

**Trabajo Final Integrador**

ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE SERVICIOS PARA LA  
DISCAPACIDAD

**“COBERTURA DE LA DISCAPACIDAD Y ACCESO A  
PRESTACIONES EN AFILIADOS DE UNA COOPERATIVA DE  
SERVICIOS DE SALUD DEL ÁMBITO RURAL”**

---

Alumno: Dra. Mónica C. Frati

Promoción: 2008/2009

Buenos Aires

Abril 2010

## **INDICE**

• Resumen .....	3
• Introducción .....	4
• Marco Conceptual .....	6
• Análisis de Cobertura .....	15
• Características de la Población .....	15
• Distribución Geográfica .....	20
• Acceso a Prestaciones .....	22
• Distribución del Gasto .....	25
• Análisis relación/acceso .....	31
• Conclusiones .....	32
• Bibliografía .....	37

**Resumen:**

El presente trabajo se propone abordar la caracterización de los beneficiarios con algún tipo de discapacidad de una cooperativa de servicios de salud de ámbito rural y el posterior análisis de las dificultades en el efectivo acceso a las prestaciones requeridas muestra la inequidad sanitaria y educativa de un amplio sector de la población que no alcanza ver satisfechas sus necesidades por el desequilibrio oferta-demanda presente en muchas localidades del interior.

Surge de los resultados obtenidos que en las personas con discapacidad sin cobertura de salud y en condiciones de pobreza, el residir en un medio rural agudiza ciertas desventajas sociales. Además, desde un punto de vista demográfico, la definición de ruralidad es equivocada e insuficiente para la adecuada valoración de este grupo vulnerable, siendo necesario una reformulación de la misma incluyendo criterios socioeconómicos que identifiquen con mayor fidelidad las necesidades de este colectivo con el fin de promover políticas sociales que potencien el desarrollo de una red de servicios eficientes y oportunos en la propia comunidad de referencia.

Palabras clave: discapacidad, ruralidad, accesibilidad, cobertura, personas con discapacidad.

## **1. INTRODUCCION.**

El presente trabajo se focaliza en una Cooperativa de Salud que constituye el brazo asistencial de la Asociación de Cooperativas Agrarias Argentinas, y que en la actualidad tras veinticinco años de existencia en el mercado, es la organización medico asistencial más importante del interior contando con mas de 25 filiales, 400 agencias y mas de 66000 afiliados. Como Institución sin fines de lucro, nuclea a afiliados voluntarios y obligatorios distribuidos por todo el país. Dicha población beneficiaria se encuentra fundamentalmente dedicada a actividades agropecuarias.

En el último periodo se vieron incrementados los conflictos y su posterior judicialización, básicamente a expensas de dos áreas, esto es Oncología y Discapacidad y si bien esto no seria ajeno a las realidades de otras empresas en el ámbito de la salud, no se correspondería con la política de cobertura de la Cooperativa, que en términos generales supera el Programa Medico Obligatorio.

Se procedió a analizar los conflictos vinculados al Área de Discapacidad que llegaron a la judicialización comprobándose que se debía en un gran número de casos a la falta de respuesta de oportunos requerimientos relacionados ya sea a prestaciones de rehabilitación o cobertura de medicamentos al 100%.

Ante esta situación en la Cooperativa se priorizaron acciones para la atención de este grupo vulnerable y de sus familias, confeccionándose así un padrón que superó los 190 beneficiarios con algún tipo de discapacidad, aunque sin clarificar los grupos etáreos, ni los tipos de discapacidades y sus asociaciones. Este padrón permitió la generación de información acerca de la problemática de esta población respecto de los requerimientos prestacionales, que no están recibiendo y por que. Se parte del supuesto por el cual la ruralidad agudiza las problemáticas de acceso y la falta de prestadores en dicho ámbito.

La dispersión geográfica de esta población y la residencia en el campo, o en otros casos en pequeñas localidades del interior, dificultan la adecuada atención reflejando la inequidad sanitaria y educativa de un amplio sector de la población que no alcanza a ver satisfechas sus necesidades por el desequilibrio oferta - demanda.

En este trabajo se procederá a sistematizar la información catalogada en dicho padrón de beneficiarios, conocer la incidencia de las distintos tipos de discapacidad y sus asociaciones, conocer el costo y la naturaleza de las prestaciones

de dicho grupo en relación al total del gasto, y establecer si existen dificultades de accesibilidad geográfica.

Este trabajo apunta entonces a analizar cual es la cobertura prestacional requerida por los beneficiarios de esta cooperativa con algún tipo de discapacidad y cuales son las prestaciones a las que realmente acceden y con que grado de dificultad para el efectivo acceso.

Objetivo General:

- Evaluar las características de las prestaciones requeridas por los socios de la Cooperativa seleccionada identificando las dificultades que se verifican en el acceso a las mismas.

Objetivos Específicos:

- Identificar y caracterizar la población beneficiaria según edad, género, tipo y número de discapacidad, así como sus asociaciones y frecuencia.
- Identificar distribución geográfica de los afiliados con algún tipo de discapacidad, definiendo provincia y localidad de residencia.
- Definir requerimiento de prestaciones de rehabilitación y/o educativas en el trimestre seleccionado y número de beneficiarios que no demandaron, estableciendo si la inaccesibilidad fue el agente causal.
- Cuantificar gasto devengado en prestaciones de rehabilitación según localización en la provincia de Santa Fe como provincia mayoritaria, identificando variaciones según densidad poblacional en tipo, frecuencia y acceso a Instituciones categorizadas.
- Establecer si existe relación entre los resultados obtenidos y los distintos criterios de definición rural, esto es el censal vigente en el país y el de la OCDE:

La bibliografía internacional (OMS) afirma que el porcentaje de personas con discapacidad aumenta notablemente en el sector rural.

La población bajo estudio realiza sus actividades agropecuarias en el campo, muchas veces alejados de las cabeceras zonales y con caminos precarios e intransitables. Por lo tanto resulta relevante analizar hasta que punto la inaccesibilidad geográfica y la carencia de efectores, no solo en salud sino también

en educación es causal de pérdida de oportunidades socio sanitarias para este grupo vulnerable.

La perspectiva de los Derechos Humanos permite considerar a las personas con discapacidad como individuos que necesitan diferentes servicios para gozar de una situación que los habilite a desempeñarse como ciudadanos activos e incluidos y esta es ahora una obligación de los Estados Parte tras la firma de la Convención.

## **2. MARCO CONCEPTUAL.**

### **2.1 Discapacidad.**

El concepto de la discapacidad ha ido evolucionando según contextos históricos y culturales. En 1980 la OMS la define como una consecuencia de las limitaciones funcionales, cognitivas y emocionales que proceden de la enfermedad u otras deficiencias corporales por accidentes u otros procesos orgánicos. Surgen entonces los conceptos de afección, enfermedad, discapacidad, y minusvalía, este último merecedor de muchas críticas.

Dicho modelo lineal de causalidad dio paso a otro con un enfoque más social, admitiéndose que la discapacidad no es inherente a la persona, ni esta determinado exclusivamente por factores biomédicos, sino que debía entenderse como la dificultad para desempeñar actividades socialmente aceptadas, habituales para personas de edad y condición sociocultural similar. Siendo que la identidad personal se construye en un contexto social en base a la participación y la convivencia al utilizar los recursos que ese marco social nos provee, la discapacidad se presenta entonces como el fracaso de la misma para adaptarse a las necesidades de la diversidad.

Al respecto Mike Oliver afirma: "la discapacidad es un producto social y como tal debe conceptualizarse dentro del mundo social que la crea otorgándosele un sentido negativo. Así entendida ya la discapacidad no es un proceso que se origina en el individuo y en sus discapacidades personales tal lo planteado en la teoría tradicional sino que se impone el modelo social como resultado del fracaso de una sociedad a través de la imposición de barreras que limitan la interacción personal e interinstitucional negándoles oportunidades a las que si acceden las personas no discapacitadas.

Sobre el particular señala García que la Discapacidad debe ser entendida como una construcción social que parte del no conocimiento de la diferencia del otro. Es decir que la sociedad aborda el tema de la diferencia con las mismas formas de discriminación con que maneja la etnia, el género, la clase social o en nuestro caso la discapacidad. Según Avaria y hay consenso en multitud de autores el planteamiento primario de la sociedad es que la misma esta construida por y para personas normales. Y es en esa cultura que la discapacidad adquiere sentido por oposición a la idea imperante de la normalidad.

Similar concepto comparte John Swann cuando afirma que existen diferentes elementos en el entorno social o físico que restringen a la persona limitando su vida. Esas barreras pueden ser las actitudes, el lenguaje y la cultura, la organización y la distribución de los servicios de asistencia e Instituciones.

Barnes agrega: El termino discapacidad representa un sistema complejo de restricciones sociales impuestas a las personas con insuficiencia por una sociedad muy discriminadora”.

No implica esto que se deba caer en la victimización de las PCD, lo cual seria también ignorar sus derechos, pero es innegable que si se analiza la dimensión social del concepto y en su frecuente utilización peyorativa se constata una caracterización marcadamente negativa por lo que en la génesis del concepto no puede soslayarse la influencia que le corresponde al medio social en que estamos inmersos.

El ya citado Mike Oliver generaliza cuando dice que el mencionado modelo social puede aplicarse a todas las personas con discapacidad, con independencia de las deficiencias específicas que puedan presentar. Contraponiéndose entonces con el modelo anterior biologista en que se describían las entidades que se pueden encontrar en las personas con discapacidad según las alteraciones somáticas o de la configuración corporal, las alteraciones de la función de algún órgano o sistema, o las combinaciones (Martí, M).

A través de los aportes de la psicología evolutiva el marco conceptual de la Discapacidad se ha ampliado aun un poco mas a través del modelo ecológico basándose en que la persona se encuentra influenciada por tres sistemas, el micro, el meso y el macro, cada uno incluido en el otro, los cuales determinan la existencia de factores que serán únicos e individuales y que darán origen al interaccionar a respuestas particulares en relación a la diferente percepción que tienen las PCD en

el ambiente en que se encuentran insertos, y al que nutrirán sus vivencias previas, sus costumbres, sentimientos y tradiciones.

No obstante se requiere de una clasificación para un adecuado abordaje pudiendo enumerarse por grupos, según existan alteraciones en las funciones motoras, en las funciones intelectuales, sensoriales, viscerales o por alteración global, sirviendo estos parámetros para establecer una clasificación funcional de las mismas, y que se adopta en el presente estudio (OMSCIDD1; Nac., Unidas 1988). De tal manera las diferenciaremos en:-Discapacidad motora-física, intelectual, sensorial auditiva o visual, visceral y sus asociaciones.

Se asume como concepto de persona con discapacidad la que se define en la ley 24901, como aquella Persona que posea certificado de discapacidad emitido por autoridad competente, por razones de operatividad se homologaron como validos los emitidos por las Juntas de Clasificación de la Provincia de Buenos Aires a pesar de la ausencia del convenio con el SNR a la fecha.

Los estudios y/o investigaciones que abordan la cuantificación y/o caracterización de la población con discapacidad suelen limitarse a la presentación de datos tabulados que ponen de manifiesto el número de discapacidades graves presentes en la población y no a un cruce con otras características asociadas (Nac. Unidas 1999). Narváez Palacios (2006) afirma que desde los años 60 ya existían algunas experiencias para cuantificar la población con discapacidad, citando a Australia<sup>8</sup>1968) y Canadá (1965), a los que se agrega España (1977).

Liliana Pantano (1993)plantea que: „„excepcionalmente se sabe cuantos discapacitados hay en un país, región o provincia y si el dato esta establecido no siempre es confiable...“agregando que la lectura de los estudios existentes permite concluir que la variación de los métodos, conceptos y clasificaciones empleadas dificultan la comparación entre los distintos países invalidando estudios evolutivos, pues, incluso en un mismo país, en periodos sucesivos generalmente se utilizan métodos y criterios diferentes.

Es así continua:“ que al no contarse con datos cuantitativos confiables, se solían hacer estimaciones sobre prevalencia por tipo, de acuerdo a las diferentes áreas de actuación y experiencia profesional a quienes pertenecieran quienes las sostenían.”

En las Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las PCD (ONU 1993) se hace referencia a la necesidad de disponer de indicadores y



estadísticas que puedan utilizarse en la elaboración y aplicación de políticas y programas apropiados, pidiendo asimismo la elaboración y adopción de terminología y criterios consensuados para llevar a cabo encuestas nacionales. Los problemas verificados en la sistematización de la información sobre discapacidad no permiten conocer su comportamiento espacial y temporal. Hernández-Jaramillo (2004) afirma que la discapacidad es un proceso dinámico que fluctúa en extensión y severidad a lo largo de la vida y puede limitar o no la capacidad para trabajar y vivir de forma independiente; debiéndose entender como fenómeno socioeconómico.

La primera encuesta nacional sobre discapacidad (ENDI) consideró por su parte que "la discapacidad es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en la vida cotidiana dentro de su entorno físico y social.". Sus datos arrojan un porcentaje de discapacidad inferior a las cifras internacionales con un aun menor porcentaje de acceso al certificado respectivo. El mismo establece que en las localidades de 5000 habitantes o mas, en Argentina, viven aproximadamente 2.200.000 personas con al menos una discapacidad, esto representa un 7,1% de la población total lo cual es orientativo, aunque ha recibido cuestionamientos en su metodología.

Si bien se concluye entonces que las referidas fuentes de información estadística utilizadas en los distintos países no nos permitirían realizar estrictas comparaciones entre sus datos, dadas las limitaciones ya enunciadas en cuanto a la conceptualización de la D y en la forma en que esta se ha cuantificado, existe coincidencia en que el problema de la D es mayor en las aéreas rurales, al contar este con elevadas tasas de envejecimiento, y menores recursos sociales, sanitarios, educativos y culturales.(Con. Nacional de D, León 2007).

## **2.2: Ruralidad.**

Como términos de una oposición conceptual lo urbano y lo rural han resultado términos de difícil definición, no existiendo consenso a nivel internacional sobre como diferenciar uno del otro.

Es así que estudio del CEPAL(2005) que reviso definiciones oficiales del concepto urbano-rural en un alto numero de países, concluyo que los criterios utilizados en América Latina varían según los países, correspondiendo usualmente a una clasificación dicotómica establecida por criterios censales originados alrededor

de la década de los sesenta y que han resultado sumamente operativas. Este criterio, denominado normativo o estadístico, determina la existencia de cierto número mínimo de población a partir de la cual una aglomeración se convertiría en urbana, mientras que todas aquellas entidades que no alcanzasen dicho monto pasarían a engrosar el conjunto de población rural.

En Latinoamérica nos encontramos que México y Venezuela establecen 2500 habitantes como tamaño de corte, mientras que Argentina, Bolivia y Honduras lo disminuyen a 2000, pasando a 1500 en Panamá y 1000 en Nicaragua. Dichas categorías se han mantenido prácticamente sin modificaciones desde su inicio. En efecto en nuestro país no ha sufrido modificaciones desde el inicio de la actividad censal en 1947 hasta el último verificado en el 2001.

El ILCA (2007) aclara que en las definiciones de urbano-rural deben diferenciarse dos dimensiones en la lengua española. En primer lugar la diferenciación entre campo y ciudad y la naturaleza de las actividades realizadas en cada uno de dichos lugares. Y en segundo término la distinción entre lo que representa atraso y tradición y aquellos vinculados al desarrollo y lo moderno. Aclara Rodríguez en dicho documento de trabajo, que en la lengua inglesa esta segunda vertiente no se verifica.

A fines del Siglo XX se gesta una corriente crítica contra la mencionada visión de lo rural, avalándose la necesidad de nuevos enfoques desde distintos autores, a fin de revalorizarlo. Pérez, 2001; Gómez, 2002 y Echeverri y Ribero, 2002 fundan su planteo en las transformaciones que se producen en el ámbito rural señalando básicamente: la diversificación de la estructura productiva, una integración más funcional entre lo urbano y rural, la transformación de los estilos de vida y la atracción por las tradiciones rurales y, finalmente, la descentralización política que busca emponderar a las instancias locales y regionales.

Sepúlveda, et al., 2003 propone una redefinición de lo rural a partir de la concepción del enfoque territorial. Aclara el autor que los territorios rurales son ámbitos geográficos con una historia propia con convergen relaciones de toda índole, vinculando a los actores del agro entre sí.

Surge como imprescindible superar las antiguas dicotomías privilegiando la heterogeneidad de los territorios rurales. El ya mencionado documento del ILCA afirma: "Lo rural no debe ser un residuo", agregando que existen severas limitaciones de continuar limitándose a los rígidos criterios censales ya expuestos, mencionando algunas como:

-Limitante del conocimiento de las poblaciones con características intermedias que pueden llegar a ser mayoritarias en muchos países de nuestro continente.

-No permite un correcto conocimiento de la dinámica territorial y sus posibilidades de desarrollo; y

-puede llevar a una sobre representación de un territorio sobre otro.

Al respecto comenta Paniagua (2002):" Los intentos de definición de lo rural presentan una gran tradición en los estudios geográficos y, secundariamente, sociológicos. Desde la década de los años setenta existen, en opinión de los autores, tres grandes enfoques en el moderno análisis geográfico de la ruralidad: el enfoque cuantitativo o funcional, el enfoque cualitativo y, por último, el análisis de flujos.

Estos tres enfoques coexisten en la actualidad y son utilizados con distinta finalidad Hogarth, Keith (2002) introduce un nuevo concepto cuando afirma :..."A pesar de lo operativa que resulta la clasificación censal, un análisis más detallado muestra que a menudo resulta sumamente difícil caracterizar inequívocamente a un área como urbana o rural, especialmente si en esa área predomina la población rural -desde el criterio censal-, pero se encuentra rodeando a una gran metrópoli, con una clara influencia de ésta. En este contexto, aparece un nuevo concepto de "espacio rururbano", que intenta matizar la dureza de la oposición conceptual urbano-rural.

Al respecto, P. Claval afirma que: " En estos sectores el campo subsiste y los paisajes guardan a menudo el encanto de lo rural, pero las formas de vida son predominantemente urbanas: nos encontramos pues, en la ciudad dispersa, dentro del medio "rururbano", que cada vez se interpone más a menudo entre los centros urbanos y las zonas acusadamente rurales."

Chomitz et al., (2005) construye por su parte un continuo rural- urbano para los países latinoamericanos considerando la transición gradual del uso del suelo, a los que suma datos sobre empleo, infraestructura y nivel socioeconómico de los habitantes. Estos autores afirman que la densidad de población y lo alejado de los centros urbanos son los dos indicadores útiles para definir el ya mencionado gradiente rural-urbano.

Así lo constituye la definición utilizada por la OCDE para clasificar regiones. Si bien el punto de partida de ese gradiente es la división de las comunas en urbanas o rurales, para lo que utilizan como criterio la densidad poblacional.

Al respecto el Banco Mundial en un informe para AL dicha definición (OECD 2006) la cual implica tres criterios:

1.-"Son rurales los espacios con densidades demográficas inferiores a los 150 habitantes por km<sup>2</sup> y que se encuentran a una importante distancia de las zonas urbanas superior a una hora de viaje".

A posteriori las comunas se unen en regiones de diversas categorías según los términos siguientes:

2.-Regiones por porcentaje de población en comunidades rurales: Una región es clasificada como:

- predominantemente rural. Cuando mas del 50% de su población vive en comunidades rurales;

-predominantemente urbana, cuando menos del 15% de su población vive en comunidades rurales,

-intermedias: cuando entre un 15% y 50% de su población vive en comunidades rurales.

3.- Centros urbanos:

-cuando una región predominantemente rural tiene un centro urbano de mas de 200.000 habitantes y mas del 25% de su población viven en el centro urbano, entonces cambia a "intermedia";

-cuando una región que seria clasificada como intermedia tiene un centro urbano de mas de 500.000 habitantes y mas del 25% de su población viven en el centro urbano, entonces cambia a "predominantemente urbano"

Con un enfoque diferente y con mayor complejidad Estados Unidos establece su clasificación en base a un gradiente rural-urbano de nueve categorías. La base es la clasificación de la población en rural o urbana según numero de habitantes, complementada con la identificación de áreas metropolitanas. Como aporte agrega

el concepto de adyacencia, explicitando que si un 2% o más de los trabajadores se desplazan hacia el área metropolitana se dice que el mencionado condado es adyacente a esa área.

Reviste extrema importancia que la definición de lo urbano (y lo rural por descarte) no debería incluir aspectos relativos al acceso de los hogares a servicios básicos, los cuales deben dejar de ser considerados como exclusivos del ambiente urbano. La existencia de dichos servicios debe ser un derecho por el desarrollo independientemente si esto se da en ambientes urbanos o no. Comenta al respecto Chomitz et al, (2005) que esta es una de las razones por las que América Latina es considerado continente mayoritariamente urbano, por disponer de servicios básicos como escuelas, rutas pavimentadas y centros de salud.

Cabe recordar que el elemento fundamental que caracteriza y diferencia a los territorios rurales es el uso de la tierra, este puede ser un complemento a adicionar al considerar la base económica de los territorios y la concentración demográfica que se da en ellos.

Por lo expuesto cuando hablamos de discapacidad en población rural debemos tener presente los diferentes contenidos que encierra este concepto, según donde y por quien este siendo aplicado; ya que al no existir como anticipáramos un único criterio internacional consensuado en cuanto a su definición y delimitación, en distintos países se establecen diferentes definiciones operativas a la población considerada como rural, variando en consecuencia el numero de las PCD que habitan en ellas. Es evidente que también sobre este concepto se hace necesario es establecer criterios comparables para todos los países.

Es así que de aplicarse el de la OCDE el BM estima que los sectores rurales en AL y el Caribe se duplicarían en relación a las cifras oficiales hoy manejadas. No se mencionan resultados de Argentina en los trabajos consultados pero es de asumir que la población rural de 3.828.180 habitantes mencionados en el Censo de 2001, de los cuales la población dispersa llega a 2.684,547, podría igualmente duplicarse de considerar criterios más dinámicos sobre la ruralidad como el mencionado.

Un estudio promovido por el CERMI (2007) pone de manifiesto el aislamiento y las graves deficiencias en los servicios, en la accesibilidad y una acusada merma de actividades en el ámbito rural a la que se ven expuestos las PCD.

Enfatiza el mencionado estudio que las desventajas del dicho medio se objetivan:

- En la inaccesibilidad del terreno y las infraestructuras, se suma el condicionante del desplazamiento, imprescindible para acceder a cualquier programa y servicio.
- Las posibilidades y oportunidades laborales en los pequeños municipios son muy limitadas ya que las actividades tradicionales del campo son totalmente inaccesibles para algunos grupos.
- El aislamiento provoca invisibilidad de los sectores vulnerables.

Lo confirma un estudio del PREDIF (2007) que expresa:..."Las dificultades de esos pueblos inaccesibles obligan a una dedicación plena, los cuidadores de los discapacitados (habitualmente la pareja o la madre y el 83% son mujeres) les dedican 20 hs. al día.....En cuanto a la atención sanitaria la discapacidad obliga a casi el 30% a desplazarse una vez por semana a un centro de rehabilitación, situado en promedio a 23 Km. de la residencia...."

En efecto Chomitz y col en el documento de trabajo para el BM ya citado, afirman: "Al utilizar la definición de "rural" de la OCDE, se duplica la población "rural" según la sumatoria de las distintas definiciones censales de la región, llegando a la proporción, importante de 42% de la población total de la región (46% sin tomar en cuenta la distancia).En algunos países, siempre refiriéndose a AL y Caribe agrega que la población "rural" según uno u otro criterio es de tres o mas veces."

En efecto los antiguos y actuales criterios censales han contribuido a una subestimación de lo rural identificando a America latina como un continente muy urbanizado, lo cual termina afectando muchas decisiones de políticas publicas y de asistencia internacional. (Salabain, Cristina 2007).

Se concluye entonces que la importancia de revisar el concepto de lo rural va mas allá de la obvia conveniencia de tener definiciones que faciliten la comparación entre países sino que la actual minimización de lo rural se ve reflejada en las políticas oficiales que marginan a los espacios rurales, y para el tema en desarrollo, una mayor cantidad de personas con discapacidad con dificultades en el acceso a las prestaciones y condenados a una mayor invisibilidad.

### **3. ANÁLISIS DE COBERTURA FOCALIZADO EN LA COOPERATIVA RURAL**

#### **3. 1 Características de la población.**

Se relevó a la población afiliada a la Cooperativa de Salud en todo el país que revistiera algún grado de discapacidad y con certificado emitido por autoridad competente. Se utilizaron fuentes secundarias según datos solicitados al Sistema, dado que la empresa posee un sistema informatizado adecuado con carga de datos, a los que se incorporaron los códigos de las prestaciones del Sistema Único; solo debió establecerse la información a requerir y se adecuo su análisis según los indicadores oportunamente seleccionados.

Las categorías según edad se fueron similares a las establecidas en el EMDI, esto es de 0 a 4 años, de 5 a 14 años, de 15 a 29 años, de 30 a 44 años, de 45 a 74 años y finalmente de mas de 75 años. Se muestran los resultados obtenidos en la franjas mencionadas en la Tabla N<sup>a</sup> I para una población total de PCD al 30 de Abril de 197 beneficiarios.

Los mismos reflejan las políticas de afiliación y el hecho de no tener mas de veinticinco años de vigencia en el área de salud, por lo que no son coincidentes con los resultados globales que indican que la mayor discapacidad se verifica en los mayores de 75 años.

**Tabla N<sup>o</sup> 1: Numero de beneficiarios según grupo etáreo**

<b>Numero</b>	<b>Grupo etáreo</b>	<b>Porcentaje</b>
28	De 0 a 4 Años	14.21%
65	De 5 a 14 Años	33%
38	De 15 a 29 Años	19.29%
40	De 30 a 54 Años	20.30%
22	De 55 a 74 Años	11.16%
4	De mas de 75 Años	2.03%

Fuente: Elaboración propia en base a datos del padrón de beneficiarios de Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

### **Grafico N° 1 : Distribución por grupos etareos**

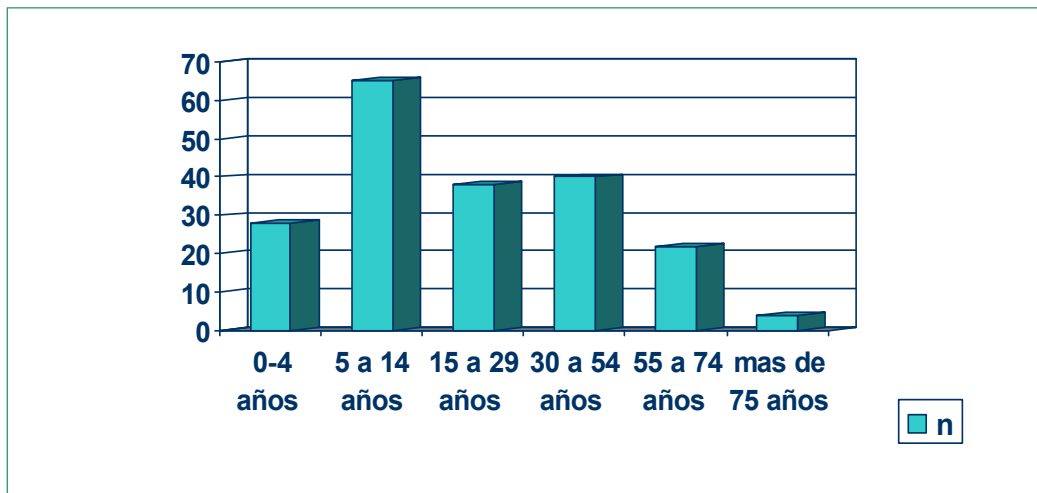


Grafico N° I- Fuente: Datos propios: AcaSalud- Área Discapacidad (2009)

En cuanto a la clasificación por género encontramos leve predominio del masculino con 102 PCD sobre el femenino con 95 personas conformando el colectivo de 197 beneficiarios a la fecha prefijada.

Esto podría guardar relación con la mayor incidencia de aquel en la población beneficiaria aunque la Encuesta nacional es coincidente con el resultado.

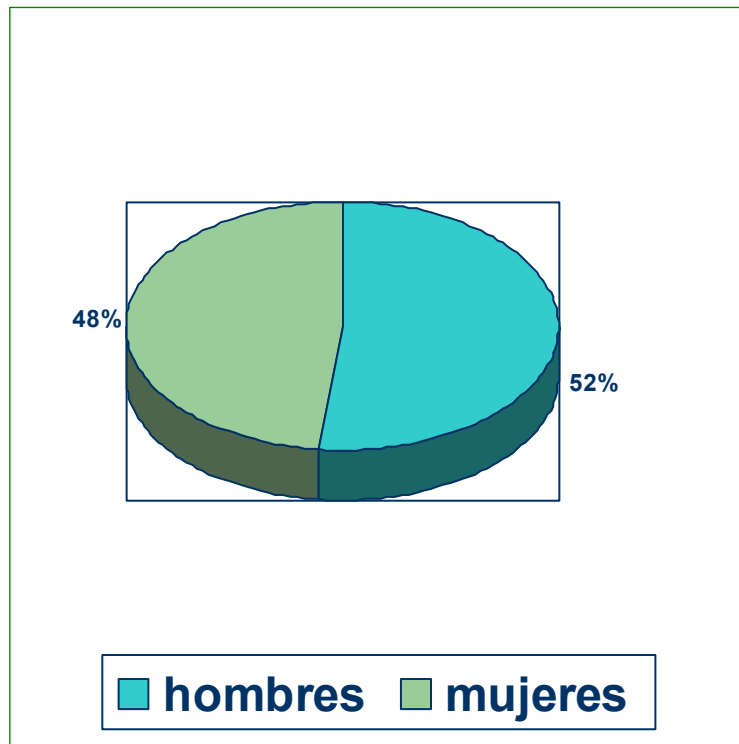
### **Tabla N° 2: Distribución por Género**

Hombres	102	52%
Mujeres	95	48%

Fuente: Datos propios. Aca Salud-Área Discapacidad (2009)



## **Grafico N° 2 : Distribución por Genero**



Fuente: Tabla N° 2- Datos propios : Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

La tabla III muestra la clasificación de discapacidades constatadas según tipo, diferenciándose:

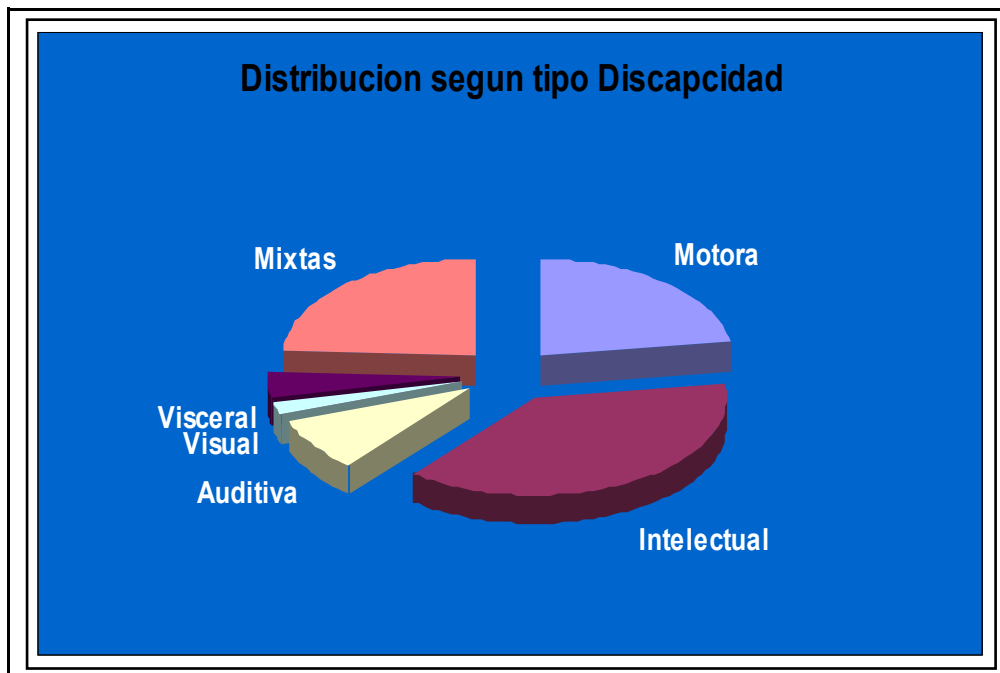
- 0) motora
- 1) intelectual,
- 2) sensorial auditiva,
- 3) sensorial visual y,
- 4) visceral como discapacidades únicas y
- 5) las mixtas o asociadas (5).

**Tabla N° 3: Distribución según tipo de Discapacidad:**

<b>Tipo de Discapacidad</b>	<b>Numero</b>	<b>Porcentaje</b>
Motora	42	22.45%
Intelectual	72	38.50%
Sensorial Auditiva	16	8.55%
Sensorial Visual	4	2.14%
Visceral	8	4.27%
Mixtas o múltiples	45	24.06%

Fuente: Datos propios: Aca Salud –Área Discapacidad.2009

**Grafico N° 3: Distribución según Tipo de discapacidad**



Fuente: Datos Propios: Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

Si se considera según la clasificación del ENDI cuantos beneficiarios hay con discapacidad única, se desprende que 152 afiliados revisten con un solo tipo de discapacidad. Los restantes se desagregaron según el número y tipo de

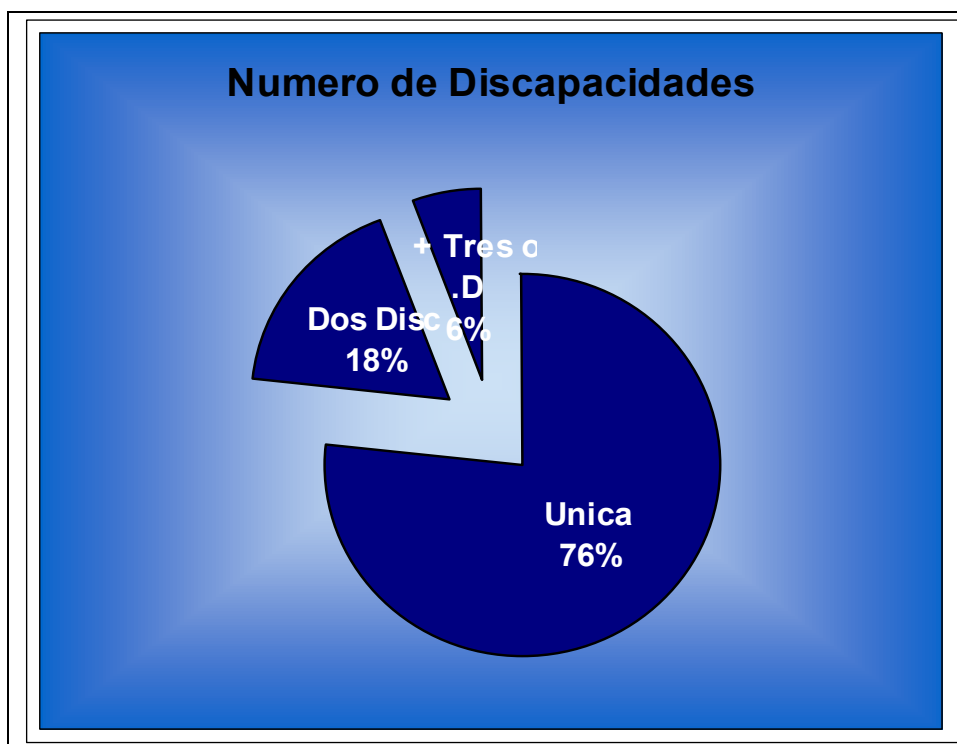
discapacidad que presentaban obteniéndose los siguientes resultados que se muestran en la tabla N° 4, verificándose al igual que en otros estudios que la asociación más frecuente es la motora con la intelectual.

**Tabla N° 4: Distribución según discapacidad única o asociada**

Distribución	PCD	Tipo de asociación
Única	152	No existe
Dos discapacidades	34	(0,1)=27/(0,4)=7
Tres o más discapacid.	11	(0,1,4)=6/(0,1,2)=3/ (0,1,3)=2

Fuente: Datos propios: Aca Salud – Área Discapacidad 2009

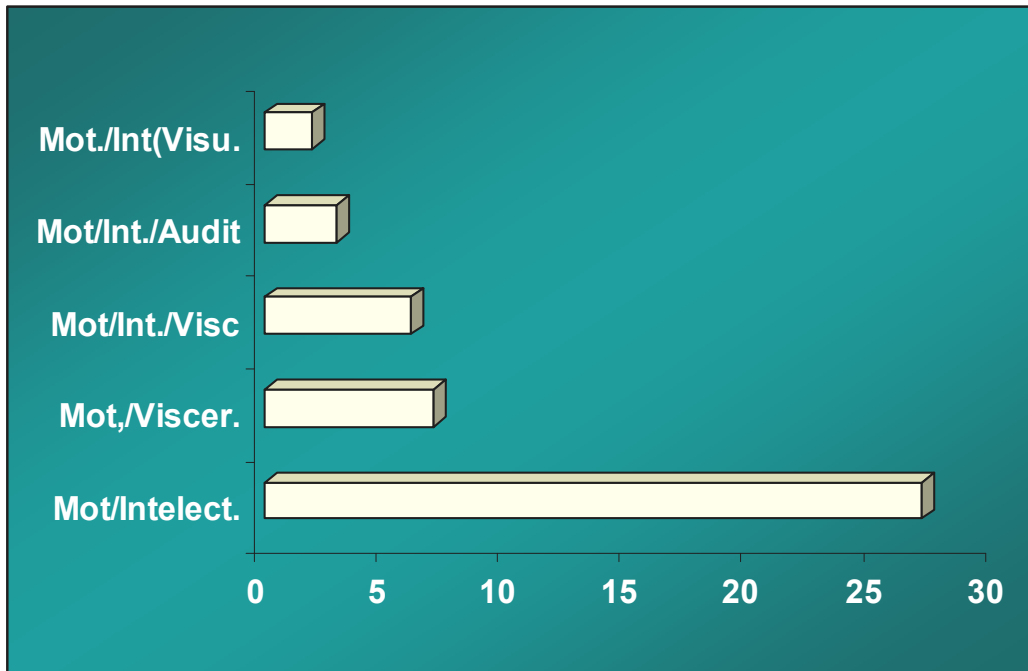
**Grafico N° 4: Distribución por Número de Discapacidades**



Fuente: Tabla N° 4 – Datos Propios : Aca Salud - Área Discapacidad (2009)

Al igual que en los resultados del ENDI, la asociación mas frecuente fue la motora con la intelectual superando ampliamente la motora con visceral, estos últimos corresponden a patologías congénitas (malformaciones del tubo neural).

**Grafico Nº 5: Distribución Asociaciones Tipos de Discapacidad**



Fuente: Datos propios: Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

Un dato significativo y que debe ser analizado a futuro con más profundidad es el importante número de familias con más de un hijo con discapacidad. En efecto esto se constata en diez familias, de las cuales nueve poseen dos hijos con discapacidad y una con tres hijos. Si bien globalmente sería el 5% debe evaluarse que se tendría que cruzar este porcentaje con las discapacidades adquiridas o diagnosticadas en los primeros 0 a 4 años, con lo cual su incidencia se elevaría.

### **3.2: Distribución geográfica de los beneficiarios con Discapacidad.**

El análisis de la distribución geográfica de los beneficiarios con discapacidad mostró un patrón mayoritario en el interior de la provincia de Bs. As y en Santa Fe, en esta última provincia con mayoría en la ciudad de Rosario, hallazgo consistente

con los orígenes de la Institución, tras la fusión de las dos organizaciones preexistentes que dieron inicio a la actual cooperativa.

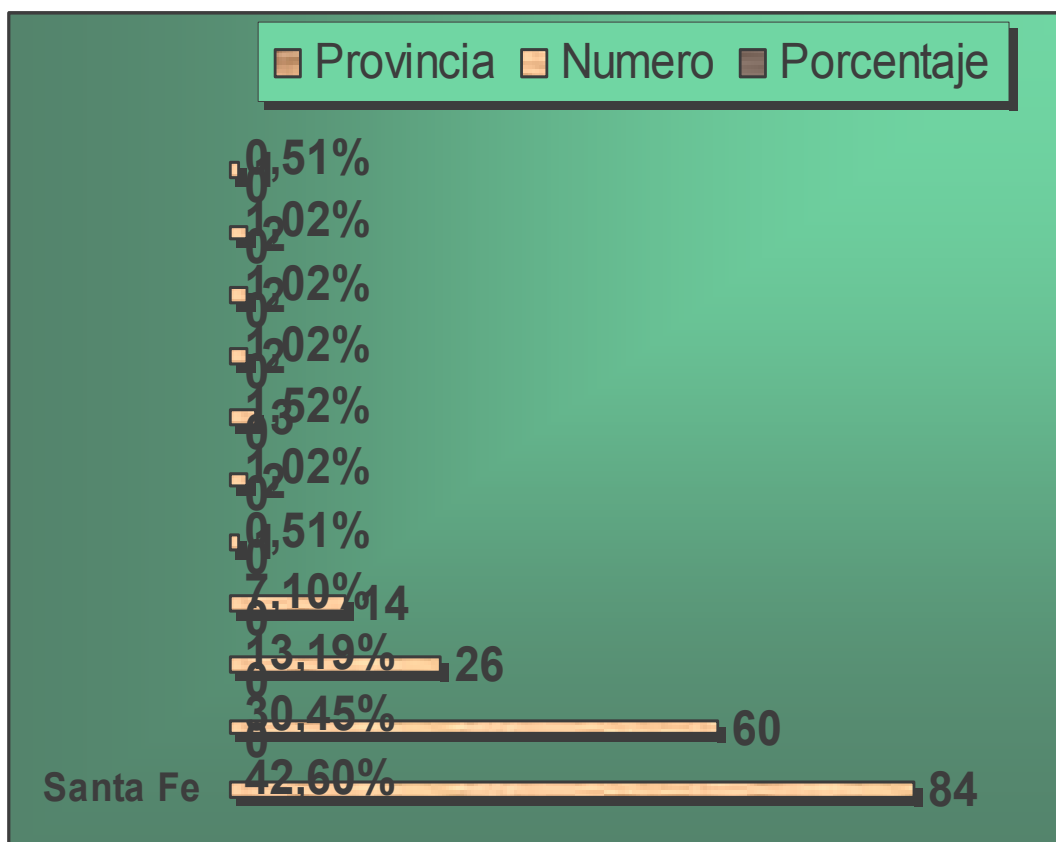
**Tabla N° 6: Distribución de PCD según Provincias**

Santa Fe	84	42,6%
Buenos Aires	60	30,45%
Córdoba	27	13,19%
Salta	14	7,10%
Río Negro	3	1,52%
La Pampa	2	1,02%
Entre Ríos	2	1,02%
Chubut	2	1,02%
Neuquén	1	0,51%
Corrientes	1	0,51%
CABA	1	0,51%

Fuente: Datos propios: Aca Salud – Área Discapacidad(2009)

Según lo muestra la Tabla N° 6 los restantes se distribuyeron en forma irregular en Córdoba, La Pampa, Entre Ríos, Salta, Chaco, Chubut, Corrientes, Neuquén, Caba y Río Negro.

**Grafico N° 6: Distribución PCD por Provincias**



Fuente Tabla N° 6 .Datos propios: Aca Salud –Área Discapacidad (2009)

**3.3: Acceso a prestaciones. La Inaccesibilidad como posible causa del no consumo.**

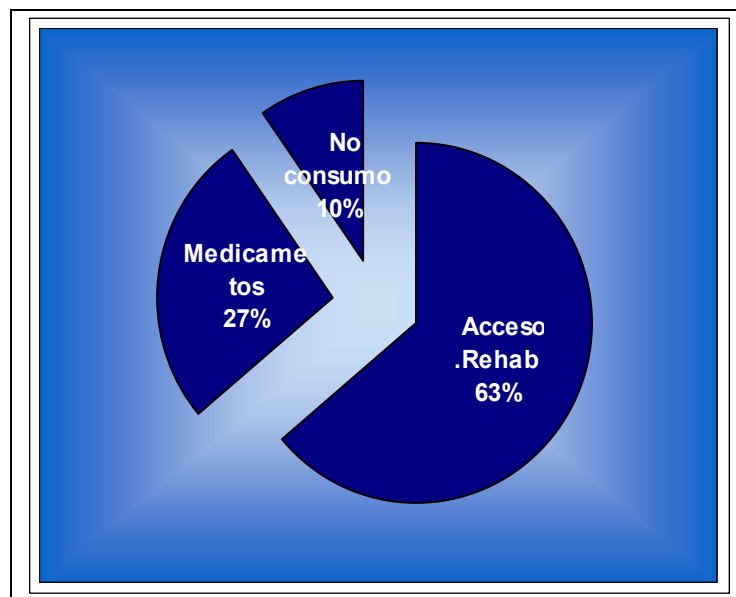
El estudio de la totalidad de los beneficiarios con discapacidad mostró en todo el país que hubo diecinueve PCD que no presentaron consumo alguno, mientras que cincuenta y tres solo solicitaron medicamentos, restando ciento veinticinco PCD que accedieron a prácticas de rehabilitación, ya sea como prestaciones independientes o bien a través de los módulos explicitados en la ley 24901.

**Tabla N° 7 : Distribución PCD Según Requerimientos**

PCD acceso Rehabilitación	125	63.45%
PCD consumen Medicación	52	26,40%
PCD sin consumo	19	9.65%

Fuente: Datos Propios: Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

**Grafico N° 7: Distribución del Consumo Periodo 4/09-6/09**



Fuente: Datos Propios: Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

La necesidad de transporte, a través de terceros, o con vehículo propio con otorgamiento de subsidio para favorecer los desplazamientos, pudo verificarse en veintidós beneficiarios, de los cuales diez se desplazaban dentro de su localidad de residencia, y de estos últimos siete correspondieron a Rosario ciudad con la máxima oferta prestacional y los restantes doce se dirigían hacia otras localidades por falta de profesionales en su localidad de origen.

Las distancias recorridas en los desplazamientos constatados fueron desde 30 Km. hasta 130 Km. Por viaje y en ocasiones implicaba cambiar de provincia.

Se constata atención domiciliaria en diez beneficiarios, tres de ellos con politraumatismos por lesiones externas.

Con el objeto de determinar las posibles causales del no requerimiento del grupo que no detenta consumo, y el fundamentalmente definir la incidencia de la inaccesibilidad entre dichas causas, se procede a evaluar el total del gasto devengado de cada uno de los beneficiarios con discapacidad a fin de confirmar si en periodos anteriores si se verificaron prestaciones de rehabilitación y/o educativas.

Surge de dicho análisis que de los diecinueve analizados diez recibieron prestaciones en el último año, cinco hace más de dos años, y dos de los restantes requirieron solo prestaciones asistenciales con traslado a CABA.

Esto permite presuponer que la inaccesibilidad si bien complejiza y limita la frecuencia de la atención puede ser subsanada en base a los recursos económicos del afiliado y la concurrencia de la cobertura de la Cooperativa. Comparativamente las solicitudes de transporte se radican en la ciudad con mejor oferta de transporte público y menores distancias.

Otros beneficiarios han suspendido la rehabilitación por descreimiento o por no considerarse que continúe la necesidad. Significativamente tres de las niñas con discapacidad sensorial auditiva implantadas precozmente manifiestan inclusión en sus comunidades en escuelas publicas y no han requerido mas que las calibraciones periódicas de sus implantes y eventuales materiales descartables para su correcto funcionamientos.



### **3.4: Distribución gasto y complejidad de prestaciones requeridas según localización.**

La distribución según localidades en la provincia y las características de densidad de cada localidad se realiza exclusivamente por razones operativas en la provincia de Santa Fe dado que es la única con numero significativo de beneficiarios con discapacidad en localidades urbanas y distribución complementario en localidades con densidades menores a los 150 habitantes por kilómetro según definición de la OCDE.

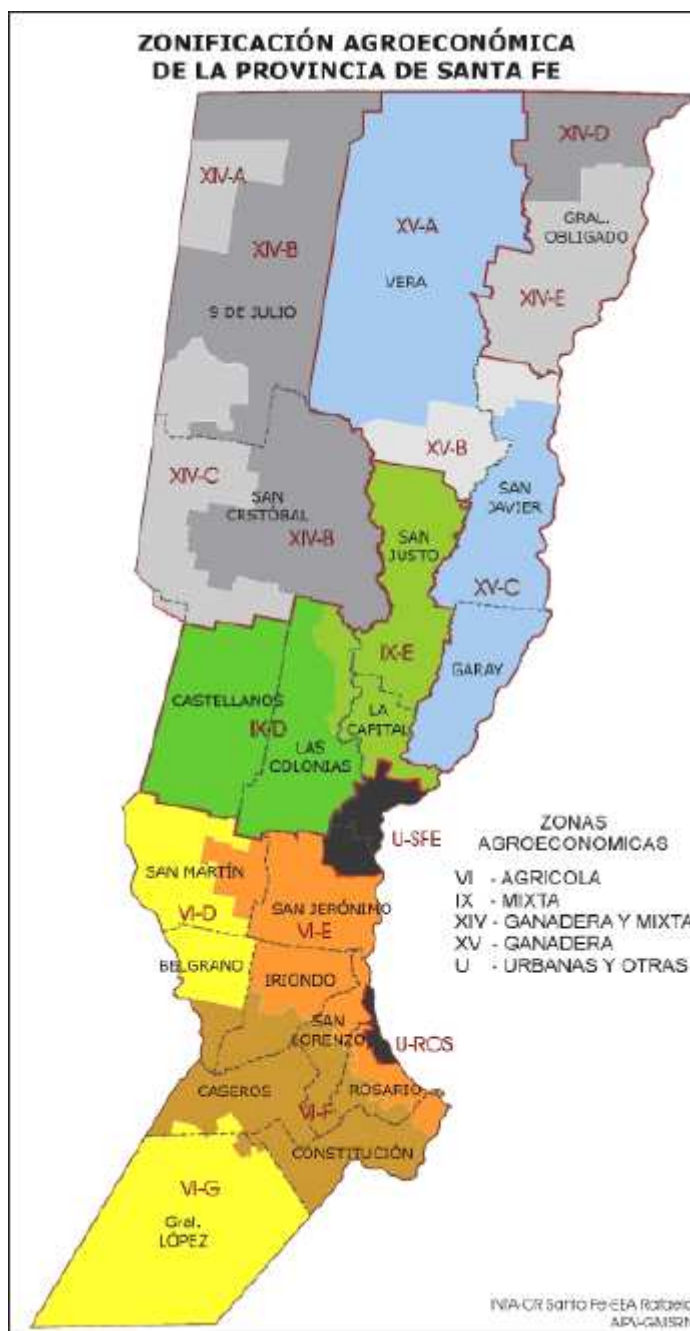
Esta Provincia cuenta con una superficie total de 133.007 Km. y una población según datos del Censo de 2001, lo cual le otorga una densidad global de 22,60 hab./Km. dividida en 19 departamentos, los cuales se dividen en distritos, categorizados en Municipio y Comunas. En la provincia hay 48 municipios y 315 comunas. Según la ley Orgánica de las Municipalidades tienen municipio aquellas que posean mas de 10.000 habitantes.

Es una provincia con suelos destinados a la actividad agrícola ganadera pero con desarrollo industrial, presentando un importante grado de diversificación. Contiene una de las cuencas lecheras mas importantes a nivel nacional.

Según los resultados del ENDI el porcentaje de discapacidad es superior al promedio nacional llegando a 7,6% en la provincia y variando el porcentaje según los departamentos analizados del 6,6% al 9,4%.Las cifras resultantes del Censo mencionado indican 66.575 PCD con un numero de sensoriales auditivos significativamente mayor al promedio y superando los motores y los de déficit intelectual (mental según ENDI).

Se anexa en Tabla Nº 8 la provincia según diagrama del INTA el cual determina que solo lo señalado como U correspondería a región urbana, y quedando como tal restringido a Rosario y su periferia, Santa Fe y sus alrededores.

**Grafico N ° 8 : Zonificación Agro económica**



Fuente: INTA -

Si se procede a ubicar a los beneficiarios con discapacidad según localidad (Tabla N) nos encontramos que se localizan en los departamentos del sur de la provincia, esto es en los Departamentos de Rosario, San Lorenzo, Iriondo, Caseros, Constitución y General López, a excepción de los que corresponden a la localidad de Malabrigo, Departamento de General Obligado al Noreste de Santa Fe.

**Tabla N° 9 : Localización PCD en Provincia Santa Fe**

<b>Localidad</b>	<b>N° de PCD</b>	<b>Población/ Densidad</b>
Rosario	45	1.519.666/1530
Venado tuerto	9	69.926/122.79
San Guillermo	3	7474---13
Cañada de Gómez	3	29759---56
Casilda	2	31930 / 83
Malabrigo	2	6523---19
Firmat	2	18706-54
Villa Cañas	2	9308---16
Elortondo	2	6388---14
Wheelright	1	6002---19
Villa Constitución	1	7693---47
Zavalla	1	4659---64
Arequito	1	6934---14
Armstrong	1	10411---34
Alcorta	1	7450---14
Sto. Cabral	1	15012----106.9
Bigand	1	5062----17
Granadero Baigorria	1	34913---592
María Teresa	1	3984-- 7
Pujato	1	3523---19
Berabevu	1	2393---11
Labordeboy	1	1092---9
Villa Mugueta	1	2440---9

Fuente: Datos propios: Aca Salud – Área Discapacidad Santa Fe 2009/ Datos Secundarios: INDEC 2001

Tal como se desprende de la Tabla N° 9 si se aplica el concepto de rural según el estricto criterio censal de la Argentina solo una persona con discapacidad viviría en zona rural toda vez que una única localidad, Labordelay, presenta una población menor a 2000 habitantes incluyendo la población dispersa con una densidad poblacional de 9 personas por kilómetro.

Si en cambio se aplica el criterio de la OCDE que considera como valor de corte 150 personas por kilómetro, el número de PCD que habitan en medio rural para la muestra en análisis asciende a 34 beneficiarios aunque este número se modificaría si se le agrega el concepto de gradiente (distancia a centro urbano mayor de una hora) dado las localidades rodean a la Ciudad de Rosario.

Para evaluar entonces si el criterio de densidad poblacional propuesto por la OCDE y expertos del BM, es el que refleja con mayor precisión la desventaja social en la que están inmersos las PCD se procede a desagregar el consumo de las prestaciones por ellos requeridas y efectuadas en un trimestre, tomando el periodo de abril a junio inclusive por razones operativas.

De la información brindada por el sistema se constata que se registra en la provincia un total de 84 PCD, de los cuales 45 habitan en localidades con densidades superiores al criterio de la OCDE y los restantes 39 en localidades con densidades menores a 150 Km. De estas se verifica requerimiento y acceso a prestaciones durante el periodo seleccionado en 57 PCD.

A fin de profundizar el análisis, en consecuencia inicialmente se agrupa las localidades en dos categorías:

1) Aquellas con densidad poblacional superior a 150 habitantes /Km.: 30 beneficiarios con algún tipo de discapacidad accedieron a prestaciones de rehabilitación y/o educativas.

2) Aquellas con densidades menores de 150 H/Km.: presentando 27 beneficiarios con consumo específico.

Al desagregarse luego esta última categoría en dos subcategorías:

2.a)-Aquellas que poseían densidades entre 50 y 149 habitantes/KM: 12 beneficiarios.

2.b)- Aquellas que presentan densidades inferiores a 50 habitantes por Km.:15 beneficiarios. Debe destacarse que en este subgrupo el promedio de densidad poblacional fue de 17 con rango entre 7y 47 hab. /Km.

El consumo registrado y su codificación revelan que tipo de rehabilitación se obtuvo en cada categoría y subcategoría, a la vez que se puede relacionar a través de la carga en el sistema de los módulos de la ley 24901 como parte del proceso de gestión del área, quienes tenían acceso a Instituciones categorizadas.

Previamente se analiza por sexo, edad y tipo de discapacidad ambos grupos para evidenciar si algún otro factor podía incidir significativamente en los resultados de constatare diferencia en el consumo.

De tal manera se obtuvieron los siguientes datos:

**Tabla Nº 10: Características PCD /Pcia Santa Fe con Consumo:**

<b>Localidades 150/Hab./Km.</b>	<b>Densidad Mayor</b>	<b>Localidades Hab./Km</b>	<b>Densidad Menor</b>	<b>150</b>
Mujeres:18	Hombres: 12	Mujeres:14	Hombres: 13	
Edad: Menor a 25 Años: 20 De 25 a 74 Años: 10		Edad: Menor a 25 Años: 18 De 25 a 74 Años: 8 Mas de 75 Años: 1		
Tipo de Discapacidad: -Motora: 6 -Intelectual: 18 -Sens. Auditivo: 1 -Sens. Visual: 1 -Visceral:1 -Mixta: 2		Tipo de Discapacidad: -Motora:9 -Intelectual: 12 -Sens. Auditivo: 2 Mixta: 4		

Fuente: Datos Propios. Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

Si bien se constata ligera mayoría de discapacidad intelectual en las aglomeraciones urbanas, dado que las discapacidades mixtas implican todas asociaciones con déficit intelectual en el grupo de localidades de menor densidad se

asume que son poblaciones relativamente homogéneas en sus características generales y por ende comparables en consumo.

**Tabla N° 11: Análisis tipo prestaciones según densidad poblacional**

<p>PCD en localidades con densidad mayor a 150 Hab./KM Numero: 30</p>	<p>Localidades incluidas y numero de PCD:  Rosario, y Granadero Baigorria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SE registran módulos ley 24901 en Int. categorizadas.</li> <li>• Transporte</li> </ul>
<p>PCD en localidades con 50 a 140 Hab./KM Numero: 12</p>	<p>Localidades incluidas: Venado, Casilda, Firmat, Cañada de Gómez y Zavalla.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso prestaciones individuales y Módulos Apoyo integral en localidad.</li> <li>• Transporte o viáticos traslado atención domiciliaria.</li> </ul>
<p>PCD en localidades con densidad menor a 50 (Med. 15 hab./Km.)- Numero:17</p>	<p>Localidades restantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso de profesionales independientes (una especialidad 50%) Modulo apoyo con supervisión externa</li> <li>• Subsidios o atención domicil.</li> </ul>

Fuente: Datos Propios. Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

Debe consignarse que cinco familias que originariamente pertenecían a este ultimo subgrupo sufrieron desplazamientos hacia localidades con mayor densidad poblacional, tres a la localidad de Rosario, y dos a las localidades de Venado y Zavalla, si bien no se pudo confirmar que las causas fueran en todos los casos por inaccesibilidad si se confirmo en dos de los mismos.

En cuanto al consumo promedio mensual que orienta a la frecuencia y complejidad de las prestaciones efectivamente recibidas en el periodo bajo análisis se obtienen los resultados siguientes:

**Tabla N° 12 : Gasto promedio mensual devengado según localización**

Localidades Grupo 1	Consumo : \$ 1443 Mensual	41,7% del gasto /mes/af.
Localidades Grupo 2.a	Consumo : \$ 1076 Mensual	31,1% del gasto/mes/af.
Localidades Grupo 2.b	Consumo: \$ 944 Mensual	27,2% del gasto/mes/af.

Fuente: Datos propios. Aca Salud – Área Discapacidad (2009)

### **3.5: Análisis relación acceso prestaciones/densidad poblacional.**

El análisis de los promedios utilizados en el trimestre seleccionado orienta a un consumo mucho mas intensivo en las localidades con mayor densidad poblacional y que se definirían como urbanas según la OCDE, consumo que seria superior en un 43% superior al promedio de las localidades con densidades inferiores(Consumo 2<sup>a</sup>+2b= \$1010 promedio mensual)

Si en cambio las relacionamos solo con las de densidad inferior a 49 hab./Km. (subgrupo 2.b) esta diferencia asciende al 53%.

Pero esta no resulta la única relación constatada, ya que de poder recibir prestaciones de rehabilitación, las mismas están a cargo de profesionales independientes, disponiéndose en general de fonoaudiólogo y kinesiólogo, no habiendo en ninguna localidad menor a 49hab/Km. centro categorizado por el SNR o por la autoridad correspondiente local, dado que han firmado convenio de homologación con la provincia bajo análisis en ninguna de las modalidades previstas en la ley 24901, a excepción de los SAMCO (Hospitales Comunitarios). Estos últimos presentan una concurrencia algo irregular de los profesionales y en general no otorgan prestaciones al grupo bajo análisis.

La permanencia de las PCD motora en las escuelas locales publicas, no habiendo oferta privada, fue condicionada a la presencia de acompañante a nivel secundario, por lo que en algunos casos se factura el modulo de apoyo. Las profesionales son maestras sin formación en educación especial en algunos casos con supervisión externa que se traslada desde la provincia de Córdoba con periodicidad bimestral a fin de supervisar el desarrollo del proceso de aprendizaje.

Si bien una de las localidades de la categoría 2.b posee escuela especial no hay matrícula disponible y la docente integradora no dispone del tiempo necesario para supervisar más casos.

En dos de los beneficiarios con discapacidad motora, los servicios de rehabilitación debieron armarse domiciliarios ya que no eran locales, con desplazamientos de los profesionales intervinientes desde localidades de mayor densidad. Esto representa un importante incremento del consumo del beneficiario con discapacidad a expensas de la inaccesibilidad, pero por otro lado desvirtúa el costo promedio mensual bajo análisis.

El beneficiario con consumo de menor monto es el que se localiza en la única comunidad rural según criterio censal, y el citado consumo obedece a la concesión de un subsidio de transporte que la cooperativa le otorgo a fin de que pudiera realizar actividad deportiva individual, ya que por propia elección había suspendido las sesiones de rehabilitación. En ambos casos sus desplazamientos, siendo una PCD motora y adolescente oscilan en un promedio de 250 Km. por viaje con una frecuencia de dos veces por semana.



## 4. CONCLUSIONES

EL concepto de ruralidad se encuentra actualmente en discusión, tanto desde una perspectiva conceptual como metodológica en lo que hace a su estimación. Así los expertos de diversas disciplinas plantean la necesidad de una nueva ruralidad a fin de enmarcar en ella una visión diferente del espacio y del desarrollo rural. La atención integral de las PcD en el ámbito rural no escapa a esta discusión cuestionándose la definición censal vigente en nuestro país. Se propone que para una adecuada valoración de su magnitud debe ser definida con conceptos más dinámicos como el gradiente urbano-rural y la evaluación de la densidad de las localidades, como ocurre en la OCDE y no simplemente basarla en el número de habitantes de los centros poblados.

Así como ocurre en la Discapacidad, que necesita ser definida y/o ponderada en forma similar en los distintos países para establecer un marco comparativo, también se impone el requerimiento de comparabilidad internacional en las estadísticas urbanas y rurales.

Si bien el BM ha cuestionado un concepto de comparabilidad absoluto dado que atentaría contra la heterogeneidad que busca ser respetada en el ámbito rural y que las distintas naciones presentan una variabilidad que no puede obviarse, el mismo OCDE sienta el precedente que el concepto de densidad propuesto puede relativizarse según las características propias de cada país; a tal punto que Japón presenta como umbral una densidad superior a 500 hab./Km. Dada nuestras características territoriales la densidad que sirva de división entre los conceptos merece ser adecuadamente valorada.

Independientemente de la definición que se proponga como superadora de la actual dicotomía urbana- rural para lograr esta comparación internacional, debe conciliarse con la comparación ínter temporal. Existe desde esta perspectiva respaldo conceptual entonces para mediciones tipo gradiente, en la que se considere además el uso de la tierra, el tipo de mercado laboral, la naturaleza de los asentamientos y a la densidad de la población.

Cabría en este marco considerar la relación íntima entre discapacidad y falta de desarrollo de los pueblos, dado que si la meta del desarrollo es erradicar la pobreza, la discapacidad puede ser a la vez causa y efecto del subdesarrollo y la pobreza.

En efecto la falta de educación lleva a un bajo nivel de alarma con detección tardía de diversidades funcionales y la consiguiente demora en la intervención temprana impidiendo compensar o minimizar los déficits.

La discapacidad en un jefe de familia puede desencadenar o aumentar la pobreza, por el riesgo de desempleo y el agotamiento de los recursos familiares dado el alto costo de los traslados. Por otro lado el cuidador de una PCD, habitualmente una mujer, se ve impedido de trabajar y contribuir a la subsistencia familiar.

No debe olvidarse que las PCD que residen en medio rural se sienten, y, efectivamente están, aisladas. La limitación en la disponibilidad de recursos acentúa la necesidad del auto cuidado y el papel de la familia en su atención.

La necesidad de mejorar la accesibilidad para las PCD del ámbito rural es un desafío que debe ser atendido por las políticas públicas. Esta ausencia parte desde el desconocimiento de su verdadera magnitud, toda vez que la única encuesta realizada a nivel nacional, el ENDI se realizó en aglomeraciones urbanas con más de 5.000 personas por falta de recursos del Estado.

La falta de infraestructura accesible, la dispersión y la limitación de recursos favorece la invisibilidad de las PCD con mayor compromiso en su calidad de vida.

Aun si bien el grupo bajo análisis, tiene trabajo y posee cobertura carece de una oferta de prestaciones de rehabilitación y fundamentalmente educativas que ayude a su desenvolvimiento, y a su autonomía. Y si bien la muestra analizada es pequeña y se encuentra dispersa se impone según los resultados la necesidad de involucrar en el mediano plazo a las comunidades locales promoviendo programas de rehabilitación que subsanen las falencias detentadas.

Se constata una concentración de la oferta de los centros categorizados, de las distintas orientaciones explicitadas en la ley 24901, solo en las poblaciones con densidades superiores a más de 100 hab. /Km., quedando para las localidades con menos densidad algún establecimiento funcionando como centro de día pero sin categorizar. En las menos pobladas las posibilidades de rehabilitación están a cargo de profesionales independientes, y no en todas las especialidades requeridas, dado el franco déficit de terapeutas ocupacionales. Todo lo cual configura un panorama inequitativo en el ámbito sanitario.

Deberá evaluarse a futuro la posibilidad de incentivación de promoción de efectores calificados en las localidades referenciales según estadísticas confiables, ya sea favoreciendo su asentamiento con valores regionalizados o a través de la disminución del umbral de exigencias en cuanto a lo edilicio.

El déficit de oferta educativa constatado reviste mayor complejidad aunque es igualmente desafiante por las posibilidades de desarrollo en una población predominantemente menor a los veinte años y una mayor posibilidad de promover la educación inclusiva por las características sociales del ámbito rural.

Se hace imprescindible promover políticas de Inclusión y desarrollo de potencialidades mucho más aun con las características territoriales de nuestro país, dichas políticas públicas a diseñar deberán involucrar a las PCD así como a sus familias y a las organizaciones no gubernamentales que trabajan con ellas.

Los límites de actuación deben ofrecer opciones reales de integración partiendo de diagnósticos adecuados de las necesidades y condiciones de vida de este colectivo, para nuestro grupo en estudio no siempre coinciden las prestaciones requeridas a las recibidas por lo que en los meses posteriores al trimestre seleccionado se ha trabajado reorientando al paciente, y en ocasiones a su grupo familiar para facilitar un aprendizaje que facilite a la PCD llegar a desarrollarse con la mayor autonomía personal que le sea posible.

El reconocimiento que la condición de D es un problema dinámico y social implica que para su adecuado tratamiento deben enfocarse tanto a la PCD como a la comunidad en que esta inserta, lo cual coincide con el modelo ecológico de la D y a su vez exige, la relevancia del análisis del medio social en el cual se desarrolla aplicando en la rehabilitación, educación y/ o intervención técnico un enfoque integral, sistémico y comunitario.

Si bien este fue el objetivo en el diseño inicial de la RBC, coincide la literatura que a veinticinco años de implementación, y sujeto a diversas reformas no se ha visto acompañada de los avances esperables.

Pese a esto sin tener conocimiento de experiencias similares que se hubieran instrumentado en el área bajo análisis, creemos que la aplicación de ese modelo conciliando el concepto de unidad territorial de lo rural es hacia donde deben encaminarse los esfuerzos de los múltiples actores intervinientes para favorecer la inclusión social y la autonomía de las PCD.

No olvidemos que como dice Schallock: "*La discapacidad individual no impide por si misma la capacidad de trabajar, participar y gozar los derechos ciudadanos,*" en lo que hace a nuestra responsabilidad como participantes del sector salud se deben instrumentar los medios para que el entorno les facilite la interacción, en vez de incrementar sus limitaciones funcionales cualquiera sea su naturaleza.

Por ende se concluye:

- Los beneficiarios con Discapacidad analizados en el presente trabajo muestran un patrón de distribución irregular con predominio de localización en las Pcias. De Santa Fe y Buenos Aires atento a los orígenes de la cooperativa de salud. La distribución por franja de edades, predominantemente menores de treinta años guarda relación al nacimiento de niños con D dentro del sistema de salud.
- La adecuada identificación y caracterización de las PcD en ámbito rural es imprescindible para evaluar el efectivo acceso a la cobertura, y el monitoreo de futuros indicadores de resultado en cuanto a objetivos de inclusión. Asimismo permitirá adecuar los desequilibrios oferta- demanda constatados.
- El aumento de costo y complejidad prestacional en las localidades urbanas de mayor densidad poblacional plantea la necesidad de redefinir lo rural en base a conceptos más dinámicos valorizando la inaccesibilidad geográfica y reorientando las políticas sociales a las comunidades en un todo coincidente con el modelo ecológico de la discapacidad. La densidad poblacional y el gradiente urbano- rural surge como alternativa válida en el presente caso.
- Si bien el grupo bajo análisis es economicante activo, resulta prioritario en la reorientación de las políticas sociales considerar la relación íntima entre discapacidad y falta de desarrollo de los pueblos, dado que la discapacidad puede ser a la vez causa y efecto del subdesarrollo y la pobreza.
- La definición censal vigente en nuestro país obstaculiza la estimación de su magnitud y por consiguiente a la planificación adecuada de servicios que atiendan sus necesidades, potenciando las barreras de accesibilidad a los mismos y generando situaciones de inequidad para este grupo. La falta de servicios socioeducativos basados en las comunidades y accesibles, la

dispersión espacial y la limitación de recursos favorece la invisibilidad de las PcD, redundando en adversidades para su calidad de vida.

Dra. Mónica Carmen Frati

## **BIBLIOGRAFIA:**

-Abellán García, Puga-González, Maria Dolores: "La Discapacidad en la Población Española".Est. monográfico. Murcia 2001.

-Arnau, Flavia:"Políticas Publicas, Discapacidad y Ruralidad."

-Brognia, Patricia: "El Derecho a la Igualdad o ¿ El Derecho a la Diferencia?" 2005

-Carvajal, Yuri y col. : "Propuesta para el Desarrollo de la Salud en el Ámbito Rural " 2007.

-Claval, Paúl (1980): "Geografía económica"

-COM (2007): Comunicación."Situación de las PCD en la Unión Europea: El plan de Acción europeo 2008-2009.

-Crown, Liz (1997): "Nuestra vida en su totalidad: rememoración del Modelo Social de la Discapacidad. En J. Morris (ED).

-Curiocca Rey y col: "El Servicio Social en Comunidades Rurales. Atención a grupos indígenas y personas con discapacidad. Rev. Od. Mexicana 2005.

-Charrualde, Javier:"La discapacidad en el medio Rural".CERMI 2007.

-Chomitz, Kenneth; et al.,(2005) Quantifying the Rural-Urban Gradient in Latin America and the Caribbean. BM.

-De Ferranti y col. The World Bank 2005: 'The real Contribution to Development'.

-Del Águila, Miguel:"Manual de Planeamiento Inclusivo".2005.

-Diez Cornago:"Accesibilidad geográfica de la Población Rural a los Servicios básicos de Salud: Estudio en la Provincia de Teruel. Doc. de Trabajo.(Centro de Estudios sobre la Despoblación y desarrollo de Arreas Rurales) Nº 3, 2004.

-Discapacidad en Chile:"Pasos hacia un Modelo Integral del Funcionamiento Humano"

Eroles, Carlos- Fiamberti, Hugo: Los Derechos de las Personas con Discapacidad. ED. Universitaria-2008
--

-Echeverri, Rafael y Ribero Maria (2002): Nueva Ruralidad: visión del territorio en América Latina y el Caribe.

-Faiguenbaum, Sergio y Namdar-Irani, Mina (2005). Definiciones de rural y / o urbano en el mundo. CEPAL

-FAO (2004): "La Nueva Ruralidad en Europa"

- Ferreira, Miguel: "Prácticas Sociales, identidad y estratificación, tres vértices de un hecho social.
- Fundación Eraski: "Dependencia en el medio Rural"-2008
- García Ruiz: "La Inclusión para las PCD: entre la igualdad y la diferencia." Rev. Cient. Salud Bogota 3(2) 235-246.2005
- Genero Jonquera: La discapacidad en el Sector Rural. Un desafío a la gestión.1999.
- Gómez, Sergio (2001).La Nueva Ruralidad": Que tan nueva? Univ. Austral de Chile.
- IICA, Marzo 2000.Nueva Ruralidad.
- INDEC. Primera Encuesta Nacional de PCD 2002-2003.Censo 2001.
- Katz .G-Lazcano- Ponce, E:" Discapacidad Integral: definición, factores etiológicos, clasificación, diagnóstico, tratamiento y pronóstico."Salud MX-2008.
- Marti, M:"LA Discapacidad en el niño. El ayer y el hoy. Actualización conceptual y prevención. Las Palmas,2008.
- Naciones Unidas:"Normas Uniformes sobre la igualdad de Oportunidades para las PCD" NY. EEUU.
- Naciones Unidas: Programa de Acción Mundial para las PCD. Madrid. (1998).
- Narváez Palacios, Sandra:"La focalización de las políticas Sociales hacia la población con discapacidad."Univ. Complutense de Madrid.
- Oliver, Mike:" The Politics of Disablement"- Ed. Mac Millán.
- Olivera Roulet, Grisel - SNR (2007)."Una aproximación integral a la Discapacidad".Boletín Informativo Nº 40.
- OMS. CIDD1: Madrid INNS1983.
- Palacios, Alejandra:"El Modelo social de la Discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Conv. Internacional sobre los Derechos de las PCD.
- Pantano, Liliana:"La Discapacidad como problema social".Eudeba 1993.
- Pantano, Liliana:"El Aporte de los datos para una comprensión actual del fenómeno de la Discapacidad" FAC .Cs. Sociales y Económicas.Doc. de trabajo.2006.
- Pérez Bueno, Luis Cayo: La realidad de las PCD en España. Revista Critica.2007
- Piñeiro, Diego:"Repensando la Ruralidad." Univ. de Chile.1999.

-PREDIF 2007: "Necesidades en el medio Rural de las PCD y sus familias." OS Caja Madrid.

-Rev. Agraria: "Redimensionando la población rural"-Perú.2007

-Sarto Martín, María Pilar: "Familia y Discapacidad" III Congreso. Univ. de Salamanca. INICO

- Savedoff, William "Políticas Publicas para las personas con Discapacidad en Chile: Aprendiendo de las Experiencias Internacionales"

-Schalock, Robert: "Hacia una nueva Concepción de la Discapacidad".III Jornadas Científicas Univ. De Salamanca, España.1999

-Sili, Marcelo: "Que es la Ruralidad"2009.Rev. La Cooperación.

-Sosnilla Rivero: "Un Análisis estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia." Universidad Complutense de Madrid. 2009

-Schriempff, Alexia (2001) (Re) fusing the amputal body. "Hypatia 16(4) 53-79.

-Swain, John y col. Disabling barriers. Enabling Environments. London Sage-open University.

-Vázquez- Bargeró y col." La Familia Internacional de Clasificación de la OMS. Una nueva visión."2001.

-Valiente, Celia: "Conciliación de la vida personal y laboral de las Mujeres con Discapacidad, las mujeres del ámbito rural y las mujeres empresarias. Documento de trabajo.

-Vega Fuentes, Amando: "De la dependencia a la Autonomía: Donde queda la educación? UNED, 2007.

-WHO: " Cost Analysis for Management of Rehabilitation Programmers" 1997.