

# CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD INFANTIL: DESMITIFICANDO UN MODELO MÉDICO QUE SE PRETENDE PASADO, Y UN MODELO SOCIAL QUE SE DICE VIGENTE

AXEL LEVIN\*

\* Licenciado en Ciencias Antropológicas con orientación Sociocultural (UBA, 2018).

Correo electrónico: [axellevin4@gmail.com](mailto:axellevin4@gmail.com)

Fecha de recepción: 15/05/2020, fecha de aceptación: 12/10/2020

**Resumen:** Este trabajo tiene como objetivo analizar las tensiones que atraviesan las prácticas y criterios de las profesionales de las Juntas que determinan la discapacidad infanto-juvenil, en particular la de los niños/as que presentan patologías en salud mental. Se desarrollan distintos elementos que hacen a la mitificación de que el Estado argentino adoptó un modelo social de la discapacidad, y cómo las profesionales lo cuestionan. La investigación, cuyo enfoque fue etnográfico, se desarrolló en el Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

En este marco, se problematiza el concepto de Estado para reflexionar sobre la gestión cotidiana de este organismo estatal, considerando la heterogeneidad de los actores sociales involucrados en la certificación. Se postula que la reificación del Estado contribuye a objetivar ciertos criterios y prácticas rutinizadas, y que las críticas de las profesionales forman parte de una disputa por su desmitificación.

Palabras clave: Certificación, Discapacidad, Estado, Infancia.

**Abstract:** This paper analyses the debates and tensions regarding the criteria and practices implemented by the evaluation boards in the city of Buenos Aires to certify disability in children and youth, particularly children with mental disorders. The common myth that the Argentinian State adopted a social model of disability is discussed, focusing on how the professionals question the validity of this idea. The research was based on

an ethnographic approach, and field work was carried out in the Integral Centre for Evaluation and Orientation for Disabled People.

Within this context, the study of this public institution leads us to a discussion about the concept of State itself, given the heterogeneous institutional actors involved in the certification. It is argued that the reification of the State contributes to objectify certain routinised practices and criteria, and that the professionals' critiques are part of a dispute for its demystification.

Keywords: Disability, Certification, State, Childhood.

## Introducción

La investigación en la que se basa este artículo<sup>1</sup> tuvo como objetivo analizar a través de qué métodos y criterios el Estado define y certifica la *discapacidad* en la infancia, en particular a los niño/as que presentan patologías en salud mental<sup>2</sup>. Mi intención fue la de realizar un aporte al entendimiento de la *discapacidad* como una producción socio-política (Rosato y Angelino, 2009), caracterizando el lugar que ocupa la certificación. Hasta el momento, di cuenta de algunos de sus avances centrándome en el estudio de este procedimiento estatal en tanto *rito de institución de status*, y su relación con los *estigmas* de la *discapacidad* (Levin, 2019).

En este artículo me propongo analizar en profundidad las tensiones que se generan en la práctica cotidiana de las Juntas de evaluación a raíz de distintos hitos mitificados en torno a un supuesto cambio de paradigma en la manera de entender y certificar a la discapacidad. A su vez, pretendo re-conceptualizar críticamente algunos aspectos de la perspectiva analítica que venía utilizando, la cual contribuía a una mirada sesgada y reificada del Estado, en pos de complejizar el estudio de esta gestión estatal<sup>3</sup>.

## Sobre la investigación

El trabajo de campo de la investigación 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.

A nivel teórico-metodológico, el enfoque que elegí para llevar adelante el estudio es el etnográfico, el cual permite, por sus características de permanencia prolongada junto a los sujetos protagonistas de los procesos y acontecimientos sociales de análisis, y por la adopción de una mirada que toma al extrañamiento como punto de partida, destacar, desnaturalizar, y problematizar, las prácticas y representaciones que hacen al funcionamiento cotidiano de una determinada realidad social. Desde esta base, la experiencia de los sujetos en su vida cotidiana tiene el potencial analítico de estar inserto

**1** Se trata de la investigación que realicé para mi tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas: ¿Qué determina la discapacidad en la infancia? Un estudio sobre la certificación estatal.

**2** 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.

**3** Esta re-conceptualización parte de una revisión analítica realizada durante la cursada de la Maestría de Antropología Social de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires.

en procesos históricos, productos de un pasado que delinea germinalmente un futuro, de transformaciones socio-culturales amplias y complejas en desarrollo, no siendo meros reflejos de estos procesos sino constructores protagónicos de los mismos (Ezpeleta y Rockwell, 1983; Rockwell, 2009).

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.

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, 1977b; 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, 1977b). 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, 1977b). 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, 1977b; Donzelot, 1977).

Por otra parte, distintos estudios plantean que existe un proceso de 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; Faraone y Bianchi, 2018). Desde la década de 1990 hasta la actualidad, para toda la región latinoamericana, asociado al creciente mercado de psicofármacos, este proceso de medicalización adquirió progresivamente un carácter farmacológico en las formas de tratamiento de la población infanto-juvenil (Barcala y Conde, 2015; Passada, 2012; Vasen, 2007). Esto plantea una discusión sobre el lugar que ocupan las instituciones estatales en estas definiciones, y la manera en la que gestionan determinadas problemáticas.

A luz de lo anterior, resulta nodal tener presentes las dos facetas contenidas en la categoría de *normalidad*, una referida a la media estadística, y otra a lo correcto o esperable, para analizar los valores morales negativos asociados a lo que se *desvía* de la *norma* (Canguilhem, 1970). La determinación estatal de la *discapacidad* cobra una importancia analítica central, en términos estadísticos y en la de una prescripción moral sobre qué atributos infanto-juveniles son *esperables* y qué atributos merecen una *corrección*. Se trata, en efecto, de una política pública en la que se conjugan, adoptan e instituyen, múltiples definiciones, como la de cuáles son los límites entre la *normalidad* y *anormalidad* de los niño/as, o entre lo *saludable* y lo *patológico* a rehabilitar.

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 certificada<sup>4</sup>. Tomando las estadísticas del Servicio Nacional de Rehabilitación (2015)<sup>5</sup>, 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*<sup>6</sup>, 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 Salud<sup>7</sup> del manual denominado *Clasificación Internacional del Funcionamiento*<sup>8</sup> en el año 2001 y la aprobación de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*<sup>9</sup> por parte de la Organización de Naciones Unidas<sup>10</sup> 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 (Ferrante y Ferreira, 2009). Por el contrario, el *modelo social* puso a discutir las 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).

<sup>4</sup> Si 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 Único 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>

<sup>5</sup> Desde el año 2018 el Servicio Nacional de Rehabilitación dejó de existir para integrarse a la Agencia Nacional de Discapacidad creada en el 2017.

<sup>6</sup> La *discapacidad* se categoriza en discapacidad mental, discapacidad motora, discapacidad visceral, discapacidad auditiva y discapacidad visual.

<sup>7</sup> De ahora en más, se referirá a la Organización de Mundial de la Salud como OMS.

<sup>8</sup> De ahora en más, se referirá a la Clasificación Internacional del Funcionamiento como CIF.

<sup>9</sup> De ahora en más, se referirá a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad como la Convención.

<sup>10</sup> De ahora en más, se referirá a la Organización de Naciones Unidas como ONU.

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 interdisciplinario<sup>11</sup> de las Juntas de evaluación, y desplaza el funcionamiento de dichas Juntas del ámbito hospitalario.

La implementación 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 contexto, resulta importante caracterizar al Certificado Único de Discapacidad (CUD) desde un carácter dual: como una garantía estatal de derechos adquiridos, y como una política de demarcación *estigmatizante* (Venturiello, 2017).

### Repensando la perspectiva analítica

Quiero avanzar desarmando una idea postulada al comienzo de la introducción, la cual encontré presente en numerosas ocasiones a lo largo del texto original de mi investigación de licenciatura y publicaciones (Levin, 2019). Me refiero a la proposición de que el objetivo de la misma fue *analizar a través de qué métodos y criterios el Estado define y certifica la discapacidad en la infancia*. En dichos análisis reproduce una concepción de Estado único e integrado, como si este fuese una entidad que pudiera adoptar de manera unívoca un determinado modelo de discapacidad. En contraste, pretendo desarrollar en este artículo una perspectiva que busque analizar cómo en un determinado organismo estatal<sup>12</sup> existen métodos y criterios disímiles, que dialogan con discursos y prácticas heterogéneas, entre una multiplicidad de actores sociales. Pondré la mirada en cómo se expresa la des-unión del poder político en esta institución, y de qué manera se tensionan ciertos discursos que hacen a la reificación del Estado sobre la base de hitos mitificados.

Tal como lo plantean distintos autores (Abrams, 1977; Arextaga, 2003) existe una tendencia a conceptualizar al Estado como una entidad en sí misma, con funciones asignadas de regulación, cohesión, y control poblacional. Es decir, existe una tendencia a la fetichización del Estado, al entenderlo como una institución más o menos homogénea, coherente e integrada bajo un mando direccional que responde a objetivos de gobierno. En este sentido, los autores van a desarrollar que la idea de Estado (así, en mayúscula) es una ficción. Una ilusión o máscara que impide, u obstaculiza, poder ver los procesos políticos encarnados en personas, con concepciones y prácticas diversas, que cotidianamente forman lo que se llama “Estado” (Abrams, 1977: 98).

En este sentido, la desmitificación del Estado es fundamental porque permite analizar la real desunión del poder político, en un sistema-de-estado que lo institucionaliza de manera sumamente contradictoria, frágil, circunstancial y diversa (Abrams, 1977: 96). El Estado está constituido como

<sup>11</sup> 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 validades mediante las tres firmas.

<sup>12</sup> En este caso, el Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

un efecto de discursos y prácticas encarnadas entre sus integrantes, el cual basa su poder en las fantasías (sucesos e hitos mitificado) que hacen a la idea reificada del Estado (Arextaga, 2003: 9).

La idea de Estado, entonces, tiene una profunda fuerza ideológica que merece ser objeto de análisis, observando las implicancias que tiene en las prácticas y concepciones de los sujetos que cotidianamente forman parte de los organismos estatales. En particular, en uno que se encarga de clasificar a la población con la categoría de la *discapacidad*, inscribiendo un efecto de *identificación y legibilidad* estatal (Trouillot, 2001) sobre determinadas personas y problemáticas. Por lo tanto, el análisis de la heterogeneidad de discursos y prácticas rutinizadas en este organismo estatal se vuelve central para entender el carácter socio-cultural e histórico de la *discapacidad*, y la objetivación de una determinada regulación moral durante el procedimiento burocrático (Corrigan y Sayer, 2007).

A continuación analizaré distintos hechos de mi investigación de campo desde esta perspectiva analítica, haciendo foco en la relación entre diversos hitos mitificados y las tensiones que se generan entre las profesionales responsables de las Juntas de evaluación y certificación.

## Desarrollo

La aprobación de la Convención, la adopción de la CIF, y los cambios recientes en la manera de certificar a la discapacidad en el país, son hitos mitificados que condensan la idea de que “el Estado argentino” ya no se guía por el *modelo médico* de la *discapacidad*, sino ahora por un nuevo *modelo social*. Este es el discurso que sostuvieron los directivos del Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad, la dirección del Servicio Nacional de Rehabilitación (del cual dependía el primero), y otros organismos como COPIDIS<sup>13</sup>. Esta mitificación de un cambio de paradigma del “Estado”, sobre la manera de entender y certificar a la *discapacidad*, la pude observar tanto en la información de las páginas web de dichas instituciones, en la folletería impresa que reparten, y en las aseveraciones de las profesionales de las Juntas de evaluación al momento de conocerlas. Tomadas de mis registros durante el primer mes de trabajo de campo:

“A diferencia de antes ahora se incorpora una perspectiva social de la discapacidad; Antes las Juntas no eran interdisciplinarias, solo tenían en cuenta los diagnósticos; Ahora lo que certifica no es la enfermedad, sino las repercusiones de la enfermedad en la vida cotidiana; El de ahora es un enfoque bio-psico-social, antes solo tenían en cuenta los aspectos médicos; Se dejó atrás el modelo médico hegemónico, Rige el modelo social de la Convención.” Aseveraciones realizadas por la pediatra, psicóloga, y trabajadora social, durante la primer Junta en la que participé

Sin embargo, a lo largo de la investigación pude observar que más allá de los cambios en la política de nuestro país a partir del 2009, inspirados en la adhesión al paradigma social y de derechos humanos de la Convención y

<sup>13</sup> Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS).

la CIF (Ferrante, 2015), existe una continuidad en muchos de los aspectos sobre la manera de concebir la *discapacidad* en relación al *modelo médico* que se quiere dejar en el pasado.

En este marco, las contradicciones entre el discurso oficial de estos organismos estatales y cómo se da la certificación de *discapacidad* en la práctica, tienen una influencia significativa entre las profesionales de las Juntas, expresada en un cuestionamiento reiterado sobre su propia labor. Estos cuestionamientos se acompañan de la crítica a los dos elementos principales que hacen a la mitificación de la existencia de un *modelo social* de la *discapacidad*: la veracidad de la interdisciplina, y el postulado de que la certificación ya no se define a raíz de diagnósticos médicos.

Sobre esto último, durante el trabajo de campo fui registrando un número considerable de reflexiones por parte de las profesionales. Muchas veces fueron explicitadas en conversaciones individuales a modo de confidencia, producto de la confianza construida a través de mi presencia cotidiana y prolongada en las Juntas. En algunas ocasiones, surgieron en debates espontáneos a partir de situaciones extraordinarias (por ejemplo, frente a solicitantes particularmente controversiales). Así como en respuestas a preguntas que fui haciendo sobre distintos términos y procedimientos naturalizados en la rutina. Por razones de extensión, reproduciré 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 sé si es que no se animan, o qué, es algo que está muy instaurado creo.

Yo: ¿Qué cosa?

Médica pediatra: La autoridad del médico.

Yo: ¿Por qué decías que no se fomenta?

Médica pediatra: Desde el discurso para afuera sí, 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

“Trabajadora social: ¿Y en qué Junta estuviste antes?

Yo: Estuve en la 8, la idea es estar un tiempo en cada Junta, o las que pueda, para conocer más.

Trabajadora social: ¡Rotás como nosotras! (Risas) Sí, está muy bien, cada Junta tiene su estilo, te va a servir para comparar.

Yo: Claro, sí.

Trabajadora social: Cada médica tiene su forma de trabajo, son muy diferentes. Nosotras intentamos quedarnos en donde nos sentimos más

cómodas, aunque sea unas semanas. Pero sí, son muy distintas. Yo voy aprendiendo de todas cosas diferentes, es lo bueno de rotar.

Yo: ¿Qué quiere decir que cada una tiene su estilo?

Trabajadora social: Y, cada médica tiene su forma de llevar adelante la entrevista, de hablar con la gente, de charlar cosas con nosotras. Yo generalmente paso la información a la compu. A veces participo y a veces no, depende.” Trabajadora Social con dos años de experiencia en las Juntas

“Psicóloga: Ahora es un enfoque bio-psico-social, antes era en los hospitales y solo había médicos.

Yo: Claro, es otro enfoque.

Psicóloga: Sí, totalmente. A ver, para ser sincera, hay muchas secciones del protocolo en las que las psicólogas y las trabajadoras sociales no participamos porque no sabemos, pero está la parte de Actividades y Participación en la que sí, e intervenimos bastante. Depende mucho de qué médica sea la de la Junta, en algunas se consulta todo, en otras no tanto. También depende de una, hay que decir la verdad, si una se queda callada o se involucra.

Yo: Entiendo, sí, es de los dos lados.

Psicóloga: ¡Claro! Depende de la personalidad de la médica pero también de cómo lo encara cada una. De todas formas, más allá de si se debate más o menos, y no digo que nuestra opinión no cuente, sí cuenta, pero la última palabra la sigue teniendo el médico, eso es así.” Psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas

Uno de los puntos que me interesa profundizar es el de la *rotación* de psicólogas y trabajadoras sociales, asociado a la afirmación de que cada Junta tiene su *estilo*. En primer lugar, resulta importante dar a conocer que las profesionales nominan a las Juntas no por su número, sino por el nombre de la médica que la dirige. La contraparte de la *rotación* de las psicólogas y las trabajadoras sociales es que las médicas quedan fijas, o mejor dicho, ellas *rotan* entre las Juntas “de” las médicas. A modo de ejemplo<sup>14</sup>:

“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.

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.

<sup>14</sup> 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 confianza, me han expresado opiniones de las más diversas.

En efecto, si la “última palabra la sigue teniendo el médico”, como dijo la psicóloga anteriormente citada, 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.

Esto no quita, como dijo la psicóloga citada y como pude observar comparativamente entre las Juntas en las que participé, que también depende “de cómo lo encara cada una”. En efecto, en la primer Junta que estuve, la dirigida por la pediatra citada, observé que existía una actitud suya de incentivar la interdisciplina al querer ceder la dirección de las entrevistas, aunque rara vez ocurriese 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 más equidad por la iniciativa personal de la psicóloga presente (al menos hasta que esta psicóloga *rotó* a otra Junta).

Sin embargo, y este es el punto que resalto, si bien es cierto que la veracidad de la interdisciplina está determinada, en la práctica, no solo por el *estilo* de la médica a cargo, sino también por la posición de mayor o menor intervención de las trabajadoras sociales y psicólogas, existe una estructura de *rotación* indiferenciada para estas últimas y demanda de especialización profesional y asignación de responsabilidades para los médicos, representada valorativamente, incluso, en los sueldos (la remuneración del médico es mayor a la de la psicólogo, y la del psicólogo mayor a la del trabajador social), que perpetua la autoridad de la medicina en la certificación de la *discapacidad*. En otras palabras, la estructura institucional reproduce al discurso médico como saber-poder disciplinar (Foucault, 1976), estableciendo patrones de comportamiento entre las profesionales que legitiman, precisamente, a la medicina como saber experto dominante en la clasificación y *normativización* de la población (Foucault, 1977b) al dictaminar o no su *discapacidad*.

Por otra parte, una situación que presencié, de particular interés analítico, fue la consulta mutua entre los profesionales de una Junta sobre qué hacer ante una persona que solicitase el certificado por Dislexia<sup>15</sup>, a partir de la duda que le generó a una integrante de la Junta la aprobación en el Congreso de la Nación de la Ley de Dislexia (octubre de 2016). En efecto, la trabajadora social anunció, después de buscarlo en la computadora, que la Ley de Dislexia recién aprobada indicaba que este diagnóstico ya no certificaba *discapacidad*, y que el mismo ingresaba dentro de lo que se denomina Plan Médico Obligatorio (PMO) reglamentando la gratuidad de las prestaciones de salud de las Obras Sociales sin la necesidad de presentar el CUD. Luego que leyera esta información en voz alta, otra de las profesionales aclara: “Sí, pero si es un Trastorno del Lenguaje, por ejemplo, sigue certificando” (psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas). En efecto, en un encuentro posterior en otra Junta presencié cómo la pediatra, luego de la

<sup>15</sup> La Dislexia es un diagnóstico que se utiliza para categorizar problemas de alteración en la capacidad de lectoescritura de las personas.

entrevista, le explicaba al padre de un niño con problemas de aprendizaje y comunicación que:

“La Dislexia ya no certifica discapacidad, pero 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.

En primer lugar, resulta de interés este caso 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 Lenguaje o Trastorno General del Desarrollo sí). En este sentido, si bien es ilustrativo de que la *discapacidad* no está en la naturaleza, sino que es un concepto de categorización de las personas que evoluciona según parámetros socioculturales (Vallejos, 2013), también ilustra cómo más allá de lo discursivo la certificación se sigue centrando en los diagnósticos médicos. Efectivamente, con la CIF, a diferencia del CIDDM<sup>16</sup>, se toma en cuenta el contexto social de la persona y cómo su patología repercute más o menos en su vida cotidiana. Pero en la práctica hay diagnósticos que certifican y diagnósticos que no. Lo que pude observar a lo largo de mi 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:

“Es muy raro la denegación de certificados en chicos con patologías en salud mental, si están diagnosticados lo más probable es que no se deniegue.” Psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas.

En numerosas ocasiones presencié cómo las Juntas otorgaban el CUD por la mínima duración, un año, y con los beneficios y prestaciones más acotadas posibles, a niño/as que presentaban diagnósticos de Trastorno General del Desarrollo (TGD), Trastorno por Déficit de Atención (TDA), Trastorno del Lenguaje, u otros. Charlando sobre este tipo de casos, una vez terminado de confeccionar el certificado, una profesional me comentaba:

“Es que en realidad no se lo deberíamos haber dado. El TGD es una bolsa de gatos, por ejemplo, ahí entra cualquiera y ese chico no tiene más dificultades que las que puede tener cualquier otro. Pasa que son casos de poca gravedad, sin mucha especificación, lo mejor es darlos por un año para que tengan algún tratamiento y ahí se evalúa mejor cómo evoluciona. Lo que cuesta es justificar el certificado, por eso son más difíciles para nosotras: tenemos que ir sacando códigos de donde podamos para completar.” Pediatra con diez años de experiencia en las Juntas

Esta pediatra hace alusión a un hecho repetido en este tipo de situaciones, referido nativamente como *justificar* el certificado. Por normativa, el CUD debe respaldarse con un mínimo de dieciocho códigos que representan

<sup>16</sup> Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (1980), el manual guía de la OMS previo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento (2001).

descripciones de *secuelas funcionales* estipuladas en la CIF para tener validez<sup>17</sup>. Los casos de poca gravedad no cuentan con esa cantidad de secuelas, así que al momento de confeccionarlo tienen que ir proponiendo códigos-secuelas que se relacionen con la problemática para *justificar* su adjudicación.

En una conversación que tuve con la psicóloga de una Junta sobre este tipo de “diagnósticos leves”, como los definió, y sobre el protocolo de evaluación basado en la CIF, ella planteó:

“Ahora están los ítems *Factores Ambientales y Actividades y Participación*, donde nosotras y las trabajadoras sociales tenemos opinión, pero igual es siempre lo mismo, así que no hay mucho que decidir. Siempre se otorgan en pediatría porque son todos TGD, Trastorno del Leguaje... solo hay debate en casos raros.” Psicóloga con cinco años de experiencia en las Juntas.

En la mayoría de los casos lo que está en cuestión en la labor de las Juntas no es el otorgamiento o la denegación del certificado, ligado a ciertos diagnósticos médicos preestablecidos reglamentariamente, sino por cuántos años se lo otorga y qué prestaciones de salud, y beneficios en general, le corresponden. Sobre esto último sí se toma en consideración el carácter *relacional* de la *discapacidad* propuesta por la Convención y la CIF. Es decir que 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 este marco, el cuestionamiento de las profesionales sobre las contradicciones de la interdisciplina promulgada desde la dirección del Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad, el Servicio Nacional de Rehabilitación, y de otras agencias estatales con las que articulan<sup>18</sup>, y sobre una manera de certificar que sigue basándose en diagnósticos médicos, lo analizo como una disputa abierta en el ejercicio relacional del poder (Foucault, 1977a). De esta forma, discutir con la idea mitificada de que “el Estado” adoptó un *modelo social* de la *discapacidad* se vuelve una manera de tomar distancia de las disciplinales comportamentales a las que se pretende que estén sujetas.

El planteo anterior muestra la relevancia de contemplar la influencia de los discursos provenientes de procesos políticos trans-locales (como la aprobación de la Convención por parte de la ONU, o de la CIF por parte de la OMS), y de cómo estos son reproducidos por los directivos de los diferentes niveles de los organismos estatales con la relevancia simbólico-política local (Gupta, 2015) de una mitificación.

En esta línea, las contradicciones entre los discursos oficiales de ciertos niveles del sistema-de-estado, y las críticas de las profesionales de las Juntas, resalta la des-unión del poder político del “Estado” (Arextega, 2003). También, destaca la manera en que ellas disputan estos efectos simbólico-

<sup>17</sup> 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 nivel de gravedad determinado. En *discapacidad mental*, por ejemplo, al menos la mitad de *secuelas funcionales* cifradas deben estipularse con un nivel de gravedad alto.

<sup>18</sup> Me refiero a COPIDIS: Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad.

políticos sobre la rutinización de sus prácticas. Esto adquiere relevancia al tener presentes que las rutinas estatales objetivan un determinado sistema de clasificaciones sociales (Corrigan y Sayer, 2007: 45), cuyo *efecto de estado* es volver *legible* ciertas problemáticas desde su *identificación* (Trouillot, 2001), en este caso, con la *discapacidad* infanto-juvenil.

## Reflexiones finales

Existe un terreno de disputas sobre los criterios y formas de clasificación política-simbólica de la población infanto-juvenil. La certificación estatal es un proceso tensionado por esta heterogeneidad de concepciones y prácticas, en donde se objetiva la *discapacidad* infanto-juvenil mediante la burocratización de un conjunto amplio de problemáticas sintetizadas en la acreditación de un *status* diferencial.

A su vez, esta disputa contribuye a desmitificar a los hitos que hacen a la reificación de un “Estado” coherente que, supuestamente, adoptó, en su integridad constitutiva, y de manera intencional (Abrams, 1997), un *modelo social* de la *discapacidad* desde la adhesión nacional a la Convención. Esta mitificación se centró en postular que, desde entonces, la certificación de *discapacidad* adopta una interdisciplina bio-psico-social, y que los diagnósticos médicos ya no son el factor determinante.

A lo largo del artículo analicé cómo en numerosas ocasiones las profesionales de las Juntas tomaron distancia de los reglamentos internos, líneas de trabajo, y rutinas, que los directivos de diferentes niveles del organigrama estatal promovían. En este sentido, el conjunto de criterios y procedimientos por el cual el Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad determina qué niños/as son *discapacitados* y qué niños/as no, es cuestionado por las profesionales de las Juntas en el marco de un proceso político de cambio, en la manera de entender y certificar a la *discapacidad*, todavía en curso.

---

## Bibliografía

- ABRAMS, Philip (2000). Notas sobre la dificultad de estudiar al estado (1977). *Virajes*, año 2, No 2.
- AREXTAGA, Begoña (2003). Maddening States. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 32, pp. 393-410.
- BARCALA, Alejandra y CONDE, Luciano (2015). *Salud Mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*, Buenos Aires, Editorial Teseo
- CANGUILHEM, Georges (1970). *Lo normal y lo patológico*, Argentina, S. XXI.
- CONRAD, Peter y SCHNEIDER, Joseph (1985). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Ohio: Merrill Publishing Company.
- CONRAD, Peter (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

- CORRIGAN, Peter Y SAYER, Derek (2007). "El Gran Arco: La formación del Estado inglés como revolución cultural" En: Lagos, María L. y Pamela Calla (comps.) *Antropología del Estado. Dominación y prácticas contestatarias en América Latina*. Bolivia, PNUD.
- DONZELOT, Jacques (1977). *La policía de las familias*. España, Pre-Textos. 1998.
- EZPELETA, Justa y ROCKWELL, Elsie (1983). Escuela y clases subalternas. *Cuadernos Políticos*, Número 37, México, D.F., Editorial Era; pp. 70-80.
- FARAONE, Silvia y BIANCHI, Eugenia (comp) (2018). *Medicalización salud mental e Infancias. Perspectivas y debates desde las ciencias sociales en Argentina y el sur de América Latina*, CABA, Editorial Teseo.
- FERRANTE, Carolina (2015). Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado? *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 22(68); pp. 151-176.
- FERRANTE, Carolina y FERREIRA, Miguel Angel (2009). El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico. *Política y sociedad*, 47(1); pp. 85-104.
- FOUCAULT, Michel (1976). *Historia de la sexualidad*. Tomo 1: La voluntad de saber, México, Siglo XXI. 2002.
- FOUCAULT, Michel (1977a). Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. En: *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta. 1992.
- FOUCAULT, Michel (1977b). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, La Piqueta. 1990.
- GUPTA, Akhill 2015: Fronteras borrosas: el discurso de la corrupción, la cultura política y el estado imaginado. En: Abrams, Ph., A. Gupta y T. Mitchell (comps.), *Antropología del Estado*. México: FCE.
- LEVIN, Axel (2019). ¿Qué determina la discapacidad en la infancia? La experiencia de la certificación estatal argentina. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, VOL. 13 N°1. PP. 109 – 131.
- OLIVER, Mike (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En BARTON, Len (coord.): *Discapacidad y Sociedad*. España, Ediciones Morata.
- PASSADA, Miguel (2012). Niñez psiquiatrizada. Invisibilizando una realidad compleja. Versión. *Estudios de Comunicación y Política*, (29); 8-8.
- ROCKWELL, Elsie (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en procesos educativos*. Paidós, Buenos Aires.
- ROSATO, Ana y ANGELINO, Alfonsina (coord) (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires, NovEduc.
- TROUILLOT, Michel (2001). La antropología del Estado en la era de la globalización. Encuentros cercanos de tipo engañoso. *Current Anthropology*, 42(1), 137-139.
- VALLEJOS, Indiana (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); pp. 99-108.
- VASEN, Juan (2007). *La atención que no se presta: el "mal" llamado ADD*, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas.

VENTURIELLO, María Pía (2017) Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina. *Revista Española de Discapacidad*, 5(2); pp. 149-169.

### Documentos y enlaces virtuales

Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006) por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

World Health Organization. (2001). Clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud: CIF.

World Health Organization. (1980). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: CIDDM.

Anuarios del Servicio Nacional de Rehabilitación (2009-2015): <https://www.argentina.gob.ar/andis/anuarios-estadisticos-nacionales>

<https://www.argentina.gob.ar/andis>

<http://www.buenosaires.gob.ar/tramites/certificado-de-discapacidad>

<http://www.buenosaires.gob.ar/copidis>

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/153565/norma.htm>