

Discapacidad desde la infancia: un estudio sobre la certificación estatal argentina³⁰

Axel Levin³¹

Recibido: 11/07/2020

Aceptado: 15/09/2020

Resumen

Este trabajo tuvo como objetivo analizar a través de qué prácticas y criterios, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las Juntas de evaluación determinan la *discapacidad* en la infancia, en particular a los niño/as que presentan patologías en salud mental. La investigación, cuyo enfoque fue etnográfico, tuvo de referente empírico al Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad. Enfoc ndome en las Juntas pediátricas y en las familias solicitantes del Certificado  nico de Discapacidad, analizo algunas de las representaciones que repercuten en las decisiones tanto de los profesionales como de las familias. También, la influencia del factor *económico* en la certificación de *discapacidad*, y las tensiones que genera la existencia de cambios recientes en la manera de definirla. En esta línea, destaco el carácter *prescriptivo* de esta política estatal en su carácter dual: como una garantía de derechos a la vez que potencialmente *estigmatizante*.

Palabras claves: *Discapacidad – Certificación – Estigma – Infancia.*

Disability since childhood: a study about disability certification in Argentina

Abstract

This article analyses which practices and criteria are used by the evaluation boards in the city of Buenos Aires to certify (or not) childhood *disability*, particularly mental disorders. The research was based on an ethnographic approach, and field work was carried out in the Integral Centre for

³⁰ Este artículo se basa en un recorte de mi tesis de licenciatura en Ciencias Antropológicas, *  Qué determina la discapacidad en la infancia? Un estudio sobre la certificación estatal*, defendida en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en mayo del 2018.

³¹ Becario Doctoral en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA), IICSAL-FLACSO/CONICET.
Email: axellevin4@gmail.com

Evaluation and Orientation for Disabled People. Particularly, I analyse some of the representations that affect the decisions of both families and the staff, focusing on the paediatric evaluation boards and the families that request the issuance of the *disability* certificate. The influence of *economic* factors in the *disability* certification is also discussed, as well as the tensions caused by the recent changes on its legal definition. In this regard, I highlight the *prescriptive* condition of this state policy due to its dual condition: it ensures access to certain rights, but it is also potentially *stigmatising*.

Keywords: *Disability – Certification – Stigma - Childhood*

Introducción

Este trabajo tuvo como objetivo analizar a través de qué prácticas y criterios, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, las Juntas de evaluación pediátricas definen y determinan la *discapacidad* en la infancia, en particular a los niño/as que presentan patologías en salud mental³². En esta línea, realizar un aporte al entendimiento de la *discapacidad* como una producción socio-política, caracterizando el lugar que ocupa la certificación estatal.

La elección de centrar la investigación en la *discapacidad* infantil, haciendo énfasis en los niño/as que presentan patologías en salud mental, se basó en la importancia que tiene esta franja de la población en la *normativización* de la sociedad como tecnología de gobierno (Foucault, 1977; Donzelot, 1977). El desarrollo de la psiquiatría como una institución que interviene en las distintas esferas de la sociedad desde el siglo XVIII, por ejemplo en el ámbito penal o el educativo, ha contribuido a establecer parámetros de la *normalidad* y *anormalidad* de los sujetos: cómo deben conducirse según ciertas normas prescriptas, asociadas a la salud y lo moralmente correcto (Foucault, 1976, 1977).

A su vez, este proceso de expansión de la psiquiatría y de su utilización como tecnología de gobierno de las poblaciones, está en línea con la creciente *medicalización* de las sociedades. Es decir, la categorización creciente de distintas problemáticas de la vida social en ámbito de definición e intervención del saber médico, como el diseño urbanístico, el saneamiento del agua, la alimentación, la higiene y la sexualidad (Foucault, 1976, 1977). La infancia ocupa un lugar de relevancia significativa tanto por la centralidad de los hijos en las familias, como por la sujeción a disciplinas y a parámetros de *normalidad* pautados a través de las instituciones médicas y educativas por las que los niño/as transitan en su desarrollo (Foucault, 1977; Donzelot, 1977).

³² Las patologías diagnosticadas con mayor recurrencia en niño/as solicitantes del certificado son: Trastorno General del Desarrollo (TGD), Trastorno de Déficit de Atención (TDA), Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Lenguaje, Trastorno de la Personalidad, Retraso Mental, Autismo.

Por otra parte, la agudización de la *medicalización* de la infancia en las últimas cuatro décadas, expresada en la creación y proliferación de diagnósticos de patologías mentales de toda una serie de conductas que con anterioridad se concebían como parte del desarrollo *normal* de los niño/as (Conrad y Schneider, 1985; Conrad, 2007; Bianchi, 2009) plantea la discusión sobre el lugar que ocupa el Estado en estas redefiniciones.

Sobre esta base, resulta significativo puntualizar que estadísticamente en la Argentina la *discapacidad mental*, y en particular la infantil, es a nivel cuantitativo la que más relevancia tiene sobre el total de la población certificada³³. Tomando las estadísticas del Servicio Nacional de Rehabilitación (2015)³⁴, se puede observar que la mayor proporción de certificados de *discapacidad* emitidos en el territorio nacional corresponde a *discapacidad mental*, en un porcentaje del 40,17%, y que la mayor cantidad de certificados emitidos a razón de *discapacidad mental*, a diferencia de los demás tipos de *discapacidad*³⁵, se encuentra comprendida en la franja etaria que va desde cero a diecinueve años de edad (con un pico máximo en las edades de cinco a nueve años). A nivel nacional, poniendo en relación los certificados emitidos por tipo de *discapacidad* y franja etaria, durante el año 2015 la mayor cantidad de certificados fueron emitidos a razón de *discapacidad mental* en menores de quince años, en una proporción del 55, 45% sobre la totalidad. Es decir, la *discapacidad mental infantil* es la categoría, tanto en tipo de *discapacidad* como en franja etaria, correspondiente a la mayor proporción de certificados emitidos en la Argentina.

Esta investigación, a su vez, se enmarca en un proceso histórico, todavía en curso, de discusiones y cambios de paradigma sobre la manera de concebir a la *discapacidad*. O en otras palabras, sobre cómo se la define y certifica, determinando o no la ponderación de un sujeto como *discapacitado*. A nivel internacional, los principales hitos en los que se puede ver dicho proceso, al mismo tiempo que lo fomentan, son la aprobación por parte de la Organización Mundial de la

³³Si bien se hace referencia a las estadísticas del último anuario publicado por el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) al momento de la realización de esta investigación, los anuarios anteriores (2010-2015) presentan estadísticas similares, algo que es resaltado en el anuario en cuestión (2015). Estos anuarios reúnen la información estadística de múltiples aspectos de la población argentina portadora del Certificado  nico de Discapacidad. Los porcentajes son válidos solo para el conjunto de la población certificada. Es decir, cuando se abarca estadísticamente a la población con y sin certificación de *discapacidad* los índices porcentuales cambian.

Para consultar la fuente: <https://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>.

³⁴ Desde el año 2018 el Servicio Nacional de Rehabilitación dej  de existir para integrarse a la Agencia Nacional de Discapacidad creada en el 2017.

³⁵La *discapacidad* se categoriza en *discapacidad mental*, *discapacidad motora*, *discapacidad visceral*, *discapacidad auditiva* y *discapacidad visual*.

Salud³⁶ del manual denominado *Clasificación Internacional del Funcionamiento*³⁷ en el año 2001 y la aprobación de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*³⁸ por parte de la Organización de Naciones Unidas³⁹ en el año 2006 (Ferrante, 2015). Estos documentos dieron, parcialmente, una respuesta a las investigaciones que planteaban un *modelo social* del fenómeno, junto a los reclamos de diversas organizaciones sociales (Oliver, 1998). Los cuestionamientos se centraron en que la *discapacidad* sea un problema médico-individual, producto de la tragedia azarosa y desafortunada de cargar con un déficit psíquico-orgánico. Por el contrario, el *modelo social* puso a discutir los obstáculos sociales, materiales y simbólicos, que *discapacitan* a las personas con ciertas características, al analizarlas como mecanismos de opresión y segregación que impiden su plena participación en sociedad (Oliver, 1998).

A nivel nacional, adhiriendo a las directrices de estos organismos, en el año 2009 se modifica el *Sistema integral de protección a favor de las personas discapacitadas* (resolución 675 del Ministerio de Salud de la Nación) adoptando oficialmente a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento* como manual guía de un nuevo *Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad*. Esta resolución, también, estipula el carácter interdisciplinario⁴⁰ de las Juntas de evaluación, y desplaza el funcionamiento de dichas Juntas del ámbito hospitalario. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la adaptación a estos cambios promovidos por el Estado Nacional se efectúa en el año 2014, con la creación del Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad. Sin embargo, diversos estudios instauran la pregunta sobre la existencia, en la práctica, de continuidades y rupturas con el antiguo modelo de certificación y concepción de la *discapacidad* (Ferrante y Ferreira, 2009; Ferreria y Rodríguez Díaz, 2010; Rosato y Angelino, 2009; Vallejos, 2013; Venturiello, 2017).

Las implementaciones de los cambios mencionados en el párrafo anterior coinciden con un aumento exponencial de los índices de certificación de la *discapacidad* (anuarios 2009-2015 del Servicio Nacional de Rehabilitación), en particular en la infancia. En este cuadro, el análisis del Certificado Único de Discapacidad (CUD) merece profundizarse desde un carácter dual: como una

³⁶ De ahora en más, se referirá a la Organización de Mundial de la Salud como OMS

³⁷ De ahora en más, se referirá a la Clasificación Internacional del Funcionamiento como CIF.

³⁸ De ahora en más, se referirá a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad como la Convención.

³⁹ De ahora en más, se referirá a la Organización de Naciones Unidas como ONU.

⁴⁰ Las Juntas deberán conformarse por un médico, un psicólogo y un trabajador social (antes solo era obligatorio la presencia de un médico). El modelo del nuevo Certificado Único de Discapacidad aprobado, precisamente, está diseñado para que solo tenga valides mediante las tres firmas.

garantía estatal de derechos adquiridos, y como una política de demarcación *estigmatizante* (Venturiello, 2017).

A su vez, este estudio adquiere relevancia frente a la inexistencia de antecedentes empíricos relevantes en el tema específico: la certificación de *discapacidad*, en salud mental, a niños y niñas por parte de las Juntas de evaluación pediátricas.

Acerca de la investigación y su referente empírico

El trabajo de campo del estudio se desarrolló en el Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el segundo semestre del 2016, entre los meses de julio y diciembre, con una frecuencia de hasta dos veces a la semana en la institución. Se utilizó, fundamentalmente, la observación participante en el espacio, en funcionamiento, de las distintas Juntas pediátricas (con una experiencia prolongada en tres Juntas disímiles), y la realización de entrevistas abiertas tanto a los profesionales como a las familias solicitantes.

El Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tiene a su cargo la evaluación y certificación de los distintos tipos de *discapacidad* a través de Juntas especializadas e interdisciplinarias. A su vez, existe una diferenciación por franja etaria que distingue entre Juntas de adultos y Juntas pediátricas según la mayoría o la minoría de edad de la población solicitante, pautada a los dieciocho años. Las Juntas pediátricas tienen la característica de atender a chico/as y adolescentes sin distinción, mientras que las Juntas de adultos están divididas según el tipo de *discapacidad* que presenta el demandante. En este contexto, la observación participante se centró en las tres Juntas pediátricas existentes, poniendo el foco en la instancia de evaluación de los niño/as a raíz de diversos diagnósticos (en particular, los que presentaban patologías en salud mental⁴¹).

A continuación se describirá con el mayor detalle posible, en el marco acotado de este artículo, cómo es el funcionamiento cotidiano del espacio, para sobre esta base avanzar con la reflexión analítica. A su vez, se incluirá la explicitación del lugar del investigador en el proceso de estudio etnográfico. Esta decisión se inscribe en una tradición disciplinar que incluye en el estudio a los condicionantes, sobre el referente empírico a estudiar, de una observación participante prolongada. Es decir, la *implicación* del investigador, con su multiplicidad de repercusiones, debe

⁴¹ La razón de este punto se encuentra en un supuesto personal sobre que existe una arbitrariedad mayor en la *discapacidad* certificada en base a patologías en salud mental (y en particular cuando se trata de diagnósticos de poca gravedad) comparado con otros tipos de *discapacidad*. Este supuesto con el que empezó la investigación se fue problematizando y matizando en el curso de la misma.

estar incluida como un elemento de análisis contextualizado, y no negado u obviado (Althabe y Hernández, 2005).

Los solicitantes del certificado llegan al Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad, ubicado en la parte sur del barrio de San Telmo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y lo primero que deben hacer es dirigirse a la recepción, previo haber pedido un turno en el CGPC o Servicio Social Zonal⁴² correspondiente. All  se anuncian y entregan la documentación requerida (esta es dada por los CGPCs o Servicios Sociales Zonales, de acuerdo al tipo de *discapacidad* en cuestión). La documentación a entregar, más allá de las variaciones dependiendo del tipo de *discapacidad*, consiste en la fotocopias del documento de identidad y domicilio en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por lo menos un informe profesional que respalde y justifique el pedido del certificado, en el caso de *discapacidad mental* se puntualiza que debe hacerlo un psiquiatra (generalmente se adjuntan varios informes más, de profesionales de diferentes disciplinas relacionadas con la problemática, para dar un mayor respaldo al pedido), y diversos estudios (de análisis de sangre, genéticos, radiografías, test estandarizados). También, si bien no est  por escrito, se pide en los casos de renovación el certificado anterior.

Se les entrega, para que completen mientras se encuentran en la sala de espera, una encuesta sobre la condición de salud del solicitante y la incidencia de su condición en el desempeño de distintas actividades (distinguiendo si las mismas las puede realizar solo o con ayuda, si las lleva adelante con distintos grados de dificultad o no las realiza). Cuando son llamados por el turno se dirigen a la Junta correspondiente, ubicadas en oficinas señalizadas por números.

Por el lado de los profesionales, en una primera instancia, el proceso comienza leyendo la documentación del próximo solicitante, corroborando su nombre en el orden registrado en una planilla (en la que figura el nombre y apellido del niño/a, la edad, cobertura de salud si es que tiene⁴³, y la hora del turno). Por lo general se encuentran presentes los tres miembros de la Junta, compuesta por un médico, un psicólogo, y un trabajador social (aunque, a veces, los psicólogos y trabajadores sociales son requeridos por otra Junta y se encuentran ausentes). La lectura de la

⁴² Tanto los Centros de gestión y Participación Comunal (CGPC) como los Servicios Zonales, son unidades de descentralización administrativa dependientes del gobierno de la Ciudad de Buenos Aires donde se pueden realizar una amplia gama de trámites y consultas sobre distintos t picos, con el fin de hacer más fácil y accesible la gestión de dichos trámites a la ciudadanía.

⁴³ En Argentina las coberturas de salud, sin contar al sistema de salud pública, pueden darse a través de las Obras Sociales administradas por los sindicatos de los diferentes rubros de trabajadores (cuya financiación depende del aporte de los afiliados al gremio y de la entidad patronal); o mediante Prepagas, que son empresas privadas que administran la atención sanitaria de aquellas personas que paguen la suscripción a sus servicios.

documentación, generalmente, dado el poco tiempo⁴⁴ entre un solicitante y otro, es rápida y en silencio, buscando encontrar los puntos más significativos para comentar en voz alta. A saber: la distinción de los diagnósticos y de las sintomatologías, la recurrencia de situaciones problemáticas, la escolaridad, si posee acompañante o no, el grado de independencia. En la mayoría de los casos el profesional que está frente a la computadora no participa de la lectura de los informes porque se encuentra terminando de pasar al sistema los datos del solicitante anterior. Sobre lo que se lee en voz alta se conversa, a veces se alcanza a ver toda la documentación y a veces no, comúnmente hasta que tocan la puerta preguntando si pueden pasar.

En una segunda instancia entra el niño/a con su familia o acompañante, saludan, se sientan en las sillas del otro lado del escritorio y se da comienzo a la entrevista. Lo más frecuente es que las preguntas las haga el médico, y el psicólogo o el trabajador social tomen la palabra solo si hay algo en particular que les llama la atención. La entrevista tiene una parte de preguntas estadísticas, que a veces la hacen al principio y a veces al final, donde se relevan datos habitacional y del entorno en el que viven, como por ejemplo la cantidad de personas en el hogar y el número de ambientes, si tienen calles pavimentadas o transporte público cerca. Y una parte donde se interroga sobre la condición de salud del niño/a y su desempeño en la vida social, con la intencionalidad de registrar posibles *secuelas funcionales*⁴⁵.

En concreto, dado que los profesionales conocen los diagnósticos y distintos aspectos de la vida del niño/a por los informes leídos con anterioridad, las preguntas están orientadas a profundizar el conocimiento sobre las áreas que se destacan como problemáticas (el aprendizaje escolar, la comunicación, las interacciones con sus pares, la concentración, los impulsos, el autocuidado, la autonomía, la motricidad). A modo de ejemplo:

¿Tenés amigos en el colegio?, ¿Le gusta ir a cumpleaños?, ¿A qué te gusta jugar?, ¿Hace tareas solo, acompañado, no las hace..?, ¿En qué momentos se pone nervioso?, ¿Puede caminar, correr, jugar a la mancha?, ¿Duerme bien?, ¿Cuál es tu comida favorita?, ¿Se cambia de ropa solo?, ¿Lo ayudan para ir al baño?, ¿Te gusta otro juego además de los del celular, la compu...?, ¿Toma

⁴⁴ En una gran cantidad de ocasiones el lapso entre un solicitante y otro es, aproximadamente, de cinco minutos o menos.

⁴⁵ Este es un término nativo que refiere al concepto, presente en el nuevo paradigma social de la *discapacidad* que difunde la Convención-ONU (2006) y la CIF-OMS(2001), que la *discapacidad* no proviene del diagnóstico o de la condición biológica en sí misma, sino que proviene de la dificultad en el desempeño de ciertas actividades sociales a partir de una condición de salud en ciertos aspectos disfuncional. En este sentido, tomando las palabras de una de las pediatras presentes en mis notas de campo, se dice que son “las secuelas (de esta disfuncionalidad) en la vida cotidiana de los sujetos las que certifican discapacidad, no los diagnósticos” (psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas, septiembre del 2016).

medicación?, ¿Qué es lo que más le cuesta?, ¿En qué momento se dieron cuenta que tenía dificultades para hablar?

Preguntas realizadas por distintas profesionales a lo largo de mi trabajo de campo, tomadas de mis registros (julio – diciembre, 2016)

Dependiendo de la edad de los chico/as, de su condición, y del *estilo* de cada Junta⁴⁶, las preguntas suelen estar dirigidas de manera alternada hacia los mismos niño/as y hacia los padres o acompañante, aunque en la mayoría de los casos están formuladas hacia éstos últimos. Cuando es así, se habla sobre el niño/a con él presente, instaurando una modalidad de diálogo que lo excluye como interlocutor (refiriéndose a él en tercera persona e indagando en aspectos de su intimidad sin los reparos que en otro contexto implicaría que el sujeto a quien la conversación se refiere esté allí).

La presencia de los niño/as en las Juntas es un requisito que se les demanda a la familias cuando piden el turno, y la visión de “cómo es el niño”, más allá del contenido de la entrevista, aporta mucha información (aspectos sobre su manera de hablar, si se queda quieto o se mueve, su mirada, sus gestos). En muchas ocasiones las familias cuentan distintas cosas sin ser interrogados sobre eso, aportando la información que suponen que deben dar o que quieren dar a conocer para que el otorgamiento del certificado sea una realidad.

Esta instancia finaliza cuando los profesionales, comúnmente el pediatra, le dice a la familia que el certificado se lo otorgan en el día, indicándoles que esperen afuera si así lo quieren (también, si están apurados, pueden pasar a buscarlo en otro momento), y que se pueden acercar a los “box” de delante de COPIDIS⁴⁷, con el certificado ya en mano, donde les van a informar sobre todos los beneficios que el CUD les habilita. O bien, transmitiendo la decisión que la certificación queda suspendida por distintas razones (por ejemplo, la consideración de una poca cantidad de informes respaldando la solicitud, o que su contenido es pobre en información). En estos casos se les indica que deberán pedir un nuevo turno, y que serán atendidos por la misma Junta, es decir, nuevamente por ellos. Otra variante que puede suceder es la denegación de la solicitud del certificado, explicando los motivos y aclarando que tienen el derecho de consultar con una Junta

⁴⁶ En numerosas ocasiones distintos profesionales refirieron que cada Junta tiene su *estilo*, postulado que se sostiene en la experiencia de los psicólogos y trabajadores sociales que van rotando entre las Juntas y comparan la forma de trabajar, y de llevar adelante la entrevista, de los diferentes médicos. Este punto se desarrollará más adelante.

⁴⁷ Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS).

distinta si así lo desean. La gran mayoría de las entrevistas que presencié terminaron de la primera forma, algunas pocas de la segunda, y en contadas ocasiones de la última.

La tercer instancia, una vez que el niño/a con su familiar o acompañante se retira, consiste en la conversación de las profesionales sobre el caso, con el fin de ir llenando el Protocolo de Evaluación y Certificación de la *discapacidad* con las descripciones que deciden pertinentes. Por lo general la pediatra, con el protocolo en la mano, va diciendo en voz alta los códigos que le parecen adecuados y los va anotando en la planilla, en la mayoría de los casos dando por sentado que las demás comparten su criterio. Este implícito está apoyado en el consenso alrededor de una cantidad de códigos que suelen usar la mayoría de las veces con ciertos diagnósticos o problemáticas. Es decir, descripciones cifradas que ya están naturalizadas en la rutina, elegidas cotidianamente frente a determinados casos. En algunas ocasiones atípicas, cuando la evaluación del solicitante presenta cierta ambigüedad, la pediatra pregunta si determinado código les parece bien, o qué código se les ocurre que podrían poner en determinada sección. Dado que para avalar la emisión del certificado deben cumplir con una determinada cantidad de *disfunciones* que lo justifiquen⁴⁸, muchas veces tienen que pensar o buscar códigos que se correspondan a la problemática del niño/a para llegar a ese número. Esta situación complejiza la labor, principalmente en casos de poca gravedad.

Luego, se estipula en el protocolo el tipo de prestaciones y otros beneficios que el certificado puede habilitar, y la cantidad de años de validez⁴⁹. En la mayoría de las situaciones, precisamente, lo que está en discusión no es si se otorga o no el certificado, sino qué prestaciones y beneficios son otorgados, por cuánto tiempo, y si las *disfunciones* puestas en el certificado sustentan dicha decisión.

Mi lugar como investigador, a lo largo de este proceso, está junto a los profesionales, sentado del mismo lado del escritorio que ellos. En la primera instancia suelo participar de la lectura de la documentación, habilitado por los profesionales, de manera progresiva, a medida que

⁴⁸ Según la reglamentación interna, que suele estar pegada en la pared del lado del escritorio de las profesionales, para que el certificado esté confeccionado legítimamente debe cumplir con un mínimo de dieciocho descripciones de *secuelas funcionales* cifradas, y dependiendo el tipo de *discapacidad* las mismas deben estipularse en un grado de gravedad determinado (en *discapacidad mental*, por ejemplo, al menos la mitad de *secuelas funcionales* cifradas deben estipularse con un grado de gravedad significativo).

⁴⁹ En cuanto a los beneficios sociales que puede brindar el certificado, ya que los mismos son otorgados de manera diferencial por las Juntas al evaluar la problemática específica de quien lo pide, los más significativos son: gratuidad de las prestaciones de salud requeridas y asignación de maestras integradoras por parte de las Obras Sociales, medicamentos y accesorios gratuitos o con descuento, prioridad en el sistema de salud pública en el caso que no tuviera Obra Social, transporte gratuito, cursos de capacitación laboral y facilidad de ingreso a los puestos de trabajo del sector público, posibilidad de becas en escuelas especiales de carácter privado, asignación de un acompañante terapéutico, y la posibilidad de ser adjudicatario de distintas políticas públicas (exenciones impositivas, ingreso en la tarifa social de servicios, recibir una pensión por invalidez).

se consolidó la confianza por la permanencia en el espacio. Se suceden conversaciones y preguntas sobre el niño/a que va a venir, del que solo se conoce, al momento, la información documental. Los solicitantes llegan e interrumpen esta situación, saludan y se sitúan del otro lado del escritorio. Durante la entrevista no participo verbalmente, pero sí a través de miradas y gestos que los solicitantes destinan al conjunto de personas que suponen responsables de la Junta.

En algunos casos, generalmente en los que vienen a renovar el certificado y por lo tanto ya tienen una experiencia, al finalizar la instancia de la entrevista me presento con el niño/a y su grupo familiar, solicitándoles permiso para la realización de una entrevista afuera. Si acceden nos dirigimos a la sala de espera para llevarla adelante, mientras se termina de confeccionar el certificado de *discapacidad*. La misma tiene un formato de entrevista abierta y las preguntas están dirigidas a conocer cómo llegaron a la decisión de tramitarlo. También, si hacerlo les implicó modificaciones en su vida cotidiana, y cómo vivieron el proceso de evaluación comparándolo con la vez anterior (especificando si conocieron o no el sistema de certificación previo, situado en el ambiente hospitalario).

Entre un *modelo médico* que se pretende pasado y un *modelo social* que se dice vigente

En primer lugar, más allá de los cambios introducidos con la nueva política de nuestro país a partir del 2009, inspirados en la adhesión al paradigma social y de derechos humanos que la Convención y la CIF sostienen (Ferrante, 2015), existe una continuidad en muchos de los aspectos sobre la manera de concebir la *discapacidad* de los sujetos en relación al *modelo médico* que se quiere dejar en el pasado. En este sentido, compartiendo la caracterización que realizan diversos autores sobre la CIF, sostengo que la certificación estatal actual, más allá del avance de incorporar al entorno social del sujeto como un factor de influencia en la determinación de la *discapacidad*, reproduce la potestad del discurso médico para definir la *normalidad* o *anormalidad* de los sujetos en términos de *estados de salud* funcionales o disfuncionales, sanos o patológicos a rehabilitar (Vallejos, 2013; Ferrante y Ferreira, 2009; Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010). En este marco, las contradicciones entre el discurso oficial del organismo estatal responsable y cómo sucede la certificación de *discapacidad* en la práctica tienen una influencia significativa entre las profesionales de las Juntas de evaluación, expresada en un cuestionamiento reiterado sobre su propia labor. Principalmente, estas contradicciones y cuestionamientos se centran en la crítica a la veracidad de la interdisciplina, y al postulado que la certificación de *discapacidad* ya no se define a raíz de diagnósticos médicos.

En efecto, a lo largo de la investigación se registró un número considerable de reflexiones críticas por parte de los profesionales. Con frecuencia se sucedieron en conversaciones individuales a modo de confidencia, otras veces surgieron en debates espontáneos entre los miembros de las Juntas a partir de situaciones extraordinarias (frente a solicitantes, por ejemplo, particularmente controversiales), como también frente a preguntas sobre distintos procedimientos y palabras naturalizados en la rutina. Por razones de extensión, se reproducir  solo algunos de estos registros:

Médica pediatra: Acá más allá del discurso progre de la interdisciplina y el modelo social está planteado todo para que la posta la siga teniendo el médico. Yo intento cambiarlo pero es difícil, y también es lo que se fomenta desde arriba en realidad.

Yo:  En qué sentido lo decís? No entiendo.

Médica pediatra: Claro, las entrevistas las hago todas yo casi siempre. Viste que intento dejar el lugar e ir con la computadora un rato, pero no s  si es que no se animan, o qué, es algo que est  muy instaurado creo.

Yo:  Qu  cosa?

Médica pediatra: La autoridad del médico.

Yo:  Por qué decías que no se fomenta?

Médica pediatra: Desde el discurso para afuera s , pero después el trato es muy distinto desde la dirección. A los trabajadores sociales y a los psicólogos se los tiene mucho menos en cuenta: nosotros estamos fijos y ellos rotan, cobran salarios más bajos, los hacen quedarse a completar horario cuando a nosotros nos dejan irnos, ese tipo de cosas.

Pediatra con siete años de experiencia en las Juntas, octubre del 2016

Este cuestionamiento a la veracidad de la interdisciplinar se complementa con el de la *rotación* de psicólogos y trabajadores sociales, asociado a la afirmación que cada Junta tiene su *estilo*. En primer lugar, resulta importante dar a conocer que los profesionales nominan a las Juntas no por su número, sino por el nombre del médico que la dirige. La contraparte de la *rotación* de los psicólogos y los trabajadores sociales es que los médicos quedan fijos. Es decir, los primeros *rotan* entre las Juntas “de” los médicos. A modo de ejemplo⁵⁰:

⁵⁰ Los nombres, por razones de resguardo y privacidad, fueron cambiados. Esta decisión la tomo no por un pedido expreso de las profesionales, sino por una consideración propia basada en respetar el anonimato de aquellas profesionales que, en un clima de intimidad o confidencia, me han expresado opiniones de las más diversas.

Antes estaba en la Junta de Sofía, ahora me tocó estar en ésta, La Junta de Violeta es más estricta, más rigurosa pero se trabaja bien, Sí, en la Junta de Tatiana no vas a tener problema, tiene una onda mucho más flexible, relajada, ya vas a ver, A mí me gusta mucho más pediatría, pero a la mañana nunca me toca, siempre estoy en Juntas de adultos a la mañana, hoy estuve en la de Horacio que es discapacidad visual por ejemplo.

Aseveraciones realizadas por distintas profesionales a lo largo de mi trabajo de campo, tomadas de mis registros (agosto, 2016)

La interdisciplina se funda, precisamente, en la idea de que las tres profesiones componen las Juntas de forma equitativa, con el mismo potencial de decisión al momento de determinar la *discapacidad* de una persona, siendo esta determinación el producto de un debate entre iguales. Sin embargo, a nivel estructural las Juntas no son “interdisciplinarias”, sino que son “de Sofía”, “de Violeta”, es decir “de” los médicos, siendo la nominación interna una expresión simbólica de una distribución desigual de roles y responsabilidades asignados a los miembros de las tres profesiones.

En efecto, si la “última palabra la sigue teniendo el médico”, como planteó una psicóloga con determinación (psicóloga con cuatro años de experiencia en la Junta, septiembre de 2016), o si son los médicos los que en la mayoría de los casos llevan adelante las entrevistas, es porque son los que dirigen las Juntas en la práctica. Al establecerse un funcionamiento por el cual los trabajadores sociales y psicólogos (sin importar su recorrido o experiencia profesional en alguna especialización) *rotan* indiscriminadamente entre Juntas de médicos especializados (pediatras, oftalmólogos, psiquiatras, otorrinolaringólogos), clasificadas por edad y tipo de *discapacidad* en adultos, se asigna informalmente a los médicos la dirección de cada Junta.

Por otro lado, el *estilo* de la Junta es también, en realidad, el “estilo de Sofía” el “estilo de Tatiana”, es decir, el *estilo* del médico. En otras palabras, la modalidad con que cada Junta funciona cotidianamente está asociada a la personalidad y forma de trabajo del médico que queda fijo y la dirige. En ese sentido, que una Junta funcione interdisciplinariamente depende en gran parte del *estilo* del médico que la preside, que no es otra cosa que la posición que este adopta frente a los demás miembros de la Junta y la modalidad de trabajo que pretende fomentar⁵¹.

⁵¹ El grado de rigurosidad en las preguntas a los solicitantes, la importancia dada a la instancia de la entrevista o a la de la lectura de los informes, la flexibilidad al momento de conceder prestaciones y años de validez del certificado.

Esto no quita, como planteó una psicóloga, que también depende “de cómo lo encara cada una” (psicóloga con cuatro años de experiencia en la Junta, septiembre de 2016). En efecto, en la primer Junta en la que se desarrolló la investigación, la dirigida por la pediatra citada, se observó la existencia de una actitud de incentivar la interdisciplina al querer ceder la dirección de las entrevistas. Sin embargo, esto sucedió en muy pocas ocasiones dado que la trabajadora social o la psicóloga adoptaban una posición de intervención más pasiva. Por el contrario, en otra Junta en que la médica no tenía en particular una posición de querer incentivar la interdisciplina, las entrevistas y debates posteriores eran realizados con mucha mayor equidad por la iniciativa personal de la psicóloga presente (al menos hasta que esta psicóloga *rotó* a otra Junta).

En síntesis, la veracidad de la interdisciplina está determinada, en la práctica, no solo por el *estilo* del médico a cargo, sino también por la posición de mayor o menor intervención de los trabajadoras sociales y psicólogos. No obstante, existe una estructura de *rotación* indiferenciada para estos últimos y demanda de especialización profesional y asignación de responsabilidades para los médicos, que perpetua la autoridad tradicional del saber biomédico. Incluso, se representa valorativamente en el monto de los sueldos (la remuneración del médico es mayor a la de la psicólogo, y la del psicólogo mayor a la del trabajador social).

Por otra parte, durante la investigación se sucedió un hecho extraordinario a analizar, que suscitó cuestionamientos de los profesionales sobre la vigencia, o no, de un criterio de certificación vinculado a los diagnósticos médicos. El 19 de octubre del 2016 el Congreso de la Nación argentino aprobó la denominada Ley de Dislexia⁵². Este hecho generó desconcierto en las Juntas pediátricas sobre cómo proceder en el caso que un niño/a con ese diagnóstico solicitase el certificado. En efecto, al día siguiente de su aprobación, la trabajadora social de la Junta anunció, después de buscarlo en la computadora, que la Ley de Dislexia recién votada indica que este diagnóstico ya no certifica *discapacidad*, y que el mismo ingresa dentro del Plan Médico Obligatorio (PMO)⁵³. Luego que leyera esta información en voz alta, otra de las profesionales aclaró en tono crítico: “Sí, pero si es un Trastorno del Lenguaje, por ejemplo, sigue certificando” (psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas, octubre de 2016).

En un encuentro posterior, en otra Junta, la pediatra le explicó al padre de un niño con problemas de aprendizaje y comunicación que: “La Dislexia ya no certifica discapacidad, pero

⁵² La Dislexia es un diagnóstico que se utiliza para categorizar problemas de alteración en la capacidad de lectoescritura de las personas.

⁵³ El Plan Medio Obligatorio reglamenta qué prestaciones de salud deben brindarse de manera gratuita y obligatoria por parte de Obras Sociales y Prepagas, sin la necesidad de presentar un Certificado Único de Discapacidad.

como también tiene diagnosticado un Trastorno del Lenguaje sin Especificar y un Trastorno General del Desarrollo se lo podemos otorgar” (pediatra con diez años de experiencia en las Juntas, noviembre de 2016).

Este caso resulta de sumo interés porque muestra cómo una ley aprobada en el Congreso de la Nación puede determinar qué es *discapacidad* y qué no lo es, de manera arbitraria sobre ciertos diagnósticos (un niño/a con Dislexia no es *discapacitado*, pero un niño/a con Trastorno del Leguaje o Trastorno General del Desarrollo sí). En este sentido, si bien es ilustrativo de que la *discapacidad* no está en la naturaleza de las personas, sino que es un concepto de categorización que evoluciona según parámetros socioculturales (Vallejos, 2013), también corrobora que la certificación se sigue centrando en diagnósticos médicos. Efectivamente, con la CIF, a diferencia del CIDDM⁵⁴, se toma en cuenta el contexto social de la persona y cómo su condición de salud repercute en su vida cotidiana. Es decir, a diferencia del CIDDM que conceptualizaba a la *discapacidad* como un *estado* de los individuos, con la CIF se desarrolla a la *discapacidad* como un fenómeno *relacional*, entre una condición de salud y un entorno social específico (Vallejos, 2013). Pero, en la práctica, hay diagnósticos que certifican y diagnósticos que no. En efecto, lo que se observó a lo largo del trabajo de campo es que ciertos diagnósticos están asociados a la *discapacidad*, y es muy improbable que se le deniegue un certificado a una persona que los presente.

La mayoría de las veces lo que está en cuestión en la labor de las Juntas no es el otorgamiento o la denegación del certificado, ligado a ciertos diagnósticos preestablecidos reglamentariamente, sino por cuántos años se lo otorga y qué prestaciones de salud le corresponden. Sobre esto último sí se toma en consideración el carácter *relacional* de la *discapacidad* propuesta por la Convención y la CIF. Para determinar la duración del certificado y el alcance de su cobertura se evalúa el tipo y grado de repercusiones en la vida cotidiana del solicitante, *secuelas funcionales* (para usar el término nativo apropiado de la letra de la CIF) que limitan su actividad y participación social. Pero al momento de determinar la certificación en sí misma, si se otorga o se deniega, la visión que se pretende pasada de la *discapacidad* entendida como un *estado* (portación de una patología diagnosticada), vinculada al *modelo médico*, es la que prevalece.

En sintonía con lo anterior, retomando la perspectiva foucaultiana (Foucault, 1976, 1978) caracterizo a la utilización de la CIF en la certificación de *discapacidad* como un mecanismo de

⁵⁴ *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (1980), el manual guía de la OMS previo a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento* (2001).

biopoder instrumentado para clasificar, *normalizar*, y *normativizar* a la población (Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010). El enfoque bio-psio-social de la CIF, de mayor legitimidad que el enfoque precedente, le sigue otorgando a la medicina, en la práctica, la dominancia para definir los parámetros del cuerpo funcional-capacitado-legítimo y del disfuncional-discapacitado-ilegítimo.

Por otra parte, es interesante analizar a la certificación estatal de la *discapacidad* como un fenómeno complejo, en el cual se combina la garantía de derechos adquiridos con el establecimiento de una política de *exclusión incluyente*. Demarcar a determinada porción de la población para garantizar derechos universales (a la salud, a la educación) expresa cierta *ideología de lanormalidad* por parte de este organismo estatal. Es decir, se trata de una política que naturaliza ciertos parámetros clasificatorios de la normalidad-capacidad/anormalidad-discapacidad de los sujetos (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009).

El Estado, de esta manera, define cuáles características de un niño/a son *normales* y cuáles no. Instituye, así, cierta jerarquía valorativa dentro del *campo de la salud* que legitima determinados atributos por sobre otros (Bourdieu y Wacquant, 1995), desde la preeminencia del discurso médico resignificado ahora como un discurso bio-psico-social.

“¿Por qué las prestaciones las tienen que hacer las Obras Sociales y no el Estado?”⁵⁵

A continuación se desarrollará un episodio extraordinario, refiriendo con este término a que dicho suceso habilitó un debate por fuera de las conversaciones cotidianas, para seguir profundizando el análisis de los procesos demarcatorios en torno a la certificación.

La siguiente conversación fue cobrando cada vez más un tono sentido, de elevada bronca e indignación, aunque también de sinceridad, de exponer reflexiones personales que en otra circunstancia no se hubiesen compartido, o al menos no de esa manera, dejando el cuidado a la exposición de la opinión propia de lado. Cuando se ingresó en la Junta de evaluación la charla ya estaba iniciada, y se extendió hasta que llegó el turno de un nuevo solicitante. El hecho que motivó el debate fue la información sobre que la semana siguiente tendrían una auditoria con el “Ramsay”, forma nativa de nominar al SNR⁵⁶ por la dirección en donde queda su sede. El SNR es el organismo del Ministerio de Salud de la Nación del cual dependen todos los centros con Juntas de evaluación y certificación de la *discapacidad* del país. Los profesionales explicaron que una vez por año el SNR organiza un encuentro que reúne a representantes de todos las Juntas del país, para realizar un balance de la labor desarrollada, comparar estadísticas, actualizar procedimientos y

⁵⁵ Utilizo a modo de subtítulo la aseveración de una de las profesionales (pediatra con diez años de experiencia en las Juntas, noviembre de 2016).

⁵⁶ Me refiero de esta forma, de acá en más, al Servicio Nacional de Rehabilitación.

responder preguntas. A las inquietudes propias de esta auditoría, se sum  el recuerdo de la acontecida el año anterior, es decir, la del 2015, que había sido un encuentro altamente conflictivo en el relato de los profesionales. Tomada de los registros de campo:

Pediatra: Qué quilombo que fue el del año pasado,  no?  Estuvieron ustedes?

Psicóloga: S  sí, estuve, esperemos que este sea distinto... Yo me voy a tener que callar... O directamente no voy, o si voy me quedo callada. Vos entraste después,  no?

Trabajadora social: S , yo entr  después, no llegué a ir.

Pediatra: Fue todo el l o de los TGD⁵⁷s, ahí.

Yo:  En qué consisten los encuentros?

Psicóloga: Vienen los del Ramsay a responder preguntas, en realidad es eso.

Pediatra: S , si hay algún cambio de política o de protocolo por ejemplo.

Yo: Claro.

Psicóloga: El año pasado casi despiden a una, mira lo que te digo. Y tenía razón ella.

Yo:  Qu  pas  el año pasado?

Psicóloga: Pasa que hubo todo un quilombo legal por el tema de los TGDs, hasta el año pasado era condición tener al menos un año de tratamiento para que certifique discapacidad. Y salieron ganando las Obras Sociales, cambió la política y ahora cualquier pibe que tenga TGD ya hay que certificarlo, y ahí entra cualquier pibe que se desvíe un poco de la media, es una bolsa de gatos el TGD.

Yo: No entiendo.

Psicóloga: Claro, a cualquiera que no se ajusta a ciertos parámetros, que es medio complicado, no presta atención, se mueve mucho, tiene dificultades para jugar, le pueden dar TGD.

Pediatra: Pasa que nosotras no podemos hacer futurología,  entend s? Ahora a cualquier chico le dan diagnóstico de TGD. Ya sea porque no se animan a decir que es una patología más grave como Autismo, o porque lo ven un poco complicado en algunos aspectos y como no saben lo que tiene ya le ponen TGD. La cuestión es que con un año de tratamiento hay más datos, ya se puede saber mejor por dónde va la cosa antes de darle el certificado o no.

Trabajadora social: S , porque ahí ya le pones ese rótulo y es distinto.

Psicóloga: Hay mucho sobrediagnóstico, cada vez más.

Trabajadora social: Sí, y en pediatría no se suele denegar, casi nunca.

⁵⁷ Me refiero de esta forma, de acá en más, al diagnóstico Trastorno General del Desarrollo.

Pediatra: El tema es que eso es más un problema social que un problema científico. Y cada vez hay más pibes diagnosticados y cada vez hay más pibes discapacitados. ¡El 80% de los chicos que les damos certificado son TGDs, digamos la verdad!

Psicóloga: Sí, es terrible.

Pediatra: El tema es el negocio que hay detrás, ¿sabés la cantidad de guita que les entra? Yo quiero saber cuál es el curso del dinero. ¿Por qué las prestaciones las tienen que hacer las Obras Sociales y no el Estado? Acá se hace lo que las Obras Sociales digan.

Psicóloga: Y, en algún momento este sistema va a colapsar. La verdad que así planteado el sistema es más un tapón, que una solución real.

Yo: Perdón, no entiendo lo de las Obras Sociales, qué tienen que ver con el cambio de política sobre los TGDs.

Psicóloga: El tema es que la gente se empezó a quejar a las Obras Sociales, y acá también, porque se les exigía un año de tratamiento para pedir el certificado, pero no podían pagar ese año de tratamiento porque sin el certificado las Obras Sociales no los cubrían. Entonces la cosa llegó a mayores, con abogados y todo, y ahí es que el Ramsay decidió esto, algo que les conviene a las Obras Sociales.

Pediatra: Claro, en vez de exigirles que den ese año de tratamiento gratis, por ejemplo, como hacen con el Plan Médico Obligatorio. Lo de que se necesite un año de tratamiento antes de pedir el certificado estaba bueno, tenía sentido, es una lástima que se cambió. Lo deberían cubrir.

Psicóloga: ¿Cómo puedes determinar, por ejemplo, que un chiquito de dos años que le dieron TGD es discapacitado? Incluso, si sí, para definir qué prestaciones habilitarles y cuáles no. No se puede, son muy chiquitos, y menos si no tiene un tratamiento que dé cuenta de su evolución, dé información de lo que le pasa. Puede ser que un pibe de dos o tres años le den TGD porque no habla nada, o no juega, y con estimulación ya para los cuatro años es un pibe distinto aparte. Discapacitarlos debería ser la última opción, después de diagnósticos, tratamientos, etcétera, no lo primero.

Trabajadora social: Si le das el certificado lo marcás, pero si no le das el certificado le sacás la posibilidad de que reciba tratamiento, lo que es peor. Deberían tener un año de tratamiento, lo deberían cubrir.

Pediatra: Sí, dar el certificado termina siendo el mal menor.

Pediatra con diez años de experiencia en las Juntas, Psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas, y Trabajadora Social con dos años de experiencia en las Juntas, noviembre de 2016

En primer lugar el TGD es uno de los “diagnósticos leves” que generan una particular controversia a partir de cuestionar la pertinencia sobre que una cantidad amplia de comportamientos infantiles (dificultad para hablar, para aprender, jugar, concentrarse, relacionarse) se correspondan con un trastorno mental, una patología. En palabras de una de las profesionales, son los que “se desvían un poco de la media” (psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas, noviembre de 2016). A este cuestionamiento, sintetizado por la psicóloga de la Junta al afirmar que “hay mucho sobrediagnóstico”, se le suma al de si el TGD amerita, o las problemáticas que engloba, considerarse *discapacidad*. El agravante es que, a nivel proporcional, en sus propias palabras, la mayoría de los chico/as que piden el certificado presentan TGD, y “en pediatría no se suele denegar”.

Hasta diciembre del 2015, por reglamento, se prohibía entregar el CUD a chicos con TGD que no tuvieran al menos un año de tratamiento. De esa manera se garantizaba la información profesional producto de un año de trabajo con el niño/a, brindando datos sobre la problemática, su evolución y gravedad. Así, se podía evaluar y decidir de manera orientada, asignando el certificado con un informe adecuado que lo sustente, midiendo la cantidad de años a otorgar y el tipo de prestaciones a habilitar, o incluso tener un respaldo para poder denegarlo en los casos que se considerasen.

Con el cambio de política, este año de tratamiento orientativo deja de ser un requisito para solicitar el CUD (es decir, solo es necesario contar con el diagnóstico psiquiátrico, sin importar el número de sesiones que lo respaldan). Lo que sucede, entonces, es que en una gran cantidad de estos casos la Junta emite el certificado (efectivamente, nunca se denegó el certificado a un niño/a con diagnóstico de TGD durante la investigación) pero con la duración y prestaciones mínimas. Así, deberán volver al año siguiente para ser reevaluados con la información del tratamiento⁵⁸. Sin embargo, la incomodidad de certificarle *discapacidad* a un chico/a a conciencia que no hay una justificación profesional que lo respalde, y el miedo a que este hecho, a su vez, le deje “marcas” al niño/a, es decir, que quede con el “rótulo” de *discapacitado*, está muy presente entre los profesionales. Genera indignación y un cuestionamiento que va de su propia práctica al reglamento con el cual el SNR les dicta cómo certificar. A su vez, en numerosas conversaciones los profesionales plantearon, de manera crítica, que existen intereses económico-políticos de las Obras Sociales y Prepagas en estos cambios de reglamentación.

En efecto, esta incorporación oficial a la *discapacidad* de niño/as con “diagnósticos leves”, sin un año de tratamiento orientativo, es un hecho ilustrativo del carácter social de la *discapacidad*

⁵⁸ La duración mínima del CUD es de un año.

y el rol de distintos actores sociales (organismos estatales, Obras Sociales, Prepagas) en la producción de políticas *discapacitantes* (teniendo la certificación un lugar central).

A modo de ejemplo, con el diagnóstico de Dislexia los tratamientos asociados fueron ingresados en el Plan Médico Obligatorio a partir de la aprobación de una ley nacional, exigiendo a las Obras Sociales a darlos de manera gratuita sin la necesidad de certificar *discapacidad* (lo que representa un costo de financiación mayor). En dicho caso, se decidió legalmente que los problemas asociados a la Dislexia no deben ser considerados *discapacidad*. Al contrario, con el diagnóstico de TGD (teniendo presente la proporción tan elevada de chico/as que presentan este diagnóstico) se decidió, a través del cambio de reglamentación interna, que ahora son considerados *discapacitados* los niño/as con TGD sin un tratamiento orientativo. Tal como lo plantearon las profesionales citadas con anterioridad, este podría haber sido incluido en el Plan Médico Obligatorio (una opción que no fue considerada).

Es en este tipo de decisiones políticas donde los organismos estatales instituyen cierta jerarquía simbólica dentro del *campo de la salud*. Se valoriza diferencialmente ciertos atributos por sobre otros, definiendo cuáles están asociados a una *enfermedad*, y dentro de esta gama, cuál a su vez a la *discapacidad* (Ferreira, 2009; Ferrante y Ferreira, 2009). En esta *gubernamentalidad* poblacional (Foucault, 1978) no solo se determina la patologización de ciertos atributos infantiles, sino la *discapacidad* que éstos le confieren. Lejos de ser neutrales, estos procesos de categorización estatal están influenciados por múltiples intereses económico-políticos, los cuales merecen ser investigados en profundidad.

Un rito de institución: certificando el estigma

Una de las apuestas analíticas fuertes de este estudio fue la de conceptualizar a la certificación estatal de la *discapacidad* como un *rito de institución* (Bourdieu, 1985). Las trayectorias de los niño/as, luego del *rito de institución* de la certificación estatal, se verán modificadas en grados y modos diversos⁵⁹, pero más allá de la variedad de repercusiones posibles todas van a compartir la influencia de las prescripciones de prácticas y sentidos impuestas en una definición de *status*. En dicho rito lo que se instituye es un *status* social, el de *discapacitado*.

Pierre Bourdieu desarrolla cómo los *ritos de institución* (las ceremonias de matrimonio, de culminación de una formación profesional, o de asunción de cargos políticos) naturalizan,

⁵⁹ Esto dependerá de una pluralidad de factores a tener presentes: el tipo de *discapacidad* en cuestión, la edad, la situación socio-económica, la historia personal y familiar.

legitiman, y dotan de objetividad a los límites clasificatorios del orden social, soslayando su carácter arbitrario (Bourdieu, 1985:79). La certificación estatal de la *discapacidad*, en tanto *rito de institución*, consagra, en efecto, un límite que se presenta como legítimo, correcto, natural e incuestionable: la línea que diferencia al *discapacitado* del resto de las personas. Esta imposición de objetividad se basa en el respaldo de un discurso científico, renovado en su consenso por una pretendida multidisciplinariedad, y el aval de los organismos internacionales (ONU, OMS).

Precisamente, entender a la certificación como un *rito de institución* habilita a conceptualizar que la función descriptiva de las personas soslaya, por un lado, la arbitrariedad de dicha divisoria, y por el otro, el efecto consagradorio del ritual, su carácter *prescriptivo* (Bourdieu, 1981, 1985). Con esto último me refiero a que la *discapacidad*, en tanto *status* reconocido y adjudicado socialmente, se instituye en la certificación estatal de la misma. Es decir, no solamente se la reconoce, distingue y acredita, sino que se la nombra y consagra.

A la luz de lo anterior, a lo largo de la investigación se analizó a la certificación estatal de *discapacidad* contemplando la relevancia del posible rol *estigmatizante* que puede tener en los niño/as. De manera reiterada, se registró una representación dual del certificado, compartida tanto por las familias solicitantes como por las profesionales de las Juntas, sobre que el CUD es un derecho adquirido que beneficia al portador, a la par que puede *estigmatizar* a la persona que lo porta. Esta última faceta, relacionada con la valoración social negativa de las *prescripciones* (Bourdieu, 1981, 1985) de sentidos vinculados al *status* de *discapacidad*, repercute en la toma de decisiones de ambas partes.

El concepto de *estigma* refiere a atributos que están desacreditados socialmente, desacreditando a quien los porta de acuerdo a los entornos sociales por los que transite y la posición adoptada (de rechazo o aceptación) frente a dicho descrédito (Goffman, 1963). En este sentido, portar un certificado de *discapacidad* es un atributo factible de ser desacreditado, con características potencialmente *estigmatizantes*.

Por un lado, los profesionales, retomando la cita del apartado anterior, frente al temor a que el CUD sea un “rótulo” y le deje “marcas” al niño/a desde una edad temprana suelen decidir otorgarlo por la menor cantidad de años posibles. Cuando consideran que es un “caso leve”, por ejemplo, se lo otorgan por la duración mínima, un año, por más que las familias deseen una validez temporal mayor. De esta forma, y así se lo plantean a los solicitantes durante las entrevistas, podrán ser re-evaluados al año siguiente. Lo mismo ocurre cuando consideran que la gravedad de

las problemáticas es mayor, estipulando la duración del CUD por debajo de lo formalmente permitido⁶⁰.

Por el lado de las familias solicitantes la mayoría refirió, en las entrevistas de investigación efectuadas, haber tardado la mayor cantidad de tiempo posible antes de decidirse por tramitar el certificado. Se registraron dudas sobre que sus hijos se sintieran distintos en el colegio, que las personas los “miren mal” en el colectivo, o que el certificado sea un “cartel” que los “discapacite”. Sin embargo, frente a la necesidad que concurren con una maestra integradora a la escuela, tener un acompañante terapéutico, o garantizar la continuidad en ciertas terapias, por razones económicas termina primando la decisión de tramitar el CUD. A su vez, muchas familias dieron cuenta que un móvil importante en la decisión de solicitar el certificado fue informarse sobre que no es para siempre, sino que tiene una cantidad de años de validez.

En efecto, la tensión de esta representación dual del certificado, como una garantía de derechos a la vez que potencialmente *estigmatizante* (Goffman, 1963), influye en la toma de decisiones de las familias solicitantes y los profesionales. El temor a que la certificación redunde en una *estigmatización* del niño/a desde una edad temprana se encuentra presente en ambas partes. Sin embargo, esta valoración contradictoria del CUD, y las dudas sobre una posible *prescripción* de sentidos negativos asociados al *status* de *discapacidad* (Bourdieu, 1981, 1985), tiende a ser resuelta en el carácter formalmente transitorio del mismo.

Conclusiones

El Estado, a través de las Juntas pediátricas de evaluación, define a qué niño/as le concierne la certificación de *discapacidad*, instituyendo un *status* de *discapacitado* con derechos diferenciales. Esta línea clasificatoria, que separa de manera arbitraria al niño/a de una normalidad socialmente esperada, está naturalizada y presentada como algo dado u objetivo (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009), desde un discurso científico recientemente modificado a una concepción multidisciplinar de mayor aceptación.

En este sentido, se hizo hincapié en el peso del factor *económico* en la determinación estatal de la *discapacidad*. Es decir, en cómo problemas socioeconómicos *discapacitan* a los sujetos al ser pensados, definidos, y asociados a una solución posible desde una política pública a través del CUD. De esta manera, el Estado utiliza a la certificación de *discapacidad* para intervenir sobre toda una gama de problemáticas socioeconómicas que podrían tratarse con políticas

⁶⁰ Hasta los cinco años de edad del solicitante la duración máxima permitida del CUD es de cinco años de validez. Cuando el solicitante es mayor de los cinco años de edad la duración máxima del CUD es de diez años de validez.

universales, sin la necesidad de una política de *exclusión incluyente* (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009; Almeida *et al.*, 2010). La decisión sobre que los niño/as con diagnóstico de TGD puedan tramitar el CUD sin un año de tratamiento orientativo, en vez de legislar su inclusión dentro del Plan Médico Obligatorio como sucedió con la Ley de Dislexia, es ilustrativo de un proceso de demarcación social basado en la certificación.

Al mismo tiempo, se destacó que el Certificado Único de Discapacidad conjuga una representación dual: la certificación en su carácter potencialmente *estigmatizante* (Goffman, 1963), y el entendimiento sobre que es un derecho adquirido para garantizar la gratuidad de las prestaciones e inclusión institucional. Esta representación dual es compartida tanto por los profesionales de las Juntas como por las familias solicitantes, y tiene una influencia significativa en la toma de decisiones de ambos. En el primer caso, principalmente, respecto a la duración del certificado a emitir. En el segundo, sobre la determinación o no de tramitarlo. Sin embargo, en ambas partes, la transitoriedad formal de la certificación, más allá de la realidad o no de dicha temporalidad, permite conciliar los aspectos contradictorios de esta representación y generar el consenso necesario para la su efectivización.

En este marco, el Estado solo garantiza el derecho integral a la salud y educación de esta porción de la población, niño/as y familias con determinadas necesidades en materia de salud y educación asociadas a portar ciertos atributos, si cuentan con el *status* oficial de *discapacitado* habiendo vivenciado el *rito de institución* pertinente. De lo contrario, el riesgo a la exclusión social (Ferrante y Ferreira, 2009) se vuelve una decisión individual al no acudir a la certificación y convertirse en un *discapacitado* oficial. Así planteado, el CUD extiende, de manera diferencial, derechos y beneficios vitales para una porción significativa de la población. A la vez que consagra la demarcación clasificatoria de una *discapacidad*, no solo describiendo sino instituyendo este *status*, prescribiendo (Bourdieu, 1981, 1985) una percepción de identidad determinada.

Se desarrolló, a su vez, cómo los cambios producidos en la manera de certificar, vinculados a la adhesión nacional a la Convención, conviven con muchos de los aspectos de una concepción de *discapacidad* propios del modelo médico que se dice haber dejado en el pasado. En este sentido, se concluyó que el uso de la CIF, en la práctica de las Juntas, más allá del avance de incorporar el entorno social, reproduce la potestad del discurso médico para definir el grado de desviación de una *normalidad* esperada de los atributos infantiles. En esta *ideología de la normalidad* (Rosato y Angelino, 2009) se naturaliza una determinada concepción sobre qué delimita los estados de salud funcionales de los disfuncionales, y los cuerpos sanos de los patológicos a rehabilitar (Vallejos, 2013; Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010).

Las contradicciones entre el discurso oficial del Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad, y cómo sucede la certificación de *discapacidad* en la práctica, tienen una influencia significativa entre los profesionales de las Juntas. Se llegó a esta conclusión analizando sus críticas a la veracidad de la interdisciplina y al postulado sobre que la certificación ya no se basa en diagnósticos médicos. En efecto, esta influencia se expresa en un cuestionamiento reiterado sobre su propia labor, ligado a la supuesta vigencia de un modelo bio-psico-social en la institución.

Bibliografía

- Almeida, M. et al. (2010). *Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad*. Política y Sociedad, 47(1): 27-44.
- Althabe, G. y Hernandez, V. (2005). *Implicación y reflexividad en antropología*. En: Hernández Valeria (ed.), Hidalgo C. (ed.), Stagnaro A. (ed.) *Etnografías globalizadas*. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Antropología, 71-88.
- Bianchi, E. (2009). *Infancia Anormal, Medicalización, Psiquiatría Y. Tda/H: Aportes Conceptuales Para Una. Arqueología Del "Niño Desatento"*. VIII Jornadas de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires (en línea).
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas: por una antropología reflexiva*, México: Grijalbo.
- Bourdieu, P. (1981). *Describir y prescribir. Notas sobre las condiciones de posibilidad y los límites de la eficacia política*, Actes de la Recherche en Sciences Sociales, 38(1): 69-73.
- Bourdieu P. (1985). *¿Qué significa hablar?*, Madrid: Akal.
- Conrad, P. y Schneider, A. (1985). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Ohio: Merrill Publishing Company.
- Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Donzelot, J. (1977). *La policía de las familias*, España: Pre-Textos. 1998.
- Ferrante, C. (2007): *Algunas reflexiones sobre la situación de las personas con discapacidad motora en la Argentina en la actualidad*. IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. (en línea).
- Ferrante, C. (2015). *Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado?* Convergencia. Revista de Ciencias Sociales, 22(68): 151-176.

- Ferrante, C y Ferreira, M. (2009). *El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico*. Política y sociedad, 47(1): 85-104.
- Ferreira, M. y Rodríguez Díaz, S. (2010). *Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad*. Cuadernos de Relaciones Laborales,28(1): 151-172.
- Ferreira, M. (2009). *Discapacidad, corporalidad y dominación. La lógica de las imposiciones clínicas*.VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires (en línea).
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*, México: Siglo XXI. 2002.
- Foucault, M. (1977). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid: La Piqueta. 1990.
- Foucault, M. (1978). *La gubernamentalidad*, en Gabriel, G y Fermín, R. (coords.): Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida. Buenos Aires: Paidós. 2007.
- Goffman, E. (1963): *Estigma. La identidad deteriorada*, Buenos Aires: Amorrortu.
- Oliver, M. (1998). *¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?*en Barton, L. (coord.):Discapacidad y Sociedad. España: Ediciones Morata.
- Rosato, A. *et al.* (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad.Ciencia, Docencia y Tecnología, 20(39): 87-105.
- Rosato, A. y Angelino, M. (coords.) (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*,Buenos Aires: Noveduc.
- Vallejos, I. (2013). *Ni grillete atado a la pared ni grillete con la bola pesada: un recorrido conceptual para pensar la discapacidad en la perspectiva de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad*. Escrituras,10(1): 99-108.
- Venturiello, M. (2017): *Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina*. Revista Española de Discapacidad, 5(2): 149-169.