

Especialización en Gestión de Servicios para la Discapacidad

Trabajo Final Integrador

Autora: María Cecilia Conticello

ANALISIS HISTORICO DE LOS MODELOS DE GESTION EN EL PROGRAMA RESIDUAL PARA LA ATENCION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CARENCIADAS

2008



Citar como: Conticello, M. C. (2008). Analisis historico de los modelos de gestion en el programa residual para la atencion de personas con discapacidad carenciadas. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN	5
2. PLANTEO DEL PROBLEMA.....	6
Definición de Objetivos General y Específicos	8
3. MARCO TEÓRICO	9
La coexistencia de paradigmas	9
Discapacidad: de la centralidad de la deficiencia al modelo biopsicocial	9
Las tensiones entre la evolución de los modelos de gestión y las transformaciones sociales	11
4. METODOLOGÍA	13
5. DESARROLLO	
LA PRIMERA ETAPA: EL PROGRAMA BAJO EL CONTEXTO DE LA CRISIS DEL ESTADO, AJUSTE Y REFORMAS ESTRUCTURALES (1980–1999) 14	
Concepto de Discapacidad (Paradigma)	14
La legislación	16
La ley 22.431/81 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados	17
La ley 23.660	18
Ley 24.452/95. Ley de Cheques	19
El impacto en el PROGRAMA PROPIAMENTE DICHO	19
RESOLUCIÓN N° 468/82	19
RESOLUCIÓN N.° 540/83	19
RESOLUCIÓN N° 527	20
RESOLUCIÓN N° 118/84	20
RESOLUCION N° 446/85	22
RESOLUCION N° 139/86	23
RESOLUCION N° 64/87	23
RESOLUCION N° 45/90	24
DECRETO N° 1606/90: Creación del CONSEJO NACIONAL DEL MENOR Y LA FAMILIA	24
De cómo se trabajó el Programa	25
Estado y Discapacidad	25
Dimensión Poblacional	27
Centros de Atención	29
Dimensión Institucional	30
SEGUNDA ETAPA: EL PROGRAMA RESIDUAL Y LAS NUEVAS RECONFIGURACIONES EN LA GESTIÓN ESTATAL: HACIA LA MODERNIZACIÓN DEL ESTADO.....	33
Transformaciones en el concepto de discapacidad	34
La Legislación	35
Ley 26.378	35
La Comisión Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS): Resoluciones	36



RESOLUCIÓN N° 11	37
RESOLUCIONES N° 05/00 y 15/00 y 10/00	37
RESOLUCIÓN N° 06/02	37
RESOLUCIÓN N° 03	38
RESOLUCIÓN N° 20	38
Marco Básico-RESOLUCIÓN 1328/2006	39
De cómo se trabajó el programa	39
Análisis de las Memorias Institucionales del SNR	39
Conclusiones de la segunda etapa	48
6. CONCLUSIONES GENERALES	50
7. BIBLIOGRAFÍA	56

- **Resumen/**

Se analizó como las transformaciones en la conceptualización de la discapacidad, las modificaciones en la legislación vigente y los cambios en modelos de Gestión en Servicios Sociales impactaron en el Programa para la Atención de Personas con Discapacidad Carenciadas. Se abarcó el periodo comprendido desde la década del 80 hasta nuestros días en la ciudad de Buenos Aires y alrededores. Se dividió el periodo en dos etapas: se observó como en los últimos treinta años el panorama de la discapacidad ha atravesado un importante proceso de transformación posibilitando que personas con discapacidad que eran beneficiarias de un Programa hoy en estado residual puedan obtener sus pensiones y ser incluidos y/o cubiertas las prestaciones por discapacidad requeridas por una obra social.

1. Introducción

En el presente trabajo se analiza el impacto de las transformaciones de los modelos de gestión y de los nuevos paradigmas en el abordaje de la discapacidad, en el Programa Residual para Personas con Discapacidad Carenciadas, desarrollado en la Argentina a partir de 1980.

A lo largo del presente estudio, se analiza cómo afectaron las transformaciones en materia de gestión y en la conceptualización de la discapacidad a lo largo de los periodos históricos.

A través de la experiencia ¹ de trabajo en la temática, fue posible observar la transformación de dichos modelos a lo largo del tiempo y cotejar la relación entre paradigmas y modelo de gestión, entre teoría y práctica.

Mediante una estrategia cualitativa, desde un enfoque transversal, cuya unidad de análisis será el Programa mencionado, creado por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Subsecretaría de Desarrollo Humano y Familia, se realizó un exhaustivo análisis documental, tomando en cuenta dos etapas históricas de nuestro país dentro en las cuales se experimentaron cambios políticos, económicos y sociales de gran envergadura a través de la revisión, análisis e integración de material bibliográfico, datos de fuentes secundarias, documentos institucionales, legislación, en donde es posible hallar los cambios que se fueron sucediendo según las políticas implementadas por el Estado.²

¹ La autora se ha desempeñado y desempeña como Asistente Social en la Dirección de Promoción del Servicio Nacional de Rehabilitación ente descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación.

² Cabe destacar que el análisis del presente trabajo se limita a la política de Discapacidad en lo que respecta al mencionado Programa esto no quiere decir que la misma sea toda la política

2. Planteo del problema

La República Argentina ha transitado profundas transformaciones y estos cambios han modificado las instituciones y las incumbencias de los organismos involucrados como también las relaciones y las dependencias entre ellos.

Sociólogos, políticos y diversos analistas, han brindado a través de sus investigaciones, evidencia suficiente sobre las transformaciones estructurales políticas, económicas y socio culturales, contribuyendo al conocimiento del desarrollo de la democracia argentina, reinstaurada en 1983 luego de la dictadura que se produjo en nuestro país desde 1976 (ARONSKIND, 2001; MEYER, 2007; SIDICARO, 2003).

En términos políticos la reducción de las capacidades estatales y el traslado de las responsabilidades del Estado al ámbito privado (SIDICARO; 2003), produjo una serie de cambios referentes a la gestión pública de notable impacto.

En términos económicos, las reformas estructurales producidas en los '90, luego de una década de fallidos intentos de encauzamiento económico, provocaron un debilitamiento en las capacidades financieras del Estado, también absorbidas por políticas que conllevaron la desarticulación de los espacios económicos productivos e industriales, abriendo un contexto favorable al desarrollo de los servicios privados (ARONSKIND; 2001). Resultaba mas conveniente terciarizar que asumir ciertas responsabilidades, de ahí el término extendido que se utilizó por esos años, a través de los discursos de ciertos sectores que bregaban por "el achicamiento del Estado".

del Área ya que por supuesto existían otros sectores de Salud y Acción Social que atendían la problemática baste mencionar los hospitales, sanatorios y servicios de rehabilitación.

En referencia a las cuestiones relativas a los modelos de gestión podemos ubicar, según algunos autores, que se generó un escenario en donde se observó la coexistencia de diversos paradigmas relativos a la gestión. En este sentido, es considerable la instalación de los nuevos lineamientos de gestión pública frente a los paradigmas burocráticos.

A su vez, la problemática de la discapacidad en relación con las políticas de estado, fue experimentando dichas transformaciones. Tanto a nivel internacional, como nacional, los debates y definiciones sobre esta problemática, fueron atravesando diversos paradigmas, y por lo tanto, la adaptación de las políticas sociales de referencia.

A partir de la creación del Programa para la Atención de Personas con Discapacidad Carentiadas, se irán incorporando estas problemáticas en la evolución del mismo.

Por eso, es posible interrogarse sobre ¿cómo han influido los cambios en el Programa? ¿Cuáles fueron los modelos de gestión que se implementaron y qué acciones se siguieron en pos de lograr la inclusión con las personas con discapacidad? ¿Cuáles fueron los cambios en el concepto de la discapacidad?

En este sentido, es posible pensar en dos etapas de análisis basadas en las reformas políticas, económicas y sociales entre 1980 y la actualidad, constituidas de la siguiente manera:

1ra generación de Reformas (80/90) que se llama: El Ajuste Estructural.

2da generación de Reformas (2000 – 2013): La Reforma de la Administración Pública desde el año 2000 hasta el año 2013.

Objetivo general

Analizar el desarrollo histórico del Programa para la Atención de las Personas con Discapacidad Carentiadas en el contexto de las trasformaciones en las definiciones de la discapacidad y las transformaciones en las diferentes modalidades de gestión en el a partir de 1980 hasta 2013.

Objetivos específicos

- Analizar el impacto de las transformaciones en el Programa de acuerdo con la evolución en la conceptualización y abordaje de la discapacidad.
- Analizar el impacto de las transformaciones en el Programa según las modificaciones de la legislación vigente durante su desarrollo.
- Analizar el impacto de las transformaciones en el Programa según las modificaciones en los modelos de gestión vigentes durante su desarrollo.

3. MARCO CONCEPTUAL- Marco teórico

La coexistencia de paradigmas

Se entiende por paradigma según Thomas KUHN (1922 – 1996) a realizaciones científicas universalmente reconocidas que, durante cierto tiempo, proporcionan modelos de problemas y soluciones a una comunidad científica refiere por lo tanto, al conjunto de prácticas que definen una disciplina científica durante un período específico.

De acuerdo al contexto convulsionado en el que se inscribe el presente estudio, se considera que, tanto la acción como la constitución de diversos paradigmas, no presentan un desarrollo y una evolución, lineales, sino que el establecimiento de tal o cual paradigma depende de las condiciones político sociales del ámbito social en el cual aparezca. En este sentido, es posible pensar que ante la presencia de nuevos paradigmas emergentes, es probable que aquellos paradigmas existentes ofrezcan cierta resistencia en los espacios pertinentes y a través de la defensa de sus postulados por los actores implicados. Se considera la idea de paradigma, como un concepto dinámico, que genera tensiones al momento de su confrontación y que tienen la propiedad de coexistir diversos períodos de tiempo.

Discapacidad: de la centralidad de la deficiencia al modelo biopsicocial

La perspectiva teórica que se presenta en este estudio relacionada con la discapacidad gira en torno a las transformaciones y evoluciones del concepto discapacidad, es decir del pasaje de un paradigma centrado en la deficiencia producto de una enfermedad, generadora de una desventaja en la persona con discapacidad, y productora por tanto de una discapacidad (CIDDM; 1980), un modelo médico social, a

un modelo biopsicosocial, en donde el sujeto y sus circunstancias, adquieren centralidad y fungen como el eje de análisis.

Por lo tanto el marco conceptual del que se parte para definir la discapacidad, surge de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF; 2001). Este concepto es tomado en los últimos documentos vigentes ya sea en materia de derechos -Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) - como en la producción de información sobre la realidad de las personas con discapacidad -Informe Mundial sobre discapacidad-, entre otros.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF; 2001), define a la Discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)”.

Este concepto de discapacidad, que se encuentra enunciado en las normativas para la certificación de la discapacidad, permite agrupar a las distintas personas con alteración en el funcionamiento de acuerdo a 5 categorías: motora, visceral, mental, auditiva y visual.

En la Convención, se dispone un concepto dinámico relacionado con la idea que se expresó sobre los paradigmas, ya que según uno de sus pasajes “... *la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás...*” (CSDPcD, ONU, 2006).

Solo es posible analizar la evolución de un Programa como el que aquí se presenta, si se toman ejes conceptuales dinámicos, producto de fuertes debates históricos: la

concepción de la discapacidad anterior a la propuesta por la CIF, ataba fuertemente el concepto, a la deficiencia (CIDDM/OMS; 1980), sostenido en un modelo médico hegemónico, que fue incorporando cuestiones sociales hacia los 90s, aunque no lograba desatar la problemática de la discapacidad de la deficiencia.

Por último, es necesario aclarar que más allá de la implementación de la CIF, en el espacio de definiciones, ya que a pesar de las modificaciones en la legislación argentina, aún en la práctica, aparecen referencias contenidas en el modelo anterior.

Las tensiones entre la evolución de los modelos de gestión y las transformaciones sociales

Tal como se mencionó anteriormente la República Argentina ha transitado profundas transformaciones políticas, sociales y económicas y estos cambios han modificado la morfología de las instituciones y las incumbencias de los organismos involucrados como también las relaciones y las dependencias entre ellos.

En tal dirección se considera necesario adoptar perspectivas teóricas surgidas de autores como Bresser Pereyra o Crozier, quienes otorgan vital importancia, al contexto cambiante en términos políticos y sociales, y a las transformaciones estructurales, que producen efectos en la sociedad, y por lo tanto respuestas desde las diversas esferas del poder público.

Aprehendiendo de dichas teorías, la transformación de las definiciones y de las acciones en torno a los modelos de gestión, es posible obtener herramientas necesarias para analizar en ese marco, las etapas históricas bajo las que se desarrolló el programa.

Y aquí también se pone en juego las tensiones entre paradigmas y sea tal vez, la dimensión en donde puede notarse con mayor claridad la coexistencia: en este caso, es importante tener cuenta que aún en el Estado nacional podrían estar funcionando tanto prácticas centradas en el viejo modelo burocrático, sin perder de vistas que bajo las etapas analizadas se produjeron reformas estructurales de gran envergadura que



actuaron sobre las capacidades estatales generando cambios y reformas, que abrieron las puertas a nuevos modelos de gestión pública o con propiedades análogas a las que desarrolla el sector privado, incluso en muchos casos con elementos ligados a las lógicas empresariales (SIDICARO; 2003; ARONSKIND; 2001).

Este encuadre por lo tanto nos permite analizar el período histórico en dos etapas bien definidas atendiendo a la concepción de la Reforma del Estado, propiciada principalmente en los '90, en las que se manifestaron nuevos modelos del gerenciamiento público, productores de nuevas prácticas y definiciones.

Para finalizar, es interesante comprender que estas transformaciones, producen una dinámica en el concepto de gestión pública, que produce la interacción a veces tensa, y otras veces complementaria, entre viejos y nuevos paradigmas, producto de la crisis y reforma del Estado, de la reforma gerencial, del pasaje del paradigma burocrático a la cultura de la gestión pública y del debate en torno al interrogante, ¿Gerencia Pública o Gestión Pública?

Siguiendo estos lineamientos, es posible pensar en la existencia de dos generaciones de reformas que resultan importantes para el análisis:

La primera etapa, o primera generación de reformas, que se inicia en 1980 con la creación del Programa y culmina en 1999 con la vuelta del Programa a la órbita de la Dirección de Promoción dentro del Servicio Nacional de Rehabilitación, centrada en un ajuste estructural y una 2da generación de Reformas (2000/actualidad); centrada en el intento de modernizar la Administración Pública Nacional.

En el contexto de desarrollo el Programa desde su iniciación hasta la actualidad, las concepciones sobre la discapacidad, los modelos de gestión, y los marcos legales y normativos, han atravesado diferentes tensiones entre sus paradigmas, hipótesis que se analiza en el presente estudio.

4. Metodología

Concretamente se abordará el Programa creado por el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Subsecretaría de Desarrollo Humano y Familia y los cambios que se fueron sucediendo según las políticas implementadas por el Estado.³

La estrategia será de tipo cualitativo, de corte transversal, utilizando técnicas de análisis documental, en torno a tres dimensiones bajo dos etapas históricas de nuestro país dentro de las cuales se experimentaron cambios políticos, económicos y sociales de gran envergadura a través de la revisión, análisis e integración de material bibliográfico y datos de fuentes secundarias.

Como fuentes se utilizaron documentos y datos de fuentes secundarias. En este sentido, tendrán importancia considerable las clasificaciones internacionales, las convenciones internacionales, el cuerpo legislativo nacional e internacional específico, memorias institucionales, evaluaciones del programa y datos estadísticos.

El estudio se basa en dos etapas históricas bajo las que se analizarán tres dimensiones específicas:

La primera etapa, o primera generación de reformas, que se inicia en 1980 con la creación del Programa y culmina en 1999 con la vuelta del Programa a la órbita de la Dirección de Promoción incluida ya Servicio Nacional de Rehabilitación, centrada en un ajuste estructural y una segunda generación de Reformas (2000/actualidad): centrada en el intento de modernizar la Administración Pública Nacional.

Para tener éxito en este abordaje, se indagarán las siguientes dimensiones:

La evolución del concepto de discapacidad.

El contexto legislativo.

Los modelos de gestión en el Programa Propiamente Dicho.

³ Cabe destacar que el análisis del presente trabajo se limita a la política de Discapacidad en lo que respecta al mencionado Programa esto no quiere decir que la misma sea toda la política del Área ya que por supuesto existían otros sectores de Salud y Acción Social que atendían la problemática baste mencionar los hospitales, sanatorios y servicios de rehabilitación.

5. DESARROLLO

Se aclara que la presente división se ha hecho sobre los lineamientos vertidos por Gustavo BLUTMAN y Octavio de BARBERIS en la Materia Gestión Estratégica de Servicios en la Universidad Isalud⁴.

La primera etapa: el Programa bajo el contexto de la crisis del Estado, ajuste y reformas estructurales (1980–1999)

El primer período analizado, se establece desde la aparición del Programa en 1980 hasta su traspaso a la órbita del Servicio Nacional de Rehabilitación, en 1999. Este período se enmarca en un contexto político de cierta inestabilidad debido a que comienza con el final de la dictadura y la llegada de la experiencia democrática, experiencia que en términos institucionales tuvo que enfrentar situaciones complejas en términos políticos, económicos y sociales. La década del 80 culminó con una intensa crisis que afectó fuertemente las capacidades de intervención estatal, y en los inicios de los 90, se produjeron una serie de transformaciones estructurales, que tendrían incidencia en el desarrollo del Programa, debido entre otras cuestiones, a la descentralización de los organismos con el sostenimiento en los entes autogestivos del Modelo de Gestión Burocrático. En este contexto, el concepto de la discapacidad, aún continúa bajo una mirada médico hegemónica y las concepciones que se despliegan para construir la legislación, aún presentan ciertos rasgos del asistencialismo proteccionista y paternalista en el abordaje de la discapacidad.

Concepto de Discapacidad (Paradigma)

⁴ BLUTMAN, Gustavo, Magister Reforma del Estado, clase teórica.

Durante el período analizado, el concepto de discapacidad se encuentra encuadrado aún en una mirada médico hegemónica, con ciertos componentes sociales aferrados a lo asistencial, al cierto proteccionismo, y paternalismo.

Hacia principio de los 80, el paradigma asistencialista, proteccionista y paternalista sobre la discapacidad, comienza a mostrar algunas redefiniciones y tras la publicación de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, las Discapacidades y las Minusvalías, se incorpora en la problemática de la discapacidad el componente social, aunque manteniendo la mirada principal sobre la deficiencia ya que tal como define la Clasificación, una enfermedad o trastorno, produce una deficiencia (pérdida de funcionamiento en una parte de la estructura orgánica), lo que provoca una discapacidad (limitación de la actividad personal) que genera una minusvalía (desventaja social). (CIDDM/OMS; 1980). A partir de esta redefinición que incorpora lo social se iniciará un camino de debates sobre la discapacidad que como se analizará en la próxima etapa, conducirán a la aparición de una nueva clasificación y por ende de una nueva conceptualización.

Para comprender el desarrollo del programa, es importante mencionar que entre los consensos que incidieron en su evolución, se encuentra la Declaración de Cartagena de Indias, producto de la Conferencia Intergubernamental Iberoamericana sobre Políticas para Personas Ancianas y Personas Discapacitadas, celebrada en 1992 y tras una serie de considerandos, análisis y criterios, se estimó *“...que los países de la región deben, por tanto, formular, y ejecutar una política coherente y global en cooperación con las personas con discapacidades y con sus organizaciones, para asegurar la prevención efectiva de la discapacidad y la respuesta integral a las necesidades de las personas con discapacidades y lograr así su participación plena y su vida independiente en una sociedad capaz de ofrecerle apoyo efectivo e igualdad de oportunidades. Esta política integral, que ha de contemplar necesariamente niveles de intervención múltiples y simultáneos que deben trascender el restringido ámbito de los centros de atención, proyectándose e involucrando a la comunidad, implica a todas las áreas de la vida social, y se dirige en particular a prevención y rehabilitación funcional y profesional...”*.

Es en este contexto transitorio de definiciones sobre la discapacidad y posibilidades de intervención, es en el que el Programa de Tratamiento Social para Personas

Discapacitados iniciado en el 82, encuentra su marco de acción, y las condiciones que lo posibilitan.

La legislación

Esta primera etapa se encuentra atravesada en términos legislativos por tres leyes que fueron marcando la situación de la problemática sobre la discapacidad en general y el desarrollo del Programa en particular: la ley 22.431 (1981) Sistema de Protección Integral de los Discapacitados, la ley 24.452 (1995) Ley de Cheques y la ley 24.901 (1997) Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación para Personas con Discapacidad. Por otro lado, de forma indirecta, la ley 23.660 (1989) referente al régimen de Obras Sociales, que marcó un hito fundamental en la cobertura prestacional de las personas con discapacidad en nuestro país ya que obligaba a las obras sociales a cubrir las prestaciones necesarias para sus afiliados y fue fundamental para poder derivar a los beneficiarios del PROGRAMA RESIDUAL.

En este período extenso, cabe remarcar que en 1990, a través del Decreto N° 1606, que crea el Consejo Nacional del Menor y la Familia, bajo la órbita de la Secretaría de Salud y Acción Social, estructurado de forma participativa y desburocratizada de atender los problemas de las familias y sus miembros más necesitados, en especial los niños, en el ámbito de competencia del Estado Nacional.

A partir del 90 se continúa con esta etapa aunque es necesario remarcar que el cambio de gobierno a fines de la década del ochenta marcó un significativo aumento en el volumen de las prestaciones y en cuestiones sociales como en muchas otras el aumento de la cantidad significa un cambio significativo en la calidad aunque no lo suficiente como para convertirse en algo diferente.

La integración de dicho Consejo con representantes de los organismos administrativos que atienden los problemas de menores, ancianos y personas con discapacidad y la participación a modo de consultores de representantes del Poder Judicial, del Ministerio Público de Menores y de instituciones no gubernamentales aseguraba la

coordinación de las acciones tendientes a la protección integral de los menores de edad.”⁵

Esta etapa llegaría hasta 1995 con la Autogestión y sus consiguientes transformaciones, es en la que el PROGRAMA adquiere la mayor incidencia hasta la categoría de Residual en 1995.

Por un lapso de tiempo deja de supervisarse desde la DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD y en ese momento queda bajo la atención directa del CONSEJO NACIONAL DEL MENOR Y LA FAMILIA. En estos tiempos se ingresaban los casos a través del Área de Discapacidad del Departamento de BONG, Becas en Organizaciones no Gubernamentales, primero y de TIP, Tratamiento en Instituciones Privadas, después, en general estos pedidos eran remitidos por orden judicial (Protección de Persona).

La ley 22.431/81 Sistema de Protección Integral de los Discapacitados

A través de la promulgación de esa ley se intenta reformular la mirada sobre la situación de las personas con discapacidad, redefiniendo el concepto de “discapacitado” el cual, mas adelante, será reemplazado por el de “persona con discapacidad”, y estableciendo lineamientos precisos para la protección y la integración de dicha población.

La ley entiende por discapacitado “...a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional, o laboral....”

Desde la perspectiva del Estado, la percepción del problema de los discapacitados y sus familias estaría contenida en el espíritu de la ley 22.431, por la cual se instituye un

⁵ SEPARATAS DE NOTICIAS del CONSEJO NACIONAL DEL MENOR Y LA FAMILIA
JULIO/AGOSTO 1992 _ N.º 19/20.



sistema de protección integral, en materia de salud, asistencia social, trabajo, educación, seguridad social y transporte, con el objeto de neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y lograr una autentica inserción social de la persona con discapacidad.

En su artículo 3, la ley le otorga entidad a una de las herramientas mas importantes de la problemática en discapacidad que es el Certificado de Discapacidad (hoy, CUD).

La ley 23.660

Tal como sostuvimos anteriormente, la ley 23.660, se refiere a las OBRAS SOCIALES y marca el Régimen de aplicación Promulgada el 5 de Enero de 1989.

Si bien no fue una ley creada específicamente para afrontar para la problemática de la discapacidad, incidió no solo en función de lo establecido en la 22.431, sino en el futuro marco legislativo y normativo sobre cuestiones más puntuales relacionadas con la discapacidad.

Algunos aspectos importantes de la ley que influyen y modifican cuestiones relacionadas con la discapacidad, giran en torno a la indicación de que las obras sociales "...destinarán sus recursos en forma prioritaria a prestaciones de salud, a destinar como mínimo el ochenta por ciento (80%) de sus recursos brutos, deducidos los aportes al Fondo Solidario de Redistribución creado en jurisdicción de la ANSSAL, a la prestación de los servicios de atención de la salud establecidos por el seguro, a sus beneficiarios..."

Entre las personas que quedan incluidas en el usufructo de las Obras Sociales se destaca, luego de las referencias a los trabajadores en relación de dependencia a:

*"...los grupos familiares primarios de las categorías indicadas en el artículo anterior. Se entiende por grupo familiar primario el integrado por el cónyuge del afiliado titular, los hijos solteros hasta los veintiún años, no emancipados por habilitación de edad o ejercicio de actividad profesional, comercial o laboral, los **hijos solteros mayores de veintiún años y hasta los veinticinco años inclusive, que estén a exclusivo cargo del afiliado titular que cursen estudios regulares oficialmente reconocidos por la***



autoridad pertinente, los hijos incapacitados y a cargo del afiliado titular, mayores de veintiún años...”

Más allá de ser una ley general, contribuyó a garantizar la prestación y por ende, la protección a las personas con discapacidad con cobertura.

Ley 24.452/95. Ley de Cheques.

Si bien es una Ley General que aborda varias dimensiones, en su Anexo II, Integrado Art.7, creaba un fondo de financiamiento para el Programa. En principio, establecía un subsidio, para personas con discapacidad, cuyo objetivo era el apoyo económico para garantizar no solo la solvencia económica y el sostenimiento cotidiano, sino para cubrir todas aquellas necesidades relativas a los tratamientos, al cuidado, a la habilitación y a la rehabilitación, como así también sistemas alternativos de apoyo, recursos para la educación, la formación y el empleo. Se promovía la puesta en funcionamiento de talleres protegidos y otras instituciones prestadoras.

El impacto en el PROGRAMA PROPIAMENTE DICHO

El principal impacto de todo el desarrollo legislativo en el Programa, es posible corroborarlo en una serie de Resoluciones Ministeriales complementarias a la legislación vigente y cuyo objetivo consistió en construir un marco teórico y de acción para la implementación del Programa y lograr una real y efectiva cobertura social de las personas con discapacidad

RESOLUCIÓN Nº 468/82.

Por la que se promovía la aprobación de un PROGRAMA DE SUBSIDIOS PARA TRATAMIENTOS DE ESTADOS CARENCIALES DE PERSONAS DISCAPACITADAS

RESOLUCIÓN N.º 540/83.

Con posterioridad surge la que promueve el apoyo económico transitorio a la familia



del discapacitado y da las Bases para el Programa de Subsidios para tratamientos de Estados Carenciales.

Tiene como objetivo resolver estos estados tanto individuales como familiares agravados por la discapacidad.

Este tipo de ayuda es provisoria hasta superar los problemas originados por carencias económicas.

El régimen de subsidios comprendía; para subsistencia, para subsistencia y alojamiento, para tratamiento en instituciones públicas o privadas, para capacitación laboral, para adquisición de prótesis u ortesis, de apoyo escolar, de habilitación psicofísica, para familia sustituta de niños discapacitados, para amas externas del niño discapacitado, para atención de estados carenciales, para atención de otros requerimientos esenciales de carácter social.

Los beneficiarios y la DIRECCIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN AL DISCAPACITADO firmaban un acta convenio.

RESOLUCIÓN N° 527

Esta RESOLUCION establecía los montos máximos a percibir por los beneficiarios según las prestaciones establecidas hasta treinta salarios mínimos mensuales y hasta un monto de sesenta salarios mínimo el del subsidio de otros requerimientos. Estos cambios se daban en atención al incremento operado en el costo de la vida.

RESOLUCIÓN N° 118/84

Aquí se aprobó la extensión a Organismos Provinciales de las prestaciones aprobadas por las Resoluciones M.A.S. N° 468/82 y M.A.S.N° 540/83 e incorpora la Asistencia Técnica y financiera a las Provincias y se encomienda la implementación de lo precedente a la DIRECCION GENERAL DE PROTECCION AL DISCAPACITADO.

Se sentaban las bases para el PROGRAMA DE ASISTENCIA TÉCNICA Y



FINACIERA A LAS PROVINCIAS PARA LAS PERSONAS DISCAPACITADAS.

Tenía como objetivos promover acciones de promoción, asistencia y protección social en materia de discapacitados a través de los organismos provinciales específicos a efectos de permitir el acceso de las personas discapacitadas a la rehabilitación, educación, capacitación, ubicación laboral e integración social. Y apoyar a los Gobiernos Provinciales para la implementación de los programas de carácter social que en materia de discapacidad requerían un apoyo técnico y/o financiero y no lo lograban cobertura total a través de organismos específicos de ejecución. Facilitaba la resolución de estados carenciales individuales o familiares, agravados por la existencia de la discapacidad, concurriendo mediante un recurso transitorio y de emergencia que le permitía a la persona con discapacidad acceder a los medios para un mejor desarrollo. Orientar a la persona con discapacidad y su grupo familiar a la superación de la situación de crisis.

Dentro del Programa se establecían los siguientes tipos de subsidios: para subsistencia; para subsistencia y alojamiento; para tratamiento en instituciones públicas o privadas; para capacitación laboral; para iniciación laboral; para adquisición de prótesis y ortesis; de apoyo escolar; de apoyo económico transitorio a la familia del discapacitado; para rehabilitación psicofísica; para la familia sustituta de niños discapacitados; para la atención de estados carenciales, para la atención de otros requerimientos esenciales de carácter social.

Cada provincia implementará programas de Acción Social dirigidos a los requerimientos de las personas con discapacidad según lo establecido en la ley 22.431 o sus similares provinciales.

Podían solicitar apoyo financiero los organismos que contaban con un funcionario o dependencia dedicado a la problemática de la discapacidad.

La solicitud de asistencia técnico- financiera se enviaba a la Dirección General De Protección al Discapacitado de la SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA que evaluaba y aprobaba la carpeta técnica en el caso de así corresponder y el área de Presupuesto de la SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA lo aprobará y saldrá una Resolución hasta el límite acordado por el jurisdiccional.



El PROGRAMA será ejecutado por la Provincia solicitante dentro de los tiempos previstos y los términos de vencimiento.

Al término de la ejecución, la Provincia solicitante enviará el resultado de las acciones.

La transferencia de fondos y rendición de cuentas se hacía según las modalidades impuestas por la SECRETARÍA DE DESARROLLO HUMANO Y FAMILIA en lo que correspondía a transferencias a las Provincias.

A partir de la RESOLUCIÓN N.º 540, se fueron dando otras que ampliaban su incumbencia y extensión reglamentaban su implementación que a posterioridad se transcriben.

- Programa hogares
- Residencia de tránsito para tratamiento en el ROMAN ROSSELL para Personas con Discapacidad.
- Cambio en la forma de abonar los subsidios.
- Subsidios para estados de Emergencia o Riesgo de personas o familias con personas discapacitadas.

RESOLUCION N° 446/85.

En su Artículo 1, se prueban las bases *"... para la implementación del Programa de de ASISTENCIA TÉCNICO –FINANCIERA PARA SISTEMAS ALTERNATIVOS AL TRATAMIENTO FAMILIAR PARA PERSONA DISCAPACITADAS" para aquellas personas discapacitadas que carezcan de familiares que se hagan cargo de ellos o no puedan proveerlos por sus propios medios..."*

Estas modalidades alternativas reemplazan las macro-instituciones, reducen el costo asistencial y social. A saber Residencias, Hogares, Mini –institución, las instituciones que implementen cualquiera de los sistemas propiciados por la presente



Programación, reservaran el 10% de sus vacantes para ingresos derivados de la Dirección General de protección al Discapacitado de la Secretaría de Desarrollo Humano y Familia. ⁶

RESOLUCION N° 139/86

Se crea en el ámbito de la DIRECCION GENERAL DE PROTECCION AL DISCAPACITADO, la PRIMERA RESIDENCIA DE TRANSITO en las instalaciones del Instituto ROMÁN ROSELL con una capacidad máxima de hasta 30 plazas.

Con el objetivo de facilitar la permanencia en la Capital Federal a personas discapacitadas carenciadas que se trasladan desde el interior a los fines de realizar gestiones relacionadas con su tratamiento o rehabilitación', que la falta de una cobertura económica adecuada a través de organismos estatales o privados, ocasiona a los recurrentes serias dificultades que es necesario subsanar.

RESOLUCION N° 64/87

Dispone que las prestaciones subsidiadas a que hace referencia el Anexo I de la Resolución N° 540/83 ex_ M.A.S. se abonarán con cheque a la orden del beneficiario y/o representante legal y/o a quien lo tuviere a cargo⁷ con el objeto de subsanar problemas que surgieron respecto a los pagos, y establece las funciones del gobierno en la materia

⁷ IDEM..

RESOLUCION N° 45/90

A partir de 1990 se generan una serie de subsidios que permiten el abordaje económico de la problemática de la discapacidad, cuya función se centraba en cubrir a la persona en el momento que se originaba su problema, o el de su familia. Se tomaba en cuenta la situación de *“Emergencia o Riesgo de personas o familias con personas discapacitadas”*

DECRETO N° 1606/90: Creación del CONSEJO NACIONAL DEL MENOR Y LA FAMILIA⁸

Como forma participativa y desburocratizada de atender los problemas de las familias y sus miembros más necesitados, en especial los niños, en la competencia del Estado Nacional se crea el Consejo Nacional del Menor y la Familia.

En este sentido, se establece que *“...la integración de dicho Consejo con representantes de los organismos administrativos que atienden los problemas de menores, ancianos y personas con discapacidad y la participación a modo de consultores de representantes del Poder Judicial, del Ministerio Público de Menores y de Instituciones no gubernamentales asegura la coordinación de acciones tendientes a la protección integral de los menores de edad...”*

⁸ Dr. BAUZA, Eduardo. MINISTRO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL

De cómo se trabajó el Programa

Estado y Discapacidad

En 1981 comienza a funcionar la Dirección General de Protección al Discapacitado durante ese año se atendieron cuatrocientos cuarenta casos de personas con discapacidad carenciadas. A partir de ese momento las personas discapacitadas o sus familiares podían concurrir a la Dirección donde eran atendidos por asistentes sociales, quienes los acompañaban en la resolución de sus problemas y según el caso se los incorporaba en los programas de orientación con que la Dirección contaba.

Como hemos analizado, la Resolución 540 de 1983, contenía: Régimen de subsidios: subsistencia, subsistencia y alojamiento, tratamiento en instituciones públicas o privadas, capacitación laboral, iniciación laboral, adquisición de ortesis y prótesis, de apoyo escolar, de apoyo económico transitorio a la familia del discapacitado, de amas externas del niño discapacitado, para rehabilitación Psicofísica, para familia substituta del niño discapacitado, para atención de niños discapacitados, para atención de estados carenciales, para otros requerimientos esenciales de carácter social.

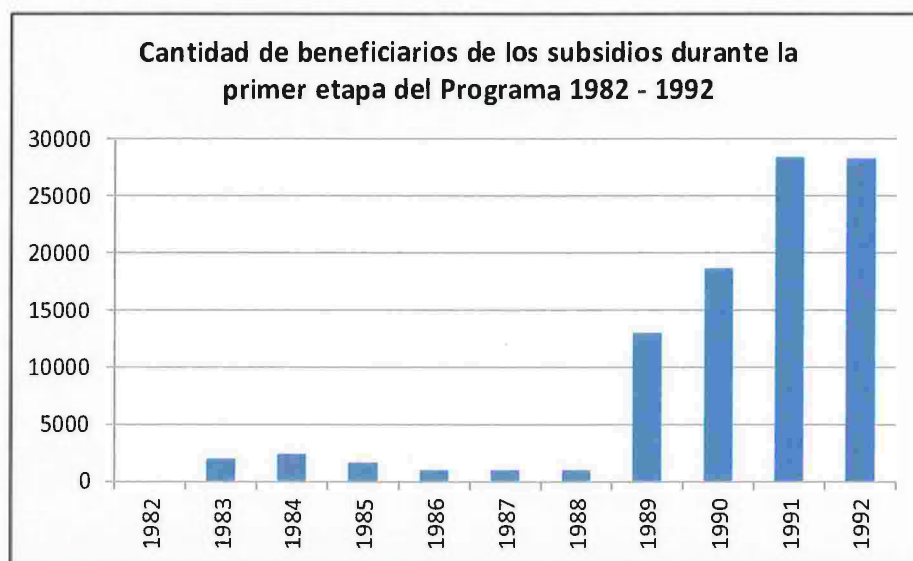
Las asistentes sociales realizaban la investigación, diagnosticaban y ejecutaban el plan de orientación a los beneficiarios del subsidio concretando los objetivos enunciados, permanentemente evaluaban las modificaciones producidas en las situaciones que motivaron el ingreso al programa a fin de considerar el posible egreso o reingreso al mismo.

Las causas del egreso del PROGRAMA que podían producir el cese del beneficio eran: que se hubiese superado los motivos que dieron origen al ingreso al mismo o que la situación se hubiera modificado satisfactoriamente y el equipo técnico considere que el subsidio ya no es necesario, o que no se hayan cumplido las condiciones enunciadas en el acta Convenio, o que haya vencido el término por el que fue otorgado, o que se haya propuesto otra derivación.

Durante el año 1982/83 se comienza a dar asistencia técnica a provincias y municipios.”⁹

En 1986 los programas que se ejecutaban desde la Dirección comprendían la Capital Federal y eventualmente algunos municipios aledaños y sus beneficiarios se contaban por decenas.

El gráfico que se ofrece a continuación, resume la cantidad de subsidios otorgados por año donde se puede observar que en el comienzo se manejaban decenas de beneficiarios, con un considerable incremento a partir del año 1989, en el contexto del cambio político operado en nuestro país.



⁹ CONTICELLO, María Cristina, Familia y Discapacidad, documento inédito, 1994.pag. 5.

7.Del trabajo presentado por la autora a la “Reunión Regional de Expertos Gubernamentales de la América Latina y el Caribe, preparatoria del Año Internacional de la Familia

Dimensión Poblacional

La población puede ser entendida como objeto de análisis o como mero volumen poblacional contabilizado en un determinado momento.

Remite, en general, a grupos de población estudiados por algunas de sus características previamente determinadas para ser objeto de estudio. Como en este caso se trata de personas con discapacidad afectadas al Programa.

La evolución de la población y su crecimiento o decrecimiento, no solamente están regidos por el balance de nacimientos y muertes, puede considerarse también el hecho de que por algún motivo dejen de pertenecer al programa, o pierdan la condición de activos por dejar de percibir la prestación.

Esta población ha cambiado se comenzó con decenas en la década del 80, llega a decena de miles en el 90 y comienza a declinar a partir del 1995, dado que el programa está cerrado desde ese año. Su característica principal lógicamente es que eran personas con discapacidad. Al principio esta condición estaba avalada por un certificado médico con diagnóstico que hiciera referencia a algún estado de esa índole y además careciera de recursos. Para el trámite, podían presentarse por su cuenta, o a través familiares o representantes legales, defensores o juzgados., o los /as trabajadores/as sociales de las Instituciones, Direcciones de Discapacidad Municipales, o asignadas a esta problemática en las provincias. En principio la idea era gestionar algún tipo de ayuda, subsidio o beca. Concurrían a la sede de la Dirección en la calle Lafinur 2988 en Capital Federal, aunque fueran de la Provincia de Buenos Aires o más precisamente del área suburbana.

También podía suceder que necesitaran algún tipo de equipamiento y que no tuvieran cobertura social o que aún teniéndola no logran obtener la cobertura.

A medida que se fue avanzando en el tiempo se fueron agregando Municipios a saber: Almirante BROWN, AVELLANEDA, BARADERO, BERAZATEGUI, BUENOS AIRES, CAÑUELAS, ESCOBAR, Esteban ECHEVERRÍA, Florencio VARELA, Gral. SARMIENTO, LANÚS, LOMAS DE ZAMORA, LA MATANZA, MARCOS PAZ,

MERCEDES, MERLO, MORENO, MORÓN, PILAR, QUILMES, SAN FERNANDO, SAN ISIDRO, SAN MARTÍN, TIGRE, TRES DE FEBRERO, VIENTE LÓPEZ.

Estos Municipios debían enviar trabajadores sociales que pertenecieran al Área de Acción Social o Discapacidad. El número de Municipios crecía como también lo hacía la cantidad de beneficiarios y el volumen de las acciones. Alcanzando su mayor volumen en 1991 cuando llega a 28.376 beneficiarios. Esta cantidad es sostenida en los años siguientes 1992 y 1993 con escaso descenso hasta que llega a 1995 donde el programa adquiere la característica de residual.

Se debe recordar que cuando se cierra el Programa en 1995 se dejaron de recibir fondos para los subsidios personales de: Emergencia, Apoyo a la Familia, como así también para los subsidios de ortesis, prótesis y otros requerimientos e iniciaciones laborales y se continúa con becas para tratamiento en instituciones privadas y algunos pocos tratamientos de rehabilitación y transporte.

Se modificó también la atención personalizada a situaciones personales y familiares. Cuando las familias tomaban contacto con el Programa además de recibir asesoramiento, orientación eran incorporados en un programa social integral donde se los atendía y se les brindaba apoyo en su situación económica, se los integró en un programa social que debía concluir cuando las posibilidades le permitieran una reinserción laboral.

Se habrá de apoyar a la familia para que el hecho de que uno de sus miembros se encuentre discapacitado no signifique la discapacidad del grupo familiar como tal.

En ese sentido desde 1991, conjuntamente con el INAP, Instituto Nacional de la Administración Pública, se ha capacitado a profesionales en el enfoque sistémico para la atención de la familia del discapacitado.

La Dirección se manejaba a través de una red donde los municipios solicitan subsidios a través de los asistentes sociales que tienen a su cargo las áreas de discapacitados de los diferentes municipios o instituciones.

Centros de Atención

El Consejo del Menor y la Familia atendía las solicitudes que llegaban del interior del país, a través de sus representantes en dicho CONSEJO.

En los momentos en que se cierra el PROGRAMA desde la DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN se había comenzado a implementar el Enfoque Sistémico para la atención de Familias con personas con discapacidad.

Este tipo de tratamiento facilitaba nuestro trabajo en relación con las familias que tienen miembros discapacitados, ya que se toma a la familia y a cada uno de sus integrantes como un sistema en sí mismo. Esto es muy útil ya que se analizan y modifican las formas en que dichos miembros interactúan entre sí, pudiendo modificar el sistema de relación beneficiándolo en muy breve tiempo.

Las ventajas de la terapia familiar sistémica es que nos permite trabajar problemas y conflictos que antes debían ser derivados a otros centros especializados en salud mental con la consiguiente pérdida del paciente y de su tratamiento, el que dada la duración del mismo perdíamos contacto y nunca sabíamos a que arribaríamos y en qué tiempo.

Se suponía que podíamos dar solución a los problemas presentados en solo 10 sesiones.

Trabajamos con o sin la persona identificada "paciente" pudiendo operarse cambios en el grupo familiar.

Al ayudarlos a solucionar nosotros mismos los problemas puntuales que nos presentaban podemos mantener la continuidad del tratamiento.

Dado que contábamos en nuestra DIRECCIÓN con varios profesionales que se han capacitado en este enfoque podríamos organizar un grupo de expertos que a su vez entrene en esta orientación a los profesionales del programa de becas y a los encargados de las Áreas de Discapacidad Municipales con el objeto de que ellos también puedan superar su trabajo.

Dimensión Institucional

Las instituciones al principio eran aquellas organizaciones que se dedicaban a la atención de la discapacidad y estaban vinculadas a asociaciones sin fines de lucro o a la iglesia u otros .que tradicionalmente se dedicaban a la temática. Para que se otorgaran las becas los beneficiarios debían presentar constancias de que su cobertura social no se los cubría y de existir institución estatal que atendiera esa modalidad no contaba con vacante.

Algunas de esas Instituciones laicas eran Apna, Vitra, Apand, Cisam, IFIL, por el año 1982 eran alrededor de treinta instituciones. Según recuerda la Lic. Stella Marys BORRELLO quien participara de las reuniones preliminares para la implementación de la ley.

Formaban parte del Sistema Integrado de Protección del Menor y la Familia, Decreto 1606/90 del 22 de agosto de 1990.

Eran las organizaciones no gubernamentales que podían integrar voluntariamente sus acciones de prevención, protección, y promoción de menores y familias, cumpliendo con los requisitos del reglamento que dicte el CONSEJO NACIONAL DEL MENOR Y LA FAMILIA, a través de las comisiones asesoras.

Elegían representantes consultores ante el CONSEJO y recibían de este apoyo técnico y financiero.

Además elegían anualmente dos representantes entre sus autoridades para que fueran consultores del Consejo, independientemente de su participación en las Comisiones Asesoras de cada Área.

De esta manera el Consejo reconocía la participación de las Organizaciones no Gubernamentales (O.N.Gs.) en ese momento se encontraban inscriptas 110 instituciones y si bien todas no se dedicaban específicamente a la discapacidad en cualquiera de ellas podía ser incluida una persona con discapacidad en el caso de así requerirlo y de hecho se hacía.

Estas Organizaciones No Gubernamentales crecieron en forma considerable y estaban catalogadas como instituciones conveniadas con el Consejo del Menor y la Familia y habían firmado un contrato por dos años que luego se prorrogó de hecho en la práctica.



Estas Instituciones florecían como Organizaciones no gubernamentales se realizaban reuniones en el Centro Garrigós donde todas participaban y exponían sus experiencias, también eran convocadas para los eventos importantes como Jornadas y Congresos con la intención de formar un equipo homogéneo técnico –profesional.

Esas instituciones fueron ;Abriendo Caminos, Acuarela, Ampare, Amparo Maternal, Ángeles Custodios, Apanau, Apina, Asociación Civil M. Rosario de San Nicolás, Asociación Civil Jesús Amigo, Asociación Civil Los Tapias, Asociación Hermanos de los desamparados , Asociación Iglesia Evangélica Metodista Argentina, Asociación Protectora de las jóvenes Santa Micaela, Aun, Apand, Capi, Casa Púrpura, Centro de Asistencia Terapéutica Alegría de Vivir, Centro de Día Hogar Núñez, Centro Psiquiátrico Belgrano, Clínica Atlántica, Clínica Claude Bernard, Clínica de Reposo Abrines, Comunidad Oro, Comunidad Terapéutica Cerep, Comunidad Terapéutica Villa de León,

Convivencias, Creando Espacios, Caip, Cri, Dinad, El árbol Familiar, Escuela recuperación de Caseros, Espacio de vida, Fundación Alborada, Fundación Ananke, Fundación Apna, Fundación Cairos, Hogar Amanecer, Fundación Cisam, Fundación Comunidades Un Lugar; Fundación Crecer, Fundación Emmanuel, Fundación Episteme, Fundación Fat, Fundación Gradiva, Fundación Homahi, Fundación Ifil, Fundación Pbro. Mario Pantaleo, Fundación Prever, Fundación Pronor, Fundación Proteger, Fundación Vivencia, Fundación Crecer y Compartir, Fundación la casita, Fundación nuestra Familia, Fundación Viaje de Vuelta, Fundaipa, Fundartest, Fundación Mensajeros de la Vida, Génesis, Hogar Bernardino Rivadavia, Hogar Infantil, Hogar Renacer, Hogar San Francisco, Hogar San José, Hogar Santa Celina , ladal, lapad de Eumonia S.A, Infancias Instituto de la Flor, Instituto Educación y .Cultura, Instituto Erna, Instituto Médico Pedagógico Blanquerna, Instituto Nuestra Señora de Lujan, Instituto Próvolo, Instituto Psicopedagógico San Pablo, Instituto Psicopedagógico Senderos, Instituto San Pablo, Instituto San Pedro,(Don Bosco)Instituto San Salvador, Instituto Un Lugar S.R.L.,ISDE, IAP, ILE, ITARD, La casa de María, Manantial Jardín Terapéutico, Mi casa Blanca, Mi Mañana, Mundo Feliz, MAMA, (Mis Alumnos Mas Amigos), Nuestra Escuela, Nuestra Señora de Luján, Oral Modelo, Philippe Pinel, Pinep., Por decir, Principios, Programa Ibicuy, Programa Imagen S.R.L., Promover, Raices, Recrear la Cultura, Residencia Doña Luz Pond



S.R.L., Rosa Azul, Santa Casa de Ejercicios, Steps, Suyay, S.o.S. Oprovi Argentina, Vitra.¹⁰

Organizaciones cuyo perfil institucional era netamente de atención a discapacitados y debían incluirse en el listado enviado a la DIRECCION NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD a criterio del Interventor del DEPARTAMENTO DE BECAS EN ONGS.

A saber: AMPARE, APAND(BARADERO), BLANQUERNA, I.A.D.A.L., I.A.P.A.D, MI MAÑANA, NUESTRA ESCUELA, ORAL MODELO, PINEP, PROMOVER, PROVOLO(CAPITAL), PROVOLO (LA PLATA), SAN FRANCISCO DE ASIS, SAN SALVADOR.

Instituciones contratadas por el DEPARTAMENTO DE BECAS EN ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES que incluyen un alto porcentaje de personas con discapacidad.: ABRINES, ALEGRÍA DE VIVIR, ANANKE, CAIP, I.A.P, I.F.I.L., INST. NTRA. SRA. DE LUJAN, MARÍA AUXILIADORA, (HOGAR), SAN PABLO, IMAGEN, (Hogar p/Mujeres e/problemas de conducta) EMANUEL (Adiciones) GRADIVA, CLAUDE BERNARD.

¹⁰ Infancia y Juventud. Segunda Época Año I número 0 agosto 1996 pag. 73. Actividades Programáticas. Publicación del Consejo Nacional del Menor y la Familia. República Argentina.

Segunda Etapa: El Programa Residual y las nuevas reconfiguraciones en la gestión estatal: hacia la modernización del Estado.

La segunda etapa comenzó con un hecho puntual: el Consejo Nacional del Menor y la Familia transfiere el Programa al Servicio Nacional de Rehabilitación el 1 de julio de 1999 a partir de ese momento este Organismo se transforma en ejecutor del mismo. Comienza así la segunda etapa a partir del 2000 con los cambios de paradigma en la política social se pasa de la política específica por áreas a la transversalidad con la reforma de la Administración Pública y el Programa pasó a estado residual por lo que se lo reconoce como PROGRAMA RESIDUAL DEL EX CONSEJO DEL MENOR Y LA FAMILIA PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD CARENCIADAS.

En el momento en que se produce la transferencia había en el programa 532 beneficiarios.

A partir de esa fecha el organismo se constituyó en el órgano ejecutor del mismo. Su objetivo es proveer la continuidad de la cobertura de rehabilitación con financiamiento de los fondos provenientes de la ley 24.452/95.

Si bien en ese momento el Programa se encontraría en un modelo de gestión disociado según el cual se evade la responsabilidad y aparece por un lado el estado y por otro las ONGs. de acuerdo con lo descrito por la Lic. Bernarda PIROVANO.

Tal como sostiene el Mg. Gustavo Blutman es decir no es menos cierto que en su evolución histórica se ha atravesado distintos modelos según los diferentes gestores políticos y también el desarrollo de las ONGs. y la vinculación del estado con ellas.

Transformaciones en el concepto de discapacidad

En esta etapa, se observa una reformulación de algunos interrogantes que inciden sobre el desarrollo del programa. En vistas del consenso que se produce en diversos debates sobre el nuevo paradigma biopsicosocial, surgen algunas preguntas ¿cómo afectan al programa los nuevos modelos de gestión? y ¿qué acciones se establecerán en ese marco para lograr el propósito de generar un escenario de mayor inclusión para las personas con discapacidad?

El paradigma biopsicosocial, promueve una concepción de la discapacidad en donde la persona con discapacidad no se define exclusivamente por un déficit. A contrapunto de la mirada médico hegemónica, el modelo biopsicosocial plantea al sujeto en una posición central frente a las circunstancias de una condición de salud, en la que intervienen factores sociales y ambientales. El sujeto aparece dotado de centralidad ante sus circunstancias y su interacción con el entorno.

Dicho paradigma, queda establecido en una nueva clasificación internacional de la Familia de Clasificaciones de la OMS: la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud (CIF/OMS; 2001). La CIF, nuevo miembro de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS, describe cómo viven las personas su estado de salud. La CIF es una clasificación de dominios de la salud y de los aspectos relacionados con la salud que describen las funciones y estructuras del organismo, las actividades y la participación. Los dominios se clasifican desde una perspectiva corporal, individual y social. Como el funcionamiento y la discapacidad de una persona se enmarcan en un determinado contexto la CIF también incluye una lista de factores ambientales. La CIF resulta útil para entender y medir los resultados sanitarios. Puede emplearse en contextos clínicos, en servicios de salud y en encuestas, tanto individuales como poblacionales. Por consiguiente, la CIF complementa la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) y trasciende la esfera de la mortalidad y las enfermedades (OMS, 2007).

La Legislación

La legislación de este período propone un marco de acción con una importante transformación en lo referente a la discapacidad. La adhesión del Estado Argentino a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, plantea un desafío en términos de la adecuación de la legislación nacional en general y provincial en particular.

Ley 26.378

Convención Internacional sobre los DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ES SANCIONADA Y PROMULGADA CON FUERZA DE LEY durante el periodo legislativo del 2008.¹¹

Unos años después de la aparición de la CIF (2001), se celebra la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006), a través de la cual se establece un compromiso internacional en función de *“... elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la convención y abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que se constituyen como discriminación...”*. La fuerza de la Convención radica principalmente, en que comenzaban a darse pasos firmes para terminar con las definiciones estereotipadas y estigmatizantes que aparecían en la problemática de la discapacidad. Coloca a las personas con discapacidad, bajo esa única denominación posible, evitando la continuidad de retóricas relativas, como personas con capacidades diferentes o especiales, o nominaciones prejuiciosas y centradas en el déficit como lisiados, discapacitados, etc. Le otorga un lugar de importancia a la población con discapacidad compuesta por mujeres y niños. En líneas generales, establece el reconocimiento por

¹¹ PRESIDENCIA DEL DIRECTORIO DEL SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS DE ATENCION INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales – Presidencia de la Nación – ley 26.378. CONVENCION SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y PROTOCOLO FACULTATIVO.

parte de los Estados Miembros, garantizando los derechos de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de su vida personal y social.¹²

La Comisión Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS): Resoluciones.

La COMISION NACIONAL PARA LA INTEGRACION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD redacta una serie de resoluciones que marcan el nuevo modelo de gestión para el PROGRAMA RESIDUAL DEL EX CONSEJO NACIONAL DEL MENOR Y LA FAMILIA.

Se aclara que la precedente división se ha hecho sobre los lineamientos vertidos por Gustavo BLUTMAN y Octavio de BARBERIS en la Materia Gestión Estratégica de Servicios en la Universidad Isalud¹³.

Al estar relacionadas con los nuevos Modelos de Gerenciamiento Público, es posible que cuando se aborden específicamente las Políticas Sociales en lo que respecta a la Gestión de Servicios Sociales para la Discapacidad, se produzca algún desfasaje en los periodos.

Por una cuestión témporo-espacial se debería suponer que nos deberíamos enfrentar a un modelo de gerencia publica o de gestión pública, pero si bien esto puede ser axial por los tiempos que corren y que son considerados en el cuadro conviene señalar que las cuestiones no son lineales y si bien existen atisbos de esto es también una tendencia a la que se intentaría llegar pero desgraciadamente en el Estado persisten estructuras burocráticas en lo administrativo que se sostienen desde hace años y si bien se producen cambios en algunos niveles otros permanecen inamovibles.

¹² El texto de la convención figura en <http://www.un.org/esa/socdev/enable>
Para más información, sírvase visitar www.org/esa/socdev/enable ponerse en contacto con: Edoardo Bellando, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas, mediainfo@un.org.

¹³ BLUTMAN, Gustavo, Magister Reforma del Estado, clase teórica.

RESOLUCIÓN N° 11

Es posible comenzar el análisis por esta resolución a través de la cual se *dispone "...la baja de todos los beneficiarios del Programa Residual del Consejo Nacional del Menor y la Familia que posean algún tipo de cobertura según lo establecido en la ley 24.901..."* y se efectúa *"...la transferencia a las Obras Sociales de la ley 23.660, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados o a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, según corresponda..."*. La responsabilidad dicha resolución cae en el Presidente del Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

RESOLUCIONES N° 05/00 y 15/00 y 10/00

En relación con lo anterior y bajo la misma órbita de responsabilidad del Presidente del Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención integral a favor de las Personas con Discapacidad, se constituyó una junta evaluadora de servicios con 4 profesionales: un médico, un Licenciado en Servicio Social, un Licenciado en Psicología y un Licenciado en Psicopedagogía, cuyo rol consiste en el desarrollo de auditorías a instituciones: esta acción se llevó a cabo en siete instituciones.

RESOLUCIÓN N° 06/02

A través de esta resolución se establece el *"... inicio de las gestiones tendientes a la tramitación de pensiones no contributivas ante la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, para los beneficiarios del Programa Residual del Consejo Nacional del Menor y la Familia, desde las instituciones que brinden atención en el marco del citado Programa..."*

RESOLUCIÓN N° 03

La intención de esta norma radica en prorrogar los términos de la Resolución N° 11 y brega por la continuidad de la detección de los beneficiarios del Programa Residual para Personas Discapacitadas Carenciadas del ex_ Consejo Nacional del Menor y la Familia afiliados a Obras Sociales, y traspasa la responsabilidad correspondiente al Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y Pensionados, la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales y la Superintendencia de Servicios Salud.¹⁴

RESOLUCIÓN N° 20

EL DIRECTORIO DEL SISTEMA DE PRESTACIONES BASICAS DE ATENCION INTEGRAL A FAVOR DE LAS PERSONA CON DISCAPACIDAD.

Resuelve:

ARTICULO 1.-Recomendar al servicio Nacional de REHAABILITACION Y PROMOCION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD, dependiente del MINISTERIO DE SALUD DE LA NACION, disponga lo necesario para que aquellos prestadores que brindan servicios en el marco del Programa Residual de Cobertura Prestacional a Personas Discapacitadas Carenciadas se incorporen al Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad, con independencia de la adhesión que hubiera practicado o no la jurisdicción donde se sitúen los mismos.

ARTICULO 3.-Con respecto a aquellos prestadores que no se presentaren o no cumplimentaren con el Art. 2 de esta Resolución y aquellos que, incorporados al Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención Integral a Favor de las Personas con Discapacidad no cumplieren con las normas vigentes que impone la ley 24.901 y sus Decretos Reglamentarios, se podrá proceder al traslado de los residentes y/o concurrentes de acuerdo a las vacantes disponibles en las Instituciones que integren el mencionado Registro¹⁵.

¹⁴ Prof. VALASSINA. Presidenta CONADIS.

Marco Básico-RESOLUCIÓN 1328/2006

Modificación del Marco Básico de Organización y Funcionamiento de Prestaciones y Establecimientos de Atención a Personas con Discapacidad, el que será incorporado al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

De cómo se trabajó el programa

El plan de Acción para su puesta en marcha consistió en tres ejes; (a) una evaluación de la población, de la certificación de la discapacidad y sobre la orientación prestacional (ley 22431 y 24.901); (b) un relevamiento de los prestadores de servicios para personas con discapacidad basado en la actualización y contralor de los prestadores y servicios brindados; (c) atención del universo poblacional del programa asesoramiento e intervención en las situaciones derivadas de la problemáticas de la población beneficiaria según demandas de la misma. En virtud de las actividades emergentes de la operatoria implementada y a los fines de un ordenamiento en la funcionalidad, fue necesaria la creación de una coordinación para el Programa Residual distinguiéndose dos áreas ejecutoras: Evaluación y Relevamiento Institucional y Servicio Social con sus respectivos responsables.

Trazados estos lineamientos de se desarrollaron algunas actividades:

1. Relevamiento Institucional
2. Producción de información escrita
3. Devolución a responsables de ONGs.
4. Cumplimiento de la Resolución n° 20/01 del Directorio del sistema de Prestaciones Básicas a favor de las Personas con Discapacidad

Análisis de las Memorias Institucionales del SNR.

Se ha realizó un análisis documental y bibliográfico sobre las Memorias Anuales del Servicio Nacional de Rehabilitación específicamente las correspondientes al Servicio Social de la Dirección de Promoción, área en la que se gestiona el Programa Residual

para Personas con Discapacidad Carenciadas. Tal como se hizo para analizar la etapa anterior, se distinguirán dos dimensiones de análisis: la población y las instituciones. Los objetivos generales del Área de Servicio Social, que constan en la documentación relevada, reflejan las transformaciones en términos conceptuales sobre la discapacidad y en los modelos de gestión que pregonaban la modernización del Estado:

- Procurar una mejor calidad de atención para los beneficiarios del Programa Residual de Cobertura Prestacional a Personas con Discapacidad Carenciadas. Controlar las prestaciones que reciben los mismos.
- Que los beneficiarios obtengan coberturas permanentes, a través de la tramitación de Pensiones Asistenciales y la afiliación al Programa Federal de Salud o a una Obra Social que les provea un mayor beneficio.
- Tramitar la baja definitiva del Programa de aquellos beneficiarios que obtengan otro tipo de cobertura, cumpliendo así con el carácter transitorio del Programa Residual.

EL CONSEJO DEL MENOR Y LA FAMILIA trasladó el Programa con un total de 532 beneficiarios en el año 1999. Su objetivo, durante esta etapa fue promover para las personas bajo su influencia, la obtención de otra cobertura social para los beneficiarios del mismo. Ese año se produjeron 18 bajas. Durante el año 2000 se realizaron 36. En el año 2001 se consiguió cobertura prestacional para 55 beneficiarios y el 2002, se produjeron 29 bajas según consta en las memorias Anuales del SNR.

Además desde el Área de Servicio Social, puede observarse que se brindó asesoramiento a las familias de los beneficiarios y a las instituciones prestadoras del Programa para la tramitación de una cobertura similar ante las Obras Sociales. Una vez producida dicha cobertura se procedió a dar de baja a esos beneficiarios. También se coordinaron Acciones con PAMI, con el objeto de tramitar la cobertura correspondiente para los beneficiarios del PROGRAMA afiliados a esa Obra Social, a los fines de proceder a las bajas.

Una característica que no es posible dejar pasar es que la población del PROGRAMA tiene dependencia judicial por ser carentes de familiares a cargo o por haber sido

solicitada su ingreso al programa en momentos en que sólo se hacía por pedido judicial o por ser mayores y tener iniciado el juicio de curatela.

Es decir que se produce una compleja red de relaciones institucionales en dónde se ponen en juego diferentes realidades burocráticas en términos de gestión.

En términos intrainstitucionales se promueve la articulación con el área de Junta Médica correspondiente de la DIRECCIÓN DE RECURSOS DE REHABILITACIÓN, con el fin de certificar discapacidad o modificar la Orientación Prestacional de los beneficiarios del PROGRAMA a través de la Junta interdisciplinaria según ley 24.901.

Por esta época, los logros principales del Área, se basaron en la evaluación de la situación de los beneficiarios del Programa que tuvieran posibilidades de obtener otro beneficio similar que posibilitase la tramitación de su baja.

En este sentido, se asesoró a las profesionales de Servicio Social de las instituciones prestadoras del Programa con relación a la iniciación y seguimiento de los tramites de las pensiones asistenciales a las que pudieran estar afiliados. La relación con las instituciones tuvo como ejes la necesidad de notificar desde el SNR a las instituciones sobre las diversas resoluciones vigentes entonces, y se trabajó directamente con familiares y beneficiarios teniendo en cuenta los nuevos paradigmas sobre la discapacidad.

Hacia el año 2006 al comenzar el año había 296 beneficiarios y al finalizar 243 el 91% de las bajas obedeció a que los beneficiarios del PROGRAMA consiguieron otra cobertura prestacional que se distribuyó de la siguiente manera entre PROFE, obras sociales y otros organismos. Durante el año 2007 el total de beneficiarios del ascendía a 243, y al finalizar se contaron 197, es decir que se produjeron 39 bajas.

En el 2008, había 197 beneficiarios, 49 Beneficiarios Pasivos que por algún motivo no se encontraban recibiendo prestación, y 99 Beneficiarios Activos, Total de beneficiarios 148 al finalizar el año. Durante el 2009, existen 49 pasivos que por algún motivo no reciben prestación y 99 los activos. Hacia el Año 2010, se conforma un Informe donde se consigna si el beneficiario se encuentra presente o ausente en el momento del relevamiento, y si la prestación fue brindada o no, sustentada por informes sobre la evolución de los beneficiarios y novedades relacionadas con los

trámites para obtener otro tipo cobertura que posibilite su baja del PROGRAMA. Siempre se continuó con el asesoramiento a los profesionales de Servicio Social de las instituciones prestadoras del Programa y a las familias de los beneficiarios (en los casos en que tengan vínculo con los mismos), respecto de la iniciación y seguimiento de los trámites de Pensiones Asistenciales, afiliación al PROGRAMA FEDERAL DE SALUD (PROFE) y cobertura prestacional.

Al comenzar el 2010 había un total de beneficiarios del Programa de 119 finalizando con 97. Sin embargo, se hallaron cuarenta y siete (47) beneficiarios del Programa que no recibían prestación a través del Programa, por diversos motivos, entre los que se pueden señalar: abandono del tratamiento sin causa justificada, dieciocho (18) bajas en trámite que presentan distintas dificultades, casos de personas internadas en hospitales para su compensación, y otros.

En cada visita mensual a las instituciones se completó un **Informe de Relevamiento Institucional**, que implicó la vista de los registros y legajos o historias clínicas de los beneficiarios del Programa, posibilitándose así evaluar la evolución de los mismos. En los casos en que la situación de discapacidad de los beneficiarios lo permitió se mantuvo entrevista con ellos. Forma parte de este informe una planilla donde se consigna si el beneficiario se encuentra presente o ausente en el momento del relevamiento, y si la prestación fue brindada o no. También se realizaron informes sobre la evolución de los beneficiarios y novedades relacionadas con los trámites para obtener otro tipo de cobertura que posibilitara su baja del Programa.

En el 2011 de un total de 97 beneficiarios del Programa al comenzar el año quedaron 72 (setenta y dos); cuarenta y cinco (45) beneficiarios del Programa no se encontraban recibiendo prestaciones a través del PROGRAMA RESIDUAL por diversos motivos, entre los que se pueden señalar: abandono del tratamiento sin causa justificada, bajas en trámite que presentan distintas dificultades, casos de personas internadas en hospitales para su compensación, y otros. El seguimiento de la situación de los beneficiarios del PROGRAMA que no reciben prestaciones a través del mismo permitió conocer que seis (6) de ellos habían logrado la afiliación al PROFE o a una obra social; esa afiliación permite hacer uso de prestaciones y recursos en el caso de requerirlos, motivo por el cual se dispuso su baja del PROGRAMA RESIDUAL.



Durante el año 2011 se produjeron veinticinco (25) bajas definitivas del Programa. Hacia el año 2012, se sostienen en mayor o menor medida, las mismas actividades desarrolladas durante los años anteriores. El total de beneficiarios del Programa al comenzar el Año 2012 era de 72 (setenta y dos) beneficiarios y se logró finalizar con 57. Durante el año 2012 se dispusieron quince (15) bajas definitivas del PROGRAMA. Al finalizar el año 2012, cuarenta (40) beneficiarios del PROGRAMA no se encontraban recibiendo prestaciones a través del PROGRAMA RESIDUAL por diversos motivos, entre los que se pueden señalar: abandono del tratamiento sin causa justificada, bajas en trámite que presentan distintas dificultades, casos de personas internadas en hospitales para su compensación; ocho (8) de ellos habían logrado la afiliación al PROFE o a una Obra Social, motivo por el cual se dispuso la baja de esos beneficiarios del PROGRAMA RESIDUAL.

Con las mismas herramientas normativas y manteniendo la planificación establecida para lograr el cumplimiento de los objetivos del área, se inició el año 2013 con 57 (cincuenta y siete) beneficiarios en el Programa y se cerró con 48 (cuarenta y ocho), sumando 9 bajas definitivas. Al finalizar el año 2013, treinta y seis (36) beneficiarios del PROGRAMA no se encontraban recibiendo prestaciones a través del Programa Residual por diversos motivos, entre los que se pueden señalar: abandono del tratamiento sin causa justificada, bajas en trámite que presentan distintas dificultades, casos de personas internadas en hospitales para su compensación, y otros.

En conclusión, a través de los años mencionados y relevados a través de las Memorias Institucionales del SNR, es posible decir que el Programa en su condición de Residual, logró cierta estabilidad y constancia, incluyendo a los beneficiarios en el sistema de obra sociales o bajo el Programa Federal, en consonancia con una marcada intención por parte de las autoridades estatales de modernizar los mecanismos de gestión, en un clima de óptimas condiciones de posibilidad, aunque en ciertas oportunidades, sorteando los obstáculos de coexistencia de modelos de gestión anteriores con modelos mas modernos. Mas adecuado a las transformaciones en la concepción de la discapacidad especialmente en los lineamientos teórico conceptuales de la Convención (2006) y en la CIF (2001), el Programa reflejó a través de sus actividades anuales llevadas adelante por el Área de Servicio Social, de la Dirección de Promoción, del SNR, la flexibilidad y permeabilidad requerida en ese

contexto para desarrollar, en función de la inclusión de las personas con discapacidad carenciadas, las actividades necesarias para cumplir con los objetivos del Programa.

En la tabla que sigue se vuelcan los datos que se han podido recabar y que se han desarrollado en esta sección.

Bajas según Memorias SNR

AÑO	BAJAS	PROFE	PAMI	OTRAS COBERTURAS
1999	18	s/d	s/d	s/d
2000	36	s/d	s/d	s/d
2001	55	s/d	s/d	s/d
2002	29	s/d	s/d	0
2003	25	s/d	s/d	s/d
2004	46	s/d	s/d	s/d
2005	30	s/d	s/d	s/d
2006	53	37	8	8
2007	46	s/d	s/d	s/d
2008	48	s/d	s/d	s/d
2009	30	s/d	s/d	s/d
2010	22	s/d	s/d	s/d
2011	25	20	2	2
2012	15	8	s/d	s/d
2013	9	5	3	1
2014	5			

TOTAL DE BENEFICIARIOS DERIVADOS EN JULIO 1999	532	BAJAS DEL PROGRAMA	487
---	------------	---------------------------	------------

<u>TOTAL DE BENEFICIARIOS</u>	45	NÚMERO DE BENEFICIARIOS AL 01 ENERO 2015	45
--------------------------------------	-----------	---	-----------

ACTIVOS	11
PENDIENTES	34

De las Instituciones

Durante el período que se analiza es posible observar que se realizaron durante todos los años relevamientos a diferentes instituciones, por ejemplo: Instituciones con Programas Asistenciales y de contención, Instituciones que no responderán a la requisitoria de la normativa aprobada, en los aspectos de recurso humano: planta física, equipamiento, en todos o alguno de ellos y con relación al tipo de servicio en el que se auto tipifican.

Durante el año 2000 se realizaron relevamientos a 64 ONG. y 82 sedes. Ya en el año 2001 se continuo con la operatoria trazada en años anteriores realizándose relevamientos bimestrales a los prestadores de servicios del Programa Residual de Atención a Personas con Discapacidad son 57 Ongs. Y 73 sedes ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y Provincia de Buenos Aires. Ante la necesidad de traslado a nuevas instituciones de beneficiarios del Programa se evaluaron 4 efectores del Registro Nacional de Prestadores, algunos de los cuales se incorporaron como prestadores al referido PROGRAMA El Área de Servicio Social articuló, orientó y derivó en esta oportunidad a 33 beneficiarios. Durante el año 2002, se realizaron los Relevamiento de Instituciones Prestadoras del PROGRAMA RESIDUAL y visitas a Instituciones incorporadas al Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad no pertenecientes al PROGRAMA a fin de conocerlas para ampliar el recurso disponible. Durante el año 2006 se continuó con las tareas mencionadas en el año anterior, se trabajó con 54 prestadores en 65 sedes.

Durante el relevamiento institucional se confecciona un informe de relevamiento institucional aprobado por la COMISIÓN NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACIÓN DE PERSONAS DISCAPACITADAS."CONADIS"

Desde agosto los relevamientos se realizan mensualmente y con rotación de los profesionales intervinientes y con recorridos predeterminados.



Se acreditan mediante una constancia de visita de control numerada y duplicada.

Se hace notar que en mayo se produjo un cambio de gestión en la Dirección. Instituciones del PROGRAMA durante el 2006, a saber:

1,ABRIENDO CAMINOS, 2,APNA,3, APNA HOGAR, 4,ABRINES, 5,ACUARELA, 6,AMAR, 7, AMPARE, 8, ANGELES CUSTODIOS, 9,APAND, Sedes: CHIQUILLADAS, MADRE TERESA, SOL, 10, BLANQUERNA, 11,CAMINOS DEL SUR, 12, CENTRO MODELO DEL PILAR, 13, CENTRO NUEVA VIDA, 14, CENTRO PSICOASISTENCIAL ESPACIOS, 15, CETRe, 16, CPI, 17, CREANDO ESPACIOS, 18, CISAM, 19,DINAD, DINAD II, DINAD,III, 20, ERNA,21, ESPACIOS TERAPEUTICOS, SRL,22,FUNDACION EMMANUEL., 23,FUNDAIPA, 24,FUNDACIÓN PANTALEO, 25, FUNDACION APEX, 26, GRUPO CAMINANTES, 27, HOGAR DEL SUR, 28 HOGAR SAN FRANCISCO DE ASIS, 29, HOGAR SAN FRANCISCO DE LA LOMA, 30,HOGAR SAN CAMILO, 31, INSTITUTO DOMINICK,32, INSTITUTO INTEGRAL DE EDUCACIÓN, 33, ILE, 33, INSTITUTO MI MAÑANA, 34, INSTITUTO SAN PABLO,35, INSTITUTO UN LUGAR, 36,IRTE, 37, LOURDES, 35, MI CASA BLANCA, 36,MUNDO FELIZ, 37,NUESTRA ESCUELA, 38, NUESTRA SEÑORA DE LUJAN, CET, CD, RESIDENCIA MUJERES, CLÍNICA, CET, HOMBRES, 39, PINEP, 40, PROMOVER, 41, PROVOLO, 42, POND SRL, 43, DOÑA LUZ, 44,CPB, 45, SAN IGNACIO, 46, 47, SER ESPECIAL, 48, SEGUIR CRECIENDO, 49 SENDEROS, 50,,SUYAY,51, SIRR, 52, ,RUCA,53 VILLA DEL SOL, 54 VITRA.

En el año 2007, se relevaron 47 instituciones con 57 sedes y dejaron de ser prestadores del programa 11 instituciones con 14 sedes. Algunas de ellas fueron dadas de baja por el REGISTRO NACIONAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD y otras por haber obtenido los allí atendidos otra cobertura prestacional a través de sus respectivas Obras Sociales.

Ante la necesidad de traslado de los beneficiarios alojados en Servicios que fueron dados de baja se incorporaron al PROGRAMA cuatro nuevas instituciones como prestadores.

Al comenzar el año 2008 eran prestadores del PROGRAMA 46 instituciones

Durante el año dejaron de ser prestadoras del programa 12 instituciones, por haber obtenido los beneficiarios que allí se atendían otra cobertura prestacional, fue incorporada una nueva institución como prestadora del PROGRAMA.

Se realizaron 503 visitas de relevamiento institucional. Hay 34 Instituciones y 38.



En el año 2010, eran Prestadores del PROGRAMA treinta y un (31) servicios, pertenecientes a veintiocho (28) instituciones y, durante el año dejaron de ser Prestadores del Programa diez (10) servicios; nueve (9) de estos casos fueron originados en que todos los beneficiarios allí atendidos obtuvieron la cobertura prestacional a través del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD – PROFE – o de Obras Sociales a las cuales fueron afiliados a través de sus familias. Una Institución dejó de ser prestadora del Programa por haber desistido de brindar la prestación Hogar.

La cantidad de prestadores es variable dado que responde a los requerimientos de la población beneficiaria del Programa, alcanzando en la actualidad un número de 20 instituciones, una de las cuales brinda atención a beneficiarios del PROGRAMA en dos (2) de sus servicios o sedes, lo que suma un total de veintiuna (21) sedes.

En el 2011, la cantidad de prestadores es variable dado que responde a los requerimientos de la población beneficiaria del Programa, y decrece debido a las bajas de los beneficiarios. Al finalizar el año 2011 eran once (11) las instituciones prestadoras del Programa.

Al comenzar el año, eran Prestadores del Programa veintiún (21) servicios, pertenecientes a veinte (20) instituciones y, durante el año dejaron de ser Prestadores del Programa diez (10) servicios; nueve (9) de estos casos fueron originados en que todos los beneficiarios allí atendidos obtuvieron la cobertura prestacional a través del Programa Federal de Salud – PROFE – o de Obras Sociales a las cuales fueron afiliados a través de sus familias. Una institución dejó de ser prestadora del Programa porque cerró definitivamente la sede en la que era asistido el único beneficiario del Programa al que le brindaba prestaciones.

Al comenzar el año 2012, eran Prestadores del PROGRAMA once (11) instituciones. Durante el año dejaron de ser Prestadores del PROGRAMA tres (3) instituciones; dos (2) de estos casos fueron originados en que todos los beneficiarios allí atendidos obtuvieron la cobertura prestacional a través del Programa Federal Integrar Salud – PROFE – o de Obras Sociales a las cuales fueron afiliados a través de sus familias. Una institución dejó de ser prestadora del PROGRAMA porque falleció la única beneficiaria a la que le brindaba **Se realizaron ciento cinco (105) visitas de Relevamiento Institucional**, cumplimentando los correspondientes informes. Al



finalizar el año 2012 eran ocho (8) las instituciones prestadoras del PROGRAMA. Se relevó mensualmente a todas las instituciones prestadoras del PROGRAMA RESIDUAL PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD CARENCIADAS, cumpliéndose así con el objetivo propuesto. Se realizaron los informes solicitados por la COMISIÓN NACIONAL ASESORA PARA LA INTEGRACIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, dando respuesta a los requerimientos de análisis de situaciones referidas a tres (3) instituciones que fueron prestadoras del PROGRAMA RESIDUAL.

Al comenzar el año 2013, eran Prestadores del PROGRAMA ocho (8) instituciones. Durante el año dejaron de ser Prestadores del PROGRAMA dos (2) instituciones; porque los beneficiarios allí atendidos obtuvieron la cobertura prestacional a través del Programa INTEGRAR SALUD, o de las Obras Sociales a las cuales fueron afiliados a través de sus familias (PAMI y otra). **Se realizaron ochenta y una (81) visitas de Relevamiento Institucional, cumplimentando los correspondientes informes.**

En síntesis, actualmente en el programa se han producido desde la transferencia cuando el programa contaba con 532 beneficiarios 413 bajas se encuentran hoy en el Programa 119 beneficiarios de los cuales están activos 77 y pendientes (grises) 44 (son beneficiarios que en el presente no están recibiendo ninguna prestación por diferentes motivos. Como se deduce de esta afirmación estamos llegando al final del Programa este es otro de los motivos por lo que se me ocurre que es importante dejar testimonio del mismo.

Conclusiones de la segunda etapa

El concepto de discapacidad ha ido cambiando en el devenir del tiempo, como así también el tratamiento que la sociedad le da a las personas con discapacidad, las políticas que implementa para abordarlas y la forma en que gerencia las organizaciones que a ellas atendían, atienden y o atenderán. La contención de la persona con discapacidad en distintas prestaciones asistenciales actúa como prevención de segundo orden.

Tabla de cantidad de beneficiarios e instituciones de la segunda etapa

AÑO	CANTIDAD DE INSTITUCIONES	CANTIDAD DE BENEFICIARIOS
2000	62	532
2001	57	397
2002	56	369
2003	s/d	s/d
2004	s/d	s/d
2005	S/d	296
2006	54	243
2007	47	197
2008	46	149
2009	s/d	119
2010	28	97
2011	20	72
2012	11	57
2013	6	48
2014	4	43

CUADRO DE BENEFICIARIOS QUE HAN OBTENIDO OTRA COBERTURA SOCIAL

AÑO	BENEFICIARIOS	BAJAS TOTALES	O. S.	PROFE	PAMI	FINAL
2000	532	s/d	S/d	s/d	s/d	s/d
2001	s/d	s/d	S/d	S/d	s/d	S/d
2002	397	28	S/d	s/d	S/d	369

2003	369	s/d	s/d	s/d	s/d	s/d
2004	s/d	s/d	s/d	s/d	S/d	s/d
2005	s/d	S/d	s/d	s/d	s/d	296
2006	296	53	8	32	8	243
2007	243	39	s/d	s/d	s/d	197
2008	148	48	s/d	s/d	s/d	140
2009	141	30	s/d	S/d	s/d	111
2010	119	22	s/d	S/d	S/d	97
2011	97	24	-	20	2	72
2012	72	15	-	8	-	57
2013	57	11	1	5	3	48
2014	48	5		3		43

Al finalizar el 2014 33 beneficiarios del programa no se encontraban recibiendo prestaciones a través del PROGRAMA RESIDUAL.

También se produjo ese año una baja por defunción y en otros años que no han sido tenidas en cuenta porque no hace al planteo general de este trabajo.

6. Conclusiones generales

En los últimos treinta años el panorama de la discapacidad ha atravesado un importante proceso de transformación, que en general tuvo un impacto positivo, y a su vez promueve nuevos desafíos.



Desde la sanción de la Ley 22.431 hasta nuestros se ha recorrido un largo camino que deja un saldo positivo respecto a la certificación de la discapacidad en nuestro país, importantes resultados en términos de normalización de los prestadores y nuevos caminos a la universalidad de la cobertura.

El punto de partida fue una RESOLUCIÓN MINISTERIAL que trató de proteger a las personas con discapacidad y es posible observar como en la actualidad, el sistema se encuentra obligado a cubrir las necesidades de las personas con discapacidad desde el universo de las Obras Sociales y también desde el sector privado.

Se observó cómo los beneficiarios de un PROGRAMA concebido desde el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, hoy en estado residual han podido obtener cobertura prestacional en su gran mayoría a través de otras obras sociales, prepagas, Pami o Profe /PROGRAMA INCLUIR SALUD, ya sea por extensión de coberturas familiares o por ser beneficiarios directos de una pensión no contributiva por discapacidad.

A partir del año 2000 la CONADIS dictó la RESOLUCIÓN N° 00011 a través de la cual se disponía *"...la baja de todos los beneficiarios del PROGRAMA RESIDUAL del Consejo Nacional del Menor y la Familia que poseían algún tipo de cobertura según lo establecido en la ley 24.901 y efectuar la transferencia a las Obras Sociales previstas en ley 23.660, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados o a la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales..."*.

Variables	Etapas	
	Primera	Segunda
Paradigmas	Asistencialista Paternalista Proteccionista	Transversalidad Inclusión Modernización

	La Declaración de Cartagena de Indias	La Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad
Legislación	Ley 22431	Ley 24.901 Ley 23.660 Ley 447 CABA Ley 448 CABA
	Ley de Patronato . Ley 24.452/95; ley de cheque	
Programa Propiamente dicho	RES. Nº 540/83	RES. Nº 00005/00 RES. Nº 000011
	RES. Nº 527	RES. Nº 000015/00
	RES. Nº 118/84	RES. Nº 00006
		RES. Nº 0003/02

El PROGRAMA contaba entonces con un total de 532 beneficiarios. En el año 2002 se consiguieron coberturas para 28 beneficiarios. Hacia el año 2006 se consiguieron coberturas para 53 beneficiarios. En el año 2007 se produjeron 39 bajas.

Hacia el año 2009, 19 de estos casos fueron originados en que todos los beneficiarios allí atendidos obtuvieron la cobertura prestacional a través del PROGRAMA FEDERAL DE SALUD – PROFE – 3 de Obras Sociales a las cuales fueron afiliados a través de sus familias y 2 al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados o PAMI.

De la misma forma, en el 2011, de los 97 beneficiarios í atendidos 20 obtuvieron la cobertura prestacional a través del Programa Federal de Salud – PROFE – 2 de Obras Sociales y otros 2 por el PAMI.

Entre el 2012 y el 2013 se produjeron 26 bajas del Programa, quedando solo 48 beneficiarios, 8 de los cuales son activos, y el resto pasivos.

De esto surge que entre 2002 y 2014, se produjo la baja de 487 beneficiarios, cumpliendo con el principal propósito inclusivo del Programa en esta etapa.

Años	Ex -Beneficiarios del Programa c/cobertura por discapacidad en O.S. y Pre-Pagas
1999	18
2000	36
2001	55
2002	28
2003	25
2004	46
2005	32
2006	53
2007	39
2008	48
2009	30
2010	22
2011	24
2012	15
2013	11
2014	5

Según estos datos se puede concluir acumulando que: fueron incluidos en el Sistema Prestacional fueron::

Años	Ex beneficiarios del Programa que quedaron afiliados al Sistema Prestacional

1999	18
2000	54
2001	91
2002	120
2003	145
2004	191
2005	221
2006	274
2007	319
2008	168
2009	369
2010	399
2011	421
2012	445
2013	469
2014	474



De lo mencionado, se desprenden algunas cuestiones muy pertinentes de cara a contribuir con los actuales procesos de inclusión, y que de acuerdo a la experiencia desarrollada con el Programa como por ejemplo, la necesidad de manejar a nivel local los subsidios de emergencia, el apoyo a la familia de la persona con discapacidad, procesos de iniciación laboral, y otros requerimientos como las asistencias domiciliarias y los sistemas de apoyos. En este sentido resultaría de mucha utilidad, el armado de una red de servicios dirigido a atender la problemática de la persona con discapacidad, que incluya tanto servicios públicos como privados, e incluso trazar y articular estrategias de rehabilitación con base en la comunidad, con el objeto de maximizar las posibilidades de respuesta a las necesidades de la población.

Sobre posibles acciones sobre las problemáticas que giran en torno al tema "Familia y la Discapacidad", es posible pensar en la necesidad de un trabajo articulado entre diversos sectores del Estado Nacional relacionados con la salud tanto a nivel Nacional, Provincial, Municipal, y la creación y difusión de programas específicos e interdisciplinarios. Si bien, nuestro país atravesó momentos difíciles en términos de descentralización, fragmentación y debilitamiento de las capacidades estatales, se considera que las acciones de corte interdisciplinario e intersectorial, que incluyan como actores a las familias y a las personas con discapacidad, posiblemente contribuyan a la creación de lazos sociales más fuertes y al fortalecimiento de un estado más inclusivo.

Entre otras cuestiones sobre las que podrían pensarse algunas políticas podemos citar las siguientes:

- Realizar Programas de educación sexual
- Promover la creación de un subsidio matrimonial
- Dar prioridad en la asignación de terrenos fiscales
- Eximir o reducir impuestos municipales
- Crear un subsidio para la creación de empresas familiares
- Generar la creación de cooperativas de diferente índole que cubra las necesidades del sector

7. Bibliografía

AUTORES

ARONSKIND, R, (2004), ¿Mas cerca o mas lejos del desarrollo? Transformaciones económicas en los 90. Ed. Libros del Rojas, Colección extramuros. Buenos Aires Argentina.

KHUN Thomas-(1962), La estructura de las revoluciones científicas. Ed. de la Universidad- Chicago. USA.

.SIDICARO, R, (2001) La crisis del Estado y los actores políticos y socioeconómicos. Ed. Libros del Rojas, Colección extramuros. Buenos Aires Argentina.

DOCUMENTOS INTERNACIONALES

CIDDM (1980), Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Organización Mundial de la Salud (OMS).

Declaración de Cartagena de Indias (1992)



CIF (2001), Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud. Organización Mundial de la Salud (OMS).

CIDPcD (2006) Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Organización de las Naciones Unidas (ONU)

DOCUMENTOS DE CÁTEDRA

Material de estudio de las Cátedras del Mg. Gustavo Blutman

Material de Estudio de las Cátedras de la Lic. Bernarda Pirovano

LEGISLACIÓN / NORMATIVAS

LEY 22.431 /81 ley de discapacidad

Decreto 468/82 bases para el programa de subsidios para el tratamiento de estados carenciales de personas discapacitadas

Decreto 307/82

Decreto Reglamentario 498/83

Reglamentación de la ley 22431

Resolución Ministerial N.º 540/83 Bases del Programa de Subsidiados ,Tratamientos de Estados Carenciales.

Resolución 118/84 Programa de Asistencia técnico financiera a Provincias para Personas Discapacitadas.

Resolución 446/85 Hogares, Programa de Asistencia Técnico Financiera para Sistemas alternativos al Tratamiento Familiar.

Resolución 139/86. Residencias de Tratamiento para Personas Discapacitadas.

Resolución 1600/90. Creación del Consejo del Menor.

Ley 24.901 y su Decreto Reglamentario 1193/98.

Ley N° 447.

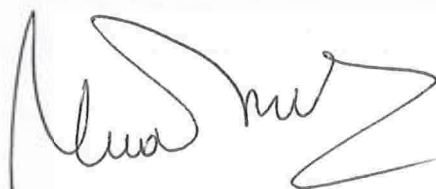
LEY N° 114.

Ley 26.061 Ley 24.901 y su Decreto Reglamentario 1193/98

ARTÍCULOS

BOZZO, María Cristina, LÓPEZ, Beatriz Hebe, ZAPATA, Andréa, Crónica de un fracaso anunciado, La Segunda Reforma del Estado". Cuaderno CEPAS N°5 – 1997

BLUTMAN, GUSTAVO (1998), APROXIMACIONES A LA REFORMA DEL ESTADO:
CAMBIOS EN ARGENTINA ENTRE
1989-1992. ARGENTINA: BUENOS AIRES, EUDEBA.


Lic. MARIA CRISTINA CONTICELLO
Licenciada en Servicio Social
M.N. N° 0313
1998 057

