

V Jornadas de Investigadorxs en Formación
Instituto de Desarrollo Económico y Social (IDES)
Ciudad de Buenos Aires, 8 y 9 de Octubre de 2020

EJE 6: Dinámicas de producción, implementación y apropiación de regulaciones

Gestión estatal de problemáticas infanto-juveniles: la certificación de discapacidad como política de gobierno

Axel Levin¹

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. Enfocándome en las Juntas pediátricas y en las familias solicitantes del Certificado Único 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, internacionales y nacionales, en la manera de definirla. En esta línea, destaco el carácter

¹Licenciado en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA), Doctorando en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA) Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina (IICSAL) – FLACSO/CONICET. axellevin4@gmail.com

prescriptivo de esta política estatal en su carácter dual: como una garantía de derechos a la vez que potencialmente estigmatizante.

En este marco, problematiza el concepto de Estado para reflexionar sobre la gestión cotidiana de este organismo estatal, considerando la heterogeneidad de vínculos institucionales involucrados en la certificación. En este proceso se realiza una clasificación simbólico-política de la población infantil, estipulando su discapacidad para tratar problemáticas diversas, con múltiples repercusiones a analizar. Entre ellas, se indaga la posibilidad de que el status oficializado por este rito de institución contribuya a la formación de un habitus de la discapacidad de las personas desde una edad temprana.

De esta forma, la presente investigación busca realizar un aporte a la comprensión de los procesos socio-políticos implicados en la producción de la discapacidad y la estigmatización de niño/as con ciertos atributos, destacando el papel complejo y fundamental de la certificación estatal.

Palabras clave: Certificación-Discapacidad- Estigma- Infancia- Estado.

Introducción

El trabajo en que se basa esta ponencia² 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 mental³. Mi intención fue la de realizar un aporte al entendimiento de la *discapacidad* como una producción socio-política, caracterizando el lugar que ocupa la certificación estatal.

El trabajo de campo de la presente investigación, cuyo enfoque fue etnográfico, se desarrolló durante el segundo semestre del 2016 (entre los meses de julio y diciembre) en el Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

² Se trata de la investigación que realicé para mi tesis de Licenciatura en Ciencias Antropológicas.

³ 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.

En cuanto a la metodología, fundamentalmente utilicé la observación participante en el espacio, en funcionamiento, de las distintas Juntas pediátricas (tuve una experiencia prolongada en tres Juntas disimiles), y la realización de entrevistas abiertas tanto a los profesionales a cargo como a las familias solicitantes. Incorporé, a su vez, el análisis de fuentes estadísticas.

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, 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; Vasen, 2007; Bianchi, 2009) plantea la discusión sobre el lugar que ocupa el Estado en estas redefiniciones. Por lo tanto, la determinación estatal de la *discapacidad* infantil cobra una importancia analítica central. En ella se conjugan múltiples nociones, como la de cuáles son los límites entre la *normalidad* y *anormalidad* de los niño/as, o entre lo *saludable* y lo *patológico*, que esta política pública adopta al mismo tiempo que instituye.

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 certificada⁴. Tomando las estadísticas del Servicio Nacional de Rehabilitación (2015)⁵, 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*⁶, 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 Salud⁷ del manual denominado *Clasificación Internacional del Funcionamiento*⁸ en el año 2001 y la aprobación de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*⁹ por parte de la Organización de Naciones Unidas¹⁰ en el año 2006 (Ferrante, 2015). Estos documentos dieron, parcialmente, una respuesta a las investigaciones que planteaban un

⁴ 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>

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

⁶ La *discapacidad* se categoriza en *discapacidad mental*, *discapacidad motora*, *discapacidad visceral*, *discapacidad auditiva* y *discapacidad visual*.

⁷ De ahora en más, se referirá a la Organización de Mundial de la Salud como OMS

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

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

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

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 interdisciplinario¹¹ 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 cuadro, el análisis del Certificado Único de Discapacidad (CUD) merece profundizarse desde un carácter dual: como una garantía estatal de derechos adquiridos, y como una política de demarcación *estigmatizante* (Venturiello, 2017).

Repensando la perspectiva analítica

Para avanzar, quisiera explicitar que en esta ponencia voy a utilizar distintos aspectos de mi experiencia de campo, y los análisis que ya realicé sobre los mismos, para complejizarlo críticamente a la luz de otra perspectiva teórica.

Sobre esta base, voy a empezar tomando el eje de la crítica a la ficcionalización y reificación del Estado. En efecto, 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

¹¹ 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 validez mediante las tres firmas.

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”. En palabras de Philip Abrams:

En resumen: el estado no es la realidad tras la máscara de la práctica política. El mismo es la máscara que nos impide ver la práctica política tal cual es. (...) El estado logra existir como una estructuración dentro de la práctica política: empieza como un constructo implícito; luego es reificado – como la res pública, la reificación pública, ni más ni menos– y adquiere una identidad manifiestamente simbólica, progresivamente divorciada de la práctica, como responsable ilusorio de la práctica-. (...). La tarea del sociólogo consiste en desmitificar, y en este contexto, esto significa presar más atención a los sentidos en los cuales el estado no existe que a aquellos en los que lo hace (Abrams, 1977: 98).

En efecto, para el autor, 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). Precisamente, esta perspectiva analítica es retomada y profundizada por Begoña Arextaga, quien plantea que el Estado está constituido como 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). En esta línea, él plantea:

(...) Si la realidad ficticia del Estado es socialmente poderosa, entonces los estudiosos deberían concentrarse no solamente en aquellos discursos y prácticas que producen esta forma estatal como algo real sino también en la vida social y subjetiva del hecho de esa formación que llamamos el Estado. Si el Estado aparece y actúa como si tuviera su vida propia, entonces estamos en presencia de un fetiche y deberíamos preguntarnos sobre las maneras poderosas en que este fetiche funciona (...) (Arextaga, 2003: 8).

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. A su vez, resultan significativos los efectos de discursos y prácticas institucionalizadas sobre los cuerpos y rutinas en un determinado contexto, junto con la observancia de las fantasías y sucesos mitificados que hacen al poder de dichos efectos práctico-discursivos.

Retomando estos planteos, en primer lugar, quiero desarmar la idea postulada al comienzo de la introducción de la ponencia, la cual encontré presente en numerosas ocasiones a lo largo del texto de mi investigación. Me refiero a la proposición de que el objetivo del trabajo fue *analizar a través de qué métodos y criterios el Estado define y certifica la discapacidad en la infancia*. En efecto, resulta mucho más valioso una perspectiva que no busque analizar las maneras y criterios en que el Estado define y certifica a la *discapacidad* (como si existiera un Estado único e integrado con entidad e intencionalidad propia) sino que, precisamente, busque analizar cómo en un determinado organismo estatal¹² existen métodos y criterios disímiles, que dialogan en influencias y en disputas, con discursos y prácticas heterogéneas, entre una multiplicidad de actores. Es decir, poner la mirada en cómo se expresa la des-unión del poder político en este organismo estatal, y de qué manera los actores que lo conforman disputan la influencia de los efectos de ciertos discursos vinculados a la reificación del Estado sobre la base de hitos mitificados.

Desarrollo

A la luz de lo anterior, y retomando también lo expuesto en la introducción, voy a avanzar con el análisis planteando que 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 en organigrama), y otros organismos como COPIDIS¹³. Esta reificación del cambio de paradigma del “Estado”, sobre la manera de entender y certificar a la *discapacidad*, la pude observar tanto en la información de las

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

¹³ Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS)

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.

Sin embargo, a lo largo de mi trabajo de campo pude observar que 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 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. Principalmente, estas contradicciones y cuestionamientos se centran en la crítica a la veracidad de la interdisciplina, y al postulado de que la certificación de *discapacidad* ya no se define a raíz de diagnósticos médicos.

Llegado a este punto, quiero incorporar la perspectiva teórica de Akhil Gupta para seguir complejizando el análisis. Este autor, a partir de una investigación sobre la influencia de los discursos de corrupción (provenientes del contexto local y trans-local) en la interacción de los pobladores y los distintos niveles de trabajadores estatales en una aldea del norte de India, plantea que el análisis de la construcción discursiva del estado requiere necesariamente atender el vínculo de los procesos transnacionales con el sistema interestatal (Gupta, 2015: 78 y 79). En este sentido, me resulta fundamental conceptualizar la importancia de los hitos mencionados como mitificación de un cambio en la definición y manera de certificar la discapacidad, dado que la valoración de las profesionales de las Juntas sobre su propia labor (sus cuestionamientos y sus comentarios positivos) tomó constantemente de referencia la cercanía o distancia de sus prácticas con las asociadas a este cambio de paradigma internacional y nacional. Al final de su trabajo, Gupta concluye:

(...) mi análisis de “el estado” lleva a la conclusión de que podemos intentar explotar los procesos contradictorios que va dirigidos a constituir[“lo”]. Estas contradicciones no solo abordan las tracciones divergentes ejercidas por las múltiples agencias, departamentos, organismos, niveles y programas de “el estado”, sino también el terreno en disputa de la representación pública. Si es precisamente en estas prácticas de narrativa histórica y abstracción estadística, ficción velada y realidad bruta en partes iguales, donde surge el fenómeno del fetichismo de estado (...) (Gupta, 2015: 132).

En particular, me resulta sumamente valiosa la mirada sobre la heterogeneidad de concepciones y prácticas, con influencias recíprocas, entre las múltiples agencias que componen “el estado”, en diversos niveles del organigrama, espacialidades, contextos locales y trans-locales. Así como también, la consideración analítica de documentos que hacen a la cultura política pública. En su caso, los medios de comunicación al momento de referirse a la corrupción estatal, y en el mío a la folletería digital e impresa que postula la vigencia reciente de un nuevo paradigma sobre *discapacidad*.

Sobre esto último, a lo largo de mi investigación fui registrando un número considerable de reflexiones por parte de las profesionales, muchas veces explicitadas en conversaciones individuales a modo de confidencia, otras surgidas en debates espontáneos entre los miembros de la Junta a partir de situaciones extraordinarias (frente a solicitantes del certificado, por ejemplo, particularmente controversiales), así como en respuestas a preguntas que les fui haciendo sobre distintos procedimientos y palabras naturalizados en la rutina. Por razones de extensión, pasará a 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 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

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 fijan, o mejor dicho, ellas *rotan* entre las Juntas “de” las médicas. A modo de ejemplo¹⁴:

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 (julio – diciembre, 2016)

La interdisciplina se funda, precisamente, en la idea de que ambas 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.

¹⁴ 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.

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 como saber objetivo 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 Dislexia¹⁵, 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 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 sumo 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 CIDDM¹⁶, 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.

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

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

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

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 sentido, 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 articulan¹⁷, y sobre una manera de certificar que sigue basándose en diagnósticos médicos que certifican y en diagnósticos médicos que no, lo analizo como un disputa abierta en el ejercicio relacional del poder (Foucault, 1977a), en la cual ellas toman distancia de las disciplinales comportamentales a las que se pretende que estén sujetas. Este planteo, a su vez, retomando el desarrollo del Alkhil Gupta (2015), muestra la relevancia de contemplar en el análisis 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 desde los diferentes niveles de los organismos estatales, con una relevancia simbólico-política local (avanzar en paradigmas vinculados con los derechos humanos).

Por otra parte, poner el énfasis del análisis en las contradicciones entre los discursos oficiales de ciertos niveles del sistema-de-estado con las prácticas de las profesionales de las Juntas, y el cuestionamiento de ellas sobre estos discursos y sobre su propia práctica (medida, valorativamente, a la luz de los primeros), resalta la des-unión del poder político del “estado” y la manera en que ellas disputan los efectos simbólico-políticos (Arextega, 2003) de estos discursos sobre sus disciplinas corporales y prácticas laborales. Al mismo tiempo, retomando a Abrams (1997), 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, un nuevo paradigma progresista en materia de *discapacidad*.

¹⁷ Me refiero a COPIDIS: Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad.

En este marco, destaco la caracterización de la certificación estatal de la *discapacidad* como un fenómeno complejo en el cual se combina la garantía de derechos adquiridos con la prescripción de toda una serie de sentidos estigmatizados, circuitos instituciones y prácticas diferenciales, que configuran la *exclusión incluyente* de una porción significativa de la población infantil. En esta tipo de política demarcatoria se suele velar el contenido de una *ideología de la normalidad* específica, naturalizando ciertos parámetros clasificatorios de la normalidad-capacidad/anormalidad-discapacidad de los sujetos (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009).

En esta línea, el peso del factor *económico* es fundamental dado que problemáticas de carácter socioeconómico terminan *discapacitando* a los sujetos al entenderlas y querer solucionarlas estatalmente en los términos de una *dis-capacidad* psíquica-orgánica de individuos, generando una demarcación excluyente (Rosato *et al.*, 2009; Rosato y Angelino, 2009) que permite eludir, a su vez, la concepción de políticas universales que atiendan la problemática socioeconómica de fondo.

Conclusiones

A lo largo de mi trabajo de campo pude ver cómo en numerosas ocasiones las profesionales de las Juntas cuestionaban y tomaban distancia de reglamentos internos y líneas de trabajo (adjudicadas a los directivos de los distintos niveles del organigrama estatal) que insistían en la promoción cuantitativa de la certificación. En este sentido, el conjunto de criterios y procedimientos por el cual el Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad determina qué niño/as son *discapacitados* y qué niño/as no, es un terreno de lucha política y de relaciones de fuerza. Tanto entre los diferentes actores sociales que componen a dicha institución, como a la red de organismos (locales y trans-locales) que influyen, y por lo tanto conforman, en términos amplios y heterogéneos, el proceso de la certificación.

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

Bibliografía

- Abrams, P. (2000). Notas sobre la dificultad de estudiar al estado (1977). *Virajes*, año 2, No 2.
- Arextaga, B. (2003). Maddening States. *Annual Review of Anthropology*, Vol. 32, pp. 393-410.
- 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. <https://www.aacademica.org/000-062/1818>
- 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. (2015). Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado?. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 22(68); pp. 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); pp. 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); pp. 151-172.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*, México, Siglo XXI. 2002.
- Foucault, M. (1977a). Las relaciones de poder penetran en los cuerpos. En: *Microfísica del poder*, Madrid, La Piqueta. 1992.
- Foucault, M. (1977b). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, La Piqueta. 1990.
- Gupta, A. 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.
- 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); pp. 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); pp. 99-108.

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

Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*, Buenos Aires: Ediciones Novedades Educativas.