legislación de los derechos internacionales	9
Legislación Argentina vigente	14
Sistema de Salud Argentino	14
Leyes principales y decretos del Subsistema de Discapacidad	17
Financiamiento	20
4. Consideraciones Finales	26
5. Conclusiones	28
6. Bibliografía	29

Instituto Universitario de la Fundación ISALUD
Asociación de Clínicas y Sanatorios de Tucumán
Centro de Altos Estudios- CAE –

ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Título del trabajo



"Calidad percibida en un Servicio Ambulatorio de
Salud Mental"

Alumna: María Inés Figueroa Alvarez

Cohorte: 2003-2004

Tucumán, Setiembre 2004

Nº de inventario:

Signat. Topog.:

TF 25

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Introducción.....	3
2. Planteamiento del Tema/ Problema.....	7
3. Abordaje teórico del problema.....	13
4. Resultados.....	21
5. Discusión.....	26
6. Consideraciones finales.....	29
7. Bibliografía.....	31
7. Anexos.....	33

1. INTRODUCCIÓN

La salud mental esta relacionada no solo con características psicológicas o psiquiátricas individuales sino también con aspectos más generales vinculados a la economía ya sea familiar o social, al ambiente en el que vive el individuo, el tipo de recursos que dispone y las oportunidades.

Las presiones demográficas y ambientales que desencadenan conflictos internacionales, los desastres naturales, los procesos de urbanización, la pobreza, son causas de sufrimiento personal. A pesar de que las alteraciones de la salud mental están asociadas a la pobreza, la prosperidad no se traduce directamente en bienestar individual y social.¹

A nivel mundial se ha progresado con el control de enfermedades endémicas, con la desaparición de otras que diezmaban poblaciones enteras y ha aumentado la expectativa de vida.

Los progresos económicos registrados en muchas partes del mundo y el aumento de la esperanza de vida , han estado acompañados de un aumento de problemas de salud, patologías de tipo social, psicológica y psiquiátrica. El aumento de los trastornos mentales observados en períodos de progresos y de mejores condiciones de vida, no deja de constituir un desafío para la ciencia.¹

Mientras que el desarrollo social a menudo genera problemas psicosociales, el desarrollo económico se ve entorpecido muchas veces por los estados de ansiedad y stress que pueden verse agravados por problemas como el uso indebido de drogas, la excesiva ingesta de alcohol, el aumento de los accidentes de tránsito, la desintegración familiar , la violencia familiar, pública y comunitaria, hechos estos que impactan significativamente sobre el sistema sanitario y sus recursos.

"De acuerdo con un estudio del Banco Mundial, el conjunto de los problemas de salud mental (entre los que se incluyeron las lesiones autoinfligidas) constituyen una de las mayores causas de años de vida sana perdidos"... "Se calcula que el 34% de todas las discapacidades se deben a problemas relacionados con el comportamiento, como violencia, desnutrición, enfermedades de transmisión sexual, accidentes de tránsito, etc."²

Según datos proporcionados por la OMS actualmente 450 millones de personas de todo el mundo sufren desórdenes mentales.³ Estimaciones efectuadas tanto en países desarrollados como en desarrollo parecen indicar que los trastornos mentales representan entre un 20% al 40% de todas las enfermedades tratadas en los servicios de salud.

Alrededor del 20 % de los niños y adolescentes sufren enfermedades mentales debilitantes y en América Latina, una cifra similar entre el 15 y el 23 % padecen similares problemas.

En Argentina los problemas de salud mental se han incrementado en estos últimos años. La sociedad vive a diario las consecuencias de los grandes cambios que se suceden cada vez con más celeridad, por el proceso de globalización y las crecientes dificultades económicas y sociales. El impacto es esencialmente cultural y trae aparejado cambios en el perfil epidemiológico de la comunidad con la presencia de enfermedades emergentes y re-emergentes, el aumento de la violencia en sus diversas formas, la drogadependencia y el alcoholismo. También adquieren cada vez más importancia las enfermedades crónicas: los accidentes, problemas de depresión, el suicidio, crisis de ansiedad y las adicciones.

Observamos el fenómeno de modernización acelerado de nuestra sociedad para competir con los países desarrollados, la complejidad de las transformaciones laborales, y los avances tecnológicos. Los cambios resultan tan vertiginosos que no pueden ser acompañados al mismo ritmo por el proceso de adaptación biológica y social del ser humano, originando problemas de salud y conflictos psicológicos. La aparición de los trastornos de ansiedad, trastornos adaptativos, el stress, la depresión, se presentan no sólo en la población adulta sino también, cada vez con mayor frecuencia, en adolescentes y niños; una amplia gama de trastornos de conducta, problemas de aprendizaje, y discapacidades, son la causa de sufrimiento no sólo para el que lo padece sino para su grupo familiar.

La complejización de los sistemas de vida plantea sin duda, un aumento sensible de demanda de atención médica y psicológica que supone un desafío y la necesidad de una planificación racional, con el propósito de revertir un enfoque puramente asistencial y con tendencia a la disminución de la sintomatología.

A pesar de la importancia de estos problemas, la atención destinada a los mismos ha sido desproporcionadamente pequeña, como así también, la asignación de recursos para prevenir y controlar o asistir estos problemas de salud, lo cual implica no considerar los riesgos que representan.

Las investigaciones indican que a menudo en la atención de la salud de los individuos se hacen reiteradas y costosas exploraciones sobre la causa física de los síntomas, se administran medicamentos, muchas veces ineficaces y caros y se derivan a los enfermos a distintos servicios de salud, en una búsqueda infructuosa de un tratamiento eficaz. Así, se desperdician recursos que escasean, sin lograr determinar el diagnóstico de algún trastorno psíquico o enfermedad mental.

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud –OMS–, no menciona que algunos de los tipos de bienestar: físico, mental o social, deba primar uno sobre otro, sino que para alcanzar la meta de “un estado de completo bienestar”, se debe privilegiar una visión global del individuo y de la comunidad.

En la formación profesional y en la prestación de servicios de salud se posterga con frecuencia el bienestar mental y social, dejando de lado los factores emocionales de la salud.

El incremento de la demanda de atención en el área de salud mental ha llevado a revisar la calidad de atención brindada al usuario-paciente y su grado de satisfacción con el servicio. Si bien la oferta del servicio puede haber alcanzado el grado de calidad esperado desde la perspectiva de un servicio de salud, sus clientes o usuarios pueden no coincidir y estar insatisfechos, por lo tanto en la práctica hay que considerar al verdadero “juez” que es el usuario.

Es de sumo interés evaluar la calidad percibida de los servicios brindados para satisfacer las necesidades, intereses y expectativas de usuarios y prestadores.

1.1 Por qué evaluar la calidad de las psicoterapias

Centenares de estudios demostraron la efectividad de distintos tipos de psicoterapias aplicados a distintos pacientes con trastornos diversos. Los resultados del tratamiento suelen evaluarse mediante diferentes recursos: informes de un observador independiente, informes del paciente, del terapeuta o de otra figuras significativas.

Un trabajo de Eysenck (1952) cuestionó si los procesos terapéuticos producían resultados beneficiosos dado que los dos tercios de los pacientes neuróticos mejoraban con o sin tratamiento, por lo tanto, la psicoterapia no era superior al paso del tiempo para la mejoría de los males que aquejaban al paciente. Durante la década del 70 y del 80 otras investigaciones ponían el acento en los resultados (outcomes) comparando el estado inicial del paciente con el estado final intentando mostrar que de un modo u otro la psicoterapia resultaba efectiva y superior como método, al paso del tiempo. Los estudios más actuales se dedican a investigar más sobre el proceso terapéutico, entendido como aquellos factores responsables de un cambio en un determinado tratamiento. Mostrar que la psicoterapia resulta eficaz, no es suficiente, sino que fue necesario analizar cómo funcionaba e incorporar medidas del proceso.³

Para evaluar la calidad de las psicoterapias hay que considerar las variables del paciente, desde las sociodemográficas a las cuestiones referidas al diagnóstico, pasando por su motivación para demandar un tratamiento. Ésta última es una variable importante porque va más allá de la queja del paciente. También se consideran las expectativas respecto al éxito del tratamiento y las variables individuales, exclusivas y propias de cada uno de los pacientes que pueden potenciar o debilitar el resultado de una psicoterapia; también las variables de personalidad, el autocontrol, el factor ansiedad, las dificultades de concentración, memoria o de inteligencia así como los factores motivacionales tales como la hostilidad o el negativismo.

Por otro lado cuentan las variables del terapeuta en donde influye el nivel motivacional en el curso del tratamiento, a la vez que su formación teórica, su experiencia profesional y su estilo de vida.

Otra fuente de información es la relación entre el paciente y el terapeuta, que depende de las variables personales de ambos.

Estudiar el proceso sin vincularlo al resultado resulta irrelevante y estudiar el proceso por sí mismo, resulta incompleto y parcial, pero analizar al vínculo como un intercambio entre dos personas con variables del paciente por un lado, y del terapeuta por otro, a la vez que a la interacción de ambos como responsable del cambio terapéutico resulta más adecuado desde un enfoque centrado en la calidad de atención.

2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA DE ANÁLISIS

Considerando la importancia de brindar un servicio de atención de salud mental acorde a las necesidades y demandas de atención de los usuarios, se plantea la necesidad de conocer cómo funciona un servicio ofrecido por una prestataria de salud, en el área de la salud mental. Se tomará el caso de una obra social nacional, se trata de una obra social nacional adherida a la ley 23660/71 en la provincia de Tucumán durante el año 2002.

Este trabajo se propone explorar y posteriormente medir, en la institución seleccionada, cómo impacta en el usuario la calidad del servicio que ofrece la prestataria, y por otro lado el grado de satisfacción de los prestadores con la red psicoterapéutica que brinda el servicio.

El tema resulta de interés para conocer y realizar un diagnóstico sobre la situación de gestión en términos de eficiencia, eficacia y efectividad de un servicio y, según los resultados, orientar las acciones hacia el logro de metas a corto, mediano y largo plazo.

2.1 Características del Servicio Ambulatorio.

Población:

La población concurrente al servicio ambulatorio de salud mental de la obra social analizada, comprende a los afiliados que pertenecen a la provincia de Tucumán, distribuidos por todos sus departamentos y ciudades.

Desde una perspectiva socioeconómica, se podría afirmar que pertenecen en su mayoría a un nivel medio-alto, determinado por el valor de la cuota abonada. Los niños, adolescentes y jóvenes casi en su totalidad están insertos en el sistema educativo formal, mientras que el nivel educativo de la población adulta alcanza, en un porcentaje importante, al estudio universitario completo.

Las condiciones de vida satisfacen las necesidades básicas, con un nivel de ingresos que les permite acceder a actividades extraescolares, tareas deportivas y ocupación del tiempo libre muy por encima de la mayoría de la población de la provincia.

Los factores de riesgo a los que está expuesta esta población, tienen que ver con sus expectativas de vida, la búsqueda de mejora continua y el interés por mantener el estado de bienestar económico y social alcanzado. Esta situación supone condiciones de vida sometidas a estados de stress laboral, social, familiar e individual.

En relación a la cobertura en salud que ofrece la prestataria, la población de referencia se caracteriza por la creciente demanda de atención, reclamando en muchas ocasiones el uso de la más alta tecnología aún en casos que no fuera indicada por el criterio médico.

Sistema de Atención:

El sistema de atención de esta prestataria considera al servicio de salud mental como un componente clave dentro de la cobertura de prestaciones ofrecidas al afiliado. Contempla la cobertura de la atención de la salud mental dentro del sistema de psicoterapias breves con objetivos terapéuticos determinados. Se basa en una concepción de la atención terapéutica con énfasis en la delimitación de un objetivo a alcanzar, esto implica la planificación de un proceso de atención de corta duración centrado en la resolución de problemas.

El servicio ofrece una atención coordinada de un equipo de profesionales psicólogos y psiquiatras que trabajan en red., respondiendo a las demandas de la población. Se brindan diferentes prestaciones acorde a la necesidad de cada caso en particular, sea a través de una terapia individual, vincular o familiar, prestando cobertura a las diversas problemáticas y a los distintos grupos etáreos mediante profesionales especializados.

Las prestaciones ofrecidas en salud mental se brindan de manera ambulatoria, y para los casos que así lo requieran, se solicita la internación psiquiátrica.

2. 2. Objetivos del estudio:

Como se señaló, el objetivo de este trabajo es evaluar la calidad de atención brindada por un servicio de salud mental de atención ambulatoria desde la perspectiva del usuario y del prestador. Para esto se propone:

1. Medir el grado de satisfacción del usuario con el servicio de salud mental a través de:

- a)* Vía por la que toma conocimiento del servicio de la Red Psicoterapéutica.
- b)* Percepción respecto de la cobertura y la atención brindada.
- c)* Conformidad respecto de los resultados obtenidos por tratamiento recibido.

2. Medir el grado de satisfacción del prestador con la Red Psicoterapéutica a través de:

- d)* Percepción que tiene el prestador respecto del servicio brindado y de su relación con la prestataria.
- e)* Tipo de comunicación que tiene con la prestataria.
- f)* Experiencia como integrante de la Red Psicoterapéutica.
- g)* Reconocimiento por parte de la prestataria respecto de su desempeño profesional.

2.3 Metodología

Para cumplimentar los objetivos propuestos se seleccionó una muestra que comprende dos tipos de participantes:

El usuario: El diseño corresponde a un muestreo aleatorio simple de una población total de 496 afiliados que utilizaron las prestaciones del servicio ambulatorio de Salud Mental - Tucumán- desde el 1° de enero hasta el 31 de Diciembre del año 2002. El tamaño de la muestra es de 150 personas con un error de muestreo del 7%. La selección se realizó a partir del listado de los afiliados.

El prestador: El diseño corresponde a la población total de profesionales -psicólogos y psiquiatras –32 (treinta y dos) que integran la red psicoterapéutica de Tucumán.

2.3.1 Instrumento de Medición: Encuesta Piloto

Se diseñaron instrumentos para valorar la calidad de atención percibida, considerando que estas encuestas permitirían obtener la información adecuada a la vez que, proporcionarían los indicadores a tener en cuenta para la elaboración de la encuesta definitiva. En este sentido, se elaboraron dos herramientas:

Encuesta de Satisfacción del socio afiliado, diseñada para esta investigación con el objetivo de recabar información sobre el conocimiento que tiene el usuario de la Red Psicoterapéutica, la percepción que tiene de la cobertura en salud Mental y los resultados obtenidos del tratamiento recibido.

Encuesta de Satisfacción del prestador, diseñada para esta investigación con el objeto de recabar información acerca del tipo de comunicación que tiene con la prestataria, su experiencia como integrante de la red psicoterapéutica y el reconocimiento a su desempeño.

2.3.2 Procedimiento

El instrumento de medición de la satisfacción del usuario y del prestador fue administrado, como parte de la prueba piloto, la cual brindaría información para la elaboración de la encuesta definitiva y validada.

La administración de la encuesta se realizó del siguiente modo:

- *Administración de la encuesta de satisfacción al socio* vía telefónica a cargo de una especialista en marketing del sector comercial de la Obra Social. Se consideró pertinente esta modalidad, dado que existe una práctica instituida por la prestataria de tomar contacto con sus afiliados por este medio para consultas y opinión sobre los servicios prestados.

- *Administración de la encuesta de satisfacción al prestador* vía telefónica, a cargo del Departamento de atención personalizada de la prestataria.

Evaluar el impacto que tiene en el usuario y en el prestador y qué percepción tienen los mismos de una prestación de salud no puede ser descrito en su totalidad a través de pruebas objetivas, ya que intervienen en la percepción factores subjetivos tales como, desde un lado, la sensación de bienestar psicológico o emocional luego de haber realizado una psicoterapia y desde el otro, la percepción de que la prestataria reconoce y califica el desempeño profesional del cliente externo.

Si bien en las últimas décadas se han desarrollado infinidad de instrumentos en forma de cuestionarios o encuestas para evaluar satisfacción, algunos resultan muy generales y otros consideran especificidades inapropiadas para evaluar el tema del presente estudio, por lo tanto se han considerado algunos indicadores destacados en los objetivos específicos, que aportan la información necesaria para este estudio.

En este trabajo los instrumentos utilizados para la evaluación fueron elaborados teniendo en cuenta el contexto, desde una prestataria de salud y las características particulares de este estudio, tanto en su contenido, como en su propósito. Los sucesos observables que se especifican en la encuesta toman forma de preguntas a las que tanto el cliente interno como el externo deben responder dentro de las opciones planteadas.

El contenido de la encuesta supone la definición operativa de lo que se pretende medir o evaluar. Las respuestas otorgadas a los ítems que componen la encuesta arrojan una estimación aproximada y brindan un perfil del nivel de satisfacción del cliente interno y externo respecto del servicio de salud mental, con el margen de error probable entre las puntuaciones observadas.

Por lo tanto los instrumentos diseñados para este trabajo son de carácter exploratorio, de cuyos resultados podrían elaborarse futuros instrumentos de medición que cumplan con los requisitos psicométricos de estandarización, confiabilidad y validez. Por lo tanto, los datos obtenidos en este estudio, tendrían carácter de por sí reducido y adecuados a las características de esta población particular, sin embargo, la validez de estos resultados y la posibilidad de generalización o ampliar las conclusiones a un universo mayor, será motivo de otra

investigación en la que se podrá someter esta encuesta piloto al rigor metodológico, que le de validez y confiabilidad y permita generalizar los datos obtenidos a una población más amplia.

3. Abordaje Teórico del Problema

3.1 La calidad de atención

El concepto de calidad de atención desde un servicio ambulatorio está vinculado a la provisión de servicios accesibles, con óptimo nivel científico técnico, con calidad en las relaciones interpersonales y teniendo en cuenta los recursos disponibles.

La definición de calidad, históricamente para los profesionales de la salud, ha estado vinculada con la calidad de atención clínica, es decir prestar atención técnicamente competente, eficaz y segura que contribuya al bienestar del individuo.

Por su parte los gerentes de instituciones o proyectos reconocen otros elementos como la logística y los registros a la hora de evaluar calidad de servicios. Para los responsables de elaborar políticas entre los elementos claves para evaluar calidad, consideran el costo, la eficacia y los resultados obtenidos.

Desde la perspectiva del cliente la calidad depende de su interacción con el profesional de la salud, de atributos tales como tiempo de espera y la privacidad, la accesibilidad de la atención y que se obtenga el servicio que procura.

La definición de calidad proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) abarca la perspectiva de todos estos sectores:

“la calidad de atención consiste en el desempeño adecuado de intervenciones confirmadas como seguras, que sean económicamente accesibles a la sociedad en cuestión y capaces de producir un impacto sobre las tasas de mortalidad, morbilidad, minusvalía y desnutrición”⁵

Galán Morera (1999) propone como definición de Calidad en Salud a la inter-relación entre la estructura de los servicios, los procesos diagnóstico-terapéuticos y los resultados obtenidos en función de la opinión del paciente y de su profesional tratante y en general, del equipo que tiene a su cargo la atención integral del mismo.⁶

La garantía de calidad no constituye un fin en sí mismo, sino tal como afirma Aranguren y Rezzónico (1996) “No es un arte, no se trata de una ciencia. Podríamos intentar ubicarla como una especialidad que por su creciente gravitación médico-

institucional ha ido adquiriendo identidad, espacio propio y autonomía como materia de enseñanza y aprendizaje dentro del campo de la salud. Es competencia de toda organización el estudio de los medios utilizados, partiendo de la estructura, avanzando en los mecanismos del proceso de la atención para finalizar con la medición de los resultados finales”.

Calidad Total significa calidad en todo lo que se hace, calidad en las personas, calidad en las acciones y calidad del trabajo en cada puesto.

La calidad, concebida como ese atributo que no solo se ubica en el proceso o en el servicio otorgado, sino también en quien lo provee y en quien lo utiliza, y que gira alrededor de la satisfacción, es la mejor justificación para no escatimar esfuerzos en lograr el verdadero enfoque al usuario.⁸

La calidad total es un principio, una filosofía productiva, según la cual el usuario - aquel que accede a un producto o servicio- es el auténtico soberano de todo el proceso de producción y cobertura del servicio. El objetivo de un programa de calidad será, pues, maximizar la satisfacción del usuario; lo que, trasladado a la institución documental se traduce en la optimización de los flujos de información y conocimiento.⁹

Donabedian señala que: “El conjunto de actividades científico técnicas que caracterizan la atención médica se prestan individualmente o, a través de servicios de salud y ofrecen: a) una estructura, b) un proceso, y c) resultados, aspectos íntimamente vinculados entre sí, eslabones de una misma cadena”.¹⁰

La calidad un servicio se encuentra sustentada en variables como efectividad, adecuación, accesibilidad, calidad científico-técnica, y satisfacción del usuario y del prestador.

La efectividad es entendida como el grado en el que se alcanzan los objetivos propuestos para el tratamiento terapéutico; **la adecuación** es definida como la relación entre la disponibilidad de los servicios y la distribución de los prestadores en las distintas zonas geográficas, por grupos etáreos, y/o por sub-especialidad.; **la accesibilidad** es la posibilidad de que el usuario obtenga los servicios, en el momento y lugar que los necesite, (oportunidad; atención domiciliaria, en internación,

urgencias o emergencias) y en la cantidad necesaria; **La calidad científico-técnica**, se refiere al nivel de conocimientos alcanzado por los prestadores y su formación integral y experiencia clínica; **la satisfacción del usuario** se refiere a la conformidad con los servicios recibidos por los profesionales y con los resultados obtenidos; **la satisfacción del prestador** con el resultado de la atención y las condiciones de trabajo.¹¹

3.2 Calidad percibida: Satisfacción de los usuarios

La satisfacción del usuario es un indicador de la calidad del servicio que resulta difícil evaluar por tratarse de una variable multidimensional que se puede abordar a partir de diversos factores que en ella convergen.

El objetivo de investigar la calidad percibida sería lograr una información que permita cuantificar y dimensionar la percepción que tiene el usuario sobre la cobertura y eficacia de los servicios en su conjunto o con cada uno de ellos por separado.

Para ello, el servicio debe disponer de estrategias que le permitan conocer por un lado, las expectativas y necesidades percibidas de sus usuarios y por el otro, los niveles de uso y satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos.

Cuando el cliente percibe la calidad de manera equivocada, sus expectativas pueden influir en el comportamiento de los prestadores de servicios, a veces solicitándoles pruebas o procedimientos inapropiados porque creen que constituyen calidad, y los prestadores pueden acceder porque temen perder al paciente. El orientar al cliente e informar sobre la atención apropiada suelen ser aspectos importantes en la prestación de servicios de buena calidad.¹²

La satisfacción, se relaciona con la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Sería la medida en que la atención y el estado de salud resultante cumple con las expectativas del usuario.

Según Donabedian, la satisfacción del paciente, es ante todo, una medida de resultado de la interacción entre profesional de la salud y paciente.¹³

Según Rey Martín el concepto de "satisfacción del usuario", que adquiere relevancia en los años 80, aparece unido a dos términos: la calidad y la evaluación. Estos tres elementos se presentan consecutivamente, es decir que se efectúa la evaluación para poder aplicar la calidad y conseguir con ello la satisfacción del usuario.¹⁴

El objetivo de este indicador es proporcionar un dato que cuantifique la percepción que tiene el usuario sobre la cobertura y eficacia de los servicios.

Numerosos estudios reivindican la figura del usuario como eje central del modelo de gestión de calidad total, ya que suministran las bases sobre las que se proyecta y/ o transforma un producto o un servicio.

Aproximarnos al usuario, desde esta filosofía de gestión de calidad, es integrarlo de un modo global en cada uno de los momentos del proceso. El mundo de los usuarios es un fenómeno multidimensional, en el que coexisten un variado número de determinantes de tipo sociológico, cultural, psicológico, cognitivo, lingüístico, etc., que deberán ser valorados y considerados en el momento del estudio de usuarios. La consideración de estas variables cuenta con técnicas rigurosas para abordarla con una metodología objetividad y de manera sistemática.

El estudio de la Universidad de Murcia afirma que una de las tareas importantes para evaluar la satisfacción del usuario es el tratar de entender, analizar y estudiar el conjunto de procesos que realiza el individuo a la hora de asimilar información nueva; los modos de adquisición de la información, la interacción entre percepción y conocimiento, los procesos implicados en la percepción, los condicionantes de la atención, el razonamiento, la intuición, la asimilación crítica, la comprensión y la interpretación, los procedimientos analítico-sintéticos relacionados con el procesamiento de la información y los modos de representación del conocimiento. Se valoran también, los modelos situacionales o factores internos y externos que determinan los comportamientos, hábitos, expectativas y necesidades de los usuarios hacia determinados tipos de información. Estos estudiosos, consideran que para conocer las necesidades y los requerimientos de los usuarios existen dos caminos complementarios muy útiles:

- *Identificación externa*, mediante la cual, a través de estudios de mercado, se trata de descubrir las necesidades, lo que supone *encuestas a los usuarios* o estudios sobre cómo se gestiona la calidad en otras instituciones. Otros métodos utilizados son la *creación de espacios participativos* y *técnicas grupales*, desde los cuales se pueden recabar directamente las opiniones de las personas y detectar las necesidades de los usuarios de estos servicios, averiguar cuáles son sus necesidades no cubiertas o cómo éstas evolucionan con el tiempo.
- *Identificación interna*, significa que a través del personal de atención directa al público se puede aportar información útil para conocer cuáles son las necesidades o "demandas" y la valoración sobre la satisfacción por los servicios percibidos por parte del usuario. Otra fuente de información interna es el *análisis de las sugerencias y las quejas* realizadas por los propios usuarios de los servicios, lo que resulta un mecanismo valioso para saber por dónde empezar a mejorar la gestión de los servicios.¹⁵

El modelo denominado "tubo de la satisfacción" propuesto por Elías y Alvarez en la ciudad de Corrientes contempla los siguientes parámetros:

- *Fiabilidad*: Es la opinión del usuario con respecto al nivel de efectividad, en relación a la oferta implícita o explícita sobre el servicio sanitario que prestan las instituciones.
- *Sensibilidad*: Es la expectativa que tiene el usuario respecto a las instituciones de referencia, de brindar el servicio de atención en los tiempos mas adecuados.
- *Tangibilidad*: Es la valoración que hace el usuario respecto al aspecto de las personas y de las estructuras de las entidades prestadoras.
- *Aseguramiento*: Es la opinión acerca de la cortesía, profesionalidad y seguridad que brindan los actores del acto asistencial en la institución.
- *Empatía*: opinión respecto de la accesibilidad, comunicación y comprensión del usuario por parte del personal de las instituciones. ¹⁶

Sin embargo, no hay que concentrar únicamente la evaluación de la eficacia de un servicio en las necesidades activas, pues las necesidades no expresadas también son importantes, ya que a veces el usuario no sabe exactamente lo que quiere, o no es consciente de que quiere algo, según Izquierdo Alonso y otros.

Se cree que *las expectativas* son uno de los determinantes primarios de la satisfacción del paciente. En los países desarrollados, un objetivo esencial del sistema sanitario, junto con la mejora de la salud y la equidad es el grado de satisfacción de los usuarios .

Como medida de resultado, la satisfacción de los usuarios se asocia con: a) La adherencia al tratamiento; b) La mejora en salud; y c) La relación médico paciente, considerada en esta última década como un factor de gran incidencia.

En la relación profesional- paciente hay factores *desde el usuario*, tales como la información, participación, escucha, empatía o bien otros factores más centrados en *los prestadores* como la comunicación que establece, la forma de hacer la entrevista, la confianza en el profesional, el tiempo dedicado al paciente y la satisfacción del profesional, y desde *la organización* aspectos tales como el cuidado del ambiente físico, la accesibilidad, los tiempos de espera, el clima de la organización, la satisfacción en el trabajo .¹⁷

3.3 Acerca del usuario

Según lo afirma el grupo de estudiosos de la Universidad de Murcia, lo que se necesita es identificar los tipos de usuarios que solicitan el servicio, por qué y para qué; determinar sus preferencias y expectativas; localizar sus hábitos informativos, detectar cómo perciben los problemas y qué necesidades proyectan a partir de ellos; definir los procesos que determinan la activación de su necesidad y los factores que hacen posible que su necesidad se formule y se transforme en demanda; identificar sus intereses y competencias cognitivas; considerar sus valoraciones u opiniones y determinar cuál es el grado de satisfacción obtenido y/o esperado por ellos, etc. Sin embargo, los autores sostienen que estas variables subjetivas son de difícil objetivación, ya que el fenómeno humano es de naturaleza compleja, heterogénea y multidimensional.

El análisis del tema abarca aspectos tales como: el conocimiento de los usuarios; la detección y análisis de necesidades de información; la identificación de motivaciones, actitudes y deseos respecto a un servicio determinado; la evaluación de servicios y productos a través de las opiniones de los usuarios; el estudio del grado de satisfacción respecto a un servicio.

El análisis de motivaciones y actitudes, como de valores, deseos expresados y ocultos frente a la información y a las actividades relacionadas con ella, expectativas, nivel de satisfacción; imagen o idea del usuario respecto de los servicios de información y de sus profesionales, etc., permite explicar el fundamento de los comportamientos y de las necesidades. Así, las necesidades, demandas, expectativas y satisfacciones de los usuarios se convierten en los objetivos fundamentales de la organización y es el elemento irrenunciable al momento de evaluar la calidad.

De esta manera, es imprescindible acercarse al conocimiento de estas características, para conocer mejor a los usuarios, sus expectativas y desde luego su satisfacción. Para ello debe consolidarse un sistema de registro, medición y evaluación que constituya la información estratégica que facilite la toma de decisiones en la gestión de la calidad.¹⁸

3.4 Acerca de las dimensiones contempladas y sus indicadores.

Considerando que esta investigación apunta a recabar información transmitidas a través del lenguaje y expresiones verbales tanto de los usuarios como de los prestadores, se tuvo en cuenta el estudio de satisfacción de los actores con los sistemas de salud, realizado por Romano Yalour, Alvarez y Grunhut .¹⁹

El mismo se asienta en dos supuestos básicos uno, sobre la representación social, colectiva y dinámica que tiene el concepto de salud y satisfacción y el otro referido a la concepción de usuario no como paciente, sino como sujeto activo, capaz de promover cambios continuos en el sistema de salud.

El análisis realizado en ese trabajo se considera como referente y antecedente relevante de este estudio, dado que su propuesta metodológica está centrada en la realización de encuestas de satisfacción a usuarios y efectores con preguntas de tipo abiertas, como modo de recolección de información de percepciones, simbolizaciones , vivencias y creencias de la población estudiada. Las autoras consideran al concepto de satisfacción como una variable multidimensional donde convergen diferentes factores expresados a través de dimensiones, mediante las cuales puede decodificarse la idea de salud y satisfacción que los actores poseen. Las dimensiones para evaluar la satisfacción que Romano Yalour, Alvarez y Grunhut consideran, son se sustentan en niveles tales como:1) Cognitivo,2) Afectivo, 3) Ético-moral, 4) Social (temporal-espacial), 5) Económico- Financiero, 6)Organizacional, 7)Tecnológico. Estas dimensiones expresan, a través del proceso de comunicación y modo de responder las preguntas formuladas, las experiencia y vivencias que el usuario tiene, como así también deseos y expectativas y creencias que tiene el prestador como integrante de una organización de salud.

4. RESULTADOS

Para conocer la calidad de atención percibida por el usuario y el grado de satisfacción del profesional con la Red Terapéutica objeto del presente trabajo se administró , como se señaló anteriormente, la encuesta de satisfacción al socio y al prestador respectivamente, utilizándose el siguiente procedimiento:

- a) Se elaboró una planilla de cálculo con los datos registrados
- b) Se realizó un análisis cuantitativo a través del procesamiento estadístico de los datos
- c) Se efectuó un análisis cualitativo mediante la identificación de las tendencias predominantes en usuarios, por un lado y en los prestadores, por otro.

4.1 Satisfacción del usuario

Los datos proporcionados por los socios señalan lo siguiente:

1. Cómo tomó conocimiento de la Red Psicoterapéutica (Gráfico N° 1)

- El 39% por Iniciativa propia.
- El 28% a través de folletos de información.
- El 18% por recomendaciones realizada por usuarios.
- El 10% opta por otros medios, sin especificar.
- El 6% a través de la difusión por parte de promotores.

2. Evaluación del servicio. Cómo se sintió con la cobertura?

(Gráfico N° 2)

- El 52 % señala que conforme
- El 24% muy conforme
- El 17% medianamente conforme
- El 8% disconforme

En este punto cabe señalar que quienes se mostraron disconformes señalaron su reclamo de la libre elección de profesionales y el no pago del co-seguro correspondiente a la atención terapéutica.

3. Calidad de atención percibida en el momento de la Admisión al servicio de salud mental (Gráfico N° 3)

La percepción de la calidad de atención en la entrevista de admisión resultó del siguiente modo según la consideración de los usuarios entrevistados:

- 95% buena
- 4% regular.
- 1% mala
-

4. El sistema de elección de los profesionales dentro de cartilla fue:

- 87% bueno
- 9% regular
- 4% malo

La respuesta a esta pregunta encuentra similitud en su resultado con la respuesta de la pregunta N° 2, y en la cual se asocia a la satisfacción con el servicio con la elección del profesional.

5. El cambio de profesional en el caso de que hubiera sido necesario fue considerado:

- 83% bueno
- 8% regular
- 8% malo.

En este caso, los resultados de insatisfacción pueden ligarse y explicarse precisamente por las características propias del abordaje terapéutico y de las dificultades asociadas al cambio de profesional durante el proceso de atención.

6. El asesoramiento y la información brindada relacionada con las características del servicio resultó:

- 85% buena
- 13% regular
- 2% mala.

7. Satisfacción con los profesionales de cartilla- (Gráfico N° 4)

- El 57% que son altamente confiables.
- El 89% opina que son confiables.
- El 9% que son poco confiables.

8. Percepción del resultado del tratamiento

-De acuerdo al tratamiento recibido- (Gráfico N° 5)

- El 73% afirma que fue efectivo.
- El 20% que fue medianamente efectivo
- El 7% que no resultó.

-De acuerdo a las sesiones otorgadas- (Gráfico N° 6)

- El 39% necesitó autorizar más sesiones.
- El 34% utilizó todas las sesiones.
- El 27% utilizó menos de lo previsto.

Considerando que en estas respuestas hay un 27% de usuarios que consideran al tratamiento como medianamente efectivo o que no resultó, se analizaron las argumentaciones dadas en esta pregunta y se observó que:

- Los usuarios opinaron que no les resultó efectivo porque tenían dificultades por el traslado en el interior de la provincia,
- tenían otra expectativa acerca de la terapia y los resultados no son muy rápidos.
- que no lograron entendimiento con el profesional y abandonaron el tratamiento.

4.2 Satisfacción del prestador

A partir de la encuesta al prestador se obtuvieron los siguientes resultados:

1. Comunicación con la prestataria.

El 100% de los encuestados afirma que la comunicación es buena y en relación con la optimización de dicha comunicación consideran las siguientes opciones (Gráfico N° 7)

2. Cómo mejorar la comunicación (Gráfico 8)

- Incremento del número de reuniones de la Red psicoterapéutica (Información y Ateneos) (52%)
- Discusión de Casuística (32%)
- Eventos con socios (16%)

Entre las observaciones planteadas en este apartado, los profesionales destacan la importancia de la comunicación vía correo electrónico para estar permanentemente informados y conectados.

3. Experiencia como integrante de la Red Psicoterapéutica

El 100% de los prestadores opinaron que es buena, destacando de la Obra Social los siguientes valores (Gráfico N° 9):

4. Reconocimiento al desempeño profesional: (Gráfico N° 10)

- El 77 % considera que la prestataria sí valora su desempeño.
- El 23 % señala que no lo hace, ya que el mismo debería manifestarse a través de un aumento del valor de las prácticas.

5. Valora de esta obra social: (Gráfico N°11)

- | | |
|---------------------------------|--------|
| - Pago en término | (85 %) |
| - Prestigio | (54%) |
| - Reconocimiento | (31%) |
| - Valor de las prácticas | (19%) |
| - Número de pacientes atendidos | (8%) |
| - Otros | (12%) |

Entre las observaciones planteadas, destacan la tarea realizada con seriedad, el respeto al profesional y el trabajo en red que facilita el contacto con otros profesionales.

6. Porcentaje aproximado sobre el total de pacientes: (Gráfico N° 12)

- a. El 29% de prestadores atiende hasta un 10% del total de sus pacientes provenientes de esta obra social.
- b. El 19 % de prestadores atiende entre un 15% y 30%
- c. El 29% atiende entre un 35% y un 50%
- d. El 23% de prestadores atiende más del 50% de sus pacientes provenientes de esta obra social.

5. DISCUSIÓN

Desde la prestataria contar con datos o indicadores sobre el nivel de satisfacción del usuario que en un 92% esta conforme o medianamente conforme con la cobertura del servicio, y evalúa los resultados del tratamiento terapéutico recibido en un 93% como efectivo o medianamente efectivo, suponen una valoración alta por parte de usuarios y prestadores.

Sin embargo, se debe trabajar sobre los niveles de insatisfacción reportada aun cuando represente entre un 8% y 7%. Esto es hace necesario para evaluar el reajuste de los procesos y la optimización de la calidad del servicio.

En la **Encuesta de satisfacción del usuario**, las preguntas formuladas apuntan a brindar datos contemplados en las siguientes dimensiones:

- a. Cómo tomó conocimiento de la Red Psicoterapéutica? Refiere a una dimensión de información.
- b. Cómo se siente con la cobertura? Refiere a un grado de satisfacción percibida con el servicio y relacionada con la dimensión Prestacional.
- c. En relación a la entrevista de admisión y atención personalizada, la evaluación apunta a brindar indicadores contemplados en la dimensión Prestacional, aunque también conjuga elementos de los niveles Cognitivos y Afectivos.
- d. Qué opina de los profesionales de cartilla?, la respuesta aporta a una dimensión cognitiva y afectiva donde se valora la contención y la calidad científico-técnica del profesional.
- e. Considera que el tratamiento fue efectivo? Refiere a una dimensión Terapéutico, Profesional.
- f. Qué cantidad de sesiones necesitó para terminar el tratamiento? Según la cobertura de terapias breves brindada por la prestataria, esta pregunta apunta a una dimensión Prestacional (servicio, cobertura) y Terapéutica.

En relación a **Encuesta de satisfacción al prestador**, las preguntas formuladas apuntan a brindar datos contemplados en las siguientes dimensiones:

- 1) Qué tipo de comunicación tiene con la prestataria?. Refiere a una dimensión Organizacional, Afectiva y Comunicacional.
- 2) Cómo podría mejorar esa comunicación? Apunta a una valoración contemplada en una dimensión Profesional, Terapéutico y Afectivo.
- 3) Cómo evalúa su experiencia como prestador de cartilla? Refiere a dimensiones Ético- Moral, Social y Profesional.
- 4) Qué valora de la prestataria? Apunta a una dimensión Organizacional, Económica y Ético-Moral.
- 5) Valora la prestataria su desempeño? La dimensión contemplada es la Profesional, Económica y Ético-Moral.

En las preguntas formuladas en la encuesta de satisfacción se han considerado aspectos que apuntan a conocer la calidad percibida del servicio a través de variables como la efectividad , la adecuación, accesibilidad, calidad científico técnica, satisfacción del usuario y del prestador, todas estas variables se encuentran operacionalizadas en párrafos anteriores.

El impacto de la calidad percibida por parte del usuario dentro del sistema de la prestataria, permitirá incorporar acciones que tengan en cuenta las expectativas de nuestros clientes, expresadas verbalmente al ampliar la respuesta de las preguntas cerradas de la encuesta. Ellas son:

- a) Ampliar la cartilla de profesionales que integran la red psicoterapéutica por sub-especialidad, facilitando la accesibilidad a los profesionales en los distintos puntos del interior de la provincia;
- b) Difundir a través de la cartilla la importancia de la entrevista de admisión en cuanto a asesoramiento sobre cobertura, orientación sobre asistencia profesional especializada para el tratamiento terapéutico indicado, considerando que si el usuario no se sintiera cómodo con el profesional elegido, puede optar por el cambio hasta encontrar el profesional adecuado;

c) Flexibilizar la entrevista de admisión para aquellos que no puedan concurrir al consultorio, o a la filial, puedan realizarla vía telefónica facilitando el acceso y la atención en horarios más amplios.

Por el otro lado tener en cuenta el grado de satisfacción del prestador dentro de este sistema permitirá incorporar acciones orientadas a considerar una categorización de los mismos a partir de una mayor promoción de los profesionales que integran la cartilla, conjuntamente con un reconocimiento en los valores de prestación profesional.

6.- CONSIDERACIONES FINALES

El estudio del impacto de la calidad de atención percibida en un servicio ambulatorio de salud mental en el marco de una prestataria de salud en la Provincia de Tucumán, aporta una información relevante y brinda datos sobre el grado de satisfacción tanto del usuario como del prestador.

Permite a la organización prestataria un conocimiento sobre la percepción que tienen los clientes acerca de la estructura de los servicios, evaluación de los recursos humanos con que cuenta, o las normas de procedimiento que respaldan la provisión de la atención, avanzando en los mecanismos del proceso de la atención, considerando si los procesos diagnósticos- terapéutico y las etapas de tratamiento, coordinación y continuidad de la atención se aplican correctamente, para finalizar con la medición de los resultados alcanzados, que se expresan a través de indicadores finales de la atención psicológica.

La optimización del empleo de los recursos, la permanente actualización de los conocimientos como resultados de investigaciones y experiencias de las tareas profesionales desempeñadas dentro de la red psicoterapéutica, como así también la evaluación permanente, el seguimiento de las tareas de gestión mediante el monitoreo permanente a través de la observación, conocimiento, gerenciamiento y reajuste de los procesos son acciones que sirven para proteger y promover la calidad de atención.

Considerando que los datos empíricos aportados por este estudio dan cuenta de la percepción que tiene el usuario de la cobertura en el área de la salud mental, por un lado , como así también la percepción que tiene el prestador del servicio brindado y de su relación con la prestataria, no sólo nos van a ofrecer un análisis de la situación real en la que se encuentra la obra social, -análisis del presente-, sino que a partir de ello, se pueden realizar las reorientaciones necesarias para el buen funcionamiento de los servicios.

Los profesionales de la prestataria, por su parte, deberán estar preparados también para asumir y atender las nuevas necesidades y demandas que exigirán los usuarios

en un futuro, plantearse una mayor sensibilización para detectar las expectativas del cliente interno.

Por consiguiente, planificar con éxito la calidad en un sistema de salud, significa situarse en la perspectiva del usuario, identificar las variables o factores que constituyen un servicio de calidad desde su percepción y para la prestataria de salud el impacto que tiene el conocimiento de las inquietudes del cliente interno y externo que lleva a atender con creciente reconocimiento la perspectiva del cliente, revisar la calidad del servicio no ya desde los objetivos de la prestadora de salud, sino respondiendo a las necesidades , demandas y expectativas del usuario del servicio de salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos*. O.P.S., O.M.S. Washington D.C.1997
- (2) Desjarlais, R.; Eisenberg, L.; Good, B.; Kleinman, A. *Salud Mental en el Mundo. Problemas y Prioridades en Poblaciones de Bajos Ingresos*. O.P.S., O.M.S. Washington D.C.1997
- (3) Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra. OMS. Cap1. 2001
- (4) Poch, J. Y Ávila Espada, A. *Investigación en Psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1998.
- (5) Cabeza de Vaca, M.J.; Ruiz, C.; López, M.D.; Gracia, M.I. Villarán, A. Satisfacción del usuario mediante un proceso de Evaluación y mejora de la calidad en las reclamaciones. Distrito Universitario de APS Bahía-Véjer. ¿De paciente a cliente? El ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios. Comunicaciones IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada.1994
- (6) Malagón -Londoño, G.; Galán Morera, R.; Pontón Laverde, G. *Garantía de Calidad en Salud*. Colombia. Editorial Médica Panamericana. 1999.
- (7) Aranguren, E.C.; Rezzónico, R.A. *Auditoría Médica. Garantía de calidad en la atención de la Salud*. Buenos Aires. Fundación Favaloro, 1996, 603 p. Tomo I
- (8) Universidad John Hopkins de Salud Pública; ¿Qué es calidad? , Population Reports, Serie], Número 47. (En Red) www.infoforhealth.org/pr/prssj47/j47chap1_1.SHTML. Búsqueda 21/04/2002
- (9) Izquierdo Alonso, M.; Ruiz Abellán, J.; Piñera Lucas, J. Los estudios de usuarios en los programas de gestión de calidad. Propuesta de un marco teórico integrador para el estudio del usuario de información. Universidad de Murcia (En red) Búsqueda 24/04/04
- (10) Donabedian, A. *La Calidad de la Atención Médica*. La Prensa Médica Mexicana, S. A.1984
- (11) Moreno, J.E. Y col. *Calidad de la Atención Primaria. Aporte metodológico para su evaluación*. Cátedra de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Tucumán. 1998.
- (12) Arnal, R.; Abad, A.; tero, P.; Ullán, E.; Villacaña, E. Satisfacción del usuario y dos modelos de organización de enfermería. ¿De paciente a cliente? El ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios. Comunicaciones IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada.1994

- (13) Donabedian, A. *Evaluación de la Calidad de Atención Médica*. OPS / OMS. Publicación 534. 1992
- (14) Rey Martín, C. *La satisfacción del usuario: un concepto en alza*. En *Anales de Documentación*, Nº3, .Pags.139-153. Facultad de Biblioteconomía y Documentación. Universidad de Barcelona 2000.
- (15) Izquierdo Alonso, M.; Ruiz Abellán, J.; Piñera Lucas, J. Los estudios de usuarios en los programas de gestión de calidad. Propuesta de un marco teórico integrador para el estudio del usuario de información. Universidad de Murcia (En red) Búsqueda 24/04/04
- (16) Marcos, E..A.; Gómez Rinesi, J. F. Ramos, M.H. *Nivel de insatisfacción del usuario en servicios médico asistenciales de la ciudad de corrientes* En *Revista de Posgrado de la Cátedra VIa Medicina* Nº 105 - Junio/2001. Página 24-28.
- (17) Ruíz Abellán, J; Piñera Lucas, J.T. *Los estudios de usuarios en los programas de gestión de calidad. Propuesta de un marco teórico integrador para el estudio del usuario de información*. Universidad de Murcia .España. Búsqueda Internet 23/04/04.
- (18) Gallardo Rincón, H. J; Parra Estrada, J. R sistema de detección de la voz del usuario (sidevoz) Organismo publico descentralizado (opd) hospital civil de Guadalajara, Jalisco, Mexico. (En Red) Búsqueda 24/04/04
- (19) Romano Yalour, M.; Alvarez, D.; Grunhut, Y. Estado del arte de las encuestas de satisfacción. Programa de Investigación Aplicada-Isalud Apoyo de la Secyt. Fundación Isalud-. Buenos Aires. 2000.
- Romero Martí, M.; Ferrera Fernández, R. *Calidad de la Atención en Salud Mental Comunitaria* (En Red) www.psiquiatria.com 2002; 6(5)– Búsqueda 22/10/03
- Urbina, S. *Chile lidera atención de salud mental en América Latina*. Periódico La Tercera. (En Red) www.commint.com/la/ladicen/sld-794.html -Búsqueda 20/10/03-.
- Anzizu, P.; Fuertes, C. Zabala, A.; Gª de la Noceda, D.; Díez, L. Satisfacción de los usuarios de un centro de salud en relación a la frecuentación de las consultas. ¿De paciente a cliente? El ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios. Comunicaciones IX Jornadas de Salud Pública y Administración Sanitaria. Granada. 1994
- Prieto, L. y Badia, X. *Cuestionarios de Salud: Concepto y Metodología*. En *Atención Primaria*. Vol.28. Núm.3. Universidad de Barcelona. 2001.
- Zurita, B. Nigenda, G. Ramírez, T. Encuesta de Satisfacción con los servicios de Salud, 1994. En *Observatorio de la Salud. Necesidades. Servicios. Políticas*. Julio Frenk Editor. Fundación Mexicana para la Salud. 1999.

ANEXOS

ASESORÍA EN SALUD – RED PSICOTERAPÉUTICA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL SOCIO

1)¿Cómo tomó conocimiento de la RED PSICOTERAPÉUTICA de la Obra Social?

- Promotor
- Folletos de Información
- Iniciativa propia
- Recomendaciones
- Otros

2)Si Ud. usó el servicio, ¿Cómo se siente con dicha cobertura?

- Muy Conforme
- Conforme
- Medianamente conforme
- Disconforme

3)Al momento de recibir la atención brindada.¿Qué opinión le merece? B R

M

- Atención personalizada en la entrevista de admisión.....
- El sistema de elección del profesional dentro de la cartilla.....
- El cambio de profesional en el caso de sentirlo necesario.....
- El asesoramiento e información brindada sobre la cobertura.

4)De acuerdo a su experiencia los profesionales de cartilla son:

- Altamente confiables
- Confiables
- Poco confiables

5) Considera que el tratamiento recibido por el problema que motivó su consulta fue:

Efectivo

Medianamente efectivo

No resultó

6) En relación a las sesiones otorgadas necesitó:

- Asistir a todas las sesiones
- Utilizó menos de lo previsto
- Necesitó autorizar más sesiones

ASESORÍA EN SALUD – RED PSICOTERAPÉUTICA

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL PRESTADOR

1) ¿Qué tipo de comunicación considera que tiene actualmente con la Obra Social?

- Buena
- Regular
- No tiene

2) Considera que podría mejorarla.¿Cómo?

- Incrementando el número de reuniones de la Red
- Discusión de casuística
- Evaluación de desempeño
- Reunión de promoción de salud con socios
- Otros

3)¿Cómo evalúa su experiencia como integrante de la Red Psicoterapéutica de la Obra Social??

- Buena
- Regular
- No tiene

4) ¿Qué valora de esta Obra Social?

- Pago en Término
- Prestigio
- Reconocimiento
- Valor de las prácticas
- Número de pacientes atendidos
- Otros

5) ¿Considera que la Obra Social valora su desempeño?

SI

NO

6) ¿Qué porcentaje aproximado sobre el total de pacientes que atiende, provienen de la Obra Social?

- Hasta el 10%
- Entre el 15 y el 30%
- Entre el 35 y el 50%
- Mas del 50%

GRAFICO 1

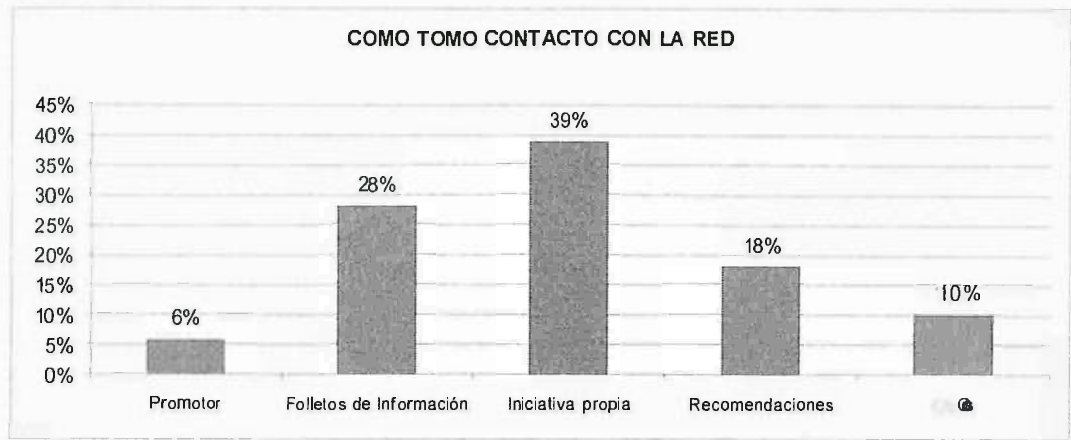


GRAFICO 2

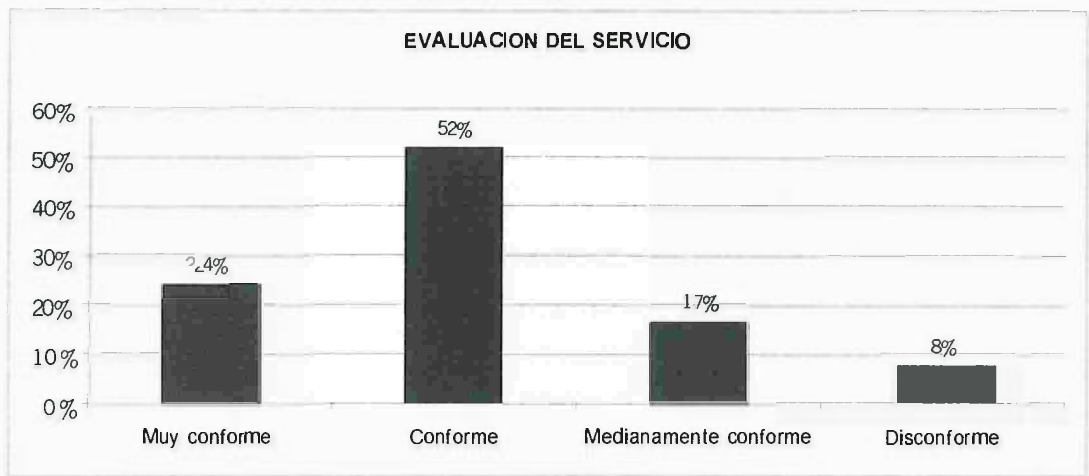


GRAFICO 3

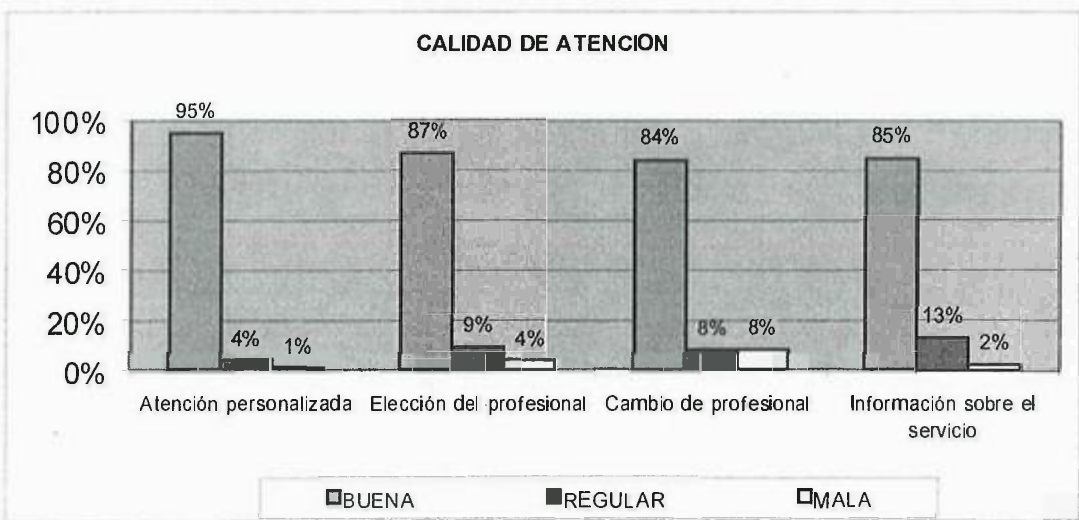


GRAFICO4

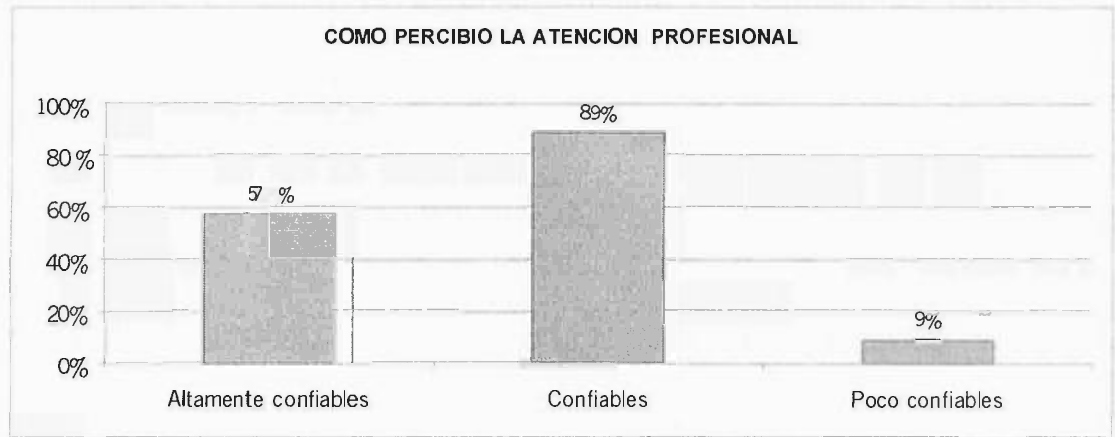


GRAFICO 5

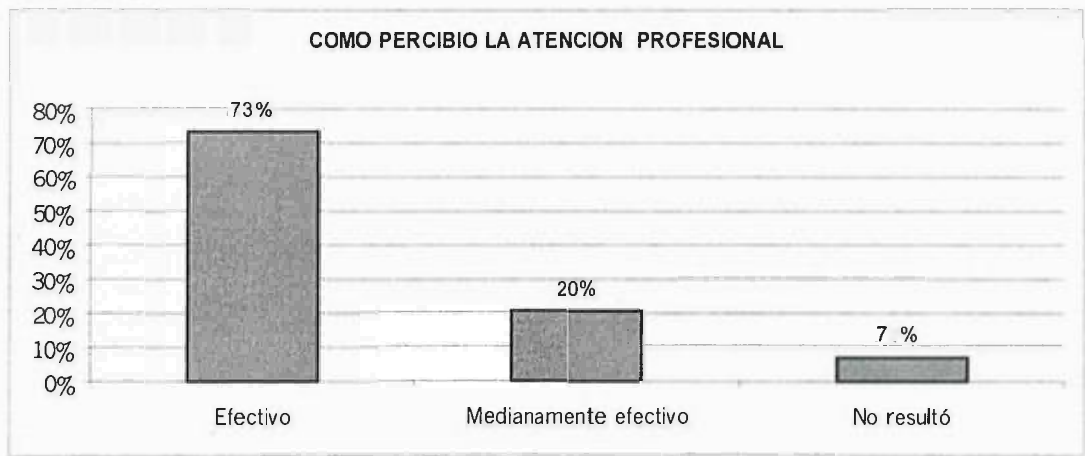


GRAFICO 6

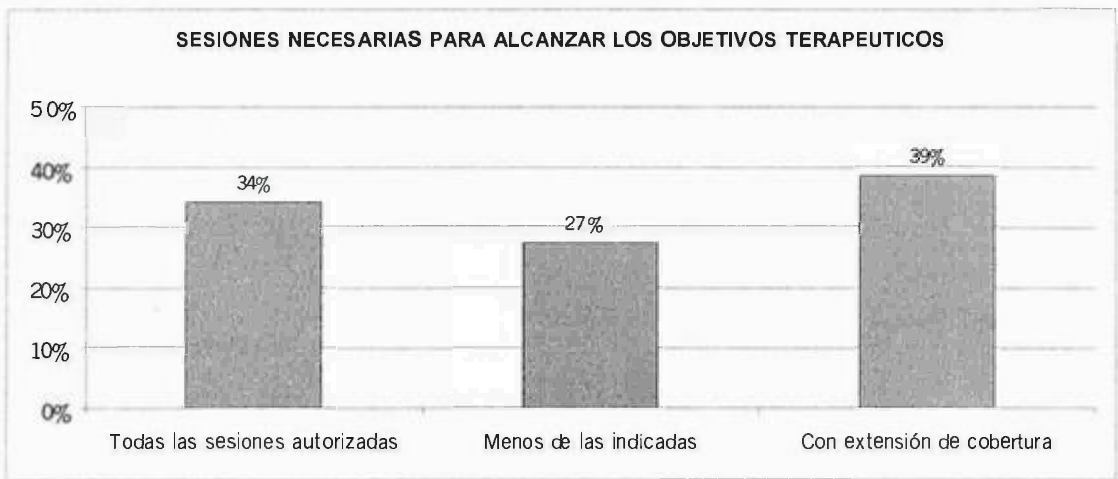


GRAFICO 7

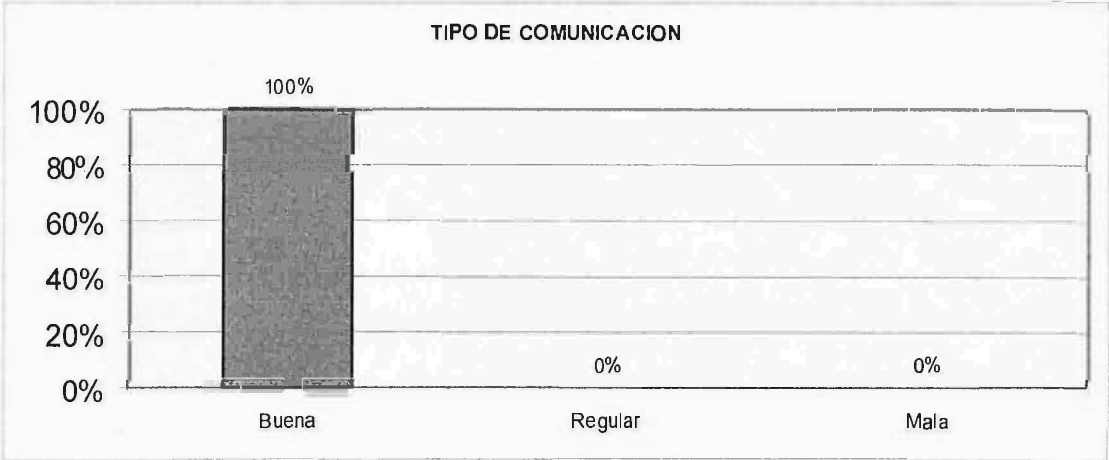


GRAFICO 8

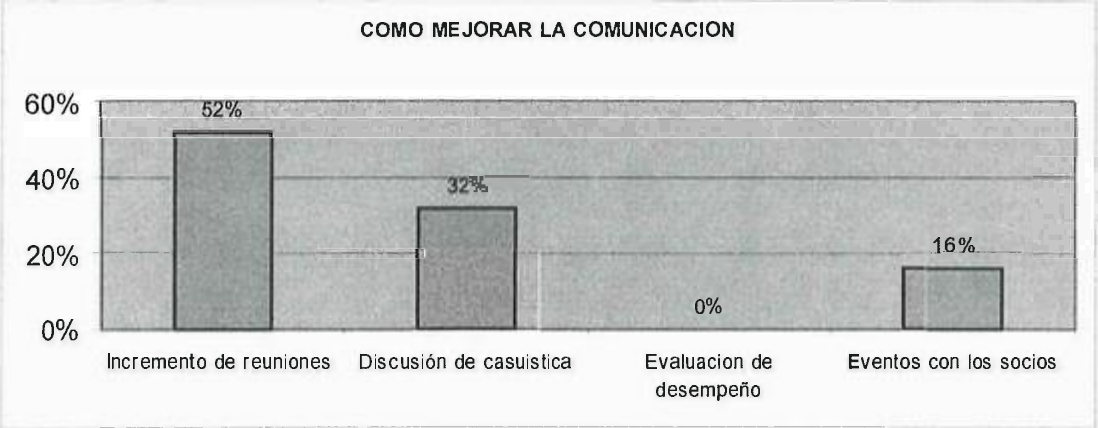


GRAFICO 9

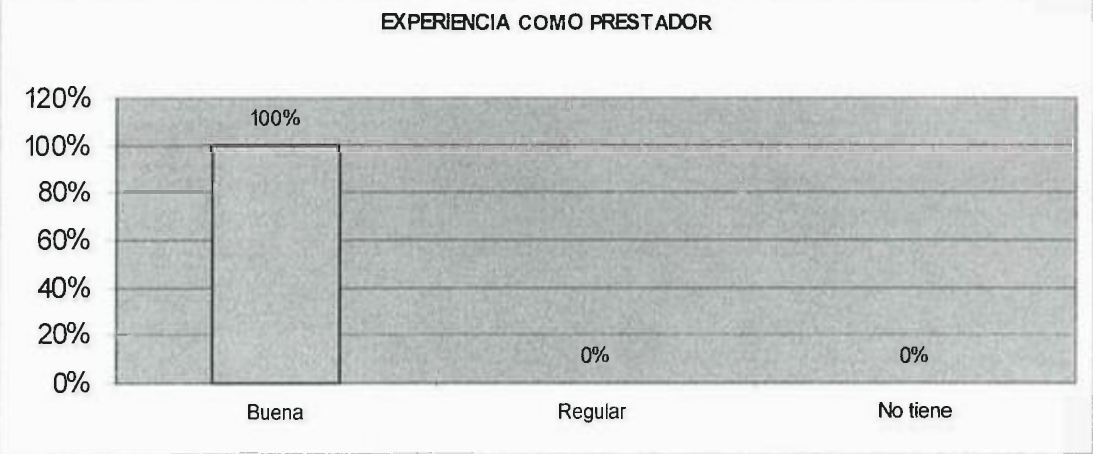


GRAFICO 10

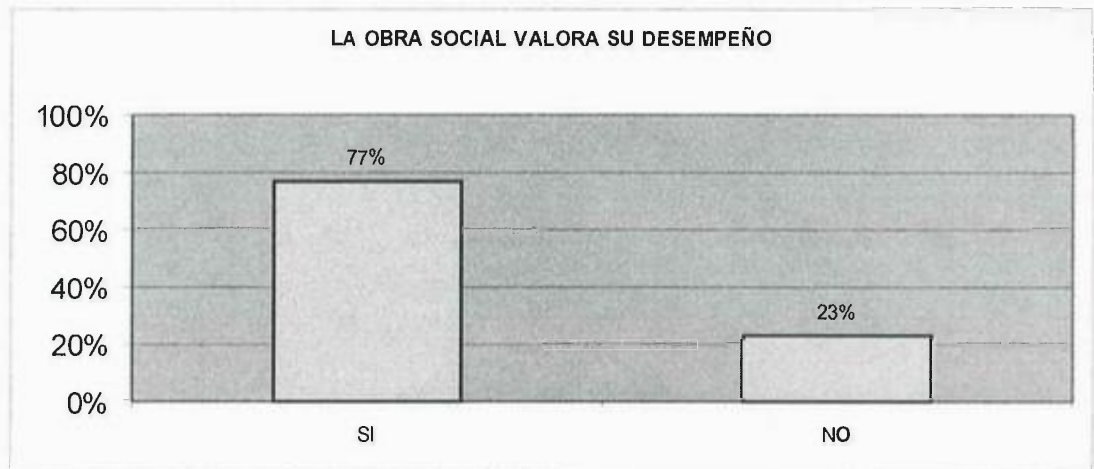


GRAFICO 11



GRAFICO 12

