

Conjunto de Guías sobre Servicios
y Política de Salud Mental

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL



Organización Mundial de la Salud, 2009

*“La financiación de la salud mental es
un poderoso instrumento
mediante el cual los gestores políticos
pueden crear y dar forma a
los sistemas de salud mental de calidad.
Sin una financiación adecuada, los planes
y políticas de salud mental
se quedan en el ámbito de la retórica
y las buenas intenciones.”*

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Versión en español del módulo de financiación de la salud mental:

Marino Santirso Ruiz (Asturias-España)

Coordinadores de la versión en español:

Dr. J. Miguel Caldas de Almeida. Psiquiatra.
Director del Departamento de Salud Mental. Facultad de Ciencias Medicas.
Lisboa. Portugal

Dr. Víctor Aparicio Basauri
Asesor subregional de Salud Mental (Centroamérica, Caribe Hispano y Mexico).
OPS/OMS Panamá.

Comité editor (versiones española y portuguesa):

Dr. Alberto Minoletti (Chile)
Dr. Alfredo Schechtman (Brasil)
Dr. Francisco Torres González (España)
Dr. Roberto Tykanori (Brasil)

Supervisión técnica módulo de financiación de la salud mental (español):

Dr. Tiburcio Angosto Saura. Psiquiatra.
Jefe de Servicio de Psiquiatria. Hospital Xeral. Vigo. España

Dr. Arturo Rey Rodriguez. Psiquiatra.
Ex-Director Hospital Psiquiatrico El Rebullon. Vigo. España

*La versión al español ha sido promovida por OPS con la colaboración de la
Fundación Hospital de Jove (Gijón-Asturias.España) y de la Obra Social de la
Caja de Ahorros de Asturias (Cajastur).*

Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2003
bajo el título *Mental Health Financing*

Diseño en español Pily Castro



Catalogación por la Biblioteca de la OMS

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL

(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)

1. Servicios de Salud Mental - economía
2. Financiación, salud
3. Gestión financiera - métodos
4. Directrices I. Organización Mundial de la Salud II. Series

ISBN 92 4 154593 3 (de la versión inglesa)

(NLM clasificación: WM 30)

La información técnica relativa a esta publicación puede obtenerse de:

Dra. Michelle Funk
Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias
Organización Mundial de la Salud
20 Avenue Appia
CH-1211, Ginebra 27
Suiza
Tel.: +41 22 791 3855
Fax: +41 22 791 4160
Email: funkm@who.int

Cita recomendada: Financiación de la salud mental. Ginebra,
Organización Mundial de la Salud, versión al español, 2009.
(Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental)

© Organización Mundial de la Salud, 2009 (Versión español)

Se reservan todos los derechos. Las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud pueden solicitarse a Ediciones de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (tel.: +41 22 791 3264; fax: +41 22 791 4857; correo electrónico: bookorders@who.int). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir las publicaciones de la OMS - ya sea para la venta o para la distribución sin fines comerciales - deben dirigirse a Ediciones de la OMS, a la dirección precitada (fax: +41 22 791 4806; correo electrónico: permissions@who.int).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Organización Mundial de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La Organización Mundial de la Salud ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la Organización Mundial de la Salud podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Esta publicación contiene la opinión colectiva de un grupo internacional de expertos y no representa necesariamente el criterio ni las políticas de la Organización Mundial de la Salud.

Versión española diseñada en Panamá.

Menciones y Agradecimientos

El Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental fue realizado bajo la dirección de la Doctora Michelle Funk, coordinadora de Desarrollo de Políticas y Servicios de Salud Mental, y supervisado por el Doctor Benedetto Saraceno, Director del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud.

La Organización Mundial de la Salud extiende su agradecimiento al Dr. Vijay Ganju, del Programa de Salud Mental Estatal del Instituto Nacional, Directors Research Institute, (EEUU), quien preparó este módulo, y a los Profesores Martin Knapp y David McDaid, de la London School of Economics and Political Science, quienes elaboraron los documentos que sirvieron para la preparación del mismo.

Grupo de coordinación técnica y editorial:

Dra. Michelle Funk, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Natalie Drew, (OMS/HQ), Dra. JoAnne Epping-Jordan, (OMS/HQ), Profesor Alan J. Flisher, Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory, República de Sudáfrica, Profesor Melvyn Freeman, Departamento de Salud, Pretoria, Sudáfrica, Dr. Howard Goldman, Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental y Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland EEUU, Dr. Itzhak Levav, Servicios de Salud Mental, Ministerio de Salud, Jerusalén, Israel y Dr. Benedetto Saraceno, Sede Central (OMS/HQ).

Asistencia técnica:

Dr. José Bertolote, Organización Mundial de la Salud, Sede Central (OMS/HQ), Dr. Thomas Bornemann (OMS/HQ), Dr. José Miguel Caldas de Almeida, Oficina Regional para las Américas de la OMS, Dr. Vijay Chandra, Oficina Regional para el Sudeste Asiático de la OMS, Dra. Custodia Mandlhate, Oficina Regional para África de la OMS, Dr. Claudio Miranda (OPS), Dr. Ahmed Mohit, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental de la OMS, Dr. Wolfgang Rutz, Oficina Regional para Europa de la OMS (EURO), Dra. Erica Wheeler (OMS/HQ), Dr. Derek Yach (OMS/HQ), y el personal del Grupo de Política de Información y Evidencias de la Organización Mundial de la Salud.

Servicios administrativos y de secretariado:

Adeline Loo (OMS/HQ), Anne Yamada (OMS/HQ) y Razia Yaseen (OMS/HQ)

La OMS también agradece a los siguientes expertos por su opinión y contribución técnica a este módulo:

Dr. Adel Hamid Afana	Director, Departamento de Formación y Educación, Programa de Salud Mental en la Comunidad, Gaza
Dr. Bassam Al Ashhab	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Cisjordania
Ella Amir	Ami Québec, Canadá
Dr. Julio Arboleda-Flórez	Departamento de Psiquiatría, "Queen's University", Kingston, Ontario, Canadá
Jeannine Auger	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Québec, Canadá
Dra. Florence Baingana	Banco Mundial, Washington DC, EEUU
Louise Blanchette	Programa de Salud Mental de la Universidad de Montreal, Canadá
Dra. Susan Blyth	Universidad de Ciudad del Cabo, Ciudad del Cabo, Sudáfrica
Nancy Breitenbach	Inclusion International, Ferney-Voltaire, Francia
Dr. Anh Thu Bui	Ministerio de Salud, Koror, República de Palau
Dra. Sylvia Caras	Organización "People WHO", Santa Cruz, California, EEUU
Dra. Claudina Cayetano	Ministerio de Salud, Belmopán, Belice
Dr. CHANG Chueh	Taipei, Taiwan
Prof. YAN Fang Chen	Centro de Salud Mental Shandong, Jinan, República Popular de China
Dra. Chantharavdy Choulamanny	Mahosot, Hospital General, Vientiane, República Democrática de Laos
Dra. Ellen Corin	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Jim Crowe	Presidente, Asociación Mundial de la Esquizofrenia y Desórdenes Asociados, Dunedin, Nueva Zelanda
Dr. Araba Sefa Dedeh	Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Acre, Ghana
Dr. Nimesh Desai	Profesor de Psiquiatría y Superintendente Médico, Instituto del Comportamiento Humano y Ciencias Asociadas, India
Dr. M. Parameshvara Deva	Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina Perak, Malasia
Prof. Saida Douki	Presidente, Sociedad Psiquiátrica de Túnez, Túnez, Tunicia
Prof Ahmed Abou El-Azayem	Ex-presidente, Federación Mundial para la Salud Mental, El Cairo, Egipto
Dr. Abra Fransch	WONCA, Harare, Zimbabwe
Dr. Gregory Fricchione	Centro Carter, Atlanta, EEUU
Dr. Michael Friedman	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Diane Froggatt	Directora Ejecutiva, Asociación Mundial de Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Toronto, Ontario, Canadá
Gary Furlong	Centro de Salud Comunitario Metro Local, Montreal, Canadá
Dr. Vijay Ganju	Instituto de Investigación de la Asociación Nacional de Directores de Programas de Salud Mental Alexandria, VA, EEUU

Reine Gobeil	Hospital Psiquiátrico, Québec, Canadá
Dra. Nacanieli Goneyali	Ministerio de Salud, Suva, Fiji
Dr. Gaston Harnois	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Centro colaborador OMS, Québec, Canadá
Gary Haugland	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. HE Yanling	Asesor Ministerio de Salud, Beijing, República Popular de China
Prof. Helen Herrman	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Melbourne, Australia
Karen Hetherington	Centro colaborador OMS/PAHO, Canadá
Prof. Frederick Hickling	Sección de Psiquiatría, Universidad de las Indias Occidentales, Kingston, Jamaica
Dr. Kim Hopper	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. HWANG Tae-Yeon	Director, Departamento de Rehabilitación Psiquiátrica y Psiquiatría Comunitaria , Yongin City, República de Korea
Dr. Aleksander Janca	Universidad "Western Australia", Perth, Australia
Dr. Dale L. Johnson	Asociación Mundial de Esquizofrenia y Trastornos Asociados, Taos, NM, EEUU
Dra. Kristine Jones	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. David Musau Kiima	Director, Departamento de Salud Mental, Ministerio de Salud, Nairobi, Kenya
Todd Kriebel	Ministerio de Salud, Wellington, Nueva Zelanda
John P. Kummer	Equilibrium, Unteraegeri, Suiza
Prof. Lourdes Ladrado-Ignacio	Departamento de Psiquiatría y Medicina Conductual, Facultad de Medicina y Hospital General Phillipine, Manila, Filipinas
Dr. Pirkko Lahti	Secretario General / CEO, Federación Mundial para la Salud Mental, Director Ejecutivo, Asociación Finlandesa para la Salud Mental, Helsinki, Finlandia
Eero Lahtinen	Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, Helsinki, Finlandia
Dr. Eugene M. Laska	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Eric Latimer	Centro de Investigación Hospitalaria Douglas, Québec, Canadá
Dr. Ian Lockhart	Universidad de Ciudad del Cabo, Observatory , República de Sudáfrica
Dr. Marcelino López	Investigación y Evaluación, Fundación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental, Sevilla, España
Annabel Lyman	División de Medicina Conductual, Ministerio de Salud, República de Palau
Dr. MA Hong	Consejero, Ministerio de Salud, Beijing (Pekín), República Popular de China
Dr. George Mahy	Universidad de las Indias Occidentales, St. Michael, Barbados
Dr. Joseph Mbatia	Ministerio de Salud, Dar-es-Salaam, Tanzania
Dra. Céline Mercier	Centro de Investigación Hospital Douglas, Québec, Canadá

Dra. Leen Meulenbergs	Centro Interuniversitario Belga para la Investigación y la Acción sobre la Salud y los Factores Psicobiológicos y Psicosociales, Bruselas, Bélgica
Dr. Harry I. Minas	Centro para la Salud Mental Internacional y Psiquiatría Transcultural, Hospital San Vicente, Fitzroy, Victoria, Australia
Dr. Alberto Minoletti	Ministerio de Salud, Santiago de Chile, Chile
Dra. P. Mogne	Ministerio de Salud, Mozambique
Dr. Paul Morgan	SANE, South Melbourne, Victoria, Australia
Dr. Driss Moussaoui	Universidad Psiquiátrica, Casablanca, Marruecos
Dr. Matt Muijem	Centro Sainsbury para la Salud Mental, Londres, Reino Unido
Dra. Carmine Munizza	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dr. Shisram Narayan	Hospital San Giles, Suva, Fiji
Dra. Sheila Ndyabangi	Ministerio de Salud, Kampala, Uganda
Dr. Grayson Norquist	Instituto Nacional de Salud Mental, Bethesda, MD, EEUU
Dr. Frank Njenga	Presidente. Asociación de Psiquiatras de Kenya, Nairobi, Kenya
Dra. Angela Ofori-Atta	Unidad de Psicología Clínica, Facultad de Medicina de la Universidad de Ghana, Korle-bu, Ghana
Prof. Mehdi Paes	Hospital Psiquiátrico de la Universidad de Arrazi, Sale, Marruecos
Dr. Rampersad Parasram	Ministerio de Salud, Puerto España, Trinidad y Tobago
Dr. Vikram Patel	Centro Sangath, Goa, India
Dr. Dixianne Penney	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Dr. Yogan Pillay	Proyecto Igualdad ,Pretoria, República de Sudáfrica
Dr. M. Pohanka	Ministerio de Salud, República Checa
Dra. Laura L. Post	Servicios Psiquiátricos de Mariana, Saipan, EEUU
Dra. Prema Ramachandran	Comisión de Planificación, Nueva Delhi, India
Dr. Helmut Remschmidt	Departamento de Psiquiatría Infantil y Juvenil, Marburg, Alemania
Prof. Brian Robertson	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Ciudad del Cabo, República de Sudáfrica
Dra. Julieta Rodríguez Rojas	Integrar a la adolescencia, Costa Rica
Dra. Agnes E. Rupp	Jefa, Programa de Investigación sobre Economía en Salud Mental, NIMH/NIH, EEUU
Dr. Ayesh M. Sammour	Ministerio de Salud, Autoridad Palestina, Gaza
Dr. Aive Sarjas	Departamento de Bienestar Social, Tallin, Estonia
Dr. Radha Shankar	AASHA (Hope), Chennai, India
Dra. Carole Siegel	Instituto para la Investigación Psiquiátrica Nathan S. Kline, Orangeburg, NY, EEUU
Prof. Michele Tansella	Departamento de Medicina y Salud Pública, Universidad de Verona, Italia
Mrinali Thalgodapitiya	Directora Ejecutiva, NEST, Hendala, Watala, Gampaha District, Sri Lanka
Dr. Graham Thornicroft	Director, PRISM, Instituto Maudsley de Psiquiatría, Londres, Reino Unido

Dr. Giuseppe Tibaldi	Centro de Estudios e Investigación Psiquiátrica, Turín, Italia
Dra. Claire Townsend	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowing Qld., Australia
Dr. Gombodorjiin Tsetsegdary	Ministerio de Salud y Bienestar Social, Mongolia
Dra. Bogdana Tudorache	Presidenta, Liga Rumana para la Salud Mental, Bucarest, Rumanía
Judy Towner-Crowson	Antigua Presidenta Asociación Mundial para la Rehabilitación Psicosocial, WAPR Comité de Apoyo, Hamburgo, Alemania
Pascale Van den Heede	Salud Mental Europa, Bruselas, Bélgica
Marianna Várfalvi-Bogname	Ministerio de Salud, Hungría
Dr. Uldis Veits	Comisión Municipal de Salud de Riga, Riga, Letonia
Luc Vigneault	Asociación de Grupos de Defensa de los Derechos en Salud Mental de Québec, Canadá
Dr. WANG Liwei	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dr. WANG Xiangdong	Consejero Regional de Salud Mental en funciones, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Oeste; Manila, Filipinas
Prof. Harvey Whiteford	Departamento de Psiquiatría, Universidad de Queensland, Toowing Qld, Australia
Dr. Ray G. Xerri	Ministerio de Salud, Floriana, Malta
Dr. XIE Bin	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Dr. YU Xin	Asesor, Ministerio de Salud, Pekín, República Popular de China
Prof SHEN Yucun	Instituto de Salud Mental, Facultad de Medicina Universidad de Pekin República Popular de China
Dr. Taintor Zebulon	Presidente, WAPR, Departamento de Psiquiatría, Centro Médico de la Universidad de Nueva York, Nueva York, EEUU

La OMS también desea agradecer el generoso apoyo financiero de los Gobiernos de Australia, Finlandia, Italia, Países Bajos, Nueva Zelanda y Noruega, así como a la Eli Lilly and Company Foundation y a la Johnson and Johnson Corporate Social Responsibility, Europa.

“La financiación de la salud mental es un poderoso instrumento mediante el cual los gestores políticos pueden crear y dar forma a los sistemas de salud mental de calidad. Sin una financiación adecuada, los planes y políticas de salud mental se quedan en el ámbito de la retórica y las buenas intenciones.”

ÍNDICE

Presentación	x
Resumen	2
Objetivos y destinatarios	7
1. Introducción	8
2. Pasos en la financiación de la Salud Mental	13
Paso 1. Entender el contexto de la financiación de la atención sanitaria	13
Paso 2. Analizar el sistema de salud mental para entender el nivel de recursos actuales y como se están empleando	19
Paso 3. Desarrollar los recursos básicos para los servicios de salud mental	27
Paso 4. Asignar fondos para las prioridades de la planificación	31
Paso 5. Elaborar presupuestos para la gestión y la rendición de cuentas	38
Paso 6. Adquirir servicios de salud mental para optimizar la eficacia y la eficiencia	46
Paso 7. Desarrollar la infraestructura para la financiación de la salud mental	47
Paso 8. Emplear la financiación como herramienta para cambiar los sistemas de prestación de los servicios de salud mental	50
3. Obstáculos y soluciones en la financiación de la salud mental	53
4. Recomendaciones y conclusiones	55
Definiciones	59
Referencias	61

Este módulo forma parte del Conjunto de Guías sobre Servicios y Políticas de Salud Mental de la OMS, y proporciona información práctica para ayudar a los países a mejorar la salud mental de sus respectivas poblaciones.

¿Cuál es el propósito del Conjunto de Guías?

El propósito del Conjunto de Guías es ayudar a los planificadores y a los gestores de políticas a la hora de:

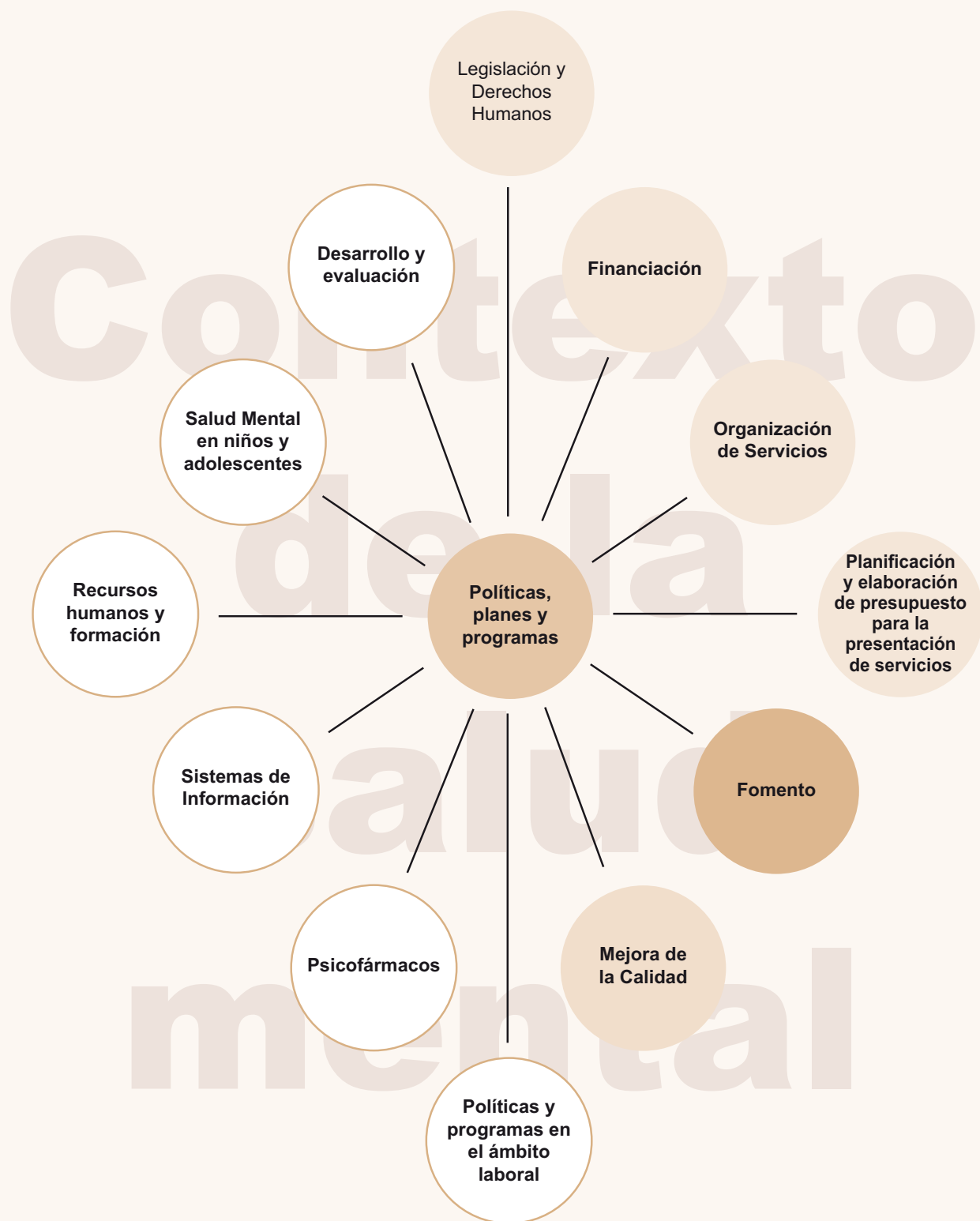
- desarrollar políticas y estrategias amplias para la mejora de la salud mental de las poblaciones
- utilizar los recursos existentes para obtener los mayores beneficios posibles
- proporcionar servicios eficaces a aquellos que lo necesiten
- colaborar a la integración de las personas con trastornos mentales en la comunidad, mejorando de esta forma su calidad de vida.

¿Qué se incluye en el Conjunto de Guías?

Este Conjunto de Guías consta de una serie de módulos relacionados entre sí y fáciles de utilizar, diseñados para tratar toda una diversidad de necesidades y prioridades en el desarrollo de políticas y en la planificación de servicios. El tema de cada módulo constituye un aspecto fundamental de la salud mental. El punto de inicio se halla en el módulo titulado *El contexto de la salud mental*, donde se describe el contexto global de la salud mental y se resume el contenido de los demás módulos. Este módulo debería ayudar a los lectores a comprender el contexto global de la salud mental y permitirles seleccionar aquellos módulos que les resulten útiles para su contexto. El módulo principal es el que tiene por título *Políticas, planes y programas de salud mental*, el cual proporciona información detallada sobre el proceso de desarrollo de políticas y su puesta en práctica a través de planes y programas. Tras la lectura de este módulo, los países pueden centrarse en aspectos específicos de la salud mental, tratados en los otros módulos.

El Conjunto de Guías incluye los siguientes módulos:

- > El contexto de la salud mental.
- > Políticas, planes y programas de salud mental.
- > Financiación de la salud mental.
- > Legislación y derechos humanos en salud mental.
- > Fomento de la salud mental.
- > Organización de los servicios de salud mental.
- > Mejora de la calidad de la salud mental.
- > Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental.



Presentación

Los siguientes módulos no están todavía disponibles, pero se incluirán en la versión final del Conjunto de Guías:

- > Mejora al acceso y el uso de psicofármacos.
- > Sistemas de información de salud mental.
- > Recursos humanos y formación para la salud mental.
- > Salud mental en niños y adolescentes.
- > Desarrollo y evaluación de políticas y servicios de salud mental.
- > Políticas y programas sobre salud mental en el entorno laboral.

¿A quién va dirigido este Conjunto de Guías?

Los módulos resultarán de interés para:

- gestores políticos y planificadores de salud
- departamentos gubernamentales a nivel federal, estatal/regional y local
- profesionales de la salud mental
- grupos que representan a las personas con trastornos mentales
- representantes o asociaciones de familias y cuidadores de personas con trastornos mentales
- organizaciones de apoyo que representen los intereses de las personas con trastornos mentales y los de sus familiares
- organizaciones no gubernamentales implicadas o interesadas en proporcionar servicios de salud mental

Cómo utilizar los módulos

- Pueden emplearse **individualmente o como un “paquete”**: los módulos contienen referencias entre sí para facilitar su uso. Los países pueden examinar cada uno de los módulos de manera sistemática o bien utilizar uno de los módulos cuando deseen tratar un aspecto concreto de la salud mental. Por ejemplo, los países que deseen analizar el tema de la legislación pueden encontrar útil para este fin el módulo titulado *Legislación y derechos humanos en salud mental*.
- Pueden emplearse como **material de formación** para gestores políticos de salud mental, planificadores y otras personas que se dediquen a organizar, suministrar y financiar servicios de salud mental. Pueden utilizarse como material formativo en cursos universitarios. Las organizaciones profesionales pueden utilizar estos materiales como ayudas a la formación de personas que trabajen en el ámbito de la salud mental.
- Pueden utilizarse como marco de referencia general o **“guía de asesoría técnica”** por parte de un amplio espectro de organizaciones nacionales e internacionales que dan apoyo a países que deseen reformar su política y/o servicios de salud mental.
- Los usuarios, familias y organizaciones de apoyo pueden emplearlos como **instrumentos de apoyo**. Los módulos contienen información útil para la educación sanitaria y para aumentar la sensibilidad social sobre la salud mental entre los políticos, líderes de opinión, otros profesionales de la salud y el público en general.

Formato de los módulos

Cada módulo especifica claramente cuáles son sus objetivos y el tipo de audiencia al que va dirigido. Se presentan en un formato paso a paso para ayudar a los países en el uso y puesta en práctica de los consejos incluidos. Estos consejos no pretenden ser obligatorios ni deben ser interpretados de manera rígida: se anima a los países a que adapten el material según sus propias necesidades y circunstancias. Se proporcionan ejemplos prácticos a lo largo del módulo.

Existen abundantes referencias entre los diversos módulos. Puede que los lectores de un módulo necesiten consultar otro (indicado en el texto) si desean más información.

Todos los módulos deberían leerse a través del prisma de la política de la OMS de proporcionar la mayor parte de los cuidados de salud mental a través de los servicios de atención primaria y el entorno comunitario. La salud mental es necesariamente un asunto que afecta a varios sectores como educación, empleo, vivienda, servicios sociales y justicia. Es importante establecer debates con organizaciones de usuarios y familias acerca del desarrollo de las políticas y de la prestación de servicios.

Dra. Michelle Funk

Dr. Benedetto Saraceno

FINANCIACIÓN DE LA SALUD MENTAL

La financiación es un factor clave en la puesta en marcha de un sistema de salud mental viable. Es el mecanismo a través del cual los planes y las políticas se traducen en actuaciones mediante la asignación de recursos. Sin una financiación adecuada, los planes se quedan en el ámbito de la retórica y de las buenas intenciones. Disponiendo de financiación se puede crear una base de recursos para las actividades y la prestación de servicios, para el desarrollo y el despliegue de una fuerza de trabajo cualificada y para cubrir las necesidades tecnológicas y de infraestructura.

Para poder financiar un sistema de salud mental, los gestores políticos y los planificadores deben tratar las siguientes cuestiones clave:

- > ¿Cómo se pueden movilizar los fondos necesarios para financiar el plan para la salud mental, incluyendo los servicios de salud mental y las infraestructuras requeridas?
- > ¿Cómo se pueden asignar esos fondos y cómo se podría organizar la prestación de la atención a la salud mental de forma que se traten las necesidades y prioridades previamente definidas?
- > ¿Cómo se puede controlar el coste de los cuidados?

Este módulo proporciona una guía práctica para ayudar a los países a financiar la atención a la salud mental. La financiación no es una actividad aislada, sino que aparece en un amplio espectro de contextos económicos y sociales y, a menudo, dentro del contexto de una financiación de la sanidad general. En muchos países, la financiación de la salud mental está incorporada en un modelo de financiación sanitaria más general y a menudo no está diferenciada. En muchos casos ésta cobra forma según (o es determinada por) los objetivos de la financiación de la sanidad general.

Aunque la financiación de la salud mental se encuentre dentro de un contexto más amplio, el presente módulo encaja con los otros módulos de este conjunto de guías. Las actividades y los pasos descritos en esos otros módulos están estrechamente vinculados a la financiación.

Los objetivos de este módulo son:

- (1) Proporcionar una introducción conceptual a los asuntos clave relacionados con la financiación de los servicios de salud mental.
- (2) Describir un enfoque progresivo de estos asuntos clave, reconociendo que puede ser necesario adaptar y ajustar los pasos a las circunstancias de cada país.
- (3) Enlazar los pasos con las actividades definidas en otros módulos.

Los siguientes pasos representan una aproximación sistemática a la financiación de los sistemas de salud mental.

Paso 1. Entender el contexto general de la financiación de la atención sanitaria

El primer paso es comprender el contexto financiero de la atención sanitaria general en el que la financiación de la salud mental está incluida.

- > Los gobiernos disponen de muchos mecanismos para aumentar sus ingresos: impuestos, tasas a usuarios, disposiciones de pago, subvenciones y préstamos. Los servicios sanitarios pueden también ser financiados conjuntamente por los gobiernos federal, estatal o provincial. Algunos países utilizan un abordaje de la financiación mediante los impuestos generales, pero descentralizan la responsabilidad a los gobiernos locales.

- > Existen tres formas de financiar la atención sanitaria individual: cotización privada individual, cotización privada colectiva y financiación pública.
- > Algunos métodos comunes de financiación de los servicios de salud mental son la financiación basada en impuestos, la seguridad social y los pagos en efectivo.
- > Las personas con trastornos mentales son habitualmente más pobres que el resto de la población y menos capaces o deseosos de buscar ayuda por culpa del estigma asociado o de las experiencias negativas previas con estos servicios. El resultado es que pagar con su propio dinero o el de su familia es un obstáculo mayor comparado con los gastos asociados a numerosos problemas físicos agudos. Encontrar maneras de incrementar la participación en el prepago, en especial para los procedimientos caros o repetitivos, puede, por tanto, beneficiar a la salud mental invirtiendo de forma preferencial si se dedican suficientes fondos adicionales a los problemas mentales y conductuales.
- > Siempre que sea posible, los gobiernos deberían intentar conseguir la cobertura obligatoria de la salud mental, bien a través de una seguridad social o basada en tasas de carácter nacional. En muchos sistemas, no obstante (y no necesariamente en países pobres), esta cobertura obligatoria es difícil de lograr. En los países con rentas altas puede haber limitaciones, aunque exista esta cobertura. En muchos países de renta baja, los planes de seguro no se encuentran habitualmente disponibles o son inexistentes.

Paso 2. Analizar el sistema de salud mental para entender el nivel de recursos actuales y cómo se están empleando.

El análisis de los servicios existentes y de los recursos disponibles es un paso fundamental para entender el sistema de financiación de la salud mental.

- > Este ejercicio de análisis debería incluir los costes del mantenimiento administrativo y de infraestructuras, especialmente los costes asociados a la puesta en práctica de una política, unos servicios y la infraestructura que éstos precisen.
- > Deberían identificarse las categorías principales de este proceso de análisis y hacer un listado, por ejemplo, hospitales, atención residencial, servicios ambulatorios, sistemas de información y apoyo administrativo.
- > Deberían identificarse las fuentes de financiación para estas categorías a partir de la información disponible. Podrían necesitarse fuentes intersectoriales.
- > Deberían identificarse las fuentes de financiación según el tipo de financiación y el tipo de sector u organización que la concede.
- > Entender las relaciones entre las fuentes de financiación y los recursos, asociados a las diversas funciones de la salud mental, puede proporcionar oportunidad para indicar las limitaciones al desarrollo de recursos adicionales.

Paso 3. Desarrollar los recursos básicos para los servicios de salud mental

Entender las razones de por qué hay una financiación insuficiente es un punto de comienzo importante a la hora de crear los recursos básicos para la salud mental.

- > Entre los muchos factores que pueden dar lugar a una financiación insuficiente están: una situación económica pobre en los países implicados, una falta de reconocimiento de los problemas de salud mental y sus consecuencias, la reticencia o incapacidad de los individuos con trastornos mentales o sus familias para pagar un tratamiento y el fracaso de los gestores políticos para entender lo que se puede hacer para prevenir o tratar los trastornos mentales, lo que a su vez suscita la creencia de que la financiación de otros servicios es más beneficiosa para la sociedad.
- > Los recursos básicos puede desarrollarse a través de las iniciativas políticas, como se detalla en otros módulos del conjunto de guías.
- > Los recursos básicos pueden crearse también a través de mecanismos financieros como los semilleros de financiación para proyectos innovadores y la inclusión del desarrollo de recursos de salud mental dentro de la salud general.

Paso 4. Asignar fondos para las prioridades de la planificación

- > La asignación de fondos debe estar vinculada a las prioridades de la política y de la planificación.
- > La asignación a cada región puede basarse en una financiación per cápita, pero esto no tiene en cuenta la diferencia en la prevalencia de los trastornos mentales (las personas de grupos de bajos ingresos tienen mayor prevalencia que aquellas de grupos de rentas altas), en los recursos existentes (los recursos de salud mental están mejor desarrollados en unas áreas que en otras), y ni en los factores de accesibilidad (las áreas rurales y remotas pueden presentar más dificultades que las urbanas a la hora del acceso a los servicios). Como parte del proceso de planificación, deben tenerse en cuenta estos factores a la hora de desarrollar estrategias de asignación de fondos desde el nivel nacional hacia el nivel local.
- > Las asignaciones a las regiones deben coordinarse también con cualquier estrategia de descentralización o delegación de la autoridad al nivel local. Es importante tener en cuenta el desarrollo de habilidades de gestión local y de compromisos con la salud mental para conseguir un impacto positivo con un incremento del control y de la titularidad local.
- > Las asignaciones a los diferentes elementos e intervenciones deberían basarse en las poblaciones diana y en los tipos de servicio. Una base de datos, creada durante el proceso de planificación, sobre los servicios más rentables para los problemas especiales en diferentes subgrupos de población podría ayudar en este proceso.
- > Un enfoque propuesto para diseñar sistemas comunitarios implica la transferencia de recursos desde los sistemas hospitalarios. No obstante, esto requiere una cuidadosa valoración y debería basarse en una evaluación del número de camas hospitalarias necesarias según los sistemas comunitarios van creciendo. Inicialmente podría necesitarse una doble financiación para asegurar que el sistema comunitario pueda acoger a las personas dadas de alta del hospital. Es más, los trasvases de fondos no pueden ser graduales porque los recursos sólo pueden trasladarse de los hospitales una vez las unidades hayan sido clausuradas y se hayan llevado a cabo las reducciones de personal pertinentes.

Paso 5. Elaborar presupuestos para la gestión y la rendición de cuentas

- > Un presupuesto es un plan para lograr unos objetivos expresados en términos monetarios. La planificación es lo que debe guiar el proceso presupuestario. Demasiado a menudo, no obstante, los planes y los presupuestos se desarrollan de forma independiente y el resultado es que los objetivos no se ven reflejados de forma explícita en los presupuestos.
- > Un presupuesto cumple cuatro funciones: política, de planificación, de control y de rendición de cuentas.
- > Existen cuatro tipos de presupuestos: presupuestos globales, presupuestos por líneas de actuación, presupuestos basados en realizaciones y presupuestos base cero. Puede que los planificadores de salud mental no tengan la opción de escoger qué tipo de presupuesto se va a usar, pero es importante entender las principales ventajas y desventajas de cada uno.
- > Un presupuesto debería estar ligado a las prioridades de los planes y políticas y no limitarse a los servicios. Las prioridades incluyen el desarrollo de una política, la planificación y su defensa.
- > Una forma para potenciar la innovación consiste en crear un fondo especial para innovación en salud mental. Esto podría ser el germen de proyectos de demostración y evaluación, incluso a pequeña escala, de manera que se promueva el cambio y la mejora de la calidad.
- > Por tanto, un presupuesto es mucho más que una proyección de los costes de un sistema de provisión de servicios. Es un instrumento para la comunicación de los estándares de rendimiento esperados por las organizaciones implicadas, es una herramienta para animar a los profesionales a que cumplan los objetivos y es un mecanismo para controlar y evaluar el rendimiento de varios sub-componentes del sistema.

Paso 6. Adquirir servicios de salud mental para optimizar la eficacia y la eficiencia.

- > Existen básicamente tres grandes tipos de relación entre inversores y proveedores: de reembolso, por contrato e integrada. Los modelos integrados, en los que el inversor es el proveedor y no existe por tanto la dicotomía inversor/proveedor, están ampliamente difundidos, pero la mayoría de los países tiene una mezcla de modelos. Es más, los modelos están en continuo cambio dentro de los países.
- > La compra se puede basar en un presupuesto global (esto es, se adquieren los servicios para una población estipulada), en la capitación (un subgrupo de la población dispondrá de los servicios), en la tarifa por casos (los destinatarios de los servicios) o en los pagos por acto (pagos por los servicios proporcionados).
- Cada uno de estos modelos de compra tiene diferentes incentivos asociados, permitiendo al gobierno (o al comprador) decidir qué mecanismo es el más adecuado.

Paso 7. Desarrollar la infraestructura para la financiación de la salud mental

La adecuación de las actividades y procesos financieros depende en gran medida de las organizaciones administrativas en las que se integren y en la calidad de la información sobre la que se basen. Las áreas fundamentales incluyen:

- organizaciones administrativas/adquisitivas.
- sistemas de información.
- evaluación y análisis de rentabilidad.
- difusión de la información e implicación de las partes clave interesadas.

Paso 8. Emplear la financiación como herramienta para cambiar los sistemas de prestación de los servicios de salud mental

Los mecanismos de financiación pueden emplearse para facilitar el cambio e introducir innovaciones en los sistemas. Algunos factores financieros y presupuestarios que pueden ayudar a inclinar la balanza a favor de los servicios comunitarios con respecto a los servicios hospitalarios incluyen:

- flexibilidad presupuestaria.
- financiación explícita para servicios comunitarios.
- incentivos financieros.
- la coordinación de las inversiones entre ministerios o agencias.

Respecto a la integración de la atención a la salud mental en los servicios de atención primaria, es necesario asegurar una inversión adecuada para los servicios de salud mental. Los servicios de salud mental pueden no recibir la atención suficiente, y la cuantía de las inversiones puede estancarse o disminuir. Esto puede prevenirse:

- haciendo un seguimiento de los fondos dedicados a los servicios de salud mental
- creando líneas de actuación para los servicios especializados orientados a las poblaciones con problemas de salud mental
- creando y protegiendo ciertos niveles de inversión para los servicios de salud mental

Es importante mantener cierta capacidad económica para introducir innovaciones a través de demostraciones y proyectos piloto.

Conclusiones y recomendaciones para la actuación

1. Construir y ampliar el consenso sobre la salud mental como prioridad.

Muchas de las acciones relacionadas con la salud mental están basadas en los pasos definidos en otros módulos, como *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*, *Fomento de la salud mental*, *Política, planes y programas para la salud mental* y *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*. Estas publicaciones crean un amplio consenso acerca de que las necesidades de la salud mental son una prioridad social. Pero incluso estas actividades precisan de una base económica.

La primera actuación relacionada con la financiación es crear una alianza consensuada sobre las necesidades clave. Esto sienta las bases para el apoyo, que puede avanzar simultáneamente con **la legislación, el desarrollo de la política y la financiación**, como un conjunto coherente de actividades en vez de verse como iniciativas independientes y limitadas. La financiación depende, en definitiva, de la política, del apoyo y de unas expectativas más amplias de la sociedad.

2. Identificar las prioridades para la financiación.

Cada país tiene su propio punto de partida en el desarrollo de su sistema de salud mental y sus prioridades particulares, así como barreras que obstaculizan estas prioridades. Esto es cierto tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Por ejemplo, los países ricos pueden verse enfrentados a sistemas enormemente institucionalizados en los que el mayor problema para la financiación es el desplazamiento de los recursos existentes desde los hospitales hacia los entornos comunitarios. Por otra parte, en algunos países en vías de desarrollo puede que no exista virtualmente ningún sistema de salud mental y los mayores problemas tengan que ver con la obtención de fondos para proyectos piloto.

Para un país que está empezando a desarrollar su sistema de salud mental, un aspecto primordial es el desarrollo de una infraestructura para la salud mental que incluya la legislación, la creación de un plan y el presupuesto asociado a las actividades iniciales propuestas. Para tales actividades, inicialmente se pueden obtener fondos del Banco Mundial o de otras organizaciones. El objetivo de la financiación inicial es la articulación de las leyes, políticas, derechos de los individuos y acuerdos estructurales generales que se pretende formen parte de la infraestructura a largo plazo del sistema de salud mental. Una vez cimentadas las bases, se puede tratar la financiación de los servicios de salud mental de forma más específica.

3. Enlazar la financiación de la salud mental con la financiación de la salud general.

Un aspecto principal de la financiación de la salud mental, especialmente en países que no hayan tenido un sistema de salud mental bien articulado, es asegurar que la financiación de la salud mental sea un componente integral de la financiación de la sanidad general y que se efectúen asignaciones específicas para la salud mental asociadas a otras iniciativas de salud. La defensa de estas asignaciones presupuestarias se ha visto reforzada por los datos obtenidos de los DALYs y por la asociación de los problemas de salud mental a los problemas físicos de salud, como las enfermedades coronarias, la diabetes y otros trastornos.

4. Identificar los pasos de este módulo que sean más relevantes para la situación de su país.

Cada paso en este documento es una sugerencia para la actuación. La actuación que se considere como la más pertinente dependerá de los objetivos específicos definidos en las políticas y los planes y de las cuestiones específicas a las que cada país se enfrenta. En general, cada país debe tratar los asuntos definidos en cada uno de los pasos, pero los detalles y el grado de elaboración de cada paso deberían ajustarse a las circunstancias específicas de cada país.

Objetivos y destinatarios

Objetivos

Este módulo proporciona una guía práctica para ayudar a los países en la financiación de la atención a la salud mental. Los objetivos de este módulo son:

- (1) proporcionar una introducción conceptual a los aspectos clave relacionados con la financiación de la atención a la salud mental
- (2) describir un enfoque paso a paso para tratar estos aspectos económicos clave, reconociendo que dichos pasos pueden necesitar una adaptación a las circunstancias de cada país.
- (3) vincular los pasos con las actividades descritas en otros módulos.

La introducción pone énfasis en que la financiación es el principal motor del sistema e indica la necesidad de integrar su función con la planificación y el diseño de políticas. Por tanto, los pasos se presentan para ayudar a los países en sus esfuerzos financieros.

Estos pasos no pretenden ser preceptivos o rígidos. En lugar de eso, sirven para identificar las actividades fundamentales relacionadas con la financiación que deberían dirigirse a construir y sustentar un sistema de salud mental que cumpla las necesidades prioritarias y que produzca resultados satisfactorios. Se revisan, asimismo, los obstáculos a la financiación de la salud mental.

Destinatarios

Este módulo está dirigido a las siguientes audiencias:

- > administradores y planificadores de la salud mental directamente responsables de la planificación y desarrollo de sistemas de salud mental.
- > gestores políticos que deseen comprender los aspectos fundamentales relativos a la financiación de los servicios de salud mental y su infraestructura.
- > personas con trastornos mentales, sus familias y los defensores para que puedan crear una base de conocimiento acerca de los asuntos financieros.
- > proveedores, personal de salud mental y otras partes interesadas de forma que posean una mejor comprensión de los asuntos relativos a la financiación de los sistemas de los cuales forman parte.

En última instancia, la financiación comporta la formulación de políticas, la planificación, la economía y la contabilidad. La información en este módulo proporciona una guía general y no pretende sustituir a los expertos en estas áreas.

1. Introducción

Una financiación adecuada y sostenida es un factor fundamental en la creación de un sistema de salud mental viable. La financiación es el mecanismo por el cual los planes y las políticas se transforman en actuaciones mediante la asignación de recursos. Sin una financiación adecuada, los planes se quedan en el plano de la retórica y de las buenas intenciones. Con una financiación adecuada, se puede crear una base de recursos para las operaciones y la prestación de servicios, el desarrollo y despliegue de una fuerza de trabajo entrenada, así como las infraestructuras y tecnologías necesarias. La financiación es un bloque fundamental sobre el que descansan otros aspectos clave del sistema.

Por lo tanto, la financiación no es sólo una fuerza motriz básica del sistema sino también una poderosa herramienta con la que los gestores políticos pueden desarrollar y dar forma a los servicios de salud mental y su impacto. Existe un riesgo paralelo inherente, y es que si esta herramienta no se usa de forma planificada y meditada, los resultados y objetivos deseados podrían no conseguirse. De hecho, si los asuntos relativos a la financiación no se tratan adecuadamente, podrían producirse consecuencias dañinas no deseadas que obstaculicen dichos objetivos.

Para financiar los sistemas de salud mental, los gestores políticos y los planificadores deben tratar las siguientes cuestiones clave:

- ¿Cómo se pueden movilizar los fondos necesarios para financiar el plan de salud mental, incluyendo los servicios de salud mental y las infraestructuras requeridas?
- ¿Cómo se pueden asignar esos fondos y cómo se podría organizar la prestación de la atención a la salud mental de forma que se traten las necesidades y prioridades previamente definidas?
- ¿Cómo se puede controlar el coste de los cuidados?

Este módulo perfila los caminos en los que estas cuestiones pueden tratarse en un proceso sistemático paso a paso. Primero, no obstante, es importante comprender algunos de los principales retos a los que se enfrenta la financiación de la salud mental, algunos de los temas principales de este módulo, y la forma en que la financiación se relaciona con la planificación y formulación de políticas.

Retos de la financiación

Entre los retos generales a los que se enfrenta la financiación de sistemas de atención a la salud mental están: la diversidad de recursos entre distintos países, la falta de datos económicos, la variabilidad del control e influencia que los gestores políticos y planificadores de la salud mental tienen sobre la financiación de los servicios de salud mental y la variedad de niveles de desarrollo de los sistemas de salud mental entre distintos países.

En lo que se refiere a la diversidad de recursos entre países, las estimaciones sugieren que casi un 90% de los gastos globales en sanidad tiene lugar en países de renta alta (\$8500 de renta per capita), cuyas poblaciones comprenden tan sólo el 16% de la población mundial (Schieber & Maeda, 1997). La extrema disparidad entre la cantidad de recursos dedicados por los países de renta baja o media a la atención sanitaria refleja la inmensa variabilidad de la capacidad de estos países para proporcionar sistemas de salud mental.

Un segundo desafío lo presenta la falta de disponibilidad de datos acerca de los gastos en salud mental o el hecho de que éstos sean incompletos. A pesar de los esfuerzos por desarrollar sistemas de contabilidad para la sanidad nacional, muchos países carecen de la información básica para determinar cómo se obtienen y emplean los recursos del sistema de salud mental. Sin esta información es difícil que los gestores políticos y los planificadores comprendan los efectos de sus políticas y es difícil también determinar qué decisiones serían las más indicadas para asegurar la equidad o la eficiencia, o para incrementar los rendimientos de los recursos desarrollados.

La financiación transforma los planes y las políticas en actuaciones.

La financiación debe estar integrada con la planificación y con el diseño de políticas.

Los gestores políticos y los planificadores se enfrentan a varios retos cuando tratan estas cuestiones.

El reto de la diversidad de recursos.

El reto de la falta de datos.

La financiación de la salud mental se haya a menudo incluida en la financiación de la sanidad general. Las decisiones generales acerca de tal financiación pueden no ser competencia de los gestores políticos o de los planificadores de salud mental, esto es, la financiación de la salud mental se encuentra íntimamente ligada a la inversión en atención a la salud general y puede verse determinada enormemente por este hecho. Como corolario, es raro encontrar modelos de financiación de la salud mental que sean independientes de la financiación del sistema general de salud.

Otro reto adicional, relacionado con el primero, es la diversidad de los propios sistemas de salud mental, que pueden encontrarse en distintas etapas de desarrollo. Estos sistemas pueden estar en sus primeras etapas de desarrollo en algunos países mientras que en otros están más avanzados, aunque sigan pudiendo encontrarse problemas relacionados con la falta de fondos o con la fragmentación de las líneas de inversión.

Finalmente, el gasto sanitario está orientado habitualmente a servicios curativos. En los países en vías de desarrollo, una gran proporción del gasto se dedica a hospitales y salarios. Las inversiones en hospitales, no pueden redirigirse fácilmente. Hay una escasez de modelos de gasto orientados a la mejora de la calidad y las infraestructuras, especialmente cuando es difícil cuantificar los beneficios.

A pesar de estos desafíos, los planificadores de salud mental y los gestores políticos pueden llevar a cabo acciones diversas relacionadas con la financiación que pueden respaldar el desarrollo y puesta en práctica de políticas y planes sobre salud mental. Estas acciones se esbozan en este módulo.

Temas

A lo largo del módulo aparecen de forma recurrente una serie de temas que proporcionan un encuadre para los pasos propuestos.

- *La política de financiación puede tener un impacto muy pequeño a menos que exista un compromiso político para construir el sector de la salud mental o hacerlo más eficaz.* La financiación es una *herramienta*, no un fin en sí misma.
- *La financiación no es una actividad aislada e independiente.* Las reformas en la financiación están relacionadas y deben llevarse a cabo en combinación con otros mecanismos. La financiación está íntimamente relacionada con las funciones políticas y de planificación y muchos de sus objetivos se logran a través de procesos descritos en otros módulos, por ejemplo, *Legislación sobre Salud Mental y Derechos Humanos, Fomento de la salud mental, Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental, y Política, planes y programas de salud mental.*
- *La financiación debería centrarse en el desarrollo y puesta en práctica de políticas y planes, no sólo de servicios.* Muchas de las actividades propuestas en este módulo están relacionadas con el desarrollo y la mejora de los sistemas de salud mental que proporcionan la infraestructura para los servicios. Estas actividades incluyen el desarrollo de políticas, la planificación, la mejora de la calidad, la legislación, el fomento y la provisión de sistemas de información. La financiación de estas actividades debe ser explícita y transparente.
- *Los incentivos para la financiación deben orientarse hacia las prioridades de la política y de la planificación y las oportunidades para la mejora de la calidad.* Una directriz acerca de las decisiones relativas a la financiación y a los incentivos financieros debe guiarse por el grado en que ésta promueve la planificación de las prioridades y la mejora de la calidad. Esto no se refiere necesariamente a la reforma a nivel nacional, sino que podría referirse a proyectos más pequeños que dirijan al sistema en la dirección deseada. En este sentido, las oportunidades que la financiación puede auspiciar son aplicables tanto a países desarrollados como a países en vías de desarrollo.

La financiación de la salud mental se haya a menudo incluida en la financiación de la sanidad general.

Hay multitud de sistemas de salud mental.

Gran parte del gasto de los recursos actuales se va a los servicios hospitalarios.

Hay varios temas de amplio alcance que aparecen a lo largo de todo este módulo.

¿Cómo se relaciona la financiación con la política y la planificación?

La financiación está integrada e íntimamente ligada a los procesos de diseño de políticas y de planificación descritos en otros módulos. La financiación de los servicios es la operativización de esos procesos: el presupuesto operativo debería ser el mecanismo por el cual los planes sean promulgados. Es útil pensar en estas distintas actividades como parte de un ciclo integrado de planificación, elaboración de presupuestos e implementación a nivel del sistema.

Por tanto, el desarrollo de un plan estratégico refleja las metas y objetivos principales de una política. El plan es un vehículo esencial para la construcción y la articulación de un consenso entre un amplio espectro de partes interesadas en lo que respecta a la visión y los objetivos de la política y la manera de lograrlos. Sobre la base de las necesidades y prioridades reflejadas en el plan, se genera la petición de un presupuesto, el cual es revisado habitualmente por las personas clave en la toma de decisiones. A menudo ocurre que el presupuesto apropiado no es el mismo que el presupuesto que se solicita. En consecuencia, es probable que haya que modificar las prioridades y los objetivos. El presupuesto operativo, que normalmente cubre un periodo específico, se convierte en el recurso básico para el sistema general. Para conseguir los objetivos especificados es necesario realizar asignaciones a diferentes regiones, sectores de servicios y proveedores. El seguimiento del rendimiento de las entidades que reciben las asignaciones es necesario para poder evaluar la implementación del plan. Esto, junto con otros factores que pueden haber surgido en el entorno, se convierte en la base del siguiente ciclo de actividad. Este ciclo se muestra en la Figura 1.

**Figura 1: Financiando el sistema de salud mental:
el ciclo de planificación, elaboración de presupuestos e implementación**



Aunque la Figura 1 pueda no reflejar el proceso de formulación del presupuesto real en un país concreto, sí que ilustra las relaciones que deberían existir entre los procesos de elaboración de los presupuestos, las políticas y la planificación. La financiación es una extensión lógica y operativa de la elaboración de una política y de la planificación. Representa la voluntad y el compromiso administrativo para implementar y lograr los objetivos desarrollados en las políticas y en los planes.

La financiación es una extensión lógica y un brazo operativo de la política.

Si estos diferentes procesos no están vinculados y coordinados, se están enviando señales confusas al método respecto a la política y a la dirección futura a tomar. Si esto ocurre, la financiación se convierte en el principal determinante de la evolución del sistema de salud mental en lugar de ser un medio para conseguir los objetivos de la política y de los planes. Este es un punto crucial: la cantidad total de recursos disponibles, las estrategias de asignación y los sistemas de incentivos, tanto explícitos como implícitos, serían los que al final darían forma al sistema. Los mecanismos de financiación deberían respaldar los planes y las prioridades y no deberían convertirse en la política “de facto” por sí mismos.

Por ejemplo, en muchos casos la financiación de la salud mental se ve moldeada, si no determinada, por los objetivos de la financiación de la sanidad general. Estos objetivos pueden variar enormemente. Un objetivo primario puede ser controlar los costes de la atención sanitaria en lugar de establecer una base de inversiones para ésta. A lo largo de los últimos 20 años, esto ha ocurrido en algunos de los países más ricos. Incluso cuando se reconoce que la inversión en salud mental es insuficiente, tal objetivo puede tener un efecto negativo sobre el conjunto de la financiación de la salud mental.

Implementar la política mediante la financiación: principios clave

Dado que la financiación es un vehículo para la política y la planificación y no al contrario, es esencial definir los principios clave sobre los que se basa la financiación de la salud mental. En muchos países, los defensores y las partes implicadas en la salud mental están preocupados por cuatro áreas: accesibilidad, calidad, resultados y eficiencia. Éstas se traducen en las siguientes cuestiones clave.

- ¿Están recibiendo las personas los servicios necesitan? (ACCESIBILIDAD)
- ¿Están las personas recibiendo servicios adecuados de alta calidad? (CALIDAD)
- ¿Está mejorando su salud mental? (RESULTADOS)
- ¿Están ofreciéndose los servicios de forma eficiente? (EFICIENCIA)

La **accesibilidad** se refiere normalmente a la facilidad y la conveniencia con la que las personas obtienen los servicios. Incluye, asimismo, la consideración de si hay personas con necesidades no cubiertas que no están recibiendo ningún servicio.

La **calidad** se refiere a si el nivel de atención de los servicios prestados a una persona se adecua a su nivel de necesidad y si los servicios proporcionados son consistentes con los conocimientos actuales. Los gestores políticos a menudo tienen que decidir entre las asignaciones financieras que permitan atender a más personas, esto es, aumentar la accesibilidad, o que incrementen la calidad de los servicios de las personas que ya los están recibiendo. Obviamente, hay que conseguir un umbral mínimo de calidad, si no los servicios serían ineficaces y los recursos invertidos se desperdiciarían. Como se señala en el módulo *Mejora de la calidad de la salud mental*, no existen estándares globales de atención. Cada país debería definir el umbral mínimo en relación con el contexto y las condiciones específicas. No obstante, los gestores políticos tienen que decidir cuánto debe mejorar la calidad de los servicios por encima del umbral mínimo, mejorando a su vez la accesibilidad.

El equilibrio que se logre dependerá en gran medida de los **resultados que son alcanzados**. Para la mayoría de los gestores políticos, la optimización de la capacidad de producción en el trabajo, en el colegio o en el hogar es una meta importante. La adecuación e idoneidad de los servicios depende de las metas que se hayan establecido: cada una tendrá implicaciones particulares para los programas y servicios y, en consecuencia, para las inversiones que se necesitan.

Los servicios deberían organizarse y gestionarse de forma que se maximice el uso de los recursos (**eficiencia**). Esta optimización debería enfocarse en dos niveles: en primer lugar el nivel de la sociedad, y en segundo lugar el nivel del sistema de salud mental propiamente dicho. Con frecuencia ocurre que el énfasis se pone en este último. Se necesita una perspectiva más amplia cuando la financiación para el acceso y la calidad apropiados no está disponible, porque se incurre en gastos. Un aspecto importante de tal maximización es la reducción del abuso o desaprovechamiento de los servicios que

La financiación traduce los planes y las políticas en acciones.

Los gestores políticos tienen que tomar decisiones financieras para así lograr el equilibrio entre atender a más gente y proporcionar un mejor servicio.

Los servicios deberían organizarse y gestionarse de forma que se optimicen los recursos.

no producen los resultados deseados. La maximización incluye la selección adecuada de servicios rentables para las personas que se ha determinado que los necesitan para así producir resultados deseables desde el punto de vista del individuo, del sistema de salud mental y de la sociedad. Asegurar que estas perspectivas están en consonancia es ciertamente una función clave de la planificación.

Es evidente que cuando los servicios de salud mental están disponibles pueden producirse reducciones en los costes de los cuidados de la salud física, aumentos en la productividad y una demanda reducida de otros servicios sociales y del sistema de justicia criminal. (Ej. Conti & Burton, 1994; Smith et al. 1996; con Korff et al., 1998). Algunas de estas ventajas pueden tardar un tiempo considerable en observarse. Respecto a las intervenciones en niños, por ejemplo, los beneficios se asocian a la ausencia de problemas mentales, sociales y legales en la edad adulta.

La cantidad total de recursos disponibles para la salud mental es fundamental, pero es igualmente importante su asignación a las diferentes regiones, segmentos de población, servicios y programas. Los mayores problemas se plantean por la disparidad de recursos entre las áreas urbanas y las rurales y entre grupos de niveles de renta. Los gestores políticos tienen también que dirigir y tomar decisiones sobre la distribución de los fondos dentro del sistema de salud mental, definiendo qué servicios están cubiertos y cuáles son prioritarios.

Los conceptos de equidad, efectividad y eficiencia pueden ayudar a los gestores políticos a tomar decisiones sobre la asignación de recursos.

- > La **equidad** implica que ningún segmento de la población se vea indebidamente favorecido y que se tengan en cuenta otras posibles desigualdades. Para la mayoría de los gestores políticos, la mejora de la equidad implica trabajar hacia una mayor igualdad en los resultados o en el estatus entre los individuos, sin tener en cuenta el grupo de nivel de renta al que pertenezcan o la región en la que residan. No obstante, no hay un consenso sobre si la equidad debería medirse en términos de estado de salud, de utilización de los servicios, de los recursos o de la accesibilidad.
- > La **efectividad** está relacionada con el logro de resultados esperados o deseables. El grado de efectividad es una medida de lo bien que se producen los resultados.
- > La **eficiencia** está relacionada con los recursos necesarios para la efectividad. Para un resultado concreto, la eficiencia aumenta si los recursos empleados disminuyen.

La financiación puede afectar a la equidad, a la efectividad y a la eficiencia. Por ejemplo, si un sistema de salud mental depende del cobro a los usuarios como fuente de ingresos, ésto puede ser una barrera para los pobres (EQUIDAD). Si no hay disponible una financiación adecuada, y aún así el objetivo es cumplir con la demanda, podrían producirse unos niveles de atención subclínica o unos servicios inadecuados, por lo que los resultados no cumplirían las expectativas (EFECTIVIDAD). Si no se financian intervenciones adecuadas, puede que los resultados tarden más en conseguirse, lo que resulta en unos costes mayores tanto para el sistema de salud mental como para la sociedad en general (EFICIENCIA).

Este módulo aspira a proporcionar a los gestores políticos herramientas que aseguren que la financiación ayude a lograr los objetivos de los sistemas de salud mental e incrementar la equidad, la efectividad y la eficiencia.

Los recursos totales son fundamentales, pero las estrategias de asignación son igualmente importantes.

La financiación puede afectar a la equidad, a la efectividad y a la eficiencia.

2. Pasos para la financiación de la Salud Mental

A continuación se presentan una serie de pasos que los planificadores y gestores políticos pueden seguir para construir una infraestructura económica que sirva a su vez para desarrollar y mantener el sistema de salud mental de un país.

Paso 1. Entender el contexto general de la atención sanitaria

El primer paso es entender el contexto económico de la atención sanitaria en el que la financiación de la salud mental esta imbricada. Existen ciertos problemas comunes tanto en el sector de la salud mental como en el sector de la salud general. Éstos se pueden resumir en fondos insuficientes para programas rentables, en derroche y en inequidad distributiva. Las financiaciones aplicadas con poco rigor son causa fundamental de estos problemas.

Los gobiernos disponen de multitud de mecanismos para recaudar fondos: impuestos, cobros a los usuarios, disposiciones de pagos, concesión de subvenciones y préstamos (consultar “Definiciones”, al final del módulo).

- Los *impuestos* pueden ser directos (ej. impuestos por los ingresos personales, impuestos de las corporaciones o empresas, impuestos de la seguridad social, impuestos sobre la propiedad, impuestos sobre la riqueza) o indirectos (ej. impuestos de venta, impuestos sobre el valor añadido, aranceles de importación). Una financiación a través de los impuestos generales implica que el gobierno dedica una porción de su presupuesto anual a la atención sanitaria. Cada año, la atención sanitaria compite por la inversión con la educación, el transporte, la defensa, la agricultura y con otros programas o departamentos.
- Los *cobros a los usuarios* son las tarifas que pagan los pacientes o usuarios cuando reciben una prestación sanitaria.
- Las *disposiciones de pago*, como las *disposiciones de pago* de los empresarios, precisan de la provisión de prestaciones sanitarias.
- La *concesión de subvenciones* de inversores extranjeros es una de las fuentes más importantes en la financiación de la atención sanitaria en los países de renta baja y en algunos países de renta media. En África (excluyendo Sudáfrica) las subvenciones de inversores cubren una media de casi el 20% de los gastos en salud. Esta cifra excede el 50% en muchos de ellos. Los *préstamos* de fuentes locales o extranjeras pueden emplearse para financiar el gasto en salud pública. Las fuentes extranjeras incluyen organizaciones internacionales de desarrollo, agencias donantes de asistencia bilateral, instituciones privadas y proveedores médicos extranjeros.

En el Paso 2 la atención se centra en comprender cómo estas fuentes se relacionan con los recursos de salud mental tanto en términos de importancia como de fuentes potenciales a considerar.

La atención sanitaria también puede financiarse conjuntamente por los gobiernos federales y estatales o regionales. En Canadá, por ejemplo, el gobierno federal proporciona a cada provincia unos fondos fijos para la atención sanitaria, proporcionales al producto interior bruto. Los gobiernos provinciales tienen que usar sus propios ingresos derivados de impuestos para equilibrar el coste de la atención sanitaria y por tanto tienen un gran interés en controlar los costes. Algunos países emplean el enfoque de los impuestos generales pero descentralizan la responsabilidad en los gobiernos locales. En este sistema, la toma de decisiones reside habitualmente en el área local, que proporciona fondos y asegura la prestación de servicios a todos sus residentes.

Existen tres formas de financiar la atención sanitaria individual: mediante cotizaciones privadas individuales, mediante cotizaciones privadas colectivas y mediante financiación pública (Jönsson & Musgrove, 1997). Las cotizaciones *privadas individuales* se denominan también “pagos al contado”. El problema es que los gastos médicos son a veces tan elevados que ni siquiera las personas con unos ingresos superiores a la media

Los gobiernos disponen de multitud de mecanismos para recaudar fondos.

Los servicios de salud compiten con otras prioridades sociales y sanitarias.

La atención sanitaria puede financiarse conjuntamente por diferentes niveles del gobierno.

se los pueden permitir. La situación se ve exacerbada por el hecho de que los problemas de salud pueden ocasionar una reducción en los ingresos. Es más, las personas con menores ingresos, que son a menudo las que más necesidades de atención precisan, pueden verse excluidas.

Por estas razones, los seguros llegan a ser el centro de toda discusión acerca de la financiación de la atención sanitaria. Los seguros funcionan mediante un prepago por los servicios que son sufragados por un tercero, esto es, el asegurador, si surge la necesidad. Los seguros son un sustituto (o en ocasiones un complemento) de los pagos al contado. La agrupación de un gran número de personas permite predecir el gasto medio bastante bien y esto reduce el riesgo económico de los usuarios.

Las personas con seguros de salud tienden a visitar al médico más a menudo y a emplear tratamientos más caros que otras personas, incluso cuando los beneficios son mínimos. En el caso de las cotizaciones privadas colectivas (o seguros privados), las compañías de seguros disponen de incentivos para excluir a los pacientes de alto riesgo o al menos para identificarlos y así cobrarles más. Por otra parte, se debe esperar que las personas que son conscientes de que sus problemas de salud son de alto riesgo busquen la cobertura más amplia posible.

Estos problemas con los seguros privados representan algunos de los argumentos a favor de los *seguros públicos*, los cuales pueden universalizarse más fácilmente de forma que todo el mundo esté obligado a compartir los riesgos. La cobertura universal asegura que todo el mundo tenga acceso a la atención sanitaria y previene los problemas de exclusión asociados a un alto riesgo.

Existen en esencia dos tipos de programas de seguridad social que pueden proporcionar una cobertura universal sanitaria: los planes gubernamentales con estructuras estandarizadas de prestaciones y costes o una variedad de planes públicos y privados que ofrezcan a los consumidores la capacidad de elegir, aunque el seguro siga siendo obligatorio. En este último caso, los gobiernos especifican las prestaciones, reglas y estándares que los planes privados deben cumplir.

¿Cuál es la relevancia de este pequeño repaso a la financiación de la sanidad general para la financiación de la salud mental? El Cuadro 1 muestra que las fuentes de financiación para la salud mental se corresponden con aquellas dedicadas a la financiación de la atención general sanitaria, e indica las fuentes empleadas por algunos países. Todos los países emplean combinaciones de estos métodos para financiar sus sistemas de salud.

Existen varios problemas asociados a los seguros médicos privados.

Cuadro 1. Presupuesto para la salud mental como proporción del presupuesto general para la sanidad y fuentes de financiación para la salud mental en varios países

País	¿Presupuesto específico para la salud mental?	Presupuesto para salud mental como proporción del presupuesto general sanitario	Fuentes para la financiación de la salud mental
Austria	Sí	6,5%	Basado en impuestos, seguros privados y pagos en efectivo
Chile	Sí	4,1%	Seguridad social, impuestos, pagos en efectivo y seguros privados
Egipto	Sí	9.0%	Impuestos, pago en efectivo, seguridad social y seguros privados
Fiji	Sí	1.7%	Impuestos y seguros privados
Francia	Sí	5.0%	Impuestos y seguridad social
Italia	Sí	No disponible	Impuestos, pago en efectivo y seguros privados
Kenia	Sí	0.01%	Impuestos, pago en efectivo, seguros privados y seguridad social
República Democrática Popular de Laos	No	No disponible	Pago en efectivo e impuestos
República de Corea	No	3.0%	Seguridad social, impuestos y pago en efectivo
Rumania	Sí	3.0%	Pago en efectivo y seguridad social
Sudáfrica	Sí	2,7%	Impuestos, seguros privados, pago en efectivo y seguridad social
USA	Sí	6,0%	Seguros privados, impuestos, pago en efectivo y seguridad social

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Atlas, 2001.

Características de una buena financiación de la salud mental

Las características de una buena financiación de la salud mental son las mismas que las de una buena financiación para los servicios generales de salud (Organización Mundial de la Salud, 2000). Éstas son las tres consideraciones principales.

- > **Primera:** las personas deberían **estar protegidas frente a riesgos financieros catastróficos**. Esto implica minimizar los pagos en efectivo y, en particular, solicitar este tipo de pagos sólo para pequeños gastos en bienes y servicios asequibles. Todas las formas de prepago, bien a través de los impuestos generales, seguridad social obligatoria o seguros privados voluntarios, son preferibles en este caso porque combinan los riesgos y permiten que el uso de los servicios esté al menos parcialmente separado del pago por éstos. Ya que algunos problemas de salud mental son crónicos, es importante considerar no sólo el coste de tratamientos o servicios individuales, sino también la posibilidad de que éstos se repitan a lo largo de periodos extensos. Lo que un individuo o familia puede permitirse una vez, en caso de crisis, puede ser inasequible a largo plazo, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes.
- > **Segunda:** las personas sanas deberían sufragar a las enfermas. En general, esto es característico de cualquier mecanismo de prepago (mientras que no se puede decir lo mismo del pago en efectivo), pero el flujo de las contribuciones en la dirección correcta para la salud mental depende de si el prepago cubre las necesidades específicas de las personas con trastornos mentales. Un sistema financiero puede ser adecuado a este respecto para muchos servicios, pero puede que no transfiera los recursos de las personas sanas a las personas enfermas en casos de problemas mentales o conductuales, simplemente porque éstos no están cubiertos. El efecto de un acuerdo financiero particular sobre la provisión de los servicios de salud mental depende por tanto de las intervenciones que han sido elegidas para ser financiadas.
- > **Tercera:** en un buen sistema financiero, **las personas ricas sufragan a los pobres**, al menos hasta cierto punto. Ésta es la característica más difícil de asegurar porque depende de la cobertura y progresividad del sistema tributario y de quién está cubierto por los seguros privados o sociales. Las personas acomodadas están obligadas a sufragar a las personas pobres sólo si ambos grupos, y no sólo las personas pudientes, están incluidas en el sistema asegurador y si las contribuciones son al menos parcialmente proporcionales a los ingresos en vez de ser uniformes o proporcionales sólo al riesgo. Como siempre, la magnitud y la dirección de la contribución depende de los servicios cubiertos.

Típicamente, los prepagos comprenden la mayor parte de los gastos en salud en los países ricos pero no en los países pobres, y esto tiene consecuencias para la financiación de la salud mental. Si un gobierno proporciona un 70-80% de los gastos en salud, como ocurre en muchos estados miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), las decisiones acerca de la prioridad que se debe asignar a la salud mental pueden implementarse directamente a través del presupuesto, probablemente con unos efectos compensatorios mínimos en la inversión privada. Si, de todas formas, un gobierno proporciona sólo el 20-30% de la financiación total, como ocurre en China, Chipre, India, Líbano, Myanmar, Nigeria, Pakistán o Sudán, y si además existe una cobertura de seguros mínima, es probable que se descuide la atención a la salud mental en comparación con otros aspectos de la atención sanitaria porque lo que predomina son los pagos en efectivo.

Actualmente, los métodos más comunes para financiar la atención a la salud mental son la financiación basada en impuestos, la seguridad social y los pagos en efectivo. Este último método carga un peso excesivo e inesperado sobre las familias, especialmente en los países con rentas bajas. Los seguros privados juegan un papel relativamente menor en la financiación de la salud mental en todas las Regiones de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001b). El Cuadro 1 da ejemplos de países con diferentes fuentes de financiación. El Cuadro 2 contiene algunas estadísticas sobre los métodos de financiación.

Existen tres características principales que una buena financiación sobre salud mental debe cumplir.

Las personas deberían estar protegidas frente a riesgos financieros catastróficos.

Las personas sanas deberían sufragar a las personas enfermas.

Las personas pudientes deberían sufragar a los pobres.

Cuadro 2. Métodos de financiación para la salud mental: algunas estadísticas

- Los impuestos son el método principal para la financiación de la salud mental en un 60,2% de los países, seguidos por la seguridad social (18,7%) y los pagos en efectivo (16,4%). Este porcentaje varía cuando se examina según las regiones de la OMS, pero los impuestos siguen siendo la forma dominante de financiación en todas las regiones. Los seguros privados y las aportaciones externas comprenden un 1,8% y un 2,9%, respectivamente.
- El pago en efectivo es el segundo método más común de financiación de la salud mental en el 35,9% de los países en la región africana, en el 30% de la región del sudeste asiático, el 22,2% de la región del mediterráneo oriental, el 13,3% en la región de las Américas y el 11,5% de la región del pacífico occidental. Ningún país en la zona europea utiliza este método como vía secundaria de gasto en los cuidados de salud mental.
- La seguridad social es el segundo método más común de financiación en el 50% de los países en la región europea, y sólo un 7,7% de los países en la región del pacífico occidental la emplean como tercer método más común para este propósito. Ningún país en la región africana o en el sudeste asiático utiliza la seguridad social como segundo o tercer método de financiación de la salud mental.
- El seguro privado se emplea como método de financiación en muy pocos países (en África y en las Américas).
- Las aportaciones externas respaldan la atención a la salud mental en un 7,7% de los países de la región del pacífico occidental, en un 5,6% de la región del mediterráneo oriental y en el 5,1% de la región africana.
- Si se examinan los países según grupos de renta (baja, media-baja, media-alta y alta), los impuestos demuestran ser el método principal de financiación.
- El pago en efectivo es el segundo método más común de financiación en el 39,6% de los países con renta baja pero en ninguno de los países de renta media-alta y tan sólo un 2,9% en los países de renta alta.
- La seguridad social es el segundo método más común de financiación en un 38,3% de países con renta alta y un 29,4% de países con renta media-alta. Ningún país de renta baja emplea la seguridad social como método principal de financiación de la salud mental.

Fuente: Atlas: Organización Mundial de la Salud, 2001.

Las personas con trastornos mentales son habitualmente más pobres que el resto de la población y a menudo están menos capacitadas o dispuestas a buscar atención por culpa del estigma o de las experiencias negativas previas con los servicios. Como consecuencia el pago en efectivo, personal o familiar, es un obstáculo mucho mayor en comparación con muchas enfermedades agudas. Esto no es sólo un problema en los países en vías de desarrollo. En muchos de los países más ricos, las personas con trastornos mentales severos se ven económicamente marginadas. Encontrar las maneras de aumentar su capacidad de prepago, en particular para procedimientos caros o repetitivos, puede mejorar el gasto en salud mental de forma preferente si se dedica suficiente cantidad de fondos de prepago a los trastornos mentales y conductuales (Organización Mundial de la Salud, 2000). El movimiento en el otro sentido, es decir, pasar del prepago a un mayor índice de pagos en efectivo, como ha ocurrido durante la transición económica de varios países de la Europa del Este, tiene muchas posibilidades de disminuir la cantidad de recursos disponibles para la atención a la salud mental.

En los países con una baja proporción de prepago, y que presentan dificultades para aumentar los impuestos o extender la seguridad social, dado que gran parte de la población vive en entornos rurales y no tiene un empleo formal, los planes de financiación comunitaria pueden parecer una forma atractiva de reducir la carga de los pagos en efectivo. La evidencia de su éxito es escasa y contradictoria. No obstante, debería tenerse en cuenta que a menos que estos planes reciban unos subsidios abundantes por parte de los gobiernos, de ONGs o de donantes externos, no serán capaces de solucionar los problemas crónicos que presenta una parte fácilmente reconocible de la población beneficiaria. Lo que se deduce de esto es que los servicios comunitarios no deberían depender de financiación basada en la comunidad.

Las personas con trastornos mentales son a menudo más pobres que el resto de la población.

Los servicios comunitarios no deberían depender de una financiación basada en la comunidad.

Los donantes externos son un recurso valioso, aunque sus prioridades no coinciden siempre con las de los gobiernos.

Estos mismos países pobres a menudo dependen enormemente de donantes extranjeros que financian la atención sanitaria. Potencialmente, estos donantes son una valiosa fuente de capital para la atención a la salud mental. No obstante, sus prioridades pueden no coincidir con las de los gobiernos en cuestión. En particular, es raro que se asigne una mayor prioridad a la salud mental que a las enfermedades contagiosas. En este caso, es necesario que los gobiernos decidan si deberían tratar de persuadir a los donantes para vincular su ayuda más estrechamente a las prioridades del país en cuestión. La alternativa es que los gobiernos empleen sus limitados fondos en áreas descuidadas por los donantes, en particular dedicando un incremento de una parte de los recursos locales a las prioridades nacionales.

Siempre que sea posible, los gobiernos deberían intentar conseguir una cobertura obligatoria de la salud mental, a través de los seguros nacionales, la seguridad social o por los impuestos. En muchos sistemas, no obstante (y no necesariamente en países pobres), esta cobertura obligatoria es difícil de conseguir. En los países con rentas altas, incluso cuando existe esta cobertura, también hay límites. En muchos países con rentas bajas, los planes de aseguramiento no están generalmente disponibles o, simplemente, no existen.

Puntos clave: Paso 1. Comprender el contexto general de la financiación de la atención sanitaria

- Los gobiernos disponen de muchos mecanismos para obtener fondos: impuestos, cobros a los usuarios, disposiciones de pagos, obtención de subvenciones, préstamos. La atención sanitaria puede también financiarse conjuntamente por los gobiernos federales y estatales o provinciales. Algunos países emplean el enfoque de los impuestos generales pero descentralizan la responsabilidad a los gobiernos locales.
- Existen tres formas de financiar la atención sanitaria individual: los pagos privados individuales, los pagos privados colectivos y la financiación pública.
- Los métodos más comunes para financiar un sistema de atención de salud mental son la financiación basada en impuestos, la seguridad social y los pagos en efectivo.
- Las personas con trastornos mentales son habitualmente más pobres que el resto de la población y a menudo están menos capacitadas o dispuestas a buscar atención por culpa del estigma o de experiencias negativas previas con los servicios. Como consecuencia, el pago en efectivo, personal o familiar, es un obstáculo mucho mayor en comparación con muchas enfermedades agudas. Encontrar formas de aumentar su capacidad de prepago, en particular para procedimientos caros o repetitivos, puede mejorar el gasto en salud mental de forma preferente, si se dedica la suficiente cantidad de fondos de prepago a los trastornos mentales y conductuales.
- Siempre que sea posible, los gobiernos deberían intentar conseguir una cobertura obligatoria de la salud mental, a través de los seguros nacionales, la seguridad social o los impuestos. En muchos sistemas, no obstante (y no necesariamente en países pobres), esta cobertura obligatoria es difícil de conseguir. En los países con rentas altas, incluso cuando existe esta cobertura, también hay límites. En muchos países con rentas bajas, los planes de aseguramiento no están generalmente disponibles o, simplemente, no existen.

Paso 2. Recopilar los servicios de salud mental para comprender el nivel de recursos actuales y cómo se están empleando

Una vez obtenido cierto entendimiento acerca del contexto general de la financiación de la salud mental, el siguiente paso es centrarse más específicamente en la financiación de los sistemas de salud mental dentro de los países. Este paso trata principalmente del estudio de los servicios de salud mental, por oposición al sistema de salud mental más amplio, incluyendo otros sectores no sanitarios como por ejemplo; la vivienda, la educación, la justicia penal, etc. Este enfoque más restringido se adopta debido a la potencial complejidad de la financiación básica de todos los sectores implicados en la salud mental.

En muchos países, los servicios de atención mental no han recibido la atención que se merecen. Más recientemente, no obstante, ha habido una mejora en la comprensión de las consecuencias sociales y económicas de esta situación y así han aparecido nuevas medicaciones más eficaces y nuevas estrategias terapéuticas. Como consecuencia, los gestores políticos están concediendo una mayor atención a los servicios de salud mental. No obstante, estos servicios aún tienen que competir con otras necesidades sociales y sanitarias. Los argumentos humanísticos ya no son suficientes. La defensa de los servicios de salud mental debe hacerse sobre la base de la investigación y de la información que muestre unas expectativas claras de obtención de resultados derivados de la inversión en este campo.

Para conseguir credibilidad y responsabilidad es necesario comprender qué recursos hay disponibles, a qué regiones y servicios están asignados y qué impacto tiene esta situación no sólo para los individuos con trastornos mentales sino para la población en general. Los planificadores y gestores políticos a menudo no saben qué recursos están disponibles porque los servicios de salud mental están fragmentados y son varios los ministerios responsables de las diferentes líneas de financiación de esos servicios de salud mental.

Para comprender qué recursos están disponibles es por tanto necesario analizar los sistemas de financiación de la salud mental. Esto define los recursos que están actualmente disponibles para los servicios de salud mental y cómo están asignados. Las actividades de este tipo revelan las carencias en la información necesaria.

El propósito de este paso es proporcionar a los gestores políticos una herramienta con la que obtener una mejor comprensión de las fuentes de financiación, de los mecanismos de compra, de las poblaciones objetivo, de los servicios y de sus efectos en los países o regiones en cuestión. Esta herramienta no pretende ofrecer una imagen estática, sino identificar los asuntos que pueden afectar a la asignación de recursos. Esto tiene implicaciones para las regiones, las diferentes poblaciones asociadas a cada servicio y para los propios servicios. En definitiva, hay dos perspectivas que deben estar relacionadas, a saber, cómo fluye el dinero y cómo y dónde acceden los usuarios a los servicios. La comprensión de estas dos corrientes es necesaria para dirigir racionalmente los sistemas de salud mental en la dirección adecuada.

La Figura 2 ilustra los flujos de dinero y del acceso de los usuarios a los servicios. El propósito de analizar estas corrientes es lograr comprender a dónde va la gente a obtener los servicios y qué servicios perciben. La complejidad de tal análisis tiene que ver con el detalle que se desee obtener. Los países pueden necesitar adaptar el diagrama a sus circunstancias específicas. Pueden encontrarse variaciones entre regiones, entre características sociodemográficas y entre los tipos de problemas para los que se acude a los servicios. Idealmente, un esquema de este tipo indicaría la cantidad de personas que reciben servicios y mostraría quién paga por los mismos. Si esta información no se encuentra disponible, pueden emplearse estimaciones de forma eficaz para desarrollar un plan de financiación para el sistema de atención a la salud mental en un determinado país o región.

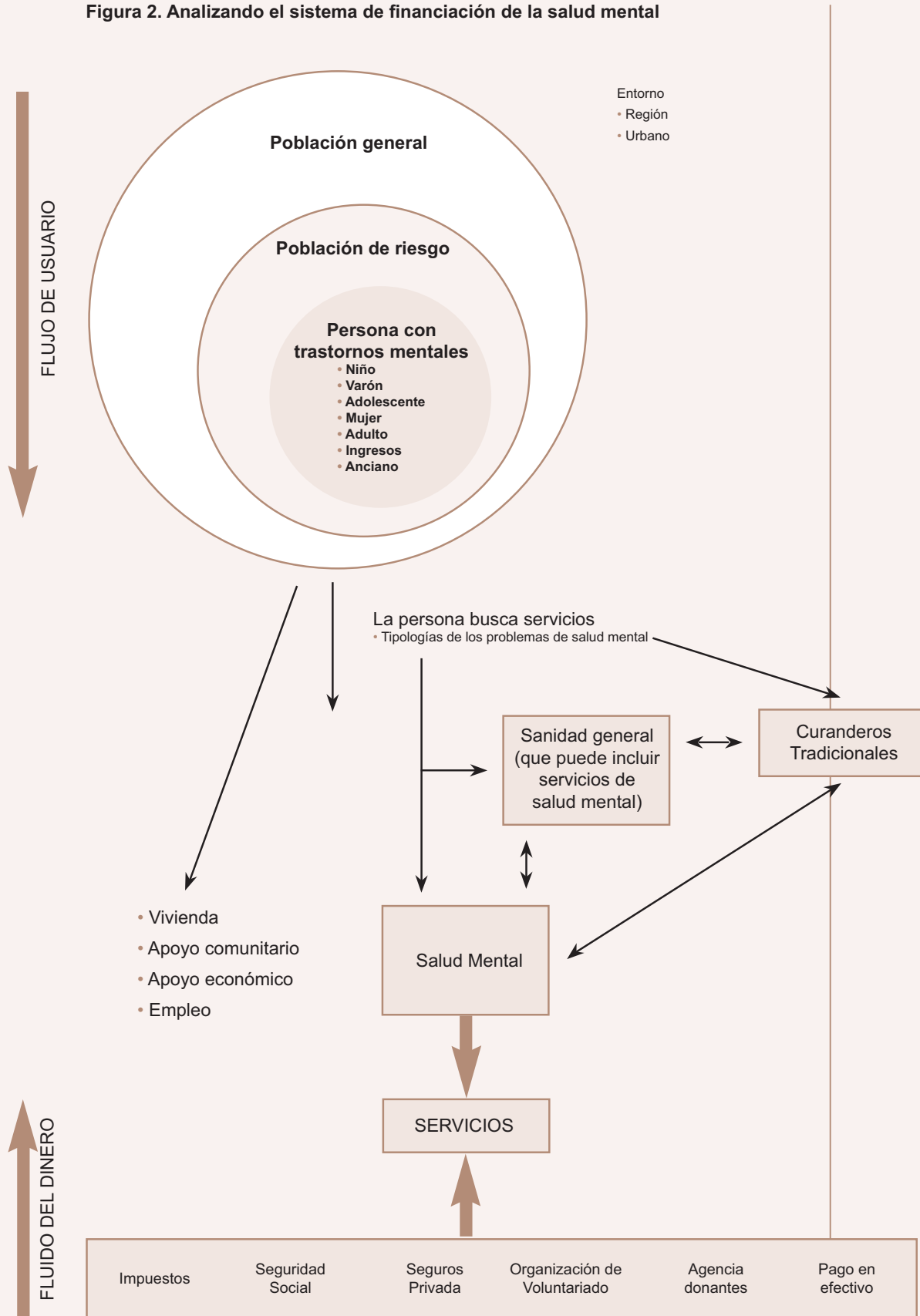
Los servicios de salud mental tienen que competir con otras prioridades sociales y sanitarias.

Es vital comprender qué recursos hay disponibles.

Esto precisa un estudio del sistema de financiación de la salud mental.

El propósito de este paso es proporcionar una herramienta para el estudio de la financiación de la salud mental de un país o región.

Figura 2. Analizando el sistema de financiación de la salud mental



Guía de preguntas para los gestores políticos que inician el desarrollo de este proceso.

- ¿Cuáles son las fuentes de financiación para los servicios de salud mental? ¿Qué cantidad está disponible de cada una?
- ¿Cómo están asignados los recursos a las diferentes regiones? ¿Es la asignación equitativa?
- ¿Cómo están asignados los recursos a los diferentes sectores de provisión de servicios? ¿Existen diferencias regionales?
- ¿Quién está recibiendo los servicios con la financiación disponible?
- ¿Qué cantidad de fondos van directamente a la provisión de servicios (versus a los costes administrativos)?
- ¿Quién debería estar recibiendo los servicios pero no los recibe?
- ¿Cuánto costará proporcionar los servicios necesarios?

Obviamente, los elementos clave asociados a cada una de estas preguntas varían entre países, al igual que la capacidad de obtener la información necesaria. Incluso en países relativamente desarrollados, estas preguntas resultan difíciles de tratar. Sin haberlas respondido, no obstante, es más difícil defender los servicios de salud mental.

Este paso puede ser complicado, especialmente si los gastos en salud mental no se separan de forma rutinaria de los gastos sanitarios generales. Como muestra la Figura 1, tanto el sector sanitario general como un sector especializado en salud mental pueden proveer los servicios de salud mental. Lo importante aquí es comenzar con las capacidades y datos disponibles en el sistema.

Las siguientes tareas pueden ser identificadas.

Tarea 1. Hacer una lista de los recursos de la salud mental y del presupuesto de cada uno.

Dependiendo del detalle deseado, es posible comenzar haciendo un listado de los recursos de salud mental existentes e identificar el presupuesto para cada uno. Esto puede ser difícil y puede que haya que examinar numerosas fuentes y documentos, incluyendo informes sobre gastos hospitalarios, datos de la plantilla y, en algunos casos, inferir estimaciones o efectuar tanteos. Por ejemplo, si el presupuesto de un hospital está disponible, éste sería el punto de partida. En otras situaciones puede que el presupuesto total no esté disponible pero puede que exista información sobre los costes de personal. Como alternativa, éste podría ser entonces el punto de partida.

Dependiendo de la situación particular de un país, puede necesitarse información de otras unidades, sectores o ministerios. Por ejemplo, el presupuesto para vivienda y los servicios residenciales para adultos o niños con trastornos mentales puede formar parte del presupuesto del ministerio de bienestar social o del ministerio de vivienda. La información sobre este tema debería obtenerse o estimarse a partir de las fuentes disponibles.

Cuando se calculen o estimen los presupuestos de los servicios es esencial incluir los costes administrativos y de infraestructura que hacen que estos servicios sean posibles, incluyendo el coste de las funciones clave para el desarrollo y el mantenimiento sostenido del sistema. Entre estas funciones están las partidas presupuestarias, la puesta en práctica de las funciones de la política, la planificación, los sistemas de información, la mejora de la calidad, y el fomento. A menudo éstos son mandatos o expectativas no financiadas que deberían identificarse como costes. Como se menciona en otros módulos, la viabilidad del sistema depende de estas funciones y por tanto deben incluirse en cualquier iniciativa de análisis de recursos.

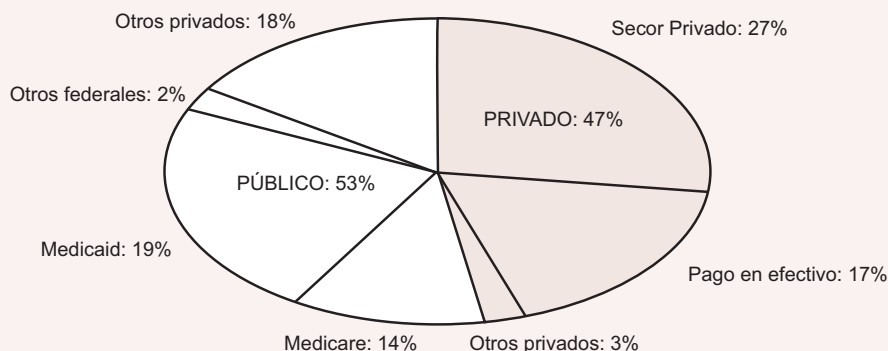
Varias preguntas útiles para guiar el proceso de análisis.

Llevar a cabo tal análisis no es ni sencillo ni simple, incluso en países con sofisticados sistemas de información. En los países en vías de desarrollo, los problemas se ven agravados: puede que exista muy poca información sobre quién hace uso de los sectores privados y quién de los tradicionales, con cuánta frecuencia se emplean y cuánto pagan los usuarios. Es a menudo difícil distinguir patrones de uso por diferentes tipos de población. Este ejercicio es, no obstante, un punto de partida que puede desarrollarse con el tiempo. El trabajo inicial puede identificar lagunas y áreas que requieran esfuerzos especiales para obtener información.

Este ejercicio debería, en definitiva, proporcionar una lista de los servicios de salud mental disponibles y de los presupuestos o gastos asociados a éstos. La lista puede subdividirse de acuerdo con las regiones o con los grupos atendidos.

Esto permite la identificación de los componentes clave del sistema de salud mental existente y de la inversión asociada a cada componente sobre la base de la información disponible. Se obtiene así una visión de conjunto del estado actual de la financiación de la salud mental en el país o región en cuestión, visión que sirve como preparativo para el siguiente paso. La Figura 3 proporciona un ejemplo del análisis de la financiación de la salud mental en los Estados Unidos de América, con los gastos según el pagador.

Figura 3. Gastos en salud mental en los Estados Unidos según pagador, 1996
(Total = 69.000 millones de dólares)



Población, gastos y costes de salud mental per cápita según tipo de seguro, EEUU, 1996

Tipos de seguro	Número (millones)	Gastos (miles de millones de \$US)	Anual per cápita (\$US)
Privado	167,5	32,3	193
Pago de seguros		18,4	
Pagos en efectivo		11,7	
Otros privados		2,2	
Medicare	30,6	9,8	320
Medicaid	27,0	13,0	481
Otros / no asegurados	41,7	13,9	333
SPMI*	5,1	12,4	2431
Otros	36,6	1,5	41
Total	266,88	69,0	259

*SPMI: Severe and persistent mental illness (Enfermedades mentales graves y persistentes)

Fuente : Mark et al., 1998; cálculos por D. Regier, comunicación personal, 1999

Gastos en salud mental en relación con los gastos de la sanidad nacional según la fuente de pago, EEUU, 1996

Gastos en miles de millones de \$US, 1996			
	Atención a la salud mental	Toda la atención sanitaria	%
Privados			
Pago en efectivo	11	171	6
Seguro privado	17	292	6
Otros privados	2	32	5
Total privados	30	495	6
Públicos			
Medicare	10	198	5
Medicaid	13	140	9
Otros gobiernos federales	1	41	3
Gobiernos Estatales/locales	12	69	18
Total públicos	36	447	8
Gastos totales	66	943	7

Fuente : Mark et al., 1998 (Revisado)

Fuente de todos los datos de la Figura 3: Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos), EEUU. Public Health Service (Servicio de Salud Pública), 1999

Tarea 2: Diseñar los servicios existentes de salud mental en una matriz

Como complemento a la tarea anterior, se puede diseñar una sencilla matriz que relacione las fuentes de ingresos con los sectores de provisión de servicios. Esta es otra segunda herramienta útil para analizar la financiación de un sistema de salud mental y sus componentes (Knapp, 1995) (Cuadro 3).

Cuadro 3. Matriz de fuentes de ingresos y sectores de provisión de servicios

RECAUDACION DE INGRESOS (FINANCIACIÓN)	MODALIDAD O SECTOR DE PROVISIÓN			
	Sector público o estatal	Voluntario / ONG	Privado (con ánimo de lucro)	Sector informal
Impuestos generales				
Seguridad social				
Seguros privados				
Beneficencia				
Gobiernos extranjeros				
Pagos en efectivo				

ONG = Organización no gubernamental

¿Qué se incluiría en esta matriz? La matriz se puede completar elaborando un listado de los diferentes aspectos del sistema de salud mental (dispositivos de internamiento, servicios comunitarios, centros de formación ocupacional) en los apartados apropiados, proporcionando así una visión general de la variedad de servicios disponibles actualmente y sus correspondientes fuentes de financiación. Esto puede hacerse para cada región del país o para el país entero.

El propósito de desarrollar esta matriz es enlazar las fuentes de financiación con la modalidad de provisión de servicios. La matriz puede relacionarse con la Tarea 1 asociando las fuentes de ingresos y la cantidad de dicha inversión con los diversos servicios de salud mental identificados en la anterior fase de análisis. La comprensión de estas fuentes no sólo arrojará luz sobre la estructura de los recursos sino también acerca de las implicaciones relativas a la financiación sostenida y continua del sistema.

Este proceso de análisis puede ilustrarse con ejemplos de diversas fuentes de financiación de la salud mental. En Argentina, la financiación de la salud mental proviene del gobierno federal, de las provincias, de las ciudades, de la administración de la seguridad social, de los sindicatos y de organizaciones privadas. En la India, los servicios de salud mental patrocinados por el gobierno reciben fondos del gobierno central, de los gobiernos estatales o de la Comisión de Préstamos Universitarios (University Grants Commission), que a su vez recibe fondos del gobierno central y costea algunas de las unidades de formación psiquiátrica del país. En situaciones como éstas, el incremento de la financiación depende de las asignaciones que tanto los planes nacionales o estatales como los presupuestos de otras fuentes de financiación decidan para los servicios de salud mental.

El Cuadro 4 ilustra cómo estas diversas fuentes de financiación pueden distribuirse en una matriz. Cuando se lleve a cabo este ejercicio, los países deberían adaptar los datos a sus propias circunstancias.

La información obtenida del ejercicio de análisis puede resultar útil cuando se están solicitando recursos adicionales.

Cuadro 4. Matriz de servicios de salud mental en un país hipotético*

RECAUDACION DE INGRESOS (FINANCIACIÓN)	MODALIDAD O SECTOR DE PROVISIÓN			
	Sector público o estatal	Voluntario / ONG	Privado (con ánimo de lucro)	Sector informal
Impuestos generales	(1) Hospitales psiquiátricos estatales (2) Servicios ambulatorios (3) Porcentaje de presupuesto de atención primaria empleado en la atención a la salud mental (4) Porcentaje del presupuesto para la promoción de la salud empleado para la promoción de la salud mental	Contribución garantizada del estado (5%) a una ONG internacional que proporcione servicios para estrés postraumático	Comisión (contratación) de servicios específicos, por ejemplo, asesores de estrés postraumático, en clínicas de atención primaria	Subvenciones para usuarios crónicos identificados
Seguridad social	-	-	-	-
Seguros privados	-	-	Contribuciones voluntarias (contribuciones anuales a agencias de seguros privadas)	
Caritativos	Financiación de ONGs de empleo protegido en instalaciones Estatales	(1) ONGs proporcionan servicios de estrés postraumático (95% del presupuesto anual) (2) Organización de apoyo haciendo campaña a favor de los derechos humanos en los hospitales psiquiátricos	-	Subvenciones para personas con epilepsia de un fondo internacional para la epilepsia
Gobiernos extranjeros	Subvenciones de gobiernos extranjeros a proveedores de servicios de salud mental	-	-	-
Pagos en efectivo	Escala variable de tarifas para los servicios públicos	Escala variable de tarifas para el asesoramiento en estrés postraumático. (ONG)	Pagos por acto a proveedores privados y curanderos tradicionales	-
Sin cargos	N.A.	N.A.	N.A.	Atención familiar, apoyo de la comunidad

* Esto es un ejemplo, no una recomendación sobre cómo se debería estructurar un sistema de salud mental.

N.A.: No aplicable. / ONG: Organización no gubernamental.

El ejercicio de análisis puede ayudar a clarificar las limitaciones y las fuentes potenciales de crecimiento. Esto es esencial para alcanzar las metas de la política y de la planificación y para expandir la base de financiación para las prioridades y necesidades identificadas. No obstante, este ejercicio por sí mismo no conduce al crecimiento de los recursos necesarios. En muchos países tal expansión puede, de hecho, estar fuera de las competencias del planificador o diseñador de las políticas de salud mental. A pesar de todo, la información que se deriva de este paso puede ser útil para defender la necesidad de recursos adicionales e incluso para llamar la atención de potenciales fuentes de financiación. El análisis de la situación actual puede ayudar a establecer los fundamentos, la credibilidad y la responsabilidad necesarios para justificar el crecimiento de los recursos. A este respecto, el análisis es una herramienta útil para documentar la planificación y el diseño de la política.

Puntos clave: Paso 2. Analizar el sistema de salud mental

- Analizar los servicios existentes y los recursos disponibles para éstos es un paso fundamental para la comprensión del sistema de financiación de la salud mental.
- Este ejercicio de análisis debería incluir los costes administrativos y de infraestructura, en especial los costes asociados a la puesta en práctica de las funciones clave identificadas en los distintos módulos del conjunto de guías.
- Debería identificarse y elaborarse una lista de las categorías generales para este proceso de análisis., por ejemplo; hospitales, estructuras residenciales, servicios ambulatorios, sistemas de información, organizaciones de defensa y el apoyo político-administrativo).
- Deberían identificarse las fuentes de financiación de estas categorías y obtener asimismo toda la información disponible. Pueden necesitarse fuentes intersectoriales.
- Las fuentes de financiación deberían identificarse según el tipo de financiación y el tipo de sector u organización que proporciona dicha financiación.
- La comprensión de la dependencia entre estas fuentes de financiación y los recursos asociados a las diversas funciones del sistema de salud mental pueden proporcionar oportunidades para la obtención de recursos adicionales y especificar las limitaciones asociadas.

Es necesaria una actitud abierta y la voluntad de aprender de la sabiduría de los usuarios y sus familias por parte de los trabajadores de atención primaria y de salud mental.

Paso 3. Desarrollar los recursos básicos para los servicios de salud mental

Una vez se ha obtenido una visión general del estado actual de la financiación de la salud mental mediante el análisis del sistema, el siguiente paso es crear unos recursos básicos para los servicios de salud mental. Esto debe hacerse de acuerdo con las prioridades identificadas en la política sobre salud mental.

En esta etapa, los planificadores y gestores políticos se enfrentan inevitablemente con la realidad de una financiación insuficiente para la salud mental. Entender las razones de esta insuficiencia es un punto de comienzo importante para crear los recursos básicos de salud mental.

La financiación insuficiente puede tener varias causas (M. Knapp y D. McDald, comunicación personal, 2001):

- Los países en situaciones económicas precarias o que se enfrenten a emergencias complejas ni serán capaces ni incluso estarán muy dispuestos a dar prioridad a los gastos en salud. Es más, dentro de los gastos sanitarios es muy poco probable que den la prioridad a las inversiones en salud mental.
- Bajo reconocimiento de los problemas de salud mental y de sus consecuencias.
- En los sistemas que dependen enormemente de los pagos de los usuarios, la financiación insuficiente puede surgir de la negación o la incapacidad de las personas con trastornos mentales (o de sus familias) de pagar el tratamiento. La estigmatización, las consideraciones de tipo cultural y los ingresos bajos pueden ser algunas de las causas.
- Puede que los gestores políticos no entiendan qué se debe hacer para prevenir o tratar los trastornos de salud mental y crean por tanto que la financiación de otros servicios conlleva más beneficios para la sociedad. En otras palabras, el argumento económico para la financiación de los servicios de salud mental ha sido notablemente esquivo. El estigma y la falta de información también mantienen la demanda de estos servicios en un nivel muy inferior al que corresponde según las necesidades.

El desarrollo de unos recursos básicos de salud mental requiere por tanto que los planificadores y gestores políticos traten las causas de la financiación insuficiente y encuentren maneras de superarlas.

La expansión activa de los recursos básicos tiene tanto que ver con la política y las prioridades como con el análisis de las fuentes de financiación; el enfoque además debe ponerse en defender el tema de la atención a la salud mental. Este punto debe quedar claro: **expandir la base financiera del sistema de salud mental es en gran parte un asunto de prioridades políticas**. Los fondos son limitados y la salud mental tiene que competir no sólo con otras partes del sector sanitario sino también con otros programas esenciales, como el desarrollo económico, las carreteras, el transporte, las comunicaciones y la educación. Por lo tanto, un buen punto de comienzo para expandir los recursos básicos reside en las iniciativas políticas.

Iniciativas políticas para expandir los recursos básicos

Algunas maneras de demostrar la importancia de la salud mental se describen en otros módulos como *Política, planes y programas para la salud mental, Fomento de la salud mental y Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*). Éstas incluyen:

- desarrollar y demostrar las evidencias para intervenciones rentables en salud mental.
- demostrar la utilidad de los argumentos económicos/casos de negocios, en temas como la calidad, los sistemas de información y otros aspectos de la infraestructura de los servicios.
- formar alianzas estratégicas con individuos y grupos clave, con los ministerios gubernamentales, con ONGs y con el sector privado.
- respaldar el movimiento de fomento para crear una demanda popular de la necesidad de unos servicios de salud mental y así incrementar por tanto la presión sobre el gobierno para que éste financie estos servicios de forma adecuada.

Hay varios motivos que pueden llevar a una financiación insuficiente de la salud mental.

Estas iniciativas tienen el potencial de mejorar la financiación de los servicios de salud mental significativamente. Los detalles de cómo desarrollar tales iniciativas se describen en otros módulos (*Política, planes y programas para la salud mental, Fomento de la salud mental y Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*).

Mecanismos de financiación para expandir la base de recursos

1. “Sembrar” proyectos innovadores

Además de las iniciativas políticas para expandir los recursos básicos, pueden establecerse también mecanismos de financiación. Una forma es crear un fondo de innovación para la salud mental para así poner en práctica las propuestas e iniciativas definidas en la política (Instituto de Medicina, 2001.)

El objetivo de este fondo sería el de fomentar proyectos orientados a la consecución de los objetivos descritos en la política sobre salud mental. El fondo financiaría la demostración y la evaluación de los programas implementando los cambios recomendados por la política. Éstos podrían incluir: el desarrollo de la política, el fomento y las iniciativas de mejora de la calidad. El objetivo sería no sólo financiar las buenas ideas sino también centrarse en las innovaciones que tengan una aplicación amplia y que por tanto puedan ser adoptadas o adaptadas en cualquier otro entorno.

Podría concederse dinero a organizaciones particulares de atención sanitaria local, a organizaciones privadas, agencias públicas o grupos de apoyo. Parte de este fondo debería reservarse para tratar proyectos fundamentales de investigación.

Un fondo de este tipo hace posible la innovación y ayuda a asegurar que los recursos adicionales no se dediquen al sistema de la forma habitual. Dedicar un dinero durante varios años puede asegurar una fuente de financiación sostenible y estable gracias a la cual se pueden realizar los cambios necesarios. Más aún, un fondo como éste puede ayudar a cubrir los costes iniciales a los que se enfrentan las organizaciones de atención sanitaria y otros organismos cuando se embarcan en el proceso de cambio.

Inicialmente pueden ser necesarios los préstamos gubernamentales o de donantes para respaldar los fondos de innovación. Las agencias externas o internacionales pueden estar en posición de suavizar la carga de los costes de transición. El Cuadro 5 muestra cómo solicitar tales fondos al Banco Mundial. Existen procedimientos similares para otras fuentes financieras.

La creación de un fondo de innovación para la salud mental podría promover una mejora de la calidad y el cambio sostenible.

Cuadro 5. Cómo acceder a los fondos del Banco Mundial

- Designar a una persona encargada de la salud mental en el ministerio de salud del país en cuestión.
- Identificar y documentar las actividades y programas de salud mental, incluyendo aquellos financiados por la OMS.
- Abrir una vía de presupuesto para la salud mental. Una línea de financiación separada dentro del ministerio de salud es útil, ya que puede servir como principio básico para el desarrollo de una propuesta que vaya a ser enviada al Banco Mundial.
- Identificar los proyectos de salud financiados por el Banco Mundial y consultar con las personas adecuadas para:
 - Determinar qué se ha financiado y cuánto han progresado los proyectos.
 - Descubrir las posibilidades de incluir la salud mental en actividades que ya están siendo financiadas.
 - Identificar los procedimientos para enviar un proyecto de salud mental para la consideración del banco.
- Explorar la posibilidad de acceder a los fondos del Banco Mundial a través de un ministerio que no sea el de salud. Por ejemplo, pueden obtenerse préstamos para el sector social a través del ministerio de educación o del ministerio de bienestar social o pueden incluso ser administrados por una ONG identificada por el ministerio de economía. (El Ministerio de Economía de Burundi solicitó a una ONG que administrara un préstamo para el sector social orientado a trabajar en el desarrollo temprano de la infancia con un componente de la salud mental.)
- Explorar la posibilidad de obtener fondos, aunque esto es más difícil, para proyectos de salud mental desde la sede central del Banco Mundial. Pequeñas cantidades de dinero están disponibles a través de unidades especializadas del Banco, como el Fondo Post-Conflicto y otros fondos fiduciarios.

(Hay más información disponible en la página Web del Banco Mundial, www.worldbank.org.)

2. Incluir la salud mental en el desarrollo de los recursos de la sanidad general

Otra posibilidad sería incluir la salud mental de forma explícita en operaciones orientadas a incrementar los recursos de la sanidad general. De forma similar, cuando se buscan fondos de donantes o de agencias que subvencionan a programas de salud general, la salud mental debería formar parte de la agenda. Actualmente, en muchas de estas iniciativas se concede poca atención a la salud mental.

Existen dos maneras de tratar este problema. La primera es continuar promoviendo la salud mental en la planificación y en la política de la sanidad general. Esto se ha demostrado en algunas de las iniciativas políticas enumeradas anteriormente.

La segunda forma es incluir la salud mental en las iniciativas de sanidad general. En otras palabras, la posibilidad de obtener financiación para recursos de salud mental no debería limitarse a estrategias específicas para la salud mental sino que debería incluirse y definirse específicamente como parte integral de las iniciativas para el desarrollo de recursos de la atención sanitaria general. En Sudáfrica, por ejemplo, la financiación de la salud mental se ha incrementado incluyendo un componente sobre salud mental en la estrategia nacional de prevención del crimen. Entre otros componentes, éste ha precisado la formación de enfermeras de atención primaria en técnicas de asesoramiento psicológico para tratar a las víctimas de un crimen (Freeman, 2000).

En lo que respecta a decidir cuándo se han desarrollado adecuadamente unos recursos básicos debe señalarse que no existe una fórmula simple para un nivel de financiación adecuado. Es más, los estándares de comparación entre diferentes áreas tienen un valor limitado. Existen variaciones muy grandes en los objetivos y prioridades del sistema, en las poblaciones objetivo y en la asignación de la responsabilidad presupuestaria. Lo que se trata como un gasto en salud mental en un país puede considerarse un gasto en servicios sociales en otro. Como se apunta en otros módulos, la adecuación de los recursos básicos debería juzgarse en último término en relación a si el servicio de salud mental está mejorando sus resultados con las personas con trastornos mentales y con la población en general.

Puntos clave: Paso 3. Desarrollar unos recursos básicos para los servicios de salud mental

- Entender las razones de una financiación insuficiente es un punto de comienzo importante para crear unos recursos básicos para los servicios de salud mental.
- La financiación insuficiente puede surgir por varios motivos. Éstos incluyen: una situación económica adversa general en el país en cuestión, un bajo reconocimiento de los problemas de salud mental y sus consecuencias, la reticencia o incapacidad de los individuos con trastornos mentales (o sus familias) a pagar los tratamientos, el fallo de los gestores políticos en comprender qué se puede hacer para prevenir o tratar los trastornos mentales y, en consecuencia, su creencia de que la financiación de cualquier otro servicio que no sea la salud mental será de mayor beneficio para la sociedad.
- Los recursos básicos pueden desarrollarse a través de iniciativas políticas tal y como se describe en otros módulos del conjunto de guías.
- Los recursos básicos puede desarrollarse también a través de mecanismos financieros como el fomento de proyectos innovadores y la inclusión del desarrollo de recursos para la salud mental en el de los recursos de la sanidad general.

Paso 4. Asignar fondos para tomar en consideración las prioridades de planificación

El Paso 4 se deriva lógicamente de los pasos 2 y 3. Cuando las necesidades de recursos se han definido y se han creado unos recursos básicos, el siguiente paso es la asignación de esos recursos. Existen muchas maneras de hacer esto: por región, por tipo de servicio, por población objetivo y por nivel de ingresos. Estas estrategias de asignación deben estar vinculadas estrechamente con las prioridades definidas en las políticas y planes. Debido a la diversidad de países y sus distintas necesidades, no existe una única estrategia de asignación.

No obstante, las estrategias generales descritas en el *World health report* (Organización Mundial de la Salud, 2001a), a saber, la reorientación de los cuidados desde los grandes hospitales psiquiátricos hacia servicios comunitarios de salud mental y la integración de los servicios de salud mental en los servicios de salud general, proporcionan una estructura inicial a partir de la cual se puede avanzar. No obstante, las estrategias de asignación más específicas deben surgir a partir de estrategias implicadas o definidas en las políticas o en los planes.

Existen varios métodos mediante los cuales las políticas y los planes pueden asignar fondos, como por ejemplo:

- desde el nivel nacional al nivel del distrito.
- a los distintos estratos del país según sus ingresos.
- a componentes e intervenciones dentro de los sistemas de salud mental.
- a poblaciones diana.
- a regiones.

Como ocurría con los pasos anteriores, es esencial lograr el conocimiento de estos mecanismos para mejorar la asignación de los fondos adecuados a la salud mental. La equidad y la responsabilidad son asuntos clave relacionados con dicha asignación. ¿Está recibiendo la salud mental la proporción justa de financiación? ¿Están recibiendo las personas pobres las prestaciones de salud mental o son las personas pudientes los principales beneficiarios? ¿Existen grandes disparidades entre regiones (esto es, se concentran los servicios en zonas urbanas o en regiones concretas)? ¿Se destinan los fondos principalmente a entornos institucionales? En otras palabras, ¿están recibiendo la financiación adecuada los servicios comunitarios y demás intervenciones de eficacia demostrada?

Asignación desde el nivel nacional al nivel del distrito

La transferencia del control y la responsabilidad de la financiación relativas a la atención sanitaria al nivel del distrito se va adoptando progresivamente con el objetivo de hacer un mejor uso de los recursos disponibles. De esta forma, cada distrito puede controlar y desembolsar los recursos de acuerdo a requisitos específicos, y los distritos se hacen responsables de esos recursos de forma que, teóricamente, aumenta la capacidad de hacer un seguimiento de los fondos y de mejorar la eficiencia.

Los mecanismos para financiar los servicios de salud mental pueden ser complejos, implicando las asignaciones aportadas por los gobiernos nacionales, estatales y locales así como por los sindicatos, las organizaciones de voluntariado y las agencias de donantes. No obstante, se pueden emplear fórmulas de asignación para reflejar las prioridades de la salud mental y para tratar asuntos de desigualdad en el estado y la accesibilidad a la salud mental. En el nivel más básico, estas fórmulas podrían basarse en una distribución igualitaria de recursos per capita, como ocurre en España (M. Knapp y D. McDaid, comunicación personal, 2001).

Tales fórmulas, no obstante, no tienen en cuenta factores relacionados con las diferencias en la prevalencia de distintos trastornos mentales (la prevalencia es más alta entre las personas en grupos de renta más baja que entre las personas más pudientes), las diferencias entre los recursos disponibles (algunas áreas pueden disponer de un mejor acceso que otras a los servicios de salud mental) y las diferencias entre los costes de la provisión de servicios (ej. transportes, mantenimiento de las infraestructuras, salarios).

Existen varios métodos para asignar fondos.

La equidad y la responsabilidad son asuntos clave relacionados con la asignación.

Pueden elaborarse fórmulas que incorporen y reflejen estas preocupaciones. Dado que la transición hacia el empleo de dichas fórmulas de asignación puede ser complicada, es importante asegurar que se alcance un cierto nivel de consenso respecto a los componentes admisibles y que se incluyan varias fuentes de datos.

Las fórmulas para la asignación desde el nivel nacional al nivel del distrito pueden incorporar también directrices o requisitos para el uso de los fondos. En los Estados Unidos por ejemplo, el paquete federal de subvenciones para la salud mental incluye una cantidad específica que se aparta para programas de salud mental orientada a niños y adolescentes.

Incluso dentro del distrito puede que las asignaciones no se hagan de forma equitativa o adecuada. Por ejemplo, los planificadores locales pueden no comprender la importancia de los asuntos relativos a la salud mental y por lo tanto pueden conceder unos fondos insuficientes para los servicios de salud mental dentro de la atención sanitaria general. Puede que los planificadores locales carezcan de las habilidades de gestión y responsabilidad financiera necesaria para implementar los servicios de salud mental de probada eficacia. Por lo tanto, no es siempre cierto que las autoridades locales puedan movilizar más recursos mediante la asignación desde el nivel nacional al nivel del distrito. El Cuadro 6 refleja la incertidumbre que puede acompañar a dicha descentralización. Los mecanismos contractuales, descritos en una sección posterior de este módulo, son mecanismos útiles para vincular los gastos locales con las prioridades nacionales.

Las fórmulas de asignación pueden incorporar directrices o requisitos sobre el uso de los fondos en el nivel del distrito o área de influencia.

Cuadro 6. Impacto de la política de descentralización de los hospitales psiquiátricos públicos en Indonesia: una perspectiva económica

- En 2001, una nueva política de descentralización transfirió la responsabilidad del gobierno central a los gobiernos provinciales y de distrito, incluyendo la autoridad sobre la transferencia de fondos a esos niveles. El gobierno central, no obstante, mantiene todavía un presupuesto centralizado.
- La responsabilidad de los hospitales psiquiátricos públicos se transfirió del gobierno central al provincial. La salud mental comunitaria es responsabilidad del gobierno del distrito.
- El presupuesto del gobierno central para la salud mental es aproximadamente el 1,7% del total destinado al presupuesto de la sanidad. Con la exclusión de un 3% del presupuesto de la financiación de la salud mental que se asigna a la oficina central de salud mental en el Ministerio de Salud y a cuatro escuelas de enfermería de salud mental, el presupuesto se asigna a hospitales psiquiátricos públicos. No existe presupuesto para la salud mental comunitaria dentro del Ministerio de Salud. (Los pacientes crónicos son responsabilidad del Ministerio de Asuntos Sociales y no de las instituciones sanitarias.) En el nivel de gobierno provincial, el presupuesto para hospitales psiquiátricos es un 0,3% del presupuesto total asignado a la salud.
- La política de descentralización transfirió 25 hospitales del gobierno central a los gobiernos provinciales. El presupuesto del gobierno central disminuyó de 146.800 millones de rupias en 1999 a 63.500 millones de rupias en 2001.
- Aunque el objetivo de la descentralización es proporcionar el control y fomentar el compromiso local, persiste la pregunta de si el resultado es beneficioso o perjudicial. El efecto esperable de la descentralización sigue sin ser evidente porque el gobierno provincial no tiene un historial de provisión de un presupuesto para la salud mental y la salud mental no ha sido nunca una prioridad en este nivel.

Fuente: Trisnantoro, 2002.

Si existe un presupuesto aparte para la salud mental, puede que los planificadores de salud mental deban desarrollar o proporcionar datos para la creación de fórmulas de asignación. Algunos de los factores que pueden tomarse en consideración son: la distribución actual de los recursos, las necesidades prioritarias, el nivel de ruralidad, el porcentaje de personas desempleadas o con renta baja. Si no existe un presupuesto separado para la salud mental, puede que los planificadores necesiten crear mecanismos para incluir componentes explícitos de salud mental o aspectos con ellos relacionados como parte de los presupuestos en el nivel del distrito. Si los informes sobre gastos y utilización se elaboran a nivel de distrito, debería desarrollarse un método para controlar los gastos y los servicios de salud mental.

Asignación de los fondos por estratos económicos del país

La forma en que se asignan los fondos a los distintos estratos económicos en los países es flacamente pertinente para el objetivo de la equidad. La equidad se explicita en muchos programas nacionales de salud mental (bien en términos de estatus o accesibilidad a la salud mental). La OMS defiende las políticas que aseguren la equidad en la salud y en la accesibilidad.

Tales metas de equidad no existen en todas partes. La accesibilidad a los servicios de salud mental difiere de forma dramática entre los distintos grupos de renta en muchos países. El patrón habitual es que las personas en los grupos de renta alta tienen un mejor acceso a dichos servicios que las personas que son menos pudientes. Lo mismo ocurre con la accesibilidad a los servicios de salud general.

Algunas desigualdades son el legado de prácticas pasadas. En Ghana y Zambia, por ejemplo, las políticas dictaban que los hospitales públicos en Accra y Lusaka debían procurar atención médica gratuita o enormemente subvencionada a la élite colonial. Ha sido extremadamente difícil para los gestores políticos desplazar este tipo de atención a los hospitales privados o cobrar todos los gastos a las personas ricas que acceden a los hospitales gubernamentales docentes. Los sindicatos buscan proteger los subsidios públicos en los países de renta media de Latinoamérica, donde los gobiernos extienden el apoyo financiero para la atención sanitaria basada en la seguridad social mediante combinaciones de rebajas de impuestos, contribuciones públicas a primas de seguro y transferencias presupuestarias directas a los organismos de la seguridad social. Los trabajadores de la salud y sus sindicatos son una de las fuerzas principales de resistencia al cambio. Un desplazamiento de la financiación pública hacia la atención primaria requeriría la reubicación del personal médico y de enfermería, desplazándoles de los hospitales en grandes áreas urbanas a instalaciones periféricas más pequeñas, en barrios pobres o zonas rurales, donde las condiciones de vida y trabajo son habitualmente inferiores a aquellas relacionadas con los hospitales centrales. En consecuencia, no es sorprendente que los trabajadores de la salud se opongan a tales cambios de ubicación. De forma similar, una reasignación del gasto gubernamental en sanidad reduciría la demanda de los servicios de especialistas médicos financiados públicamente.

En estas circunstancias, ¿cómo se consigue la equidad?

Los países que han sido comparativamente exitosos a la hora de alcanzar la equidad han experimentado un crecimiento económico moderado o alto. Han aprovechado unos recursos básicos en expansión para mejorar el servicio médico en general y en particular para los pobres. Mientras que el crecimiento no lleva automáticamente a la redistribución de los servicios públicos básicos, tal redistribución es difícil sin él. Ghana, Perú y Zambia experimentaron un estancamiento o un descenso en su nivel de ingresos en los años 70 y 80, cuando la inversión del gobierno en sanidad se vio enormemente limitada. En contraste, la economía de Costa Rica creció a un ritmo medio de casi un 6% anual en la década de los 70 y un 3% anual en la década de los 80. En Malasia, la economía creció a un ritmo medio del 7% anual en este periodo. Los ejemplos de Costa Rica y Malasia alcanzando un aumento en la equidad de la atención sanitaria general resultan instructivos para ver la conexión con el desarrollo de la equidad en el área de la salud mental.

Las políticas se pueden centrar expresamente en las personas en situaciones económicas adversas. Los programas pueden dirigirse a hogares rurales de renta baja. El enfoque de Zimbabwe sobre los dispositivos sanitarios rurales y los hospitales de distrito es un buen ejemplo de este tipo de iniciativas que implican el uso de unos criterios geográficos bien

Los países que han sido comparativamente exitosos a la hora de lograr la equidad han experimentado un crecimiento económico moderado o alto.

La equidad es consecuencia de los programas que se centran en aquellas personas en mala situación económica.

simples. El énfasis de Costa Rica sobre la atención primaria preventiva y básica (esto es, la vacunación, el control de enfermedades diarreicas y los servicios de maternidad seguros) se orientó también de forma eficaz hacia los pobres, que sufren una mayor carga de enfermedad que los ricos, las enfermedades prevenibles mediante la vacunación, y las complicaciones de las enfermedades diarreicas y en el parto. Al mismo tiempo, estos servicios primarios y preventivos también beneficiaron a la clase media y a los más pudientes, ayudando así a mantener el respaldo político para las iniciativas.

Al menos en el caso de los países de renta media, la igualdad en el acceso y el gasto público en sanidad se han conseguido mediante la universalización efectiva de los seguros médicos. A principios de los 80, por ejemplo, Costa Rica decidió expandir el sistema sanitario basado en la seguridad social para que cubriese a toda la población. Esto implicaba extenderlo al 20% de los costarricenses que no habían sido cubiertos anteriormente, en su mayoría pobres. Fue necesario subvencionar los servicios sanitarios para los pobres porque sus cotizaciones a la seguridad social eran insuficientes para cubrir el coste de los servicios.

La generación y difusión de la información sobre, por ejemplo, las diferencias en el estado de salud, en la utilización de servicios, en los gastos sanitarios totales y en las inversiones gubernamentales entre los diferentes grupos de renta pueden ser elementos cruciales para alcanzar reformas que mejoren la equidad.

Las experiencias de los pocos países en proceso de reforma y del número mucho mayor de los que no han inclinado aún la balanza de los recursos públicos hacia los grupos con menores ingresos, también apuntan a los muchos y grandes obstáculos para las reformas orientadas a la equidad. Es de esperar que los grupos políticamente influyentes que tengan algo que perder con el cambio del status quo bloqueen dicho cambio. El logro de reformas duraderas precisa de una combinación de la defensa de las mismas y una hábil construcción de coaliciones, negociación y liderazgo.

¿Cómo pueden los planificadores o gestores políticos hacer frente a estas desigualdades? Hasta cierto punto, esto depende de si se pone el énfasis sobre ellas en los planes y las políticas. Si es así, existen varias opciones para diseñar estrategias financieras. Primero, los recursos pueden asignarse de forma que se centren específicamente en ciertas regiones o grupos de población. Segundo, las tarifas para los usuarios, si se emplean, pueden desarrollarse de tal forma que las personas que cumplan ciertos criterios o bien no tengan que pagar por los servicios o paguen de acuerdo a sus ingresos. Tercero, los planificadores de salud mental deberían trabajar codo con codo con los funcionarios de salud que estén poniendo en práctica las políticas en relación al acceso y a las condiciones necesarias para que se creen tarifas o cláusulas especiales para las personas con trastornos mentales.

Asignaciones a instrumentos e intervenciones en los sistemas de salud mental

Los gestores políticos deben tomar decisiones relativas a la asignación de recursos escasos en el sector de la salud mental. Por tanto las decisiones pueden estar relacionadas con: los tipos de servicio (ej. basados en hospitales o en la comunidad), la medicación psicotrópica o la gestión de casos, las poblaciones objetivo (ej. niños o adultos), las personas con trastornos mentales severos o depresión leve, las áreas geográficas (ej. áreas donde las personas con trastornos mentales tienen servicios insuficientes o zonas donde los desastres naturales han ocasionado necesidades especiales a la población). En la introducción se mencionó que debe existir una relación íntima entre las necesidades y las prioridades identificadas a través del desarrollo de la política y la planificación y la asignación de esos recursos. Las decisiones económicas deben basarse en estos procesos.

Sistema institucional frente a sistema comunitario. El empleo de los fondos invertidos en hospitales psiquiátricos se propone a menudo como una forma de construir un sistema basado en la comunidad. (Véase *Organización de servicios para la salud mental*.) Esto puede ser viable en un sistema de salud mental bien desarrollado en el que se encuentre operativo un sistema funcional comunitario. En la mayoría de los países, no obstante, se necesitan fondos adicionales para incorporar los servicios comunitarios de salud mental. Durante la transición puede precisarse de una planificación doble de los costes asociados a los servicios hospitalarios por un lado y a los servicios comunitarios por otro

La universalización de los seguros médicos ha ayudado a mejorar la equidad.

Los gestores políticos deben tomar decisiones relativas a la asignación de recursos dentro del sector de la salud mental.

(Thornicroft & Tansella, 1999). Es más, en algunos países en los que no hay suficientes camas psiquiátricas en los hospitales puede no ser adecuado cerrar estas instituciones para respaldar los servicios comunitarios. De hecho, esas camas pueden resultar un sostén importante y una red de seguridad para el sistema basado en la comunidad. En los países donde haya un excedente de camas de hospital, puede reducirse su número y los ahorros pueden transferirse a servicios comunitarios de apoyo. Incluso en un sistema de este tipo hay ciertos factores que complican la situación. A continuación se enumeran algunos.

Deben tenerse en cuenta varios factores cuando se realiza una asignación desde sistemas institucionales a sistemas comunitarios.

- **Costes fijos de los hospitales.** Una parte considerable del gasto operativo hospitalario está ligada al mantenimiento de la infraestructura y al personal. La reducción de utilización puede conllevar un ahorro si una unidad o pabellón completo se cierra de forma que el presupuesto del personal asociado pueda transferirse. En otras palabras, se obtiene un ahorro si las reducciones se producen en masa (como es el caso de una unidad o pabellón) y no si simplemente se da de alta a unos pocos pacientes.
- **Disponibilidad de servicios basados en la comunidad.** El empleo de los recursos del hospital para financiar la creación de un servicio comunitario de salud mental se basa en la suposición de que existen los recursos y la capacidad en la comunidad para absorber a las personas que antes recibían tratamiento en los entornos hospitalarios. Puede necesitarse una doble financiación para desarrollar los servicios comunitarios para que las personas que los precisen puedan ser transferidas.
- **Los intereses personales de los trabajadores del hospital.** Los trabajadores del hospital pueden tener puestos, salarios, prestaciones y otras ventajas que no están dispuestos a abandonar como parte del proceso de transición. Las comunidades en las que se encuentran los hospitales pueden haber adquirido ventajas económicas y pueden por tanto resistirse a las reducciones del tamaño del hospital. Estas posibilidades deben tenerse presentes en todo proceso de transferencia.
- **La atención hospitalaria puede ser adecuada.** En un sistema con fondos insuficientes, las personas pueden recibir tratamientos especializados o intensivos óptimos en los entornos hospitalarios. Podría por tanto ser adecuado dirigir una gran proporción del presupuesto para salud mental hacia los hospitales. En esta circunstancia no se debería defender la atención comunitaria basándose en la reducción de la hospitalización.

Cuadro 7. Cierre del Hospital Psiquiátrico de Pachuca

El cierre del Hospital Psiquiátrico de Pachuca en Méjico es un buen ejemplo de la derivación de fondos desde la atención institucional hacia la atención comunitaria.

- El hospital poseía 287 camas y atendía a pacientes de larga estancia cuyos diagnósticos eran principalmente esquizofrenia y retraso mental.
- A partir de informes acerca de las malas condiciones del hospital, se decidió emplear los fondos dedicados a éste para desarrollar un modelo de servicios de salud mental basado en la psiquiatría comunitaria.
- Los fondos que anteriormente financiaban la operatividad del hospital se emplearon para financiar 10 casas (cada una alojando a 12 personas), una unidad de cuidados intensivos para 30 pacientes en el antiguo hospital, un departamento ambulatorio y dos “casas a medio camino” para 34 personas.
- Para implementar este modelo, se transfirieron 117 pacientes del hospital a instituciones en otros estados.
- El nuevo modelo comenzó a operar en noviembre de 2000 y después de un año los resultados fueron positivos, en especial al mejorar el funcionamiento psicosocial y la calidad de vida.

Fuentes: Goering et al., 1997; Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación, Ciudadanía y Derechos Humanos, México, 2001.

Desde el punto de vista de la financiación, el desvío de recursos desde los centros hospitalarios hacia la comunidad (o hacia el desarrollo de un servicio específico o grupo de población) debe basarse en la identificación y el compromiso con esos cambios en los planes y políticas. Al mismo tiempo, la premisa de la viabilidad depende de un análisis económico de los costes de las alternativas. Como se mostró en el ejemplo anterior, el desvío de fondos hacia la comunidad requiere un análisis de los costes de los nuevos alojamientos y servicios. Existen además costes de transición: al comienzo del proceso se necesitan fondos tanto para los servicios antiguos a extinguir como para los nuevos servicios, de tal forma que la transición desde el viejo modelo al nuevo se pueda llevar a cabo. Si no hay fondos suficientes para la transición pueden como consecuencia reducirse los servicios de atención en el sistema antiguo. Finalmente, es necesario determinar las implicaciones financieras para los distintos puestos laborales, las pensiones y otros factores para facilitar el desarrollo del nuevo sistema.

Poblaciones diana. Las asignaciones de fondos orientadas a poblaciones objetivo deberían llevarse a cabo cuando la información disponible indique que determinados grupos, identificados como de alta prioridad, tienen un acceso deficiente a los servicios sanitarios. En muchos de los sistemas que se encargan de las personas con trastornos mentales, se concede una prioridad mayor a las personas con trastornos mentales severos. La razón para este enfoque es que bajo un mandato asistencial de tipo general, tales personas reciben a veces una atención inadecuada debido a limitaciones presupuestarias: la población en cuestión precisa de cuidados a largo plazo que son comparativamente caros. Entre otros grupos de población que a menudo requieren financiación especial están los niños, los adolescentes, las personas con diagnósticos duales (ej. trastorno mental y abuso de sustancias) y las personas que necesitan atención de múltiples agencias.

Además de las personas que sufren de trastornos mentales, muchas otras se encuentran en situaciones de especial riesgo que pueden afectar a su salud mental debido a circunstancias extremadamente arduas. Entre ellas se encuentran las personas que viven en la más absoluta pobreza, como los habitantes de los vertederos, niños y adolescentes inmersos en entornos disfuncionales, mujeres maltratadas, ancianos abandonados, personas traumatizadas por la violencia (como las víctimas de conflictos armados, los inmigrantes, incluyendo a refugiados), así como numerosos grupos indígenas (Organización Mundial de la Salud, 1997).

Regiones. Ciertas regiones geográficas pueden tener necesidades específicas debido a su situación económica, las características de sus habitantes o por culpa de las emergencias. En tales circunstancias se podrían emplear iniciativas específicas de financiación de forma concentrada.

En el contexto de una financiación limitada, las asignaciones son el equivalente al racionamiento con las prioridades descritas. Un consenso previo sobre el esquema de prioridades es difícil de conseguir. Los procesos de desarrollo y planificación de las políticas deberían intentar que este consenso fuese explícito de forma que se convierta en la base argumental para las decisiones sobre asignación de fondos.

Las asignaciones orientadas a las personas vulnerables con menos acceso a los servicios son claves si se pretende cubrir las demandas de éstas.

Puntos clave: Paso 4. Asignar fondos para tratar las prioridades de planificación

- La asignación de fondos debe estar vinculada a las prioridades de la política y la planificación.
- Las asignaciones a cada región pueden basarse en una financiación per cápita, pero esto no tiene en cuenta las diferencias en la prevalencia de los distintos trastornos mentales (las personas en grupos de renta más baja presentan un índice de prevalencia mayor que las personas más pudientes), en los recursos disponibles (ciertas áreas tienen unos servicios de salud mental más desarrollados que otras) y en la accesibilidad a los servicios (las áreas remotas o rurales pueden tener más problemas a la hora de prestar servicios que las áreas urbanas.) Como parte del proceso de planificación se deben considerar estos procesos durante el desarrollo de las estrategias de asignación desde el nivel nacional hacia el nivel local.
- Las asignaciones a cada región deberían coordinarse con cualquier estrategia de descentralización o delegación de la autoridad en el nivel local. Es importante tener en cuenta el desarrollo de la capacidad de gestión local y la dedicación a la salud mental para que el impacto sea positivo e implique una posesión y control locales incrementados.
- Las asignaciones a los distintos componentes e intervenciones deberían basarse en poblaciones objetivo y tipos de servicio. Una buena base de datos acerca de los servicios más rentables para problemas especiales creada a lo largo del proceso de planificación puede resultar de ayuda en este proceso.
- Una de las estrategias propuestas para crear un sistema comunitario es transferir recursos desde el sistema hospitalario. Esto requiere, no obstante, de una cuidadosa evaluación y debería basarse en la cantidad de camas hospitalarias necesarias según va creciendo del sistema comunitario. Al principio puede necesitarse una doble financiación para asegurar que el sistema comunitario puede acomodar a los pacientes dados de alta de los hospitales. Las transferencias de fondos no pueden ser graduales: deben aglutinarse porque los recursos hospitalarios no pueden transferirse hasta que se cierren las unidades y las reducciones de plantilla sean factibles.

Paso 5. Elaborar presupuestos para la gestión y la rendición de cuentas

Después de crear unos recursos básicos de salud mental y haber asignado los recursos, el siguiente paso esencial es la elaboración de un presupuesto. El presupuesto de una organización es un plan para alcanzar los objetivos de dicha organización descrito en términos monetarios durante un periodo de tiempo determinado. El presupuesto es en esencia un plan de operaciones expresado en términos fiscales (Warren, 1992). Como ya se destacó en la sección anterior, es la planificación y no los asuntos financieros la que debe guiar el proceso de elaboración de un presupuesto. Demasiado a menudo ocurre que los planes y presupuestos se desarrollan independientemente, de forma que los objetivos estratégicos no se ven reflejados explícitamente en los presupuestos.

La planificación debe considerarse en los niveles estratégicos y operativos. Los planes estratégicos se centran en lo que se quiere conseguir e identifican los mecanismos y los procesos de una manera amplia. Los planes operativos indican detalladamente cómo se van a conseguir los objetivos, es decir, quién hará qué y cuánto en un periodo determinado. Los presupuestos están más ligados al nivel operativo y definen tanto los recursos disponibles como su asignación. Los procesos de elaboración de un presupuesto difieren en su especificidad y en la lógica empleada para diseñarlos.

Funciones de un presupuesto

Un presupuesto sirve a las funciones de planificación, de política, de control y de rendición de cuentas. Por lo que respecta a la **planificación**, un presupuesto describe el sistema de prestación de servicios definiendo los costes de sus componentes. Por ejemplo, para elaborar un presupuesto de un hospital psiquiátrico es necesario definir el número de camas y de personal, tanto clínico como administrativo, de modo que se pueda proyectar el coste de operatividad del hospital. De manera similar, la cantidad de presupuesto asociado a los servicios comunitarios da forma a su mantenimiento o crecimiento.

Un presupuesto es también una manifestación de la **política**. Si un servicio no recibe presupuesto, incluso si éste es un componente fundamental de un plan nacional sobre salud mental o un plan estratégico, el presupuesto refleja la realidad o la capacidad de implementar esa política en cuestión. Por ejemplo, si dicha política dice que todas las personas con trastornos mentales severos deberán recibir medicación gratuitamente y el presupuesto no lo permite, la política efectiva se concreta en que las personas con trastornos mentales severos *no* recibirán mediación gratuitamente.

Un presupuesto sirve además a la función administrativa de **control**. Los presupuestos asignan fondos y asocian recursos a actividades específicas. Esto no implica, sin embargo, que dichas actividades vayan a llevarse a cabo en realidad. Controlar los gastos asociados a las actividades y los objetivos que las actividades pretenden alcanzar permite a los administradores determinar si los gastos reales y las actividades son proporcionales a las predicciones. El estudio sistemático de estos aspectos proporciona una oportunidad para ejecutar acciones correctivas, revisar las actividades existentes y mejorar el rendimiento.

Por último, un presupuesto sirve a la función de **rendición de cuentas**. Un presupuesto se suele asignar a varios departamentos o unidades suborganizativas. Cada unidad está a cargo de sus recursos y de sus gastos y es por tanto responsable de alcanzar los objetivos propuestos y contribuir a las metas estratégicas clave. Los informes de estas unidades a intervalos regulares (semanales, mensuales, cuatrimestrales,...) permiten establecer comparaciones entre el rendimiento real y el rendimiento presupuestado. Los presupuestos pueden definir la responsabilidad, supervisar la capacidad de rendir cuentas e incluso promover el sentido de los fines de la organización.

Tipos de presupuesto

Existen cuatro tipos de presupuesto: globales, por líneas de actuación, presupuestos basados en realizaciones y presupuestos base cero.

El presupuesto es un plan para alcanzar unos objetivos descrito en términos monetarios.

Las cuatro funciones de un presupuesto son la planificación, la política, el control y la rendición de cuentas.

Presupuesto global. Un presupuesto global es una cantidad fija adecuada para una organización. La cantidad se basa normalmente en ciertas fórmulas de asignación o en la financiación histórica. La ventaja de un presupuesto global es que permite una máxima flexibilidad en las organizaciones para las que las asignaciones sean adecuadas. Las organizaciones pueden distribuir los recursos tanto para reflejar las necesidades locales como otros recursos estructurales para la consecución de metas generales. La mayor desventaja es que no es seguro que los fondos vayan a asignarse a las prioridades identificadas por la autoridad financiadora. Es más, no existen incentivos para una administración fiscal responsable. Si los objetivos de la organización se pueden alcanzar fácilmente con la cantidad presupuestada, no existen incentivos para contener los costes o para alcanzar objetivos más elevados que los que se esperan. Si el presupuesto anual se basa en los gastos del año anterior, la contención de fondos puede verse penalizada en el futuro por la imposición de un presupuesto inferior.

Un presupuesto global es una cantidad total adecuada para la entidad que la recibe.

Presupuesto por líneas de actuación. Un presupuesto por líneas de actuación designa, línea por línea, la cantidad de dinero disponible para cada categoría de gastos. En un presupuesto de este tipo, se especifican explícitamente los ítems de gasto. Por ejemplo, un hospital (o todos los hospitales combinados) podría ser una línea de actuación o, en una versión más detallada, el número de empleados en cada categoría profesional podría ser una línea de actuación. Cuando más grande es la especificidad de una línea de actuación, mayores son la rendición de cuentas y los controles. Por otra parte, un presupuesto por línea de actuación impone una rigidez que a menudo impide a los administradores emplear los recursos disponibles de manera óptima. Un aspecto importante de los presupuestos por líneas de actuación es la especificación de la libertad para transferir fondos. Por ejemplo, las directrices del presupuesto pueden determinar el porcentaje de la línea de actuación para hospitales psiquiátricos que se podrían transferir a servicios comunitarios, o la proporción de fondos de un hospital específico que se pueden transferir a otros.

Un presupuesto por líneas de actuación estipula una cantidad del dinero disponible para cada categoría de gastos.

Presupuesto basado en rendimientos. Un presupuesto basado en rendimientos se sustenta sobre lo que debería conseguirse en lugar de en el dinero necesario para cumplir objetivos. Un presupuesto así define objetivos e indica medidas para determinar resultados. Este tipo de presupuesto necesita:

Un presupuesto basado en el rendimiento vincula los dineros con los logros propuestos.

- que la organización se divida en una serie de programas, actividades o servicios.
- que se detallen los objetivos y servicios para cada programa.
- que se creen medidas de rendimiento para las funciones de cada programa, por ejemplo, número de consultas ambulatorias.
- que los fondos se asignen según los costes de cada programa.
- que se establezca un sistema de información que asocie el total de unidades producidas o conseguidas con el coste total.

Este tipo de presupuesto requiere un sistema de contabilidad eficiente, de forma que los costes de todas las actividades se puedan asociar con los resultados que se pretenden. El presupuesto está diseñado para facilitar el seguimiento y la responsabilidad en términos de resultados en lugar de suministros.

Presupuesto base cero. Un presupuesto base cero requiere que cada administrador justifique íntegramente la totalidad del presupuesto solicitado de forma detallada y permite la reevaluación de todos los programas y todos los gastos en cada ciclo presupuestario. Con un presupuesto base cero, cada administrador prepara un conjunto de decisiones que incluye un análisis de los costes, los objetivos, medidas de rendimiento, consecuencias de la no realización de la actividad propuesta y los beneficios. Los conjuntos de decisiones se clasifican después por orden de relevancia. El proceso de clasificación permite a los administradores establecer prioridades organizativas y de unidades. Este proceso proporciona de forma acumulativa un mapa organizativo de las necesidades, gastos y prioridades, de forma que se puedan tomar decisiones razonables sobre la financiación (Warren, 1992). El valor de los presupuestos base cero es que obligan a reconocer las realidades fiscales de las actividades en marcha (o propuestas) y se convierten también en un proceso para forzar los vínculos entre la planificación, la designación de prioridades y la elaboración de presupuestos. Los enormes gastos de transacción son una desventaja considerable.

Un presupuesto base cero proporciona una visión general de las necesidades, gastos y prioridades.

El tipo de presupuesto utilizado depende en gran medida de factores contextuales tales como el proceso presupuestario utilizado para el sector salud en los departamentos gubernamentales. Sin embargo, como se ha demostrado, un presupuesto es una herramienta administrativa que debe concordar con el sistema de prestación de servicios. Un presupuesto es mucho más que una proyección de los costes del sistema de prestación de servicios: es un instrumento para comunicar los estándares de rendimiento esperables por la organización, una herramienta para motivar a los empleados a que alcancen metas y objetivos y un mecanismo para controlar y determinar el rendimiento de los distintos componentes suborganizativos.

La elaboración de presupuestos efectiva se basa en pensar racionalmente cuando hay que decidir entre modos alternativos de gasto. La asignación de prioridades entre diversas demandas es fundamental. ¿Sobre qué objetivos específicos se centrará la política en un periodo determinado? Un presupuesto proporciona una oportunidad para evaluar formas de actuación alternativas para alcanzar el mismo fin. Más aún: el presupuesto obliga a que se clarifiquen las metas y los objetivos de la organización como un todo. El presupuesto es dirigido por la información y depende de una comunicación precisa y clara entre todos los niveles de la organización.

La experiencia obtenida en Victoria, Australia, proporciona un ejemplo de cómo un sistema de elaboración de presupuestos se puede emplear para focalizarse en los servicios de mayor calidad (Departamento de Servicios Humanos de Victoria, 1994). La nueva metodología animaba a los administradores a emplear su buen juicio y a que innovaran, a la vez que delegaba una mayor autoridad en ellos para que desarrollaran estrategias destinadas a proporcionar servicios de gran calidad con un coste reducido. El mecanismo para lograr estos cambios incluía la creación de un sistema financiero y administrativo basado en los resultados que se centraba en los rendimientos y resultados en lugar de en las aportaciones. En el modelo de gestión de la rendición de cuentas propuesto, el gobierno adquiere bienes y servicios desde sus departamentos para así alcanzar las metas de la política. Se concedió mayor responsabilidad a los administradores y se les hizo responsables de sus decisiones.

Esta estructura basada en resultados tiene dos componentes clave. Primero: el gobierno establece objetivos y parámetros financieros sobre política fiscal de gran alcance. Segundo: establece objetivos para departamentos individuales dentro de este modelo fiscal. La contabilidad en base a valores devengados completos es un aspecto importante de este sistema, permitiendo la total atribución de costes a rendimientos específicos tanto concretote forma puntual como a lo largo de un periodo de tiempo. Algunas iniciativas clave en la remodelación del presupuesto fueron el desarrollo continuado de los servicios de salud mental, incluyendo el desmantelamiento progresivo de las grandes instituciones estatales y el perfeccionamiento de un sistema integrado de prestación de servicios a nivel estatal, administrado principalmente a través del sistema hospitalario público. Las nuevas disposiciones ofrecen mejores servicios a través de un sistema más sensible que incluye servicios estatales para niños, adolescentes, adultos, ancianos así como servicios especializados.

Este ejemplo ilustra cómo puede emplearse el proceso presupuestario para dar forma a la creación y desarrollo de un sistema de salud mental. La implementación del proceso se describe con detalle en el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental*. Las diferentes etapas del proceso presupuestario descritas en este módulo son:

- revisión del presupuesto del año anterior.
- revisión de los objetivos y metas del/los servicio/s.
- proporcionar asesoramiento sobre los recursos al gobierno central.
- debate y negociación entre los distintos niveles.
- elaboración de un borrador de presupuesto.
- creación de un presupuesto final por parte del gobierno central.

Como se propuso en el Paso 3 (Desarrollando los recursos básicos de salud mental), el elaborar un presupuesto orientado hacia la innovación y las infraestructuras es un

El presupuesto es una herramienta administrativa que debe concordar con el sistema de prestación de servicios y con los procesos de planificación y política.

componente importante. Es más, el Paso 3 propone vincular de forma explícita el presupuesto con las prioridades tanto en los planes como en las políticas y que no se limiten a los servicios. Esto incluye prioridades como el desarrollo de las políticas y la mejora de la calidad y su defensa, aspectos que a menudo no reciben los fondos necesarios. En el Paso 3, una alternativa propuesta para tratar con la innovación era la creación de un fondo especial para innovación en salud mental y así fomentar las ideas e iniciativas propuestas en este documento. En algunas situaciones, no obstante, esto puede no ser factible. A pesar de todo, alguno de los procesos o componentes presupuestarios incluyen proyectos de demostración y evaluación para la promoción de los aspectos clave de los procedimientos para el desarrollo del presupuesto, y no limitarlo a “lo de siempre”.

¿Cómo puede un presupuesto promover las políticas y planes sobre salud mental?

El primer paso requiere de la capacidad para hacer un seguimiento de los fondos asignados a la salud mental tanto a nivel nacional como a nivel de distrito. Como poco, este paso proporciona una estimación de los recursos gubernamentales para la salud mental. Los planificadores de salud mental deberían cerciorarse de que se establece una línea presupuestaria para la salud mental en cada nivel de gobierno que tenga que ver con la financiación sanitaria, esto es, los niveles nacionales, provinciales y de distrito.

El siguiente paso es relacionar estos presupuestos con la forma en que se están empleando para asignar los recursos, como la promulgación de las iniciativas prioritarias asociadas a la mejora de la calidad, al fomento, la planificación y la infraestructura. Puede que esto se haya hecho ya en los presupuestos. En este caso, hacer un seguimiento de si los gastos se adecuan al presupuesto lo cual ayuda a identificar el uso de los recursos. Si esto no es posible, se pueden lograr progresos obteniendo información sobre la utilización y sobre las iniciativas prioritarias. Estos procesos facilitarán el proceso de análisis descrito con anterioridad.

Una vez se disponga de información sobre el uso de los recursos actuales, es más fácil elaborar presupuestos para las prioridades de las políticas y de los planes. También resulta más fácil predecir los costes de expansión de los servicios existentes o de otros que puedan ser más rentables. Es posible identificar deficiencias en el sistema. Esto requiere que el planificador de salud mental abogue por un enfoque presupuestario consistente, sino estandarizado, a todos los niveles locales y gubernamentales.

Para ligar el proceso presupuestario con las prioridades de la política y de la planificación, la capacidad de elaborar proyecciones presupuestarias y escenarios aumenta según la especificidad operativa de los planes. La relación entre el presupuesto y el plan es tal que el plan especifica lo que debería encontrarse en el presupuesto mientras que el presupuesto y los gastos asociados determinan si hay o no hay fondos disponibles para las iniciativas prioritarias.

El planificador de salud mental debe dotar asimismo de especificidad a los componentes del presupuesto de forma que exista tanto continuidad como innovación. Los componentes presupuestarios para actividades clave deberían estar representados en el presupuesto si han sido identificados como prioridades en los planes y políticas. La creación de un componente presupuestario para proyectos de evaluación y demostración, o para innovaciones, puede quizás parecer extravagante, pero puede convertirse en un mecanismo de bajo coste para introducir cambios y evitar el estancamiento de un sistema en su forma actual.

¿Debería existir un presupuesto independiente para la salud mental?

Surge la pregunta de si el presupuesto para la salud mental debería ser independiente o estar integrado en el presupuesto general sanitario. Desde el punto de vista de la política, es recomendable que la atención a la salud mental esté integrada en el sistema general de atención sanitaria. Sin embargo, desde la perspectiva presupuestaria es a menudo recomendable que exista un presupuesto independiente, diferenciado e identificable para la salud mental, bien bajo el control de los planificadores de salud mental y de los gestores políticos, bien como un componente dentro del presupuesto general sanitario.

La razón principal para esto es que la salud mental es un caso especial dentro de la sanidad general que no ha recibido la prioridad que merece. Esto es así debido a la falta de información acerca del impacto y los costes de los trastornos mentales, el estigma asociado, la percepción de la ineficacia de las intervenciones, la fragmentación de las líneas presupuestarias existentes y de los servicios necesarios para atender las necesidades de las personas con trastornos mentales, así como a la ausencia de un apoyo y defensa adecuados para el cambio en el campo de la salud mental.

A medida que se van formulando políticas y planes sobre salud mental en los distritos (que pueden o no estar englobados en las políticas y planes de la sanidad general), cada país debe decidir cómo emplear la financiación y la elaboración de presupuestos para ponerlos en marcha. La ventaja de un presupuesto independiente para la salud mental es que los nuevos recursos disponibles para la salud mental se pueden dirigir hacia la implementación de las políticas y planes de salud mental. Incluso cuando estos recursos son asignados al nivel local o de distrito, existe cierta seguridad de que los gastos se orientarán hacia la salud mental. Es más, un presupuesto independiente para la salud mental permite un cierto grado de flexibilidad a la hora de transferir recursos desde un componente de la atención a la salud mental hacia otro.

Incluso si la atención a la salud mental se ve cubierta en parte por un presupuesto general de salud, es esencial documentar el uso de los recursos de salud mental. Esta información puede proporcionar un medio para hacer un seguimiento de la manera en que se emplean los recursos de salud mental. Puede emplearse también en el proceso de planificación para destacar los recursos adicionales necesarios. Dentro del presupuesto general de sanidad podría ser también útil especificar que el presupuesto para la salud mental está exento de recortes presupuestarios hasta que se alcance cierto nivel crítico.

El hecho de que el presupuesto para la salud mental deba ser independiente o deba estar integrado en el presupuesto general de sanidad es tanto una función de estructura, consenso, apoyo y diseño de políticas en el país, como de prestación de servicios. Qué estrategia adoptar, depende de la estructura política, administrativa y de prestación de servicios de cada país en cuestión. En cualquier caso, el objetivo es asegurar la disponibilidad de los recursos necesarios para identificar las prioridades de la salud mental.

Muchas de las recomendaciones e innovaciones presentadas en este módulo pueden llevarse a cabo sólo si existe financiación para ellas. Tanto si existe un presupuesto independiente para la salud mental como si no, un aspecto esencial es la inclusión de una línea de actuación o fondos para la puesta en práctica de estrategias que sean prioritarias según se describe en la política y los planes. Éstas no deberían limitarse al sistema de prestación de servicios sino que deberían incluir la financiación para las funciones de creación de políticas, desarrollo de planes y mejora de la calidad. Debe especificarse asimismo la infraestructura para la administración de apoyo, como por ejemplo la financiación de los sistemas de información o la formación. Éstos son los pilares sobre los que se sustentará el sistema de salud mental del futuro. Sin una financiación de estas funciones, su implementación se vuelve menos factible y su potencial inherente disminuye.

Existen varias ventajas por tener un presupuesto independiente para la salud mental.

Puede ser útil disponer de un porcentaje del presupuesto general de sanidad dedicado a la salud mental.

Puntos clave: Paso 5. Elaborar presupuestos para la gestión y la rendición de cuentas

- Un presupuesto es un plan para alcanzar unos objetivos descrito en términos monetarios. La planificación es la que debe guiar el proceso de elaboración de presupuestos. Demasiado a menudo ocurre que los planes y los presupuestos se desarrollan independientemente, de forma que los objetivos de los planes no se ven reflejados explícitamente en los presupuestos.
- Un presupuesto cumple cuatro funciones: de planificación, de política, de control y de rendición de cuentas.
- Existen cuatro tipos de presupuesto: presupuestos globales, presupuestos por líneas de actuación, presupuestos basados en realizaciones y presupuestos de base cero. Puede que los planificadores de la salud mental no tengan la opción de definir el tipo de presupuesto a emplear, pero se identifican las principales ventajas y desventajas.
- Un presupuesto debe estar ligado a las prioridades de las políticas y los planes y no debe verse limitado a los servicios. Se deben incluir prioridades como la creación de políticas, la planificación y las funciones de fomento.
- Una aproximación para tratar la innovación es crear un fondo especial de innovación para la salud mental que podría financiar proyectos de demostración y evaluación, aunque sea a pequeña escala, que ayuden a promover el cambio y la mejora de la calidad.
- En resumen, un presupuesto es mucho más que una proyección de los costes de un sistema de salud mental. Es un instrumento para comunicar los estándares de rendimiento que las organizaciones esperan, una herramienta para motivar a los profesionales a que alcancen las metas y los objetivos y un mecanismo para controlar y determinar el rendimiento de los diferentes componentes suborganizativos.

Paso 6. Contratar servicios de salud mental de forma que se optimice su efectividad y su eficiencia

La contratación de servicios de salud mental es un mecanismo más por el cual se pueden optimizar la eficacia y la eficiencia y alcanzar los objetivos de la política. Como Jönsson & Musgrove (1997) mencionan, no tiene por qué existir una conexión entre la forma en la que se paga por los servicios y la forma en que éstos se proporcionan. Deben tomarse decisiones respecto a si el gobierno (la entidad con los recursos para pagar por los servicios de salud mental) proporcionará los servicios directamente, contratará o comprará los servicios para la población o tal vez incluso transfiera ingresos a la población, o a segmentos de la misma, de forma que los servicios puedan contratarse directamente. Es habitual distinguir entre los siguientes tres tipos de relaciones entre financiadores y proveedores de atención sanitaria.

- **Reembolso.** Los proveedores reciben pagos con carácter retroactivo por los servicios prestados. Los pagos pueden cargarse directamente al comprador o al paciente, el cual puede recibir un reembolso total o parcial por parte del comprador. Este método, a menudo asociado con el pago por servicio, puede encontrarse en sistemas que poseen numerosos compradores públicos y privados y numerosos proveedores, habitualmente privados. En los países con rentas bajas o medias es raro que se combine el modelo de reembolso con el de financiación pública.
- **Contrato.** Implica un acuerdo entre los pagadores o aseguradores (posiblemente el gobierno) y los proveedores. El objetivo es lograr un mayor control sobre la financiación total y su distribución. Este enfoque tiende a encontrarse en programas de seguridad social con proveedores predominantemente privados (sin ánimo de lucro).

La contratación es un mecanismo que puede optimizar la efectividad y la eficiencia.

- **Integrado.** La misma agencia controla tanto la financiación como la provisión de los servicios. El personal recibe habitualmente un sueldo y los presupuestos son el principal instrumento para asignar los recursos. Los modelos integrados se emplean en los países nórdicos y son comunes en los ministerios de salud de los países en vías de desarrollo.

La mayoría de los países incluyen elementos de los tres sistemas, de la misma forma que la mayoría tiene una mezcla de modelos de financiación. Se están produciendo cambios de un modelo a otro en muchos países. Existen dos tipos generales: uno implica lo que se podría denominar monopolio público de la financiación de los servicios de salud mental y contratos competitivos con proveedores tanto públicos como privados. El otro es un modelo integrado en el que compiten diferentes sistemas integrados.

El papel del gobierno difiere entre estos dos modelos. En el primero, el gobierno regula la competencia entre pagadores o aseguradores. Una vez se toma la decisión sobre qué modelo se aplicará, existen diferentes métodos para optimizar la efectividad y la eficiencia. Esta sección trata temas relativos a la contratación, en la que el gobierno no es el proveedor directo. Estos acuerdos pueden mimetizarse también en las relaciones entre el gobierno y una entidad subvencionada. Así, el ministerio de salud podría establecer un contrato con un hospital psiquiátrico o con un distrito, determinando como objetivos ciertas prestaciones y con gratificaciones y sanciones asociadas si se desean.

Contratar los componentes no clínicos de los servicios sanitarios es una práctica relativamente común en muchos países. Así, el hospital Mulago, el principal hospital de referencia de Uganda, contrata externamente las comidas, el personal, los servicios de ascensor y el mantenimiento de la ventilación y las calderas. De forma similar, se hacen contratos externos para servicios no clínicos en Tailandia, los Estados Unidos y Zimbabwe (McPake & Banda, 1994). Mientras que la contratación de los servicios sanitarios es relativamente común en Europa occidental y Norteamérica, este mecanismo aún está siendo explorado en muchos países en vías de desarrollo, como Pakistán, Sudáfrica y Zimbabwe.

Todos estos acuerdos se pueden dividir en las cuatro siguientes categorías.

- **Contratos cerrados:** permiten, en esencia, la prolongación de un sistema de elaboración de presupuestos global en forma de contrato. Se paga una cantidad total a un proveedor que deberá después proporcionar los servicios especificados.
- **Contratos de coste según carga de trabajo:** especifican un pago total por un total de carga de trabajo previsto.
- En los **contratos por servicio** se determina una tarifa fija para cada servicio prestado.
- Los **contratos por rendimientos** se estructuran alrededor de la finalidad del trabajo a realizar, por oposición a la manera en que éste se va a realizar. El objetivo es centrarse en la medición de los resultados de los esfuerzos en vez de gestionar los esfuerzos para conseguir resultados. Así, los contratos definen los requisitos en términos de resultados requeridos en lugar de unidades de trabajo. Suelen incluir sanciones e incentivos sobre el rendimiento.

Un argumento en contra de la contratación es que los proveedores de salud mental son escasos en los países de renta baja y en las áreas remotas y que la competitividad, que se espera aporte más eficiencia en el mercado del trabajo, no es viable en estas circunstancias. Es más, la administración de contratos requiere habilidades de negociación, contabilidad, sistemas de información y seguimiento. A pesar de todo, los contratos son útiles para detallar expectativas de mutuo acuerdo en términos cualitativos y pueden formar la base para un sistema de incentivos y sanciones. Tales contratos podrían existir entre cualquier comprador o inversor y la entidad que recibe los fondos.

¿Cuáles son las opciones para contratar servicios de salud mental?

La adquisición de servicios de salud mental depende en gran medida de las estructuras y capacidades del país en cuestión. Puede llevarse a cabo junto con la adquisición de servicios de salud general. Tal compra podría producirse de forma directa o podrían asignarse fondos a entidades locales como, por ejemplo, sub-unidades gubernamentales,

Existen varias opciones para contratar los servicios de salud mental.

provincias y autoridades, que serían las responsables de obtener los servicios. Los acuerdos varían enormemente entre países. A continuación se exponen opciones generales para la adquisición o el empleo de técnicas de adquisición.

Los contratadores públicos a menudo tienen una gran variedad de metas cuando desarrollan, implementan y supervisan los servicios de salud mental. Habitualmente, estas metas implican alguna combinación de contención o reducción de costes, mejora de la accesibilidad a los servicios y mejora en la calidad de la atención. Los proveedores pueden compartir muchas de las metas de los contratadores, pero operan bajo un contexto diferente de incentivos y en consecuencia pueden tener algunas metas muy diferentes. El vehículo mediante el cual los compradores definen sus metas es el contrato, pero la estructura necesaria para alcanzar estas metas es un sistema de pago y financiación cuidadosamente diseñado.

Es importante distinguir entre **pagos retrospectivos** y **pagos prospectivos**. Los pagos retrospectivos se producen después de que se ha prestado un servicio. Los pagos prospectivos son tarifas fijas que se pagan a los proveedores de servicios por un período de tiempo determinado, tanto si dichos servicios se emplean como si no. Las personas se dan de alta en el servicio pagando una tarifa fija antes del tratamiento y son cubiertas durante un periodo determinado. En este método de pago, denominado **capitación**, el proveedor recibe un pago por cada persona atendida sin tener en cuenta la cantidad o la naturaleza de los servicios prestados.

La contratación puede basarse en un presupuesto global (servicios adquiridos para una determinada población), en la capitación (un subconjunto definido de una población tiene los requisitos para obtener los servicios), en la tarifa por caso (los receptores de los servicios) o en el pago por acto (servicios proporcionados).

a. Presupuesto global

Un acuerdo sobre el presupuesto global permite al comprador predecir con certeza el nivel de gastos en salud mental para un año concreto. Los presupuestos globales se emplean a menudo cuando se desconoce el número de personas con derecho a los servicios y suelen basarse en los costes del año anterior, reducidos en un porcentaje predeterminado para ahorros. Un presupuesto global crea incentivos muy poderosos para que un sistema de proveedores controle los gastos y mejore la eficiencia de sus servicios y prácticas administrativas, especialmente si el proveedor se queda con todos los ahorros como beneficios o como nuevo capital operativo.

En los sistemas de pago presupuestado, se crea un presupuesto para un conjunto definido de servicios durante un tiempo especificado y se convierte en el techo del gasto. Un presupuesto puede definirse per cápita o basarse en costes históricos. El enfoque presupuestario proporciona un incentivo para controlar los costes y proporcionar servicios de forma eficiente, haciendo así que los costes sean más predecibles para el financiador. Proporciona también flexibilidad a los proveedores a la hora de decidir cómo gastar las cantidades asignadas. Entre las desventajas están el posible rechazo de los pacientes que pudieran ser usuarios con un coste sanitario elevado y la posibilidad de proporcionar unos servicios ineficaces o de calidad reducida para minimizar los gastos y ceñirse al presupuesto.

Los salarios representan una variante al enfoque presupuestario cuando se aplican al pago de los clínicos. Las ventajas son que se tiene un buen control sobre los gastos totales y la disociación entre tratamiento y remuneración. La desventaja es que existe el potencial de una productividad reducida.

b. Capitación (per cápita)

En la capitación, el presupuesto se basa en una tarifa fija para cada persona inscrita. Se cubre un nivel específico de atención sanitaria independientemente de los servicios proporcionados.

En un acuerdo de capitación total a todo riesgo, el comprador paga al proveedor una cantidad mensual per cápita para cubrir todos los costes asociados con la provisión de servicios de salud mental a cierta población. La cantidad per cápita es fija para cada persona, sin importar si la persona usa los servicios o no. Esta cantidad puede ser determinada por el comprador por adelantado o establecerse en el contexto de un proceso competitivo de puja. Los acuerdos de capitación total son como acuerdos de presupuesto fijo en tanto que proporcionan un fuerte incentivo para controlar los costes y mejorar la eficiencia. Aunque ,la capitación total puede crear poderosos incentivos económicos a corto plazo que restrinjan indebidamente la accesibilidad y el uso de los servicios, también puede brindar fuertes incentivos para proporcionar servicios de alta calidad y asegurar nexos de unión efectivos con otros tipos de proveedores de servicios en orden a apoyar resultados positivos. La fortaleza de los mecanismos de seguimiento del acceso a los contratos y la calidad ,así como el uso efectivo de los incentivos y las sanciones ,determinan en gran medida la forma en que un sistema de pago por capitación total afecta al sistema de salud mental.

c. Tarifa por caso

En el modelo de tarificación por caso, el comprador paga una cantidad fija por cada caso, esto es, por cada individuo designado que entra en el sistema y emplea los servicios. Una de las razones para el desarrollo de este enfoque fue la dificultad de estimar la demanda con precisión. La tarifa se calcula únicamente estimando los gastos medios esperables ocasionados por los usuarios del servicio. Así, una tarifa por caso es frecuentemente más elevada que una tarifa de capitación total, porque la tarifa de capitación pura se calcula como la media de los gastos esperables de toda la población, incluyendo tanto a los que usan los servicios como a los que no.

Esta tarifa media puede ajustarse de acuerdo a los servicios incluidos, la definición de episodio o tiempo, características del usuario, región,.... etc. Cuando se establecen las tarifas por caso, los compradores deberían hacer todo lo posible por obtener todos los datos nacionales y regionales relevantes para así comenzar a establecer directrices. Determinar qué tarifas por caso se deben pagar es difícil debido a la escasez de datos sobre costes y utilización de los servicios de salud mental.

Las tarifas por caso podrían aplicarse a enfermedades mentales prioritarias. Por ejemplo, una tarifa por caso podría cubrir un conjunto exhaustivo de servicios provistos en diferentes entornos y a lo largo de un periodo definido de tiempo correspondiente a un episodio de tratamiento. La ventaja de este enfoque es que permite a los proveedores diseñar los servicios de atención y asignar los recursos a un conjunto de pacientes. La desventaja es que es posible que no se puedan prestar servicios óptimos a pacientes individuales.

d. Pago por acto

El pago por acto a los proveedores les concede incentivos económicos para proporcionar acceso al sistema de servicios a personas necesitadas porque se les paga una tarifa cada vez que alguien accede al sistema. Es necesario considerar si los compradores pueden identificar la idoneidad de los tratamientos adquiridos revisando los archivos.

En el modelo de pago retrospectivo (tarifa por caso o pago por acto), los pagos a los proveedores aumentan según la cantidad de servicios proporcionados. Desde el punto de vista del proveedor existe un incentivo económico al proveer más unidades de atención para así incrementar sus ganancias. No hay incentivo de contención de costes. Desde la perspectiva del comprador, una vez que las tarifas se han establecido existe una clara responsabilidad en términos de lo qué se ha adquirido como servicio por el pago efectuado.

El Cuadro 8 muestra algunas diferencias en los incentivos entre estos modelos comparando un sistema de pago por acto y un sistema de capitación.

Cuadro 8. Pago por acto frente a capitación

Pago por acto	Capitación
Enfoque sobre los beneficiarios del servicio	Enfoque sobre la población
Pago retrospectivo	Pago prospectivo
El inversor asume el riesgo	El proveedor (o la agencia que garantiza la provisión de los servicios) asume el riesgo
Enfoque sobre los servicios	Enfoque sobre los resultados
Incentivos para proporcionar más servicios de los necesarios	Incentivos para imponer límites y evitar los casos costosos

Como se ve en el Cuadro 8, el modelo de capitación asume la responsabilidad por los servicios o para una población mientras que el sistema de pago por acto está limitado a las personas que se suscriben al servicio. La transferencia del riesgo a los proveedores les da un incentivo para mantener a las poblaciones sanas y para invertir en prevención e intervenciones tempranas para así reducir costes. (Con un enfoque menos benigno esto se puede ver como un incentivo para limitar los servicios. En consecuencia, es necesario establecer unos estándares y expectativas sobre la calidad de esos servicios.) Es más, en el modelo de capitación el enfoque está sobre el estado de salud en lugar de sobre los tipos o cantidad de servicios proporcionados.

Es importante destacar que cada uno de estos métodos de adquisición posee su propia estructura de incentivos. En los presupuestos globales, que poseen una flexibilidad inherente que da lugar a la creatividad y a la innovación, no existe un incentivo explícito por atender a las personas o incrementar la accesibilidad o la calidad. Los presupuestos globales se suelen basar en cifras históricas. En el modelo de capitación, existe el incentivo de inscribir personas incluso cuando puede que no existan incentivos para la provisión de servicios. En el enfoque de tarifa por caso, el proveedor no recibe ningún pago a menos que el paciente haya recibido algún servicio. En consecuencia existe el incentivo de proporcionar servicios a más pacientes. Sin embargo existe también un incentivo para minimizar el nivel del servicio. En el sistema de pago por acto existe el incentivo de suministrar más servicios a un número mayor de pacientes. Esto conduce a veces al uso excesivo de los servicios.

Puntos clave: Paso 6. Contratar servicios de salud mental de forma que se optimice la efectividad y la eficiencia

- Básicamente existen tres grandes tipos de relaciones entre financiadores y proveedores: por reembolso, mediante contrato e integrado. Mientras que los modelos integrados (en los que el financiador es también el proveedor y no existe la dicotomía financiador-proveedor) están muy difundidos, la mayoría de los países posee una mezcla de modelos. Además, estos modelos están cambiando dentro de los países.
- La contratación puede basarse en un presupuesto global (esto es, se adquieren servicios para una población determinada), en la capitación (esto es, un subconjunto definido de una población tiene los requisitos para obtener los servicios), en la tarifa por caso (esto es, para los receptores de los servicios) o en el pago por acto (esto es, tarifas por los servicios proporcionados).
- Cada uno de estos convenios de contratación tiene sus propios incentivos asociados con el proceso, permitiendo al gobierno (o a los compradores) decidir qué mecanismo es el más adecuado.

Paso 7. Desarrollar la infraestructura para la financiación de la salud mental

Una infraestructura para la financiación de la salud mental es esencial para alcanzar los objetivos de la política y de los planes. La idoneidad de los procesos económicos descritos en este módulo depende en gran medida de las estructuras administrativas en las que se integren dichos procesos y de la calidad de la información a la que puedan acceder. Este punto es clave y merece ser destacado: en demasiadas ocasiones el desarrollo de las capacidades gestoras y administrativas se obvian. Las áreas clave a tratar en esta sección son:

- estructuras de gestión/adquisición.
- sistemas de información.
- evaluación y análisis de rentabilidad.
- difusión de la información e implicación de las partes interesadas clave.

Estructuras de gestión/adquisición

Según han ido surgiendo temas relativos a los costes y a la calidad en los sistemas de salud mental se ha establecido la tendencia de adoptar técnicas de negocios y de gestión empleadas en la industria privada (Véase *Mejora de la calidad de la salud mental*). En Estados Unidos, por ejemplo, se están incorporando conceptos de las aseguradoras sanitarias al sector público cada vez con más frecuencia. Sin embargo se ha criticado a las aseguradoras sanitarias por fragmentar los cuidados. Como resultado, el concepto de una autoridad en salud mental ha ganado apoyo en relación a los aspectos relativos a la coordinación y eficiencia asociados a múltiples líneas de financiación y sistemas fragmentados de prestación de servicios.

El enfoque de la aseguradora sanitaria, definido a grandes rasgos, es un enfoque exhaustivo hacia la provisión de servicios que engloba la planificación y coordinación de los cuidados, el seguimiento de la calidad y el control de los costes. Conlleva el uso de numerosas técnicas para asociar los niveles de atención de las personas con el nivel de necesidad dentro de un sistema de atención. Incluye asimismo sistemas de financiación de la prestación de servicios como la capitación y la asunción del riesgo por los proveedores. Una de las funciones principales de la aseguradora sanitaria ha sido el de controlar los niveles de gasto dentro de unos parámetros financieros claramente establecidos. En Estados Unidos, por ejemplo, las aseguradoras sanitarias cubren a más del 80% de la población. La parte negativa de las aseguradoras sanitarias es que el énfasis sobre el control de costes a menudo ocasiona una reducción de la accesibilidad y unas limitaciones indebidas de los servicios.

Muchas entidades públicas han organizado con éxito sus infraestructuras de tal forma que incorporan técnicas de las aseguradoras sanitarias. Otras han contratado directamente con aseguradoras sanitarias la gestión de la prestación de servicios de salud mental. El proceso de desarrollo del contrato es vital para lograr el éxito de tales convenios: los compradores deben dirigir y maximizar el diseño y los resultados del sistema. Aunque el concepto de aseguradora sanitaria puede no tener una aplicación directa en muchos países y ha recibido críticas por las razones anteriormente expuestas, algunas de las tecnologías son útiles para incrementar tanto la eficiencia como la calidad (Véase *Mejora de la calidad de la salud mental*).

Se ha propuesto la creación de autoridades locales, en especial en lugares donde las fuentes de financiación están fragmentadas (Goldman et al., 1997; Goldman et al., 2000). Una autoridad local es en esencia una entidad organizativa responsable de la centralización de la planificación, adquisición, gestión y prestación de servicios de salud mental a la población en un área geográfica concreta.

Sistemas de información para la financiación de la salud mental

Los diversos aspectos de la financiación de la salud mental dependen fundamentalmente de la disponibilidad de información actualizada, precisa y completa. Para las decisiones relativas a la política se necesitan datos en los diferentes niveles. Se necesitan datos agrupados a nivel nacional o estatal para evaluar la inversión en salud mental y se

necesitan también datos a nivel de la agencia para determinar la solvencia económica y el rendimiento. Asimismo se precisan datos en el nivel de los servicios para determinar la eficiencia y los costes de las unidades. En los sistemas en los que la adquisición se basa en pagos tipo pago por acto, es necesario hacer un seguimiento de los tipos de servicio que se proporcionan, de los proveedores y beneficiarios y deben además registrarse las consultas para que se pueda llevar a cabo la facturación adecuada. Los pagos por capitación y los incentivos económicos no están asociados a consultas únicas pero dependen aún así de una información de alta calidad.

Se ha realizado un trabajo considerable para especificar los requisitos que las organizaciones de salud mental deben cumplir respecto a los datos económicos. Se han llevado a cabo iniciativas de informatización y estandarización a gran escala en Australia, Canadá, el Reino Unido y en otros lugares. En muchos países, esta infraestructura automatizada no está disponible. En un 27% de países no hay registros de las actividades de salud mental y la recolección de datos o los estudios epidemiológicos no existen en un 44% de países. (Organización Mundial de la Salud, 2001b).

No obstante, se debería recopilar y analizar la información, incluso si se llevan a cabo sondeos u otros mecanismos de registro. La OMS ha desarrollado unas recomendaciones para los sistemas de información sanitaria (Organización Mundial de la Salud, 2000), que son un punto de arranque útil para dichas actividades. (Se está desarrollando además un módulo titulado *Sistemas de información para la salud mental*).

Amenudo se asume que los sistemas de información implican la utilización de ordenadores. Sin embargo puede que éstos no estén disponibles o no sean asequibles. Muchos datos clave se pueden recopilar por otros medios, por ejemplo, mediante informes mensuales o trimestrales proporcionados por diversas organizaciones en los distintos niveles. Está claro que, para los sistemas complejos que dependen de la automatización para la facturación y la presentación de informes, los ordenadores son administrativamente eficientes. Para sistemas menos complicados pueden resultar razonablemente efectivos otros métodos más manuales.

Evaluación y análisis de rentabilidad

Los costes y los resultados dependen del contexto específico de un sistema de salud mental. En consecuencia, no existe un único paquete de servicios que pueda prescribirse universalmente. A menos que exista alguna relación entre los costes y los resultados, no existe ninguna base sobre la cual se puedan seleccionar intervenciones adecuadas. Deben tomarse decisiones sobre enfermedades, tratamientos y entornos variados de forma que se facilite el uso juicioso de unos recursos escasos. Como Shan y Jerkins (2000) han indicado, existen varios métodos de evaluación económica, incluyendo análisis de minimización de los costes, costes-beneficios, costes-utilidad, rentabilidad y costes según enfermedad. A pesar del reconocido valor de dichos análisis, pocos de ellos se han llevado a cabo en países desarrollados o en vías de desarrollo.

La OMS está desarrollando un Análisis de Rentabilidad generalizado (Cost-Effectiveness Analysis (CEA)) con vistas a ayudar a los planificadores mediante el proyecto de Elección de Intervenciones Rentables (Choosing Interventions that are Cost-Effective (CHOICE)). Este proyecto pretende generar bases de datos regionales sobre intervenciones en salud mental rentables que permitirán a los planificadores seleccionar las intervenciones más efectivas y menos costosas en entornos específicos. El CEA generalizado compara un rango de intervenciones en salud mental y sus costes asociados con la hipótesis nula de no intervención o el curso natural de un trastorno (Murray et al., 2000). El método CHOICE ofrece a los planificadores la oportunidad de seleccionar un conjunto de intervenciones que maximicen los beneficios sanitarios percibidos por una población dentro de un conjunto dado de recursos restringidos. (Información adicional en la página web del WHO CHOICE: www.who.int/evidence/cea).

Difusión de la información e implicación de las partes interesadas clave

Los gestores políticos se enfrentan a decisiones y elecciones difíciles relacionadas con los servicios de salud mental, especialmente en contextos de financiación limitada. La

cuestión de la necesidad de un sistema más sensible para la prestación de servicios de salud mental surge a menudo cuando se desarrollan nuevos objetivos de políticas y planificación por parte de los grupos de las partes interesadas clave. Por desgracia, los procesos de asignación y de elaboración de los presupuestos no son habitualmente componentes que son compartidos. Los defensores y los partidarios de la salud mental no suelen estar familiarizados con la insuficiencia de la financiación ni con la toma de decisiones que tiene que hacerse entre la accesibilidad y la calidad y entre el mantenimiento de los servicios existentes y el desarrollo de nuevos servicios. Una mejor comprensión de los presupuestos, de los procesos presupuestarios y de las metodologías de asignación por parte de los grupos de las partes interesadas clave es vital para el desarrollo de una base financiera para los servicios de salud mental.

Puntos clave: Paso 7. Desarrollar la infraestructura para la financiación de la salud mental

- La adecuación de los procesos de financiación y las actividades depende en gran medida de las estructuras administrativas en las que estén incluidos y la calidad de la información necesaria sobre la que se basan.
- Las siguientes áreas se han identificado como claves:
 - estructuras de gestión / adquisición.
 - sistemas de información.
 - evaluación y análisis de rentabilidad.
 - difusión de la información e implicación de las partes interesadas clave.

Paso 8. Empleando la financiación como herramienta para cambiar los sistemas de prestación de servicios de salud mental

Puede plantearse la cuestión de cómo se pueden emplear las opciones presupuestarias y de asignación descritas para cambiar los sistemas de prestación de servicios de salud mental.

El primer paso, sobre todo si la financiación es insuficiente, es desarrollar los recursos básicos. Una base de información que documente los niveles actuales de financiación y los servicios es esencial para incrementar un presupuesto. Es difícil elaborar un argumento sólido sin el conocimiento específico de las cantidades que se están invirtiendo y de los servicios disponibles o prestados. Si no existen presupuestos, pueden llevarse a cabo estudios para obtener una estimación. A veces no es fácil conseguir un presupuesto sobre salud mental porque éste forma parte de un presupuesto mayor, como puede ser el de sanidad o el de servicios sociales. De nuevo, las estimaciones pueden proporcionar las únicas respuestas a corto plazo.

Es importante señalar que un presupuesto de servicios para personas con trastornos mentales puede estar fragmentado y hallarse disperso entre varias agencias. Es vital obtener una visión general de la totalidad de los recursos básicos para determinar la cantidad total y su asignación a los diversos servicios, así como para identificar cualquier duplicación o falta de coordinación y la continuidad a lo largo del espectro de servicios.

Aumentar los recursos básicos para crear servicios adecuados y exhaustivos de salud mental depende de varios factores, incluyendo la voluntad política y el estado de la economía. Muchos de los módulos de este conjunto de guías están diseñados a medida para fomentar la voluntad política. El compromiso de crear un programa nacional de salud mental, el fomento y la determinación de estándares que establezcan un umbral de calidad son factores importantes de este proceso. De forma similar, el estado de la economía es un elemento esencial: el aumento de un presupuesto es menos probable durante un periodo de recesión económica. La implicación de esta dependencia es que el crecimiento de un presupuesto tiene más posibilidades de producirse de forma espontánea que de forma continuada. En otras palabras, la probabilidad de crecimiento

de un presupuesto para la salud mental aumenta cuando existe una crisis en la calidad de los servicios, cuando se ha alcanzado una masa crítica de voluntad por parte de los políticos y de las partes interesadas o cuando el conjunto de la economía se encuentra en periodo de expansión. El crecimiento de los presupuestos de salud mental es a menudo el resultado de lo que se ha descrito como “incrementalismo oportunista”. Es necesario que los gestores políticos tengan prioridades, necesidades y planes definidos para poder aprovecharse de estas oportunidades.

La financiación puede emplearse como herramienta para cambiar varios aspectos del sistema de prestación de servicios de salud mental, como por ejemplo:

- El cambio desde los hospitales psiquiátricos hacia la atención comunitaria, incluyendo a los hospitales generales.
- la integración de la atención a la salud mental en la atención primaria.
- una financiación orientada a la calidad.

Transferir fondos desde los hospitales psiquiátricos hacia la atención comunitaria, incluyendo a los hospitales generales

Incluso en los sistemas con recursos abundantes, una parte sustancial de los fondos disponibles se dedica a menudo a los presupuestos de los grandes dispositivos asistenciales. Ya se han comentado algunos de los obstáculos a la transferencia de recursos a los entornos comunitarios. La mayoría de los sistemas de atención a la salud mental reconocen que la hospitalización es una parte integral del espectro de los servicios.

El primer paso fundamental es definir los niveles de atención y los tipos de problemas que deberían tratarse en los hospitales generales y en los entornos comunitarios como resultado de la transferencia de pacientes desde los hospitales mentales. (Véase el módulo *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental* para obtener más detalles sobre este proceso.) La transferencia de recursos asociados a los internamientos inadecuados de los hospitales psiquiátricos puede ser un punto de partida para la expansión de los programas en los hospitales generales y en la comunidad.

Entre los factores financieros y presupuestarios que pueden facilitar y estimular el proceso de transferencia se encuentran:

- **La flexibilidad presupuestaria.** La independencia entre los hospitales psiquiátricos y los servicios comunitarios al encontrarse en diferentes líneas de actuación a menudo crea una rigidez que evita la transferencia de fondos entre los dos sectores. Las directrices presupuestarias deberían permitir la permeabilidad de la financiación. Una solución que ofrecen algunos modelos es la de crear un presupuesto que combine los servicios hospitalarios y comunitarios de forma que no se definan de forma rígida asignaciones específicas para ninguno de los dos tipos de servicios.
- **La financiación de los servicios comunitarios.** Resulta obvio que los servicios comunitarios deben estar disponibles antes de que las personas puedan ser transferidas desde los hospitales mentales. Incluso si la visión a largo plazo es que los recursos se deriven desde los hospitales psiquiátricos hacia la comunidad, deben existir unos recursos disponibles para asegurar que existirán servicios comunitarios para las personas para las que tales hospitales ya no son adecuados. Esto implica que deben existir fondos disponibles para el desarrollo de los servicios comunitarios mientras se mantiene la capacidad de los hospitales psiquiátricos. Por tanto es necesaria una doble financiación para permitir la transferencia eventual de los fondos desde esos dispositivos a la comunidad.

Puede aparecer inadvertidamente un incentivo perverso cuando los nuevos espacios disponibles en la comunidad están ya disponibles para las personas que residen o han residido en un hospital psiquiátrico. Habría dos categorías de personas que podrían aprovecharse de los nuevos espacios: las personas con un historial de hospitalización y las personas que nunca han estado hospitalizadas pero que necesitan los nuevos

espacios. Si los criterios de selección incluyen la hospitalización previa, esto crea un incentivo para que las personas en la comunidad sean hospitalizadas antes de que puedan acceder a los nuevos servicios. La elaboración de presupuestos debe proyectar la demanda tanto de los pacientes residentes en los hospitales como de las personas que residen en la comunidad.

- **Incentivos económicos.** El proceso de transferencia se puede acelerar si se ofrecen incentivos financieros a los programas comunitarios. En un programa de bonificación en Tejas, las agencias comunitarias de salud mental percibieron una cierta cantidad fija por cada día de cama reducido y esto resultó en una desinstitucionalización relativamente rápida.
- **Financiación de múltiples agencias.** Cuando a una persona se le da el alta de un hospital psiquiátrico, a menudo hay una multitud de agencias y organismos implicados en la provisión de servicios y apoyo. Si la financiación se coordina el proceso puede verse facilitado. En algunos casos los fondos pueden ponerse en común para este propósito. La administración y responsabilidad de estos convenios a menudo presentan problemas, pero el concepto de una autoridad única constituye un mecanismo que puede emplearse para tratar estos asuntos.

Integración de la atención a la salud mental en los servicios de salud general y atención primaria

La integración de la salud mental en la atención primaria se ha llevado a cabo en muchos sistemas para tratar no sólo la estigmatización sino también la falta de recursos adecuados para la salud mental. Muchos problemas de salud mental pueden tratarse de forma apropiada por profesionales de atención primaria debidamente formados.

Desde la perspectiva financiera, existe la preocupación de que los servicios de salud mental en estos entornos no se descuiden. La integración permite a los servicios de salud mental formar parte de un presupuesto de atención primaria y existe el peligro de que, si existen otras prioridades de atención sanitaria, la financiación de la salud mental pueda estancarse o incluso disminuir, en particular para las personas con enfermedades mentales severas. A continuación se muestran algunas maneras de evitar esto.

- Se puede hacer un seguimiento de los fondos invertidos en servicios de salud mental, en la formación de proveedores de atención primaria para el diagnóstico de la salud mental, y en las personas que perciben servicios de salud mental.
- Se pueden crear líneas de financiación para servicios especializados en poblaciones prioritarias, por ejemplo, adultos con trastornos mentales severos, niños con perturbaciones emocionales graves y personas con diagnóstico dual, como por ejemplo las personas que sufren de trastornos mentales y problemas de abuso de sustancias.
- Puede determinarse la cantidad que se gasta en servicios de salud mental, e incluir una cláusula que evite reducir dicha cantidad (siempre que el nivel actual de financiación se considere insuficiente).

Financiación para la calidad

Constantemente se producen descubrimientos científicos en el campo de la salud mental, al tiempo que aparecen nuevos medicamentos y nuevas tecnologías que tendrán un impacto significativo en las vidas de las personas con trastornos mentales (Organización Mundial de la Salud, 2001a). Teniendo en cuenta que es necesario mantener los niveles actuales de servicios, existe un mecanismo para facilitar la introducción de estas innovaciones. Este mecanismo precisa de una subvención para su demostración o un proyecto piloto que podría ser financiado a través de una agencia inversora externa, de una fundación privada o como una iniciativa del gobierno. Debería mostrarse el impacto significativo que tienen los nuevos servicios basados en evidencias (como el tratamiento comunitario asertivo y el empleo subvencionado) en un pequeño número de entornos antes de expandirlos más ampliamente. De forma similar, se pueden lograr ahorros significativos a través de la financiación de programas de prevención y detección

temprana. De nuevo se ve que un sistema de financiación basado en la población cuando existe una cobertura integrada facilita la financiación de dichos servicios.

Como ilustran estos ejemplos, la financiación es esencialmente una herramienta para crear y transformar sistemas de salud mental. No obstante, para que esta herramienta sea efectiva, debe encajar en el sistema de prestación de servicios y con las operaciones actuales y debe reflejar asimismo las realidades políticas y económicas en las que se inscribe. Los procesos y estructuras de financiación son productos del mismo sistema y de la misma cultura organizativa que pretenden transformar.

Las estructuras de inversión están actualmente vinculadas en su mayor parte a los cuidados curativos y la atención institucionalizada. Para promover la calidad es necesario que se produzcan cambios no sólo en la financiación, sino también en las políticas y en las estructuras.

Puntos clave: Paso 8. Emplear la financiación como herramienta para cambiar los sistemas de prestación de servicios de salud mental

- Se pueden emplear mecanismos de financiación para facilitar el cambio e incorporar innovaciones en los sistemas.
- Algunos factores financieros y presupuestarios que pueden impulsar la transferencia de servicios desde los hospitales psiquiátricos a la comunidad incluyen: flexibilidad de presupuestos, protección de la financiación para los servicios comunitarios, incentivos económicos y la coordinación de la financiación entre ministerios o agencias.
- A la hora de integrar la salud mental con la atención primaria es importante asegurar, desde el punto de vista financiero, que las inversiones en los servicios de salud mental sean adecuadas. Existe la preocupación de que los servicios de salud mental no reciban la atención suficiente y que la financiación pueda por tanto estancarse o disminuir. Algunos mecanismos para prevenir esto son: hacer un seguimiento de los fondos invertidos en los servicios de salud mental, desarrollar líneas de actuación para servicios especializados para poblaciones de salud mental, crear (y proteger) niveles de financiación para los servicios de salud mental.
- Es importante mantener cierta capacidad de financiación para incorporar las innovaciones a través de demostraciones y proyectos piloto.

3. Obstáculos y soluciones para la financiación de servicios de salud mental

Los obstáculos a la financiación de los servicios de salud mental pueden clasificarse en (1) aquéllos relacionados con valores sociales y una comprensión general de los servicios de salud mental y su efectividad y (2) aquéllos relacionados específicamente con las estrategias y los procedimientos de financiación. Ambos tipos de obstáculos deben superarse para conseguir una financiación adecuada. Es esencial alcanzar un consenso social amplio sobre la prioridad de la salud mental. Muchos de los módulos que forman parte de este conjunto de guías describen cómo se puede lograr esto. El presente módulo tiene en consideración muchas de los obstáculos relacionadas con aspectos financieros específicos. Algunos de estos obstáculos y las formas posibles de superarlos se tratan en esta sección.

Demostrar la efectividad/rentabilidad. La necesidad de demostrar la efectividad y la rentabilidad de la atención a la salud mental es una de las barreras sociales principales a la hora de conseguir las inversiones necesarias para la salud mental. Los servicios de salud mental tienen que competir con otros servicios por los recursos sociales y sanitarios, que suelen ser escasos. Hasta hace poco, el *“éxito del negocio”* para los servicios de salud mental era esquivo. La naturaleza de los beneficios derivados de los servicios de salud mental es algo diferente de la de los beneficios obtenidos de la atención sanitaria general. Al contrario que con los beneficios que surgen del control de las enfermedades contagiosas o de la vacunación, en las que el tratamiento de un caso puede proteger a otros, los beneficios de la salud mental son de naturaleza no sanitaria, como son los costes más bajos de servicios sociales o las reducciones en accidentes o lesiones.

No obstante, la situación está cambiando. Existe evidencia en la literatura de que los servicios de salud mental pueden tener una compensación médica, esto es, que pueden dar lugar a unos costes menores de la sanidad general. Más aún, esta barrera se va superando gradualmente como consecuencia de los estudios sobre la carga general de enfermedad y la evidencia cada vez mayor de la efectividad de estos servicios.

La cronicidad de algunos trastornos mentales. El hecho de que algunos trastornos mentales sean crónicos, como ocurre con ciertas enfermedades físicas crónicas y al contrario de los problemas médicos agudos e impredecibles, hace que dichos trastornos sean difíciles de cubrir por los seguros privados y sean adecuados para los servicios públicos. Es más, asociadas a la cronicidad están las necesidades de vivienda y apoyos sociales. Estos aspectos no están amparados por la sanidad y ocasionan la fragmentación de los presupuestos asociados a los servicios para personas con trastornos mentales.

Una solución es tratar de analizar las diversas fuentes de financiación para la atención a la salud mental (ver el Paso 2). Dicho análisis puede ayudar a desarrollar un enfoque más coordinado y sistemático de la planificación y la financiación de las múltiples necesidades de las personas con trastornos mentales. Otra solución es permitir la inclusión de los trastornos mentales crónicos en la planificación de servicios, es decir, personalizar las estructuras de financiación para que traten las necesidades de servicios a largo plazo. (Véase el módulo *Organización de servicios para la salud mental* para obtener información sobre el modelo de atención continuada).

Falta de datos financieros precisos. La falta de datos financieros precisos es una limitación grave para la financiación de los servicios de salud mental y para el seguimiento de la asignación de los recursos disponibles.

Para solucionar ese asunto es necesario comenzar con la información que esté disponible o con los datos que puedan obtenerse fácilmente mediante sondeos, presupuestos hospitalarios y otras fuentes. Es esencial crear la base de datos para la financiación de la salud mental desde el momento mismo en que se inicia el proceso si se pretende obtener una financiación adecuada. Las decisiones sobre qué datos recopilar dependerán de las necesidades económicas específicas del sistema de salud mental en cuestión. Esos datos pueden ir refinándose con el tiempo.

Reasignación de los recursos existentes. En muchos países es posible que no se pueda disponer de nuevos recursos inmediatamente y que el desarrollo de los sistemas de salud mental requiera la reasignación de los recursos existentes. Esto crea su propia resistencia a través de la política y los intereses particulares de las organizaciones y empleados que puedan verse afectados negativamente.

Tal reasignación se puede facilitar con fondos de transición o fondos adicionales para paliar las dificultades potenciales que puedan aparecer. Es importante destacar que los asuntos relativos a la financiación nunca se pueden aislar de las políticas que definen las prioridades de la sociedad. La financiación de los servicios de salud mental depende en último término tanto de las actividades relacionadas con el fomento, la legislación, las políticas y la planificación, tal como se describe en otros módulos, como de los pasos específicos descritos en este módulo.

4. Reconocimiento y conclusiones

1. Crear y generalizar un consenso sobre la salud mental como una prioridad

Muchas de las actuaciones relativas a la financiación de la salud mental se basan en pasos descritos en otros módulos, como por ejemplo *Legislación sobre salud mental y derechos humanos*, *Políticas, planes y programas sobre salud mental*, *Planificación y elaboración de presupuestos para la prestación de servicios de salud mental* y *Fomento de la salud mental*. Estos módulos crean un acuerdo general que estipula que las necesidades de la salud mental son una prioridad de la sociedad. Sin embargo, incluso estas actividades requieren unas bases financieras. Una de las funciones clave del planificador de salud mental es desarrollar los recursos básicos preliminares para llevar a cabo una iniciativa de formación de una coalición que represente las perspectivas de los grupos interesados clave. La financiación inicial para esto puede comprender asignaciones hechas por un ministerio de salud o puede ser un subconjunto de esfuerzos en planificación sanitaria. Una vez que los representantes de los principales grupos constituyentes se han puesto de acuerdo, puede disponerse de recursos para las actividades a través de las agencias de donantes o de organizaciones privadas.

Este paso es fundamental. Inicialmente, los implicados son sobre todo las partes interesadas del ámbito de la salud mental, o sea, profesionales de la salud mental, familiares y defensores, que ya han identificado la salud mental como prioridad. El desarrollo de un consenso sobre los requisitos clave se convierte entonces en una plataforma para actividades financieras adicionales. La primera actuación relativa a la financiación es la de construir una coalición en la que exista un acuerdo sobre las necesidades clave. Esto crea los cimientos para el fomento que puede hacer avanzar, de forma simultánea a los ámbitos de la legislación, el desarrollo de la política y la financiación como un conjunto coherente de actividades en lugar de desarrollarse como iniciativas independientes y aisladas. La financiación depende en último término de la política, del fomento y de unas expectativas sociales más amplias. Uno de los objetivos principales de este módulo y de otras iniciativas de la OMS es el de establecer la salud mental como una prioridad. Esto en sí mismo puede procurar asignaciones adicionales para la salud mental. No obstante, el planificador de salud mental debe estar preparado para explicar qué recursos son necesarios y cómo se van a usar. Esto lleva a la siguiente recomendación.

2. Identificar las prioridades para la financiación

Cada país se haya en un punto distinto del camino del desarrollo de su sistema de salud mental. Cada uno tiene diferentes conjuntos de prioridades y se enfrenta a distintos obstáculos a la hora de tratar estas prioridades. Esto es cierto tanto para los países desarrollados como para los países en vías de desarrollo. Por ejemplo, los países ricos pueden enfrentarse a sistemas fuertemente institucionalizados en los que los mayores problemas de financiación tienen que ver con la transferencia de los recursos existentes desde los hospitales hacia los servicios comunitarios. Por otra parte, algunos países en vías de desarrollo tienen sistemas de salud mental casi inexistentes. Cada país tiene su propio conjunto de problemas financieros.

Los países que están comenzando a desarrollar sus sistemas de salud mental deben prestar especial atención al desarrollo de infraestructuras que incluyan a la legislación, el desarrollo de un plan y el presupuesto que se asociará a las actividades propuestas inicialmente. La financiación inicial para dichas actividades puede obtenerse del Banco Mundial o de otras entidades donantes. El objetivo de la financiación inicial podría ser la articulación de leyes, políticas, derechos de los individuos y arreglos estructurales generales que formarían parte de la infraestructura a largo plazo de un sistema de salud mental. Una vez asentados los cimientos, se puede tratar de forma más específica la financiación de los servicios de salud mental (la financiación general de la salud mental puede definirse a través de acuerdos de financiación de la sanidad general).

3. Vincular la financiación de la salud mental a la financiación de la sanidad general

Un aspecto esencial de la financiación de la salud mental, en especial en países que no han tenido sistemas de salud mental bien articulados, es asegurarse de que sea un componente integral de la financiación de la sanidad general y de que se hagan asignaciones específicas para la financiación de la salud mental asociada a otras iniciativas de salud. La validez de tales asignaciones de recursos se ha visto reforzada por datos acerca de los DALYs y por la asociación de los problemas de salud mental con los problemas de salud física, como las enfermedades coronarias, la diabetes y otros trastornos.

4. Identificar qué pasos de este módulo son los más relevantes para la situación de su país

Cada uno de los pasos en este documento es una recomendación para la actuación. Las actuaciones que se consideren más pertinentes dependerán de los objetivos específicos definidos en las políticas y planes y en los asuntos específicos a los que se enfrenta cada país. En general, cada país tendrá que tratar todos los asuntos definidos en cada uno de los pasos. Los detalles específicos y el grado de elaboración de cada paso tendrán que adaptarse a las circunstancias particulares de cada país.

Definiciones

Pagos en efectivo (Out-of-pocket payment) / El dinero que los usuarios o sus familias desembolsan según surge la necesidad.

Financiación basada en impuestos (Tax-based funding) / Dinero para los servicios de salud mental obtenido bien a través de impuestos generales o de impuestos específicamente destinados a estos servicios.

Seguridad social (Social insurance) / Las personas con unos ingresos superiores a un cierto nivel deben pagar un porcentaje fijo de sus ingresos a un fondo de seguro sanitario administrado por el gobierno. A cambio, el gobierno paga una parte o la totalidad de los costes de los servicios de salud mental de los consumidores si es necesario.

Seguros privados (Private insurance) / El consumidor de salud mental paga voluntariamente una cantidad adicional a una compañía aseguradora privada. A cambio, la compañía paga una parte o la totalidad de los servicios de salud mental del consumidor si es necesario.

Subvenciones externas (External grants) / Dinero proporcionado por otros países u organizaciones internacionales.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2001b.

Lectura adicional

1. Department of Health, United Kingdom (1995) *Practical guidance on joint commissioning for project leaders*. London: Department of Health.
2. Ensor T (1999) Developing health insurance in transitional Asia. *Social Science and Medicine* 48: 871-9.
3. Frank RG, McGuire TG (2000) The economics of mental health. In: Culyer A, Newhouse J, eds. *Handbook of health economics. Volume 1B*. Amsterdam: Elsevier.
4. Hodgson TA, Meiners MR (1982) Cost-of-illness methodology: a guide to current practices and procedures. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 60:429-62.
5. Hsiao W (1996) *A framework for assessing health financing strategies and the role of health insurance. International assessment of health care financing: lessons for developing countries*. Washington DC: World Bank.
6. Knapp MRJ (1984) *The economics of social care*. London: Macmillan.
7. Knapp M, et al. (1994) Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 165:195-203.
8. Knapp MRJ et al. (1998) Public, private and voluntary residential mental health care: is there a cost difference? *Journal of Health Services Research and Policy* 3:141-8.
9. Knapp MRJ, et al. (1999) Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental health care. *Policy and Politics* 27:25-41.

10. Knapp MRJ, Wistow G (1993) Joint commissioning for community care: In: Department of Health. *Implementing community care: a slice through time*. London: Department of Health Social Services Inspectorate.
11. Murray CJL, Lopez AD (1996) *The global burden of disease, Volume 1. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990, and projected to 2020*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
12. National Association of State Mental Health Program Directors and National Association of State Alcohol and Drug Abuse Directors (2002) *Exemplary methods of financing a service program for persons with co-occurring mental health and substance use disorders*. Alexandria, Virginia: Final Report of the NASMHPD-NASADAD Task Force for Co-occurring Disorders.
13. Preker A, et al. (2001) Health financing reforms in Eastern Europe and Central Asia. In Mossialos E, et al., editors. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press.
14. Regier DA, et al. (1984) Epidemiology and health service resource allocation policy for alcohol, drug abuse, and mental disorders. *Public Health Reports* 99:483-92.
15. Regier DA et al. (1993) The de facto U.S. mental and addictive disorders service system: Epidemiological catchment area prospective 1-year prevalence rates for disorders and services. *Archives of General Psychiatry* 41:949-58.
16. Saltman RB, Figueras J (1997) *European health care reform: analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
17. Saraceno B, Barbui C (1997) Poverty and mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry* 42:285-90.
18. Trisnantoro L (2002) *The impact of decentralization policy on public mental hospitals in Indonesia: a financial perspective*. Draft Paper presented at the seminar on Mental Health and Health Policy in Developing Countries (15 May 2002). Boston: Harvard University.

Referencias

1. Conti DJ, Burton WN (1994) The economic impact of depression in a workplace. *Journal of Occupational Medicine* 36:983-88.
2. Department of Health and Human Services, U.S. Public Health Service (1999) *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Centre for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
3. Freeman M (2000) Using all opportunities for improving mental health: examples from South Africa. *Bulletin of the World Health Organization* 78:508-10.
4. Dirección General de Rehabilitación Psicosocial, Participación, Ciudadanía y Derechos Humanos (2001) *Modelo Hidalgo de Atención en Salud Mental*. Mexico DF
5. Goering P, et al. (1997) *Review of best practices in mental health reform*. Ottawa: Health Canada.
6. Goldman H, et al. (1992) A model mental health benefit. *Health Affairs* 1:98-117.
7. Goldman H, et al. (2000) Organizing mental health services: an evidence-based approach. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 3(2):69-75.
8. Hadley T, Goldman H (1997) A partial solution: a local mental health authority for the UK. *Harvard Review of Psychiatry* 5:91-3.
9. Institute of Medicine (2001) *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington DC: National Academy Press.
10. Jönsson B, Musgrove P (1997) Government financing of health care. In: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: Proceedings of a World Bank Conference March 10-11, 1997*. Washington. World Bank.
11. Knapp MRJ (1995) *The economic evaluation of mental health care*. Aldershot: Arena.
12. McPake B, Banda E (1994) Contracting out of health services in developing countries. *Health Policy and Planning* 9(1):25-30.
13. Murray CJL, et al. (2000) Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. *Health Economics* 9:235-51.
14. Schieber G, Maeda A (1997) *A curmudgeon's guide to financing health care in developing countries*. Washington DC: World Bank (Innovations in Health Care Financing, World Bank Discussion Paper No. 365).
15. Shah A, Jenkins R (2000) Mental health economic studies from developing countries reviewed in the context of those from developed countries. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 87:103.
16. Smith GR, et al. (1996) Consultation-liaison intervention in somatization disorder. *Hospital and Community Psychiatry* 37:1207-10.
17. Thornicroft G, Tansella M (1999) *The mental health matrix: a manual to improve services*. Cambridge: Cambridge University Press.

18. Victoria Department of Human Services. (1994) *Victoria's mental health services: the framework for service delivery*. Melbourne: Government of Victoria.
19. Von Korff M, et al. (1998) Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosomatic Medicine* 60:143-9.
20. World Health Organization (1997) *An Overview of a strategy to improve the mental health of underserved populations*. WHO/MSA/NAM/97.3. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse.
21. World Health Organization (2000) *World health report 2000. Health systems: improving performance*. Geneva: World Health Organization.
22. World Health Organization (2001a) *World health report 2001. Mental health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization.
23. World Health Organization (2001b) *Atlas: Mental health resources in the world, 2001*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
24. World Health Organization (2001) *Atlas: Country Profiles on mental health resources 2001*. Geneva: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.