

Maestría en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Maestría

Autor: Lucas Elio González

ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD DE UN CENTRO DE SALUD MENTAL CON TELEMEDICINA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

2021

Director de Tesis: Mg. Arturo Schweiger

Co-director de Tesis: Ing. Lionel Bosich

Citar como: González, L. E. (2021). *Análisis de Factibilidad de un Centro de Salud Mental con Telemedicina en la Ciudad de Buenos Aires*. [Trabajo final de Maestría, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

<http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/718>



Resumen

Objetivos: Determinar el diseño de un centro de salud mental de atención ambulatoria presencial situado en la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2021, y medir la variación y el impacto de la incorporación de la atención por telemedicina en la factibilidad económica y financiera. **Métodos:** Se realizó una estimación de mercado y los estudios técnicos, administrativos y económico-financieros recurriendo a bases de datos oficiales, relevamiento de precios del mercado y revisión de bibliografía relacionada. **Conclusiones:** La implementación de la atención por telemedicina tiene un impacto moderado en los costos de ejecución, pero al posibilitar la llegada a un mayor número de personas en el país, aumenta los potenciales clientes y, por lo tanto, aumenta los ingresos del proyecto, obteniendo una recuperación más acelerada de la inversión y una mayor potencialidad de ganancias futuras.

Palabras Clave: Telemedicina; Estudio de Factibilidad; Servicios de Salud Mental; Creación de Capacidad.

Abstract

Objectives: Determine the design of a face-to-face outpatient mental health center located in the City of Buenos Aires during the year 2021 and measure the variation and impact of the incorporation of telemedicine care on the economic and financial feasibility. **Methods:** A market estimation and technical, administrative and economic-financial studies were carried out using official databases, a survey of market prices and a review of related bibliography. **Conclusions:** The implementation of telemedicine care has a moderate impact on execution costs, but by making it possible to reach a greater number of people in the country, it increases potential clients and, therefore, increases the incomes of the project, obtaining a faster return on investment and greater potential for future earnings.

Keywords: Telemedicine; Feasibility Study; Mental Health Services; Capacity Building.

Índice

1. Introducción.....	4
1.1. Presentación	4
1.2. Descripción del Problema	4
1.3. Contexto.....	5
1.4. Utilidad y Relevancia.....	5
2. Planteamiento del Problema	6
2.1. Formulación del Problema de la Tesis.....	6
2.2. Objetivos	7
3. Marco Teórico.....	7
3.1. Conceptos Generales en Salud mental.....	7
3.2. Conceptos Generales de Telesalud y su Estado del Arte en Salud Mental	10
3.3. Conceptos Básicos de la Teoría Económica	17
3.4. Proyecto de Inversión	23
3.5. Análisis de Factibilidad y sus Componentes	25
3.6. Hipótesis.....	38
4. Metodología y Técnicas a Utilizar	38
4.1. Estimación de Mercado	38
4.2. Estudio Técnico	39
4.3. Estudio Administrativo.....	40
4.4. Estudio Económico y Financiero	40
4.5. Análisis de la Factibilidad del Centro de Atención Presencial con la Incorporación de Telemedicina	41
4.6. Evaluación Comparada de la Factibilidad Económico-Financiera del Centro de Atención Presencial con aquel que Combina Atención Presencial con Telemedicina .	41
5. Desarrollo.....	41
5.1. Estimación de Mercado	42
5.2. Estudio Técnico	66
5.3. Estudio Administrativo.....	82
5.4. Estudio Económico y Financiero del Centro de Atención Presencial.....	93
5.5. Análisis de la Factibilidad Económica y Financiera del Centro de Atención Presencial con la Incorporación de Telemedicina	109

5.6. Evaluación Comparada de la Factibilidad Económico-Financiera del Centro de Atención Presencial con aquel que Combina Atención Presencial con Telemedicina	117
6. Conclusiones	121
7. Conflicto de intereses.....	125
8. Bibliografía.....	126
9. Anexos.....	138

1. Introducción

1.1. Presentación

La presente Tesis tiene como objetivo principal determinar el impacto, tanto en la factibilidad como en el funcionamiento, de la incorporación de la atención a través de telemedicina en un centro de salud mental de atención presencial situado en la Ciudad de Buenos Aires.

A lo largo del desarrollo de la Tesis se realizará una revisión de la bibliografía existente respecto a los tópicos más importantes a ser abordados en la misma, entre los que se destacan la definición, el diagnóstico y los tratamientos en salud mental, la definición y legislación vigente en Argentina de la telemedicina, como así también lo que se conoce hasta el momento de la aplicación de la telemedicina en salud mental. También se desarrollarán los conceptos básicos de economía de la salud y las etapas para la elaboración de un proyecto de inversión, haciendo foco principalmente en los componentes del análisis de factibilidad.

Posteriormente se desarrollará la estimación de mercado de la zona donde se situará el centro de atención de salud mental presencial, el estudio técnico, administrativo y económico y financiero para la creación del centro de atención ambulatoria. Luego se realizará el mismo análisis incorporando la atención por telemedicina.

Por último, se realizará la evaluación del impacto de la incorporación de la atención a distancia por telemedicina en la factibilidad del centro.

1.2. Descripción del Problema

El problema principal relacionado a la justificación de la realización de la presente Tesis es el desconocimiento del impacto de la incorporación de la atención por telemedicina tanto en el funcionamiento operativo como en la factibilidad económica de un centro ambulatorio de salud mental que brinda atención presencial exclusivamente.

A su vez, se desconoce la factibilidad técnica, administrativa, y económica y financiera de la creación del centro de atención ambulatoria de salud mental.

Para esto, resulta pertinente reunir toda la información necesaria para la evaluación del proyecto y los lineamientos generales para su puesta en marcha. El instrumento para la planificación sistemática y eficaz de esta información y que permita el análisis de un proyecto de inversión se denomina Plan de Negocios.

1.3. Contexto

Al momento actual, la institución llamada CIPSE, de las siglas Centro Integral de Psicoterapias con Soporte Empírico, es un policonsultorio de 3 consultorios, situado en Colegiales, Ciudad de Buenos Aires, donde se atiende a pacientes adultos con padecimientos de salud mental. La demanda por parte de los pacientes es exclusivamente de forma privada.

En el lugar trabajan 3 psiquiatras y 4 psicólogos, la mayoría a tiempo parcial. El director del centro es un médico psiquiatra especialista en trauma psicológico.

La intención para el año 2021 es la expansión de la institución a través de la creación de un centro ambulatorio de atención de pacientes adultos, que permita brindar tratamiento integral para la salud mental de calidad, sin que la localización física sea una limitación al acceso.

1.4. Utilidad y Relevancia

Los resultados obtenidos permitirán conocer el diseño técnico y administrativo más adecuado para brindar atención a los pacientes con padecimientos de salud mental que cumpla con estándares éticos, de calidad y efectividad.

Por otro lado, el estudio de la factibilidad económico-financiera permitirá la determinación de la pertinencia o no de iniciar un proyecto de inversión en el contexto

socioeconómico actual con el menor riesgo posible, con la intención de brindar a los pacientes una atención eficiente y estable en el tiempo.

Un punto de relevancia es el de establecer si es posible brindar atención de salud mental con los estándares previamente referidos a través de telemedicina.

Resulta importante destacar que en la bibliografía identificada hasta la fecha no se encontraron publicaciones sobre el estudio de prefactibilidad, factibilidad o viabilidad de la creación de un centro de salud mental ambulatorio en la Argentina, como así tampoco se han encontrado publicaciones, hasta la fecha, de algún estudio de prefactibilidad, factibilidad o viabilidad de la creación de un centro de salud mental ambulatorio que combine la atención presencial con la atención por telemedicina en países de habla hispana.

2. Planteamiento del Problema

2.1. Formulación del Problema de la Tesis

En la presente Tesis se propone:

- Evaluar la variación y el impacto que tendrá, en el diseño y en la factibilidad, la incorporación de la modalidad de atención a través de telemedicina a un centro ambulatorio de atención presencial.
- Para eso, se requerirá analizar la factibilidad de la creación e implementación de un nuevo centro ambulatorio privado de Salud Mental de atención presencial en la Ciudad de Buenos Aires durante el año 2021, y comparar la variación de dicha factibilidad con la incorporación de la modalidad de atención a través de telemedicina.

2.2. Objetivos

2.2.1. Objetivo General

Determinar la variación y el impacto de la incorporación de la atención por telemedicina en la factibilidad y el diseño de un centro de atención ambulatoria de la salud mental presencial situado en la Ciudad de Buenos Aires, durante el año 2021.

2.2.2. Objetivos Específicos

- Realizar una estimación de mercado de la zona donde se situará el centro de salud mental.
- Determinar la estimación de mercado incremental que puede lograrse con la incorporación de telemedicina en el área potencial de influencia.
- Realizar el estudio técnico, administrativo y económico-financiero para la creación del centro de atención ambulatoria y determinar cómo influye la incorporación de la telemedicina en estos estudios.
- Analizar el resultado de la evaluación económica tanto del centro de salud mental presencial como del que combina atención presencial y telemedicina, y dictaminar la viabilidad de estos.
- Determinar de qué manera influye la incorporación de la telemedicina en el análisis de factibilidad del centro de atención ambulatoria.

3. Marco Teórico

3.1. Conceptos Generales en Salud mental

3.1.1 Salud Mental

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental refiere a un estado de bienestar en el cual el individuo reconoce sus propias habilidades, puede lidiar con

el estrés normal de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente, y es capaz de contribuir a su comunidad (World Health Organization, 2005).

Sin embargo, algunos autores no concuerdan exactamente con dicha definición, debido a que consideran que experimentar bienestar en todas las situaciones de la vida no es apropiado. Refieren que experimentar bienestar ante el asesinato de personas en un combate bélico o inmediatamente luego de ser despedido del trabajo cuando escasean las oportunidades laborales no necesariamente representa un adecuado estado de salud mental (Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N., 2015).

Por su parte, estos mismos autores sugieren una nueva conceptualización de la Salud Mental:

Salud mental es un estado dinámico de equilibrio interno que habilita a los individuos a usar sus habilidades en armonía con los valores universales de la sociedad. Habilidades cognitivas y sociales básicas; habilidad de reconocer, expresar y modular las propias emociones, así como empatizar con otros; flexibilidad y habilidad para lidiar con los eventos adversos de la vida y funcionar en los roles sociales; y una relación armoniosa entre el cuerpo y la mente representan componentes importantes de la salud mental, la cual contribuye, en variados niveles, al estado de equilibrio interno. (Galderisi et al, 2015)

3.1.2. Trastornos Mentales

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (American Psychiatric Association, 2013) los trastornos mentales son condiciones de salud que involucran cambios en las emociones, los pensamientos, los comportamientos, o en una combinación de éstas.

Estos cambios, a su vez, están asociados a estrés severo y/o problemas en el funcionamiento, los cuales impactan no sólo en los propios individuos, sino también en las familias, el trabajo y en la sociedad en general (Patel et al, 2016).

Algunos estudios han encontrado que casi un tercio de la población padece un trastorno mental, y que, de ellos, sólo un tercio recibe algún tipo de tratamiento específico (Wittchen et al, 2011).

Por su parte, los trastornos mentales representan el 7,4% de la carga total de enfermedad a nivel global medida por Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), y se encuentran entre la primera (Whiteford et al, 2013) y la segunda (Viz Hub, 2020) causa de Años Vividos con Discapacidad, representando, para este último, el 16,91% en el año 2017.

En septiembre de 2011, el Foro Económico Mundial estableció que los trastornos de la salud mental representan el 37% de los años de vida saludables perdidos por enfermedades crónicas no transmisibles (Bloom D.E., 2011).

Esta misma organización proyectó que para el año 2030 las enfermedades de la salud mental representarán más de la mitad de los costos mundiales atribuibles a las enfermedades no transmisibles, con US\$6 trillones – 6 millones de millones (billones) de dólares en español - (Bloom D.E., 2011).

3.1.3 Tratamientos en Salud Mental

Los tratamientos en salud mental consisten en un abordaje interdisciplinario de los padecimientos de los pacientes.

Entre los profesionales que pueden participan de los tratamientos se encuentran principalmente los médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeros, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, médicos clínicos, médicos neurólogos, médicos o licenciados en nutrición.

Para cada padecimiento mental y para cada paciente, el tratamiento suele ser ajustado a las necesidades de éste, sin poder contemplar desde el inicio todos los recursos que van a ser necesarios en el futuro, ya sea porque el diagnóstico puede cambiar, o porque los trastornos de salud mental suelen tener fluctuaciones en su sintomatología, gravedad y repercusión funcional en el tiempo.

Los tratamientos más utilizados son los biológicos - los cuales incluye principalmente a la psicofarmacología, la estimulación transcraneana y la terapia electroconvulsiva - y las psicoterapias (Sadock & Sadock, 2009).

3.2. Conceptos Generales de Telesalud y su Estado del Arte en Salud Mental

3.2.1. Telesalud

El término telesalud refiere al conjunto de actividades de la salud, ya sean asistenciales, educativas, de supervisión o consulta, de investigación, como de gestión, que se llevan a cabo a través de Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) como los teléfonos, celulares o cualquier otro dispositivo electrónico, con o sin video, que permita la conexión de al menos dos partes a la distancia (Dorsey & Topol, 2016).

Según estos mismos autores (Dorsey & Topol, 2016) se están dando varias tendencias relacionadas con el uso de la telesalud. La primera es la de aumentar la accesibilidad de la atención sanitaria y, si es posible, disminuir los costos. La segunda es la de atender condiciones agudas, pero también condiciones episódicas o crónicas. La tercera tendencia es la de la migración de la telesalud desde los hospitales o clínicas a los hogares.

3.2.2. Telesalud en Argentina

Al momento de la escritura del presente proyecto de Tesis rige en la República Argentina dos medidas gubernamentales distintas en contexto de la pandemia por el virus SARS-CoV-2. Debido al diferente impacto en la dinámica de transmisión del virus, la diversidad geográfica, socioeconómica y demográfica, parte de las provincias del país se encuentran en Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio, establecido a partir del Decreto de Necesidad y Urgencia N° 297/2020 (Presidencia de la Nación Argentina, 2020) y otras provincias argentinas en Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio (Ministerio de Salud de la Nación, 2020a).

En el marco del Decreto N° 297/2020, el Ministerio de Salud de la Nación autorizó a través de la Resolución 696/2020, mientras dure el aislamiento, la posibilidad de la utilización de medios digitales como e-mail, fax, mensaje de texto o aplicaciones de mensajería electrónica como WhatsApp, para la prescripción de medicamentos, excepto los estupefacientes (Ministerio de Salud de la Nación, 2020b).

En abril de 2020, la Superintendencia de Servicios de Salud publicó la resolución 282/2020 en el Boletín Oficial en la que recomienda a las empresas de medicina prepaga y los agentes de seguro de salud implementar y fomentar el uso de plataformas de teleasistencia y/o teleconsulta (Boletín Oficial de la República Argentina, 2020a).

Por su parte, en mayo de 2020, la Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina (2020) dio media sanción al proyecto de Ley, Expediente Senado: 0962-S-2020, que autorizaría a expedir prescripciones y/o recetas electrónicas con firma digital. Este proyecto de Ley (Expediente Senado: 2068-D-2020) engloba 7 proyectos distintos y regulará la teleasistencia sanitaria.

El 11 de agosto de 2020, se publicó en el Boletín Oficial de la República Argentina (2020b) la Ley 27.553, en la cual se establece que la prescripción y dispensación de medicamentos, y toda otra prescripción, puedan ser redactadas y firmadas a través de firmas manuscritas, electrónicas o digitales, en recetas electrónicas o digitales, en todo el territorio nacional, como así también, que se pueda utilizar plataformas de teleasistencia en salud, en todo el territorio nacional, de conformidad con la Ley 25.326 de Protección de los Datos Personales y la Ley 26.529 de Derechos del Paciente.

El día 15 de octubre de 2020, el Senado de la Nación (Expediente n° 538/20) dio media sanción al proyecto de Ley que promueve la provisión de servicios médicos a la población mediante redes de telemedicina, que permitan la atención a distancia de los pacientes y las consultas por medios electrónicos (Senado de la Nación, 2020).

3.2.2.1. Telemedicina

La telemedicina refiere, según el proyecto de Ley sancionado por el Senado de la Nación Argentina, expediente n° 538/20, a una de las modalidades de la telesalud (Senado de la Nación, 2020).

El artículo 7° del citado expediente distingue a la telemedicina, la telegestión, la teleducación y teleinvestigación como las 4 modalidades englobadas dentro el concepto de telesalud.

A su vez, destaca que la telemedicina es:

“Una modalidad que complementa a la asistencia presencial sin perjuicio de que, a criterio profesional, pueda agotarse en un solo acto”.

Por otro lado, en el artículo 9° especifica que la telemedicina puede asumir varias formas, como ser:

- a) Consultas asincrónicas: Consultas virtuales realizadas de manera temporalmente diferidas a un profesional o centro de atención.
- b) Consultas sincrónicas: Consultas virtuales realizadas en tiempo real a un profesional o centro de atención a través de la utilización de TICs.
- c) Monitoreo remoto de paciente: Controles remotos realizados por profesionales o centros de atención a pacientes de manera continua o discontinua, a través de diversas tecnologías.
- d) Otras formas que disponga la autoridad de aplicación.

3.2.3. Telesalud y Salud Mental

Según veremos a continuación, al momento actual existe evidencia respecto a que, las intervenciones brindadas a distancia a través de la utilización de las TICs para el tratamiento de padecimientos de salud mental son efectivas.

El término Telesalud Mental fue abalado por organismos internacionales de salud como la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en un artículo denominado Tele-Salud Mental/Intervenciones a distancia durante COVID-19 (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

A lo largo de los siguientes apartados se utilizarán los términos Telesalud Mental y Telemedicina de manera indistinta como referencia a la utilización de las TICs para los abordajes en salud mental a distancia.

3.2.3.1. Componentes del Tratamiento por Salud Mental

Los tratamientos por salud mental presentan varios componentes de vital importancia para la obtención de los mejores resultados posibles. Entre esos componentes se destacan la relación terapéutica entre el paciente y el proveedor de salud, ya sea el médico psiquiatra, el psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional, entre otros (Bhatia & Gelso, 2017; Browne, 2019; Wilmots, Midgley, Thackeray, Reynolds & Loades, 2020).

A su vez, es importante que se pueda realizar un adecuado diagnóstico psiquiátrico y psicológico, que las indicaciones realizadas sean comprendidas apropiadamente, que se pueda hacer una óptima prescripción y manejo de la medicación, tratamiento psicológico, y solicitud y revisión de los estudios de laboratorio.

3.2.3.1.1. Relación Terapéutica

La relación o alianza terapéutica es un factor pronóstico relevante para la obtención de resultados terapéuticos positivos (Ardito y Rabellino, 2011; Bhatia & Gelso, 2017; Browne, 2019; Wilmots, Midgley, Thackeray, Reynolds & Loades, 2020). Por esta razón, resulta de importancia que en los tratamientos por telesalud mental la alianza terapéutica sea adecuada.

El desarrollo de una adecuada relación terapéutica permite al paciente hablar más abiertamente respecto a su historia actual y pasada, sus experiencias cognitivas y

emocionales, sus conductas, como también sobre sus síntomas actuales (Grady et al, 2011).

La evidencia presente demuestra que los niveles de alianza terapéutica logrados a través de telesalud mental son similares a los que se consiguen en la atención presencial (Simpson, 2001; Goldstein & Glueck, 2016).

Sin embargo, algunos estudios han puntualizado que cuando no existe una adecuada relación terapéutica, en intervenciones a distancia, pueden suceder abandonos de tratamiento prematuros, más aún cuando se tratan problemas de salud mental de alto nivel de malestar emocional como en el estrés postraumático (Valentine et al, 2020).

A su vez, es importante que los proveedores de salud sepan que los pacientes pueden estar preocupados por su apariencia física frente a la cámara (Modai et al, 2006), como así también es importante que los profesionales tengan conocimientos sobre la cultura de la población que atenderá a la distancia debido a que su desconocimiento puede influir negativamente en la capacidad para conectar cognitiva o emocionalmente entre las partes (Shore, Savin, Novins & Manson, 2006; Goldstein & Glueck, 2016).

3.2.3.1.2. Diagnóstico y Evaluaciones Psicológicas

El diagnóstico en salud mental es parte esencial de la atención, debido a que determina el o los tratamientos específicos que se deben brindar para conseguir la reducción de los síntomas o remisión de los padecimientos de los pacientes (Grady et al, 2011).

La evidencia sugiere que no existe diferencia en el desarrollo y los resultados de las evaluaciones diagnósticas realizadas por telesalud mental y en persona (Hyler, Gangure & Batchelder, 2005; O'Reilly et al, 2007; Baer et al, 1995; Baigent et al, 1997; Singh, Arya & Peters, 2007; Alfuraydan, Croxall, Hurt, Kerr, & Brophy, 2020).

Por su parte, se ha encontrado que las evaluaciones neuropsicológicas brindadas de manera virtual presentan una adecuada sensibilidad y especificidad, como así también una adecuada correlación con los resultados obtenidos de manera presencial (Timpano et al, 2013).

3.2.3.1.3. Tratamientos Psiquiátricos y Psicológicos

Las consultas psiquiátricas a través de telemedicina suelen ser percibidas de manera positiva por los pacientes y sus familias, sin encontrarse diferencias con la atención presencial a lo largo de los grupos etarios (Hantke et al, 2020; Mayworm et al, 2020).

Por su parte, Grady y Melcer (2005) han determinado que la atención psiquiátrica por telemedicina no presenta diferencias comparado con la atención presencial respecto al número de laboratorios o estudios solicitados, recomendaciones de autoayuda realizadas, o el número de pacientes a los que se prescriben dos o más medicamentos psicotrópicos en personal militar y sus familiares.

Si bien los resultados respecto a la efectividad de los tratamientos psicológicos por telemedicina requieren que se siga investigando en el área, los estudios realizados hasta la fecha revelan un efecto moderado positivo en la reducción sintomática cuando es comparado contra una intervención control (Fu, Burger, Arjadi & Bockting, 2020).

Por ejemplo, un estudio que evaluó la efectividad del cuidado por enfermería, farmacia, psicología y psiquiatría de veteranos de guerra mediante telesalud mental, demostró que se mantuvo la reducción de la severidad de los síntomas de estrés postraumático luego de 6 y 12 meses, comparado con el cuidado usual (Fortney et al, 2015).

Otro estudio realizado en Australia, que incorporó 680 participantes, demostró un gran efecto en la reducción de los puntajes de las escalas para determinar la severidad sintomática de ansiedad y depresión luego de realizar una intervención cognitivo conductual de baja intensidad en pacientes que había estado internados por estas causas previamente (Lawn et al, 2019).

Un metaanálisis que incluyó 21 estudios y evaluó la efectividad de las intervenciones psicológicas por videoconferencia para trastornos de ansiedad demostró un efecto entre pequeño y grande en la reducción de la severidad sintomática. A su vez, se determinó que no existieron diferencias entre las intervenciones por telesalud mental y las realizadas de manera presencial (Berryhill et al, 2019).

Por su parte, existe evidencia de efectividad de tratamientos a distancia en trastorno depresivo (Nair, Armfield, Chatfield & Edirippulige, 2018; Massoudi, Holvast, Bockting, Burger & Blanker, 2019), trastornos de ansiedad (Morriss et al., 2019), trastorno de la conducta alimentaria (Watson et al., 2018), trastorno obsesivo compulsivo (Wootton, 2016), síndrome de colon irritable (Everitt, 2019), alteraciones del sueño (Peter, Reindl, Zauter Hillemacher & Richter, 2019), entre otros.

Resulta importante destacar que la atención por telemedicina permite llegar a pacientes alejados de la ubicación del profesional de salud, ya sea por conveniencia o por dificultades al acceso de la atención cara a cara y de una manera costo-efectiva (Langarizadeh et al, 2017).

3.2.3.1.4. Costos en Telesalud Mental

Algunos estudios sugieren que los costos generados a través de la utilización de intervenciones de telemedicina pueden llegar a ser hasta un 10% menores que los realizados a través de tratamientos presenciales (Langarizadeh et al, 2017; O'Reilly et al, 2007).

3.2.4. Comparación de las Principales Características entre la Atención Presencial y por Telesalud Mental

A continuación, se desarrolla un cuadro comparativo de las principales características de la modalidad de atención presencial y por Telesalud Mental:

Tabla 1

Análisis comparado de atención presencial y Telesalud Mental.

Componentes de la atención	Atención Presencial	Telesalud Mental
Tiempo de atención	=	=
Costos del tratamiento	1	< (10%)
Tiempo en llegar a la consulta	1	<
Relación terapéutica	=	=
Capacidad de diagnóstico	=	=
Efectividad terapéutica	=	=
Posibilidad de distracción	1	>
Preocupación por la imagen	1	>

Nota: 1 = Valor estándar.

Fuente: Elaboración Propia.

3.3. Conceptos Básicos de la Teoría Económica

3.3.1. Mercado

Al espacio de intercambio de un determinado bien o servicio se lo denomina mercado. Este puede ser tanto físico como virtual, y es el lugar donde los vendedores y compradores se ponen de acuerdo sobre el precio para que se produzca el intercambio (Fernández, 2016).

3.3.2. Demanda

La demanda refiere a la relación existente entre la cantidad de un determinado bien o servicio que el conjunto de compradores quiere adquirir, multiplicado por el tiempo y el precio del bien o servicio. Esto, mientras las demás variables intervinientes en el mercado permanecen sin modificación (Fernández, 2016).

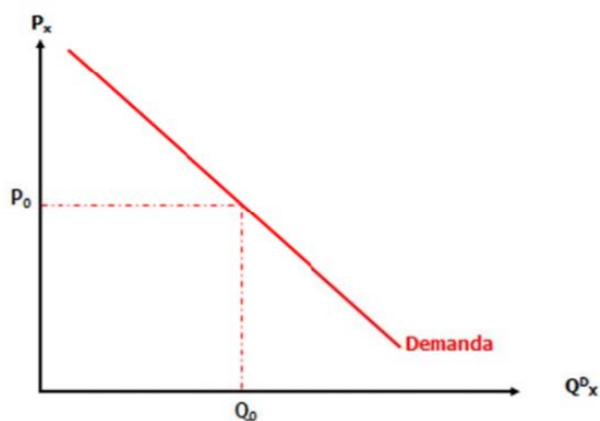
Las variables que pueden influir en la cantidad demandada (Q_D) de un bien o servicio son el precio (P_A), el cual influye negativamente sobre la Q_D , y el precio de otros bienes o servicios (P_{BS}), el ingreso individual (I), los gustos de los individuos (G) y la expectativa de los precios (E) pueden influir tanto positiva, negativa como neutralmente sobre la demanda (Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo, 2015a).

$$Q_D = f(P_A, P_{BS}, Y, G, E)$$

La curva de la demanda permite representar gráficamente la demanda, permitiendo visualizar las cantidades demandadas en un período de tiempo dado, por una población determinada y a cada precio posible (Fernández, 2016).

Gráfico 1

Curva de la demanda.



P: Precio; Q: Cantidad.

Fuente: Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo (2015a).

3.3.3. Oferta

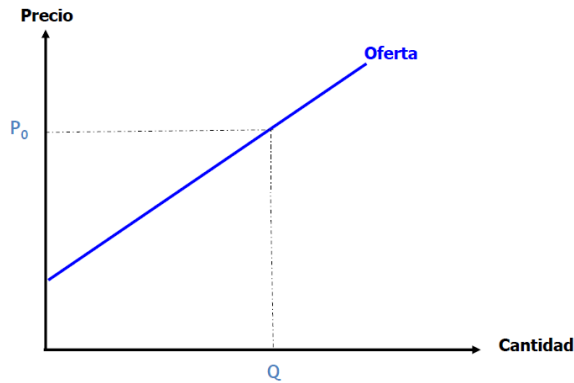
La oferta refiere a la suma de todas las cantidades de un servicio o bien que el conjunto de productores quiere vender en un momento dado del tiempo y a un precio dado. Igual que con la demanda, esto es así mientras las demás variables intervinientes en el mercado permanecen sin modificación (Mankiw G., 2012).

Por su parte, la cantidad ofrecida (Q_{SA}) es exclusivamente la cantidad que los productores o vendedores quieren y pueden vender. Y esta depende del precio del bien o servicio en cuestión (P_A), del precio de otros productos (P_B), del precio de los factores necesarios para su producción (r) y de la tecnología que se esté empleando (K) (Fernández, 2016).

$$Q_{SA} = f(P_A, P_B, r, K)$$

Gráfico 2

Curva de la oferta.



P: Precio; Q: Cantidad.

Fuente: Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo (2015a).

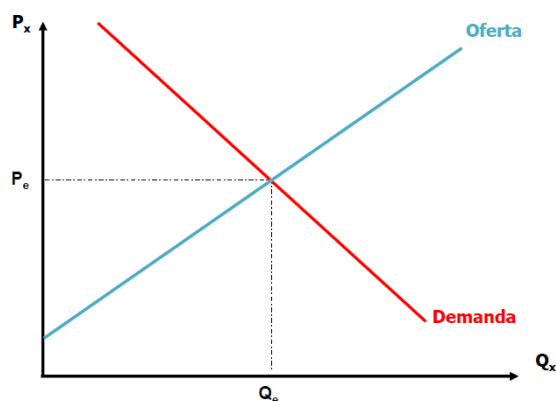
En la curva de la oferta se suman todas ofertas del mercado de manera horizontal, y muestra la variación de la cantidad ofrecida de acuerdo con la variación del precio. A mayor precio, mayor ofrecimiento (Mankiw G., 2012).

3.3.4. Equilibrio del Mercado

El equilibrio del mercado es el punto en el cual la curva de la oferta y la de la demanda se tocan entre sí, es decir, el punto en el cual coinciden la cantidad ofrecida y la cantidad demandada. Este equilibrio de mercado va a producirse a un precio determinado, llamado precio de equilibrio, y a una cantidad determinada, la cantidad de equilibrio (Mankiw G., 2012).

Gráfico 3

Equilibrio de la oferta y la demanda.



P: Precio; Q: Cantidad.

Fuente: Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo (2015a).

3.3.5. Elasticidad

La elasticidad refiere al grado en que las cantidades demandadas u ofrecidas por el mercado varían cuando se modifican algunas variables determinadas (Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo, 2015a).

Por ejemplo, algunas variables que pueden influir en las cantidades ofrecida o demandadas son el precio del bien o servicio, el precio de otros bienes o servicios que pueden sustituir o complementar el que está en estudio, los ingresos de las personas, la moda, factores sociales o ambientales, entre otros (Fernández, 2016)

3.3.5.1. Elasticidad precio de la demanda

La elasticidad precio de la demanda refiere a la medición de cuánto varía la cantidad demandada de un servicio o bien cuando cambia el precio. Según la ley de la demanda, si un bien baja de precio aumenta la cantidad que se demanda de este (Mankiw G., 2012).

Existen 5 elasticidades de curvas de demanda:

1. Elástica: La demanda se modifica más que el porcentaje de variación del precio.

2. Inelástica: La demanda se mueva menos que el porcentaje de variación del precio.
3. Elasticidad unitaria: La demanda se mueve exactamente igual que el porcentaje de variación del precio.
4. Perfectamente inelástica: La demanda no varía a pesar de las variaciones en el precio.
5. Perfectamente elástica: La demanda varía enormemente ante pequeños cambios del precio.

3.3.5.2. Elasticidad precio de la oferta

Es igual que la elasticidad precio de la demanda, pero en este caso mide cuánto varía porcentualmente la cantidad ofrecida cuando cambia la precio (Fernández, 2016).

Las variaciones se denominan igual que los 5 tipos de elasticidades que se describieron previamente.

3.3.5.3. Elasticidad cruzada de la demanda

Esta elasticidad calcula cuál es el porcentaje en el que varía la cantidad demandada de un bien o servicio cuando el precio de un bien sustitutos o complementario se modifica (Fernández, 2016).

Un bien o servicio sustituto es aquel que aumenta su cantidad demandada cuando aumenta el precio del bien o servicio evaluado originalmente (Mankiw G., 2012).

Por otro lado, el bien o servicio complementario es aquel que aumenta o disminuye su cantidad demandada cuando varía en menos o más el precio del bien o servicio evaluado (Mankiw G., 2012).

3.3.5.4. Elasticidad ingreso de la demanda

La elasticidad ingreso de la demanda es la medición del grado de variación de la cantidad demandada de acuerdo los ingresos de los consumidores (Fernández, 2016).

3.3.6. Costos

Los costos totales son los recursos que se deben utilizar para lograr un objetivo dado. En economía, los costos refieren a la valoración monetaria de mercado que se les da a todos los recursos que se han utilizado para que se logre la producción del bien o servicio (Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo, 2015a).

3.3.6.1. Costo de oportunidad

El costo de oportunidad de un bien o servicio es todo aquello a lo que tengo que renunciar obtener por haber adquirido o haber producido un bien o servicio dado (Mankiw, 2012).

De este concepto se desprende otros dos. Los costos explícitos, es decir, los costos de oportunidad que necesitan de un gasto directo de dinero. Y los costos implícitos, que son los costos de oportunidad que no originan un consumo de efectivo (Mankiw, 2012).

3.3.6.2 Costos fijos

Estos costos son aquellos que no varían de acuerdo con la cantidad del bien o servicio producido. Aún en el caso que no se produzca nada, estos costos estarán igualmente presentes (Mankiw, 2012).

3.3.6.3 Costos variables

Los costos variables son aquellos que aumentan o disminuyen de acuerdo al aumento o disminución de la producción del bien o servicio (Mankiw, 2012).

3.4. Proyecto de Inversión

3.4.1. ¿Qué es un Proyecto de Inversión?

Según Baltar et al. (1995), los proyectos de inversión son la planificación prospectiva de la propuesta de producción de algún bien o la prestación de un servicio, empleando determinadas técnicas y con el objetivo de obtener un resultado económico o social esperado.

La evaluación de un proyecto de inversión permite la valoración cualitativa y cuantitativa de las ventajas y desventajas de destinar recursos para la realización de una actividad (Ruiz, 2017).

Chain (2007) considera que los proyectos de inversión deberían clasificarse, primariamente, según la finalidad de la asignación de los recursos, en aquellos proyectos que buscan crear nuevos negocios o empresas y aquellos proyectos que buscan conocer la pertinencia de cambiar, mejorar, modernizar, internalizar, tercerizar o abandonar una empresa, o parte de una empresa que ya existe (Chain, 2007).

Por su parte, Pimentel (2008), refiere que los proyectos pueden clasificarse según la actividad que se pretenderá realizar o los bienes que se intentarán producir. Estos pueden ser proyectos industriales, agropecuarios o de servicios. También los subclasifica según su modalidad en proyectos de instalación, ampliación o traslado (Pimentel, 2008).

3.4.2. Etapas para la Elaboración de un Proyecto

Chain (2007) sostiene que existen 4 etapas para la elaboración de un proyecto: la generación de la idea, los estudios de inversión preliminar, la inversión para la implementación del proyecto y la ejecución o puesta en marcha del proyecto.

La concepción de la idea refiere al inicio del ciclo del proyecto. Su objetivo es el de generar oportunidades de negocio o mejoramiento del funcionamiento de una empresa y determinar cuál idea resulta más apropiada para su implementación. Aquí se realiza el primer análisis de situación como solución a un problema planteado.

Se trata de un proceso de decisión fundamentado en la capacidad para identificar la mayor cantidad de opciones para solucionar un problema.

Se debe tener en cuenta el comportamiento en el tiempo, tanto en el pasado, en el presente como la estimación en el futuro, ya sea de su implementación como de su no implementación, su relevancia y su permanencia temporal y/o estructural.

El estudio preliminar de inversión refiere al análisis de viabilidad económica de las opciones previamente identificadas para solucionar el problema, y presenta tres formas distintas de desarrollo, según la complejidad y cantidad de información: perfil, prefactibilidad y factibilidad.

- Estudio de perfil es un análisis preliminar, basado en información, generalmente secundaria, cualitativa, y no objetiva. Los objetivos principales de este tipo de estudio son los de determinar si existe información que justifique el abandono del proyecto sin generar mayores gastos o el de disminuir el número de ideas de proyecto y seleccionar las que parezcan más beneficiosas.
- Los análisis de prefactibilidad y factibilidad permiten la determinación de los costos y los ingresos en el tiempo de una idea de proyecto determinada. El estudio de prefactibilidad proyecta costos e ingresos basados en criterios cuantitativos, pero de información secundaria, mientras que el estudio de factibilidad lo hace de información primaria, debido a que se realiza un estudio detallado de todos los factores intervinientes.

La etapa de inversión refiere al proceso en el cual se realizan las inversiones y se implementa el proyecto.

Por último, la ejecución es la etapa en la que se lleva a cabo la idea de proyecto por la cual se invirtieron los recursos (Chain, 2007).

3.5. Análisis de Factibilidad y sus Componentes

3.5.1. ¿Qué es un Análisis de Factibilidad?

Los estudios de factibilidad son herramientas que permiten realizar un análisis detallado respecto al entorno demográfico, y los requerimientos técnicos, administrativos y legales, y los posibles resultados económicos y financieros de la implementación de un proyecto de inversión (Charvet Valladares, 2014). Mediante dicho análisis, es posible definir y mensurar las variables que pueden impactar en el desarrollo del proyecto (Chain, 2007).

La herramienta básica para los análisis de factibilidad es la recopilación, creación y sistematización de información que permita asignar correcta y racionalmente los recursos disponibles, los cuales generalmente son escasos (Chain, 2007).

El análisis de factibilidad consta de distintas partes, la estimación del mercado, el estudio técnico, el estudio administrativo, y el estudio económico y financiero.

3.5.2. Estimación de Mercado

Es el proceso de recopilación, procesamiento y cuantificación de la información sobre los clientes (demanda) y la competencia (oferta), el análisis de los precios y su comercialización, con la intención de guiar en la decisión de poner o no a disposición de la población un nuevo producto o servicio (Charvet Valladares, 2014). El fin último de este estudio es el de conocer la presencia o no de un mercado específico para el producto o servicio que se quiere ofrecer (Ruiz, 2017).

Según Fernández (2016), existen 5 etapas para la estimación de mercado. La primera es definir el mercado relevante, es decir, conocer las características del servicio que se desee comercializar, tratando de conocer todos los servicios sustitutos posibles y los servicios complementarios.

La segunda etapa es identificar, cuantificar y geolocalizar los actores que intervendrán en el mercado, tanto los demandantes como los oferentes. De los demandantes será necesario conocer aspectos importantes de ellos como puede ser el estatus económico, la distribución por género, el nivel profesional, o el tipo de cobertura de salud que presenta la población. De los oferentes, se precisará determinar el número y ubicación geográfica, el volumen de producción, la participación en el mercado, la capacidad instalada, la tecnología, la calidad y el punto de equilibrio (Guerrero Spínola de López, 2004).

El tercer paso es el análisis de la estructura del mercado, tratando de determinar si existen barreras a la entrada o salida, y asimetrías de información.

Para la cuarta etapa es importante conocer las conductas de los intervinientes en el mercado, como ser, políticas de fijación de precios, niveles de producción, inversión y diferenciación de productos.

Por último, se deben analizar los factores que afectan el entorno de las operaciones, como ser las normas que regulan la actividad del mercado y la conducta de los intervinientes.

3.5.3. Estudio Técnico

El objetivo del estudio técnico es el de determinar si es posible técnicamente llevar a cabo el proyecto (Organización Panamericana de la Salud [OPS] & Organización Mundial de la Salud [OMS], 1990). Mediante este estudio se intenta establecer la localización, tamaño, distribución de las actividades de manera física, y los procesos de producción y comercialización (Ruiz, 2017). A su vez, se calculan los costos, inversiones e ingresos originados de los aspectos técnicos del proyecto (Chain, 2007).

Dentro del estudio técnico se debe determinar la localización del proyecto, su dimensionamiento, el impacto de las obras físicas y del equipamiento, y de los insumos necesarios para su funcionamiento.

En el estudio de localización del proyecto se evalúa la ubicación óptima del proyecto, la oferta de servicios en la red local (OPS & OMS, 1990), con la intención de lograr un lugar de competencia asociado a la mejor accesibilidad, el menor costo de transporte, y una forma más rápida de llegar a él (Charvet Valladares, 2014). Se deberá tener en cuenta el mercado al que se desea atender, los costos laborales, los medios de transporte y la accesibilidad, las regulaciones legales tanto nacionales (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021a) como jurisdiccionales que puedan interferir en la instalación del proyecto, el costo y la disponibilidad de terrenos o unidades para alquiler, etcétera (Chain, 2007).

En la localización se deben seguir dos etapas, la macro localización, es decir, tener en cuenta los factores sociales, físicos y económicos del área a intervenir, variables que deben representarse en el área geográfica de la jurisdicción en estudio. La micro localización, en la cual se debe indicar el sitio preciso del proyecto, en un plano de la ciudad, mencionando los costos del terreno o alquiler, la facilidad de los accesos a servicios y transportes, y las facilidades administrativas o legales (Orozco, 2017)

El tamaño del proyecto corresponde a su capacidad instalada. La misma tiene relación directa con el número de consultas médicas o psicológicas que se calculan sobre una población objetivo y el tiempo estimado promedio de duración, es decir, la capacidad de producción (prestación de servicios).

A partir de la producción calculada, se aplica una proyección de población a no menos de 10 años y un porcentaje de ocupación estimado, para formular el programa de arquitectura (OPS & OMS, 1990).

Es importante, para la determinación de la inversión que se deberá realizar, conocer por un lado la inversión en obra y equipamiento, como así también el nivel de producción que permitirá medir los costos de funcionamiento y los ingresos esperados.

La estimación de los costos de funcionamiento y los ingresos esperados, deben calcularse en base a la capacidad real del proyecto, es decir, el promedio anual de actividad efectiva (Chain, 2007).

Una vez calculada la producción a cubrir, incluida su proyección, se determinan las cantidades de unidades funcionales (local o equipo donde se mide la producción del servicio. Ej. consultorio) a resolver por el proyecto y a partir de ellas se definen las áreas complementarias (locales de apoyo a las unidades funcionales, necesarios para la operación del servicio. Ej. sala de espera, secretaría, sanitarios).

Para la formulación del programa de arquitectura, se podrán consultar las Directrices de Organización y Funcionamiento para Consultorios Individuales, Policonsultorios y Servicios de Atención Ambulatoria (Ministerio de Salud y Desarrollo Social, 2019), como así también el Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad (Ministerio de Salud, 2006) y las Directrices de Organización y Funcionamiento para Servicios de Salud Mental y Adicciones (en elaboración), y sus futuras actualizaciones.

En el programa de arquitectura, se podrán calificar todos los locales, con un código, una superficie unitaria y total (de acuerdo con la cantidad de locales) y con observaciones que describen la organización interna de cada uno de ellos, orientando la definición del equipamiento y de los sectores funcionales del local.

A la suma de todas las superficies resultantes, se le incorporarán superficies estimadas por porcentajes para previsión de diseño, ingeniería e instalaciones, circulaciones y muros. Todo ello define la superficie a construir y con ello, la inversión necesaria en obra.

Para la formulación del programa de equipamiento (OPS & OMS, 1990), se elaborará un listado conocido como "room by room", es decir "local por local". Para ello se tomará de base el programa de arquitectura al que se le asignará por cada local, todo el equipamiento necesario para su funcionamiento.

Ese listado de equipamiento permitirá calcular el total de la inversión necesaria en el rubro que se requerirán para garantizar un adecuado servicio, previo a la puesta en marcha.

Para calcular los costos de operación (OPS & OMS, 1990), se deberá determina la cantidad necesaria de recursos para lograr atender los niveles de producción esperados, los costos unitarios y totales, y la vida útil de los distintos equipos (Chain, 2017).

3.5.4. Estudio Administrativo

Refiere al estudio de la estructura organizativa que se hará cargo de la administración del proyecto en la fase de ejecución (Ruiz, 2017).

En este apartado se analizará el marco jurídico en el cual funcionará el centro, el diseño de la estructura organizacional más adecuada, los planes de trabajo administrativos, la descripción de los procedimientos y los reglamentos que regulará las actividades, y los requerimientos de recursos humanos y la remuneración esperada para cada uno de los puestos laborales (Orozco, 2017).

Se precisará la desagregación en segmentos lo suficientemente pequeños de las funciones y tareas necesarias para el adecuado funcionamiento del proyecto, permitiendo de esta manera que no se desperdicien esfuerzos y calcular el costo del recurso humano (Chain, 2007).

Se deberá determinar la asignación de recursos para la constitución legal del centro y los trámites administrativos, la representación gráfica de la estructura organizacional, de las acciones de cada puesto, y el organigrama de la institución (Guerrero Spínola de López, 2004).

3.5.5. Estudio Económico y Financiero

El estudio económico y financiero es la última etapa de la formulación de un proyecto, y refiere a la compilación, sistematización y cuantificación de la información obtenida en la estimación de mercado, el estudio técnico y el estudio administrativo (Orozco, 2017).

Al ser un análisis secuencial, luego de determinar la viabilidad de cada uno de los estudios previos, se procede a la cuantificación de la inversión, los costos y los ingresos totales necesarios para la ejecución del proyecto (Ruiz, 2017), y se establece si el flujo de caja proyectado permite obtener la rentabilidad deseada (Chain, 2007).

Con dicha información, y utilizando indicadores de rentabilidad, se realiza la evaluación financiera (Orozco, 2017).

3.5.5.1. Componentes del Estudios Económico y Financiero

3.5.5.1.1. Tasa de Inflación

Inflación refiere al aumento generalizado de los precios de los bienes y servicios que son producidos por una economía dada. Este aumento generalizado de los precios lleva a la pérdida del poder adquisitivo de la moneda utilizada en esa economía o país (Orozco, 2017).

La tasa de inflación es la cuantificación porcentual del incremento continuado del precio de los bienes y los servicios en un período de tiempo dado (Pérez Porto & Gardey, 2010).

Si bien algunos autores sostiene que la inflación debería incorporarse en el análisis del flujo de caja debido a que permite comparar los precios pasados y futuros con los precios actuales (Orozco, 2017), otros autores sostienen que la inflación no debería incluirse debido a que los proyectos de inversión se evalúan en períodos de tiempo largos y la posibilidad de estimar la variación del índice de precios al consumidor es cercana a cero, o, en caso de que se pueda estimar, al ser sobre tasas de inflación generales realizada sobre la estimación de distintos bienes y servicios del mercado, se debería diferenciar la inflación individual de cada uno de los bienes o servicios relativos al proyecto (Chain, 2007)

3.5.5.1.2. Inversión del Proyecto

La inversión del proyecto refiere al monto y tipo de recursos monetarios necesario para la implementación de un proyecto (Pimentel, 2008). Si bien deben considerarse tanto las inversiones que se realizan antes como las que se realizan durante la operación del proyecto (Chain, 2007), es pertinente diferenciarlas para cumplir con la finalidad del proyecto de factibilidad.

Las inversiones previas a la puesta en marcha de un proyecto de inversión pueden dividirse en activos fijos, activos diferidos y capital de trabajo (Orozco, 2017).

3.5.5.1.2.1. Activos Fijos

Los activos fijos son los bienes adquiridos o construidos que se utilizarán para la producción de los bienes o servicios del proyecto, o utilizados por la administración de éste. El costo incluye tanto el precio de adquisición como así también los gastos que se realizan para poner los activos aptos para su funcionamiento, como los seguros, los impuestos o los gastos de instalación (Orozco, 2017).

Estos activos pueden dividirse, a su vez, en no depreciables - aquellos que su vida útil es ilimitada, como los terrenos -, depreciables - los activos que, con su uso, deterioro o por el paso del tiempo van perdiendo valor, como los equipos de computación y las construcciones -, y los activos agotables - los recursos naturales controlados por la empresa y que su valor y cantidad va disminuyendo con su extracción, por ejemplo, las minas - (Orozco, 2017).

3.5.5.1.2.2. Activos Diferidos

Son las inversiones sobre la adquisición de servicios o derechos que se hacen antes del inicio de las actividades pero que son necesarias para poner en funcionamiento el proyecto, y que se amortizan durante la operación de este, como ser, los gastos de organización y constitución jurídica, permisos o derechos adquiridos, franquicias, etcétera (Orozco, 2017; Charvet Valladares, 2014).

3.5.5.1.2.3. Capital de Trabajo

El capital de trabajo refiere a la cantidad mínima de recursos monetarios necesarios para comenzar a producir y mantener un determinado nivel de producción del bien o servicio, distinto de los activos fijos y diferidos (Pimentel, 2008). Estos recursos pueden ser en efectivo, en cuentas por cobrar y en inventarios de materia prima o productos, en caso de ser una empresa comercial (Orozco, 2017).

Si bien los fondos corrientes futuros no son fáciles de estimar, resulta esencial tener un adecuado capital de trabajo debido a que permite evitar la insolvencia técnica o iliquidez del proyecto, es decir, permite pagar la mercadería, la mano de obra, los gastos administrativos y los costos de realizar operaciones (Orozco, 2017).

3.5.5.1.3. Depreciación y Amortización

La depreciación es la pérdida de valor de un bien como consecuencia de su desgaste con el paso del tiempo. Es decir, la asignación como un costo de la pérdida de valor que presentan los activos fijos depreciables con el transcurso de los períodos durante los que se los utiliza (Pimentel, 2008).

En términos financieros, es un mecanismo que permite la recuperación de una inversión fija a través de un gasto que no genera un desembolso de efectivo (Orozco, 2017) y constituye una reserva para renovar el activo perdido (Pimentel, 2008). Se calcula utilizando el concepto de vida útil del activo - tiempo relativamente estandarizado que se supone que el activo fijo contribuirá a la generación de ingresos al proyecto - (Orozco, 2017).

El mecanismo de amortización es un concepto similar a la depreciación, pero refiere al mecanismo de recuperación de la inversión de los activos diferidos (Orozco, 2017).

3.5.5.1.4. Financiamiento

El financiamiento refiere a las fuentes de dinero necesario para la puesta en marcha de una empresa o proyecto (Real Academia Española [RAE], 2019).

En los proyectos de financiación privada, las fuentes de financiamiento se dividen en dos grandes grupos, el capital contable y los pasivos. El capital contable es el aporte que los inversionistas hacen al proyecto. Los pasivos o deudas son los créditos que los inversionistas toman para llegar a cubrir la inversión inicial necesaria para poner en funcionamiento el proyecto o durante el desarrollo de éste. En conjunto, el capital contable y los pasivos componen lo que se llama estructura financiera (Orozco, 2017).

3.5.5.1.5. Ingresos del Proyecto

Los ingresos del proyecto son aquellas entradas en efectivo, ahorros, la creación de valor a los activos o reducciones de costos que percibe el proyecto durante el período en el que se encuentra operando (Orozco, 2017).

Los beneficios pueden ser de dos tipos, los que constituyen ingresos, y los que no son movimientos de caja. Entre los primeros se encuentran los ingresos por venta de servicios, por venta de activos y por ahorro de costos. Por su parte, los beneficios que no constituyen movimiento de caja son, por ejemplo, la valoración de rescate del proyecto y la recuperación del capital de trabajo (Chain, 2007).

3.5.5.1.5.1. Ingresos por Venta de Servicios

Si bien resulta difícil la estimación de los ingresos por venta de servicios, es importante e inevitable su realización, debido a que el objetivo final de la evaluación de factibilidad financiera de un proyecto es el de cobrar o recuperar la inversión inicial con los beneficios que se esperan obtener en el futuro (Orozco, 2017).

Para la maximización de los beneficios de una empresa, lo que se busca es quebrar la ley de la oferta y la demanda, generalmente intentando tener mayor preferencia por parte de los consumidores a partir de la diferenciación del servicio que se ofrece (Chain, 2007).

Para la estimación se pueden utilizar metodologías cualitativas o cuantitativas. La metodología cualitativa se utiliza cuando el tiempo para el pronóstico es acotado o cuando no se dispone de antecedentes, y se basan en la opinión de expertos. Los

métodos cuantitativos se implementan cuando se dispone información previa sobre la oferta y la demanda del servicio que se quiere brindar (Orozco, 2017).

3.5.5.1.5.2. Ingresos por Venta de Activos

Este apartado refiere al ingreso de efectivo proveniente de la venta de activos fijos depreciados, al cumplirse su vida útil (Orozco, 2017).

3.5.5.1.5.3. Ahorro de Costos

El ahorro de costos es el efecto tributario negativo que se genera luego de que se realiza una mejora que lleva a una disminución de los costos. Al disminuir el gasto, aumenta la utilidad y el impuesto que se deberá pagar. Un ejemplo de esto puede ser la compra de un inmueble que previamente se alquilaba.

3.5.5.1.5.4. Valoración de Rescate del Proyecto

Es el valor que puede llegar a tener la empresa o proyecto luego de varios años de ser operada (Orozco, 2017).

3.5.5.1.5.5. Recuperación del Capital de Trabajo

Como se dijo previamente, el capital de trabajo es aquella inversión que garantiza el adecuado funcionamiento del proyecto y que cubre el desfase entre los egresos y los ingresos. Si bien es una inversión que debe permanecer en el proyecto mientras este dure, es un patrimonio del inversionista que puede recuperarse una vez que finalice la vida útil del mismo (Orozco, 2017).

3.5.5.1.6. Flujo de Caja

El flujo de caja es el registro sistemático de la información obtenida sobre la inversión inicial, las inversiones que se realizan durante la operación del proyecto, los ingresos y

los egresos operacionales y de producción, como también la valoración de rescate del proyecto. (Orozco, 2017).

Los datos con los que se construye el flujo de caja provienen de la estimación de mercado y los estudios técnico, administrativo y financiero, a la que se le suma los efectos tributarios de la depreciación y la amortización, y el valor de rescate (Orozco, 2017).

Si bien muchas veces no se puede efectuar debido a la larga extensión en la vida real de un proyecto, para la realización adecuada del flujo de caja resulta necesario determinar el tiempo de evaluación de éste, que idealmente debería ser el mismo que la vida útil del proyecto, para que la estructura de los costos y los beneficios proyectados estén asociados a los ingresos y los egresos de caja del total del período (Chain, 2007).

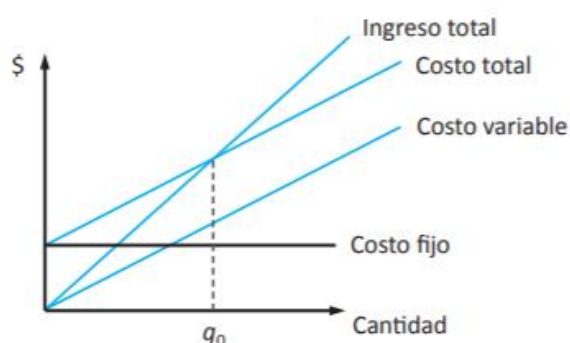
3.5.5.1.7. Punto de Equilibrio Contable

El punto de equilibrio (q_0) refiere al nivel de venta de productos o servicios en el cual el ingreso total es igual al costo total. En este punto las ventas cubrirán exactamente los costos, y permite determinar el número mínimo de unidades de venta o el valor mínimo del total de las ventas necesario para operar sin tener pérdidas (Orozco, 2017).

En su análisis intervienen los costos fijos, los costos variables, y los costos e ingresos totales (Padilla, 2011).

Gráfico 4

Punto de equilibrio.



Fuente: Chain (2007).

3.5.5.1.8. Índices Financieros

Los índices financieros son mediciones que permiten evaluar la rentabilidad económica de un proyecto (Chain, 2007). Es decir, son técnicas que se utilizan para analizar la conveniencia o no de realizar una inversión (Orozco, 2017).

Los métodos más utilizados, y aceptados, para evaluar los proyectos de inversión son el Tiempo de Recupero, el Valor Actual Neto (VAN) y la Tasa Interna de Retorno (TIR). También se suele utilizar el Análisis de Sensibilidad.

3.5.5.1.8.1. Tasa de Descuento

La Tasa de Descuento es una medida financiera que se aplica para determinar el valor de un monto económico futuro a la fecha en la cual se realiza la inversión (Bosich, 2020). En otras palabras, es el costo que tiene la inversión (Orozco, 2017).

3.5.5.1.8.2. Tiempo de Recupero

El índice financiero Tiempo de Recupero, como su nombre lo indica, tiene el objetivo de medir cuánto tiempo tiene que transcurrir para recuperar la inversión realizada, incluyendo el costo de capital involucrado (Chain, 2007).

Para cumplir con este objetivo, se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{Tiempo de Recupero} = a + \frac{(b - c)}{d}$$

Donde a es el año previo al que se recupera la inversión.

b es la inversión que se hizo antes de iniciado del proyecto.

c es el Flujo de Caja Acumulado del año previo al que se recupera la inversión.

d es el Flujo de Caja del mismo año en que se recupera la inversión inicial.

3.5.5.1.8.3. Valor Actual Neto (VAN)

El VAN es un método financiero que mide el excedente que resulta luego de obtener la rentabilidad deseada o exigida en cada periodo, y luego de recuperar toda la inversión. Para medir esto, se calcula el valor actual de todos los flujos de caja futuros, y se le resta la inversión total (Chain, 2007). En otras palabras, el VAN es la diferencia, a valores actualizados, entre los ingresos y los egresos, incluida en estos la inversión; o la diferencia entre los ingresos netos y la inversión inicial (Padilla, 2011).

Si el resultado es mayor que 0, nos estará indicando cuánto se gana con el proyecto, luego de recuperar la inversión inicial, por sobre la Tasa de Descuento que se desea obtener. En el caso de que el resultado sea menor a 0, indicará la cantidad de dinero que falta para lograr la Tasa de Descuento que se espera, luego de recuperar la inversión. A veces, un VAN negativo puede indicar que el proyecto tendrá una rentabilidad inferior a la que se desea, pero en otras oportunidades puede indicar, también, que no se recuperará parte o toda la inversión realizada (Chain, 2007).

Por lo expuesto, cuando el VAN es mayor a cero, el proyecto debería ser aceptado, cuando el VAN es igual a cero, es indiferente aceptar o no, y cuando el VAN es menor a cero, el proyecto debe ser rechazado (Orozco, 2017).

3.5.5.1.8.4. Tasa Interna de Retorno (TIR)

La TIR es un método que mide la máxima Tasa de Descuento exigible al proyecto, que haga que el VAN sea igual a cero (Chain, 2007). En otras palabras, refiere a la Tasa de Descuento que hace que el VAN del proyecto sea cero (Padilla, 2011).

Si la TIR es mayor a la Tasa de Descuento, entonces el proyecto debe ser aceptado. Si la TIR es menor a la Tasa de Descuento el proyecto debe ser rechazado, y si es igual a la Tasa de Descuento, resulta indiferente seguir adelante con el proyecto o no (Orozco, 2011).

3.5.5.1.8.5. Análisis de Sensibilidad

El análisis de sensibilidad es una evaluación que permite determinar el comportamiento del proyecto frente a modificaciones de las variables a valores distintos de los inicialmente supuestos (Orozco, 2017).

Para esto, es necesario identificar qué variables son críticas para el proyecto, definir el porcentaje de variación de éstas, calcular el nuevo VAN y TIR para cada uno de los cambios en el valor de las variables e interpretar sus resultados (Orozco, 2017).

3.6. Hipótesis

La hipótesis de la presente Tesis es:

- En el contexto actual, es factible económicamente el desarrollo e implementación tanto del centro de atención mental ambulatoria que ofrezca exclusivamente atención presencial como del que ofrezca una combinación de atención presencial con telemedicina.

4. Metodología y Técnicas a Utilizar

Se trata de un estudio observacional, descriptivo y transversal, en el cual se revisó la bibliografía e información disponible que brindó conocimiento respecto a las variables involucradas en la factibilidad de la creación de un centro de salud mental en la Ciudad de Buenos Aires.

4.1. Estimación de Mercado

En la estimación de mercado se partió de la definición del mercado relevante y del servicio a brindar relacionado con el centro de salud mental ambulatoria y de los servicios sustitutos a este.

Posteriormente, se consultaron fuentes oficiales, tanto nacionales como de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para realizar una descripción de la demografía del entorno donde se ubicará el centro.

Se determinó y cuantificó la oferta y la demanda del mercado a partir de la información obtenida, y se hizo un análisis de los precios de los servicios ya existentes a través de llamadas telefónicas.

Para conocer los principales problemas de salud mental que afectan a la población se recurrió al análisis de los datos epidemiológicos existentes hasta la fecha.

Por último, se realizó una estimación de la demanda a nivel nacional para comprender el potencial alcance de la atención por telesalud mental.

4.2. Estudio Técnico

En el estudio técnico se determinó el marco regulatorio de las características edilicias para la instalación de un centro de salud mental ambulatoria en la Ciudad de Buenos Aires. Para ello se recurrió a fuentes digitales oficiales.

Se realizó un estudio localización tanto macro de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, como micro del lugar físico donde se estima implementar el centro. Para ellos se recurrió tanto a fuentes gubernamentales oficiales como a la oferta de locales aptos para actividades profesionales en la ciudad.

Se determinó la viabilidad física y material de la localización del centro, el tamaño y capacidad de producción, la posible distribución física del centro y el establecimiento de recursos físicos para su funcionamiento.

A su vez, se solicitaron presupuestos para las adecuaciones de arquitectura y el equipamiento del centro, y para la digitalización de la atención, tanto para la utilización de Historias Clínicas Electrónicas como para la implementación de la atención por telemedicina.

4.3. Estudio Administrativo

Para el estudio administrativo se desarrolló la estructura organizacional, y se determinaron las funciones, actividades y cantidad requerida de recursos humanos para el adecuado funcionamiento, a partir de la ocupación o capacidad de producción estimada.

También, se han considerado las remuneraciones de los recursos humanos de acuerdo con la producción promedio anual y se han solicitado presupuestos para las tareas de limpieza, contabilidad externa, marketing y publicidad, seguro, constitución legal de la empresa, habilitación, y otros costos relacionados con servicios e insumos.

A su vez, se ha evaluado el impacto que tiene la implementación de la atención por telesalud mental en lo referente al análisis administrativo de la estructura organizacional, las funciones, actividades, recursos humanos y remuneraciones.

4.4. Estudio Económico y Financiero

Durante el estudio económico y financiero se realizó la compilación de toda la información obtenida en la estimación de mercado, el estudio técnico y el estudio administrativo para analizar y conocer la rentabilidad y factibilidad de la creación del centro de atención de salud mental ambulatoria presencial.

Se determinó la inversión en activos fijos, diferidos y capital de trabajo necesaria, la depreciación y amortización, el financiamiento requerido para su implementación y su fuente, los ingresos y egresos del proyecto, el flujo de caja, el punto de equilibrio contable, y los índices financieros, es decir, la Tasa de Descuento, el Tiempo de Recupero, el Valor Actual Neto (VAN), la Tasa Interna de Retorno (TIR), y el Análisis de Sensibilidad), con la intención de determinar la factibilidad económica del emprendimiento.

4.5. Análisis de la Factibilidad del Centro de Atención Presencial con la Incorporación de Telemedicina

En el análisis de la factibilidad del centro de atención ambulatoria con atención a distancia por telemedicina se tomaron en cuenta los datos resultantes de la estimación de mercado, el estudio técnico y el estudio administrativo.

Como en el punto anterior, se determinó la inversión en activos fijos, diferidos y capital de trabajo necesaria, la depreciación y amortización, el financiamiento requerido para su implementación y su fuente, los ingresos y egresos del proyecto, el flujo de caja, el punto de equilibrio contable, y los índices financieros (Tasa de Descuento, Tiempo de Recupero, VAN, TIR, y Análisis de Sensibilidad), con la intención de determinar la factibilidad económica este proyecto.

4.6. Evaluación Comparada de la Factibilidad Económico-Financiera del Centro de Atención Presencial con aquel que Combina Atención Presencial con Telemedicina

Para la comparación de la factibilidad económico-financiera de los dos proyectos de inversión han utilizado los datos resultantes de los estudios económicos y financieros de cada proyecto individual y se los ha comparado cabeza a cabeza.

5. Desarrollo

En el presente apartado se desarrollan las estimaciones y estudios necesarios para la realización del Análisis de Factibilidad para la creación del centro de salud mental ambulatorio de atención exclusivamente presencial, y el mismo análisis con la incorporación de la telesalud mental como herramienta terapéutica agregada.

Es importante aclarar que todos los datos monetarios fueron recolectados y establecidos tomando como base los valores de julio de 2021.

5.1. Estimación de Mercado

5.1.1. Mercado Relevante

El mercado relevante relacionado al servicio que se brindará está asociado al conjunto de actividades destinadas a:

- Mantener, desarrollar y/o mejorar el estado de equilibrio interno que habilita a los individuos a usar sus habilidades adecuadamente y en consonancia con los valores de la sociedad y/o la cultura en la que están inmersos.
- Mantener, desarrollar y/o mejorar las habilidades cognitivas y sociales básicas, las habilidades para reconocer, expresar y modular las propias emociones, y empatizar con otros.
- Mantener, desarrollar y/o mejorar la flexibilidad y habilidad para lidiar con los eventos adversos de la vida y funcionar adecuadamente en los roles sociales.
- Mantener, desarrollar y/o mejorar una relación armoniosa entre el cuerpo y la mente.

Estas actividades pueden ser realizadas de manera ambulatorias o con el paciente cursando una internación psiquiátrica.

Uno o varios profesionales de la salud mental, tales como los médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, junto con uno o varios pacientes con padecimientos de salud mental llevan a cabo las prestaciones.

Dichas actividades son prestadas en distintos dispositivos, entre los que se destacan, las consultas psiquiátricas individuales, sesiones psicoterapéuticas individuales o grupales, intervenciones individuales o grupales de trabajo social y/o terapia ocupacional, talleres psicoeducativos grupales, talleres de resocialización, hospital de día, talleres protegidos, guardia e internación psiquiátrica.

A pesar de lo detallado previamente, el centro de Salud Mental ambulatoria que se evalúa en la presente Tesis ofrecerá las siguientes prestaciones:

- Consulta ambulatoria de psiquiatría.
- Consulta ambulatoria de psicoterapia individual.
- Consulta ambulatoria de psicoterapia grupal.
- Talleres psicoeducativos grupales.
- Grupos de habilidades.
- Seguimiento telefónico.

Estas prestaciones serán ofrecidas para pacientes mayores de edad, desde los 18 años en adelante, y serán desarrolladas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

A su vez, el centro estará orientado a la atención de pacientes mayores de edad que requieran tratamiento ambulatorio por presentar sintomatología compatible con las siguientes agrupaciones diagnósticas:

- Trastornos del neurodesarrollo.
- Trastornos neurocognitivos.
- Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastorno bipolar y trastornos relacionados.
- Trastornos depresivos.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos relacionados.
- Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
- Trastornos disociativos.
- Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados.
- Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos.
- Trastornos de la excreción.
- Trastornos del sueño-vigilia.
- Disfunciones sexuales.
- Disforia de género.
- Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta.
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
- Trastornos de la personalidad.
- Trastornos parafílicos.
- Otros trastornos mentales.
- Trastornos motores inducidos por medicamentos y otros efectos adversos de los medicamentos.

5.1.1.1. Servicios Sustitutos

Los servicios de salud mental brindados a través de una institución presentan como sustitutos a los servicios de la misma especialidad que son brindados por profesionales independientes capacitados en la atención psicológica y/o psiquiátrica que no trabajan asociados a ningún establecimiento específico.

Por otra parte, en salud mental existen muchas teorías psicológicas desde las cuales entender los padecimientos, lo que deriva en la existencia de varios tipos de tratamientos (mayoritariamente psicológicos) que tienen distinta efectividad entre sí, pero que todas son brindadas por profesionales y avaladas por la comunidad científica internacional.

Otros servicios que pueden funcionar como potenciales sustitutos a la atención profesional en salud mental son las llamadas medicinas alternativas, es decir, prácticas con supuestos efectos positivos sobre la salud, pero que no cuentan con evidencia científica que los avale. Entre ellas se encuentran la homeopatía, naturopatía, curaciones energéticas, acupuntura, medicina tradicional china, medicina ayurvédica o la curación por la fe.

5.1.1.2. Servicio, ¿Homogéneo o Heterogéneo?

Como se explicó en el apartado previo, la atención en salud mental resulta ser un servicio altamente heterogéneo debido a múltiples factores, entre los que se encuentran el padecimiento específico que presente el paciente, el cual requerirá un abordaje específico para cada problema, el marco teórico desde el cual se trabaje, las preferencias del paciente en realizar tratamiento terapéutico, psicofarmacológico, o combinado, entre otros.

5.1.2. Demanda

La estimación de la demanda refiere al estudio del comportamiento, cuantificación y geolocalización de los potenciales consumidores. La intención es la de estimar la cantidad de servicios de salud mental que la población requiere según sus necesidades.

Como se ha detallado anteriormente, el proyecto estará situado en la Ciudad de Buenos Aires, por lo que la población objetivo principal serán aquellas personas que residen en ella.

5.1.2.1. Población Total

La población refiere al conjunto de habitantes que residen en una zona geográfica determinada. En este caso se describe la distribución geográfica de los habitantes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC, 2021a), se ha proyectado que la población de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2021 será de 3.078.836 habitantes.

Tabla 2

Proyección de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para el año 2021, dividido por género.

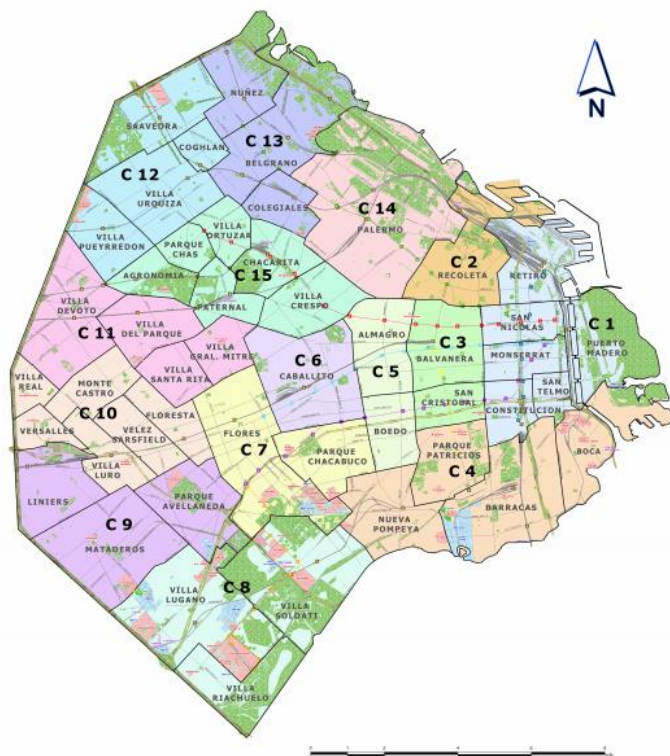
	Total	Mujeres	Hombres
CABA	3.078.836	1.631.341	1.447.495

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

El total de la población de la CABA se encuentra distribuida en lo que se denominan Comunas. Éstas son 15 unidades descentralizadas de gestión política y administrativa que, en algunos casos, abarcan a más de un barrio porteño (Buenos Aires Ciudad, 2021a).

Mapa 1

Mapa de Barrios y Comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



C: Comuna.

Fuente: Buenos Aires Ciudad (Enero, 2021b)

Tabla 3

Proyección de la población de la Ciudad de Buenos Aires para el año 2021, dividido por género y comuna.

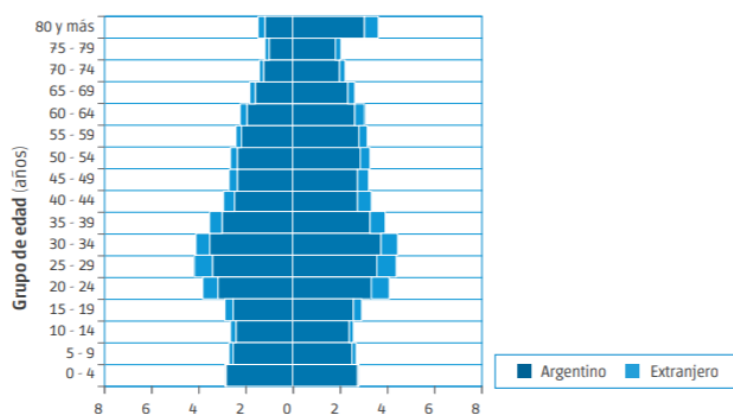
Comunas	Total (%)	Mujeres	Hombres
1	257.235 (8,35)	128.825	128.410
2	149.371 (4,85)	82.699	66.672
3	193.425 (6,28)	101.968	91.457
4	240.437 (7,81)	125.177	115.260
5	187.670 (6,96)	101.217	86.453
6	185.620 (6,03)	100.678	84.942
7	242.188 (7,87)	127.971	114.217
8	229.541 (7,46)	119.372	110.169
9	171.444 (5,57)	88.417	83.027
10	170.677 (5,54)	90.532	80.145
11	190.105 (6,17)	100.316	89.789
12	215.002 (6,98)	114.408	100.594
13	236.468 (7,68)	128.370	108.098
14	227.168 (7,38)	124.327	102.841
15	182.485 (5,93)	97.064	85.421

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Como se puede observar en la pirámide poblacional del año 2010 de CABA (Gráfico 5), la población ha sufrido un proceso de envejecimiento dado tanto por un descenso de la natalidad, un descenso de la mortalidad en los primeros 40 años del siglo XX y un mantenimiento de esta desde 1940 hasta la fecha (Gráfico 6), como también por un aumento de la migración de población económicamente activa durante los primeros años del 1900.

Gráfico 5

Población total por sexo, lugar de nacimiento y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010.

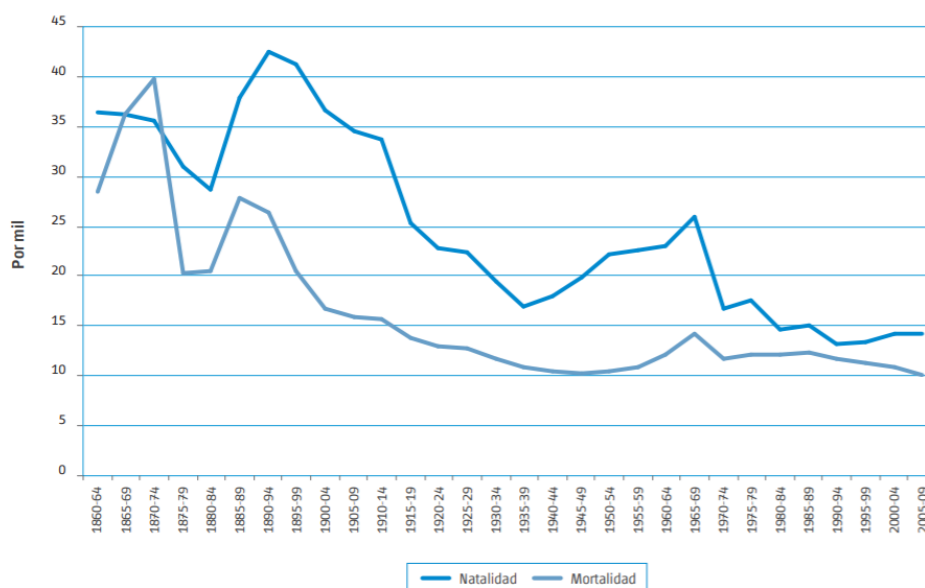


Izquierda del gráfico: Sexo masculino; Derecha del gráfico: Sexo femenino.

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Gráfico 6

Proceso de transición demográfica. Tasas brutas de natalidad y mortalidad. Ciudad de Buenos Aires. Período 1860-2009.

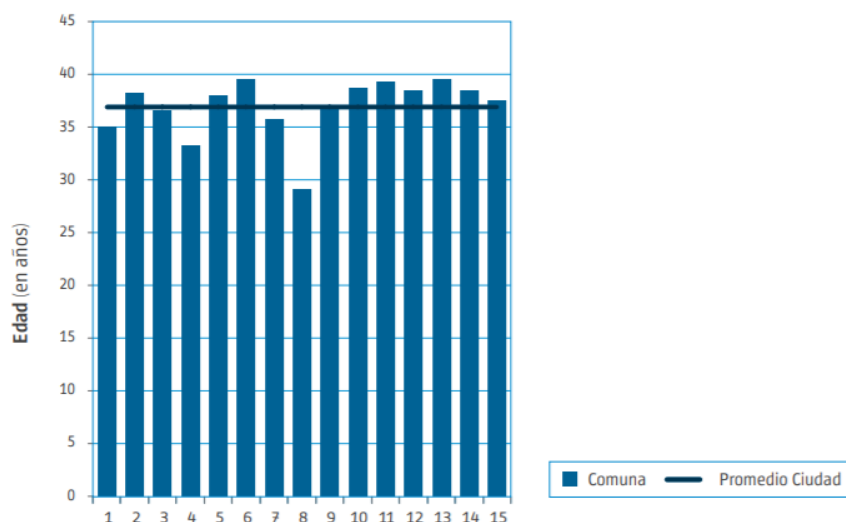


Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

Otro indicador del proceso de envejecimiento de la población es el de la mediana de edad de la población residente en CABA. La misma se encontraba por debajo de los 36 años hasta principios de la década del 2000, pero luego fue aumentado levemente hasta llegar a los 36,9 años en el 2010 (Gráfico 7).

Gráfico 7

Edad mediana de la población por Comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2010.

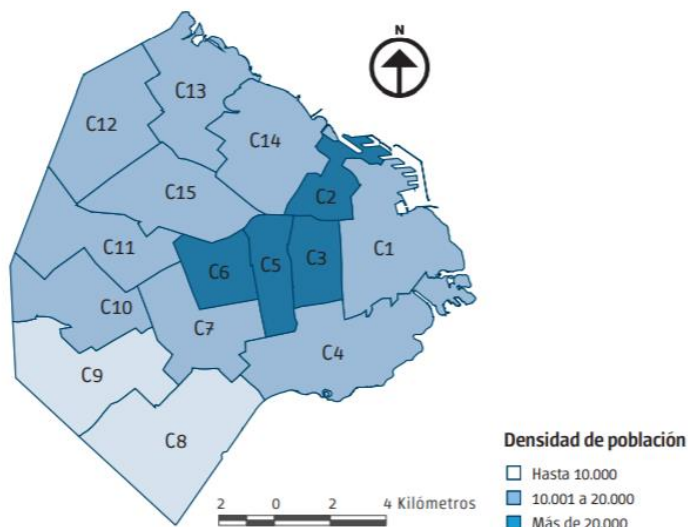


Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA).

En 2010, año en el que se realizó el censo nacional, la Ciudad de Buenos Aires tenía una población que representaba 7,2% del total del país. Sin embargo, la densidad poblacional era de las más altas, albergando a 14.450,8 habitantes por cada km², seguido por los 24 partidos del Gran Buenos Aires con una densidad de 2.694,8 personas/km² (INDEC, 2021a).

Mapa 2

Densidad poblacional de la Ciudad de Buenos Aires. Año 2010.



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) sobre la base de datos censales.

5.1.2.1.1. Estatus Socio-Económico-Laboral

En un país como Argentina, donde la inflación es un fenómeno de todos los días, rondando el 35% anual en el promedio de los últimos 9 años (Banco Mundial, 2021), con un Índice de Gini - método utilizado para medir la desigualdad salarial de una región en un momento dado, donde 0 es la máxima igualdad en la distribución de los ingresos y 1 es la máxima desigualdad (BBVA, 2021) - de 0,429 en el año 2019 y una tasa de incidencia de la pobreza que pasó del 25,7% en el 2017 al 35,5% en el 2019 (Banco Mundial, 2021), resulta muy difícil estimar el estatus socioeconómico de su población debido a las grandes variaciones que suceden en el tiempo.

A su vez, la Argentina es un país muy amplio y heterogéneo en casi todas las variables que se quieran estudiar.

Por su parte, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires es una de las ciudades más ricas y productivas del país. Por ejemplo, a fines del 2019 el porcentaje de personas que vivían en situación de pobreza fue del 19,4% y el 5,5% vivía en situación de indigencia (Buenos Aires Ciudad, 2021c), mientras que a nivel nacional la pobreza alcanzaba al 35,5% de la población y la indigencia al 8% (INDEC, 2021b).

En la Ciudad de Buenos Aires el principal sector económico es el de los servicios, que, comparado con la media nacional donde este sector representa el 65,8% del Producto Interno Bruto (PIB), allí representa el 83,9% del Producto Geográfico Bruto (PGB) (Buenos Aires Ciudad, 2021d).

El PGB de CABA para el año 2016 representó el 22,6% del PIB nacional, con un PGB per cápita de 33.996 dólares estadounidenses, cuando el PIB nacional per cápita fue de 12.495 dólares (Buenos Aires Ciudad, 2021d).

Para ese mismo año, la distribución de los ingresos en quintiles fue la siguiente: el 20% más pobre de la ciudad (primer quintil) reunía el 5% del total de los ingresos, el segundo quintil el 10%, el tercero el 16,2%, el cuarto el 22,5% y el quintil de mayores ingresos (quinto quintil) representaba el 46,2% de estos (Buenos Aires Ciudad, 2021d).

Según datos recabados de Dirección General de Estadística y Censos del Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA (Enero, 2021), la población económicamente activa, es decir, aquellas personas de 10 o más años que tienen una ocupación o que la están buscando activamente y están disponibles (población ocupada más la población desocupada) durante el tercer trimestre de 2020 en la CABA fue de 1.556.500 personas, es decir, el 58,4% de las personas de 10 años o más.

Por su parte, la población ocupada (aquellas personas de 10 años o más que desarrollan una actividad laboral por un salario, un ingreso personal o una ganancia familiar de al menos una hora semanal, como también aquellos que no reciben remuneración por una actividad laboral realizada, o quienes hayan estado ausentes temporalmente de un empleo) para el mismo período del 2020 fue de 1.348.000 (50,6%). De estos, cerca del 70% fueron personas de entre 30 y 64 años.

La tasa de desocupación - personas de 10 años y más que estando sin trabajo, se encuentra buscando activamente y en disponibilidad de trabajar dividido por la población económicamente activa - para fines de 2020 fue del 13,3%, y la de subocupación - porcentaje de la población que estando ocupada declara trabajar menos de 35 horas semanales por causas involuntarias - fue del 14,1%.

5.1.2.1.2. Nivel Educativo

En la Ciudad de Buenos Aires el 78,3% de la población de 25 o más años han, al menos, finalizado la educación en la escuela secundaria (Buenos Aires Ciudad, 2021e).

5.1.2.1.3. Cobertura de Salud

Del total de la población de CABA, el 81,2% tiene cobertura de salud brindada por alguna institución que brinda y/o financia servicios para la atención de su salud, es decir, obras sociales, prepagas, mutuales o sistemas de emergencias médicas. El restante 18,8% de la población son personas que no están cubiertas por ninguno de estos sistemas de atención de la salud y acceden exclusivamente a establecimientos o servicios públicos (Buenos Aires Ciudad, 2021f).

5.1.2.1.4. Movilidad

Los transeúntes de la Ciudad de Buenos Aires cuentan con una gran variedad de opciones para la movilidad entre los distintos puntos de esta. Entre estas opciones se encuentran los colectivos, los cuales cuentan con una amplia cantidad de líneas articuladas entre el tránsito tradicional y carriles exclusivos llamado Metrobús; el subte, que cuenta con 6 líneas y un Premetro, las cuales recorren 56,7 km y cuenta con 106 estaciones; los ferrocarriles suburbanos, que recorren 805 km del Área Metropolitana de Buenos Aires (Ciudad Autónoma de Buenos Aires más 40 partidos de la Provincia de Buenos Aires) y tienen 305 estaciones en sus recorridos; una red de ciclovías con más de 206 km que conecta los distintos puntos de la ciudad, y ofrece 200 puestos de Ecobicis (estaciones automáticas de bicicletas gratuitas); taxis; remises; vehículos particulares; y movilidad a pie.

5.1.2.1.5. Salud Mental

En el año 2018 fue publicado el único artículo que estudió la prevalencia de las patologías de salud mental en la Argentina (Cía, 2018). En éste se destacó que la prevalencia a lo

largo de la vida de al menos un trastorno de la salud mental fue del 29,1%, y que la edad promedio de inicio de la sintomatología fue a los 20 años.

La prevalencia de al menos un trastorno a lo largo de la vida en la población más joven (18 a 34 años) fue del 35,4%.

Los trastornos más frecuentes fueron los relacionados con la ansiedad, representando una prevalencia a lo largo de la vida del 16,4%, seguido por los trastornos del estado de ánimo (12,3%) y el abuso de sustancias (10,4%).

Las mujeres tuvieron mayor riesgo de presentar trastornos de ansiedad y del estado de ánimo y los hombres mayor riesgo de presentar trastornos por consumo de sustancias.

En términos numéricos, si entendemos que la población proyectada para el 2021 en la Ciudad de Buenos Aires es de 3.078.836 habitantes, podemos inferir que 895.941 (29,1%) personas serán susceptibles de desarrollar al menos un trastorno de la salud mental a lo largo de su vida.

Por otro lado, según la Encuesta de Utilización de Gastos en Servicios de Salud realizada en el censo nacional del año 2010 (Ministerio de Salud de la Nación, 2012) el 4% de las personas encuestadas había realizado al menos una consulta en salud mental durante los 30 días previos. Las personas de sexo femenino consultaron algo más que las personas de sexo masculino, como así también representaron un mayor porcentaje las personas que tenían entre 30 y 59 años.

En esa misma encuesta se determinó que las personas con mayores niveles de educación y con ingresos familiares más altos fueron las que más consultaron, como también que el porcentaje de consultantes era mayor cuanto más grande era la localidad (mayor en CABA, y casi nula en el Noreste Argentino).

5.1.3. Oferta

La oferta refiere a la relación entre la cantidad de un servicio que los productores quieren vender u ofrecer en un determinado período de tiempo, y el precio que se le otorga, manteniéndose igual el resto de las posibles variables intervinientes.

5.1.3.1. Cantidad Ofrecida

5.1.3.1.1. Sistema de Salud Argentino

La República Argentina cuenta con un sistema de salud mixto. Este sistema está conformado por la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos orientados a mejorar la salud de las personas (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003), y participan organizaciones con financiación pública, otras con financiación por parte de la seguridad social de los trabajadores en relación de dependencia y, por último, empresas de medicina prepaga, financiadas voluntariamente por el bolsillo de las personas.

También existe una cuarta forma de cobertura, muy extendida en la salud mental ambulatoria, que es el pago de bolsillo directamente a un profesional o institución privada por un servicio o serie de servicios. Este gasto representaba aproximadamente el 3,6% del total del gasto de bolsillo mensual para el año 2010 (Ministerio de Salud de la Nación, 2012).

La existencia de varios subsistemas de salud pobremente integrados genera que algunas personas puedan tener más de un tipo de cobertura, aparte de la salud pública. Por ejemplo, una persona que dispone de una obra social puede igualmente pagar por los servicios de una empresa de medicina prepaga (Galli, Pagés, & Swieszkowski, 2017).

5.1.3.1.1.1. Subsistema de Salud Pública

En Argentina, la conducción del sector público de salud le corresponde al Ministerio de Salud de la Nación. Sin embargo, al ser un país de estructura federal, los gobiernos de

cada provincia y ciudad autónoma (o municipio en caso de que se haya descentralizado a estos) tienen autonomía en la toma de decisiones en política de salud (Cetrángolo, 2015).

La Ciudad de Buenos Aires tiene una amplia red de salud mental pública, donde la encargada de fortalecer el desarrollo de las políticas de salud mental, asignar, coordinar y controlar los recursos disponibles es la Dirección General de Salud Mental (Buenos Aires Ciudad, 2021g).

Entre los recursos públicos con los que cuenta la Ciudad de Buenos Aires se destacan los programas de prevención y atención de problemáticas específicas; atención telefónica para contención y orientación; guardias de salud mental en 20 de los hospitales de la red, tanto hospitales especializados en salud mental como en hospitales generales, las 24 hs, todos los días del año; atención ambulatoria en hospital y centros de salud llamados CeSAC; internación en salud mental en la mayoría de los hospitales públicos (Buenos Aires Ciudad, 2021g).

Los recursos de este sistema son financiados por los impuestos o recursos del Tesoro Nacional recaudados a nivel nacional, provincial o municipal, pero en términos prácticos son gratuitos (sin gasto de bolsillo adicional), y alcanza a todos los ciudadanos que viven y transitan por Argentina, sin importar si tiene o no otro tipo de cobertura (Tobar, F., Olaviaga, S. & Solano, R., 2012).

Se estima que el 37% del total de la población accede únicamente al sistema de salud pública (Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico [CADIME], 2021).

5.1.3.1.1.2. Subsistema de Seguridad Social

Las instituciones de salud de la seguridad social en Argentina son las llamadas Obras Sociales. Este subsector está compuesto por las Obras Sociales Nacionales (reguladas por las leyes 23.660 y 23.661), Obras Sociales Sindicales, Obras Sociales de regímenes especiales como las de las Fuerzas Armadas, Seguridad y Universitarias, las 24 Obras Sociales Provinciales, el INSSJyP (conocido como Programa de Atención Médica Integral - PAMI), entre otras (Ministerio de Salud de la Nación, 2021c)

Estas instituciones son financiadas por aportes y contribuciones obligatorios de los empleados y empleadores sobre la nómina salarial de los trabajadores formales (Ministerio de Salud de la Nación, 2021c).

A nivel nacional, se estima que aproximadamente el 61% de la población tiene cobertura de salud a través de la Seguridad Social (CADIME, 2021).

Cabe aclarar que algunas personas que figuran en las estadísticas con cobertura de salud por parte de las Obras Sociales derivan los aportes para contar con cobertura real por parte de alguna empresa de medicina prepaga con la que su obra social tenga convenio o contratan de su bolsillo los servicios privados de una empresa (CADIME, 2021).

5.1.3.1.1.3. Subsistema de Salud Privado

Este subsistema está conformado por todas aquellas empresas de medicina prepaga, que según el art. 2º de la ley 26.682 es *"toda persona física o jurídica, cualquiera sea el tipo, figura jurídica y denominación que adopten 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 pagos de adhesión, ya sea en efectores propios o a través de terceros vinculados o contratados al efecto, sea por contratación individual o corporativa"* (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021b), como así también de los gastos que hacen las personas por fuera de su cobertura habitual y que envuelve el gasto de dinero del bolsillo propio.

Suele cubrir a la población de ingresos más altos, pero no exclusivamente a ellos. Esto se debe a que, en muchas oportunidades, las personas de más bajos recursos tienen que acceder de forma privada a distintos servicios de salud debido a dificultades para obtener atención en tiempo, forma y calidad adecuada en los subsectores público o de seguridad social (Centrángolo, 2015).

A nivel nacional, se estima que el 5% de las personas accede a la cobertura de salud a través del pago directo de bolsillo o por la contratación de una Empresa de Medicina Prepaga o seguros privados (CADIME, 2021).

5.1.3.1.2. Gasto del Sector Salud en Argentina

En el año 2017 se estimó que en Argentina el gasto total en salud representaba el 9,4% del Producto Interno Bruto (PIB), correspondiendo el 2,7% al Gasto Público, el 3,9% a la Seguridad Social y el 2,8% al Gasto Privado (Ministerio de Salud de la Nación, 2021a)

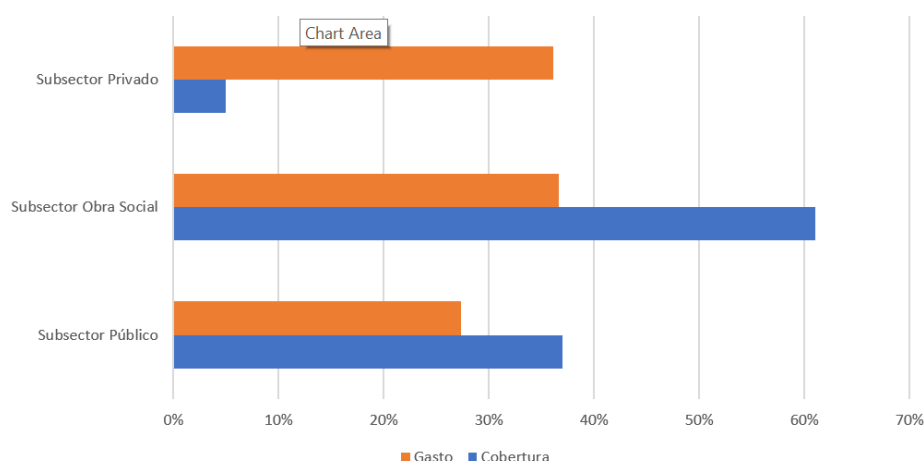
Si bien, como fue descripto previamente, la mayor parte de la población posee cobertura de salud financiada por la seguridad social (61%) y de manera pública (37%), el mayor gasto en salud se realiza a través de pagos de bolsillo (ya sea por seguros privados o pagos directos), representando aproximadamente el 30-33,5% del total del gasto en salud (ver Gráfico 8) (Cetrángolo, 2015).

Según Cetrángolo (2015), la mayor participación de gasto privado tiene un impacto negativo en la equidad del sistema, y hasta es posible definir el grado de inequidad en base a la participación del gasto de bolsillo sobre el gasto total.

De esto se desprende que para obtener un acceso oportuno y de calidad a la salud, dependerá en gran medida de factores tales como los ingresos familiares, formalidad laboral, ubicación geográfica, entre otros.

Gráfico 8

Cobertura y Gasto por Subsector del Sistema de Salud.



Fuente: Elaboración Propia.

5.1.3.1.3. Profesionales

Argentina resulta ser uno de los países (sino el país) con mayor cantidad de psicólogos del mundo, llegando en 2015 a 98.311. Esto equivale a 228 psicólogos por cada 100.000 habitantes (Alonso & Klinar, 2016) para el total del país.

Sin embargo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la cantidad de psicólogos por cada 100.000 habitantes asciende a 1572, en otras palabras, 64 habitantes por cada profesional.

A pesar de esto, sabemos que las funciones que pueden desempeñar los psicólogos son muy variadas, y pueden ir desde la atención clínica en consultorio privado o establecimientos públicos, el acompañamiento terapéutico o escolar de los estudiantes o trabajos como psicólogos organizacionales.

No se han encontrado, a la fecha, estudios que determinen la cantidad exacta de psicólogos que se desempeñan en el área de asistencia clínica, por lo que resulta difícil estimar la cantidad ofrecida real, si bien se ha descrito que el 78% trabaja en ONGs, establecimientos de salud mental con fines de lucro o práctica privada (World Health Organization, 2021).

Por su parte, en Argentina se contaba en el año 2019 con 182.189 médicos, es decir, 40,5 por cada 10.000 habitantes. En la CABA ese número ascendía a 166,3 (Ministerio De Salud de la Nación, 2021b).

Si bien la legislación argentina permite a cualquier médico ofrecer tratamiento psicoterapéutico o psicofarmacológico, lo más frecuente es que los profesionales que lo brindan sean médicos que hicieron la residencia de psiquiatría.

En 2009, la Organización Mundial de la Salud (WHO) publicó un informe en el que se estimaba que en la Ciudad de Buenos Aires 3000 psiquiatras (de los 4500 del total del país) ofrecían sus servicios, y de estos, el 92% se desempeñaba en ONGs, establecimientos de salud mental con fines de lucro o práctica privada (World Health Organization, 2021).

5.1.3.1.4. Instituciones Privadas de Salud Mental

Al día 23 de junio de 2021 existen 5309 establecimientos de salud radicados en la Ciudad de Buenos Aires registrados en la Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (2021).

De estos establecimientos, 763 están registrados bajo las tipologías Establecimiento de salud sin internación de diagnóstico y tratamiento (ESSIDT) y Establecimiento de salud sin internación de tratamiento (ESSIT), de los cuales 611 son de dependencia Privada, 98 de dependencia Municipal, 21 de Obra Social, 16 de Nacional, 9 de Fuerzas Armadas y Seguridad, 2 de Mutual, 2 de Universitario Público, 2 de Otros, 1 de Mixta y 1 de Servicio Penitenciario Federal.

De este total, 259 establecimientos se dedican a la atención psicológica y/o psiquiátrica, de los cuales 194 son de dependencia privada.

5.1.3.1.4.1. Evaluación de Precios del Mercado

Se realizó un muestreo de instituciones privadas que brindan atención en salud mental, a partir del cual se determinó que el rango de precios de las sesiones varía entre los \$800.- y los \$3.500.-.

Por otra parte, se realizó una búsqueda de precios de los honorarios profesionales de 148 psicólogos que atienden de manera privada. De la misma, se determinó que, nuevamente, el rango de precios es amplio, habiendo profesionales que cobran \$400.- y otros que cobran hasta \$3.500.-. El promedio de precios es de \$1.324.- y la mediana de \$1.300.- (Doctoralia, 2021; Mundo Psicólogos, 2021; Mercado Libre, 2021).

Resulta importante destacar que todas las instituciones y profesionales de la salud mental evaluados realizan un cobro prestacional de las sesiones brindadas. Algunas instituciones cobran de manera mensual, pero el precio resulta de la multiplicación de las sesiones esperadas que tenga el paciente por mes por el precio de la consulta. De esta manera se aseguran el cobro de las sesiones en las cuales los consultantes pueden llegar a ausentarse.

Finalmente, se ha consultado la información proporcionada por los Colegios de Psicólogos provinciales, donde se establecen los aranceles profesionales mínimos, y sugieren lo siguiente:

- Buenos Aires (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$672.-
- Catamarca (Colegio de Psicólogos de Catamarca, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$1.651.-
 - Psicoterapia Grupal \$ 944.- (por integrante)
- Córdoba (Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$1.270.-
 - Psicoterapia Grupal \$ 480.- (por integrante)
- La Rioja (Colegio de Psicólogos La Rioja - Argentina, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$850.-
 - Psicoterapia Grupal \$ 700.- (por integrante)
- Mendoza (Colegio Profesional de Psicólogos de Mendoza, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$1.100.-
 - Psicoterapia Grupal \$ 880.- (por integrante)
- Misiones (Colegio de Psicólogos de Misiones, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$1.300.-
 - Psicoterapia Grupal \$ 1.000.- (por integrante)
- Río Negro (Colegio de Psicólogos Valle Inferior de Río Negro, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$1.200.-
- Salta (Colegio Profesional de Psicólogos de Salta, 2021).
 - Psicoterapia Individual presencial / a distancia \$1.200.-

De esta información se desprende que el promedio del arancel profesional mínimo por sesión individual es de \$1.155.-, y de la sesión grupal \$800.- por paciente.

5.1.3.1.5. Frecuencia de las sesiones

Las sesiones en la atención de los padecimientos de salud mental suelen variar en su frecuencia de acuerdo con la modalidad de tratamiento que se esté brindando.

Las sesiones psicoterapéuticas suelen tener una frecuencia semanal, aunque en algunas oportunidades pueden brindarse hasta 2 sesiones por semana con la intención de mejorar los resultados clínicos (Bruijniks et al., 2020).

Por su parte, las sesiones para la atención psiquiátrica suelen tener una frecuencia mensual, pero al inicio del tratamiento suelen ser más frecuentes (2 a 4 por mes), y una vez lograda la estabilidad clínica se pueden espaciar hasta 1 sesión cada 3 a 6 meses.

En el presente análisis de factibilidad se asumirá una frecuencia de 1 sesión semanal por paciente.

5.1.3.2. Mercado Económico

El mercado económico refiere al conjunto de productos, compradores y vendedores que interactúan en un área geográfica específica, y donde se determina el precio de cada producto (Fernández, 2016).

A continuación, se evaluarán los factores que intervienen en el mercado económico del Centro de Atención de la Salud Mental.

5.1.3.2.1. Poder del Mercado

El Poder de Mercado hace referencia al grado de control o la habilidad que, una empresa única o un grupo pequeño de empresas, ejerce sobre las decisiones de precio o cantidad del bien o servicio producido en una industria particular (Fernández, 2016).

Los factores que inciden sobre el Poder de Mercado son la cantidad de vendedores, el tipo de producto, las barreras a la entrada y la asimetría de la información.

Tabla 4

Poder de Mercado.

	Grado de poder de mercado			
	0%	...	100%	
Características	Competencia perfecta	Competencia monopolística	Oligopolio	Monopolio
Número de vendedores	Muchos	Muchos	Pocos	Uno
Poder de mercado	Nulo	Pequeño	Grande	100%
Tipo de producto	Homogéneo	Diferenciado	Homogéneo/ diferenciado	Homogéneo
Barreras a la entrada	Ninguna	Ninguna	Sustancial	Completa
Información	Perfecta	Apenas imperfecta	Perfecta/ imperfecta	Perfecta/ imperfecta

Fuente: Fernández, 2016.

En la Ciudad de Buenos Aires, el grado de control sobre la decisión del precio y producción del servicio no está dado por ninguna empresa en particular, por lo que el Poder de Mercado es pequeño, y hay muchos vendedores de un producto diferenciado, dando así a que las características del mercado se parezcan a las de una Competencia Monopolística.

Esta determinación está dada por la información reportada a continuación.

5.1.3.2.1.1. Número de Vendedores

Al existir una gran cantidad de actores en el mercado de la atención privada de la salud mental, comprendido por los establecimientos y los profesionales independiente, el poder que puede ejercer individualmente cada una de las partes por sí sola es pequeño.

5.1.3.2.1.2. Tipo de Producto

A partir del conocimiento del área de la salud mental y del muestreo que se realizó sobre las instituciones de la Ciudad de Buenos Aires, se puede establecer que el tipo de

productos ofrecido por cada establecimiento o profesional es relativamente diferenciado, debido a que no todos los profesionales o instituciones se dedican a la atención de todas las patologías de salud mental, como tampoco ofrecen el mismo tipo de tratamiento (psicoterapias específicas, psicofarmacología, tratamientos combinados).

La diferenciación de productos se refiere a las características o atributos que hacen que un servicio aparentemente homogéneo sea percibido como diferente por el consumidor (Fernández, 2016).

En el caso de los servicios de salud mental la diferenciación principal es horizontal. Es decir, las preferencias de los consumidores son heterogéneas a partir de algunas características de este. Por ejemplo, en psicoterapia la diferenciación se da por la teoría con la que se trabaja, como ser teorías cognitivo-conductuales, psicoanalíticas, gestálticas, entre otras.

Pero, por otra parte, también se puede dar una diferenciación vertical determinada por el prestigio del profesional o institución dada por los años de estudio o años de experiencia que posee.

5.1.3.2.1.3. Barreras del Mercado

Las Barreras del Mercado más importantes están dadas por el grado de profesionalización que se requiere alcanzar para estar habilitados legalmente para ejercer las psicoterapias o los tratamientos farmacológicos, es decir, por las normas que regulan la actividad.

En Argentina existen varias legislaciones que intervienen en el ejercicio de la salud mental.

La Ley Nacional del Ejercicio Profesional de la Psicología, N°23.277, promulgada en el año 1985, establece que en el ámbito de la Capital Federal (actual Ciudad Autónoma de Buenos Aires) el control del ejercicio de la psicología será realizado a través del Ministerio de Salud (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021c).

Allí se establece que el ejercicio de la psicología refiere a:

La aplicación y/o indicación de teorías, métodos, recursos, procedimientos y/o técnicas específicas en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la personalidad, y la recuperación, conservación y prevención de la salud mental de las personas; la enseñanza y la investigación; el desempeño de cargos, funciones, comisiones o empleos por designaciones de autoridades públicas, incluso nombramientos judiciales; la emisión, evaluación, expedición, presentación de certificaciones, consultas, asesoramiento, estudios, consejos, informes, dictámenes y peritajes. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021c)

A su vez, la Ley instituye que sólo se autorizará al ejercicio de la profesión de psicólogo a las personas que tengan título habilitante de licenciado en psicología que haya sido otorgado por alguna universidad nacional, provincial o privada habilitada por el Estado, conforme a la legislación o con un título equivalente reconocido por las autoridades pertinentes; a aquellas personas que posean un título otorgado por universidades extranjeras que haya sido revalidado en el país; que tengan un título otorgado por alguna universidad extranjera que por algún tratado internacional vigente haya sido habilitado por una universidad nacional; o cualquier persona extranjera que estuviesen en tránsito en el país o que fueran oficialmente requerida que tenga un título equivalente, y los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con fines de investigación, docencia y asesoramiento.

La Ley 17.132 - Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas - establece en su artículo 9º que *“la anestesia general, el psicoanálisis y los procedimientos psicoterápicos en el ámbito de la psicopatología quedan reservados a los profesionales habilitados para el ejercicio de la medicina”* (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021d).

Tanto la Ley 23.277 como la 17.132 prohíbe la indicación de drogas psicoactivas a los profesionales de la psicología.

Es interesante destacar que, tanto para el ejercicio de la psicoterapia como para la indicación de tratamiento psicofarmacológicos, los médicos no están obligados a haberse formado ni en psicología ni haber hecho la especialización en psiquiatría.

Por su parte, la Ley Nacional de Salud Mental, Ley 26.657, promueve que “la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes” (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021a).

5.1.3.2.1.4. Asimetría de Información

La asimetría de la información en el mercado de la salud refiere a la diferencia existente en el grado de información que posee cada una de las partes intervinientes en la relación (Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo, 2015b).

La relación profesional-paciente es una de las fuentes de asimetría de información más importantes. En esta relación de agencia, el paciente delega en el profesional el poder de tomar decisiones sobre su salud debido a que el primero desconoce cuál sería el mejor tratamiento y frecuencia para su padecimiento específico (Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo, 2015b).

Algunas medidas que se pueden tomar para evitar estas asimetrías de la información son la producción y difusión de información respecto a la efectividad de los tratamientos de manera pública, o el empirismo colaborativo entre el profesional y el paciente en la toma de decisiones (Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo, 2015b).

Por otro lado, existe asimetría de información desde el lado de los pacientes, que las instituciones pueden no observar, como son la selección adversa – ocultamiento por parte del paciente de información sobre sus probabilidades de riesgo –, el riesgo moral – conductas temerarias de los pacientes una vez asegurados – y el sobreconsumo de servicios – sobreutilización de recursos una vez celebrado el contrato – (Tarragona, Pippo & Ruiz del Castillo, 2015b).

En líneas generales, los servicios de salud mental privados suelen ser abonados por los usuarios de manera prestacional. De esta manera, se suelen disminuir las asimetrías

relacionadas a la información oculta que puede llevar a la selección adversa, como así también el riesgo moral y el sobreconsumo de servicios.

5.1.4. Mercado de la Telemedicina

La incorporación de la telemedicina como modalidad de tratamiento hace que las fronteras se amplíen y los tiempos de traslado se anulen debido a que las consultas pueden tomarse desde el lugar geográfico donde la persona se encuentre en el momento dado y a través de cualquier medio digital que se disponga, ya sea teléfono celular, tableta o computadora.

Sin embargo, una limitante para esto puede ser el acceso a dichos medios digitales o a conexiones de internet que soporten la comunicación, como también la disponibilidad de un ambiente adecuado para mantener la consulta.

Para más información sobre Telemedicina en Argentina ver el apartado 3.2.2.

Durante el primer trimestre de 2021, en Argentina se registraron 7.681.221 accesos fijos a internet, siendo el 94,36% accesos residenciales y el 5,64% restante accesos en organizaciones (INDEC, 2021c).

Por su parte, los accesos a través de móviles fueron de 31.651.444, de los cuales el 88,41% fueron accesos residenciales y el 11,51% organizacionales (INDEC, 2021c).

Esto representa que el 40,9% de la población utilizaba computadoras hacia fines del 2020, y que el 85,5% de la población tenía acceso a internet para el mismo año (INDEC, 2021c).

Asumiendo que la población nacional estimada a julio de 2021 por el INDEC (2021d) es de 45.808.747, de los cuales el 85,5% de la estos tendrían acceso a internet (39.166.478), la cantidad estimada de personas con problemas de salud mental con acceso a internet (prevalencia del 29,1% de trastornos de salud mental a lo largo de la vida) es de 11.397.445 personas.

5.2. Estudio Técnico

Se aclara que todos los valores monetarios que se expresan en la presente Tesis son en pesos argentinos y fueron recabados durante el mes de julio de 2021.

5.2.1. Marco Regulatorio

En la Ciudad de Buenos Aires, localidad donde se instalará el nuevo centro de salud mental, la habilitación se encuentra legislada a través de la Resolución 1876 – E/2016 (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021e). En el Anexo I de esta Resolución se detallan las Normas para la Habilitación de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones sin internación.

En su Artículo 1º establece el tipo de establecimiento que tiene relación con el presente trabajo, el Centro de Salud Mental, Atención Ambulatoria.

Por su parte, en el Artículo 4º, punto 2.1. determina que estos centros tienen que contar con las siguientes características:

Establecimiento de múltiples servicios ambulatorios para la atención de la Salud Mental y Adicciones, considerándose "CENTRO" a partir de 4 consultorios.

a- Prestaciones:

Atención de la demanda espontánea.

Admisión.

Orientación, consejería (presencial/a distancia, individual/grupal).

Evaluación y/o Diagnóstico.

Tratamiento psicoterapéutico (individual, familiar, vincular, grupal).

Psiquiatría.

Acciones de apoyo/integración psico-social en la red socio-sanitaria (actividades sanitarias, ocupacionales, educativas, recreativas. Incluye acompañamiento terapéutico).

Acciones de educación para la Salud Mental (taller, capacitación, jornada docente, asamblea, campañas, entre otras).

Acciones de Promoción y Prevención (entrevista, visita domiciliaria, taller, campaña de difusión, planificación participativa, relevamiento, charla/exposición, actividad deportiva/recreativa, entre otras).

Capacitación y/o formación de Actores Socio-Sanitarios.

Supervisión.

b- Nómina de Profesionales:

Director: Médico Psiquiatra o Psicólogo, en caso de no haber prestación de psiquiatría.

Trabajador social.

Terapista Ocupacional.

En caso de contar con un programa de atención específico:

Drogadependencia: médico psiquiatra y/o profesionales que cuente con antecedentes documentados que acrediten capacitación y experiencia en el área de drogadicciones.

c- Locales y/o áreas mínimas y equipamiento:

Sala de Espera: deberá contar con una superficie mínima de 12 m². Contar con espacio para silla de ruedas. Para atención de niños y niñas es deseable que la Sala de Espera esté preparada con ambientación acorde.

Oficina de Coordinación/Dirección: contará con una superficie mínima de 7,5 m². Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, buena ventilación e iluminación adecuada.

Consultorio de atención individual: tendrá una superficie mínima de 7,50 m². Contará con escritorio, sillas, cesto. Para médico psiquiatra, contará con balanza, estetoscopio, termómetro, tensiómetro. Para la atención de niños y niñas también incluirá mesa y sillas y material lúdico y didáctico. Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, buena ventilación e iluminación adecuada, debiendo encontrarse aislado sonora y visualmente.

Consultorio de atención grupal: tendrá una superficie mínima de 12 m² y cumplirá las mismas características que el Consultorio de atención individual.

Salón de usos múltiples: debe contar con no menos de 20 m² para los primeros 12 pacientes, agregándose 0,8 m² por paciente adicional. Deberá contar con mesa y sillas.

Sanitario Público: el sanitario debe ser accesible de la sala de espera y contar con sanitario para discapacitados.

Sanitario para el personal.

Depósitos de Residuos Comunes. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021e)

En el Anexo III, la Resolución establece en su punto 4 las Normas para fiscalización de Establecimientos y Servicios de Salud Mental y Adicciones, en la cual se detalla respecto las áreas mínimas, equipamiento y características constructivas:

a- Locales y/o áreas mínimas y equipamiento:

Recepción y Sala de Espera: el espacio debe ser adecuado al número de consultorios que asiste. Contar con una superficie mínima de 9 m². Contar con espacio para silla de ruedas. Deberá contar con sillas, mesa mostrador o equivalente, cesto, armario, mueble/archivo para historias clínicas computadora, teléfono, Internet. Para atención de niños y niñas es deseable que la Sala de Espera esté preparada con ambientación acorde.

Oficina de Coordinación/Dirección: contará con una superficie mínima de 7,5 m². Deberá contar con escritorio, sillas, teléfono, computadora, Internet. Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, buena ventilación e iluminación adecuada.

Consultorio de atención individual: tendrá una superficie mínima de 7,50 m². Contará con escritorio, sillas, cesto. Para médico psiquiatra, contará con balanza, estetoscopio, termómetro, tensiómetro. Para la atención de niños y niñas también incluirá mesa y sillas y material lúdico y didáctico. Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, buena ventilación e iluminación adecuada.

Consultorio de atención grupal: tendrá una superficie mínima de 12 m². Contará con mesa, sillas y cesto. Para la atención de niños y niñas también incluirá mesa y sillas para niñas y niños, material lúdico y didáctico. Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, buena ventilación e iluminación adecuada.

Salón de usos múltiples: contará con una superficie de 1,80 m² por concurrente (superficie mínima de 12 m²). Deberá contar con mesa y sillas.

Sanitario Público: el sanitario debe ser accesible de la sala de espera y contar con sanitario para discapacitados.

Sanitario para el personal.

Depósito de Limpieza: área destinada al estacionamiento transitorio o definitivo de elementos y utensilios de limpieza. Se dimensionará en función de los

elementos y/o utensilios que deberán guardarse. Deberá contar con estantes/armarios y mesada con pileta de acero inoxidable.

Depósitos de Residuos Comunes y/o Biopatogénicos: de acuerdo con la normativa vigente según la Resolución N° 349/94 y modificatorias del Ministerio de Salud. Deberá contar con sector para estantes/sector para armarios/mesadas con pileta profunda de acero inoxidable.

b- Características Constructivas:

Paredes: los locales que usen revestimiento serán de material impermeable, resistente a lavados corrosivos y/o abrasivos, preferentemente hasta nivel cielorraso.

Pisos y zócalos: serán lisos, de fácil limpieza y desinfección.

Cielorraso: tendrá una altura mínima de 2,40 m de tipo continuo, sin fisuras o rajaduras; suspendido o aplicado bajo losa; y debe encontrarse en buen estado de conservación.

Iluminación: tendrá suficiente luz natural y/o artificial en todos los locales. Las fuentes de luz artificial deben estar de acuerdo con la legislación vigente. Contará con una distribución uniforme evitando el deslumbramiento, sombras, reflejos, contrastes excesivos y localizados.

Agua: el dispositivo dispondrá de agua potable fría y caliente, con temperatura regulable, en cantidades suficientes para las necesidades operacionales. Los desagües contarán con sifones y piletas de piso con rejillas.

Climatización y ventilación: contará con un sistema de climatización apropiado, asegurando una temperatura de confort. El mismo dispondrá de un sistema de ventilación apto para garantizar la renovación del aire. Podrán utilizarse sistemas de aire acondicionado, ventiladores de techo, estufas de tiro balanceado y sistema de radiadores.

Carpinterías: deberán ser de material de fácil limpieza y desinfección.

Corrientes Débiles: deberá contar con telefonía e Internet.

Medidas de Seguridad: protección (redes de seguridad) para ventanas y balcones a partir del 1° piso en caso de ser necesario. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021e)

Por su parte, la Ley 26.657 - Ley Nacional de Salud Mental, establece en su Capítulo V, Artículo 8° que:

Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Y en su Artículo 9° que:

El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud. Se orientará al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales. (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021a)

5.2.2. Localización

5.2.2.1. Macro Localización

Como se ha determinado en el punto 5.1.2, la Ciudad de Buenos Aires es una zona urbana de alta densidad poblacional (14.450,8 habitantes por km²), llegando en el 2021 a una población estimada total de 3.078.836 habitantes.

Cada una de las 15 comunas que la conforman contiene entre el 4,85 y el 8,35% de la población total, es decir, entre 149.473 y 257.235 personas, siendo la densidad poblacional más alta en las zonas del centro de la Ciudad, seguidas por las zonas periféricas del este, el norte y el oeste.

Si bien la CABA es una de las ciudades más ricas de la Argentina, dentro de esta se puede distinguir a las zonas periféricas del norte y noreste como las más ricas.

Nueva Pompeya	8,4	20 a 60	37 a 47	33 a 36
Núñez	12,7	16 a 40	36 a 53	37 a 42
Palermo	5,8	10 a 40	18 a 22	17 a 21
Parque Avellaneda	14,5	20 a 80	49 a 64	44 a 47
Parque Chacabuco	7,9	18 a 50	35 a 44	28 a 29
Parque Chas	10,4	20 a 65	34 a 48	37 a 41
Parque Patricios	5,6	14 a 45	23 a 37	22 a 23
Puerto Madero	5,7	12 a 45	39 a 52	21 a 22
Retiro	1,8	6 a 16	14 a 22	7 a 9
Saavedra	12,8	18 a 80	47 a 54	44 a 46
San Cristóbal	4,3	12 a 35	19 a 25	16 a 17
San Nicolás	2,3	6 a 20	10 a 16	7
San Telmo	5,7	12 a 40	23 a 30	18
Versalles	15,2	24 a 65	61 a 64	50 a 57
Villa Crespo	6,2	14 a 45	25 a 28	22 a 23
Villa Devoto	14,8	24 a 65	40 a 52	47 a 54
Villa General Mitre	9,4	20 a 65	38 a 44	35 a 36
Villa Lugano	14,5	20 a 45	68 a 80	53 a 58
Villa Luro	13,8	20 a 50	49 a 73	44 a 47
Villa Ortúzar	9,8	20 a 60	34 a 44	33
Villa Pueyrredón	13,6	22 a 75	49 a 56	46 a 48
Villa Real	16,7	24 a 55	65 a 75	54 a 59
Villa Riachuelo	19	24 a 65	68 a 98	56 a 73
Villa Santa Rita	10,6	24 a 70	47 a 52	38 a 41
Villa Soldati	11,7	22 a 70	41 a 47	42 a 45
Villa Urquiza	12,3	24 a 75	40 a 55	42 a 43
Villa del Parque	11,7	26 a 75	39 a 56	42 a 44
Vélez Sarsfield	12,5	24 a 80	52 a 64	39 a 43

Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla presentada, los tiempos de traslado pueden variar ampliamente de acuerdo con el tráfico que haya, pudiendo llegar a demorarse más de una hora por tramo.

5.2.2.2. Micro Localización

En base a lo establecido en la macro localización, se realizó una búsqueda de unidades en alquiler que cumplieran con las características básicas determinadas por la Resolución 1876 – E/2016 (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021e).

La característica básica principal es que la unidad en alquiler cuente con una superficie mínima de al menos 12 m² para la recepción y sala de espera, 7,5 m² para la oficina de dirección, 7,5 m² para la cada uno de los, al menos, 3 consultorios de atención individual, 12 m² para el consultorio de atención grupal, 20 m² para el salón de usos múltiples, 2 sanitarios y un depósito de residuos comunes.

La sumatoria de todas estas áreas mínimas hacen un total aproximado de 80 m² sin contar las zonas de distribución.

De la búsqueda se optó por una oficina comercial ubicada en Avenida Santa Fe al 1500, Recoleta, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

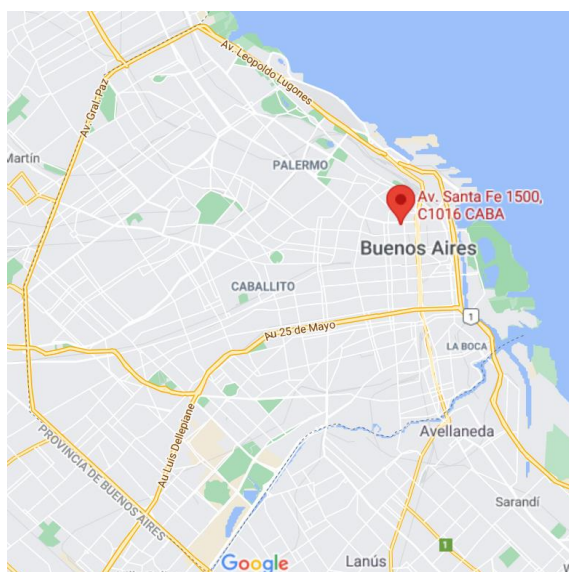
El mismo cuenta con 220 m² de superficie total, distribuidas en una planta. Es apto para todo rubro y el alquiler mensual al 1 de julio de 2021 es de \$130.000.- más \$10.000.- de expensas.

Por su parte, la comisión inmobiliaria es de 4,15%, equivalente a \$5.395.- mensuales, o \$194.220.- en el plazo mínimo de locación de 3 años, según la nueva Ley de Alquileres, Ley 27.551 (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, 2021f).

También se requerirá un mes de alquiler por \$130.000.- como depósito de garantía.

Mapa 4

Ubicación del Centro en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



Fuente: Google (2021).

5.2.3. Tamaño del Proyecto

Teniendo en cuenta las normativas vigentes y el tamaño de la oficina de alquiler seleccionada se ha determinado que el Centro de Salud Mental deberá contar con los siguientes locales o aéreas funcionales:

- 1 Recepción.
- 2 Salas de Espera.
- 1 Oficina de Dirección.
- 4 Consultorios de Atención Individual.
- 1 Salón de Usos Múltiples (SUM)/Consultorio de Atención Grupal/Individual.
- 3 Baños.
- 1 Cocina comedor.
- 1 Depósito.

Asumiendo esta capacidad instalada de 4 consultorios de atención individual, una duración aproximada de 60 minutos por cada consulta, y un horario de atención máximo de 13 horas (8 AM a 9 PM), la capacidad de producción máxima posible del Centro es de 52 consultas individuales diarias, es decir, 312 pacientes semanales (de lunes a sábados).

El consultorio de atención grupal/SUM tendrá una capacidad máxima de 10 pacientes por sesión. Sin embargo, teniendo en cuenta que las sesiones grupales son menos frecuentes que las sesiones individuales por el hecho de que agrupa varios pacientes, este consultorio se reservará para un máximo de dos sesiones grupales diarias de 150 minutos cada una, dando una producción máxima de 20 pacientes por día o 120 pacientes por semana. Esto representa 5 horas por día de uso.

El resto de las 8 horas diarias funcionales el SUM se utilizará para la atención de pacientes individuales, lo que representa una producción diaria máxima de 8 sesiones, resultando en una producción semanal de 48 sesiones.

A partir de los datos calculados, se obtiene una capacidad de producción máxima de 360 sesiones individuales semanales y 120 pacientes en tratamiento grupal semanal.

Se estima que el Centro tendrá una ocupación promedio a 10 años de 72% para consultas individuales (ver Tabla 6). Se arribó a dicho porcentaje asumiendo un inicio promedio de 4 pacientes nuevos por semana de manera constante a lo largo del tiempo, y un paciente que finaliza o abandona el tratamiento por semana, hasta llegar a una ocupación del 85% de la capacidad máxima de producción del centro.

La asunción de 4 pacientes nuevos y 1 baja por semana está basada en el funcionamiento actual del centro. Estos valores deberían ser más altos por el impacto de la publicidad, recurso que no está utilizando actualmente el Centro, pero que se podrá orientar mayormente para llegar a pacientes distribuidos por el país para atención por telemedicina. La ocupación máxima del 85% se utilizó para adoptar una posición más conservadora y por ende exigente para el ejercicio.

Para consultas grupales se estima un 54% de ocupación promedio (ver Tabla 7), teniendo en cuenta que la mayoría de los pacientes que realizan sesiones grupales suelen ser pacientes que ya están en tratamiento individual.

Tabla 6

Ocupación por año y promedio de sesiones individuales.

Año	Ocupación	Sesiones diarias	Sesiones semanales
1	21%	13	76
2	42%	25	151
3	63%	38	227
4	84%	50	302
5	85%	51	306
6	85%	51	306
7	85%	51	306
8	85%	51	306
9	85%	51	306
10	85%	51	306
Promedio	72%	43	259

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7

Ocupación por año y promedio de pacientes en sesión grupal.

Año	Ocupación	Pacientes diarios	Pacientes semanales
1	16%	3	19
2	31%	6	38
3	47%	9	57
4	63%	13	76
5	64%	13	77
6	64%	13	77
7	64%	13	77
8	64%	13	77
9	64%	13	77
10	64%	13	77
Promedio	54%	11	65

Fuente: Elaboración propia.

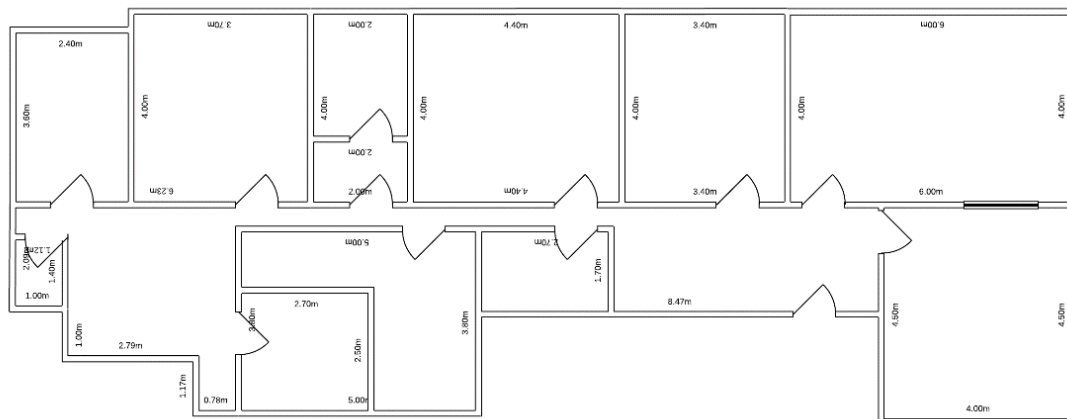
5.2.4. Programa de Arquitectura

Para la realización del Programa de Arquitectura, se consultó a Tandem Group, estudio de arquitectura.

A partir de los planos de la oficina en alquiler, las reglamentaciones previamente descriptas y la estimación de producción promedio, se realizó una formulación de la distribución de las distintas unidades funcionales del centro y de las áreas complementarias que se muestra a continuación y en el Anexo 9.1. en mayor detalle.

Gráfico 9

Plano del Centro de Salud Mental.



Fuente: Elaboración propia.

Si bien el inmueble se encuentra en muy buenas condiciones, el presupuesto por las obras de arreglo y remodelación es de \$250.000.- y los honorarios por la dirección de obra son de \$37.500.-.

A su vez, se estima que las reformas pueden durar un máximo de 2 meses, lo que implicaría 2 meses de alquiler más expensas en el que el centro se encontrará inoperante, lo que equivale a \$280.000.-.

5.2.5. Programa de Equipamiento

Para el cumplimiento del programa de equipamiento se tuvo en cuenta el diseño del centro y cada uno de sus locales y áreas complementarias, como así también las reglamentaciones vigentes y los conocimientos personales sobre el ejercicio de la atención en salud mental.

Se elaboró un listado "local por local" en el que se le asignó el equipamiento necesario para su óptimo funcionamiento.

Tabla 8

Inventario y valor del equipamiento según local.

Equipamiento según local	Cantidad	Valor Unitario (\$)	Valor Total (\$)	Vida Útil (años)
Recepción				
Escritorio Mostrador	1	14090	14090	10
Silla	3	9979	29937	10
Estantería	1	14000	14000	10
Aire Acondicionado	1	39999	39999	10
Computadora Completa	1	47999	47999	5
Armario	1	20743	41486	10
Cesto basura grande negro y verde	1	2495	2495	10
Teléfono	1	3219	3219	10
Central Telefónica	1	24460	24460	10
Impresora	1	62000	62000	5
Portero Eléctrico con Visor	1	12299	12299	10
Cerradura Electromagnética	1	11959	11959	10
Aromatizador	1	1545,5	1545,5	2
Botiquín Completo	1	3690	3690	2

Matafuegos	1	4725	4725	10
Kit Cámara de Seguridad	1	16999	16999	10
2 Salas de Espera				
Silla múltiple	8	5490	43920	10
Cesto basura grande negro y verde	2	2495	4990	10
Televisor	2	38999	77998	5
Aire Acondicionado	2	39999	79998	10
Aromatizador	4	1545,5	6182	2
Matafuego	2	4725	9450	10
Oficina de Dirección				
Escritorio	1	6500	6500	10
Silla	3	9979	29937	10
Estantería	1	14000	14000	10
Teléfono	1	3219	3219	10
Computadora Completa	1	47999	47999	5
Aire Acondicionado	1	39999	39999	10
Cesto	1	4500	4500	10
Aromatizador	1	1545,5	1545,5	2
4 Consultorios Individuales				
Escritorio	4	6500	26000	10
Silla	12	9979	119748	10
Estantería	4	14000	56000	10
Teléfono	4	3219	12876	10
Computadora Completa	4	47999	191996	5
Aire Acondicionado	4	39999	159996	10
Cesto	4	4500	18000	10
Termómetro digital	2	700	1400	10
Termómetro infrarrojo	2	1999	3998	10
Tensiómetro	2	1599	3198	10
Botiquín	4	3690	14760	2
Balanza	2	2015	4030	10
Aromatizador	4	1545,5	6182	2
Salón de Usos Múltiples				
Escritorio	1	6500	6500	10
Silla	12	9979	119748	10
Estantería	2	14000	28000	10
Teléfono	1	3219	3219	10
Computadora Completa	1	47999	47999	5
Aire Acondicionado grande	1	59888	59888	10
Cesto basura grande negro y verde	2	2495	4990	10
Proyector	1	25999	25999	5
Pantalla de Proyector	1	10999	10999	10

Botiquín	1	3690	3690	2
Aromatizador	2	1545,5	3091	2
3 Baños				
Dispenser de Jabón y Papel toalla	3	1915	5745	10
Aromatizador	3	1545,5	4636,5	2
Cesto basura grande negro y verde	3	2495	7485	10
Cocina Comedor				
Mesa con 6 sillas	1	16599	16599	10
Cubiertos x 24	2	1199	2399	5
Vaso x 12	2	1099	2198	5
Taza x 6	2	862	1724	5
Plato x 12	2	2299	4598	5
Heladera	1	40583	40583	10
Aire Acondicionado	1	39999	39999	10
Cesto basura grande negro verde	1	2495	2495	10
Aromatizador	1	1545,5	1545,5	2
Depósito				
Carro de Limpieza Completo	1	10342	10342	10
Armario	2	20743	41486	10

Fuente: Elaboración propia.

A partir de lo recabado, se calcula que la inversión necesaria de equipamiento para el correcto funcionamiento del centro es de \$1.774.891.-.

5.2.6. Programa de Digitalización

El Centro de Salud Mental contará con un programa de digitalización de las historias clínicas, sistema de turnos y agenda. Para ello se contratará a una empresa que brinde estos servicios y que cumpla con todos los requisitos legales necesarios.

Los sistemas de Historia Clínica Electrónica (HCE) suelen contratarse por cantidad de usuarios habilitados. Por lo que, teniendo en cuenta una capacidad máxima de 360 pacientes individual, y asumiendo un mínimo de 6 pacientes por profesional, se necesitará como máximo 60 usuarios mensuales.

Por ejemplo, estimando una ocupación del 21% de la capacidad de sesiones individuales durante el primer año del proyecto, se necesitarían 13 usuarios por mes.

El precio por cada profesional que tiene acceso a la HCE es de \$2.980.-, por lo que el costo para la capacidad máxima mensual será de \$178.800.-, el costo promedio mensual a 10 años será de \$129.034.-, y el costo promedio mensual en el primer año de funcionamiento será de \$38.740.-.

Tabla 9

Cantidad de Usuarios y Costo de HCE por mes.

Año	Ocupación	Usuarios por mes	Costo
1	21%	13	\$38.740.-
2	42%	25	\$74.500.-
3	63%	38	\$113.240.-
4	84%	51	\$151.980.-
5	85%	51	\$151.980.-
6	85%	51	\$151.980.-
7	85%	51	\$151.980.-
8	85%	51	\$151.980.-
9	85%	51	\$151.980.-
10	85%	51	\$151.980.-

Fuente: Elaboración propia.

5.2.7. Programa de Implementación de Telemedicina

Como se detalló previamente, la incorporación de la telemedicina amplía las fronteras y permite llegar a un mayor número de potenciales pacientes (ver apartado 5.1.4.).

Esto genera que los costos asociados a la implementación de la atención a distancia por telesalud mental tengan que ver con el aumento de la producción, y, por lo tanto, de necesidad de profesionales de la salud mental y accesos a la HCE.

Entendiendo que se estima que existen 11.397.445 potenciales personas con trastornos de salud mental en el país, y asumiendo que sólo el 1% de ese total, es decir, 113.974 personas pueden afrontar los costos de un tratamiento de financiación privada, el límite de atención dependerá exclusivamente de la posibilidad de crecimiento del centro.

Por esto, se asumirá que el crecimiento de la producción por telesalud mental será igual al de la atención presencial.

Los costos del acceso a la HCE por profesional que brinde atención por telesalud mental son mayores debido a que ofrecer el servicio a través de esta plataforma tiene un costo adicional de \$3.590.-, lo que daría un total por profesional de \$6.570.-.

Por estos mayores costos, se estableció en 10 el mínimo de pacientes por profesional.

Tabla 10

Cantidad de Usuarios para atención por telemedicina y costo de HCE por mes.

Año	Ocupación	Usuarios por mes	Costo
1	21%	8	\$52.560.-
2	42%	15	\$98.550.-
3	63%	23	\$151.110.-
4	84%	30	\$197.100.-
5	85%	31	\$203.670.-
6	85%	31	\$203.670.-
7	85%	31	\$203.670.-
8	85%	31	\$203.670.-
9	85%	31	\$203.670.-
10	85%	31	\$203.670.-

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Estudio Administrativo

En este apartado se desarrolla la estructura organizacional esperada, un mapa estratégico, la cantidad y calidad de recursos humanos para cada función, ya sean cargos directivos, administrativos como operativos, y las remuneraciones de cada puesto de trabajo.

También se hace una descripción de los trámites y costos de la constitución legal del centro de salud mental.

5.3.1. Estructura Organizacional

Las instituciones que brindan servicios de salud son organizaciones complejas y dinámicas inmersas en un entorno poco predecible, donde existen riesgos regulatorios a partir de las leyes y coberturas; operativos por la variabilidad de pacientes y

enfermedades, la oferta y las formas de contratación; económicos y financieros (Díaz, 2018).

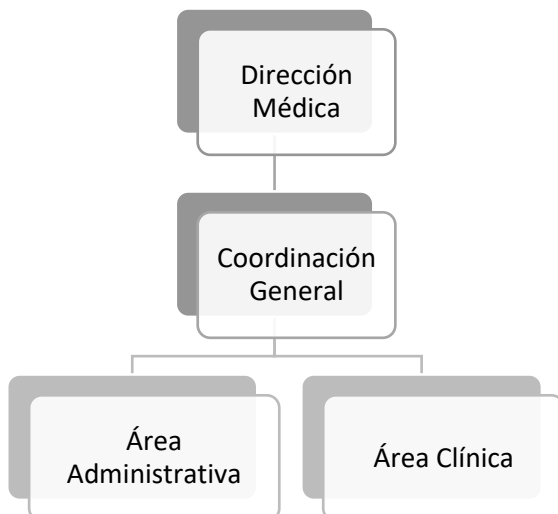
Por esto, la estructura de la organización tiene que brindar respuestas a cada uno de estos riesgos.

La conformación de la estructura organizacional que se sugiere es la siguiente:

- Nivel Directivo:
 - Director Médico.
- Nivel Administrativo:
 - Coordinador General.
- Nivel Operativo:
 - Profesionales de la salud mental.
 - Médicos.
 - Psicólogos.
 - Trabajadores Sociales.
 - Terapistas Ocupacionales.
 - Personal del área administrativa.

Gráfico 10

Organigrama del Centro de Salud Mental.



Fuente: Elaboración propia.

5.3.2. Recursos Humanos

Como se puede ver en la estructura institucional presentada, se establece que el centro contará con un área de Dirección Médica, que estará ocupada por un profesional de salud con título de Médico Especialista en Psiquiatría, que idealmente cuente con formación en Gestión de Servicios de Salud.

También se contará con un puesto de Coordinación General, el cual estará ocupado por un profesional de la salud mental que podrá contar con el título de Médico Especialista en Psiquiatría o de Psicólogo. El mismo se encargará de la coordinación de las tareas tanto administrativas como de la atención clínica de los pacientes.

Por su parte, se dispondrá de personal abocado a las tareas del Área Administrativa del centro. Esta área estará ocupada por una cantidad de administrativos que dependerá del nivel de funcionamiento del centro. Se establece que se dispondrá de un administrativo por cada 130 pacientes que se atiendan.

Asumiendo un promedio de ocupación a 10 años del 72% de la capacidad total del centro, se estima que el flujo de pacientes será de entre 3 y 4 por hora (desde un paciente por hora al inicio del proyecto hasta 5 paciente por hora en su producción máxima de sesiones individuales). Se entiende que dicho flujo puede ser manejado adecuadamente por entre una y dos personas.

A su vez, entendiendo que el centro estará abierto 13 horas diarias de lunes a sábados, con un administrativo que esté presente de 8 AM a 16 PM y otro que esté presente de 1 PM a 9 PM se cubrirán adecuadamente las funciones administrativas del centro.

Por último, el Área Clínica estará conformada por todos los profesionales médicos, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales que se dediquen a la atención de los pacientes. La cantidad de profesionales dependerá también del funcionamiento del centro.

Nuevamente, asumiendo una ocupación promedio del 72%, y un mínimo de 6 pacientes por cada profesional, se estima que se requerirán 43 profesionales psicólogos o psiquiatras.

Por otro lado, se estima que los requerimientos de sesiones psicológicas representarán el 80% del total de las consultas, por lo que, de los 43 profesionales, 35 serán psicólogos y los restantes 8 serán médicos psiquiatras.

Tabla 11

Estimación de profesionales por mes por año de funcionamiento según ocupación estimada.

Año	Ocupación	Sesiones mensuales	Profesionales por mes
1	21%	327	13
2	42%	655	25
3	63%	982	38
4	84%	1.309	50
5	85%	1.325	51
6	85%	1.325	51
7	85%	1.325	51
8	85%	1.325	51
9	85%	1.325	51
10	85%	1.325	51

Fuente: Elaboración propia.

En el caso que se requiera de profesionales de la salud mental distintos a los que están en la nómina del centro, como son los acompañantes terapéuticos, las solicitudes serán realizadas a cada paciente o familia y contratados de forma privada por estos, no siendo brindadas por la institución directamente.

Por último, las funciones relacionadas a la limpieza, la contabilidad y el marketing y publicidad serán contratadas de manera tercerizada.

5.3.3. Remuneraciones

La remuneración es la contraprestación al trabajo realizado por el trabajador como consecuencia del contrato de trabajo (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, 2021).

El Director Médico, el Coordinador General y los Administrativos estará contratados en relación de dependencia. Por su parte, a los profesionales que se dediquen a la atención clínica de paciente, el pago será prestacional.

Los sueldos de los empleados en relación de dependencia estarán alcanzados por el sueldo anual complementario o aguinaldo, y los Aportes, Contribuciones y Seguridad Social según se detalla a continuación:

Tabla 12

Aporte, contribuciones y Seguridad Social.

Contribuciones	Empleador
Jubilación	16%
PAMI	2%
Obra Social	6%
Fondo Nacional de Empleo	1,5%
Seguro de Vida Obligatorio	0,3%
ART	(Lo que cotice la ART)
Total	25,8%

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (2021).

5.3.3.1. Dirección Médica

El salario mensual neto del profesional Médico Especialista en Psiquiatría que ocupe el puesto en la Dirección Médica será de \$200.000.-. Sumándole a este monto el 25,8% de Cargas Sociales, y multiplicándolo por los 12 sueldos más el agüinado anual, el sueldo bruto queda en un total de \$272.567.- en el prorrateo mensual.

5.3.3.2. Coordinación General

El salario mensual neto del profesional Médico Especialista en Psiquiatría que ocupe el puesto en la Coordinación General será de \$150.000.-. Sumándole a este monto el 25,8% de Cargas Sociales, y multiplicándolo por los 12 sueldos más el agüinado anual, el sueldo bruto queda en un total de \$204.425.- en el prorrateo mensual.

5.3.3.3. Área Administrativa

El salario mensual neto de cada uno de los administrativos será de \$60.000.-. Sumándole a este monto el 25,8% de Cargas Sociales, y multiplicándolo por los 12 sueldos más el agüinado anual, el sueldo bruto queda en un total de \$81.770.- en el prorrateo mensual, haciendo un total por los dos puestos laborales de \$163.540.-.

5.3.3.4. Área Clínica

La modalidad de pago a los Médicos, Psicólogos, Terapeuta Ocupacionales o Trabajador Social que se dedique a la atención clínica de pacientes será contra la presentación de facturas, no estando estos bajo una relación de dependencia con la institución.

En base a información recabada de fuentes primarias y referentes del área de gestión en salud mental, se determinó que el porcentaje de honorarios profesionales por sobre el costo de la consulta individual suele oscilar entre el 35 y el 42%.

Por su parte, el porcentaje de honorarios para las terapias grupales suele estar en el rango del 20 al 30% del precio total de la sesión por cada paciente.

A partir de la información detallada en el apartado 5.1.3.1.4.1. *Evaluación de Precios del Mercado*, se ha determinado que el precio de las sesiones individuales brindadas por el Centro de Atención a la Salud Mental será de \$2.500.-, y el de las sesiones grupales de \$2.000.-.

Se ha establecido el precio de \$2.500.- para las sesiones individuales presenciales teniendo en cuenta que los precios de la competencia oscilan entre los \$800.- y 3.500.- por sesión. Pero a su vez, se han contemplado los promedios de honorarios profesiones de los terapeutas que atienden de manera privada (\$1.300.-) y las sugerencias de los colegios de psicólogos (\$1.155.-).

De esta manera, tomando el porcentaje máximo de honorarios (42%), por cada sesión individual presencial se le estará abonando al profesional \$1.050.-.

Por las sesiones grupales, se le pagará al profesional \$600.- por cada integrante del grupo, equivalente al 30% del precio de la sesión.

Por otra parte, como se ha recabado previamente que los costos de la atención por telemedicina pueden llegar a ser aproximadamente 10% menores, se estableció el precio de las sesiones individuales brindadas de manera virtual en \$2.300.- y las sesiones virtuales grupales en \$1.800.-.

Tomando una ocupación media de la producción de sesiones individuales del 72% a 10 años, representa un total de 1122 sesiones por mes. Abonando el límite máximo del porcentaje de honorarios (42%) por sesión para un precio de \$2.500.-, el costo de honorarios para esta prestación será de \$1.178.453.- promedio mensual.

Si se asume un promedio anual de ocupación del 21%, según lo estimado para el primer año de funcionamiento, el costo de honorarios promedio para las sesiones individuales presenciales será de \$343.350.- por mes, por 327 sesiones mensuales.

Tabla 13

Costo promedio mensual de honorarios profesionales por año de funcionamiento según ocupación estimada para sesiones individuales presenciales.

Año	Ocupación	Sesiones individuales mensuales	Costos Profesionales por mes
1	21%	327	\$343.350.-
2	42%	655	\$687.750.-
3	63%	982	\$1.031.100.-
4	84%	1.309	\$1.374.450.-
5	85%	1.325	\$1.391.250.-
6	85%	1.325	\$1.391.250.-
7	85%	1.325	\$1.391.250.-
8	85%	1.325	\$1.391.250.-
9	85%	1.325	\$1.391.250.-
10	85%	1.325	\$1.391.250.-

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, la prestación de sesiones grupales que tendrán un precio de \$2.000.- y asumiendo una ocupación promedio de 54% a 10 años, implicarán 520 pacientes mensuales. Nuevamente, abonando como honorarios profesionales el límite máximo

(30%) por paciente por sesión, el costo de honorarios para esta prestación será de \$168.350.- mensuales.

Durante el primer año, el costo promedio mensual será de \$49.800.- por 83 pacientes.

Tabla 14

Costo promedio mensual de honorarios profesionales por año de funcionamiento según ocupación estimada para sesiones grupales presenciales.

Año	Ocupación	Pacientes en sesión grupal por mes	Costos Profesionales por mes
1	16%	83	\$49.800.-
2	31%	161	\$96.600.-
3	47%	244	\$146.400.-
4	63%	328	\$196.800.-
5	64%	333	\$199.800.-
6	64%	333	\$199.800.-
7	64%	333	\$199.800.-
8	64%	333	\$199.800.-
9	64%	333	\$199.800.-
10	64%	333	\$199.800.-

Fuente: Elaboración propia.

5.3.3.5. Limpieza Tercerizada

Se realizó un relevamiento de costos de los servicios de limpieza tercerizados. De dicho relevamiento se determinó que el costo por el servicio de personal eventual para tareas de maestranza 4 días a la semana durante 8 horas por día es de \$65.280.- mensuales.

Por su parte, el costo de insumos de limpieza mensuales es de \$5.500.-.

5.3.3.6. Contabilidad Externa

El costo de contratación de servicios tercerizados de contabilidad para las dimensiones, montos de facturación esperados y empleados en relación de dependencia del centro es de \$19.500.-.

5.3.3.7. Marketing y Publicidad

Para el plan de marketing del centro se recurrirá a la contratación de un Community Manager para el manejo de las redes sociales. Su costo es de \$16.000.-.

Con la intención de tener una fuerte entrada al mercado se dispondrá de una inversión en marketing y publicidad inicial de \$500.000.-

Para la publicidad en las redes sociales una vez iniciado el proyecto se destinará un presupuesto de \$75.000.- mensuales, y para la realización de campañas de prensa se destinarán \$150.000.- por trimestre.

5.3.4. Otros Costos

En el apartado de Otros Costos se ha tenido en cuenta tanto la estimación de gastos en servicios básicos para el funcionamiento del centro, es decir, el Impuesto al Alumbrado, Barrido y Limpieza (ABL), y el consumo de agua, electricidad y gas natural, y la contratación de internet de alta velocidad y ancho de banda y teléfono.

También se han considerado los costos relacionados a la ropa para el personal administrativos estimando 3 conjuntos anuales para cada uno, el consumo de papelería y útiles, estimación de costos por reparaciones generales tanto edilicias como de la tecnología y el costo de la contratación de un seguro comercial.

Tabla 15
Otros costos mensuales.

	Costo mensual
Servicios	\$16.591,1.-
Ropa Administración	\$3.588.-
Papelería y útiles	\$13.094,6.-
Reparaciones	\$50.000.-
Seguro Comercial	\$12.628.-
Total	\$95.901,7.-

Fuente: Elaboración propia.

5.3.5. Administración de la Atención por Telemedicina

La incorporación de atención por telemedicina no implicará la necesidad de modificar la estructura organizacional del centro. Sin embargo, se requerirá un aumento en la cantidad de profesionales que se dediquen a la atención de los pacientes.

El porcentaje de honorarios para los profesionales que tienen sesiones a distancia será el mismo que el de los profesionales que mantengan sesiones presenciales, es decir, del 42% del precio de la consulta individual, y el 30% por cada paciente en la sesión grupal, pero la remuneración será más baja por impacto de un menor precio de la sesión.

Por cada sesión virtual individual los profesionales cobrarán \$966.- y por cada paciente en sesión grupal a distancia \$540.-.

Tabla 16

Costo promedio mensual de honorarios profesionales por año de funcionamiento según ocupación estimada para sesiones individuales virtuales.

Año	Ocupación	Sesiones individuales por mes	Costos Profesionales por mes
1	21%	327	\$315.882.-
2	42%	655	\$632.730.-
3	63%	982	\$948.612.-
4	84%	1.309	\$1.264.494.-
5	85%	1.325	\$1.279.950.-
6	85%	1.325	\$1.279.950.-
7	85%	1.325	\$1.279.950.-
8	85%	1.325	\$1.279.950.-
9	85%	1.325	\$1.279.950.-
10	85%	1.325	\$1.279.950.-

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 17

Costo promedio mensual de honorarios profesionales por año de funcionamiento según ocupación estimada para sesiones grupales virtuales.

Año	Ocupación	Pacientes en sesión grupal por mes	Costos Profesionales por mes
1	16%	83	\$44.820.-
2	31%	161	\$86.940.-
3	47%	244	\$131.760.-
4	63%	328	\$177.120.-
5	64%	333	\$179.820.-
6	64%	333	\$179.820.-
7	64%	333	\$179.820.-
8	64%	333	\$179.820.-
9	64%	333	\$179.820.-
10	64%	333	\$179.820.-

Fuente: Elaboración propia.

También implicará la necesidad de aumentar la cantidad de administrativos para que las funciones que realicen sigan manteniendo los estándares de calidad que se propongan. Como fue referido, se estima que se requerirá un administrativo por cada 130 pacientes, como se describe a continuación.

Tabla 18

Cantidad de Administrativos por año y su salario.

Año	Pacientes por semana	Cantidad de Administrativos	Costo promedio mensual
1	151	2	\$163.540.-
2	303	3	\$245.310.-
3	454	4	\$327.080.-
4	605	5	\$408.850.-
5	612	5	\$408.850.-
6	612	5	\$408.850.-
7	612	5	\$408.850.-
8	612	5	\$408.850.-
9	612	5	\$408.850.-
10	612	5	\$408.850.-

Fuente: Elaboración propia.

5.3.6. Constitución de la Empresa

La constitución legal del centro como una empresa requiere de la actuación de un Escribano. El presupuesto para todos los gastos asciende a \$77.234.-.

5.3.7. Habilitación del Centro de Salud Mental

La habilitación de un Centro de Salud Mental con modalidad de atención ambulatoria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se realiza a través de la página Trámites a Distancia (<https://tramitesadistancia.gob.ar/>).

Allí se presenta el contrato de locación, los planos del establecimiento, el certificado de vacunación o serología para Hepatitis B del profesional solicitante, la autorización para ejercer de los profesionales no titulares, el cronograma de actividades diario, los modelos de protocolos, el listado de profesionales, y el comprobante de pago.

El costo del trámite es de \$13.600.-.

5.4. Estudio Económico y Financiero del Centro de Atención Presencial

En el presente estudio económico y financiero se ha compilado y sistematizado la información recabada en los estudios previamente mencionados. Se establece un horizonte temporal de 10 años para la evaluación económica y financiera del proyecto.

5.4.1. Tasa de Inflación

Se ha decidido no incluir la tasa de inflación en el análisis actual debido a que, en momentos en que la misma es alta y distinta cada año, no es posible estimar la variación de los precios y costos a largo plazo.

5.4.2. Inversión

En los estudios técnico y administrativo se determinaron los costos asociados al alquiler del inmueble que funcionará como centro de atención, sus reformas, el equipamiento necesario para su adecuado funcionamiento al año 0, es decir, previo a la puesta en marcha del proyecto. A su vez, se determinaron los costos relacionados a la fuerza de trabajo una vez iniciado el emprendimiento.

5.4.2.1. Activos Fijos

El proyecto de inversión no posee, dentro de su estimación, activos fijos no depreciables como el terreno debido a que se alquilará un inmueble. Sin embargo, la totalidad de sus activos fijos presentan características de depreciables.

Entre estos últimos se encuentran las modificaciones realizadas al inmueble alquilado y el equipamiento de cada local del centro referido en la Tabla 8.

El total de la inversión para los activos fijos alcanza los \$2.024.893.-. El detalle de la depreciación será evaluado más adelante.

No se le ha asignado valor de rescate a ninguno de los activos fijos.

Tabla 19

Costo de los Activos Fijos.

Activos Fijos	Costo
Modificaciones del inmueble	\$250.000.-
Equipamiento depreciable a 10 años	\$1.215.051.-
Equipamiento depreciable a 5 años	\$512.908.-
Equipamiento depreciable a 2 años	\$46.932.-
Total	\$2.024.891.-

Fuente: Elaboración propia.

5.4.2.2. Activos Diferidos

Los activos diferidos son aquellos que son adquiridos antes del inicio de las actividades para que el centro funcione adecuadamente.

Entre estos se encuentran los gastos legales para la habilitación del centro en la Ciudad de Buenos Aires y los necesarios para la constitución de la empresa. También los costos relacionados con el diseño del estudio de arquitectura, el costo de dos meses de alquiler para su reforma, las comisiones inmobiliarias y el depósito de alquiler, y el plan de marketing de entrada al mercado.

Los gastos por el Estudio de Factibilidad deberían ser incluidos aquí en caso de que se contrate a alguien para la tarea.

Tabla 20

Costo de los Activos Diferidos.

Activos Diferidos	Costo
Constitución de la Empresa	\$77.234.-
Habilitación	\$13.600.-
Honorarios Arquitectura	\$37.500.-
Alquiler y expensas x 2 meses inoperante	\$280.000.-
Comisiones Inmobiliarias x 36 meses	\$194.220.-
Depósito de Alquiler	\$130.000.-
Plan de Marketing	\$500.000.-
Total	\$1.232.554.-

Fuente: Elaboración propia.

5.4.2.3. Capital de Trabajo

El capital de trabajo es una inversión necesaria para comenzar la producción del servicio y mantenerlo durante un período de tiempo sin entrar en insolvencia.

La intención es la de cubrir los costos relacionados con el adecuado funcionamiento del centro, como son los sueldos, los honorarios, los servicios básicos, el seguro comercial, el software de la Historia Clínica Electrónica (HCE), la ropa de los administrativos,

papelería y útiles, y la previsión de reparaciones generales, durante el período que se tarde en obtener un flujo constante de recursos económicos.

Se ha estimado que el tiempo necesario para el adecuado funcionamiento del centro será de 3 meses desde el inicio de actividades.

Los honorarios profesionales y la cantidad de usuarios para la HCE pueden ser calculados de acuerdo con 2 criterios. Uno es el de la ocupación de la producción considerada a 10 años, que fue estimada en 72% para sesiones individuales y del 54% para sesiones grupales. El segundo es el de utilizar la ocupación esperada dentro del primer año de funcionamiento, según lo detallado en las Tablas 6 y 7, del 21% para sesiones individuales y del 16% para grupales.

En este caso se decidió utilizar la ocupación esperada para el primer año de funcionamiento.

A continuación, se presenta un cuadro donde se detalla la inversión del capital de trabajo requerida por mes:

Tabla 21

Inversión en Capital de Trabajo.

	1er mes	2do mes	3er mes	Total
Sueldos	\$640.532.-	\$640.532.-	\$640.532.-	\$1.921.596.-
Honorarios	\$458.640.-	\$458.640.-	\$458.640.-	\$1.375.920.-
Servicios	\$16.591.-	\$16.591.-	\$16.591.-	\$49.773.-
Seguro Comercial	\$12.628.-	\$12.628.-	\$12.628.-	\$37.884.-
Historia Clínica Electrónica	\$37.548.-	\$37.548.-	\$37.548.-	\$112.644.-
Contabilidad Externa	\$19.500.-	\$19.500.-	\$19.500.-	\$58.500.-
Marketing y Publicidad	\$143.000.-	\$143.000.-	\$143.000.-	\$429.000.-
Ropa Administrativos	\$3.588.-	\$3.588.-	\$3.588.-	\$10.764.-
Limpieza Tercerizada más insumos	\$70.780.-	\$70.780.-	\$70.780.-	\$212.340.-
Papelería y Útiles	\$13.095.-	\$13.095.-	\$13.095.-	\$39.285.-
Reparaciones	\$50.000.-	\$50.000.-	\$50.000.-	\$150.000.-
Total	\$1.394.590.-	\$1.394.590.-	\$1.394.590.-	\$4.397.706.-

Fuente: Elaboración propia.

5.4.3. Depreciación y amortización

Como se ha referido, la depreciación es la pérdida del valor de los activos fijos en el transcurso del período que se los utiliza. En nuestro proyecto contamos con activos fijos con 10, 5 y 2 años de vida útil.

Tabla 22

Depreciación de los Activos Fijos.

	Valor	Vida Útil	Depreciación
Modificaciones del inmueble	\$250.000.-	10	\$25.000,0.-
Equipamiento depreciable a 10 años	\$1.215.051.-	10	\$121.505,1.-
Equipamiento depreciable a 5 años	\$512.908.-	5	\$102581,6.-
Equipamiento depreciable a 2 años	\$61.107.-	2	\$23.466,0.-

Fuente: Elaboración propia.

Por su parte, la amortización refiere al mecanismo de recuperación de la inversión de los activos diferidos y suele realizarse a 5 años.

Tabla 23

Amortización de los Activos Diferidos.

	Valor	Vida Útil	Amortización
Constitución de la Empresa	\$77.234.-	5	\$15.446,8.-
Habilitación	\$13.600.-	5	\$2.720,0.-
Honorarios Arquitectura	\$37.500.-	5	\$37.500,0.-
Alquiler y expensas x 2 meses inoperante	\$280.000.-	5	\$56.000,0.-
Comisiones Inmobiliarias x 36 meses	\$194.220.-	5	\$38.844.-
Depósito de Alquiler	\$130.000.-	5	\$26.000.-
Plan de Marketing	\$500.000.-	5	\$100.000.-

Fuente: Elaboración propia.

5.4.4. Financiamiento

La estructura financiera del presente proyecto estará dada exclusivamente por el capital contable que aportarán los inversionistas al inicio del proyecto por \$14.379.238.-. Esta inversión está dada por el resultado de los Flujos de Caja que se verán a continuación, en los cuales se determina que se necesitará una inversión inicial de \$7.655.149.-, sumado a una inversión necesaria para cubrir los costos del primer y segundo año de

funcionamiento, que serán mayores a los ingresos por \$6.691.864.- y \$32.224.- respectivamente.

Se ha evaluado la opción de solicitar un Préstamo para Capital de Trabajo por \$3.500.000.- con una Tasa Efectiva Anual Vencida del 68,68%, con sistema de amortización alemán en 24 meses.

Al utilizarse una línea de préstamo, la misma tendría que ser devuelta con sus intereses respectivos en el término del plazo convenido y según el tipo de amortización utilizada, según se detalla a continuación.

Tabla 24

Cálculo de amortización del Préstamo – Sistema Alemán.

Mes	Monto Inicial	Monto Final	Capital	Interés	Cuota mensual	Total
1	\$3.500.000,00	\$3.354.166,67	\$145.833,33	\$203.098,84	\$348.932,18	\$348.932,18
2	\$3.354.166,67	\$3.208.333,33	\$145.833,33	\$194.636,39	\$340.469,72	\$689.401,90
3	\$3.208.333,33	\$3.062.500,00	\$145.833,33	\$186.173,94	\$332.007,27	\$1.021.409,17
4	\$3.062.500,00	\$2.916.666,67	\$145.833,33	\$177.711,49	\$323.544,82	\$1.344.953,99
5	\$2.916.666,67	\$2.770.833,33	\$145.833,33	\$169.249,04	\$315.082,37	\$1.660.036,36
6	\$2.770.833,33	\$2.625.000,00	\$145.833,33	\$160.786,58	\$306.619,92	\$1.966.656,28
7	\$2.625.000,00	\$2.479.166,67	\$145.833,33	\$152.324,13	\$298.157,47	\$2.264.813,74
8	\$2.479.166,67	\$2.333.333,33	\$145.833,33	\$143.861,68	\$289.695,01	\$2.554.508,76
9	\$2.333.333,33	\$2.187.500,00	\$145.833,33	\$135.399,23	\$281.232,56	\$2.835.741,32
10	\$2.187.500,00	\$2.041.666,67	\$145.833,33	\$126.936,78	\$272.770,11	\$3.108.511,43
11	\$2.041.666,67	\$1.895.833,33	\$145.833,33	\$118.474,32	\$264.307,66	\$3.372.819,09
12	\$1.895.833,33	\$1.750.000,00	\$145.833,33	\$110.011,87	\$255.845,21	\$3.628.664,29
13	\$1.750.000,00	\$1.604.166,67	\$145.833,33	\$101.549,42	\$247.382,75	\$3.876.047,05
14	\$1.604.166,67	\$1.458.333,33	\$145.833,33	\$93.086,97	\$238.920,30	\$4.114.967,35
15	\$1.458.333,33	\$1.312.500,00	\$145.833,33	\$84.624,52	\$230.457,85	\$4.345.425,20
16	\$1.312.500,00	\$1.166.666,67	\$145.833,33	\$76.162,07	\$221.995,40	\$4.567.420,60
17	\$1.166.666,67	\$1.020.833,33	\$145.833,33	\$67.699,61	\$213.532,95	\$4.780.953,55
18	\$1.020.833,33	\$875.000,00	\$145.833,33	\$59.237,16	\$205.070,50	\$4.986.024,05
19	\$875.000,00	\$729.166,67	\$145.833,33	\$50.774,71	\$196.608,04	\$5.182.632,09
20	\$729.166,67	\$583.333,33	\$145.833,33	\$42.312,26	\$188.145,59	\$5.370.777,68
21	\$583.333,33	\$437.500,00	\$145.833,33	\$33.849,81	\$179.683,14	\$5.550.460,82
22	\$437.500,00	\$291.666,67	\$145.833,33	\$25.387,36	\$171.220,69	\$5.721.681,51
23	\$291.666,67	\$145.833,33	\$145.833,33	\$16.924,9	\$162.758,24	\$5.884.439,75
24	\$145.833,33	\$0	\$145.833,33	\$8.462,45	\$154.295,79	\$6.038.735,53

Fuente: Facultad de Ciencias Económicas (2021)

Por lo expuesto, se entiende que los costos asociados al préstamo y sus intereses hacen que se tenga que pagar al final del contrato un total de \$6.038.736.-.

Esto implica que el desembolso de dinero total que tienen que hacer los inversionistas aumente a \$16.917.973.- al finalizar el segundo año, siendo \$2.538.735.- más que si no se solicitase el préstamo.

5.4.5. Ingresos del proyecto

Los ingresos del proyecto estarán dados exclusivamente por la venta de servicios de carácter prestacional al precio establecido de \$2.500.- para las sesiones individuales y de \$2.000.- para las sesiones grupales. Inicialmente, y al menos hasta que centro tenga un flujo de dinero tal que permita cubrir todos los costos de funcionamiento, no se brindará atención financiada por empresas de medicina prepagas ni obras sociales.

Como se ha comentado, la capacidad de producción máxima del centro es de 360 sesiones individuales semanales y de 120 pacientes en sesión grupal por semana.

Entendiendo que el año tiene 52 semana, se asignó arbitrariamente una media de 4,33 semanas a cada mes (52 semanas dividido 12 meses).

También se ha estimado en las tablas 6 y 7 la ocupación promedio anual de cada tipo de terapia, la cual se ha utilizado para realizar la estimación de ingresos anuales.

Tabla 25

Ingresos por Venta de Servicios por Año (Año 1 al 5).

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Sesiones individuales	\$9.828.000.	\$19.656.000.	\$29.484.000.	\$39.312.000.	\$39.780.000.
Sesiones Grupales	\$1.996.800.	\$3.868.800.	\$5.865.600.	\$7.862.400.	\$7.987.200.
Ingreso Total	\$11.824.800.	\$23.524.800.	\$35.349.600.	\$47.174.400.	\$47.767.200.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 26

Ingresos por Venta de Servicios por Año (Año 6 al 10).

	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10
Sesiones individuales	\$39.780.000.	\$39.780.000.	\$39.780.000.	\$39.780.000.	\$39.780.000.
Sesiones Grupales	\$7.987.200.	\$7.987.200.	\$7.987.200.	\$7.987.200.	\$7.987.200.
Ingreso Total	\$47.767.200.	\$47.767.200.	\$47.767.200.	\$47.767.200.	\$47.767.200.

Fuente: Elaboración propia.

5.4.6. Flujo de Caja

El Flujo de Caja refiere al registro sistemático de las inversiones, los ingresos, los egresos operacionales y de producción, pero también de los que tienen que ver con los impuestos.

Por esto último, resulta importante tener en cuenta el Impuestos a los Ingresos Brutos del 3% para empresas de salud que facturen anualmente montos iguales o inferiores a \$96.000.000 según la Ley Tarifaria sobre los Ingresos Brutos (Administración Gubernamental de Ingresos Brutos [AGIP], 2021).

Por otra parte, la Ley 27.630, Ley de Impuesto a las Ganancias (Boletín Oficial de la República Argentina, 2021) establece que las empresas que tengan una ganancia neta de entre 0 y \$5.000.000.- pagarán \$0.- más el 25% sobre el excedente de \$0.-, y si la ganancia neta es entre \$5.000.000.- y \$50.000.000.-, deberán pagar \$1.250.000.- más el 30% sobre el excedente de \$5.000.000.-, según se detalla en la Tabla 27.

Tabla 27

Impuesto a las Ganancias.

Ganancia neta imponible acumulada		Pagarán \$	Más el %	Sobre el excedente de \$
Más de \$	A \$			
0.-	5.000.000.-	0.-	25%	0.-
5.000.000.-	50.000.000.-	1.250.000.-	30%	5.000.000.-
50.000.000.-	En adelante	14.750.000.-	35%	50.000.000.-

Fuente: Boletín Oficial (2021).

A continuación, se plasma el Flujo de Caja establecido en el Análisis Económico por cada año evaluado:

Tabla 28

Flujo de Caja años 0 a 3.

Año	0	1	2	3
Ventas	-	\$11.824.800	\$23.524.800	\$35.349.600
Ingresos Brutos	-	-\$354.744	-\$705.744	-\$1.060.488
Costos Operacionales	-	-\$18.161.920	-\$22.851.280	-\$27.578.080
Depreciación/Amortización	-	-\$1.398.604	-\$1.398.604	-\$1.375.138
Resultado antes de Impuestos	-	-\$8.090.469	-\$1.430.829	\$5.335.893
Impuesto a las Ganancias	-	\$0	\$0	-\$1.350.768
Resultado Neto	-	-\$8.090.469	-\$1.430.829	\$3.985.125
Depreciación/Amortización	-	\$1.398.604	\$1.398.604	\$1.375.138
Recupero	-	-	-	-
Préstamo	-	-	-	-
Flujo de Fondos	-\$7.655.149	-\$6.691.864	-\$32.224	\$5.360.264

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 29

Flujo de Caja años 4 a 7.

Año	4	5	6	7
Ventas	\$47.174.400	\$47.767.200	\$47.767.200	\$47.767.200
Ingresos Brutos	-\$1.415.232	-\$1.433.016	-\$1.433.016	-\$1.433.016
Costos Operacionales	-\$32.304.880	-\$32.538.880	-\$32.538.880	-\$32.538.880
Depreciación/Amortización	-\$1.375.138	-\$1.375.138	-\$146.505	-\$146.505
Resultado antes de Impuestos	\$12.079.149	\$12.420.165	\$13.648.798	\$13.648.798
Impuesto a las Ganancias	-\$3.373.745	-\$3.476.050	-\$3.844.640	-\$3.844.640
Resultado Neto	\$8.705.404	\$8.944.116	\$9.804.159	\$9.804.159
Depreciación/Amortización	\$1.375.138	\$1.375.138	\$146.505	\$146.505
Recupero	-	-	-	-
Inversión Inicial	-	-	-	-
Préstamo	-	-	-	-
Flujo de Fondos	\$10.080.543	\$10.319.254	\$9.950.664	\$9.950.664

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 30

Flujo de Caja años 8 a 10.

Año	8	9	10
Ventas	\$47.767.200	\$47.767.200	\$47.767.200
Ingresos Brutos	-\$1.433.016	-\$1.433.016	-\$1.433.016
Costos Operacionales	-\$32.538.880	-\$32.538.880	-\$32.538.880
Depreciación/Amortización	-\$ 146.505	-\$ 146.505	-\$ 146.505
Resultado antes de Impuestos	\$13.648.798	\$13.648.798	\$13.648.798
Impuesto a las Ganancias	-\$3.844.640	-\$3.844.640	-\$3.844.640
Resultado Neto	\$9.804.159	\$9.804.159	\$9.804.159
Depreciación/Amortización	\$146.505	\$146.505	\$146.505
Recupero	-	-	\$130.000
Inversión Inicial	-	-	-
Préstamo	-	-	-
Flujo de Fondos	\$9.950.664	\$9.950.664	\$10.080.664

Fuente: Elaboración propia.

5.4.7. Punto de Equilibrio Contable

El Punto de Equilibrio Contable es el nivel de venta de servicios donde el ingreso total cubre exactamente los costos de producción totales.

En el presente proyecto, en el cual se asumió que el 79,75% de la venta de servicios en el primer año será a partir de sesiones individuales, y el restante 20,25% por sesiones grupales, el Punto de Equilibrio Contable será de \$2.523.545,87.- (1052 sesiones) mensuales, o \$30.282.550,44.- (12.624 sesiones) anuales.

Imagen 1

Punto de Equilibrio Contable.

Punto de Equilibrio

Honorarios por sesión	
Valor promedio	\$ 2.398,73

Costos Variables	Totales	Cantidad	Costo Unitario
Sueldos variables	\$ 393.900,00	411	\$ 958,86
Total	\$ 393.900,00		

Costos Fijos	
Costos Mercaderías	\$ 9.880,00
Gastos Operativos	\$ 947.213,37
Otros Egresos	\$ 19.500,00
Gastos de Marketing y Publicidad	\$ 143.000,00
IVA & Otros TAX pagados	\$ 395.200,00
Total	\$ 1.514.793,37

Costo Total	\$ 1.908.693,37
--------------------	------------------------

Análisis de cantidad

\$ 2.398,73	* X	- \$958,86	* X	- \$1.514.793,37	=	0	
\$ 2.398,73	-	\$958,86	* X		=	\$ 1.514.793,37	
			X		=	\$ 1.514.793,37	/ \$2.398,73 - \$958,86
			X		=	\$ 1.514.793,37	/ \$1.439,87
			X		=	1052,03	
			X		=	1052	Sesiones
En pesos:	1052	X	\$ 2.398,73			\$ 2.523.545,87	Facturación Mensual

Fuente: Elaboración propia.

5.4.8. Índices Financieros

A continuación, se presentan los índices financieros con los cuales se evalúan la rentabilidad y factibilidad económico-financiera del proyecto.

5.4.8.1. Tasa de Descuento

Para determinar el valor futuro de la inversión actual se utiliza la Tasa de Descuento.

Como en este análisis no se tomó en cuenta la tasa de inflación, la Tasa de Descuento se calculó de acuerdo con la fórmula sugerida por el profesor Aswath Damodaran (Damodaran, 2021):

$$\text{Tasa de Descuento} = T_{LR} + R_C \times \beta + R_P$$

Donde T_{LR} refiere a la tasa libre de riesgo. Usualmente se considera el bono a 10 años del Tesoro de los Estados Unidos, que es igual a 0,67%.

$R_C \times \beta$ es la tasa por el riesgo de invertir. Para esta tasa, Damodaran utiliza un valor medio de las empresas que cotizan en la bolsa de Nueva York, de 5,2%, y lo multiplica por una corrección Beta según la industria o sector. La corrección para los servicios de salud es de 1,17.

Por último, R_P es la tasa por el riesgo del mercado donde se realizará la inversión. Para esto se utiliza el Riesgo País, en cual tiene un valor promedio en Argentina desde el 2009 hasta el 2018 del 7,44% (Bosich, 2020).

$$14,2\% = 0,67\% + (5,2\% \times 1,17) + 7,44$$

En base a lo expuesto, se determinó que para la presente Tesis se utilizará una Tasa de Descuento del 15%.

5.4.8.2. Tiempo de Recupero

El tiempo que se tardará en recuperar la inversión realizada es de 3,89 años o 3 años y 11 meses.

La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$\text{Tiempo de Recupero} = a + \frac{(b - c)}{d}$$

Donde a es el año previo al que se recupera la inversión. En este caso 3.

b es la inversión que se hizo antes de iniciado el proyecto (-\$7.655.149.-).

c es el Flujo de Caja Acumulado del año previo al que se recupera la inversión (-\$1.363.825,19.-).

d es el Flujo de Caja del mismo año en que se recupera la inversión inicial (\$10.080.543.-).

Tabla 31

Flujo de Caja y Flujo de Caja Acumulado por año.

Año	Flujo de Caja	Flujo de Caja Acumulado
0	-\$7.655.149.-	-
1	-\$6.691.864.-	-\$6.691.864.-
2	-\$32.224.-	-\$6.724.089.-
3	\$5.360.264.-	-\$1.363.825.-
4	\$10.080.543.-	\$8.716.718.-
5	\$10.319.254.-	\$19.035.972.-
6	\$9.950.664.-	\$28.986.636.-
7	\$9.950.664.-	\$38.937.300.-
8	\$9.950.664.-	\$48.887.964.-
9	\$9.950.664.-	\$58.838.628.-
10	\$10.080.664.-	\$68.919.292.-

Fuente: Elaboración propia.

5.4.8.3. Valor Actual Neto (VAN)

Como se ha comentado, el Valor Actual Neto (VAN) se utiliza para determinar si es pertinente, o no, realizar la inversión inicial.

Se calcula el valor actual de todos los flujos de caja futuros, y se le resta la inversión total. Si el resultado es mayor que 0, indica cuánto se gana con el proyecto, luego de recuperar la inversión inicial, por sobre la Tasa de Descuento establecida.

Cuando es menor a 0, indica la cantidad de dinero que falta para lograr la Tasa de Descuento establecida, luego de recuperar la inversión.

El cálculo que se utilizó para su determinación es el siguiente:

$$VAN = -I_0 + \sum_{t=1}^n \frac{F_t}{(1+k)^t} = -I_0 + \frac{F_1}{(1+k)} + \frac{F_2}{(1+k)^2} + \dots + \frac{F_n}{(1+k)^n}$$

Fuente: Velayos Morales, V. (2014).

Donde F_t son los flujos de caja en cada periodo t ; I_0 es la inversión inicial ($t=0$); n es la cantidad de periodos de tiempo; k es la Tasa de Descuento.

Con una Tasa de Descuento del 15% como fue referido anteriormente, el VAN a 10 años de este proyecto es de \$17.536.054.-

Al obtenerse un VAN mayor a cero el proyecto debe ser aceptado debido a que se entiende que no sólo se recuperará la inversión inicial, sino que también se podrán obtener beneficios.

5.4.8.4. Tasa Interna de Retorno (TIR)

La Tasa Interna de Retorno es la Tasa de Descuento que hace que el VAN del proyecto sea igual a cero.

La fórmula para calcular la TIR es la siguiente:

$$VAN = -I_0 + \sum_{t=1}^n \frac{F_t}{(1+TIR)^t} = -I_0 + \frac{F_1}{(1+TIR)} + \frac{F_2}{(1+TIR)^2} + \dots + \frac{F_n}{(1+TIR)^n} = 0$$

Fuente: Sevilla Arias, A. (2014).

La TIR del proyecto de creación del Centro de Salud Mental es 35%. Al ser esta mayor que la Tasa de Descuento del 15%, indica que el proyecto debe ser aceptado.

5.4.8.5. Análisis de Sensibilidad

El análisis de sensibilidad nos permite comprobar el comportamiento del proyecto frente a modificaciones de las variables críticas. Para esto hay que precisar el porcentaje de variación de las variables, calcular el nuevo VAN y TIR e interpretar los resultados.

Para el presente proyecto, se determinó que la variable crítica es el porcentaje de ocupación de la producción máxima de servicios del centro.

Como ha sido referido previamente, el porcentaje de ocupación tanto para sesiones individuales como grupales se estima que crecerá anualmente según se estableció en las Tablas 6 y 7, con un mínimo de 21% para sesiones individuales y del 16% para sesiones grupales el primer año, y un máximo de 85% y 64% para cada una de ellas.

Para el análisis de sensibilidad se determinó una variación, en más y en menos, del 30% a los porcentajes ya asignados, manteniendo la estimación máxima de ocupación, como se detalla en la siguiente tabla.

Tabla 32

Porcentajes de ocupación según escenarios del análisis de sensibilidad.

Año	Escenario Estimado		Mejor Escenario		Peor Escenario	
	Sesiones Individuales	Sesiones Grupales	Sesiones Individuales	Sesiones Grupales	Sesiones Individuales	Sesiones Grupales
1	21%	16%	27,3%	20,8%	14,7%	11,2%
2	42%	31%	54,6%	41,6%	29,4%	22,4%
3	63%	47%	81,9%	62,4%	44,1%	33,6%
4	84%	63%	85%	64%	58,8%	44,8%
5	85%	64%	85%	64%	73,5%	56%
6	85%	64%	85%	64%	85%	64%
7	85%	64%	85%	64%	85%	64%
8	85%	64%	85%	64%	85%	64%
9	85%	64%	85%	64%	85%	64%
10	85%	64%	85%	64%	85%	64%
Promedio	72%	54%	75,9%	57,3%	64,6%	49,3%

Fuente: Elaboración propia.

5.4.8.5.1. Peor Escenario

En este escenario, el flujo de caja y flujo de caja acumulado por año se establecen de la siguiente forma:

Tabla 33

Flujo de Caja y Flujo de Caja Acumulado en el peor escenario del Análisis de Sensibilidad.

Año	Flujo de Caja	Flujo de Caja Acumulado
0	-\$7.208.580.-	-
1	-\$8.714.841.-	-\$8.714.841.-
2	-\$3.994.562.-	-\$12.709.403.-
3	\$725.717.-	-\$11.983.686.-
4	\$4.405.599.-	-\$7.578.087.-
5	\$7.751.715.-	\$173.628.-
6	\$9.950.239.-	\$10.123.867.-
7	\$9.950.239.-	\$20.074.106.-
8	\$9.950.239.-	\$30.024.345.-
9	\$9.950.239.-	\$39.974.584.-
10	\$10.080.239.-	\$50.054.823.-

Fuente: Elaboración propia.

Manteniendo la Tasa de Descuento del 15%, el VAN en este escenario es de \$5.658.230.- y la TIR de 20%. Por su parte, el Tiempo de Recupero es de 5 años y 9 meses.

Estos nos indica que aún en un escenario desfavorable, en el cual el Centro tenga una progresión en la venta de servicios un 30% menor de lo esperado, el proyecto continúa siendo viable y con potencialidad de generar ganancias futuras debido a que la VAN es mayor a 0 (cero) y la TIR es mayor a la Tasa de Descuento, si bien el Tiempo de Recupero es mayor a 5 años.

5.4.8.5.2. Mejor Escenario

En un mejor escenario como el que se plantea en este apartado, los flujos de caja por año se estiman de la siguiente manera:

Tabla 34

Flujo de Caja y Flujo de Caja Acumulado en el mejor escenario del Análisis de Sensibilidad.

Año	Flujo de Caja	Flujo de Caja Acumulado
0	-\$8.101.718.-	-
1	-\$4.668.888.-	-\$4.668.888.-
2	\$3.446.406.-	-\$1.222.482.-
3	\$9.693.415.-	\$8.470.933.-
4	\$10.345.623.-	\$18.816.556.-
5	\$10.345.623.-	\$29.162.179.-
6	\$9.950.239.-	\$39.112.418.-
7	\$9.950.239.-	\$49.062.657.-
8	\$9.950.239.-	\$59.012.896.-
9	\$9.950.239.-	\$68.963.134.-
10	\$10.080.239.-	\$79.043.373.-

Fuente: Elaboración propia.

Manteniendo la Tasa de Descuento del 15%, el VAN en este escenario es de \$24.492.018.-, la TIR de 46%, y el Tiempo de Recupero de 2 años y 9 meses.

Como es de esperar por los resultados obtenidos anteriormente, un incremento del 30% en la velocidad y tasa de ocupación a lo esperado, el proyecto es viable y permite estimar mayores ganancias futuras.

5.5. Análisis de la Factibilidad Económica y Financiera del Centro de Atención Presencial con la Incorporación de Telemedicina

5.5.1. Tasa de Inflación

Como se ha establecido en el Apartado 5.4.1, no se ha incluido la Tasa de Inflación.

5.5.2. Inversión

5.5.2.1. Activos Fijos

Como se estableció en el Apartado 5.4.2.1, el total de la inversión para los activos fijos es de \$2.024.893.-. La incorporación de la atención por telemedicina no aumenta la necesidad de inversión en Activos Fijos.

5.5.2.2. Activos Diferidos

A la descripción de los Activos Diferidos del Apartado 5.4.2.2 se le agregará una suma fija de \$500.000.- más al plan de marketing de entrada al mercado, para tener una mejor posición de marca y posibilidad de captar clientes desde el inicio del proyecto.

Tabla 35

Costo de los Activos Diferidos para la atención presencial y por telesalud mental.

Activos Diferidos	Costo
Constitución de la Empresa	\$77.234.-
Habilitación	\$13.600.-
Honorarios Arquitectura	\$37.500.-
Alquiler y expensas x 2 meses inoperante	\$280.000.-
Comisiones Inmobiliarias x 36 meses	\$194.220.-
Depósito de Alquiler	\$130.000.-
Plan de Marketing	\$1.000.000.-
Total	\$1.732.554.-

Fuente: Elaboración propia.

5.5.2.3. Capital de Trabajo

Como se refirió en el Apartado 5.4.2.3. se intentará cubrir los costos asociados al funcionamiento del centro (sueldos, honorarios, servicios básicos, seguro comercial, software de la Historia Clínica Electrónica (HCE), contabilidad tercerizada, marketing y publicidad mensual, ropa de los administrativos, papelería y útiles, previsión de reparaciones generales), durante un período hasta que se obtenga un flujo constante de recursos económicos, estimado en 3 meses.

Como se ha descrito en el Apartado 5.3.5., al Capital de Trabajo asignado para el Centro de Atención de la Salud Mental exclusivamente presencial hay que sumarle los costos asociados a los honorarios de los profesionales que atenderán a los pacientes de manera virtual, como también agregar los costos de la utilización de la Historia Clínica Electrónica que permite atención por telesalud mental.

A su vez, se ha decidido que la inversión mensual en publicidad sea de \$75.000.- más, es decir, del doble que en el centro de atención presencial exclusiva.

También es necesario sumar los costos asociados a la contratación de más administrativos, aunque durante el primer año de funcionamiento se requerirá la misma cantidad que con atención exclusivamente presencial, es decir, dos administrativos.

Se ha estimado, para el primer año de funcionamiento, una ocupación del 21% para sesiones individuales y el 16% para sesiones grupales, tanto presenciales como por telemedicina, quedando la tabla de Inversión de Capital de Trabajo de la siguiente manera:

Tabla 36

Inversión en Capital de Trabajo para atención presencial y virtual.

	1er mes	2do mes	3er mes	Total
Sueldos	\$640.532.-	\$640.532.-	\$640.532.-	\$1.921.596.-
Honorarios	\$917.280.-	\$917.280.-	\$917.280.-	\$2.751.840.-
Servicios	\$16.591.-	\$16.591.-	\$16.591.-	\$49.773.-
Seguro Comercial	\$12.628.-	\$12.628.-	\$12.628.-	\$37.884.-
Historia Clínica Electrónica	\$120.330.-	\$120.330.-	\$120.330.-	\$360.990.-
Ropa Administrativos	\$3.588.-	\$3.588.-	\$3.588.-	\$10.764.-
Contabilidad Tercerizada	\$19.500.-	\$19.500.-	\$19.500.-	\$58.500.-
Marketing y Publicidad	\$218.000.-	\$218.000.-	\$218.000.-	\$654.000.-
Limpieza Tercerizada más insumos	\$70.780.-	\$70.780.-	\$70.780.-	\$212.340.-
Papelería y Útiles	\$13.095.-	\$13.095.-	\$13.095.-	\$39.285.-
Reparaciones	\$50.000.-	\$50.000.-	\$50.000.-	\$150.000.-
Total	\$1.394.590.-	\$1.394.590.-	\$1.394.590.-	\$6.246.972.-

Fuente: Elaboración Propia.

5.5.3. Depreciación y amortización

Respecto a la depreciación de los activos fijos se mantendrá sin modificaciones respecto al Apartado 5.4.3.

Sin embargo, la amortización se modificará debido a que se incorporaron \$500.000.- más al plan de marketing de entrada, quedando la misma de la siguiente manera:

Tabla 37

Amortización de los Activos Diferidos.

	Valor	Vida Útil	Amortización
Constitución de la Empresa	\$77.234.-	5	\$15.446,8.-
Habilitación	\$13.600.-	5	\$2.720,0.-
Honorarios Arquitectura	\$37.500.-	5	\$37.500,0.-
Alquiler y expensas x 2 meses inoperante	\$280.000.-	5	\$56.000,0.-
Comisiones Inmobiliarias x 36 meses	\$194.220.-	5	\$38.844.-
Depósito de Alquiler	\$130.000.-	5	\$26.000.-
Plan de Marketing	\$1.000.000.-	5	\$200.000.-

Fuente: Elaboración Propia.

5.5.4. Financiamiento

La financiación del proyecto será únicamente por el capital contable aportado por los inversionistas. En el caso del centro con atención tanto presencial como virtual, la inversión inicial será, como se verá más adelante, de \$10.004.415.-, y se requerirá una extra de inversión para cubrir los costos de funcionamiento del primer año de \$1.523.402.-, haciendo un total de \$11.527.817.-.

5.5.5. Ingresos del proyecto

Los ingresos del proyecto de atención presencial y a distancia se darán por la venta de servicios de carácter prestacional al precio de \$2.500.- para las sesiones individuales presencial, de \$2.000.- para las sesiones grupales presencial, \$2.300.- de las sesiones individuales por telemedicina y \$1.800.- de las sesiones grupales virtuales. Se aclara nuevamente que no se atenderá inicialmente pacientes por obra social o prepaga.

Como se comentó antes, la capacidad de producción máxima del centro es de 720 sesiones individuales semanales (360 presenciales y 360 por telemedicina) y de 240 pacientes en sesión grupal por semana (120 presenciales y 120 por telemedicina), y la ocupación será la estimada para cada año en las tablas 6 y 7.

Tabla 38

Ingresos por Venta de sesiones presenciales y por telemedicina por Año (Año 1 al 5).

	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5
Sesiones IP ^{*1}	\$9.828.000	\$19.656.000	\$29.484.000	\$39.312.000	\$39.780.000
Sesiones IT ^{*2}	\$9.041.760	\$9.041.760	\$27.125.280	\$36.167.040	\$36.597.600
Sesiones GP ^{*3}	\$1.996.800	\$3.868.800	\$5.865.600	\$7.862.400	\$7.987.200
Sesiones GT ^{*4}	\$1.797.120	\$3.481.920	\$5.279.040	\$7.076.160	\$7.188.480
Ingreso Total	\$22.663.680	\$45.090.240	\$67.753.920	\$90.417.604	\$91.553.280

^{*1}IP: Individuales Presencial; ^{*2}IT: Individuales por Telemedicina; ^{*3}GP: Grupales Presencial.; ^{*4}GT: Grupales por Telemedicina.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 39

Ingresos por Venta de sesiones presenciales y por telemedicina por Año (Año 6 al 10).

	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10
Sesiones IP ^{*1}	\$39.780.000	\$39.780.000	\$39.780.000	\$39.780.000	\$39.780.000
Sesiones IT ^{*2}	\$36.597.600	\$36.597.600	\$36.597.600	\$36.597.600	\$36.597.600
Sesiones GP ^{*3}	\$7.987.200	\$7.987.200	\$7.987.200	\$7.987.200	\$7.987.200
Sesiones GT ^{*4}	\$7.188.480	\$7.188.480	\$7.188.480	\$7.188.480	\$7.188.480
Ingreso Total	\$91.553.280	\$91.553.280	\$91.553.280	\$91.553.280	\$91.553.280

^{*1}IP: Individuales Presencial; ^{*2}IT: Individuales por Telemedicina; ^{*3}GP: Grupales Presencial.; ^{*4}GT: Grupales por Telemedicina.

Fuente: Elaboración propia.

5.5.6. Flujo de Caja

El Flujo de Caja de los 10 años de ejercicio estimados para la atención combinada presencial y por telemedicina es el siguiente:

Tabla 40

Flujo de Caja años 0 a 3 de atención presencial y por telemedicina.

Año	0	1	2	3
Ventas	-	\$22.663.680	\$45.090.240	\$67.753.920
Ingresos Brutos	-	-\$679.910	-\$1.352.707	-\$2.032.618
Costos Operacionales	-	-\$23.507.172	-\$33.480.751	-\$43.525.466
Depreciación/Amortización	-	-\$1.874.128	-\$1.874.128	-\$1.843.574
Resultado antes de Impuestos	-	-\$3.397.530	\$8.382.654	\$20.352.262
Impuesto a las Ganancias	-	\$0	-\$2.264.796	-\$5.855.679
Resultado Neto	-	-\$3.397.530	\$6.117.858	\$14.496.584
Depreciación/Amortización	-	\$1.874.128	\$1.874.128	\$1.843.574
Recupero	-	-	-	-
Préstamo	-	-	-	-
Flujo de Fondos	-\$10.004.415	-\$1.523.402	\$7.991.986	\$16.340.158

Fuente: Elaboración propia.

Flujo de Caja años 4 a 7 de atención presencial y por telemedicina.

Año	4	5	6	7
Ventas	\$90.417.600	\$91.553.280	\$91.553.280	\$91.553.280
Ingresos Brutos	-\$2.712.528	-\$2.746.598	-\$2.746.598	-\$2.746.598
Costos Operacionales	-\$53.570.181	-\$54.018.712	-\$54.018.712	-\$54.018.712
Depreciación/Amortización	-\$1.843.574	-\$1.843.574	-\$145.088	-\$145.088
Resultado antes de Impuestos	\$32.291.317	\$32.944.395	\$34.642.882	\$34.642.882
Impuesto a las Ganancias	-\$9.437.395	-\$9.633.319	-\$10.142.864	-\$10.142.864
Resultado Neto	\$22.853.922	\$23.311.077	\$24.500.017	\$24.500.017
Depreciación/Amortización	\$1.843.574	\$1.843.574	\$145.088	\$145.088
Recupero	-	-	-	-
Inversión Inicial	-	-	-	-
Préstamo	-	-	-	-
Flujo de Fondos	\$24.697.496	\$25.154.651	\$24.645.105	\$24.645.105

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 42

Flujo de Caja años 8 a 10 de atención presencial y por telemedicina.

Año	8	9	10
Ventas	\$91.553.280	\$91.553.280	\$91.553.280
Ingresos Brutos	-\$2.746.598	-\$2.746.598	-\$2.746.598
Costos Operacionales	-\$54.018.712	-\$54.018.712	-\$54.018.712
Depreciación/Amortización	-\$145.088	-\$145.088	-\$145.088
Resultado antes de Impuestos	\$34.642.882	\$34.642.882	\$34.642.882
Impuesto a las Ganancias	-\$10.142.864	-\$10.142.864	-\$10.142.864
Resultado Neto	\$24.500.017	\$24.500.017	\$24.500.017
Depreciación/Amortización	\$145.088	\$145.088	\$145.088
Recupero	-	-	\$130.000
Inversión Inicial	-	-	-
Préstamo	-	-	-
Flujo de Fondos	\$24.645.105	\$24.645.105	\$24.775.105

Fuente: Elaboración propia.

5.5.7. Punto de Equilibrio Contable

El Punto de Equilibrio Contable para el proyecto de atención presencial y por telemedicina será de \$4.165.565,34.- (1820 sesiones) mensuales, o \$49.986.784,08.- (21.840 sesiones) anuales.

Imagen 2

Punto de Equilibrio Contable para la atención presencial y por telemedicina.

Punto de Equilibrio

Honorarios por sesión	
Valor promedio	\$ 2.288,51

Costos Variables	Totales	Cantidad	Costo Unitario
Sueldos variables	\$ 755.289,60	822	\$ 919,29
Total	\$ 755.289,60		

Costos Fijos	
Costos Mercaderías	\$ 18.928,00
Gastos Operativos	\$ 1.478.718,37
Otros Egresos	\$ 19.500,00
Gastos de Marketing y Publicidad	\$ 218.000,00
IVA & Otros TAX pagados	\$ 757.120,00
Total	\$ 2.492.266,37

Costo Total	\$ 3.247.555,97
--------------------	------------------------

Análisis de cantidad

$$\begin{aligned}
 \$ 2.288,51 * X - \$919,29 * X - \$2.492.266,37 &= 0 \\
 \$ 2.288,51 - \$919,29 * X &= \$ 2.492.266,37 \\
 X &= \$ 2.492.266,37 / \$2.288,51 - \$919,29 \\
 X &= \$ 2.492.266,37 / \$1.369,22 \\
 X &= 1820,21 \\
 X &= \mathbf{1820} \text{ Sesiones} \\
 \text{En pesos: } 1820 * X &= \$ 2.288,51 \mathbf{\$ 4.165.565,34} \text{ Facturación Mensual}
 \end{aligned}$$

Fuente: Elaboración propia.

5.5.8. Índices Financieros

5.5.8.1. Tasa de Descuento

La Tasa de Descuento es del 15%, la misma que fue utilizada previamente.

5.5.8.2. Tiempo de Recupero

El tiempo que se tardará en recuperar la inversión realizada es de 3,22 años o 3 años y 3 meses.

La fórmula utilizada fue la siguiente:

$$\text{Tiempo de Recupero} = a + \frac{(b - c)}{d}$$

Donde a es el año previo al que se recupera la inversión. En este caso 3.

b es la inversión que se hizo antes de iniciado del proyecto (-\$10.004.415.-).

c es el Flujo de Caja Acumulado del año previo al que se recupera la inversión (\$6.468.584.-).

d es el Flujo de Caja del mismo año en que se recupera la inversión inicial (\$16.340.158.-).

Tabla 43

Flujo de Caja y Flujo de Caja Acumulado por año.

Año	Flujo de Caja	Flujo de Caja Acumulado
0	-\$10.004.415.-	-
1	-\$1.523.402.-	-\$1.523.402.-
2	\$7.991.986.-	\$6.468.584.-
3	\$16.340.158.-	\$22.808.741.-
4	\$24.697.496.-	\$47.506.237.-
5	\$25.154.651.-	\$72.660.888.-
6	\$24.645.105.-	\$97.305.992.-
7	\$24.645.105.-	\$121.951.097.-
8	\$24.645.105.-	\$146.596.202.-
9	\$24.645.105.-	\$171.241.307.-
10	\$24.775.105.-	\$196.016.411.-

Fuente: Elaboración propia.

5.5.8.3. Valor Actual Neto (VAN)

El VAN a 10 años para proyecto de atención presencial y por telemedicina es de \$73.191.075.-.

Por obtenerse un VAN mayor a cero el proyecto debe ser aceptado.

5.5.8.4. Tasa Interna de Retorno (TIR)

La TIR del proyecto de creación del Centro de Salud Mental que brinde atención presencial y a distancia por telesalud mental es 78%.

Por ser mayor a la Tasa de Descuento del 15%, el proyecto debe ser aceptado.

5.6. Evaluación Comparada de la Factibilidad Económico-Financiera del Centro de Atención Presencial con aquel que Combina Atención Presencial con Telemedicina

A partir de los estudios económico-financieros desarrollados en los apartados 5.4. Estudio Económico y Financiero del Centro de Atención Presencial y 5.5. Análisis de la Factibilidad Económica y Financiera del Centro de Atención Presencial con la Incorporación de Telemedicina, se pueden establecer las siguientes comparaciones.

5.6.1. Comparación de las Inversiones

5.6.1.1. Comparación de los Activos Fijos

La inversión en activos fijos será igual en ambos proyectos, requiriéndose una inversión de \$2.024.893.-.

5.6.1.2. Comparación de los Activos Diferidos

La inversión en activos diferidos será \$500.000.- mayor en el proyecto que conjuga atención presencial con telemedicina debido a que se requerirá llegar, a través del marketing y la publicidad, inicialmente a una mayor cantidad de personas para poder lograr la producción deseada.

Tabla 44

Comparación de los Costos de los Activos Diferidos.

Proyecto	Activos Diferidos
Atención presencial	\$1.232.554.-
Atención presencial más telemedicina	\$1.732.554.-
Diferencia	\$500.000.-

Fuente: Elaboración propia.

5.6.1.3. Comparación del Capital de Trabajo

El Capital de Trabajo requerido para el proyecto de atención presencial y a distancia será mayor debido a que se requerirá cubrir mayores costos por honorarios profesionales equivalente a \$1.375.920.-, por la contratación de HCE por \$248.346.-, y por la inversión de marketing y publicidad por \$225.000.-, haciendo un total de \$1.849.266.-.

Tabla 45

Comparación de Capital de Trabajo.

Proyecto	Capital de Trabajo
Atención presencial	\$4.397.706.-
Atención presencial más telemedicina	\$6.246.972.-
Diferencia	\$1.849.266.-

Fuente: Elaboración propia.

5.6.2. Comparación de la Depreciación y Amortización

La Depreciación será la misma en ambos proyectos tal como se destaca en la Tabla 22.

Sin embargo, la Amortización del proyecto de atención presencial y por telesalud mental tendrá una diferencia de \$100.000 anuales más alta debido al plan de marketing referido en los Activos Diferidos.

Tabla 46

Comparación de Amortizaciones.

Proyecto	Amortización anual
Atención presencial	\$276.510,8.-
Atención presencial más telemedicina	\$376.510,8.-
Diferencia	\$100.000.-

Fuente: Elaboración propia.

5.6.3. Comparación del Financiamiento

De acuerdo con la comparación de los Flujos de Caja de ambos proyectos, se estableció que el Centro de Atención exclusivamente presencial requerirá una inversión total de

\$14.379.238.- y el Centro de Atención presencial y virtual necesitará una inversión total de \$11.527.817.-.

Esta menor inversión total del proyecto de atención combinada está dada por la obtención de mayores ingresos en cada ejercicio anual, a pesar de que se requiere una mayor inversión inicial.

Tabla 47

Comparación de Financiamientos.

Proyecto	Financiamiento
Atención presencial	\$14.379.238.-
Atención presencial más telemedicina	\$11.527.817.-
Diferencia	\$2.851.421.-

Fuente: Elaboración propia.

5.6.4. Comparación de los Ingresos

Los beneficios esperados para el proyecto de atención presencial y a distancia son mayores a los proyectados para el centro de atención presencial debido a una mayor producción posible en el primero. El centro exclusivamente presencial ve limitada su capacidad máxima de producción por el ambiente físico.

Tabla 48

Comparación de Beneficios Totales Anuales.

Año	Atención presencial	Atención presencial más telemedicina
1	\$11.824.800.-	\$22.663.680.-
2	\$23.524.800.-	\$45.090.240.-
3	\$35.349.600.-	\$67.753.920.-
4	\$47.174.400.-	\$90.417.604.-
5	\$47.767.200.-	\$91.553.280.-
6	\$47.767.200.-	\$91.553.280.-
7	\$47.767.200.-	\$91.553.280.-
8	\$47.767.200.-	\$91.553.280.-
9	\$47.767.200.-	\$91.553.280.-
10	\$47.767.200.-	\$91.553.280.-
Total	\$404.476.800.-	\$775.245.124.-
Diferencia		\$370.768.324.-

Fuente: Elaboración propia.

5.6.5. Comparación de los Flujos de Caja

Como es de esperar basado en lo descrito, los Flujo de Caja de ambos proyectos diferirán condicionados por las distintas inversiones requeridas, tanto iniciales como a lo largo de los ejercicios, y de los beneficios obtenidos, tal como se destaca en la siguiente tabla.

Tabla 49

Comparación de Flujos de Caja Anuales.

Año	Atención presencial	Atención presencial más telemedicina
0	-\$7.655.149.-	-\$10.004.415.-
1	-\$6.691.864.-	-\$1.523.402.-
2	-\$32.224.-	\$7.991.986.-
3	\$5.360.264.-	\$16.340.158.-
4	\$10.080.543.-	\$24.697.496.-
5	\$10.319.254.-	\$25.154.651.-
6	\$9.950.664.-	\$24.645.105.-
7	\$9.950.664.-	\$24.645.105.-
8	\$9.950.664.-	\$24.645.105.-
9	\$9.950.664.-	\$24.645.105.-
10	\$10.080.664.-	\$24.775.105.-
Totales	\$61.264.144.-	\$186.011.999.-
Diferencia		\$124.747.855.-

Fuente: Elaboración propia.

5.6.6. Comparación de los Puntos de Equilibrio Contable

El punto de equilibrio contable esperable para el proyecto de atención presencial será de \$2.523.545,87.-, equivalente a 1052 sesiones promedio, y el del proyecto de atención presencial con telemedicina será de \$4.165.565,34.- o 1820 sesiones promedio.

Por lo expuesto, se requieren ingresos \$1.642.019,47.- mayores en el proyecto de atención combinada para que los ingresos sean iguales a los egresos.

5.6.7. Comparación de los Índices Financieros

5.6.7.1. Comparación de las Tasa de Descuento

La Tasa de Descuento utilizada fue del 15%, la misma en ambos proyectos.

5.6.7.2. Comparación del Tiempo de Recupero

El tiempo de recupero del proyecto que combina la atención presencial y a distancia será 7 meses, 20 días y 16 horas menos que el tiempo de recupero del centro de atención exclusivamente presencial.

5.6.7.3. Comparación de los VAN

El Valor Actual Neto del centro de atención ambulatoria presencial es de \$17.536.054., mientras que el del centro de atención presencial y por telemedicina es de \$73.191.075.- a la misma tasa de descuento del 15%, habiendo una diferencia de \$55.655.021.-.

5.6.7.4. Comparación de las TIR

La Tasa Interna de Retorno del proyecto de atención presencial nos indica que la tasa de descuento necesaria para que el VAN sea 0 es del 35%, mientras que la tasa de descuento del proyecto de atención combinada para que el VAN sea igual a 0 es del 78%.

6. Conclusiones

Una de las conclusiones principales de la presente Tesis es que la creación e implementación de una Centro de Atención Ambulatoria de Salud Mental es factible tanto

técnica, administrativa, como económica y financieramente, aún en uno de los peores escenarios proyectados.

Si bien en la Estimación de Mercado se ha determinado que la oferta de atención ambulatoria de salud mental es abundante, determinado principalmente por la gran cantidad de profesionales de la salud dedicados a la atención de este tipo de padecimientos, la demanda potencial por parte de la población es alta debido a la alta prevalencia de los trastornos mentales.

Por otro lado, la cantidad de pacientes requeridos para que el proyecto sea viable es bajo en comparación con los potenciales clientes. Por ejemplo, para que el proyecto de atención exclusivamente presencial se requieran aproximadamente 252 pacientes, de los 8.959 potenciales clientes (2,81% del total), que concurran a las, en promedio, 4,3 sesiones individuales mensuales para que sea factible económica y financieramente.

La estimación de 8.959 pacientes potenciales fue realizada a partir de la asunción de que sólo el 1% de las casi 900.000 potenciales personas con padecimientos de salud mental pueden asumir el costo privado de un tratamiento con las características del proyecto.

En la misma línea, para el Centro de atención presencial y por telemedicina se requerirán 434 pacientes semanales, pero los potenciales clientes aumentan a aproximadamente 113.974 personas a lo largo del país.

Por su parte, el servicio de atención a la salud mental tiene posibilidad de diferenciación a través de la incorporación de tratamientos psicoterapéuticos basados en teorías que tengan aval científico de efectividad, complementación de distintas prácticas de tratamiento como terapias individuales, terapias grupales, talleres psicoeducativos, tratamientos psicofarmacológicos, todo en un mismo lugar.

Asimismo, es posible generar una diferenciación a través del prestigio de los profesionales que allí trabajen, como también a través del precio del tratamiento.

A partir del Estudio Técnico se ha determinado que es factible la implementación física del establecimiento debido a que los requerimientos para la habilitación de un centro de

atención ambulatoria de salud mental se amoldan a la disponibilidad de locales u oficinas en alquiler, o son susceptibles de su adaptación arquitectónica.

El tamaño del proyecto se determinó basado en el mejor local disponible de acuerdo con la ubicación y dimensión. La estimación de la ocupación promedio anual fue realizada con porcentajes conservadores para intentar exigir al estudio de factibilidad lo máximo posible.

Por otro lado, los requerimientos de equipamientos son fácilmente obtenibles debido a que la atención de la salud mental no requiere de grandes inversiones ni aparatología para su realización.

Si bien la presente Tesis tomó como recurso necesario la Historia Clínica Electrónica (HCE), es importante tener en cuenta que las Historias Clínicas pueden ser realizadas en papel, por lo que de ser necesario se puede ahorrar su costo de implementación y operación.

Sin embargo, se ha optado por incluir la HCE con la intención de que sea un recurso diferencial en comparación con algunos de los establecimientos de la competencia, pero también debido a que, a partir de la contratación de un complemento de esta, permite la incorporación de la atención por telemedicina con los estándares de calidad y seguridad requeridos para brindar un servicio diferencial.

Continuando, el Estudio Administrativo ha dejado de manifiesto que no es necesaria una estructura organizacional compleja, permitiendo un adecuado funcionamiento con el personal mínimo.

Para esto, se requerirá un profesional para la Dirección Médica, otro para la Coordinación General, y entre 2 y 5 administrativos, de acuerdo con el nivel de producción.

Por su parte, la cantidad de profesionales que se dediquen a la atención de los pacientes también dependerá del nivel de actividad del centro, necesitándose más profesionales cuanta mayor actividad haya.

Es importante destacar que la atención por telemedicina implicará mayores costos, pero especialmente relacionados a una mayor producción, como ser más honorarios profesionales, mayor contratación de administrativos, mayores costos relacionados a la contratación de Historia Clínicas Electrónicas, y mayores gastos en marketing y publicidad, para llegar a mayor cantidad de prospectos.

A su vez, basados en los Estudios Económico-Financieros podemos establecer que todas las evaluaciones realizadas indican que el proyecto es viable en cualquiera de sus formas y en cualquiera de los escenarios evaluados.

En la Tesis no se ha tenido en cuenta la Tasa de Inflación debido a que en un país en el cual esta tasa fluctúa ampliamente año a año, resulta muy difícil predecir qué sucederá con ésta en los años siguientes, pero mucho más difícil es predecir qué sucederá dentro de 10 años, como en la proyección realizada. Sin embargo, es importante resaltar que, al no utilizar esta Tasa, los valores obtenidos pueden tener una menor capacidad de estimación.

Por esta razón, se han tomado todos los costos e ingresos al mes de julio de 2021, aunque se explicita que, en el caso de la implementación real del proyecto, los valores tendrán que ser actualizados constantemente en base a la inflación existente.

Resulta significativo destacar que la mayor dificultad para la implementación estará dada por el financiamiento, que, de acuerdo con el proyecto del que se esté tratando, oscilará entre los \$11.527.817.- (con telemedicina) y los \$14.379.238.- (sin telemedicina).

En todos los casos, el centro dará pérdidas al menos el primer año de funcionamiento, pero se recuperará la inversión antes de los 5 años, tiempo límite estipulado como adecuado para el tiempo de recupero, excepto en el peor escenario estimado para el centro de atención exclusivamente presencial, donde la recuperación se dará algunos meses luego de cumplidos los 5 años de funcionamiento.

Finalmente, y a modo de conclusión, resulta importante resaltar que la implementación de la atención por telemedicina tiene un impacto moderado en los costos de ejecución, pero posibilita llegar a un mayor número de personas a lo largo y a lo ancho del país, aumentando enormemente los potenciales clientes y, por lo tanto, aumentando los

ingresos del proyecto, y obteniendo una recuperación más acelerada de la inversión y una mayor potencialidad de ganancias futuras.

Todo esto es posible conservado los mismos estándares de calidad que en la atención presencial, y obteniendo los mismos resultados de efectividad de los tratamientos brindados.

Tabla 50

Resumen de las conclusiones según modalidad de atención y escenario.

	Presencial	Presencial peor escenario	Presencial mejor escenario	Presencial y telemedicina
Demanda	1	1	1	+++
Factibilidad Técnica	Si	Si	Si	Si
HCE	Si	Si	Si	Si
Complemento Telemedicina	No	No	No	Si
Factibilidad Administrativa	Si	Si	Si	Si
Recursos Humanos	1	<	+	+++
Factibilidad Económica	Si	Si	Si	Si
Costos totales	1	<	+	++
Ingresos	1	<	+	+++
Financiamiento	1	++	<	<
Punto de Equilibrio	1052 sesiones	1052 sesiones	1052 sesiones	1820 sesiones
Tiempo de Recupero	3,89 años	5,71 años	2,71 años	3,22 años
VAN	\$17.536.054.-	\$5.658.230.-	\$24.492.018.-	\$73.191.075.-
TIR	35%	20%	46%	78%

Nota: 1 = Valor estándar basado en el ejercicio de atención presencial exclusiva.

Fuente: Elaboración propia.

7. Conflicto de intereses

El autor de la presente Tesis trabaja como Coordinador Asistencial y Médico Especialista en Psiquiatría en la institución CIPSE, y es el encargado de la realización del proyecto de expansión de esta.

Se deja constancia que la Tesis no presentó financiamiento alguno, y fue realizada por exclusiva iniciativa del autor.

8. Bibliografía

- Administración Gubernamental de Ingresos Públicos. (Julio, 2021). *Ley Tarifaria para el Año 2020. Impuesto sobre los Ingresos Brutos*. Recuperado de <https://www.agip.gob.ar/filemanager/source/Normativas/2019/Ley%20Tarifaria%202020.pdf>
- Alfuraydan, M., Croxall, J., Hurt, L., Kerr, M., & Brophy, S. (2020). Use of telehealth for facilitating the diagnostic assessment of Autism Spectrum Disorder (ASD): A scoping review. *PLoS ONE*, 15(7), e0236415.
- Alonso, M., & Klinar, D. (2016). Los psicólogos en Argentina. Relevamiento cuantitativo 2015: Resultados Preliminares. *In Memorias del VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornada de Investigación y XII Encuentro de Investigadores de Psicología del Mercosur*, (pp. 23-26).
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
- Baer, L., Cukor, P., Jenike, M. A., Leahy, L., O'Laughlen, J., & Coyle, J. T. (1995). Pilot studies of telemedicine for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*.
- Baigent, M. F., Lloyd, C. J., Kavanagh, S. J., Ben-Tovim, D. I., Yellowlees, P. M., Kalucy, R. S., & Bond, M. J. (1997). Telepsychiatry: 'tele'yes, but what about the 'psychiatry'?. *Journal of Telemedicine and telecare*, 3(1_suppl), 3-5.
- Baltar, A., Pedrao, F., Calderón Luna, H., Boitman, B., Hopenhayn, B., & Sáez, R. (1995). *Guía para la Presentación de proyectos. 25ava. ed.) México ILPES*.
- Banco Mundial. (Enero, 2021). *Argentina*. Recuperado de <https://datos.bancomundial.org/pais/argentina>
- BBVA (Julio, 2021). *Coefficiente de Gini, el detector de la desigualdad salarial*. Recuperado de <https://www.bbva.com/es/coeficiente-gini-detector-la-desigualdad-salarial/>
- Berryhill, M. B., Halli-Tierney, A., Culmer, N., Williams, N., Betancourt, A., King, M., & Ruggles, H. (2019). Videoconferencing psychological therapy and anxiety: a systematic review. *Family practice*, 36(1), 53-63.

- Bhatia, A., & Gelso, C. J. (2017). The termination phase: Therapists' perspective on the therapeutic relationship and outcome. *Psychotherapy*, 54(1), 76.
- Bloom, D. E., Cafiero, E., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L. R., Fathima, S., ... & Prettner, K. (2011). *The Global Economic Burden of Noncommunicable Diseases*. Geneva: World Economic Forum.
- Boletín Oficial de la República Argentina (Septiembre, 2020a). *Legislación y avisos oficiales. Superintendencia de Servicios de Salud: Resolución 282/2020*. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227378/20200402>
- Boletín Oficial de la República Argentina (Septiembre, 2020b). *Legislación y avisos oficiales. Salud: Ley 27553*. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/233439/20200811>.
- Boletín Oficial de la República Argentina (Julio, 2021). *Ley de Impuesto a las Ganancias. Ley 27630*. Recuperado de [boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/245673/20210616](https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/245673/20210616)
- Bosich, L. (Noviembre, 2020). Estudio de rentabilidad económica. *Trabajo presentado en la Clase de la Cátedra Formulación y evaluación de proyectos socio sanitarios de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISalud*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Browne, J., Mueser, K. T., Meyer-Kalos, P., Gottlieb, J. D., Estroff, S. E., & Penn, D. L. (2019). The therapeutic alliance in individual resiliency training for first episode psychosis: Relationship with treatment outcomes and therapy participation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(8), 734.
- Buenos Aires Ciudad. (Enero, 2021a). *Comunas*. Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/comunas>
- Buenos Aires Ciudad. (Enero, 2021b). *Mapa de Comunas y barrios de la ciudad de Buenos Aires*. Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=52356>
- Buenos Aires Ciudad. (Enero, 2021c). *En el 3º trimestre de 2019 la pobreza en la Ciudad bajó al 19,4%*. Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/hacienda-y-finanzas/noticias/en-el-3deg-trimestre-de-2019-la-pobreza-en-la-ciudad-bajo-al-194>
- Buenos Aires Ciudad. (Enero, 2021d). *Anexo Mensaje del Proyecto de Ley de Presupuesto de la Administración del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para 2018*. Recuperado de

https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/mensaje_proyecto_presupuesto_2018_0.pdf

Buenos Aires Ciudad. (Enero, 2021e). *Distribución porcentual de la población de 25 años y más por nivel de enseñanza alcanzado según sexo y grupo de edad. Ciudad de Buenos Aires. Años 2015/2019.* Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=103347>

Buenos Aires Ciudad. (Enero, 2021f). *Distribución porcentual de la población por cobertura médica según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Años 2008/2019.* Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/salud/saludmental>

Buenos Aires Ciudad. (Junio, 2021g). *Salud Mental.* Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=83862>

Buenos Aires Ciudad. (Julio, 2021h). *Mapa de barrios de la ciudad de Buenos Aires.* Recuperado de <https://www.buenosaires.gob.ar/laciudad/barrios>

Brujiniks, S. J., Lemmens, L. H., Hollon, S. D., Peeters, F. P., Cuijpers, P., Arntz, A., ... & Huibers, M. J. (2020). The effects of once-versus twice-weekly sessions on psychotherapy outcomes in depressed patients. *The British Journal of Psychiatry*, 216(4), 222-230.

Cámara de Instituciones de Diagnóstico Médico (CADIME). (Junio, 2021). *Informe sectorial #17. Servicios de Salud.* Recuperado de <https://www.cadime.com.ar/newsletter/INFORME%20SECTORIAL%20CADIME%20-%20MAYO%202021.pdf>

Cetrángolo, O. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, (13), 38-Pág.

Chain, N. S. (2007). *Proyectos de inversión: formulación y evaluación.* 2ª ed. Chile: Pearson Educación.

Charvet Valladares, N. L. (2014). *Estudio de factibilidad para la creación de un centro de atención integral de psicología clínica infantil en la ciudad de Ambato* (Tesis de Bachillerato). Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. Recuperada de <http://repositorio.pucesa.edu.ec/handle/123456789/987>

Cía, A. H., Stagnaro, J. C., Gaxiola, S. A., Vommaro, H., Loera, G., Medina-Mora, M. E., ... & Kessler, R. C. (2018). Lifetime prevalence and age-of-onset of mental disorders in adults from the Argentinean Study of Mental Health Epidemiology. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 53(4), 341-350.

- Colegio de Psicólogos de Catamarca. (Julio, 2021). *Valores Referenciales*. Recuperado de <https://psicologoscataamarca.com.ar/valores-referenciales/>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Buenos Aires Distrito I. (Julio, 2021). *Arancel Mínimo Ético*. Recuperado de <http://www.colpsibhi.org.ar/boletin/arancel-minimo-etico>
- Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba. (Julio, 2021). *Aranceles profesionales - Actualización 2021*. Recuperado de <https://cppc.org.ar/%F0%9F%93%A3-aranceles-profesionales-actualizacion-2021/>
- Colegio de Psicólogos Misiones. (Julio, 2021). *Aranceles Mínimos*. Recuperado de https://www.cppm.org.ar/?page_id=5673
- Colegio de Psicólogos La Rioja – Argentina. (Julio, 2021). *Honorarios Mínimos Orientativos*. Recuperado de <https://colpsilar.com.ar/honorarios-minimos-orientativos/>
- Colegio de Psicólogos Valle Inferior de Río Negro. (Julio, 2021). *Honorarios Mínimos Sugeridos*. Recuperado de <https://cpvirn.org.ar/honorarios-minimos-sugeridos/>
- Colegio Profesional de Psicólogos de Mendoza. (Julio, 2021). *Honorarios Mínimos Sugeridos*. Recuperado de <https://colegiopsimza.org.ar/honorarios-sugeridos/>
- Colegio Profesional de Psicólogos de Salta. (Julio, 2021). *Aranceles*. Recuperado de <https://psicologossalta.com.ar/prestadores/aranceles/>
- Damodaran, A. (Junio, 2021). Damodaran ONLINE. Recuperado de http://people.stern.nyu.edu/adamodar/New_Home_Page/home.htm
- Díaz, C. A. (2018). Empresas de Salud y Servicios. Visión sistémica y de la complejidad organizacional. *Trabajo presentado en la Clase de la Cátedra Gestión de las Organizaciones Sociosanitarias de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISalud*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Dirección General de Estadística y Censos. Ministerio de Hacienda y Finanzas GCBA. (Enero, 2021). *Distribución de hogares y personas por estrato de ingresos (%)*. Ciudad de Buenos Aires. 1er. trimestre de 2015/3er. trimestre de 2020. Recuperado de <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=62013>
- Doctoralia (Julio, 2021). *Psicólogos en Capital Federal*. Recuperado de <https://www.doctoraliar.com/psicologo/capital-federal>
- Dorsey, E. R., & Topol, E. J. (2016). State of telehealth. *New England Journal of Medicine*, 375(2), 154-161.
- Everitt, H., Landau, S., Little, P., Bishop, F. L., O'reilly, G., Sibelli, A., ... & Moss-Morris, R. (2019). Therapist telephone-delivered CBT and web-based CBT compared with

- treatment as usual in refractory irritable bowel syndrome: the ACTIB three-arm RCT. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 23(17), 1.
- Facultad de Ciencias Económicas (Julio, 2021). *Calculá tu Préstamo - Sistema Alemán*. Recuperado de <https://www.econ.unicen.edu.ar/graduados/index.php/sistema-aleman>
- Fernández, A. G. (Septiembre, 2016). Análisis de mercados de salud, Parte I. *Trabajo presentado en la Clase de la Cátedra Análisis de Mercados de Salud de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISalud*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Fortney, J. C., Pyne, J. M., Kimbrell, T. A., Hudson, T. J., Robinson, D. E., Schneider, R., ... & Schnurr, P. P. (2015). Telemedicine-based collaborative care for posttraumatic stress disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 72(1), 58-67.
- Fu, Z., Burger, H., Arjadi, R., & Bockting, C. L. (2020). Effectiveness of digital psychological interventions for mental health problems in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(10), 851-864.
- Galderisi, S., Heinz, A., Kastrup, M., Beezhold, J., & Sartorius, N. (2015). Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*, 14(2), 231.
- Galli, A., Pagés, M., & Swieszkowski, S. (2017). Residencia de Cardiología. Contenidos Transversales. Unidad 2: El Sistema de Salud Argentino. Buenos Aires, Argentina.
- Goldstein, F., & Glueck, D. (2016). Developing rapport and therapeutic alliance during telemental health sessions with children and adolescents. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 26(3), 204-211.
- Google (2021). *Darregueyra 2300*. Recuperado de <https://www.google.com.ar/maps/place/Darregueyra+2300,+C1425+CABA/@-34.6356897,-58.5148041,12.5z/data=!4m5!3m4!1s0x95bcb584e261cc41:0x44320f58547db0ec!8m2!3d-34.5819868!4d-58.425941>
- Grady, B. J., & Melcer, T. (2005). A retrospective evaluation of TeleMental Healthcare services for remote military populations. *Telemedicine Journal & E-Health*, 11(5), 551-558.
- Grady, B., Myers, K. M., Nelson, E. L., Belz, N., Bennett, L., Carnahan, L., ... & Voyles, D. (2011). Evidence-based practice for telemental health. *Telemedicine and e-Health*, 17(2), 131-148.

- Guerrero Spínola de López, A. M. (2004). Formulación y evaluación de proyectos. *Facultad de Ingeniería, Universidad de San Carlos de Guatemala*.
- Hantke, N., Lajoy, M., Gould, C. E., Magwene, E. M., Sordahl, J., Hirst, R., & O'Hara, R. (2020). Patient satisfaction with geriatric psychiatry services via video teleconference. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), 491-494.
- Honorable Cámara de Diputados de la Nación Argentina. (Julio, 2020). *Proyectos*. Recuperado de <https://www.hcdn.gob.ar/proyectos/index.html>
- Hylar, S. E., Gangure, D. P., & Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS spectrums*, 10(5), 403-415.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (Enero, 2021a). *Proyecciones por departamentos*. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-24-119>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (Julio, 2021d). *Línea de pobreza*. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-4-46-152>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (Julio, 2021c). *Tecnología*. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-26>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (Julio, 2021d). *Proyecciones y estimaciones*. Recuperado de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel3-Tema-2-24>
- Langarizadeh, M., Tabatabaei, M. S., Tavakol, K., Naghipour, M., Rostami, A., & Moghbeli, F. (2017). Telemental health care, an effective alternative to conventional mental care: a systematic review. *Acta Informatica Medica*, 25(4), 240.
- Lawn, S., Huang, N., Zabeen, S., Smith, D., Battersby, M., Redpath, P., ... & Fairweather-Schmidt, K. (2019). Outcomes of telephone-delivered low-intensity cognitive behavior therapy (LiCBT) to community dwelling Australians with a recent hospital admission due to depression or anxiety: MindStep™. *BMC psychiatry*, 19(1), 1-16.
- Mankiw, G. (2012). Principios de economía (Sexta edición ed.). *Distrito Federal: Cengage Learning Editors*.
- Massoudi, B., Holvast, F., Bockting, C. L., Burger, H., & Blanker, M. H. (2019). The effectiveness and cost-effectiveness of e-health interventions for depression and anxiety in primary care: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 245, 728-743.

- Mayworm, A. M., Lever, N., Gloff, N., Cox, J., Willis, K., & Hoover, S. A. (2020). School-based telepsychiatry in an urban setting: Efficiency and satisfaction with care. *Telemedicine and e-Health*, 26(4), 446-454.
- Mercado Libre. (Julio, 2021). *Psicólogo o psicóloga*. Recuperado de https://listado.mercadolibre.com.ar/psicologo-o-psicologa_CategID_1540_NoIndex_True#applied_filter_id%3Dcategory%26applied_filter_name%3DCategor%C3%ADas%26applied_filter_order%3D5%26applied_value_id%3DMLA1540%26applied_value_name%3DServicios%26applied_value_order%3D19%26applied_value_results%3D149%26is_custom%3Dfalse
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (Julio, 2021a). *Ley 26.657. Ley Nacional de Salud Mental*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (Junio, 2021b). *Ley 26.682. Marco Regulatorio de Medicina Prepaga*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (Julio, 2021c). *Ley 23.277. Ejercicio Profesional de la Psicología*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/30000-34999/31377/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (Julio, 2021d). *Ley 17.132. Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/19429/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (Julio, 2021e). *Resolución 1876 - E/2016*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/265000-269999/266895/norma.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. (julio, 2021f). *Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 27551. Modificación*. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/335000-339999/339378/norma.htm>
- Ministerio de Salud. (2006). *Resolución 1328/2006. Modificación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de*

- Garantía de Calidad de la Atención Médica.* Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-1328-2006-119601/texto>
- Ministerio de Salud de la Nación. (Julio, 2012). *Encuesta de utilización de gastos en servicios de salud. Argentina - Año 2010. Primeros resultados.* Recuperado de <http://deis.msal.gov.ar/wp-content/uploads/2016/01/Serie10Nro21.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (Noviembre, 2020a). *Distanciamiento Social, Preventivo y Obligatorio.* Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/coronavirus/distanciamiento>
- Ministerio de Salud de la Nación. (Abril, 2020b). *Resolución 696/2020.* Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227339/20200401>
- Ministerio de Salud de la Nación. (Junio, 2021a). *El gasto en salud representó el 9,4 por ciento del PBI en el año 2017.* Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-gasto-en-salud-represento-el-94-por-ciento-del-pbi-en-el-ano-2017>
- Ministerio de Salud de la Nación. (Febrero, 2021b). *Datos sobre fuerza de trabajo.* Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/salud/observatorio/datos/fuerzadetrabajo>
- Ministerio de Salud de la Nación. (Junio, 2021c). *Obras Sociales.* Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/obras-sociales>
- Ministerio de Salud y Desarrollo Social. (2019). *Resolución 1086/2019.* Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resolución-1086-2019-325178/texto>
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. (Julio, 2021). *Salario.* Recuperado de <https://www.argentina.gob.ar/trabajo/buscastrabajo/conocetusderechos/salario>
- Modai, I., Jabarin, M., Kurs, R., Barak, P., Hanan, I., & Kitain, L. (2006). Cost effectiveness, safety, and satisfaction with video telepsychiatry versus face-to-face care in ambulatory settings. *Telemedicine Journal & E-Health*, 12(5), 515-520.
- Morriss, R., Patel, S., Malins, S., Guo, B., Higon, F., James, M., Wu, M., Brown, P., ... & Tyrer, H. (2019). Clinical and economic outcomes of remotely delivered Cognitive Behavior Therapy for repeat unscheduled care users with severe health anxiety: A multi-center randomized controlled trial. *BMC medicine*, 17(1), 16. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1253-5>
- Mundo Psicólogos. (Julio, 2021). *Psicólogos.* Recuperado de <https://www.mundopsicologos.com.ar>

- Nair, U., Armfield, N. R., Chatfield, M. D., & Edirippulige, S. (2018). The effectiveness of telemedicine interventions to address maternal depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of telemedicine and telecare*, 24(10), 639-650.
- O'Reilly, R., Bishop, J., Maddox, K., Hutchinson, L., Fisman, M., & Takhar, J. (2007). Is telepsychiatry equivalent to face-to-face psychiatry? Results from a randomized controlled equivalence trial. *Psychiatric Services*, 58(6), 836-843.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Tele-Salud Mental/Intervenciones a distancia durante COVID-19*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/tele-salud-mentalintervenciones-distancia-durante-covid-19>
- Organización Panamericana de la Salud, & Organización Mundial de la Salud. (1990). Guías para el desarrollo del recurso físico en salud. *OPS (Organización Panamericana de la Salud)*. Washington, USA.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Orozco, J. D. J. M. (2005). *Evaluación financiera de proyectos*. Universidad Popular del Cesar.
- Padilla, M. C. (2011). *Formulación y Evaluación de Proyectos*. Bogotá: Editorial ECOE.
- Patel, V., Chisholm, D., Parikh, R., Charlson, F. J., Degenhardt, L., Dua, T., ... & Whiteford, H. A. (2016). *Global Priorities for Addressing the Burden of Mental, Neurological, and Substance Use Disorders*. In: *Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4)*. The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington (DC); 2016. PMID: 27227246.
- Pérez Porto, J., & Gardey, A. (2010). *Definición de tasa de inflación*. Recuperado de <http://definicion.de/tasa-de-inflacion/>
- Peter, L., Reindl, R., Zauter, S., Hillemacher, T., & Richter, K. (2019). Effectiveness of an online CBT-I intervention and a face-to-face treatment for shift work sleep disorder: a comparison of sleep diary data. *International journal of environmental research and public health*, 16(17), 3081.
- Pimentel, E. (2008). *Formulación y evaluación de proyecto de inversión. Aspectos teóricos y prácticos*.
- Presidencia de la Nación Argentina. (Marzo, 2020). *Aislamiento social preventivo y obligatorio: Decreto 297/2020*. Recuperado de <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/227042/20200320>
- Real Academia Española. (2019). *Financiar*. Recuperado de <http://dle.rae.es/financiar>

- Ruíz, C. D. R. E. (2017). Metodología para determinar la factibilidad de un proyecto. *Revista Publicando*, 4(13 (3)), 172-188.
- Sadock B. & Sadock V. (2008). *Kaplan & Sadock. Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de la conducta/Psiquiatría clínica*. 10º Ed. Barcelona: Wolters Kluwer Health España S.A.
- Senado de la Nación. (Noviembre, 2020). *Proyecto de ley que promueve la provisión de servicios médicos a la población mediante redes de telemedicina, que permitan la atención a distancia del paciente y las consultas por medios electrónicos*. Recuperado de <https://www.senado.gov.ar/parlamentario/comisiones/verExp/538.20/S/PL>
- Sevilla Arias, A. (2014). *Tasa interna de retorno (TIR)*. Recuperado de <https://economipedia.com/definiciones/tasa-interna-de-retorno-tir.html>
- Shore, J. H., Savin, D. M., Novins, D., & Manson, S. M. (2006). Cultural aspects of telepsychiatry. *Journal of telemedicine and telecare*, 12(3), 116-121.
- Simpson, S. (2001). The provision of a telepsychology service to Shetland: client and therapist satisfaction and the ability to develop a therapeutic alliance. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 7(1_suppl), 34-36.
- Singh, S. P., Arya, D., & Peters, T. (2007). Accuracy of telepsychiatric assessment of new routine outpatient referrals. *BMC psychiatry*, 7(1), 1-13.
- Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino. (Junio, 2021). *Registro Federal de Establecimientos de Salud (REFES)*. Recuperado de <https://sis.ms.gov.ar/sisa/#sisa>
- Tarragona, S., Pippo, T., & Ruiz del Castillo, R. (2015a). Aspectos microeconómicos. *Trabajo presentado en la Clase de la Cátedra Economía de la Salud de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISalud*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Tarragona, S., Pippo, T., & Ruiz del Castillo, R. (2015b). Unidad 2 – Fallas de mercado. *Trabajo presentado en la Clase de la Cátedra Economía de la Salud de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISalud*. Ciudad de Buenos Aires, Argentina.
- Timpano, F., Pirrotta, F., Bonanno, L., Marino, S., Marra, A., Bramanti, P., & Lanzafame, P. (2013). Videoconference-based mini mental state examination: a validation study. *Telemedicine and e-Health*, 19(12), 931-937.
- Tobar, F., Olaviaga, S. & Solano, R., (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. *Documento de Políticas Públicas, Análisis*, (108).

- Valentine, L. M., Donofry, S. D., Broman, R. B., Smith, E. R., Rauch, S. A., & Sexton, M. B. (2020). Comparing PTSD treatment retention among survivors of military sexual trauma utilizing clinical video technology and in-person approaches. *Journal of telemedicine and telecare*, 26(7-8), 443-451.
- Velayos Morales, V. (2014). *Valor actual neto (VAN)*. Recuperado de <https://economipedia.com/definiciones/valor-actual-neto.html>
- VIZ HUB: Global Burden Disease Compare. (Julio, 2020). Recuperado de <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>
- Watson, H. J., McLagan, N., Zerwas, S. C., Crosby, R. D., Levine, M. D., Runfola, C. D., ... & Hamer, R. M. (2018). Cost-effectiveness of internet-based cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: Results of a randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 79(1).
- What Is Mental Illness?. (Junio, 2020). Recuperado de <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The lancet*, 382(9904), 1575-1586.
- Wilmots, E., Midgley, N., Thackeray, L., Reynolds, S., & Loades, M. (2020). The therapeutic relationship in Cognitive Behaviour Therapy with depressed adolescents: A qualitative study of good-outcome cases. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(2), 276-291.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.
- Wootton, B. M. (2016). Remote cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive symptoms: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 43, 103-113.
- World Health Organization. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report / a report from the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (Febrero, 2021). *Sistema de Salud Mental en 10 Provincias Argentinas: Catamarca, Chubut, Corrientes, Jujuy, Mendoza, Río Negro, Salta, San*

Juan, Tierra del Fuego, Tucumán. Resultados de la evaluación realizada mediante el Instrumento de Evaluación para los Sistemas de Salud Mental. Año 2009.

Recuperado

de

https://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/argentina_who_aims_report_spanish.pdf?ua=1

9. Anexos

9.1. Plano del Centro de Salud Mental

