LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PRESUPUESTO

UN ANÁLISIS DE LA ASIGNACIÓN Y EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA EN POLÍTICAS CLAVES PARA LA IGUALDAD Y LA INCLUSIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.

MAYO 2018

ACIJ
Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL PRESUPUESTO

Un análisis de la asignación y ejecución presupuestaria en políticas claves para la igualdad y la inclusión de las personas con discapacidad.

Equipo de trabajo

Dalile Antunez
María Celeste Fernandez
Melina Ons

Diseño

Guido Dinardi

Mayo - 2018

Este material es publicado bajo la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional License. Más información en: http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Índice

1 - Introducción 6

2 - Aclaraciones preliminares 8

3 - El presupuesto destinado a salud mental 9

a - El presupuesto de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones 10

b - El presupuesto de la Colonia Montes de Oca y del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte 15

c - El incumplimiento de la pauta presupuestaria del 10% 26

4 - El presupuesto de la Comisión Nacional Asesora para la Integraciónde las Personas con Discapacidad y de la Agencia Nacional de Discapacidad 28

5 - El presupuesto destinado a pensiones no contributivas 32

6 - La dificultad de identificar políticas para la educación inclusiva en el diseño presupuestario 37

7 - Conclusiones 38

1 Introducción

A lo largo de la historia, las personas con discapacidad han visto sistemáticamente vulnerados sus derechos, debido a la existencia de prejuicios y estigmas sociales basados en una idea arbitraria de la "normalidad". Esta idea oculta el hecho de que la discapacidad es una construcción social, una desventaja que sólo surge de la interacción entre la persona y la existencia de barreras y obstáculos generados por un entorno pensado para atender a las necesidades de sólo una parte la población, y que -consiguientemente- excluye a las demás personas. El modelo de prescindencia de las personas con discapacidad fue gradualmente reemplazado por una serie de normas y políticas que abordan su situación desde una lógica asistencialista que las concibe como objetos de caridad y no garantiza su inclusión plena en la comunidad.

Deconstruir ese paradigma y garantizar el cumplimiento efectivo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (en adelante, CDPD), que en Argentina tiene jerarquía constitucional, requiere la implementación de políticas diseñadas con enfoque de derechos, sostenibles en el tiempo y dirigidas a producir un cambio estructural y cultural profundo que transforme el modo en el que las sociedades conciben y actúan frente a la discapacidad.

La asignación de recursos económicos suficientes y adecuados es fundamental para el diseño de dichas políticas. El presupuesto es, entonces, una herramienta clave para garantizar que todas las personas, y en particular las personas con discapacidad, ejerzan sus derechos en condiciones de igualdad.

El presente informe estudia la asignación y ejecución presupuestaria en algunos organismos y políticas claves en materia de discapacidad, analizando su evolución en los últimos años y el presupuesto sancionado para el año 2018.

En particular, analizamos:

- Los recursos destinados a asegurar los derechos de las personas con discapacidad psicosocial y usuarias de servicios de salud mental y el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental;
- Los recursos destinados a la ex Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) y actual Agencia Nacional de Discapacidad (AND), organismo encargado de articular políticas para hacer efectivos los derechos de este colectivo;
- Los recursos destinados a pensiones no contributivas;

- La dificultad de identificar políticas para garantizar la educación inclusiva en el presupuesto del Ministerio de Educación de la Nación.

Asimismo, se aborda de modo transversal el impacto que tiene la falta de información adecuadamente desagregada sobre el presupuesto y sus actividades, lo que impide comprender qué se realiza en el marco de cada programa y si las actividades efectivamente se orientan a garantizar los derechos de las personas con discapacidad. En muchos casos, no es posible acceder a información sobre las actividades que se impulsan, las metas físicas proyectadas y alcanzadas, y a indicadores de impacto o resultado. Estos déficits en el acceso a información pública tampoco permiten evaluar si el Estado cumple con obligaciones legales concretas, como la obligación de destinar el 10% del presupuesto total de salud a políticas de salud mental (art. 32, ley 26.657).

Advertimos que este estudio no pretende ser exhaustivo, pues evaluar si el gasto público se orienta a garantizar los derechos de las personas con discapacidad requiere un análisis integral de la totalidad del presupuesto, evaluando en cada caso en qué medida las acciones de cada uno de los programas alcanza o tiene un impacto concreto sobre ellas. Supone asimismo el acceso a información no presupuestaria que permita entender, entre otras cosas, en qué medida todos y cada uno de los programas son accesibles y benefician efectivamente a personas con discapacidad, así como su impacto desde diferentes perspectivas (niñez, género, condición socio-económica, entre otras). Sin perjuicio de ello, consideramos que este trabajo constituye una aproximación que nos permite comprender el bajo nivel de prioridad que recibe este colectivo en la política pública y visibilizar falencias estructurales en la producción y acceso a la información presupuestaria.

2 Aclaraciones preliminares

En el presente informe, se hace referencia a tres tipos de presupuesto: original, vigente y devengado. El original es el sancionado por la ley de presupuesto. El vigente representa el monto que el Estado efectivamente tuvo disponible para cada programa o actividad durante un ejercicio, luego de las modificaciones a la citada ley, generadas por resoluciones o decisiones administrativas. El devengado o ejecutado, por su parte, es el monto que efectivamente se utilizó.

Los datos consignados en el presente informe se extraen del sitio web "Presupuesto Abierto"[1] y del oficial del Ministerio de Hacienda[2] , y se presentan ajustados por inflación. A los efectos de contemplar las variaciones de los precios en los análisis interanuales, todas las cifras se ajustan a precios de 2017. La serie de precios utilizada hasta marzo de 2016 surge de los cálculos realizados por EPyCA Consultores, basados en el Índice de Precios al Consumidor (IPC) de los Institutos de Estadística Provinciales. Para el período comprendido entre marzo de 2016 y diciembre de 2017 se recurrió al Índice de Precios al Consumidor (IPC) Nacional del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC). A fin de analizar las variaciones presupuestarias entre 2017 y 2018 se ajusta el presupuesto vigente del año 2017 a la inflación proyectada por el Gobierno Nacional en el mensaje del proyecto de ley de presupuesto de 2018, equivalente al 15,7%. Los cálculos de ejecución o sub-ejecución se realizan todos en relación al presupuesto vigente.

1- https://www.presupuestoabierto.gob.ar/sici/
2- https://www.minhacienda.gob.ar/onp/

3 El presupuesto en salud mental

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, tratado de derechos humanos con jerarquía constitucional, consagra el derecho de las personas con discapacidad a la salud (art. 25), a la libertad (art. 14), a vivir de forma independiente y a ser incluidas en la comunidad (art. 19). Así, prohíbe la privación de la libertad por motivos de discapacidad y obliga a los Estados a garantizarles la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir en igualdad de condiciones, asegurando que no se vean obligadas a hacerlo con arreglo a un sistema de vida específico y que tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad según sus necesidades.

La Ley Nacional de Salud Mental (ley 26.657), consagra una pluralidad de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental (derecho a ser tratadas con la alternativa menos lesiva sus derechos y libertades, al control de su internación, a ser informadas de sus derechos y su salud, a decidir sobre sus tratamientos, etc.), restringe las internaciones involuntarias y establece la obligación del Estado de sustituir los manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes por dispositivos alternativos que promuevan la inclusión social de las personas usuarias de servicios de salud mental (arts. 11 y 27).

Sin embargo, tanto la Convención como la ley son sistemáticamente incumplidas por el Estado nacional y por los Estados provinciales. Prueba de ello es que en diciembre de 2015 la Cámara Federal en lo Contencioso Administrativo Federal, en el marco de una acción de amparo colectivo[3], ordenó al Poder Ejecutivo Nacional y al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires la creación de dispositivos comunitarios para la externación de personas que -pese a tener el alta médica- permanecen internadas en hospitales psiquiátricos por razones sociales. A pesar de la condena judicial y a casi 3 años de su dictado, el Estado continúa sin proveerlos y las mantiene en condiciones de encierro, deteriorando su salud, impidiendo que puedan incluirse en la comunidad, y profundizando su situación de vulnerabilidad.

En este contexto, deviene relevante analizar si el presupuesto destinado a salud mental se orienta a cumplir con la normativa vigente, que dispone el reemplazo de las instituciones monovalentes por la creación de una red de dispositivos de salud mental con base en la comunidad.

A tal efecto, se analizará el presupuesto correspondiente a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a la Colonia Montes de Oca y al Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte (ex CENARESO), pues estos son los únicos organismos nacionales en cuyo presupuesto se registran y distinguen claramente las actividades destinadas

3- "S.,A.F. Y OTROS C/EN-Ministerio de Salud de la Nación y otros s/amparo Ley 16.986".

a salud mental. Ello no implica que no haya gasto en salud mental en otros programas y centros de salud, pero al no etiquetarse o detallarse las actividades tendientes a promoverla y qué montos serán asignados a ellas, no es posible afirmar que efectivamente se destinen recursos a dicha finalidad por fuera de los que son objeto de análisis en este informe.

a El presupuesto de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones

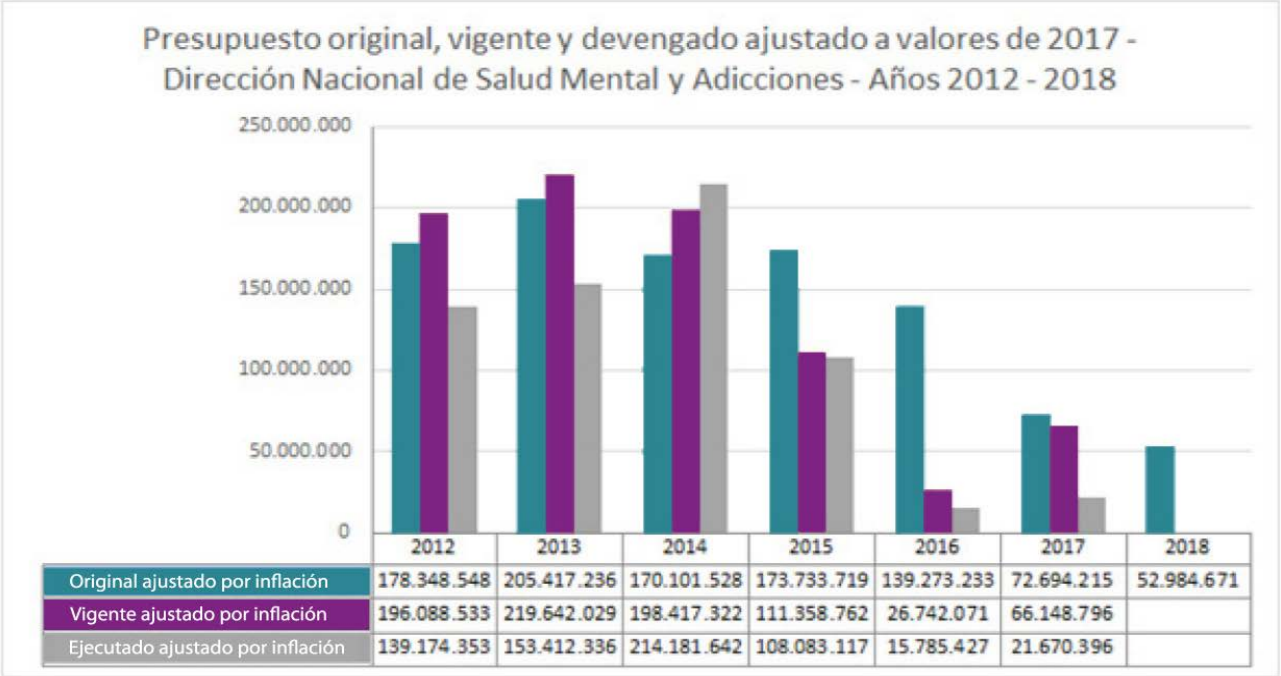
La Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, como autoridad de aplicación de la ley 26.657, tiene entre sus obligaciones[4] :

- Establecer las bases para un Plan Nacional de Salud Mental.
- Desarrollar recomendaciones dirigidas a las universidades públicas y privadas, para que la formación de los profesionales se realice de conformidad con la ley.
- Promover espacios de capacitación y actualización para profesionales, en particular para los que se desempeñen en servicios públicos de salud mental en todo el país.
- Promover el desarrollo de estándares de habilitación y supervisión periódica de los servicios de salud mental públicos y privados.
- Realizar un censo nacional en todos los centros de internación en salud mental del ámbito público y privado para relevar la situación de las personas internadas.
- Desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental que incluyan mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria.
- Promover la adecuación de la cobertura en salud mental de las obras sociales a los principios establecidos en la ley.

4- Las funciones de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones están establecidas en los artículos 31 a 37 de la ley 26.657.23

A pesar de la multiplicidad y amplitud de funciones que ostenta esta Dirección, en el período 2015-2017 su presupuesto se redujo significativamente, tanto si se miran los montos originales, como los vigentes y los efectivamente ejecutados.

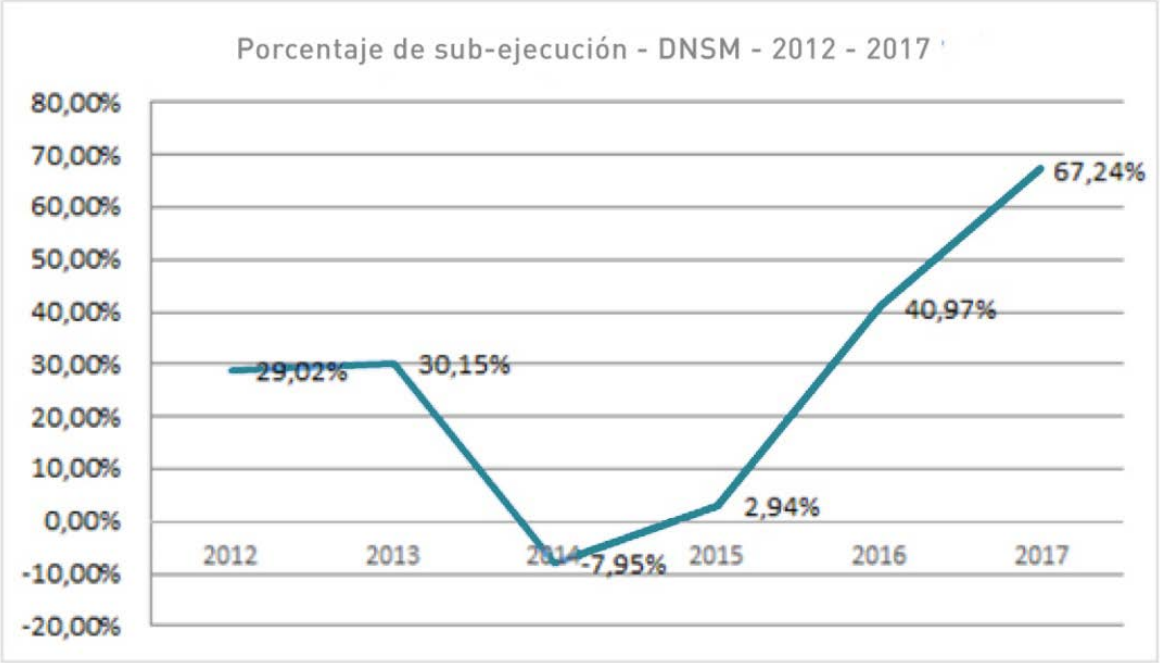
A su vez, **durante los años 2015, 2016 y 2017 se realizaron reasignaciones presupuestarias dispuestas por el Poder Ejecutivo, que redujeron sensiblemente el presupuesto sancionado por el Congreso.** En el año 2016, este recorte fue del 81%. En 2017, la baja no fue tan significativa: el presupuesto disponible fue un 9% más bajo que el dispuesto por la ley, pero este último fue 48% inferior al original de 2016. **Si bien en 2017 el presupuesto vigente aumenta respecto de 2016, continúa siendo sustancialmente menor a los valores registrados hasta 2015. En efecto, es un 41% más bajo que en 2015 y un 67% menor que en 2014.** A su vez, **para el año 2018 se prevé una asignación de $52.984.671, lo que representa una disminución del 20% respecto del presupuesto vigente para el 2017.**



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Original ajustado por inflación	178.348.548	205.417.236	170.101.528	173.733.719	139.273.233	72.694.215	52.984.671
Vigente ajustado por inflación	196.088.533	219.642.029	198.417.322	111.358.762	26.742.071	66.148.796	
Ejecutado ajustado por inflación	139.174.353	153.412.336	214.181.642	108.083.117	15.785.427	21.670.396	

En relación a los montos ejecutados, se advierte que **desde el año 2014 (monto ejecutado más alto dentro del período examinado) el presupuesto devengado sufrió una reducción de $192.511.246, lo que implica un recorte del 90%.**

Si se analizan los porcentajes de ejecución en los últimos años por la Dirección, se advierte que **en 2016 y 2017 existió una importante y persistente sub-ejecución de lo asignado. En 2016, el 41% del presupuesto no fue ejecutado, y en 2017, ese porcentaje ascendió al 67%, siendo este último el nivel de sub-ejecución más elevado de los últimos 5 años**, tal como se desprende del siguiente gráfico:



Más allá del análisis cuantitativo del presupuesto asignado y ejecutado, también es relevante analizar qué tipo de actividades lleva a cabo la Dirección con el presupuesto asignado, a fin de evaluar en qué medida la asignación y ejecución impacta sobre el cumplimiento de las actividades y metas planificadas, y asimismo si la asignación de recursos se orienta a cumplir con las obligaciones asumidas por el Estado en el plano internacional y nacional.

Según el mensaje del Poder Ejecutivo en el proyecto de presupuesto 2018, en el marco de la actividad de apoyo y promoción de la salud mental y adicciones[5] se llevan adelante acciones de capacitación a la comunidad, a médicos generalistas, pediatras y formadores universitarios; de cooperación técnica; de adecuación de las prestaciones desde el paradigma de la salud mental comunitaria, la desinstitucionalización y la estrategia de la intervención en salud mental comunitaria destinada a grupos de riesgo; de difusión para la población en general, equipos de salud e instituciones.

Si se toman las metas físicas[6] correspondientes al período 2012-2018, se observa que el Estado Nacional incluyó metas para solo dos actividades vinculadas a la salud mental. La primera se denomina "Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental", definidos en las cuentas de inversión como acciones de cooperación técnica con las provincias que se orientan a brindar al recurso humano del primer nivel de atención estrategias de intervención con relación a distintas problemáticas como uso abusivo de sustancias psicoactivas, vigilancia epidemiológica en salud mental y adicciones, violencia y abuso infantil, prevención del suicidio, patologías mentales

5- En el período 2012-2015, el presupuesto de la DNSM correspondió a la Actividad 7 ("Apoyo y promoción a la Salud Mental") del Programa 19 del Ministerio de Salud de la Nación ("Determinantes de la Salud, Relaciones Sanitarias e Investigación"). Luego de 2015, su crédito fue afectado a la Actividad 6 ("Apoyo y Promoción a la Salud Mental y Adicciones") del Programa 45 ("Prevención y Tratamiento de Patologías Específicas").

severas y prevalentes, justicia, salud mental y derechos humanos. La segunda actividad para la cual se establece una meta física -informada a partir del año 2015- es la "Asistencia Financiera a Proyectos de Salud Mental", consistente en líneas de apoyo financiero a los municipios para el desarrollo de proyectos de promoción de la salud. Estas actividades y sus correspondientes metas físicas son las mismas previstas para el 2018.

Como se desprende de la tabla siguiente, según las metas físicas establecidas para la primera actividad, cada año hasta el 2017 se habrían capacitado más personas que lo proyectado inicialmente. En este aspecto, es clave señalar que la falta de información suficiente y de indicadores de impacto adecuados, impide medir si las capacitaciones fueron efectivas para el objetivo que perseguían, y en qué medida su realización impacta en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental[7]. De la información analizada no surge en qué consisten los proyectos que se financian ni cuál es el impacto concreto que los talleres han producido en la práctica. Por este motivo, no es posible hacer una evaluación de la pertinencia de estas acciones para garantizar los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud mental.

En relación con las actividades de asistencia financiera a proyectos de salud mental, por su parte, las metas físicas proyectadas fueron sub-ejecutadas en un 70% en 2015 y totalmente sub-ejecutadas en el año 2016, en el que no se financió un solo proyecto. La cuenta de inversión de ese último año explica que: "la propuesta de Asistencia Financiera a Proyectos de Salud Mental no llegó a concretarse debido a dificultades en el financiamiento de los proyectos; si bien desde el área se realizaron tareas de promoción para subsidios de viviendas tuteladas, esas gestiones no llegaron a concretarse en el ejercicio". **En 2017, se ejecutó solo el 5% de las metas físicas correspondientes a esta actividad.**

En el caso de los proyectos que fueron financiados, la falta de información sobre sus características impide conocer de manera concreta si están en línea con las normas y principios de la Convención y la Ley Nacional de Salud Mental.

6 - Son los bienes y servicios que se producen, de acuerdo a cierta unidad de medida definida para la actividad de que se trate. Por ejemplo, cantidad de vacunas aplicadas, cantidad de becas otorgadas, cantidad de metros cuadrados construidos, cantidad de pacientes atendidos/as, etc. No deben confundirse las metas físicas con los indicadores de impacto o resultados de los programas y actividades, que procuran medir en qué medida su desarrollo genera el resultado concreto esperado con la implementación de las políticas.

7- En el ámbito nacional, el Poder Ejecutivo está desarrollando indicadores de resultado para medir el impacto de los programas y evaluar de manera más precisa en qué medida contribuyen a realizar los objetivos para los cuales fueron formuladas las políticas.

Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones - Metas Físicas 2012 - 2018

Año	Medición Física	Unidad de medida	Meta proyectada	Meta ejecutada	% Ejecución
2012	Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental	Participante	8.000	9.105	114%
2013	Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental	Participante	8.000	12.668	158%
2014	Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental	Participante	8.000	9.475	118%
2015	Asistencia Financiera a Proyectos de Salud Mental	Proyecto Financiado	40	12	30%
	Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental	Participante	12.000	15.719	131%
2016	Asistencia Financiera a Proyectos de Salud Mental	Proyecto Financiado	40	0	0%
	Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental	Participante	12.000	50.957	425%
2017	Asistencia Financiera a Proyectos de Salud Mental	Proyecto Financiado	40	2	5%
	Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental	Participante	12.000	13.341	111%
2018	Asistencia Financiera a Proyectos de Salud Mental	Proyecto Financiado	40	-	-
	Talleres de Cooperación Técnica en APS/Salud Mental	Participante	12.000	-	-

A modo de síntesis, cabe concluir que en un contexto de grave incumplimiento de las obligaciones estatales en materia de salud mental, **los recursos destinados a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se han reducido significativamente en los últimos años y se han registrado elevados niveles de sub-ejecución en esta dependencia, lo cual es ilustrativo de la posición marginal que este tema ocupa en la política pública.**

A su vez, **la información sobre la Dirección de Salud Mental y Adicciones incluida en los documentos presupuestarios carece de indicadores relevantes y adecuados sobre el impacto**

de sus actividades. Algunos ejemplos concretos de tales indicadores son los datos sobre la disponibilidad de servicios comunitarios para personas usuarias de servicios de salud mental, cantidad de personas externadas de instituciones monovalentes, cantidad de hospitales generales que cuentan con servicios de atención en salud mental, entre muchos otros, que sumados a indicadores adecuados sobre metas físicas, serían necesarios y apropiados para medir de manera concreta el impacto de sus actividades sobre el cumplimiento y realización de los derechos humanos.

b El presupuesto de la Colonia Montes de Oca y del Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte

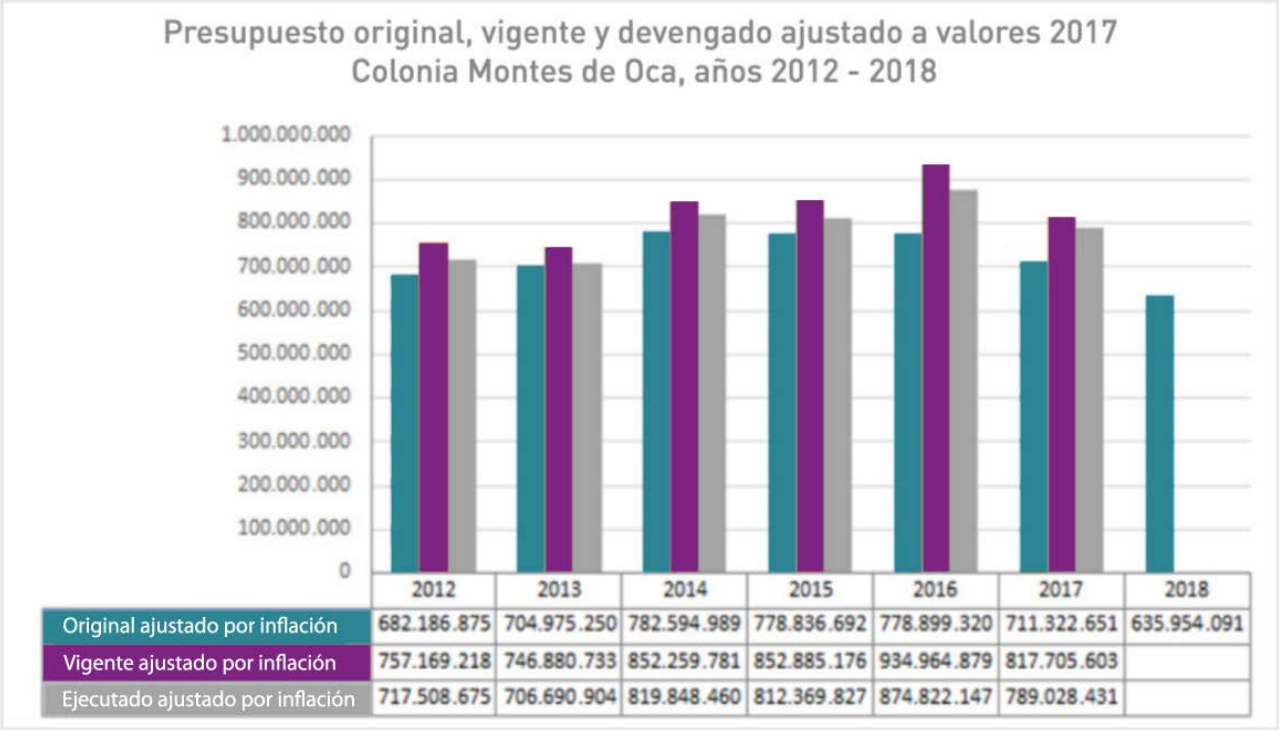
La Colonia Montes de Oca y el Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte son hospitales nacionales que dan atención especializada en salud mental.

En el proyecto de presupuesto son muy pocas las actividades en las que se desagrega la información relativa a estos hospitales, y en general reviste dificultad interpretar exactamente cuánto se dirige a cumplir la ley y cuánto a sostener el modelo manicomial[8] . Por la cantidad de personas internadas en cada uno de ellos, sin embargo, es posible inferir que gran parte de los recursos están destinados a lo segundo, lo que hace que el incremento general del presupuesto no pueda valorarse positivamente. Como se verá más adelante, en lo referido al tipo de actividades (no a los montos destinados a cada una de ellas), los informes de ejecución físico-financiera y las cuentas de inversión permiten ampliar en cierta medida la información.

Como aclaración preliminar, cabe señalar que existen algunos hospitales nacionales generales (por oposición a los especializados en salud mental) que también proveen atención en salud mental, pero en el proyecto de presupuesto sus actividades no están desagregadas y entre sus metas físicas no se registra ninguna relacionada con salud mental. En consecuencia, no es posible incluirlos en el presente análisis.

Respecto de la Colonia Montes de Oca, las variaciones presupuestarias son menores a las de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones. Entre 2015 y 2016 hubo una tendencia creciente en el presupuesto vigente y devengado, pero en 2017 los tres rubros disminuyeron, y el sancionado para 2018 es un 22% menor al vigente de 2017.

8- Ello ocurre porque no se correlacionan los datos financieros con los datos sobre metas físicas.



	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Original ajustado por inflación	682.186.875	704.975.250	782.594.989	778.836.692	778.899.320	711.322.651	635.954.091
Vigente ajustado por inflación	757.169.218	746.880.733	852.259.781	852.885.176	934.964.879	817.705.603	
Ejecutado ajustado por inflación	717.508.675	706.690.904	819.848.460	812.369.827	874.822.147	789.028.431	

En relación con los diferentes tipos de actividades llevadas a cabo en el período 2015-2017, si bien no es posible conocer la cantidad de dinero que se destina a la externación en relación con la totalidad de los fondos con los que cuenta la institución, el hecho de que la cantidad de personas internadas sea tan elevado y supere sensiblemente a la cantidad de personas beneficiarias de los programas de externación, permite inferir que **la internación de personas en hospitales monovalentes sigue ocupando un peso sumamente relevante en el presupuesto y en las actividades del hospital, contrariamente a los postulados de la Ley nacional de Salud Mental y la CDPD.**

En términos generales, la cantidad de personas con externación asistida y con alojamiento externo para la reinserción social es muy baja durante cada uno de los años del período 2015 a 2017, y se reduce a cada año. En efecto, si bien los porcentajes de ejecución de las actividades destinadas a externación han sido relativamente elevados, la cantidad de personas que recibieron asistencia financiera para la externación ("Regreso al Hogar"), fue de 68, 65 y 56 personas en cada año. A su vez, en el caso de las personas asistidas para el alojamiento externo para rehabilitación y reinserción social, la cantidad de de personas fue de 76, 78 y 72. El dato de la cantidad de viviendas alquiladas, por su parte, sólo se incluyó como una meta física para el año 2015.

Si se evalúan los egresos, uno de los indicadores más relevantes si se tiene en cuenta que la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y la Ley Nacional de Salud Mental promueven la desinstitucionalización de las personas usuarias de los servicios de salud mental, se advierte que también se redujo sensiblemente, ya que fueron 39 las

personas egresadas en 2015, 26 en 2016 y no se informó un solo egreso en el año 2017. Por último, la cantidad de personas con discapacidad psicosocial que reciben alojamiento permanente se redujo de 546 personas en el 2015, a 477 en el año 2017.

Colonia Montes de Oca - Metas físicas 2015

Medición Física	Unidad de medida	Meta final	Meta ejecutada	% Ejecución
Atención de Pacientes Ambulatorios	Consulta Médica	25.000	19.659	78,6
Alojamiento Permanente de Personas con Discapacidad Mental	Persona Asistida	516	546	105,8
Asistencia Financiera para la Externación - Regreso al Hogar	Persona Asistida	80	68	85,0
Rehabilitación en Centros de Día [9]	Concurrente Asistido	350	328	93,7
Alojamiento Externo para Rehabilitación y Reinserción Social [10]	Residente Asistido	90	76	84,4
	Vivienda alquilada	7	7	100,0
Servicio de Admisión [11]	Egreso	80	39	48,8
	Persona Asistida	80	62	77,5

9- En las cuentas de inversión de 2015 y 2016, se informa un descenso de la cantidad de pacientes con alojamiento permanente. En 2015, se registraron 546, lo cual según se indica representó una disminución del 6,8% respecto al año anterior. En 2016, el descenso fue del 10,3%, y se argumenta que ello se debe a que las intervenciones se orientan a favor de otros dispositivos de atención.

10 - En los informes de las cuentas de inversión de los años 2015 y 2016 se explica que este programa posibilita la externación del paciente que carece de recursos económicos a través del otorgamiento de una prestación social no reintegrable destinada exclusivamente a gastos de alimentación, vestimenta, esparcimiento, salud y demás gastos personales. El promedio anual de beneficiarios del Subprograma en 2015 fue de 68 pacientes, lo que representa una disminución con respecto a 2014 (73 pacientes). En 2016 descendió levemente a 65 pacientes.

11- En las cuentas de inversión de 2015 y 2016, se explica que en el marco de esta actividad se crearon residencias que funcionan como Casas de Convivencia o de Medio Camino para personas que se encontraban internadas. Se informa que según el indicador Rehabilitación y Externación Asistida de Pacientes, en 2015, alrededor del 16,8% de las personas fue asistida fuera de la Colonia, por medio de subsidios del Programa Regreso al Hogar o en viviendas alquiladas por la institución o por los propios pacientes, elevándose dicho porcentaje a 19,41% en 2016.

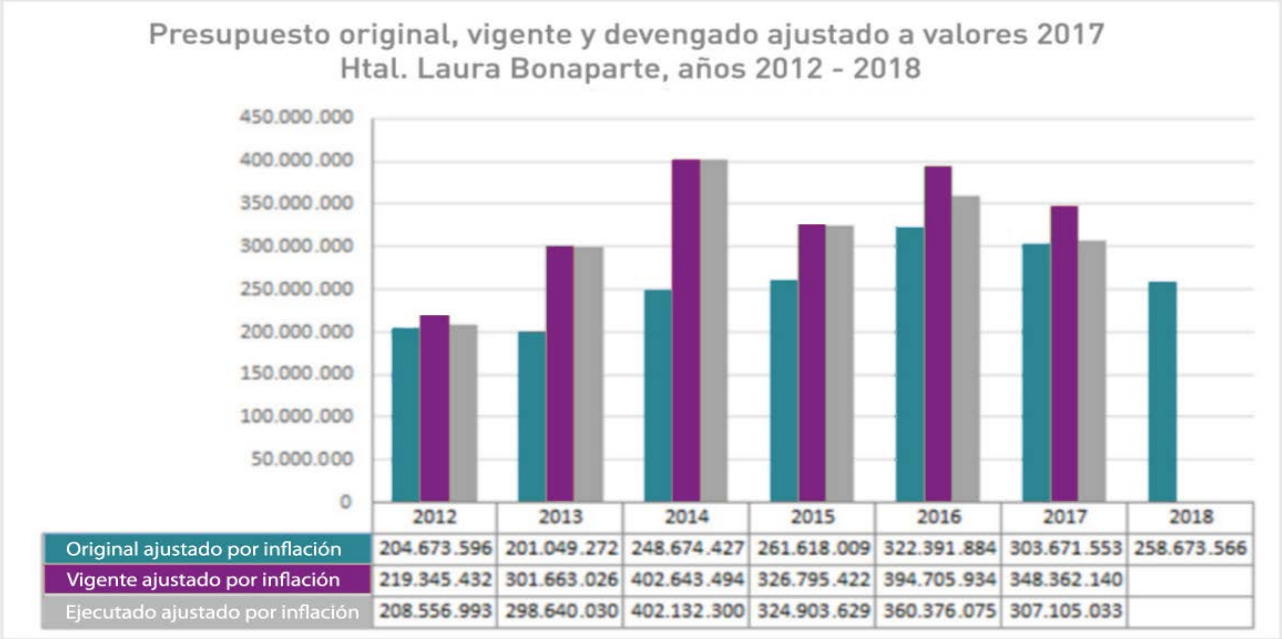
Colonia Montes de Oca - Metas físicas 2016

Medición Física	Unidad de medida	Meta final	Meta ejecutada	% Ejecución
Atención de Pacientes Ambulatorios	Consulta Médica	28.000	22.201	78,6
Certificación de la Discapacidad	Certificado Otorgado	140	66	47,1
Alojamiento Permanente de Personas con Discapacidad Mental	Persona Asistida	516	490	95,0
Asistencia Financiera para la Externación - Regreso al Hogar	Persona Asistida	72	65	90,3
Rehabilitación en Centros de Día	Concurrente Asistido	300	333	89,0
Alojamiento Externo para Rehabilitación y Reinserción Social	Residente Asistido	80	78	97,5
Servicio de Admisión	Egreso	80	26	32,5
	Persona Asistida	80	54	67,5

Colonia Montes de Oca - Metas físicas 2017

Medición Física	Unidad de medida	Meta final	Meta ejecutada	% Ejecución
Atención de Pacientes Ambulatorios	Consulta Médica	20.000	19.005	95%
Certificación de la Discapacidad	Certificado Otorgado	65	87	134%
Alojamiento Permanente de Personas con Discapacidad Mental	Persona Asistida	505	477	95%
Asistencia Financiera para la Externación - Regreso al Hogar	Persona Asistida	77	56	72,7%
Rehabilitación en Centros de Día	Concurrente Asistido	350	533	152,3
Alojamiento Externo para Rehabilitación y Reinserción Social	Residente Asistido	80	72	90%
Servicio de Admisión	Egreso	0	0	0%
	Persona Asistida	0	0	0%

El Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte, por otro lado, registra la siguiente evolución en el presupuesto original, vigente y devengado en el período 2012-2018:



Como puede observarse, en 2014 y 2016 se registró un incremento del presupuesto original, vigente y devengado respecto del año anterior, y en 2017 los tres rubros se vieron reducidos. En 2018, el presupuesto del Hospital se reduce un 26% respecto del vigente en 2017.

A continuación analizamos las metas físicas proyectadas y ejecutadas para las actividades cuya finalidad parece ser el cumplimiento de la obligación legal de proveer dispositivos de rehabilitación en la comunidad. Las dos actividades en las cuales ello aparece de modo más claro, que son **"Asistencia para la Reinserción Social (Casa de Medio Camino)"[12] y "Asistencia Financiera para la Externación (Vuelta a Casa)"[13] han sido sub-ejecutadas en 2015 y 2016.**

En 2015, el porcentaje de ejecución de metas físicas proyectadas alcanzó el 80% y el 92%, pero en 2016 solo llegó a 40% y 54%, respectivamente. A su vez, si se miran los datos concretos sobre la cantidad de personas asistidas, se advierte que se trata de un número muy bajo, y en el caso concreto del programa de casas de medio camino, se reduce cada año, hasta llegar a tan sólo 7 personas en 2017. Si bien la actividad "Asistencia Financiera para la Externación (Vuelta a Casa)" alcanzó un 106% de ejecución en 2017, a través de los años asistió a un número muy bajo de personas: 23 en 2015, 14 en 2016 y 25 en 2017.

Respecto de este hospital, también debe destacarse la gran cantidad de personas internadas en relación a las beneficiarias de los programas mencionados. En efecto, si se analiza la cantidad de personas internadas a tiempo completo, se ve que esta es mucho más alta, y que se mantiene relativamente estable a lo largo de los últimos tres años del período en estudio, durante el cual pasó de 172 personas en 2015, a 174 personas en 2017.

12- En las cuentas de inversión de 2015 y 2016 la Casa de Medio Camino se define como un dispositivo intermedio entre el tratamiento dentro del Hospital y la comunidad pensado para aquellas personas en condición de alta, que tiene por objeto reforzar los lazos y vínculos familiares y laborales y la promoción de una mayor autonomía e inclusión.

13- Según las cuentas de inversión, su objetivo es facilitar el regreso al hogar y contribuir al sostenimiento y manutención del paciente para su autonomía e inclusión socio comunitaria.

Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte - Metas físicas 2015

Medición Física	Unidad de medida	Meta final	Meta ejecutada	% Ejecución
Capacitación Profesional Técnica	Curso	280	296	105,7%
	Persona capacitada	4.500	6.481	144%
Acciones de Prevención en la Comunidad	Taller	450	516	114,7%
	Persona Asistida	975	1085	111,3%
Asistencia Financiera para Investigaciones	Investigación Realizada	10	16	160%
Admisión a la Demanda Espontánea	Paciente Asistido	17.000	22.432	132%
Asistencia Ambulatoria por Consultorios Externos	Paciente Asistido	540	617	114,3%
Asistencia Ambulatoria en Centro de Día	Paciente Asistido	80	85	106,3%
Asistencia a Internados de Tiempo Completo	Paciente Asistido	130	172	132,3%
Asistencia para Reducción de Riesgo y Daño (Casa Amigable)	Paciente Asistido	150	172	114,7%
Asistencia para la Reinserción Social (Casa de Medio Camino)	Paciente Asistido	15	12	80%
Asistencia Financiera para la Externación (Vuelta a Casa)	Paciente Asistido	25	23	92%

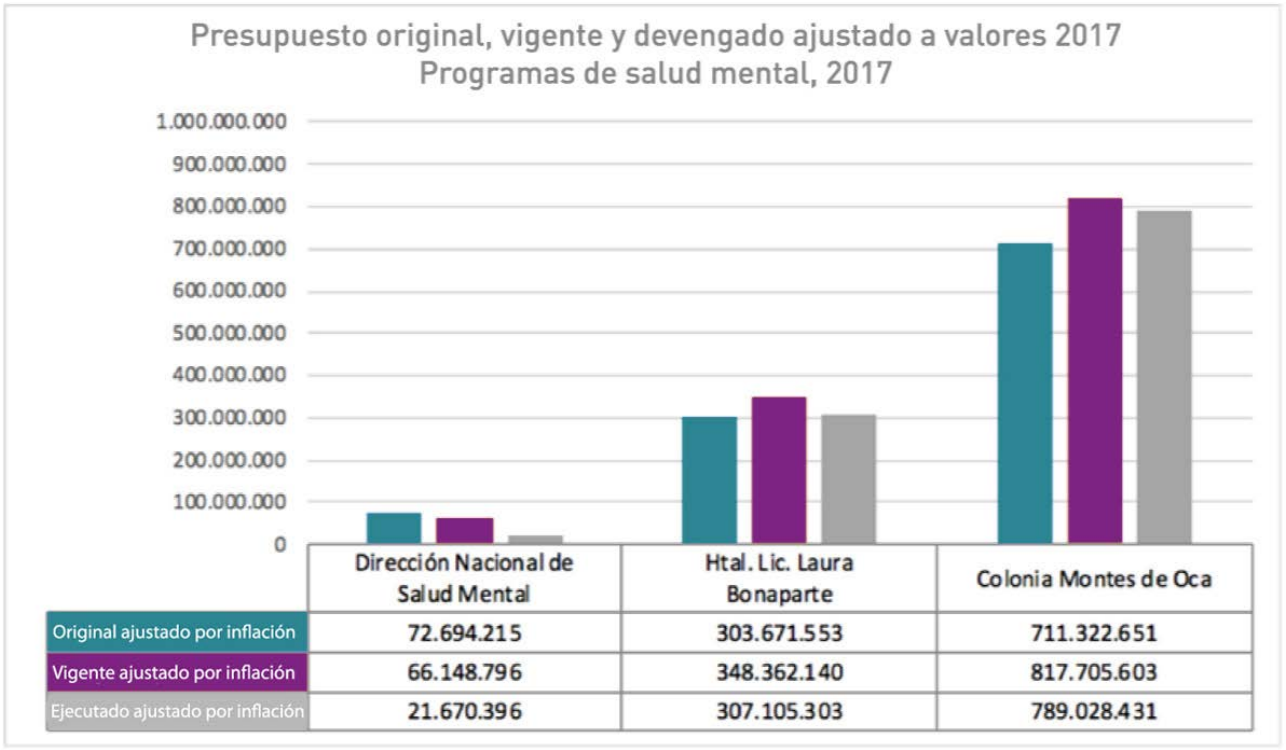
Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte - Metas físicas 2016

Medición Física	Unidad de medida	Meta final	Meta ejecutada	% Ejecución
Capacitación Profesional Técnica	Curso	350	454	129,7%
	Persona capacitada	5.000	6.126	122,5%
Acciones de Prevención en la Comunidad	Taller	450	581	129,1%
	Persona Asistida	975	1.125	115,4%
Asistencia Financiera para Investigaciones	Investigación Realizada	10	13	130%
Admisión a la Demanda Espontánea	Paciente Asistido	19.000	18.077	95,1%
Asistencia Ambulatoria por Consultorios Externos	Paciente Asistido	570	728	127,7%
Asistencia Ambulatoria en Centro de Día	Paciente Asistido	85	82	96,5%
Asistencia a Internados de Tiempo Completo	Paciente Asistido	140	164	117,1%
Asistencia para Reducción de Riesgo y Daño (Casa Amigable)	Paciente Asistido	200	306	153%
Asistencia para la Reinserción Social (Casa de Medio Camino)	Paciente Asistido	20	8	40%
Asistencia Financiera para la Externación (Vuelta a Casa)	Paciente Asistido	25	14	54%

Hospital Nacional en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte - Metas físicas 2017

Medición Física	Unidad de medida	Meta final	Meta ejecutada	% Ejecución
Capacitación Profesional Técnica	Curso	150	251	167%
	Persona capacitada	3.000	4.277	143%
Acciones de Prevención en la Comunidad	Taller	550	558	102%
	Persona asistida	1.200	1.698	141%
Admisión a la Demanda Espontánea	Paciente Asistido	12.000	10.980	91,5%
Asistencia Ambulatoria por Consultorios Externos	Paciente Asistido	700	593	84,7%
	Prestación Efectuada	10.000	11.141	111%
Asistencia Ambulatoria en Centro de Día	Paciente Asistido	67	77	114%
Asistencia a Internados de Tiempo Completo	Paciente Asistido	170	174	102%
Asistencia para la Reinserción Social (Casa de Medio Camino)	Paciente Asistido	8	7	88%
Asistencia Financiera para la Externación (Vuelta a Casa)	Paciente Asistido	24	25	106%

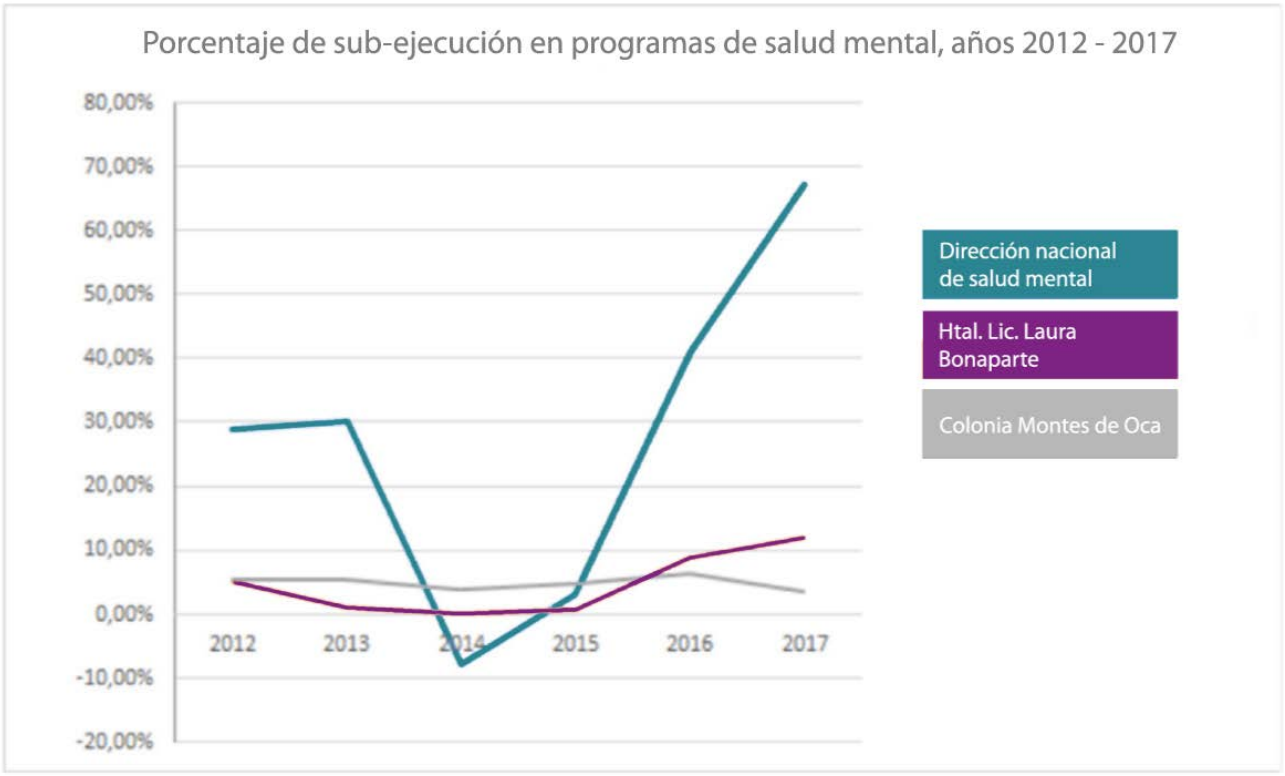
Si contrastamos los presupuestos de estos dos hospitales con el de la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones se observa que a esta última se le asignaron muchos menos recursos en el período estudiado. El siguiente gráfico visualiza el presupuesto original, vigente y devengado en 2017 para cada uno de estos organismos:



	Dirección Nacional de Salud Mental	Htal. Lic. Laura Bonaparte	Colonia Montes de Oca
Original ajustado por inflación	72.694.215	303.671.553	711.322.651
Vigente ajustado por inflación	66.148.796	348.362.140	817.705.603
Ejecutado ajustado por inflación	21.670.396	307.105.303	789.028.431

Como puede observarse, **los presupuestos sancionados, vigentes y ejecutados en 2017 por el Hospital Laura Bonaparte superaron en un 418%, en un 527% y en un 1417% los de la Dirección Nacional de Salud Mental. Los de la Colonia Montes de Oca, por su parte, lo superaron en un 979%, 1.236% y 3.641%.**

También resulta ilustrativo remarcar que **si bien en los tres programas de Salud Mental se registra sub-ejecución presupuestaria, indudablemente la más pronunciada es la correspondiente a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones,** tal como lo muestra el siguiente gráfico:



Lo expuesto en estos acápites evidencia una problemática estructural en términos de cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. En primer lugar, porque al disminuir y sub-ejecutar los recursos de la Dirección, que es su autoridad de aplicación, se torna prácticamente imposible diseñar las políticas que la norma impone. Además, a 10 años de su sanción, los centros de salud analizados continúan funcionando como instituciones monovalentes y no se han transformado en hospitales generales ni en dispositivos comunitarios. Si bien ambos han implementado algunas actividades destinadas a la externación, el contraste entre la cantidad de personas internadas y las beneficiarias de dichos programas permite inferir que estos destinan más recursos a sostener internaciones que a externar y avanzar en el modelo de atención en salud mental comunitaria.

Este análisis permite concluir, entonces, **que gran parte de los recursos del Estado aún se destinan a sostener un modelo de institucionalización por motivos de discapacidad que no favorece la autonomía y la inclusión comunitaria y que viola las obligaciones que la normativa vigente impone al Estado argentino.**

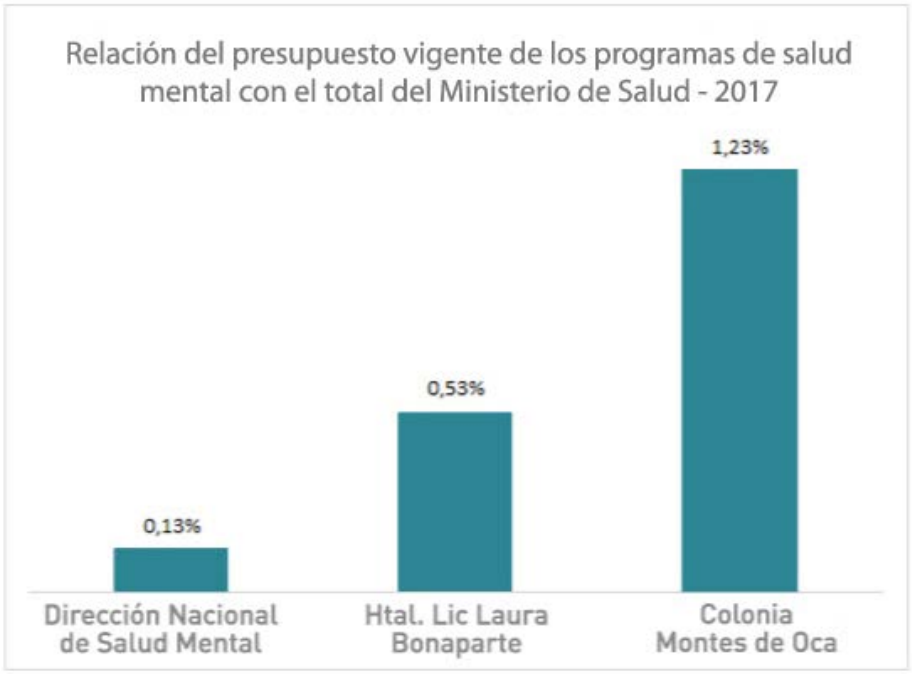
C Incumplimiento de la pauta presupuestaria del 10%

La Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en 2010, establece que *"en forma progresiva y en un plazo no mayor a TRES (3) años a partir de la sanción de la presente ley, el Poder Ejecutivo debe incluir en los proyectos de presupuesto un incremento en las partidas destinadas a salud mental hasta alcanzar un mínimo del DIEZ POR CIENTO (10%) del presupuesto total de salud"* (artículo 32).

Sin embargo, **actualmente no es posible evaluar el cumplimiento de dicha pauta presupuestaria. Con excepción de los recursos asignados a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones, a la Colonia Montes de Oca y al Hospital Nacional en Red especializado en Salud Mental y Adicciones Laura Bonaparte,** cuyo objeto central es la realización de actividades relacionadas con salud mental, **ni los proyectos de presupuesto ni las cuentas de inversión detallan en forma particularizada cuál es el gasto destinado a estas políticas, y no se aplican mecanismos que permitan identificarlo y cuantificarlo en los diferentes programas** (como el etiquetado de partidas). A su vez, aún ante la existencia de un programa o actividad en la que consta expresamente el destino a salud mental, de ello tampoco se desprende que sus recursos se orienten a la efectiva implementación de la ley.

Sin perjuicio de que los presupuestos de estos organismos no representan la totalidad del gasto en salud mental, su análisis permite concluir que el porcentaje que dicho gasto ocupa dentro del presupuesto total de salud es ínfimo.

A modo de ejemplo, **la suma de los presupuestos vigentes en 2016 para las tres entidades analizadas representa el 1,71% del presupuesto total del Ministerio de Salud. En 2017, el porcentaje se eleva apenas al 1,89%**.



A su vez, **si se evalúa lo proyectado en el año 2018, se advierte que salud mental representa sólo el 1,6% del presupuesto total proyectado para el Ministerio de Salud. Si se realiza el mismo cálculo pero en relación a lo proyectado en la función salud, el porcentaje disminuye a 0,89%.** En síntesis, tanto si el gasto en salud mental se relaciona con el presupuesto total del Ministerio o con el total correspondiente a la función Salud, es claro que **actualmente la proporción claramente orientada a salud mental está muy por debajo del 10% impuesto por la ley 26.657.**

4 El presupuesto de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad y de la Agencia Nacional de Discapacidad

La Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS) se creó en 1987 con el objetivo de promover la inclusión de las personas con discapacidad en la sociedad. En el año 2017, fue reemplazada por la Agencia Nacional de Discapacidad (AND), creada por decreto 698/2017 con carácter de organismo descentralizado en la órbita de la Secretaría General de la Presidencia de la Nación.

Además de las competencias de la CONADIS, la Agencia también absorbió las funciones de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, hasta ese entonces dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, que fue suprimida por el mencionado decreto. De acuerdo a lo establecido en dicha norma, la Agencia tiene a su cargo el diseño, coordinación y ejecución general de las políticas públicas en materia de discapacidad, la elaboración y ejecución de acciones tendientes a promover el pleno ejercicio de los derechos de este colectivo y la conducción del proceso de otorgamiento de las pensiones por "invalidez"[14] y de las emergentes de las leyes 25.869 y 26.928 en todo el territorio nacional.

Previo a comenzar con el análisis del presupuesto destinado a estos organismos, es necesario realizar algunas aclaraciones. Hasta el año 2016, CONADIS figuraba en el diseño presupuestario como unidad ejecutora de la actividad 2 ("Sistema de Prestaciones Básicas") del programa 21 ("Asistencia y Coordinación de Políticas Sociales") del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. En el año 2017, CONADIS no aparece como una categoría con imputación presupuestaria, sino que -como unidad ejecutora de la mencionada actividad- figura genéricamente el Consejo. A partir de 2018, la Agencia posee una planilla presupuestaria anexa especial, en la que aparece como unidad ejecutora del Programa 16 ("Acciones de Integración de Personas con Discapacidad") y del Programa 23 ("Pensiones no Contributivas por Invalidez").

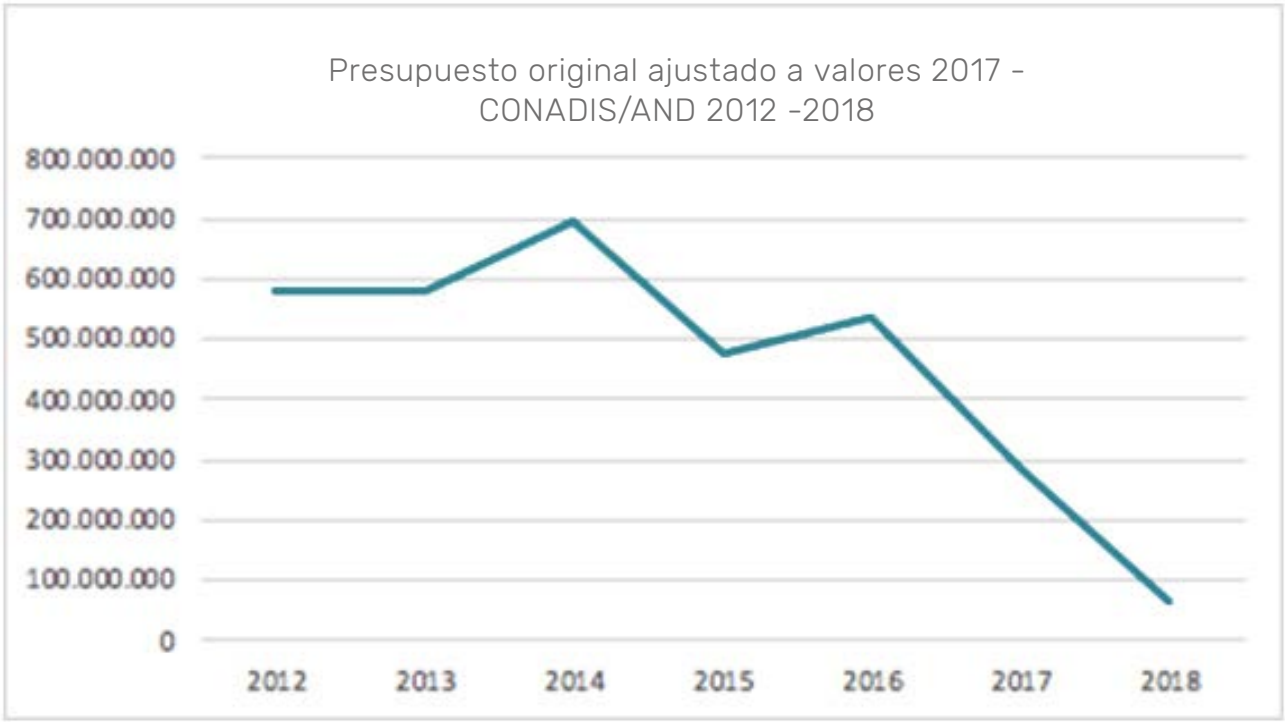
A los efectos de este informe, se presume que en el período 2012-2017 lo destinado a la actividad "Sistema de Prestaciones Básicas" es el total asignado a CONADIS, puesto que esta no aparece como unidad ejecutora de ninguna otra actividad. Aun cuando en 2017 no se especifique qué organismo del Consejo de Coordinación de Políticas Sociales es el que ejecuta la actividad mencionada, se presume que su falta de mención se debe a que CONADIS sería disuelta[15]. Para analizar el presupuesto asignado a la Agencia en 2018, aquí solo se tendrán en cuenta los recursos asignados al programa "Acciones de integración a las personas con discapacidad", sin considerar aquellos destinados a pensiones no contributivas por invalidez, pues estos últimos se observarán separadamente en el siguiente apartado.

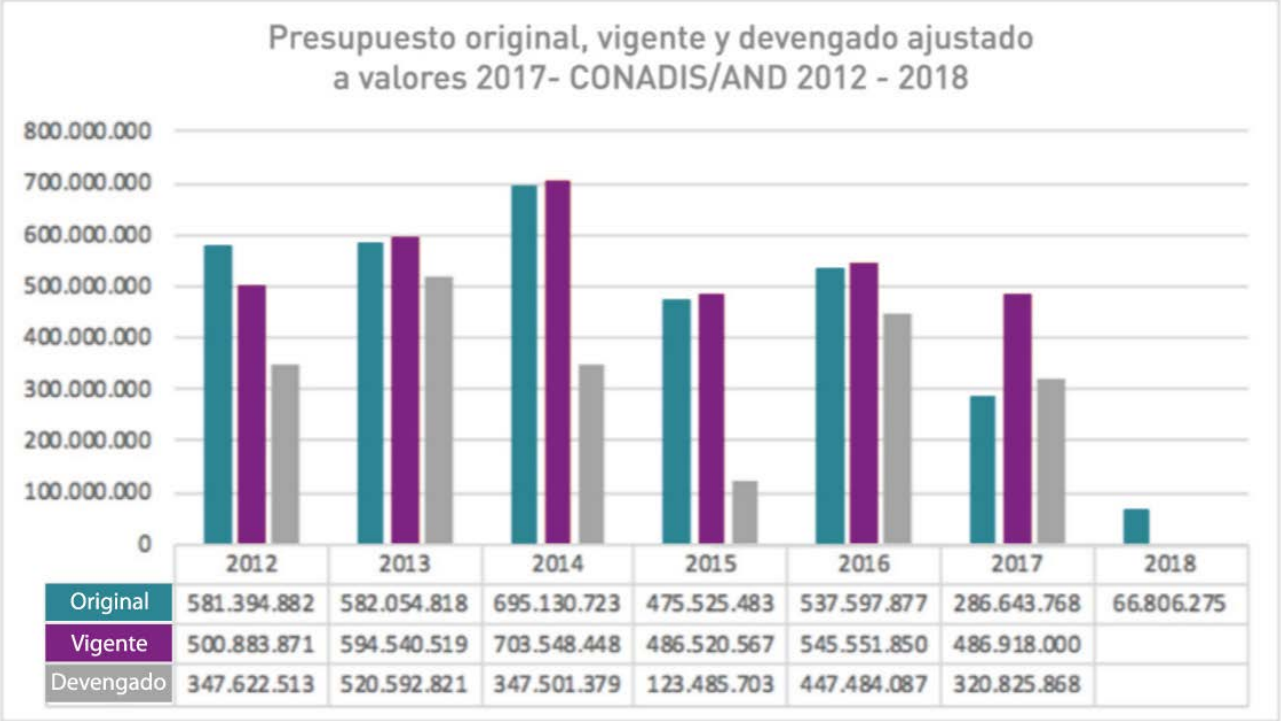
14 - Este término es el utilizado por la normativa que regula el otorgamiento de estas prestaciones, pero figura entre comillas porque su uso de dicho término no es conforme a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

15 - En el proyecto de presupuesto 2018 se aclara que la estructura programática y los créditos presupuestarios de los organismos disueltos (CONADIS y Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales) continúan vigentes en el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, y que próximamente se incluirían los nuevos organismos descentralizados en la órbita de las respectivas jurisdicciones y se re-estructurarían los créditos presupuestarios correspondientes.

A continuación, se detalla la evolución presupuestaria de la ex CONADIS y actual Agencia Nacional de Discapacidad (las cifras se hallan ajustadas por inflación a valores de 2017):

Año	Presupuesto original	Presupuesto vigente	Presupuesto ejecutado	% de ejecución
2012	581.394.882	500.883.871	347.622.513	69%
2013	582.054.818	594.540.519	520.592.821	88%
2014	695.130.723	703.548.448	347.501.379	49%
2015	475.525.483	486.520.567	123.485.703	25%
2016	537.597.877	545.551.850	447.484.087	82%
2017	286.643.768	486.918.000	320.825.868	66%
2018	66.806.275	-	-	-

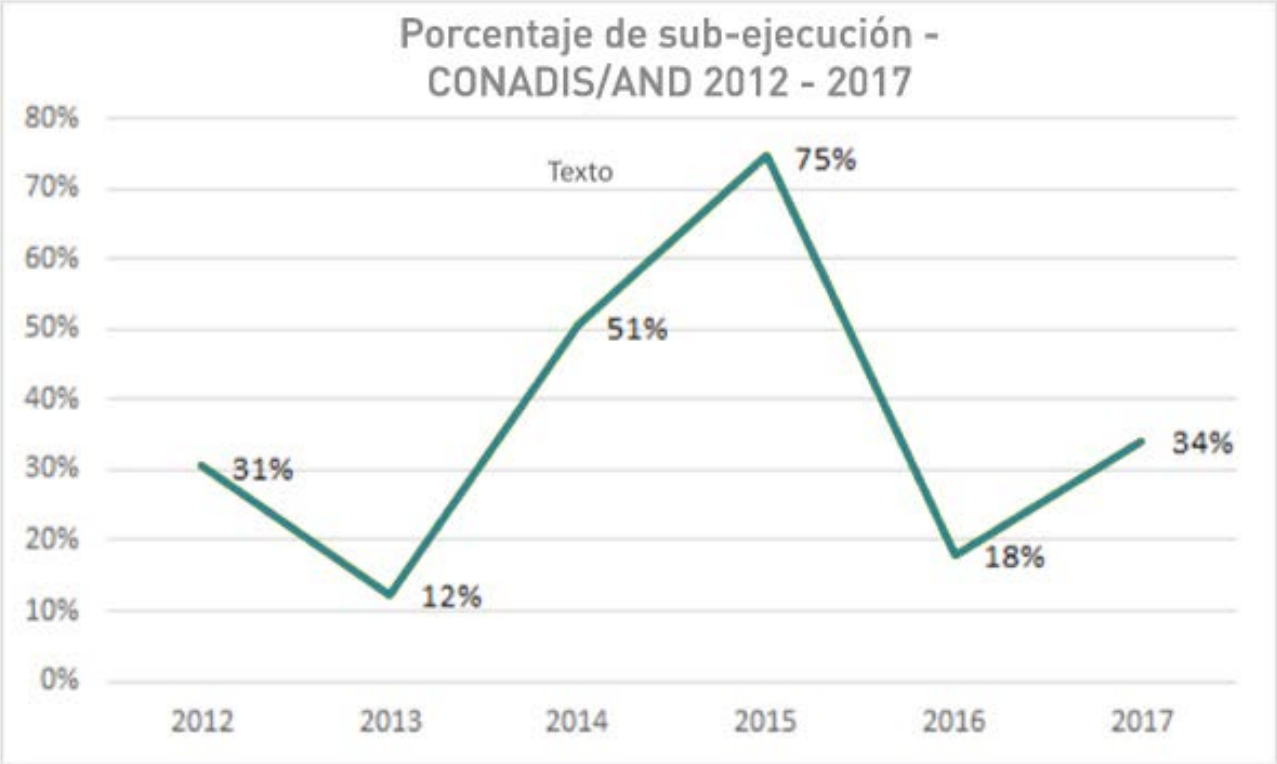




	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Original	581.394.882	582.054.818	695.130.723	475.525.483	537.597.877	286.643.768	66.806.275
Vigente	500.883.871	594.540.519	703.548.448	486.520.567	545.551.850	486.918.000	
Devengado	347.622.513	520.592.821	347.501.379	123.485.703	447.484.087	320.825.868	

Como surge de los datos anteriores, en 2017 se observa una **reducción sustancial en el presupuesto asignado por la ley a la ex Conadis y actual Agencia Nacional de Discapacidad,** tendencia que continúa para el año 2018. En efecto, **el presupuesto original de 2017 fue un 47% más bajo que el original de 2016. Por su parte, el presupuesto proyectado para 2018 es un 77% más bajo que el original de 2017. Ahora bien, en 2017 el presupuesto vigente es mucho mayor que el original, con lo cual si tomáramos el vigente para calcular la diferencia respecto del sancionado para 2018, la reducción es aún más notoria, alcanzando el 86%.**

Por otro lado, **en 2017 el porcentaje de sub-ejecución duplicó el de 2016, alcanzando un 34% de sub-ejecución, superado solo en 2014 (51%) y en 2015 (75%).**



Por falta absoluta de desagregación en los documentos presupuestarios (ley de presupuesto y cuentas de inversión) **no es posible conocer en detalle el tipo de actividades que realizó CONADIS.** A su vez, este organismo no figura en los informes de ejecución físico-financiera.

En la cuenta de inversión de 2016, solo se menciona que aplica la ley 25.730 y administra el Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad, una fuente de financiamiento de aplicación específica de recursos destinados a programas y proyectos para asistencia directa a personas con discapacidad, o bien indirecta mediante subsidios que se otorgan a Organismos Gubernamentales y no Gubernamentales. Se especifica que ese año, mediante el Programa de Carenciados de la provincia de Santa Fe y el Programa Residual del Consejo Nacional del Menor y la Familia, se realizó el pago de prestaciones a un promedio de 9 personas por mes. Por otra parte, consta en este documento que se realizaron 242 transferencias a Organismos Gubernamentales y No Gubernamentales destinados a prestar servicios a las personas con discapacidad y se otorgaron 522 subsidios a personas con discapacidad.

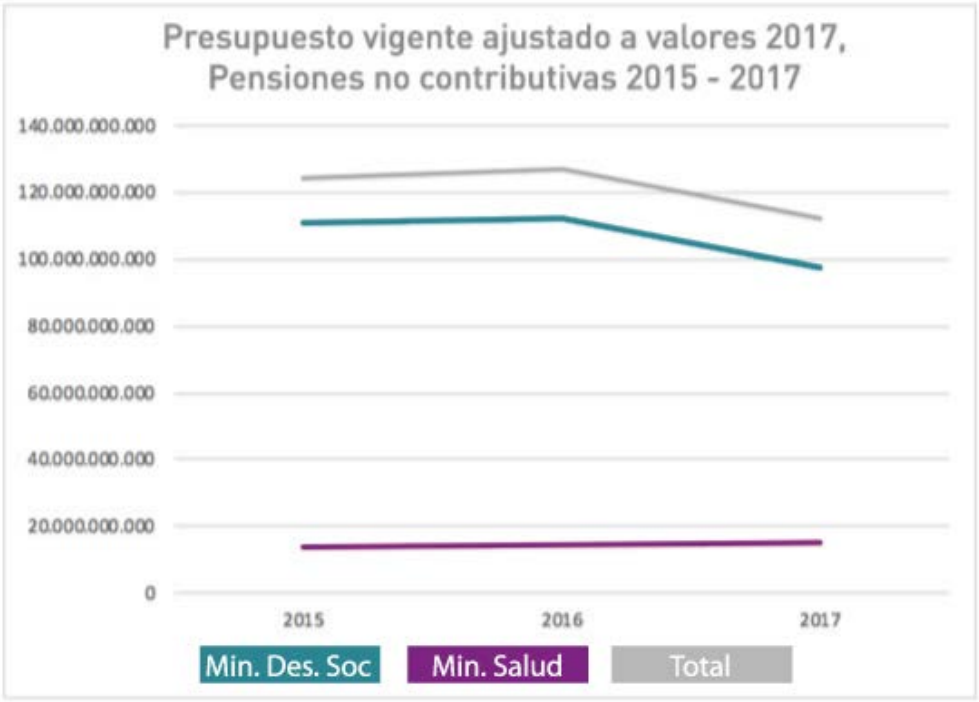
5 El presupuesto destinado a pensiones no contributivas para las personas con discapacidad

En este apartado se analizan los recursos que el Estado destinó al pago de pensiones no contributivas en el período 2015-2018. Entre los diferentes tipos de pensiones se encuentran las llamadas pensiones por invalidez, que se otorgan a personas con discapacidad y que en el período 2014-2017 representaron entre un 69% y un 78% del total de pensiones no contributivas[16]. Debido a la falta de desagregación de la información presupuestaria, **entre 2015 y 2017 no es posible conocer qué porcentaje de los montos totales destinados a pensiones no contributivas se destinó a las pensiones por invalidez,** de modo que el análisis se realizará sobre los presupuestos originales, vigentes y devengados para la totalidad de las prestaciones no contributivas. En 2018, en cambio, el presupuesto de la Agencia Nacional de Discapacidad sí detalla los recursos destinados a específicamente a ellas.

Para 2015, 2016 y 2017, se analiza el presupuesto destinado al programa "Pensiones no contributivas" ejecutado por la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y se presentan asimismo datos sobre el programa "Atención Médica a los Beneficiarios de Pensiones no contributivas" ejecutado por Ministerio de Salud de la Nación (Incluir Salud). A continuación, se grafica la evolución presupuestaria de estos programas (las cifras se hallan ajustadas por inflación a valores de 2017):

16- De los informes de metas físicas surge que en 2014 el porcentaje de pensiones por invalidez otorgadas representó el 69% del total de pensiones no contributivas; en 2015 el 70%; en 2016 el 72% y en 2017 el 78%.

Año	Programa	Presupuesto original	Presupuesto vigente	Presupuesto ejecutado	% de ejecución
2015	Ministerio de Desarrollo Social	91.912.648.148	110.989.022.948	108.833.571.831	98,06%
	Ministerio de Desarrollo Social	9.654.842.842	13.541.013.652	13.410.902.225	99,04%
	Total	**101.567.490.989**	**124.530.036.600**	**122.244.474.056**	**98,16%**
2016	Ministerio de Desarrollo Social	97.680.359.082	112.136.825.082	110.609.912.504	98,64%
	Ministerio de Desarrollo Social	10.906.380.887	14.548.089.099	14.248.622.392	97,94%
	Total	**108.586.739.969**	**126.684.914.181**	**124.858.534.896**	**98,56%**
2017	Ministerio de Desarrollo Social	97.192.400.000	97.176.459.300	92.661.425.750	95,35%
	Ministerio de Desarrollo Social	11.297.323.340	15.152.131.174	14.927.467.600	98,52%
	Total	**108.489.723.340**	**112.328.590.474**	**107.588.893.350**	**95,78%**

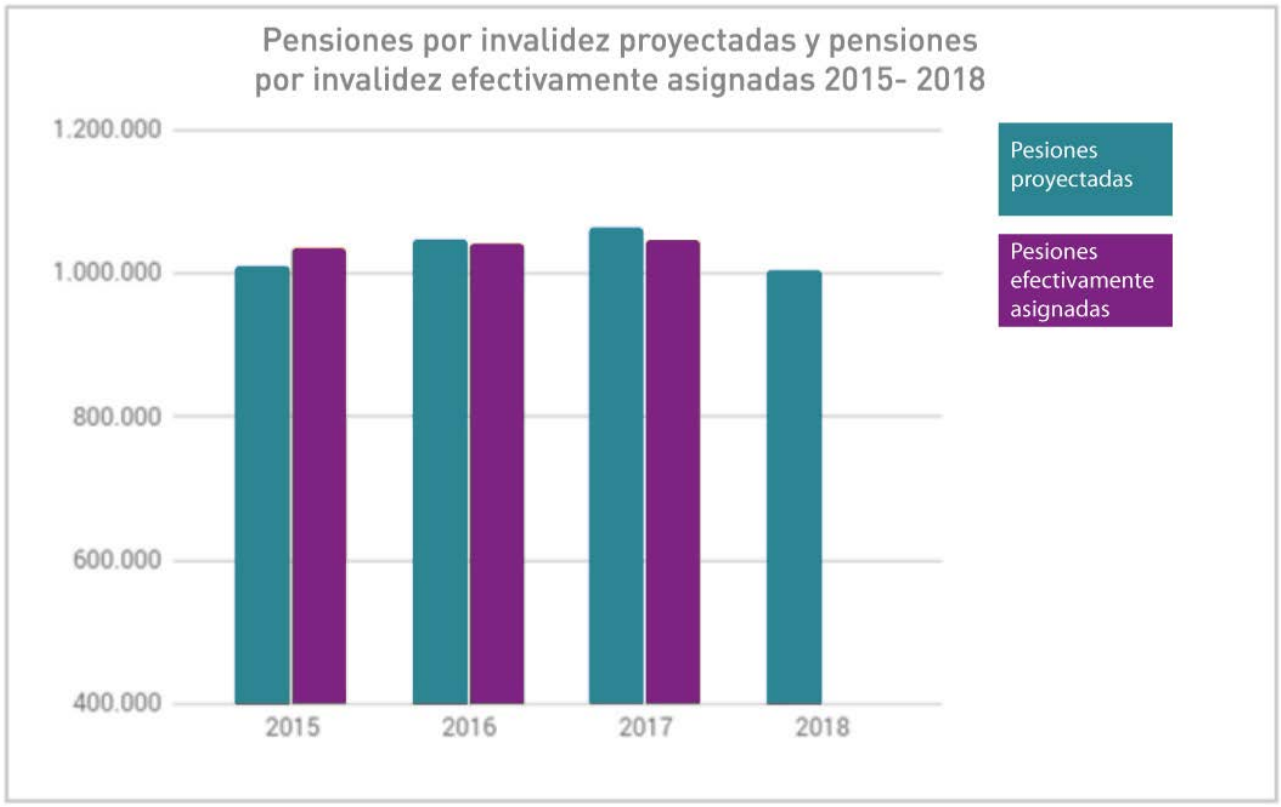


Como puede observarse, **en 2016, el presupuesto original y vigente total (sumados los programas de ambos ministerios) destinado a pensiones no contributivas muestra un leve incremento respecto de 2015. En 2017, el original total se mantiene relativamente constante respecto del de 2016, pero el vigente se reduce en un 11%,** principalmente por la baja en el componente de desarrollo social. **En 2017, el presupuesto ejecutado** (sumados ambos programas) **se redujo en un 14% respecto al de 2016** debido a la baja en ese mismo componente, que pasó de $110.609.912.504 a $92.661.425.750 (reducción del 16%). Esta situación podría explicarse en cierta medida por la suspensión masiva de pensiones no contributivas por invalidez que fue dispuesta por el mencionado Ministerio.

Por su parte, en 2018 se destinaron a pensiones por invalidez $84.270.239.480, pero este dato no es comparable con el resto por tratarse de un solo tipo de pensión no contributiva. El monto exacto destinado a pensiones no contributivas con anterioridad a 2018, como fue expresado, no puede conocerse por falta de desagregación.

También reviste relevancia analizar la variación en la cantidad de personas beneficiarias de la pensión en el período estudiado. A diferencia de lo que sucede con los montos presupuestarios, este dato sí se encuentra desagregado según el tipo de pensión. La tabla y el gráfico a continuación muestran la evolución de las pensiones por invalidez proyectadas para cada año y las asignadas efectivamente:

Año	Pensiones proyectadas	Pensiones efectivamente asignadas
2015	1.011.476	1.034.743
2016	1.047.354	1.041.004
2017	1.063.653	1.048.092
2018	1.003.661	-



Como puede observarse, **entre 2015 y 2017 se observa una tendencia creciente en el número de pensiones proyectadas, aunque para 2018 se prevé un descenso del 5,6% en relación a las proyectadas en 2017, lo cual implica una reducción de 59.992 pensiones.**

En cuanto a los beneficios efectivamente asignados la tendencia entre 2015 y 2017 también es ascendente. Sin embargo, en 2016 y 2017 la cantidad de beneficiarios efectivos fue inferior a la proyectada.

6 La dificultad de identificar políticas para la educación inclusiva en el diseño presupuestario

El artículo 24 de la Convención sobre Derechos de las Personas con Discapacidad obliga a los Estados a construir sistemas educativos inclusivos que valoren la diversidad y en los que personas con y sin discapacidad se puedan educar juntas y recibir una enseñanza de calidad. Para cumplir con esta obligación, es fundamental que el Ministerio de Educación de la Nación destine recursos a la implementación de políticas educativas que permitan a las personas con discapacidad asistir a escuelas comunes, aprendiendo y participando en igualdad de condiciones.

Sin embargo, si se analiza el proyecto el presupuesto del referido órgano se advierte que **no existe mención a las personas con discapacidad ni se desagregan programas y actividades que persigan específicamente su inclusión en el sistema educativo.**

Si bien en el proyecto se hace referencia de manera general en algún caso a la "inclusión socioeducativa", no hay actividades, indicadores ni metas físicas que hagan referencia a las personas con discapacidad, y tampoco se advierte mención a políticas de apoyo para la inclusión. En la actualidad, y contrariamente a lo dispuesto por la Observación nro. 4 sobre el derecho a la educación inclusiva[17], estas continúan siendo financiadas como prestaciones de salud, y tampoco surge de los documentos presupuestarios del Ministerio de Salud qué montos se destinan específicamente al reintegro de prestaciones necesarias para la inclusión educativa.

17- Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, Observación General nro. 4 sobre el derecho a la educación inclusiva, CRPD/C/GC/4, 2016, párr. 60.

7 Conclusiones

La investigación realizada ha permitido identificar algunas reducciones presupuestarias significativas y elevados niveles de sub-ejecución en organismos y políticas claves para garantizar la igualdad y inclusión de las personas con discapacidad, particularmente pronunciados durante 2017.

Asimismo, en materia de salud mental, concluimos que la pauta presupuestaria del 10% permanece incumplida -y lejos de ser alcanzada- tras 8 años de haberse sancionado la ley 26.657.

Este trabajo evidencia, además, la dificultad de conocer los recursos que el Estado destina a las personas con discapacidad y cómo orienta el gasto en la materia. Las falencias en la producción de información presupuestaria y la falta de precisión y desagregación en la descripción de los programas, áreas y actividades en muchos casos impide comprender si las actividades se orientan o no a garantizar los derechos de las personas con discapacidad y cuál es su impacto concreto.

Un presupuesto transparente y adecuado es una herramienta fundamental para el control de la gestión pública por parte de la sociedad civil y para garantizar a las personas con discapacidad -de conformidad con el artículo 4.3 de la CDPD- una participación efectiva en el diseño e implementación de las políticas estatales que las afecten. De allí la necesidad de elevar los estándares en lo relativo a la accesibilidad, transparencia y desagregación de los documentos presupuestarios.

Asociación Civil por la Igualdad y la Justicia