

cap. 6

seguridad social

Cuando se explora el sistema de seguridad social en relación a las personas con discapacidad también adviene una respuesta estatal enmarcada en una perspectiva paternalista, asistencialista y tutelar. Esto responde a una construcción de la seguridad social en la que el sujeto central es el trabajador asalariado formal (contribuyente), mientras que los estructuralmente excluidos son objeto de prestaciones residuales, fragmentadas y de alguna manera “excepcionales”. En resumen, son acciones vistas como “beneficios” o “ayudas”, pero no como derechos.

Acciones de este tipo suelen enmarcarse en la voluntad transitoria de la administración de turno para planificar y ejecutar determinadas provisiones, sin necesariamente problematizar concepciones de fondo. Esta dinámica caracteriza al sistema de seguridad social argentino en su totalidad que, además, tiene la característica de ser un híbrido público-privado. Esta situación distorsiona aún más la demarcación de responsabilidades en la cobertura de determinadas prestaciones y la articulación intersectorial para el monitoreo y evaluación del impacto en la vida de la persona. Estos son aspectos que el sistema debería proteger.

El trabajador asalariado formal acumula aportes jubilatorios y previsionales progresivamente para contar con ellos en momentos de “contingencia”, sea por motivos de desempleo, enfermedad, incremento de la carga familiar, incapacitación o jubilación. Un primer aspecto para abordar, entonces, es el concepto de “contingencia”.

De acuerdo con este sistema, la discapacidad es entendida no como una forma más de la diversidad humana, sino como una contingencia del orden de la enfermedad y la invalidez. Desde este enfoque corresponde otorgar una asignación estándar y predeterminada tras acreditar dicha condición, como modo de paliar la “esperable” falta del cumplimiento de otros derechos (capacidad jurídica, salud, vivienda y trabajo).

El derecho a la seguridad social constituye un articulador del goce de otros derechos y está vinculado al trabajo digno y al acceso al más alto nivel de salud física y mental. Para entender su alcance se lo debe mirar a la luz de los distintos marcos normativos nacionales e internacionales¹,

1 PIDESC, artículo 9: “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social”. Artículo 11. 1. “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de

en los que el avance en su protección y garantía ha sido fruto de las conquistas de los movimientos sociales y políticos.

En la Argentina, la Constitución de 1994 en su artículo 14 bis, especifica que: “El Estado otorgará los beneficios de la seguridad social, que tendrá carácter de integral e irrenunciable. En especial, la ley establecerá: el seguro social obligatorio, que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia; la defensa del bien de familia; la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna”².

Para dar cumplimiento a ese marco normativo, el Estado argentino organizó el Sistema de Seguridad Social Nacional, dividido en dos subsistemas: el Sistema Único de la Seguridad Social (Decreto 2.284/91) y el Sistema Nacional del Seguro de Salud (Ley 23.661/89). Del primero se desprenden cuatro subsistemas: a) Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)³, b) Subsistema de Asignaciones Familiares (SAF), c) Subsistema de Desempleo (FNE), d) Subsistema de Riesgos del Trabajo (LRT). El segundo está compuesto, a su vez, por dos subsistemas: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, mejor conocido como Programa de Atención Médica Integral (PAMI); y las Obras Sociales Nacionales.

De este entramado institucional emergen las dimensiones que permiten evaluar la implementación integral del derecho a la seguridad social por parte del Estado, especialmente en relación a las personas con discapacidad psicosocial: 1) la disponibilidad de un sistema de seguridad social, riesgos e imprevistos sociales, 2) accesibilidad a las distintas prestaciones, 3) autonomía y vida en comunidad como efecto del goce de este derecho.

Los altos estándares que el Estado debe alcanzar en materia de protección de las personas en situación de vulnerabilidad estructural no se condicen con los hallazgos encontrados en la presente investigación. La dinámica propia de un proceso como la externación de hospitales psiquiátricos constituye una situación que amerita un abordaje de protección social particular.

vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia. Los Estados Parte tomarán medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho, reconociendo a este efecto la importancia esencial de la cooperación internacional fundada en el libre consentimiento”.

CDPD, artículo 28: Nivel de vida adecuado y protección social: (1) “Los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad”. (2) “Los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho”.

2 La Ley 22.431 del Sistema de Protección Integral de los Discapacitados en su artículo 1, establece que se crea dicho sistema para asegurar el acceso a la atención médica, educación y seguridad social, como condiciones para posibilitar la inclusión social equitativa. La Ley 24.901 del Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad, estipula la creación de un sistema de prestaciones de atención que contemple acciones de prevención, asistencia, promoción y protección que responda a través de una cobertura integral, las necesidades y requerimientos de estas personas. La Ley 26.657 de Salud Mental plantea en su artículo 36 que “La Autoridad de Aplicación en coordinación con los ministerios de Educación, Desarrollo Social y Trabajo, Empleo y Seguridad Social, debe desarrollar planes de prevención en salud mental y planes específicos de inserción socio-laboral para personas con padecimiento mental. Dichos planes, así como todo el desarrollo de la política en salud mental, deberá contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, en particular con organizaciones de usuarios y familiares de los servicios de salud mental. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio”.

3 Antes se llamaba Sistema Integrado de Jubilación y Pensiones. Se modificó su nombre a partir de la sanción de la ley 26.425 en 2008.

6.1. Disponibilidad

La prestación social particular para esta población es la pensión nacional no contributiva por discapacidad, cuyo monto es fijo, estandarizado y tiene una periodicidad mensual. Previsiones más específicas dependen de trámites con requisitos adicionales.

La condición para ingresar al sistema previsional por motivo de discapacidad en el marco de la ley n° 24.901 es la posesión del Certificado Único de Discapacidad (CUD). Su obtención hace beneficiario al titular de prestaciones preventivas, de rehabilitación, terapéuticas educativas y asistenciales⁴.

El Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) cuenta además con una gran variedad de prestaciones, no todas dirigidas a personas con discapacidad. De las existentes, les corresponden: pensión no contributiva por discapacidad, pensión graciable, jubilación, pensión derivada, asignación universal por hijo, asignaciones familiares, asignación por hijo con discapacidad, ayuda escolar por hijo con discapacidad y pase libre de transporte. En adición, existe una variedad de subsidios provinciales y de la CABA⁵ a la que es posible acceder.

A cada tipo específico de prestación monetaria por motivo de discapacidad, le corresponde un tipo de prestación particular en el ámbito de la salud, tanto en relación al sistema de obras sociales o de prepagas, como con el sistema público. Así, las personas que acceden a la pensión no contributiva por invalidez y/o a pensiones graciables, son incorporadas al Programa Federal Incluir Salud (ex-PROFE) y quienes poseen una jubilación o pensión derivada pueden acceder al PAMI.

La diferencia entre una y otra no es un tema menor, ya que varios de los profesionales entrevistados afirmaron la ineficiencia en la atención efectiva y expedita del programa Incluir Salud (ex PROFE) en comparación con el PAMI⁶.

Estos efectores tienen diferencias también en la variedad de prestaciones a las que dan cobertura. El PAMI puede solventar gastos relevantes como los de vivienda y alimentación. Sin embargo, de la población entrevistada, sólo un 17% manifestó contar con esta obra social. Los requisitos para contar con su cobertura –ser jubilado o usufructuar una pensión derivada– difícilmente pueden ser alcanzados por las personas con largos períodos de internación.

Por otro lado, los servicios específicos de salud de estas instituciones, y también de las obras sociales en general, no siempre proveen figuras compatibles con los sistemas de apoyo –como un acompañante terapéutico, por ejemplo–. En su defecto, prevén distintas formas de internación en instituciones públicas, mixtas o privadas, en dispositivos con lógicas similares a las del manicomio.

4 De acuerdo al Servicio Nacional de Rehabilitación, la posesión del CUD habilita a los siguientes recursos: el 100% de cobertura en medicación y tratamiento del diagnóstico que figura en su CUD; acceso gratuito al transporte público nacional de corta, mediana y larga distancia en trenes, subtes, colectivos y micros (pase libre de transporte); derecho de libre tránsito y estacionamiento; eximición de impuestos municipales, entre otros.

5 Subsidio habitacional (Ministerio de Desarrollo Social, CABA); “Vivir en casa” (Ministerio de Desarrollo Social, CABA); Revinculación familiar (PREASIS, Min. Desarrollo Social, CABA); Externación y resocialización (PREASIS, Min. Desarrollo Social, CABA); Cobertura Porteña (Ministerio de Desarrollo Social, CABA); Ticket Social (Ministerio de Desarrollo Social, CABA); Beca de capacitación (COPIDIS, CABA); Subsidio vuelta a casa (Hospital Estévez, PBA); Subsidio de externación por ley 10.315 (Suprema Corte de Justicia de PBA); Incentivo o “Peculio” (Talleres Protegidos); y Subsidio “Regreso al hogar”, (Prea, Cabred).

6 “Con PAMI es una historia totalmente distinta a la del PROFE, el PROFE prácticamente es como si no estuviese porque no les sirve más que para algún descuento en medicación, pero por ahí es mucho mejor el acceso a las salitas comunitarias (...) PAMI es muy distinto a todos, con PAMI se trabaja mucho más inmediato (...)”. (Terapeuta ocupacional, PREA, provincia de Buenos Aires).

La ausencia de prestaciones específicas para la cobertura de la vida en comunidad tiene como consecuencia que el hospital psiquiátrico asuma la responsabilidad, aún cuando las personas vinculadas a los dispositivos de externación ya no estén alojadas ahí⁷.

Un tema central con respecto a la disponibilidad es la incompatibilidad de algunas prestaciones con el cobro de un salario, como sucede en el caso de la pensión no contributiva por discapacidad. De acuerdo con lo que varios profesionales manifestaron, si la persona obtuvo un trabajo en relación de dependencia, la pensión se da de baja. El problema está en que no se consideran las contingencias propias que afectan al sostenimiento de un trabajo por lo que, si la persona lo pierde y queda desempleada, debe reiniciar el trámite de la pensión.

En conclusión, el sistema de prestaciones sociales en salud privilegia un tipo de abordaje que debe ser sustituido según el mandato de la CDPD⁸ y la LNSM.

6.2. Accesibilidad

Un aspecto importante de la investigación fue analizar el acceso efectivo de las personas con discapacidad a las prestaciones disponibles en el sistema previsional. Esto resulta central para entender el derecho a la seguridad social y ver su puesta en práctica –desde su eficiencia hasta su universalidad–. Con respecto a las personas con discapacidad psicosocial, es necesario explorar si el acceso a las prestaciones acarrea la vulneración de otros derechos.

De acuerdo a lo reportado por las personas entrevistadas, el 70,6% refirieron que son titulares del CUD frente a un 16% que afirmaron que no lo son y un 8% que respondieron “No sabe/No recuerda”.

En el gráfico 8 se evidencian marcadas diferencias regionales en lo que hace al estado de trámite del CUD. En la CABA y en la provincia de Buenos Aires, la cantidad de personas titulares del CUD es mayoritaria y el porcentaje de personas que desconoce si lo tiene es reducido. Son pocas las personas con trámites en curso y algunas reportan no haber accedido a este documento. En Córdoba y Mendoza la situación varía mucho, pues el porcentaje de personas que no tienen CUD o cuyo trámite está en curso es mayor, aún cuando el trámite es sencillo y relativamente generalizado para las personas con discapacidad.

En relación a la obtención de prestaciones, un 22,5% de las personas entrevistadas accedieron a la pensión no contributiva por discapacidad, 31% a la pensión graciable, 7,5% a la jubilación, un 3% a la pensión derivada y menos de un 2% en los casos de la pensión provincial por invalidez, asignación por hijo con discapacidad y asignación universal por hijo con discapacidad.

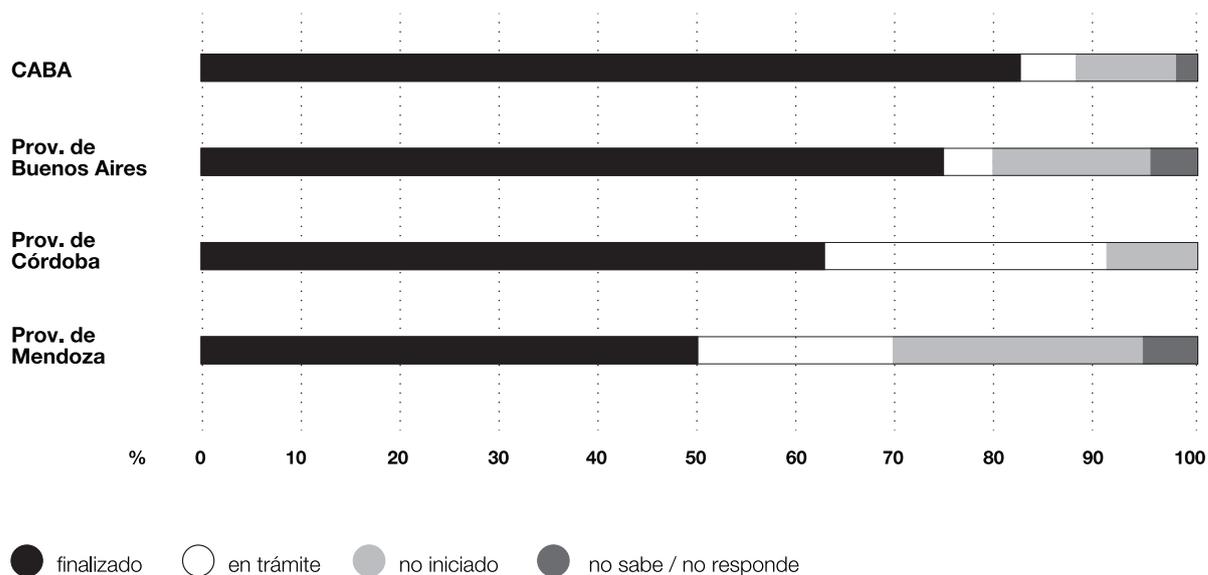
7 En Mendoza, el Hospital El Sauce financia de su presupuesto los gastos de la casi totalidad de las personas alojadas en los cinco hogares psicogeriátricos visitados en esta investigación. En la provincia de Buenos Aires, tanto la Colonia Montes de Oca como la Colonia Cabred, financian con recursos económicos y materiales gran parte de las necesidades de las personas que viven en casas de convivencia.

8 Además de lo previsto en la CDPD y en las observaciones del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Relatora Especial para los Derechos de las Personas con Discapacidad, Catalina Devandas-Aguilar, eligió el tema de la protección social para desarrollar su más reciente informe (07/08/2015) ante el Consejo de Derechos Humanos de la ONU. Dicho documento: “pretende formular orientaciones destinadas a los Estados y a otros agentes sobre los requisitos necesarios para establecer sistemas de protección social que tengan en cuenta a las personas con discapacidad y promuevan la ciudadanía activa, la inclusión social y la participación de las personas con discapacidad en sus comunidades, de conformidad con la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aunque reconoce las dificultades existentes para su aplicación”.

GRÁFICO 8

Estado del trámite del Certificado Único de Discapacidad (CUD) de las personas entrevistadas, por jurisdicción.

Datos correspondientes a las 266 personas entrevistadas, de las cuales 125 eran de la provincia de Buenos Aires, 79 de la CABA, 28 de Mendoza y 16 de Córdoba.



Finalmente ninguna persona afirmó percibir la ayuda escolar para hijos con discapacidad, ni la asignación familiar por cónyuge con discapacidad.

De las personas entrevistadas sólo un 22,5% confirmó tener la pensión no contributiva por discapacidad y, con ella, su posibilidad de acceder al Programa Incluir Salud. Sin embargo, sólo un 18,7% informó contar con dicho programa. Esto demuestra que un porcentaje de todas las personas que cuentan con la pensión, no recibe la prestación de salud que le corresponde.

Otro elemento relevante en el acceso a la seguridad social es la posibilidad real de realizar los trámites de acuerdo a criterios que respeten las necesidades y preferencias de las personas en situación de externación. El rol pasivo que se les asigna se extiende a los procedimientos del ámbito de la seguridad social. Un ejemplo de ello es que un 42% de las personas entrevistadas afirmaron que fue un tercero (equipo tratante, familia, hospital) quien le hizo el trámite del CUD, frente a un 28% que afirmaron ser parte del proceso del trámite. No sorprende que en este contexto, la persona titular de la asignación quede corrida del rol de administradora de sus propios recursos⁹.

La desinformación no sólo condiciona a los propios usuarios, sino también a sus familias. Una de las mayores confusiones que derivan en una práctica generalizada de vulneración de derechos es

9 "A veces se cobran pensiones y el curador es el que define cómo se administra y ahí la autonomía económica, si bien está dada porque ese dinero es para esa persona, también queda supeditada a otros que definen cómo se utilizan, entonces, es una independencia relativa". (Psicóloga, Talleres Protegidos, CABA).

la restricción de la capacidad jurídica como presunto requisito para el goce de una prestación. La idea subyacente de esa práctica es que el dictamen de una insania “prueba” la incapacidad y que tener un curador designado “garantiza” que el estipendio se utilizará de la forma más beneficiosa para la persona. Ambos postulados son incorrectos pues la interdicción no genera ningún beneficio, más bien obstaculiza el goce y ejercicio directo del derecho que se pretende consagrar¹⁰.

En lo que respecta al tiempo de tramitación para la obtención de las prestaciones, la dilación de los procedimientos dificulta y hasta impiden la externación de los sujetos, ya que en la mayoría de los casos la pensión es el único medio de sustento en el proceso. Ejemplo de esto es que el tiempo de dilación del trámite de la pensión no contributiva por discapacidad, desde el inicio hasta el cobro efectivo, es en promedio de entre 8 a 12 meses. Ese lapso de tiempo adquiere mayor relevancia si se tiene en cuenta que las personas se encuentran alojadas en hospitales psiquiátricos¹¹.

6.3. Autonomía y apoyos para la vida en comunidad

Al inicio de este capítulo vimos que para el sistema de seguridad social la discapacidad es una contingencia en sí misma y está estrechamente ligada a la condición física o psíquica que la origina (y no a las barreras sociales). Esta idea determina qué tipo de prestaciones se contemplan. Así, hay una relación directa entre los requisitos para acceder a cada prestación y las situaciones específicas a las que las pensiones y subsidios pretenden responder. Reflejo de ello es la necesidad de contar con el Certificado Médico Oficial, documento que determina una graduación vinculada a la capacidad de trabajar. En el caso de la pensión no contributiva, la evaluación médica debe constatar 76% de discapacidad¹².

La autonomía e independencia de las personas con discapacidad psicosocial están íntimamente ligadas a la existencia de recursos para vivir en condiciones dignas. Los recursos deben permitir sufragar gastos fijos y emergentes, garantizando así el goce de derechos económicos, sociales y culturales en la vida cotidiana, ya no a través de la cobertura brindada por el hospital psiquiátrico.

Los hallazgos de la investigación reflejan que ninguno de los entrevistados podía cubrir, en forma digna, con los recursos provistos por las prestaciones –ni siquiera sumados– la totalidad de los gastos de la vida fuera del hospital. Este factor es una barrera central que impide trazar un plan de vida en forma independiente¹³.

10 “(...) Lo que sí yo he visto es que muchas insanas, han salido, se han tramitado porque empezaron a tramitar una pensión. En el formulario para tramitar una pensión asistencial hay una parte, en el reverso que dice: ‘¿necesita curatela?: si-no’. Si ahí le ponen que sí, va directo, como un trámite burocrático, como si fuese un trámite administrativo. (...) La orientación (es) ‘Ah ¿Pusieron que sí? Bueno’”. (Trabajadora social, Talleres Protegidos, CABA).

“Un paciente que me acuerdo que ingresó, cuando tuvimos la entrevista con la familia, nos plantean que estaban haciendo el juicio por insania porque con eso iban a conseguir la pensión por incapacidad”. (Psicóloga, Talleres protegidos, CABA).

11 “Una pensión hoy está tardando un año en salir. Y ese año, en el hospital internado, puede ser iatrogénico para la vida de una persona”. (Trabajadora, Centro Basaglia, La Plata).

12 Comisión Nacional de Pensiones. *Guía sobre Pensiones No Contributivas*. Disponible en: <http://bit.ly/1QPDRgn>.

13 En la dimensión “Gastos soportables” del capítulo anterior se especifican datos sobre la cantidad de personas que reportaron que los recursos a los que accedían eran insuficientes para cubrir sus gastos básicos mensuales.

Por su transversalidad y capacidad de incidencia en el goce de distintos derechos, el sistema de seguridad social tiene un potencial de impacto amplio en la compleja dinámica que implica terminar con largos períodos de institucionalización manicomial.

Un indicador central desde el modelo social de la discapacidad, es si las prestaciones recibidas, efectivamente suman a que las personas con discapacidad psicosocial incrementen progresivamente su calidad de vida.

Para que las políticas de protección social no deriven en una práctica puramente asistencialista, se deben vincular estrechamente las acciones previstas por el sistema de seguridad social y el propósito de apuntalamiento constante de las capacidades que el modelo social de la discapacidad implica. En la práctica, encontramos serias contradicciones en este ámbito que obstaculizan y/o impiden la externación del manicomio y la vuelta a la vida autónoma y en comunidad.^{14 15}

14 Sobre el ejercicio autónomo de la capacidad, es llamativo que en contradicción con el marco normativo vigente, tanto el Ministerio de Salud como el de Desarrollo Social de la Nación aún aclaren que no se exigirá el trámite de curatela como requisito para acceder a la pensión no contributiva, a menos que lo requiera explícitamente el médico que realice la evaluación para la obtención del Certificado Médico Obligatorio (CMO), supeditando así el goce de un derecho a la restricción de otro como lo es la capacidad jurídica, y además dejando al criterio de un profesional de la salud la pertinencia o no de una figura jurídica: <http://bit.ly/1L8Hg9S>.

15 En el tenor de esta práctica de interdicción civil como requisito para el goce de una prestación también se inscribe el subsidio que se otorga por la ley n° 10.315 en la provincia de Buenos Aires. Asignado y ejecutado por las curadurías públicas, limita su goce a las personas que tienen un curador designado, y en tanto tengan una sentencia de restricción a su capacidad jurídica.