

cap.5

trabajo

El trabajo es un ámbito primordial de socialización y de participación activa en la vida comunitaria. Se trata de un proceso de producción y reproducción de identidad individual e interpersonal que organiza el tiempo, permite planificar, establecerse metas y cumplirlas, así como conseguir los recursos necesarios para cubrir las necesidades fundamentales para una vida digna, independiente y autónoma.

La construcción social de la discapacidad psicosocial contiene prejuicios negativos sobre las aptitudes para el trabajo de las personas con diagnósticos psiquiátricos, que redundan en el cuestionamiento de sus competencias para asumir labores con diligencia, calidad y responsabilidad. Para las personas que emprenden el proceso de externación es primordial recuperar y/o desarrollar habilidades laborales que posibiliten la inserción en un empleo remunerado en condiciones dignas –con los apoyos y ajustes razonables que precise–, para empezar a introducir un límite a la excesiva dependencia institucional que se fomentó durante la internación psiquiátrica. Los abordajes hospitalarios de esta dimensión de la externación suelen estar signados por la idea pasiva de “estabilización”, en lugar de la búsqueda activa de objetivos personales que sumen a la reconstrucción de una posibilidad laboral real¹.

Los estándares nacionales e internacionales de los derechos humanos reconocen el derecho de las personas con discapacidad a trabajar en igualdad de condiciones que las demás, e indican que el ámbito laboral debe incorporar prácticas de accesibilidad, sistemas de apoyo y ajustes razonables, para que esa igualdad se materialice.

El derecho al trabajo incluye las siguientes dimensiones: (i) el acceso efectivo a programas de rehabilitación vocacional; (ii) el apoyo para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo; (iii) la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles; (iv) el acceso a puestos de trabajo con justa remuneración y seguridad social y legal; y (v) los ajustes razonables en el lugar de trabajo².

1 Deborah R. Becker y Robert E. Drake, *Una vida laboral para personas con enfermedad mental grave*, Inglaterra, Oxford University Press, 2003.

2 Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N°18: Derecho al trabajo (24/11/2005). Observación General N°15: Personas con discapacidad, 1994. Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2005.

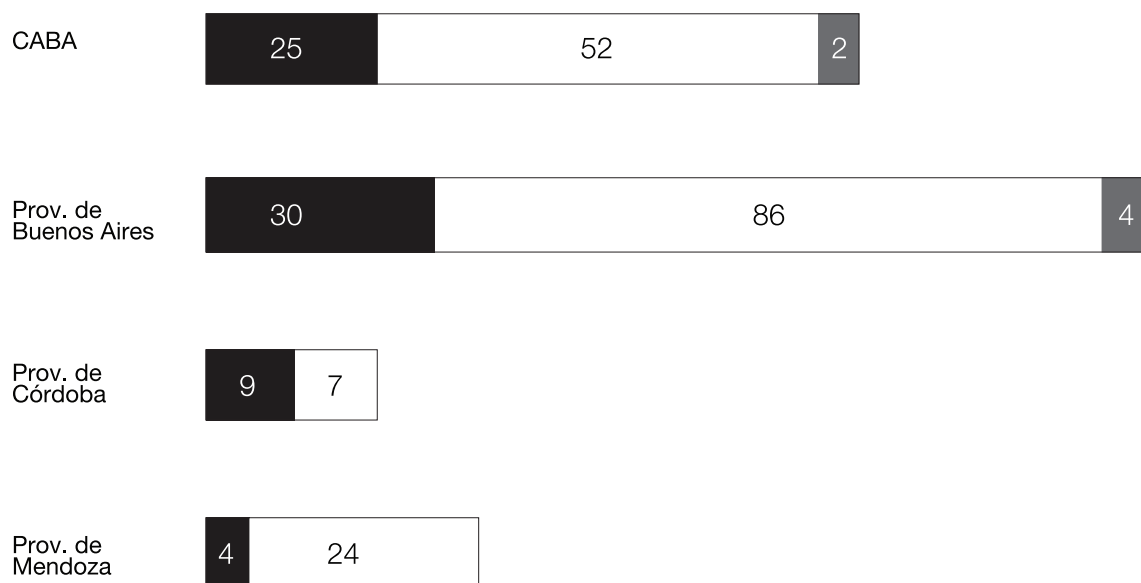
Los hallazgos de la investigación muestran que las personas –aún las que ya han avanzado de forma sólida en su proceso de externación– enfrentan importantes barreras para el goce pleno del derecho al trabajo, lo que constituye un factor primordial de perpetuación de su dependencia exclusiva a la asistencia institucional.

El 77% de las personas entrevistadas trabajaban antes de ser internadas, en actividades profesionales o técnicas, en distintos campos de servicios, comercio, artes y oficios, con manejo de aptitudes y actitudes que les permitían la subsistencia en sus distintos lugares de pertenencia. Actualmente, solo un 38,9% de ellas reportaron participar en “actividades laborales”, que en su mayoría son capacitaciones ocupacionales dentro de talleres protegidos o instituciones con regímenes similares.

El gráfico 7 da cuenta de que en todas las jurisdicciones es mayoritaria la situación de desempleo de las personas entrevistadas. La falta de una ocupación remunerada es el segundo factor –luego de la vivienda– que limita materialmente los procesos de externación. Sin ingresos regulares y suficientes no es posible satisfacer las necesidades básicas y cotidianas de la vida fuera del hospital.

GRÁFICO 7

Distribución de la población entrevistada, según percepción de una remuneración económica por tareas ocupacionales desarrolladas durante el proceso de externación, por jurisdicción.



con trabajo remunerado



sin trabajo remunerado



no sabe / no responde

5.1. La rehabilitación vocacional

Existe una relación proporcional entre los años de internación y la pérdida de capacidades laborales antes presentes: inserción laboral formal, actividades independientes o asociativas, manejo de determinados conocimientos y técnicas. La normativa en materia de discapacidad reconoce en la capacitación y rehabilitación laboral un derecho fundamental que es requisito para la inclusión social en condiciones dignas³.

En la investigación pudo evidenciarse que las dos categorías principales de dispositivos de rehabilitación laboral en los que estaban vinculadas las personas entrevistadas, son: los talleres generales de capacitación sociolaboral y los talleres protegidos.

Los talleres de capacitación sociolaboral se enfocan, en general, en el desarrollo de habilidades sociales, organización del tiempo y entrenamiento en distintas habilidades laborales. En otros se trabajan temas como: armar un currículum o una carta de presentación, concurrir a una entrevista, cumplir con tareas asignadas e interactuar con un equipo de trabajo.

Los talleres protegidos –con importantes diferencias entre las distintas experiencias– incorporan la producción de productos y servicios para ser comercializados en el mercado, en modalidades que pueden ser de venta abierta al público o concentrada en ámbitos vinculados al hospital. La variedad de ejemplos de este tipo de talleres es bastante amplia, y algunos se formalizaron en cooperativas o empresas sociales⁴.

Las numerosas dificultades contextuales para el pasaje desde el ámbito hospitalario –donde surgen estos espacios– hacia el ámbito comunitario regular convierten las propuestas de rehabilitación laboral, muchas veces, en una propuesta terapéutica. Ante la imposibilidad material de generar espacios productivos sólidos, se valora el espacio por su valor ocupacional o rehabilitatorio en el sentido clínico y no necesariamente social. Esta es una dinámica común identificada tanto por los usuarios como por los profesionales que trabajan en ellos.

El entorno social acotado de los talleres de rehabilitación que se encuentran insertos en la dinámica institucional hospitalaria (más los escasos recursos para el financiamiento de estos espacios y para la designación de trabajadores), suele traducirse en una oferta escasa de actividades y en un bajo nivel de complejidad en el entrenamiento. Estas condiciones generan un impacto negativo en el interés de las personas participantes por mantener su vinculación desde una expectativa realista de futura inserción laboral.

3 Artículos 27 y 29 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

4 En el PREA del Hospital Cabred de la provincia de Buenos Aires se ofrecen talleres como el de “Historia vital del trabajo”. La profesional que lo gestiona explicó la metodología: “Recuperamos la memoria emotiva del trabajo como disparador de las ganas de reconectarse... con el mejor momento laboral, el peor momento laboral y ahí aparecen muchas veces los episodios que generaron la misma descompensación”. (Psicóloga. PREA Cabred, provincia de Buenos Aires).

La normativa internacional sobre la reinserción laboral de las personas con discapacidad⁵ resalta la importancia de que se garantice la transición entre los espacios de rehabilitación y el mercado regular de empleo, proceso que está plagado de barreras de distinto tipo que obstaculizan esta posibilidad.

La impregnación médico-clínica de espacios que se generan dentro del ámbito hospitalario extrapolan aspectos del diagnóstico incluso en este tipo de programas; así, el tema laboral queda en una condición de subsidiaridad respecto de otras categorías distintas a la de la inclusión social productiva. La mayoría de los programas de rehabilitación laboral, por otro lado, sólo reciben a personas con “cierto grado” de discapacidad psicosocial y priorizan personas con una discapacidad moderada, no severa. En pocos reciben a personas de la comunidad sin discapacidad^{6 7 8 9}.

La función de los talleres de capacitación, como actividad destinada al uso del tiempo libre, puede tener varias lecturas. Por un lado implica introducir cierta motivación en el marco de la inercia manicomial¹⁰ que por lo general tiende a trastocar el registro del paso del tiempo. No obstante, la lógica de mantener ocupadas a las personas vinculadas a estos dispositivos sin –necesariamente– registrar sus intereses y disposición puede resultar invasivo. Las personas son notificadas sobre las actividades a las que deben asistir, sin poder decidir libremente en qué actividades quieren participar y en cuáles no¹¹.

- 5 La “Recomendación sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de las Naciones Unidas establece que el Estado debe proveer “ayuda gubernamental apropiada con miras a eliminar las posibilidades de explotación que puedan surgir en el marco de la formación profesional y en los empleos protegidos y para facilitar la transición al mercado regular del empleo”. Además, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) consagra el “derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado” (párrafo 1 del artículo 6), esto no se lleva a la práctica en los casos en que la única oportunidad real que tienen los trabajadores con discapacidad consiste en vincularse a los denominados talleres o lugares ‘protegidos’ en condiciones laborales menos provechosas que las regulares”.
- 6 [Las personas que son aceptadas en este programa] “tienen entre 18 y 60 años con trastorno de personalidad o psicosis, pero no pueden estar transitando una internación ni presentar retraso mental moderado o profundo ni ser adictos puros” (Graciela Russo, directora de los Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental, CABA). En el Centro de Rehabilitación Socio Laboral de Córdoba no incorporan a personas que tienen diagnósticos “muy marcados”, como psicopatías, debido de su “dificultad para trabajar en grupo [y porque son] propensas a generar conflictos, a transgredir las normas y reglas de la institución”. Tampoco trabajan con personas con “debilidades mentales de moderadas en adelante”. (Iván Asse, director del CSRL. Córdoba).
- 7 “No aspiramos a que salgan oficiales o expertos herreros, carpinteros, pintores. (...) “Es más trabajar sobre todo lo que serían habilidades sociales... La actividad, podemos hablar de carpintería o tarea administrativa, en realidad es una herramienta o un disparador para otras cosas... No es solamente una mirada sobre una salida laboral. Sobre todo lo que son normas, pautas, horarios... No ponemos el acento en que alguien sí o sí sea oficial carpintero” (Graciela Russo, directora de los Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental, CABA).
- 8 “Una persona que está en la sección de electricidad se va a familiarizar con las instalaciones eléctricas, posiblemente aprenda a cambiar un enchufe... pero no es una capacitación formal. De hecho no se otorga ningún certificado ni se pretende que llegue a saber cambiar un enchufe, o saber, no sé, cómo es un circuito, o sea, no se pretenden resultados ahí” (Trabajadora social, Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental de la Dirección General de Salud Mental, CABA).
- 9 Los Talleres Protegidos están en conexión con los Centros de Formación Profesional y el programa de becas de COPIDIS, para las personas usuarias que requieren capacitación más formal.
- 10 “Si uno no las tiene, todos los días son domingo... Todo ese tiempo sin ninguna actividad atenta totalmente contra la externación de los muchachos” (Psicólogo, PREA Cabred, provincia de Buenos Aires).
- 11 Con relación a los talleres desarrollados en el PREASIS de la CABA, una mujer usuaria comentó: “Yo hice parte del musical, actué, todo salió bien, pero te digo la verdad, a mí este tipo de actividades no me gustan... No me gusta actuar pero teníamos que hacerlo, era una forma de estar ocupados, yo me he predispuesto”.

El grado de expectativa institucional sobre los resultados concretos de la vinculación a estos espacios tiene su correlato en los perfiles de las personas que los coordinan y en la formalidad de la relación, en la que se invierten pocos recursos para sumar a los objetivos concretos en materia laboral¹².

La ausencia de actividades específicas de rehabilitación y la difícil accesibilidad geográfica de los hogares visitados en la provincia de Mendoza obstaculizan la búsqueda de capacitación o empleo de cualquier tipo. Entre los principales motivos identificados de desocupación en esa localidad, las personas respondieron: “Porque acá no hay nada para hacer”, “Porque no me dejan hacer mucho”, “Porque dicen que yo me escapo”, “Porque me tienen acá hace nueve años”, “La inclusión tiene mucho que ver con el entorno de trabajo”, “Me gustaría poder salir a trabajar y mantenerme”, “El psiquiatra no me deja salir solo y yo quiero trabajar”, etc. Una médica del Hospital El Sauce, ante la pregunta sobre las acciones que se realizaban a favor del acceso a la capacitación y el trabajo, contestó: “No está puesto como un objetivo... tampoco hay demanda”¹³.

5.2. Apoyo para buscar, obtener, mantener y retornar al trabajo

El difícil regreso al ámbito laboral regular luego de períodos largos de internación implica un compromiso activo del Estado y de las instituciones psiquiátricas para brindar apoyo durante ese proceso.¹⁴ Las barreras sociales trazadas por la estigmatización y la discriminación hacia las personas con algún padecimiento mental¹⁵ ameritan la mediación de operadores dentro de la comunidad para identificar la oferta laboral disponible, las alternativas laborales acordes a las expectativas y necesidades de cada persona y, en particular, para prevenir dinámicas de explotación.

La disponibilidad de apoyos implica, además de personas específicas, la adecuación de sistemas, procedimientos y trámites que por su conformación no inclusiva pueden derivar en nuevas marginaciones. Los apoyos para realizar los trámites relacionados con la obtención de un empleo y su sostén deberían extenderse –en el caso de ser necesario– al lugar de trabajo, contemplando, por ejemplo, la presencia de acompañantes terapéuticos que faciliten la adaptación, el desenvolvimiento y cumplimiento de las tareas a desarrollar.

12 “La mayoría de los que coordinamos talleres acá no tenemos preparación para eso... por ejemplo, el taller literario. Yo venía, estudié muchos años filosofía, me gustaba todo lo que sea letras, he leído muchísimo y cuando me lo ofrecen, acepto de buen agrado” (Enfermero, Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia, La Plata).

13 Médica psiquiatra, Hospital Escuela de Salud Mental El Sauce, Servicio de Sostén Externo (Guaymallén, Mendoza).

14 El artículo 27 de la CPDP establece que los Estados Parte deben “alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las personas con discapacidad en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo o retorno al mismo”. La “Recomendación sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) manifiesta que “la sociedad debería tener en cuenta la necesidad de adoptar medidas de apoyo especiales... a fin de permitir a las personas inválidas lograr y conservar un empleo adecuado y progresar profesionalmente”.

15 Entre los principales motivos de desocupación reportados por las personas entrevistadas están aquellos vinculados a la discriminación en función de su diagnóstico: “la sociedad no da la oportunidad de trabajar”, “no me reciben en ningún lado”, “los patrones no se quieren hacer cargo”, “cuando se enteran de que soy discapacitado me cierran las puertas”.

En relación a las políticas emprendidas por el Estado para la inclusión laboral de este colectivo, la acción afirmativa con rango legal ha sido imponer cuotas de empleo para personas con discapacidad. Los ámbitos sobre los que recae esta obligación son las instituciones de los tres poderes del Estado, sus organismos descentralizados o autárquicos, los entes públicos no estatales, las empresas del Estado y las empresas privadas concesionarias de servicios públicos.

Según la Ley 22.431/1981: “El Estado nacional –entendiéndose por tal– está obligado a ocupar personas con discapacidad que reúnan condiciones de idoneidad para el cargo en una proporción no inferior al cuatro por ciento (4%) de la totalidad de su personal y a establecer reservas de puestos de trabajo a ser exclusivamente ocupados por ellas”¹⁶.

Al ser un porcentaje de cupos reservado genéricamente para personas con discapacidad, no existen acciones específicas dirigidas a la inclusión de las personas con discapacidad psicosocial. Menos aún, respecto de personas en proceso de externación, lo cual constituye una barrera adicional, considerando el deterioro de habilidades generado por la iatrogenia institucional, así como el desfase en términos de capacitación laboral.

Aparte del sistema de cupos, no existe otra política pública específica –a ningún nivel– de los organismos con competencia en materia de trabajo dirigida a las personas en proceso de externación. Los planes generales de fomento de la inserción laboral, asociativismo o cooperativismo gestionados por el Estado nacional o los Estados provinciales, tampoco contemplan la situación específica de esta población. Las experiencias que terminan en esta modalidad productiva, suelen haber comenzado bajo el formato de talleres protegidos.

Los profesionales entrevistados para esta investigación refirieron que no hay oferta laboral suficiente ni específica para las personas con discapacidad psicosocial. Muchos señalaron que incluso entre los empleadores que deben alcanzar cuotas de empleados con discapacidad –como los organismos del gobierno–, se inclinan a contratar a personas con discapacidad física, sensorial o cognitiva. Según un estudio sobre la situación del empleo de las personas con discapacidad en la Argentina, “en algunos casos se han detectado maniobras para cubrir formalmente el cupo pero simulando discapacidades, por ejemplo, contratando como discapacitado a una persona que sólo utilizaba anteojos”¹⁷.

Una trabajadora social de los Talleres Protegidos de la CABA señaló la discriminación de los empleadores como la razón primaria detrás de la dificultad para la búsqueda de trabajo: “Las veces que llamé a la bolsa de trabajo me dijeron: ‘Nunca en mi vida pidieron un paciente con patología de salud mental’ Está clarísimo que dentro del campo de la discapacidad, es la población con mayor estigma”¹⁸. La subdirectora de estos talleres acordó con esa apreciación: “En realidad

16 Resulta pertinente resaltar que la Ley N° 22.431 sobre el “Sistema de protección integral de los discapacitados” fue sancionada durante la última dictadura militar (el 16 de marzo de 1981) y, al día de la fecha, no sólo continúa vigente, sino que no ha sido objeto de reformas. Se trata de una norma que sigue respondiendo al modelo tutelar-paternalista propio de la época de su sanción y, por ende, no se adecuó al modelo social de la discapacidad instaurado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad del año 2008 ni a los postulados de la LNSM de 2010. Otra norma más reciente (1997), y que norma sobre aspectos prestacionales vinculados a las personas con discapacidad, es la Ley Nacional 24.901.

17 Ignacio Campoy Cervera y Agustina Palacios, *Igualdad, no discriminación y discapacidad: una visión integradora de las realidades española y argentina*, Madrid, Librería-Editorial Dykinson, 2007.

18 Trabajadora social, PREASIS, CABA.

“

Aparte del sistema de cupos, no existe otra política pública específica de los organismos con competencia en materia de trabajo dirigida a las personas en proceso de externación.

”

siempre hay más cupo o posibilidades para todo lo que es discapacidad sensorial. La inclusión del paciente con discapacidad mental genera mucha controversia”¹⁹.

En la provincia de Buenos Aires hay personas usuarias que trabajan en los ministerios de Trabajo y Economía –“sin duda debido a la cuota”– pero, según una trabajadora del Centro Basaglia, “siempre toman con discapacidad física... La discapacidad mental genera mucho temor”²⁰. En conversación con otra profesional de ese dispositivo, el rechazo quedó justificado debido a una mala experiencia sufrida con un trabajador con discapacidad: “La respuesta que nos dieron fue que todavía para los discapacitados con alguna problemática mental no iban a poder crearse puestos de trabajo”^{21 22}.

Muchos de los profesionales del PREASIS creen que la primera causa que dificulta la inserción laboral son los problemas que padecen las personas usuarias como empleados. Una trabajadora social dijo: “Hay muchas personas que quizás no pueden sostener un empleo con las características actuales, en donde hay mucha competencia y es elevada la cantidad de horas que tienen que realizar... No depende solamente del programa o de la opinión que nosotros tengamos de la política actual... También depende de la persona, de su voluntad”²³. Otra trabajadora social notó: “El punto más flojo es poder encontrar lugares, empresas o emprendimientos sociales que puedan recibirlos teniendo en cuenta sus particularidades... como esto de la cuestión del tiempo... que por ahí necesitan un tiempo de descanso, ni tampoco pasarse de vueltas”²⁴.

19 Adriana Yacuzzio, subdirectora PREASIS, CABA.

20 Psicóloga, Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia, La Plata, Buenos Aires.

21 Psicóloga, Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia, La Plata, Buenos Aires.

22 “Para la gente que ha estado internada años en el psiquiátrico, es muy difícil... Hay que contar con la buena voluntad de la gente, y sólo con eso no se puede” (Psicóloga, Centro de Salud Mental Comunitaria Dr. Franco Basaglia, La Plata, Buenos Aires).

23 Trabajadora social, PREASIS, CABA.

24 Trabajadora social, PREASIS, CABA.

El coordinador del área de inserción laboral tampoco dejó de mencionar este factor: “Estas personas no pueden trabajar ocho horas por día porque les cuesta muchísimo... Hasta seis horas unos pueden trabajar, pero... el mercado laboral busca de seis a ocho horas”. Los profesionales tratan de considerar estos factores para, a la hora de acompañar a las personas en su búsqueda laboral, presentarles una perspectiva “más realista”. La coordinadora de una unidad convivencial explicó: “Pasa que te dicen ‘Yo quiero ser gerente de no sé dónde’ y bueno, ahí hay que darles más concientización sin bajonearlos”.

La situación general de la dinámica del empleo en la Argentina no fue obviada como marco de análisis del acceso a este derecho en relación a las personas en proceso de externación. En general prima la idea de que en un contexto en que para gran parte de la población acceder a un empleo con condiciones dignas en el mercado laboral actual es difícil, para las personas con discapacidad psicosocial, lo es más, en tanto sus particularidades profundizan la desventaja en un mercado competitivo y excluyente^{25 26}.

La situación económica del país, en sus momentos más críticos, tuvo un impacto diferencial no sólo en la disponibilidad de puestos en el mercado ordinario sino también en los grupos de micro emprendimientos sociales de los programas de externación: “La época de oro de los emprendimientos fue en el año 2000, donde teníamos seis... Todo funcionaba bastante bien hasta el 2001 cuando se incendió el país y... desaparecieron”²⁷.

Sobre las acciones tomadas por los programas, algunos profesionales informaron seguir articulando con la Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS). En ese caso, las personas se inscriben y los profesionales propician que “los usuarios por lo menos se incluyan en el listado de postulantes, pero no hay algo que se sostenga fluidamente”²⁸. Además de COPIDIS, el área de responsabilidad social y empresarial del Ministerio de Desarrollo Social busca trabajar con las empresas para la inserción de personas “vulnerables” (no sólo personas con discapacidad psicosocial, sino también personas con bajos recursos que, por ejemplo, reciben subsidios).

25 “El acceso al mercado laboral sigue siendo muy dificultoso para la comunidad en general. Y digo, los pacientes de salud mental, además, tienen doble o triple dificultad en esto”. (Trabajadora social, PREASIS, CABA).

26 “El tema también de Argentina como país... la crisis también nos llega a las personas que no estuvimos internadas. Yo nunca estuve internada en un hospital y a mí también me llega. Si quiero buscar trabajo también está difícil. Para todos y más para ellos que son más vulnerables”. (Trabajadora social, PREASIS, CABA).

27 Abogada. PREA del Hospital Estévez, Temperley, Buenos Aires.

28 Los profesionales de PREASIS hicieron un contacto con ellos y les ofrecieron una capacitación para un call center. Ahora están yendo más o menos tres personas usuarias que ahí se vinculan con otro tipo de personas. El que las contraten finalmente dependerá del desempeño de cada persona. Los profesionales no tenían información acerca de cuánto podría ser el sueldo ni el tipo de contrato en caso de que resulten vinculadas laboralmente.

5.3. Empleo productivo y libremente elegido²⁹

Las personas con discapacidad psicosocial tienen derecho a contar con un trabajo libremente elegido que les genere satisfacción y les permita un nivel de vida adecuado. Sin embargo, las condiciones de acceso y conservación del puesto de trabajo implican la realización de labores que no siempre son elegidas de manera libre y pueden no estar vinculadas con los intereses y las capacidades de la persona.

De los usuarios entrevistados, solo el 13,03% indicó hacer alguna actividad laboral en el mercado abierto ordinario por fuera de los talleres³⁰. De ese porcentaje, la mayoría se encuentra en una situación informal o precarizada debido a las condiciones de contratación a las que pueden acceder con mayor facilidad. En algunos casos responde a la incompatibilidad entre el trabajo formal y el cobro de la pensión no contributiva.

Debido a las limitaciones de los talleres protegidos para ubicar su producción en el mercado y a los obstáculos para la inserción laboral formal, los profesionales entrevistados expresaron su entusiasmo sobre las posibilidades que ofrece el microemprendimiento social: “Creo que la empresa social sería el mejor recurso, más que los talleres protegidos, que de por sí marcan un techo, una limitación... La empresa social da una oportunidad de poder avanzar en querer perfeccionar lo que se hace, en sentir que el producto puede llegar a otros”³¹. Las experiencias como la del microemprendimiento, que se generaron en distintos programas de externación, han llevado a los profesionales a replantearse el modo y el nivel de acompañamiento que mejor fomente la autonomía de las personas usuarias, además del éxito de los proyectos³².

En el Centro de Rehabilitación Socio-Laboral de Córdoba funciona un equipo que acompaña a los grupos de personas usuarias que se suman a proyectos de emprendimientos. Algunos los hacen en el Centro mismo, otros en la casa, y conforman un grupo que visitan distintas ferias para comercializar sus productos. Como explicó una trabajadora social “es muy importante porque ya todos los conocen, saben quiénes son, no son los del Centro de Rehabilitación sino que son ellos, individuos. Se organizan entre ellos, si uno no puede ir entonces el otro le puede vender. Es muy rica esa experiencia... Empieza con un acompañamiento desde la institución... Ahora ya están solos (...) los largábamos solitos, no con la mano de la institución sino ya con un puesto genuino,

29 El artículo 27 de la CDPD reconoce “el derecho de las personas con discapacidad a trabajar, en igualdad de condiciones con las demás; ello incluye el derecho a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente elegido o aceptado en un mercado y un entorno laborales que sean abiertos, inclusivos y accesibles a las personas con discapacidad”. Esto debe incluir “oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias”. La “Recomendación sobre la readaptación profesional y el empleo de las personas inválidas” de la OIT también menciona “el fomento del establecimiento y desarrollo de cooperativas por y para personas inválidas, las cuales, cuando sea apropiado, estarían abiertas a los trabajadores en general”.

30 De los que trabajan afuera de los talleres protegidos, trece (13) hacen trabajo doméstico (limpieza, plancha de ropa, cocina) en el hospital o una casa, cuatro (4) trabajan en el rubro de la construcción (incluso carpintería, albañilería y electricidad), dos (2) hacen trabajo agrícola, dos (2) trabajan para la administración de su programa de externación, dos (2) trabajan para una revista, dos (2) trabajan en seguridad, una (1) trabaja en turismo comunitario, una (1) trabaja en una panadería, una (1) trabaja como modista, una (1) toca en una banda de rock en boliches, una (1) trabaja en una cooperativa de vivienda, una (1) lava autos, una (1) cuida autos en un restaurante local, una (1) hace películas con gremios y facultades y una (1) en peluquería.

31 Psicóloga. PREA Estévez, Temperley, Buenos Aires.

32 Por ejemplo, según los profesionales del PREA Estévez: “Cuando no está acompañado muy de cerca, fracasa... Dependen mucho de la presencia de un personal que vaya acompañando. Quizás haya que pensar en tiempos de 3, 4, 5 años de acompañamiento”.

propio, de ellos”³³. Una persona usuaria enfatizó que se “entusiasmaba con el emprendimiento”, por lo cual tenía la cabeza en otra cosa y remitió a su consumo problemático de sustancias.

En la CABA también se pueden encontrar cooperativas de trabajo tales como el Frente de Artistas del Borda (FAB). En contraste con los talleres artísticos que prestan los programas de externación, el FAB es una asociación civil que se propone como una experiencia abierta, no circunscripta a las personas internadas en el hospital sino como una alternativa hacia la comunidad. Al comienzo las personas de la comunidad eran una minoría, pero fue aumentando progresivamente y en la actualidad alcanza el 50%. Las personas usuarias enfatizaron este aspecto: “Participa cualquier persona”, “Incluyen a todos”, “Hay mucho compañerismo”. Funciona en el predio del Hospital Borda y los talleres son liderados por artistas y coordinadores, la principal fuente de ingresos, aunque limitados, es el dinero que obtienen de las recaudaciones voluntarias por lo producido.

5.4. Acceso a puestos de trabajo con justa remuneración, seguridad social y legal

Las personas en proceso de externación se encuentran en una situación de vulnerabilidad estructural que favorece, en el mercado laboral, el sometimiento a condiciones de trabajo con estándares inferiores al regular previsto por la normativa argentina. En ese sentido, “el Estado tiene la obligación de velar por que la discapacidad no se utilice como excusa para instituir niveles inferiores de protección laboral o para pagar salarios inferiores por el mismo trabajo realizado”³⁴.

El empleo debe regirse por un contrato y estar registrado ante las autoridades competentes. Las personas usuarias tienen el derecho de contar con aportes jubilatorios, a la cobertura previsional en salud, a la seguridad contra riesgos laborales, al descanso y a las vacaciones pagas. Deben estar protegidas contra el despido arbitrario y participar en la dinámica laboral en igualdad de condiciones a las demás personas, incluso en los espacios de organización sindical. La posibilidad de una inserción laboral igualitaria se ve particularmente obstaculizada para aquellas personas cuya capacidad jurídica se encuentra restringida por medidas como la curatela, que las excluyen desde el inicio de cualquiera de estas actividades.

En los talleres protegidos que desarrollan una actividad productiva sostenida, el régimen legal vigente³⁵ contempla un formato distinto del régimen laboral formal. Se trata de la figura de “incentivo”

33 Profesionales del CRSL de Córdoba.

34 El artículo 27 de CDPD establece que los Estados Partes deben “proteger los derechos de las personas con discapacidad, en pie de igualdad con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, incluidas oportunidades iguales e igualdad de remuneración por trabajo de igual valor, condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y la reparación de injusticias.” El artículo 25 de la Observación general N° 5 del PIDESC declara que “los trabajadores con discapacidad no deben ser objeto de discriminación por lo que se refiere a sus salarios u otras condiciones si su labor es igual a la de los demás trabajadores”.

35 El Régimen Federal de Empleo Protegido para Personas con Discapacidad fue creado a través de la Ley 26.816 el 7 de enero de 2013. Resulta paradigmático que este sistema, pese a haber sido adoptado luego de la entrada en vigencia de la Convención Sobre Derechos de las Personas con Discapacidad en 2008 y de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en 2010, instaure un régimen diferenciado al aplicable de forma general para el empleo en relación en dependencia. Entre las cuestiones más problemáticas hemos identificado que para el caso de los Talleres Protegidos Especiales para el Empleo específicamente se aclara que no configuran un contrato de trabajo en los términos de la Ley de Contrato de Trabajo N° 20.744 (art. 13) y asimismo que, en lugar de otorgar el carácter de remuneración al salario, se estipula un sistema de “asignaciones mensuales estímulos no remunerativas, equivalente al 40% del Salario Mínimo, Vital y Móvil vigente para cada trabajador con discapacidad” (art. 26,

–al que muchas personas entrevistadas se refieren como “peculio”–, que no implican una remuneración regular, igualitaria, proporcional, progresiva ni inalienable por el trabajo realizado, sino que es una asignación que, por su carácter, puede ser precisamente, irregular y arbitraria. La mayoría de las personas que reciben ese peculio, no lo asumen como un sueldo, y entienden que su labor “no era un trabajo” sino que “lo hacían para aprender”.

Un ejemplo de este tipo de figura se desarrolla en los Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental de la CABA³⁶. Si bien ponen el eje en el entrenamiento de habilidades sociales, más que en la formación profesional, constituyen espacios de producción que surten de insumos a efectores de salud del Gobierno de la Ciudad (sillas, mesas, armarios, camas, estanterías para almacenar historias clínicas, kits de cirugía descartable, papelería oficial, y diversidad de insumos y servicios de mantenimiento de plomería, gas, etc.). Dentro de los rubros que producen los Talleres Protegidos son el principal proveedor de materiales para el área de Salud del Gobierno de la CABA.

Ante esta circulación de los productos de los talleres, desde este dispositivo se entiende que: “El presupuesto es de Salud y queda en Salud”³⁷. La dinámica da cuenta de una realidad particular: aún siendo lo suficientemente productivos como para abastecer la demanda de insumos de Salud de una jurisdicción como la CABA, el esquema conceptual y normativo que define a estos talleres no reconoce la condición de las personas vinculadas como trabajadores formales.

Los bienes que producen no se comercializan y no hay “transacción” entre quienes proveen y, en este caso, el GCBA. El número promedio de horas que trabajan las personas usuarias por semana es 22. Quienes perciben una remuneración reciben 500 pesos o menos por mes, un monto minúsculo en relación al tiempo trabajado. Dentro del esquema “especial” de este régimen que “no es laboral”, esta situación no se visibiliza y no es problematizada. Sólo algunas personas usuarias señalaron la cuestión: “En la construcción ganaría \$200 por día y acá gano \$20”, “Siempre me pregunto si es justo el dinero que me pagan”, “Nos podrían pagar más”.

En el mercado laboral abierto se reproducen las mismas irregularidades en el cobro de la remuneración. Una persona usuaria comentó: “A veces el dueño de la casa [donde trabaja] me tira unos pesos y a veces no, lo hago por hacer algo, no más”. La frecuencia con que las personas con discapacidad psicosocial son explotadas obliga a los profesionales de programas de externación a involucrarse en el seguimiento de sus vicisitudes laborales.

Un ejemplo de ello es el PREASIS. Cuando una persona usuaria vinculada a este programa se incorpora en el mercado abierto, los profesionales efectúan una evaluación quincenal o mensual

inciso a). Estos artículos dejan a la vista que el sistema, en lugar de erigirse como una acción afirmativa tendiente a la verdadera inclusión laboral de las personas con discapacidad, termina por establecer un régimen discriminatorio debido a que, no sólo el régimen priva de la mínima protección de la que gozan el resto de los trabajadores (tales como protección contra el despido arbitrario en caso de maternidad, prohibición del trabajo infantil, etc.), sino que se también empeoran ciertas condiciones laborales básicas (salario mínimo vital y móvil, régimen de licencias, etc.).

36 En este dispositivo, luego de la incorporación, la persona usuaria empieza la etapa de adaptación, que dura tres meses, durante el cual se va rotando por todos los talleres y se somete a una evaluación de habilidades y destrezas. El objetivo de esta etapa sería que la persona usuaria establezca una “alianza” con la institución. Las personas usuarias reciben un peculio de 15 pesos diarios (a partir de 2013) en calidad de incentivo para la adherencia. Después, durante la etapa de la capacitación, se propicia el desarrollo de una habilidad y/o destreza específica ligada a una actividad terapéutica asignada. En esta etapa la persona usuaria puede durar máximo dos años (pero puede extenderse a tres) y el peculio es de 20 pesos. En caso de que la persona no asista porque está enferma o por una razón contraria a su voluntad, debe llevar un certificado para que no deje de percibir el peculio de ese día.

37 Trabajadora social, Talleres Protegidos de Rehabilitación en Salud Mental de la Dirección General de Salud Mental, CABA.

con el objetivo de contribuir a resolver posibles conflictos en el ámbito laboral. Incluso pueden evaluar la conveniencia de un cambio de empleo, si el actual resulta lesivo por las condiciones que implica³⁸. En algunos casos se encontraron con personas que trabajaban doce horas de pie, no tenían tiempo para comer y/o tomar la medicación, o debían trabajar en horario nocturno, con la alteración de la rutina de su tratamiento.

5.5. Ajustes razonables en el lugar de trabajo

El mecanismo fundamental propuesto por la CDPD para la reducción de la brecha generada ante la existencia de barreras hacia las personas con discapacidad, son los ajustes razonables. En los distintos dispositivos explorados por la investigación sobre la inclusión laboral se evidenciaron acciones en sentido contrario de las propuestas de la CDPD, en tanto lo que determina la inclusión es el “correcto diagnóstico” de las capacidades y la autonomía individual. Es decir que la accesibilidad en términos de la diversidad funcional de las personas no está dada por modificaciones sustantivas en los ámbitos laborales³⁹.

Los ajustes razonables en el ámbito laboral deben ir en consonancia con las capacidades y limitaciones de las personas con discapacidad psicosocial, tomando en cuenta su progresividad y cambios en el tiempo. Deben flexibilizar normas relativas a horarios de trabajo, carga laboral, vacaciones y licencias por enfermedad, para asegurar que la persona no perderá su trabajo en razón de la manifestación de su diversidad funcional psicosocial, para sortear los obstáculos más transversales en la obtención y el mantenimiento del trabajo⁴⁰.

Ante la ausencia de ajustes razonables, las pocas personas entrevistadas que lograron obtener un trabajo en el mercado abierto reportaron tener que enfrentar constantemente el riesgo de ser despedidas por situaciones ligadas a su discapacidad.

Dentro de los factores más comunes se destaca la falta de energía ligada a los efectos de la medicación: “Estás dopada”, “Ya no tenés la vitalidad de antes”, “La medicación es muy fuerte, no te deja hacer nada”. Hay algunas personas usuarias que dejan de tomar medicación para poder venir a los talleres. Otras personas señalaron la discriminación ligada a la discapacidad: “Otros trabajos los perdía porque vieron el certificado”, “Puedo perderlo por antecedentes psiquiátricos... es un secreto”.

Algunas personas informaron que en el pasado perdieron su trabajo por razones de ausentismo en momentos de crisis. En ese contexto, se hace particularmente difícil consignar el certificado médico que justifique la ausencia, más aún cuando se prolonga la necesidad de reposo. A esto se añade la carga de estigma asociada a los diagnósticos psiquiátricos.

38 “No es que se pueda intervenir demasiado en una decisión personal, pero sí cuando por ejemplo un trabajo es demasiado estresante o casi explotador”. (Trabajadora social, PREASIS, CABA).

39 El artículo 22 de la Observación General N° 5 del Comité de DESC dice que “los gobiernos deben desarrollar también políticas que promuevan y regulen disposiciones laborales flexibles y alternativas que permitan atender razonablemente las necesidades de los trabajadores con discapacidad”. Sobre medidas de ajuste en el artículo 7 de la “Gestión de las discapacidades en el lugar de trabajo”, la OIT afirma que “por lo que se refiere a la contratación o el mantenimiento de trabajadores discapacitados, es posible que los empleadores tengan que efectuar uno o más cambios para que dichos trabajadores puedan realizar su trabajo de manera eficaz”. Además, el mandato de ajustes razonables forma un eje transversal de la CDPD que decanta hacia todos sus artículos.

40 Gerard Quinn y Theresia Degener, *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad*, Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 2002.

Las medidas necesarias implementadas para no perder el empleo por cuestiones de salud dependieron de acuerdos informales –con o sin mediación de los operadores de los dispositivos de externación– con los empleadores. Se trata de una minoría de casos en los que los aspectos problemáticos pudieron ser reorganizados a través del cambio de horario, concentrando las actividades de otra manera y regresando al trabajo luego de un reposo prolongado. El riesgo de volver a la situación de desocupación permanece siempre latente.

5.6. Independencia económica

Ante el panorama de desocupación laboral que afecta a la mayoría de las personas en proceso de externación –más pronunciada al inicio del proceso–, sus gastos son cubiertos por el hospital psiquiátrico (comida, alojamiento, mobiliario, ropa) y la cobertura de la pensión no contributiva (que además de ser insuficiente, no se otorga a todas las personas).

El 55,81% de las personas entrevistadas –incluso las que perciben una pensión–, manifestó que era posible cubrir todos los gastos necesarios para su manutención; el 44,19% reportó que ese monto de dinero no era suficiente para llevar una vida “normal”, razón por la cual no vivían en forma digna. Expresaron preocupación ante la dificultad de comprar comida, jabón y elementos de aseo, cigarrillos, ropa, calzado, y de financiar paseos y salidas. Debido a los obstáculos analizados para acceder y conservar un trabajo independiente y productivo, el empleo no puede instituirse como un mecanismo efectivo que compense las carencias del sustento diario. Un hombre entrevistado dijo: “No se puede vivir con la pensión a menos que sea sólo con fideos y clozapina”.

La incompatibilidad entre el cobro de la pensión no contributiva y el trabajo asalariado en condiciones formales (aún cuando ambos ingresos suelen proveer montos insuficientes, en relación a las necesidades de este colectivo), obliga a las personas a tener que elegir entre un ingreso pequeño pero constante (pensión) o un trabajo del cual no se posee la certeza de continuidad. La mutua exclusión de dos ingresos que podrían reunirse para alcanzar una mejor solvencia económica soslayan la realidad de las personas en proceso de externación, que al estar sometidas a muchas de las barreras mencionadas para la inclusión, deben destinar más recursos para vivir fuera del hospital en condiciones dignas.

La independencia económica durante la externación está vinculada al incremento progresivo de la autonomía para la administración autónoma del dinero, sin desmedro de los apoyos necesarios en el manejo de los recursos. La interdicción civil genera efectos directos sobre la administración de los recursos; en los casos en que no se tiene contacto directo y frecuente con los curadores, genera mayores problemas⁴¹.

Muchos de los programas de externación que evaluamos proveían talleres de manejo del dinero, algunos más intensivos que otros. En general, en los talleres se tratan los temas básicos: conocer las monedas –a veces a través del uso de billetes falsos–, visitar el supermercado con

41 Una trabajadora social de la Colonia Montes de Oca comentó la dificultad para que el curador oficial de un hombre en proceso de externación autorizara –como era la voluntad del señor– el uso de sus recursos para cubrir necesidades propias de la externación, como la compra de mobiliario necesario para la casa en la que vivía (en ese caso, una heladera), con el argumento de que “las otras personas que viven ahí también se iban a aprovechar de él, usando dicho artefacto”, dando cuenta de no tener ningún registro del proceso colectivo que implica compartir la cotidianidad en una situación de convivencia.

acompañamiento para conocer los precios, trabajar con el vuelto; hasta los más complejos: cómo armar un presupuesto, determinar prioridades, etc.⁴².

Dadas las dificultades para cubrir los gastos con la pensión no contributiva, los profesionales enfatizaron que este aprendizaje era muy importante: “Trabajamos con gente que está casi al día... Sabiendo que su situación no va a cambiar ni en diez meses ni en dos años... el aprendizaje real es aprender a vivir con los recursos que uno tiene y poder administrarlos lo más saludablemente posible sin pasar necesidad ni tampoco creándoles una fantasía”.

El hecho de que sus ingresos provengan de pensiones y subsidios añade complicaciones por los atrasos en los pagos, por temas burocráticos. Los profesionales refirieron que “Hay que aprender cómo anticiparse cuando algo puede fallar para que eso no los desestabilice y reaparezca el riesgo de una reinternación”⁴³.

Una práctica común, naturalizada en algunos dispositivos donde la presencia de operadores dentro de la residencia es constante, es el manejo centralizado de las pensiones por parte de los coordinadores. Otorgan a los usuarios montos semanales, en función de sus ingresos. En las casas de externación de la Colonia Montes de Oca el sistema implementado (al momento de las entrevistas) era entregar 150 pesos a cada persona los viernes, para gastos “libres” durante el fin de semana. Quienes desearan adquirir algo adicional tenían que solicitar fondos específicos, y presentar recibos y facturas de los gastos realizados.

En Mendoza, los dueños de los hogares vinculados al programa de sostén externo del Hospital El Sauce se encargan de gestionar las pensiones. Siete personas entrevistadas reportaron no recibir ni manejar nada de su dinero. Los profesionales entrevistados explicaron que algunas personas usuarias presentan “patologías adictivas” y que “tener dinero lo condiciona un poco... tienen recaídas porque con ese mismo dinero compran a veces sustancias”⁴⁴.

42 Psicóloga, PREASIS, CABA.

43 Trabajadora social, PREASIS, CABA.

44 Enfermero, hogar vinculado al Servicio de Sostén Externo del Hospital Escuela de Salud Mental El Sauce, Guaymallén, Mendoza.