


El “trabajo con el certificado de discapacidad”

Un estudio sobre las estrategias profesionales en el monovalente de salud mental infanto-juvenil argentino



Axel Levin

Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina- Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Filosofía y Letras. Instituto de Ciencias Antropológicas. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

 0000-0003-4273-2472

Correo electrónico: axellevin4@gmail.com

Recibido: 21 de diciembre de 2022

Aceptado: 18 de agosto de 2023

Resumen

Este artículo se basa en una investigación etnográfica llevada adelante durante los años 2020 y 2021 en el hospital público Carolina Tobar García, único monovalente en salud mental infanto-juvenil de la Argentina. Tiene como objetivo analizar el lugar de la certificación de discapacidad en las prácticas y estrategias de los/las profesionales al momento de abordar ciertas problemáticas. Se desarrollará la tensión que existe entre los estigmas sociales de la discapacidad y la accesibilidad a derechos que el Certificado Único de Discapacidad confiere. En este sentido, se analizará de qué manera los/las profesionales *trabajan el certificado* con los/las pacientes y sus grupos familiares. También, se abordará la importancia de la certificación de discapacidad para mejorar el *pronóstico* de los/las niños/as y adolescentes que se atienden en la institución cuando deben ser externados.

Palabras clave: Discapacidad; Accesibilidad; Prácticas en salud; Salud mental; Problemáticas infanto-juveniles

“Working with the disability certificate”: a study of professional strategies in a mental health hospital for children and teenagers in Argentina

Abstract

This article is based on an ethnographic investigation carried out during 2020 and 2021 in Carolina Tobar García Hospital, the only public mental health hospital for children and teenagers in Argentina. The aim of this study is to discuss the role of the Disability Certificate in professional practice and statal management of strategies regarding a patient's problematic situations. Debate surrounding the social stigma of disability, patients rights and the difficulties to access the health system will be discussed. The analysis focuses on how professionals work with patients and their families to offer the *Disability Certificate* as a strategy, and how this strategy could enhance *prognosis* of children and teenagers once they leave the hospital to attend other institutions.

Key words: Disability; Patients rights; Health practice; Mental health; Pediatrics and teenagers mental health

O “trabalho com o certificado de incapacidade”: um estudo sobre estratégias profissionais na saúde mental monovalente da criança e do adolescente argentina

Resumo

Este artigo é baseado em uma pesquisa etnográfica realizada durante os anos de 2020 e 2021 no hospital público Carolina Tobar García, o único monovalente em saúde mental infantil e adolescente na Argentina. Seu objetivo é analisar o lugar da certificação da deficiência nas práticas e estratégias dos profissionais ao lidar com determinados problemas. Será desenvolvida a tensão que existe entre os estigmas sociais da deficiência e a acessibilidade aos direitos que o Certificado Único de Incapacidade confere. Nesse sentido, será analisado como os profissionais *trabalham o certificado* com os pacientes e seus grupos familiares. Além disso, será abordada a importância da certificação da deficiência para melhorar o *prognóstico* das crianças e adolescentes que são atendidos na instituição quando devem receber alta.

Palavras-chave: Incapacidade; Acessibilidade; Práticas de saúde; Saúde mental; Problemas infanto-juvenis

Introducción

Mi investigación se propone analizar el lugar que tiene el certificado de discapacidad en las prácticas y estrategias de los/las agentes estatales responsables de abordar problemáticas en salud mental de niños/as y adolescentes. El estudio se encuentra en curso y su referente empírico es el hospital Carolina Tobar García, la principal institución pública de la Argentina especializada en salud mental infanto-juvenil.

La investigación se enmarca dentro del Doctorado en Ciencias Antropológicas de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (FFyL-UBA), y recibe el apoyo de una beca del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina (CONICET). Este artículo recoge algunos de los principales avances realizados durante la primera etapa de la investigación (2020-2021), reunidos en mi tesis de Maestría en Antropología Social (FFyL-UBA). Está orientado, específicamente, al abordaje analítico de las voces, experiencias, prácticas y estrategias de los/las profesionales del hospital.

La institución se inauguró en el año 1968 y es el primer hospital psiquiátrico dedicado a las problemáticas de niños, niñas, y adolescentes del país. A lo largo del trabajo de campo, de hecho, muchos/as profesionales me comentaron que “se dice”, hasta el día de hoy, que es “el único hospital psiquiátrico infantil de Latinoamérica”. Es uno de los cuatro “manicomios” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, junto con el hospital Braulio Aurelio Moyano, el Torcuato de Alvear y el José Tiburcio Borda (ubicado, este último, al lado del Tobar García).

Su ubicación geográfica, junto con la historia y las representaciones sociales en torno a los hospitales que lo rodean, forman parte de un determinado *imaginario social* (Hiernaux, 2007) sobre quienes se atienden en la zona,¹ asociado a la locura y la gravedad de problemáticas. En efecto, los reparos que muchos/as profesionales del sistema de salud tienen al momento de admitir a los/las niños/as y adolescentes que transitaban por el Tobar García (Barcala, 2015) se vinculan a dicho *imaginario social*.

Carolina Tobar García (1898-1962) fue una psicóloga, legista, y psiquiatra argentina cuya actividad profesional está estrechamente vinculada al desarrollo de instituciones estatales destinadas al abordaje de problemáticas infanto-juveniles. En particular, de niños/as considerados/as históricamente como retardados, ineptos, delincuentes o anormales, tanto en el sistema educativo como en de la salud (Testa y Ramacciotti, 2014).

A su vez, que el hospital se encuentre sobre la calle Ramón Carrillo forma parte de su relevancia histórica y geopolítica. Ramón Carrillo fue el ministro de Salud del presidente Juan Domingo Perón (1946-1955) y tuvo una importancia nodal en el desarrollo del sistema sanitario argentino. Estas breves referencias aportan a dimensionar la historia de algunas de las representaciones en torno al rol de la institución condensadas en su nombre y ubicación.

Es importante destacar que no solamente la centralización de recursos en salud mental sobre esta zona se vincula a la locura, sino a la peligrosidad de problemáticas agudas y a la discapacidad. La idea de peligrosidad se afirma no solamente en la especificidad clínica –salud mental–, sino también en la ubicación geográfica de la institución y en las características socioeconómicas de la población que se atiende en el hospital. Se trata de un espacio urbano que se encuentra en los márgenes de la ciudad, en un área fabril, entre la estación de trenes de Constitución y el río que separa la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del sector sur del conurbano bonaerense. Es una zona asociada a la pobreza y a múltiples situaciones de vulnerabilidad social. A esto se le suma que la mayor parte de la población que se atiende en la institución viene de

¹ Tres de los cuatro monovalentes de salud mental de la ciudad se encuentran ubicados a pocas cuadras de distancia: el hospital Braulio Aurelio Moyano, el hospital José Tiburcio Borda y el hospital Carolina Tobar García.

barrios con pocos recursos económicos, villas o municipios empobrecidos de la provincia de Buenos Aires.²

Tanto por este nivel del espacio urbano como por las características de la población que atiende, se puede plantear que el Tobar García integra los márgenes del Estado (Das y Poole, 2008) con el particular valor analítico de ser el último recurso estatal de cuidado para ciertas problemáticas de dicha población. A lo largo del artículo se desarrollará cómo las categorizaciones que se emplean en la institución³ forman parte de una gestión estatal que intenta saldar la situación de marginalidad de los/as niños/as, adolescentes, y sus grupos familiares, al burocratizar y resignificar las problemáticas en categorías oficiales (Asad, 2008).

La investigación la empecé a principios del año 2020, unos meses antes de declararse el aislamiento social preventivo y obligatorio (ASPO)⁴ a raíz de la pandemia por COVID-19. Durante esos meses, realicé una observación participante en el Servicio Social del hospital, mientras conservaba aún mi estatuto de trabajador de la institución.⁵ Desde el mes de abril del año 2020, ya con la ASPO declarada, mi trabajo de campo etnográfico continuó, frente a la imposibilidad de seguir con una observación participante presencial dados los recaudos epidemiológicos, centrándose en la realización de entrevistas a profesionales del hospital. Llevé adelante alrededor de cincuenta entrevistas en profundidad, de modalidad abierta, con el consentimiento personal de los/las entrevistados/as. A su vez, con el apoyo de la jefatura del Servicio Social,⁶ durante la pandemia, accedí a algunas instancias institucionales de particular valor analítico, como los ateneos clínicos generales que se realizaron de manera virtual y sincrónica. Logré entrevistar a trabajadores/as pertenecientes a los cinco departamentos centrales del hospital: Internación, Hospital de Día, Consultorios Externos, Rehabilitación Psico-Social y Servicio Social. Con este registro abarco a la mayoría de los servicios que componen el organigrama institucional, y a la mayoría de las disciplinas que conviven en él: psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, musicoterapia, terapia ocupacional, fonoaudiología, educación física y recreación.

Desarrollo

Caracterizando al Certificado Único de Discapacidad (CUD) en las estrategias profesionales

Uno de los principales problemas que deben enfrentar los/las profesionales del Tobar García, en tanto trabajadores/as del único hospital monovalente en salud mental infanto-juvenil del país, es la dificultad por conseguir una derivación

² El lema de que “la mayoría de los pacientes son de provincia” (refiriéndose a la provincia de Buenos Aires) fue dicho repetidamente por profesionales del Tobar García durante las entrevistas. En varias ocasiones, de hecho, distintos profesionales aseguraron que “el ochenta por ciento de nuestros pacientes son de provincia”. A lo que sumaban: “las familias tienen graves problemas socioeconómicos” y “no cuentan con obra social”.

³ Principalmente, la de ciertos *diagnósticos psiquiátricos* o la categoría de *discapacidad*.

⁴ El aislamiento social preventivo y obligatorio fue establecido por el gobierno nacional a través del decreto 297/2020, el día 20 de marzo del año 2020.

⁵ De junio de 2019 a marzo de 2020 inclusive, trabajé en el Departamento de Rehabilitación Psico-Social del hospital como técnico superior en Tiempo Libre y Recreación (una disciplina que adscribo en paralelo a la antropología). En el mes de abril del año 2020, renuncié a mi cargo en el hospital para adjudicar a la beca doctoral del CONICET.

⁶ En paralelo comencé las gestiones para formalizar mi investigación frente a la Dirección del hospital y frente a su Departamento de Docencia e Investigación, y logré conseguir sus avales en un lento y costoso proceso de autorización que tardó dos años.

externa efectiva. Esto se relaciona con una situación macroestructural compleja, referida a la falta de recursos humanos y materiales en el sistema sanitario público, y su alta centralización en los monovalentes de salud mental. En la práctica, a raíz de las dificultades que plantea este contexto, los/las profesionales elaboran en su actividad cotidiana una serie de estrategias para lograr derivar a sus pacientes cuando consideran que están en una situación de *alta*.

Antes de avanzar, es relevante caracterizar la composición del sistema de salud argentino para entender el marco sanitario en el que el hospital Tobar García se inserta, los desafíos en torno a las derivaciones de pacientes, y a qué responde el uso del CUD entre profesionales que pertenecen al subsistema de salud público.

Nuestro sistema de salud tiene una composición tripartita: el subsistema privado, el subsistema de las obras sociales y el subsistema público. No obstante, hay que distinguir esta división con la del tipo de cobertura de salud de la población.⁷ Una cobertura de salud puede brindar, mediante ciertos acuerdos, prestaciones en instituciones que pertenecen a un subsistema ajeno. Esto es importante porque marca cómo, en la práctica, lejos de ser independientes, los subsistemas se encuentran entrelazados⁸ (Findling, Arruñada y Klimovsky, 2002; Belmartino, 2010). A lo largo de la historia de nuestro país, estos subsectores regulados por el Ministerio de Salud de la Nación tuvieron distinta preponderancia y alcance, y han configurado un sistema de salud general con grados diversos de universalidad, integralidad y equidad (Cetrángolo, 2015).

Actualmente, el sistema sanitario argentino se encuentra profundamente afectado por la escasez de recursos materiales y humanos. Uno de los principales procesos que explican este contexto es el de la fragmentación, privatización y precarización del sistema de salud que se inicia con la última dictadura militar (1976-1983) y se completa en la década de los noventa (Cetrángolo, 2015). Dicho proceso desplaza la centralidad que históricamente tuvo el subsistema de salud público al privado y al de las obras sociales, jerarquizando la accesibilidad de los recursos de atención según la situación socioeconómica de cada ciudadano/a (Findling *et al.*, 2002).

Dicha degeneración se vincula, a su vez, con el deterioro de las condiciones de vida de la población argentina a raíz de las políticas neoliberales implementadas desde fines de la década de 1970, las cuales implicaron el desmantelamiento de la capacidad reguladora del Estado en el área de la salud (Margulies *et al.*, 2003). Esta pauperización de las condiciones sociosanitarias de la población y de los servicios de salud generó un desfasaje entre las necesidades de la población y la respuesta institucional, lo cual planteó un contexto de graves problemas y desigualdades en el acceso a la atención (Margulies *et al.*, 2003).

En este contexto, es relevante caracterizar que el CUD se constituye, en nuestro país, como una política fundamental para el cumplimiento de derechos ciudadanos (no solo en relación con la salud, sino también con la educación,

⁷ Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC, 2010), el 16% de los/las argentinos/as posee una cobertura de salud otorgada por prepagas privadas, el 46% tiene una cobertura de salud otorgada por obras sociales, y un 38% posee cobertura únicamente del subsistema de salud público.

⁸ Una persona puede, a modo de ejemplo, atenderse tanto en el subsistema de salud privado como en el público bajo la mediación de su cobertura por obra social (dado que esta terceriza servicios en instituciones privadas y públicas).

la recreación o la movilidad urbana) en la medida que habilita a sus adjudicatarios/as a acceder a una serie de recursos y apoyos.⁹

Principalmente, el CUD permite que los/las niños/as y adolescentes puedan acceder a las prestaciones del subsistema de salud privado bajo la mediación de una obra social.¹⁰ La estrategia que se despliega para efectivizarla incluye, por lo general –ya que los/las pacientes que cuentan con una obra social son la minoría–, la tramitación del monotributo social.¹¹ A través de este medio, las familias consiguen acceder a una obra social que, frente a la presencia del certificado de discapacidad, está obligada legalmente a brindarles de manera gratuita las terapias y medicaciones que precisen. En otras ocasiones se opta por tramitar, con el apoyo del CUD, una pensión no contributiva por invalidez, la cual habilita a tener la cobertura del Programa Federal Incluir Salud, dependiente de la Agencia Nacional de Discapacidad. Estas alternativas se vuelven, en muchas ocasiones, las únicas posibles para lograr una derivación por fuera del Tobar García.

La primera vez que me enteré de esta estrategia que combina la tramitación del CUD con el monotributo social fue a través de una trabajadora social que interviene en Hospital de Día y recurre cotidianamente a esta alternativa como medio para las derivaciones. Al preguntarle sobre los usos del certificado de discapacidad en el hospital, ella me planteó:

El certificado en el Tobar sirve para viajar gratis. Pero para la derivación, si solo tenés el certificado y no tenés obra social, no... Nosotros lo que hacemos mucho, en el último tiempo, es empezar a trabajar con el monotributo social para que tengan una obra social. Y los nenes, al tener un certificado de discapacidad, les cubre, por ejemplo, un tratamiento en un centro educativo terapéutico, que no lo podrían obtener de ninguna otra forma. Empezamos a implementar eso porque todo lo que es tratamiento tipo hospital de día o centro de día, público, no hay nada, no se consigue. Entonces tiene que ser sí o sí privado, y no podés acceder si no tenés obra social. Al menos que lo puedas pagar, que estamos hablando de una cuota de alrededor de cincuenta mil pesos al mes. Ninguna familia puede... (Trabajadora Social de Hospital de Día, 06/08/2020)

En estas estrategias se suelen poner en tensión dos representaciones sobre el CUD: que puede tener un carácter estigmatizante en torno a la discapacidad y a los diagnósticos en salud mental; y que puede ser utilizado como una herramienta de accesibilidad, indispensable para favorecer el *pronóstico* de los/las pacientes. Este término nativo, *pronóstico*, conjuga una significación que va más allá de su acepción estrictamente clínica. Tal como se desarrollará, pensar en el *pronóstico* del paciente y su grupo familiar es pensar en el conjunto de condiciones que puedan favorecer un “proyecto de vida” exitoso.

En relación con esto último, el certificado de discapacidad es utilizado por los/las profesionales como un medio para mejorar el *pronóstico* de los/las pacientes al permitirles acceder a una serie de derechos. No solo se trata de lograr una derivación externa con la tramitación conjunta del monotributo social y el

⁹ Para una caracterización e historización mayor del CUD como política pública remito a mi artículo (Levin, 2021).

¹⁰ La Ley N° 24.901 estipula las prestaciones que las obras sociales deben proveer, de manera obligatoria, a personas con CUD.

¹¹ El monotributo social es un régimen que permite registrar un emprendimiento laboral, emitir facturas, contar con una obra social y realizar aportes jubilatorios. Se paga un monto económico inferior a la categoría más baja del régimen de monotributo convencional. Como política pública surge en el año 2007 a través de la Ley N° 26.223 y está dirigida a personas en situación de “vulnerabilidad social”.

CUD, sino de aumentar su efectividad. Es decir, incrementar las probabilidades de que los tratamientos se sostengan y disminuir las de una discontinuidad, o "descompensación", que los/las haga retornar al Tobar García.

El CUD no solo obliga a las obras sociales a brindarles los tratamientos sin costo, sino que también otorga gratuidad en el transporte público, el ingreso a la tarifa social de servicios y el acceso a otras políticas sociales como la Asignación Universal por Hijo con Discapacidad. Estas redundan en una ayuda económica que para los ingresos de las familias que asisten al Tobar García es sumamente significativa. También, habilita la posibilidad de tener un acompañante terapéutico, quien facilita las tareas de cuidado familiar. Habilita el ingreso a instituciones terapéuticas inexistentes o escasas en el subsistema público, como centros educativos terapéuticos, hospitales de día o centros de día. Y otorga la posibilidad de obtener un/una maestro/a integrador/a¹² con alta frecuencia de acompañamiento en instituciones educativas.¹³

Es importante considerar que la necesidad de los/las profesionales de elaborar estrategias para mejorar "el pronóstico" o "el proyecto de vida" de los/las pacientes, tal como me planteó una psicóloga de Hospital de Día, se relaciona con un entendimiento de que el estado de salud mental de estos/as niños/as y adolescentes "se encuentra en riesgo". Riesgo que se agrava si estos/as niños/as y adolescentes quedan "a la deriva", sin tratamientos idóneos.

En términos conceptuales, el hecho de quedar por fuera de un tratamiento en el Tobar García sin determinados recursos económicos,¹⁴ siendo un niño/a o adolescente con problemáticas agudas de salud mental, se vuelve un *factor de riesgo* (Almeida, Castiel y Ayres, 2009, p. 331).

Retomando lo anterior, planteo que la gestión estatal de problemáticas graves en salud mental infanto-juvenil se realiza a través de una construcción ethopolítica (Rose, 2012) con base en la ponderación de *riesgos* (Almeida *et al.*, 2009). Que se considere una *población de riesgo* adquiere relevancia frente a los crecientes marcos legales, políticas y discursos que enfatizan la importancia del cuidado de los/las niños/as, de los/las usuarios/as de servicios en salud mental y de personas con discapacidad. Dicho énfasis en los derechos que tiene esta población y los cuidados que precisa se complementan, contradictoriamente, con la falta de inversión en los recursos que deberían existir para su protección.

En efecto, la toma de decisiones profesionales descansa en una racionalidad que busca *administrar el riesgo* (Almeida *et al.*, p. 325) de estos/as niños/as y adolescentes desde la perspectiva de la *vulnerabilidad social* que conllevan (Almeida *et al.*, 2009, p. 339). Se trata de una lógica que busca minimizar los riesgos, en la mayor medida posible, en pos de "mejorar su *pronóstico*".

Trabajar en pos de que los/las pacientes mejoren sus probabilidades de no alcanzar problemáticas que impliquen un riesgo para sí mismos o para terceros¹⁵ es parte, por tanto, de una ética profesional de los cuidados. En primer lugar, aludo a una ética referida a la responsabilidad social que tienen, como profesionales de la salud, en el cuidado del/de la paciente. Pero también

¹² Me refiero a los/las profesionales inscriptos en el Registro de Acompañantes Personales No Docentes (APND).

¹³ Cabe aclarar que, en la práctica, el acceso a estos derechos es facilitado por el CUD únicamente con la mediación de una obra social.

¹⁴ Que permitirían, por ejemplo, acceder al subsistema de salud privado.

¹⁵ Este es el criterio para indicar una internación por salud mental según la Ley Nacional de Salud Mental argentina.

se trata de una responsabilidad social más amplia, dado que “un paciente descompensado” puede ser “peligroso o violento para los demás”, tanto para “el entorno familiar” como para “otros lugares por donde circula, como la escuela, el transporte público...”¹⁶

En los casos en los cuales las problemáticas de los/las pacientes se agravan es frecuente, según me explicaron diversos/as profesionales durante las entrevistas, que abandonen o sean expulsados de distintos entornos de pertenencia. Por ejemplo, del espacio escolar, de un club recreativo, de grupos de amigos/as y hasta de la propia “familia ampliada”.¹⁷

Por lo tanto, a través de la accesibilidad a derechos que el CUD permite, los/las profesionales intentan minimizar las posibilidades de un “agravamiento de las problemáticas” que lleve a una desafiliación social (Castel, 2014) riesgosa, signada por el abandono o la expulsión de instituciones y grupos de pertenencia.

Una de las psiquiatras del Departamento de Consultorios Externos con la que mantuve encuentros recurrentes me planteó:

Hoy por hoy, hay escasez de terapeutas, hay escasez de psiquiatras infanto-juveniles... Y bueno, alguna política, alguna estrategia hay que armar para poder sostenerlos, porque la realidad nos supera. Hoy por hoy, por ejemplo, yo tengo pacientes que todavía no tienen certificado de discapacidad por distintos motivos, porque por ahí están en el Tobar y se les brindan todos los tratamientos. Pero seguramente al tener que salir a otros espacios y tenga que acceder para que sus derechos no sean vulnerados, por ejemplo, en distintos servicios de salud, bueno, uno les tramita el CUD por las dudas.... Sigue siendo muy del cada caso. Y trato, más que nada, siempre de pensarlo como una herramienta para que el chico pueda tener lo que necesita. Pero con las dificultades que a veces se presentan en algunos casos, que es esto, que a veces con el certificado los papás los limitan o ya le ponen un diagnóstico. (Psiquiatra del Departamento de Consultorios Externos, 09/09/2020)

Tal como se puede leer en la cita, las representaciones estigmatizantes sobre la discapacidad y el certificado tienen un peso importante para los/las profesionales y familias. Se trata de un documento oficial que puede inaugurar o reforzar *procesos de estereotipación social*, otorgando una valoración de disfuncionalidad, carencia a rehabilitar, o de dependencia, a las personas a las que se le asigna dicho *estereotipo categorial* (Hall, 2011). Los/las usuarios/as en salud mental deben enfrentarse con múltiples barreras de accesibilidad a raíz “del peligro” al que socialmente se asocia “la locura” (Acuña y Bolis, 2005). De alguna manera, “la locura” se oficializa en la certificación de una *discapacidad mental*, ya que para solicitar el CUD deben definirse formalmente las patologías psiquiátricas.

No estoy planteando que exista un proceso de identificación lineal con la categoría de “la locura” ni con los estigmas de la discapacidad mental. Los procesos de *identificación categorial* están atravesados por mecanismos de auto-comprensión, adjudicaciones, rechazos y negociaciones (Brubaker y Cooper, 2001) que merecen una profundización analítica que excede al artículo. Pero, tal como han destacado diversos/as profesionales entrevistados/as, la certificación

¹⁶ Utilizo el entrecomillado para citar fragmentos de distintas aseveraciones realizadas por profesionales entrevistados/as.

¹⁷ Este es un término nativo que se utiliza para abarcar a miembros del grupo familiar que no sean el padre, madre, o hermanos/as del paciente. Por ejemplo, primos/as, tíos/as, abuelos/as.

estatal puede habilitar, legitimar o confirmar dicha identificación. Cuando se dan estas situaciones, según los/las profesionales, los/las pacientes y/o sus grupos familiares empiezan a utilizar la palabra *discapacidad* para generar preguntas o planteos sobre sus vidas.

Por ejemplo, distintos/as profesionales me explicaron durante las entrevistas que es frecuente que los/las adolescentes, cuando se les tramita el CUD siendo pacientes del Tobar García, pregunten por el nombre del certificado, qué quiere decir que sea de *discapacidad*. También, si es obligatorio mostrarlo o usarlo. Estos son aspectos que, como suelen generar dudas, temores y, en algunas situaciones, angustia o rechazo, muchos/as profesionales sostuvieron que es una temática que trabajan fuertemente con los/las adolescentes. De forma similar, me explicaron, "muchas mamás y papás se ponen mal cuando hablamos por primera vez del certificado de discapacidad, les resulta chocante el nombre, a veces se ponen a llorar..." y preguntan "¿pero va a hacer discapacitado para toda la vida?".¹⁸

Es decir que, con la certificación, se renombran las problemáticas que hacen a una determinada alteridad en términos, ahora, ya no solo de una patología o trastorno en salud mental, sino de una *discapacidad*.

Esto lleva a una reflexión crítica por parte de los/las profesionales sobre sus prácticas, en la que se pone en juego la forma en que trabajan con los/las niños/as, adolescentes y sus grupos familiares, respecto de cómo se denomina el certificado y los diagnósticos allí escritos. En efecto, más allá del uso instrumental que se le desea dar, se quiera o no, el certificado tiene indisociablemente un carácter descriptivo. Se trata de un documento estatal que prescribe un estatus de la persona (Bourdieu, 1981), el de la discapacidad, con un trato de accesibilidad diferencial para un conjunto de instituciones y políticas.

También, como plantearon diversos/as profesionales, en el certificado quedan "fijados" los diagnósticos de salud mental en su terminología psiquiátrica, algo que lleva a una situación particular en la clínica infanto-juvenil y el trato con las familias. No solo por las barreras actitudinales (Wenreck, 2005) que puedan encontrar en otras instituciones, a raíz de los estigmas asociados a los diagnósticos en salud mental, sino por los posibles procesos de autoexclusión que suelen acontecer en los grupos familiares y comunidades de usuarios/as (Acuña y Bolis, 2005).

Utilizar el certificado de discapacidad como estrategia conlleva, por las categorías y requisitos presentes en el proceso burocrático,¹⁹ que las familias se enfrenten a una terminología diagnóstica que muchas veces los/las profesionales preferirían dárselas a conocer de otra manera. Esto da cuenta, en la práctica, de las tensiones que implica la gestión estatal de problemáticas infanto-juveniles basada en la racionalidad y legibilidad (Rose, O'Malley y Valverde, 2012) del proceso de certificación de discapacidad. Es decir, las posibles implicancias en los/las niños/as y adolescentes de los efectos de legibilidad e identificación sobre la base de la categorización estatal (Trouillot, 2001) de una discapacidad por razones de salud mental.

¹⁸ Utilizo el entrecorillado para citar a profesionales entrevistados/as.

¹⁹ Por ejemplo, la terminología nosografía psiquiátrica y las descripciones diagnósticas que se piden en las planillas que justifican la solicitud de un CUD por discapacidad mental.

Diversos/as profesionales destacaron durante las entrevistas que los diagnósticos en salud mental son un tema que se debe trabajar cuidadosamente con los/las niños/as, adolescentes, y familias, dada la especificidad clínica-etaria. Una psicóloga de Hospital de Día, al respecto, me planteó que “en infante, los diagnósticos en salud mental están escritos con lápiz”. Es decir, son una guía para la labor profesional pero “se van reviendo constantemente”. Incluso, se piensa la mejor manera de comunicarlos y trabajarlos con los/las pacientes y familias. Por lo tanto, hay que tener en cuenta no solo el nombre del certificado –de discapacidad–, sino también su contenido: cómo queda plasmada, visible y aparentemente instituida (Bourdieu, 1981) una descripción de la persona (de *discapacidad* y de ciertos *trastornos mentales*).

Por esto, los/las profesionales del Tobar García acompañan la certificación con “un trabajo” con los/las pacientes (principalmente si son adolescentes) y sus grupos familiares, para desarmar los estigmas que trae aparejados.

El “trabajo con el certificado de discapacidad” en la práctica cotidiana

El *trabajo con las familias* es una categoría nativa que, lejos de ser exclusiva del Tobar García u otros efectores del sistema de salud, se utiliza en distintos ámbitos de intervención estatal infante-juvenil (como el educativo o el de diferentes políticas de cuidado) por parte de diversos actores sociales. Con esto me refiero a que dicha categoría no solo es usada por profesionales de la salud, sino también por docentes, directivos de escuelas, trabajadores/as de organismos de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes, entre otros. Se trata de una categoría nativa que conjuga la intención de diversos agentes estatales de generar estrategias con los grupos familiares en pos de ciertas formas de cuidado moralmente deseables para la crianza de los/las niños, niñas y adolescentes (Santillán, 2012), así como para las normativas de protección de derechos (Grinberg, 2014).

En esta categoría se tensionan la participación y la responsabilidad de los miembros de los grupos familiares en el cuidado, según lo que los agentes estatales esperan y les demandan en una serie de negociaciones y compromisos de gran complejidad (Santillán, 2012). También se pone en tensión de qué manera los/las agentes estatales “trabajan” para que los miembros de los grupos familiares entiendan por *cuidado*, y lleven adelante un trato moralmente aceptable para el marco de derechos vigente (Grinberg, 2014).

Dialogando con la conceptualización anterior, el planteo de que “se trabaja con el certificado de discapacidad” apareció recurrentemente durante las entrevistas que mantuve con profesionales, y se constituyó en una categoría nativa que condensa una serie de prácticas y estrategias que merecen ser explicitadas y diferenciadas.

Principalmente, el *trabajo* consiste en hablar con las familias y adolescentes sobre cómo hacer el trámite, los recursos o apoyos que pueden conseguir a través del CUD; y conversar respecto de la importancia de priorizar la “accesibilidad a derechos” por sobre los estigmas sociales de la palabra discapacidad. Sin embargo, estas conversaciones se realizan en distintos contextos y de distintas formas dependiendo el servicio al que pertenezcan los/las profesionales.

Sobre la base de lo que me fueron explicando profesionales de distintos servicios durante las entrevistas, puedo sostener que en Hospital de Día suelen participar de las reuniones todas las familias, en simultáneo, de los/las

pacientes que son asistidos/as por un mismo equipo profesional. En Servicio Social también se da esta modalidad de conversación entre familias, pero es planteada como una "charla abierta informativa" sobre el CUD y está dirigida a cualquier persona que quiera asistir. Mientras que en Consultorios Externos, Internación o Rehabilitación, estas reuniones suelen hacerse de manera individual con cada familia, sin la presencia de otras.

Estas reuniones son planificadas de antemano, por lo general sin los/las pacientes presentes, con el fin de abordar el tema de la *certificación de discapacidad*. Aunque también muchos/as profesionales me explicaron que este tema suele surgir "de manera espontánea" en el trabajo cotidiano. Por lo general, en estos casos, es "a demanda" de las familias, lo que quiere decir que son ellas las que preguntan por el certificado de discapacidad. En algunos casos, también, los/las adolescentes "traen la temática" a espacios de conversación con profesionales para abordar sus inquietudes.

En ciertos casos en los que se considera pertinente –por ejemplo, cuando este tema es particularmente conflictivo porque algún miembro del grupo familiar está en desacuerdo con la tramitación del CUD–, las reuniones toman distintas modalidades, e incorporan a los/las pacientes en la conversación, o "citan" a algún miembro de la familia de forma específica en un día y horario distinto.

Diversos/as profesionales relataron durante las entrevistas que, en estas conversaciones, las familias y los/las adolescentes suelen plantear que recibieron algún comentario despreciativo en el transporte público luego de mostrar el certificado, o frente a algún "berrinche" de sus hijos/as (en el caso de las familias). O los miedos que tienen a la exclusión en el ámbito escolar, frente a la decisión de comenzar a ir con una "maestra integradora" o un "AT",²⁰ o un cambio de escuela a "una especial". En algunos casos se *trabajan*, dialogando, los miedos de compartir con la familia ampliada o con grupos de pares, que el/la niño/a o adolescente tiene un certificado de discapacidad y/o determinado diagnóstico de salud mental.

Cuando se realiza el trámite para obtenerlo por primera vez se suelen abordar los miedos que tienen las familias y los/las adolescentes, relacionados a que el documento describa y valore sus capacidades. O que prevea la limitación de las capacidades que pueden llegar a alcanzar en un futuro. Según distintos/as profesionales, muchas veces los/las adolescentes o familias preguntan si con el certificado de discapacidad "se puede laburar", confundiendo al CUD con la incompatibilidad de tener un trabajo en relación de dependencia que conlleva la pensión.²¹ O si van a poder seguir yendo a una "escuela normal", presuponiendo que por tener un certificado de discapacidad mental automáticamente serán cambiados a una escuela especial.

Uno de los aspectos de este *trabajo*, precisamente, es el de poner a discutir los estigmas sociales que pesan sobre la discapacidad, los diagnósticos en salud mental y sus problemáticas. En este sentido, los/las profesionales actúan como mediadores/as entre distintas facetas de las experiencias de los/las pacientes (en relación con sus miedos, frustraciones, expectativas y padecimientos) y los procedimientos, terminologías, y códigos de distintos procesos burocráticos (Gagliolo, 2018).

²⁰ Acompañante Terapéutico (AT).

²¹ Me refiero a la pensión no contributiva por invalidez laboral.

Es relevante contextualizar que las enfermedades crónicas (como lo son muchas de las patologías en salud mental) conllevan procesos de subjetivación específicos en torno a la experiencia de la enfermedad, tanto en relación con los diagnósticos clínicos como por los procesos de estigmatización/discriminación presentes en múltiples instancias de la vida social (Barber, 2015). Es importante incorporar al análisis esta temporalidad, en lo relativo a la cronicidad o no de las patologías mentales y de la certificación de discapacidad, para entender lo significativo del énfasis puesto por los/las profesionales al carácter transitorio del CUD²² y a la flexibilidad de los diagnósticos infanto-juveniles al momento de “trabajar el certificado”.

Al respecto, cuando pregunté cómo encaran la certificación de discapacidad, una de las psiquiatras de Hospital de Día con la que mantuve encuentros recurrentes me planteó:

Mirá, como siempre, depende mucho del estilo de la persona y de cada equipo. En general, hacemos énfasis en que es una herramienta y estaría bueno que se llame de accesibilidad. También, el certificado tiene un tiempo estipulado y después se puede rever... no es algo para toda la vida. Respecto al diagnóstico... uno tiene que poner un diagnóstico en el formulario. No es algo que deba marcar al niño, uno va pensando todo el tiempo el diagnóstico... pero bueno, en ese momento hay que poner uno... [...] A veces me pasa que quizá me llega un adolescente con certificado de discapacidad desde internación, o quizá desde otro hospital, donde se lo realizaron con un diagnóstico que yo no coincido. Y quizá es algo que al adolescente le repercute... Porque quizá él se siente identificado con ese diagnóstico... Y bueno, yo charlo con el adolescente por qué es este certificado, por qué no, si sabe bien qué significa eso... Y con respecto a que quizá yo no estoy de acuerdo, y que podemos pensar otro diagnóstico... es algo dinámico, en particular con niños y adolescentes. (Psiquiatra del Departamento de Hospital de Día, 22/06/2020)

El planteo de la psiquiatra citada sobre que el certificado “es una herramienta y estaría bueno que se llame de accesibilidad”, y no de discapacidad, es representativo de una opinión que diversos/as profesionales me manifestaron durante las entrevistas.

Una trabajadora social que interviene en Hospital de Día, con la que también mantuve encuentros recurrentes, lo planteó en estos términos: “el certificado de discapacidad, más bien, debería llamarse certificado de accesibilidad... porque lo que conseguís es la accesibilidad; sirve para eso”. Esta profesional me explicó que “siempre *trabajan*” que tenerlo “no quiere decir que sean discapacitados”, sino que necesitan esa “accesibilidad a derechos” y los “apoyos” que les brinda.

Considero que estas afirmaciones sobre la necesidad de que se repiense el nombre del certificado sintetizan el debate sobre las problemáticas contextuales de las que se desprende la necesidad de la certificación. También, desde qué lugar los/las profesionales incluyen al CUD en sus estrategias de trabajo.

De fondo, los interrogantes que se ponen en juego en esta forma de “trabajar” el nombre del CUD son: ¿qué es lo que se certifica?, ¿el grado de las capacidades de los/las niño/as y adolescentes o la falta de accesibilidad a las terapias y recursos del sistema de salud? A su vez: ¿qué es lo que hay que “trabajar”?,

²² El CUD, al momento de la realización de este trabajo de campo, tiene un periodo de vigencia que se estipula durante su confección. Cuando dicho período vence, puede decidirse no renovarlo.

¿el nombre del certificado o la necesidad de una certificación para el cumplimiento de derechos universales?

Al respecto, quisiera traer dos materiales etnográficos acaecidos al comienzo de mi trabajo de campo, antes de declararse la pandemia por COVID-19. Durante los meses de febrero y marzo del año 2020 fui en distintas ocasiones a Servicio Social, todavía siendo trabajador de la institución, a realizar una observación participante. En particular con una, dedicada al trabajo en Hospital de Día, armé un vínculo de confianza mayor y mantuve encuentros recurrentes virtuales durante todo mi período de trabajo de campo (se trata de la profesional citada en los párrafos precedentes). En marzo del año 2020, en uno de nuestros primeros encuentros, le pregunté por el certificado de discapacidad y me contó que justo estaba trabajando ese tema con dos casos que me podían interesar. Los considero un ejemplo que ilustra la manera que tienen los/las profesionales de abordar los estigmas que pesan sobre la discapacidad y los posibles miedos, o reticencias, a portar el certificado.

El primer caso se trata del de Tomás.²³ La primera vez que la trabajadora social me mencionó su nombre fue a raíz de que le pregunté sobre si estaban, en ese momento, tramitando el CUD para algún paciente:

–Trabajadora social: Sí. Por ejemplo, recién vengo de hablar con Tomi, un paciente que tiene 17 años. Y le conté de la posibilidad de sacar el certificado, hablamos de lo que se trata. Le pregunté si conocía a alguien que ya lo tuviera. Me dijo que sí, que su novia. “¿Y cómo lo lleva?”, le pregunto. “Bien, nosotros siempre nos reímos cuando subimos al colectivo”, me dice.

–Yo: Claro.

–Trabajadora social: Yo lo que le digo es “mirá, vos sabés todas la capacidades que tenés... Yo lo que no quiero es que esto sea un impedimento para otras cosas. Mirá, ¿vos querés ser médico, Tomi? Bueno, apuntá a eso y el certificado pensalo como un medio para hacer más fácil ese objetivo, nada más. Y también, bueno, para viajar gratis, para poder ir de vacaciones, para un montón de cosas que hay que aprovechar”. Lo vamos trabajando así lo del certificado...²⁴ (Trabajadora social que interviene en el Departamento de Hospital de Día, 18/03/2020)

De lo que pude reconstruir en los sucesivos encuentros, Tomás es un adolescente, en ese entonces de 17 años, que vive con su madre y hermanos/as en el barrio de Bajo Flores. Son seis hermanos/as, cuatro mayores y una menor que él. El papá está desentendido de las tareas de cuidado y con la madre tienen una relación altamente conflictiva. El acompañamiento del tratamiento de Tomás lo realiza, por lo general, una de sus hermanas mayores.

Tomás empezó en el hospital con una internación, a raíz de distintos “episodios heteroagresivos”, y luego fue derivado al Hospital de Día. Tiene un diagnóstico de esquizofrenia y entre las medicaciones que toma se encuentra la Clozapina, la cual es particularmente cara y difícil de conseguir por fuera del Tobar García. Su situación socioeconómica, citando a la trabajadora social, “es sumamente precaria”. Su mejoría en el hospital fue notable y se consolidó en un espacio de pertenencia para él (se puso de novio e hizo amigos/as con otros adolescentes). Dice tener un interés particular por los fármacos y la

²³ Por razones de confidencialidad, el nombre fue modificado.

²⁴ Dado que esta conversación no fue grabada, lo que se cita es una reconstrucción que hice a partir de los registros escritos que tomé en el momento y de los registros de campo de ese día, que intenta acercarse lo más posible a la textualidad de dicha conversación.

medicina, y considera la posibilidad de estudiar alguna profesión vinculada a esta disciplina.

Hablando sobre las causas de la certificación, en una ocasión posterior a la conversación citada, la trabajadora social me explicó que en el caso de Tomás debían apurarse con el trámite dado que en pocos meses cumpliría dieciocho años y, si no contaban con el CUD para ese momento, se perdería obtener la Asignación Universal por Hijo con Discapacidad.²⁵ Si bien esa era la razón principal, me explicó, también lo tramitaban pensando en facilitar su futura externación. Es decir, lo tramitaban tanto por la facilidad que el CUD podría habilitar al momento de pensar la derivación en otra institución como por los ingresos económicos que percibirían Tomás y su familia.

El CUD es pensado, así, como un “medio para ser más fácil” “objetivos”. Objetivos que, como me dijo una psicóloga del Hospital de Día, forman parte de un “proyecto de vida” posible.

Que la novia de Tomás, quien también era paciente del hospital, según me explicó la trabajadora social, ya tuviera un CUD, fue un factor importante para que él no mostrara reticencias y lo pudiera pensar como un facilitador. Sin embargo, el miedo de la profesional a que el certificado pudiera, al contrario, limitarlo, “Yo lo que no quiero es que esto sea un impedimento para otras cosas”, da cuenta del peso que tienen los estigmas de la discapacidad y el proceso de estigmatización que el certificado puede habilitar si no *se trabaja* adecuadamente.

Luego de la conversación citada, ese mismo día, la trabajadora social me invita a presenciar una llamada telefónica. Me explica que debe hablar con el padre de una adolescente que asiste al Hospital de Día para comentarle por primera vez que estaban pensando, con el equipo tratante, la posibilidad de tramitar el certificado de discapacidad. Me cuenta que se trata de una adolescente que presentó “situación de autolesiones” en el pasado, y a la que actualmente le cuesta mucho “socializar”. También me comenta que este tipo de conversaciones sobre el CUD las suelen tener de manera presencial, pero haría una excepción y lo hablaría por teléfono. Me explicó que el padre vivía lejos del hospital y que no quería “citarlo” de manera presencial por los recaudos epidemiológicos (en ese entonces ya se estaban tomando ciertos cuidados por el COVID-19; el ASPO se decretaría, de hecho, dos días después). La invitación a presenciar el llamado solo incluía escuchar lo que la trabajadora social le decía al padre, por lo que el registro de la conversación abarca únicamente su voz.²⁶

Durante la conversación, ella estaba pendiente de mi presencia, mirándome de manera cómplice cuando aparecían cuestiones que habíamos hablado antes. Por ejemplo, su planteo de que el certificado, en realidad, lo piensan desde la accesibilidad y no desde la discapacidad, o el miedo de las familias a la estigmatización:

–Trabajadora Social: Estábamos hablando con el equipo el tema del certificado de discapacidad, no sé si vos tenés idea qué es...

²⁵ Además de ser aproximadamente el doble del monto económico que se percibe por la Asignación Universal por Hijo, que ya tenía, se sostiene con la mayoría de edad. De lo contrario, la asignación deja de cobrarse al cumplir los 18 años.

²⁶ Dado que esta conversación no fue grabada, lo que se va a citar es una reconstrucción que hice a partir de los registros escritos que tomé en el momento y de los registros de campo de ese día, que intentan acercarse lo más posible a la textualidad de dicha conversación.

–Padre: ...

–Trabajadora Social: No, para cobrar es la pensión, es otra cosa. El certificado de discapacidad es un certificado, en este caso, de que tu hija está realizando un tratamiento. Y te va a ayudar el día de mañana...

–Padre: ...

–Trabajadora Social: Nosotros estamos pensando en cuando tu hija ya no esté en el hospital. Y tener el certificado le va a facilitar un montón acceder a tratamientos y a medicación. Ella toma Clozapina, que es una medicación carísima, es muy difícil de conseguir, y necesitás que se haga controles periódicos de sangre...

–Padre: ...

–Trabajadora Social: Claro, vamos a trabajarla con ella, sabemos que es muy sensible. Entonces, dada esta situación... no porque tu hija tenga algún tipo de discapacidad... no tiene que ver con su capacidad cognitiva. Sino con el tema del tratamiento que está haciendo. No es una medicación que hoy en día, por cómo está el país... las obras sociales... sea fácil conseguir. Entonces, nosotros pensamos que el certificado de discapacidad es lo que la va a ayudar, a vos, a ella, a acceder al sistema de salud. Aparte tenés otros beneficios como el pase, con el que viajás gratis ya sea a la escuela, a los hospitales, o adónde sea. Pero especialmente lo pensamos para el acceso a los tratamientos cuando tu hija no esté en el Tobar...

–Padre: ...

–Trabajadora Social: Mirá, ya cuando vemos que los pacientes necesitan de Clozapina sabemos que les va a costar un montón conseguirla afuera de este hospital. Yo te digo para que lo pienses... si querés hablar con otras mamás cuál es su experiencia... Vos me dijiste que conocés gente que tiene el certificado.

–Padre: ...

–Trabajadora Social: Sí, claro que todo esto lo vamos a trabajar también con ella... para que entienda bien lo que es... Sin el certificado le va a ser todo más difícil, o al menos es como uno lo ve. Y vamos a trabajarla para que a ella esto no le genere algo contraproducente y... ver qué piensa.

–Padre: ...

–Trabajadora Social: Claro, para tener el certificado tenés que presentar un diagnóstico sí o sí. Pero muchas veces los certificados dicen diagnósticos que no tienen que ver con lo que la persona es o no, sino que son para el trámite... (Trabajadora social que interviene en el Departamento de Hospital de Día, 18/03/2020)

En esta conversación puede verse de qué manera abordan la certificación de discapacidad con las familias, haciendo énfasis en que portar el certificado mejorará el *pronóstico* de su hija cuando tenga que irse del hospital. En este caso, porque les va a "ayudar" a "acceder a tratamientos y medicación".

Es importante remarcar que, a diferencia del caso de Tomás, en el cual la tramitación del CUD tenía una justificación central en el presente, en el sentido de que si no lo tramitaban perderían la posibilidad de conseguir la Asignación Universal por Hijo con Discapacidad, en este caso, la certificación de discapacidad está pensada enteramente como un facilitador de cara al futuro (para su externación).

También puede percibirse el miedo de este padre –que, de acuerdo con los/las profesionales es compartido por muchas familias– a la posible estigmatización que el certificado de discapacidad pueda traer, y a las consecuencias en una hija que "es muy sensible". Por eso, como se puede leer a lo largo de la cita, la trabajadora social hace énfasis en el carácter instrumental del certificado por sobre el descriptivo.

La estigmatización que el certificado puede habilitar está dada por los sentidos o “connotaciones negativas” que rodean a la discapacidad. Al respecto, una de las psiquiatras de Consultorios Externos con la que mantuve encuentros recurrentes me planteó que en la certificación de discapacidad “se pondera la funcionalidad o disfuncionalidad” que tiene el/la niño/a o adolescente en las “actividades de la vida diaria”. También me planteó que el certificado “puede estigmatizar” por los diagnósticos en salud mental, que deben ser escritos en “terminología psiquiátrica” como “Trastornos”. En el diálogo citado con anterioridad, la trabajadora social concluye la conversación sobre la temática resaltando algo similar.

Cuestionar que el certificado tenga una razón descriptiva de la condición del niño/a o adolescente es una estrategia clave en la práctica profesional. Lo mismo vale para los diagnósticos presentes en él: “no tiene que ver con lo que la persona es o no”, sino que “son para el trámite”.

Muchas veces, como se ve en la cita anterior, los/las profesionales adoptan la estrategia de sugerirles a las familias que compartan sus experiencias en torno a tramitar el CUD con otras que también lo gestionaron. Cuando se conversa en grupos de familias, de hecho, “se abre” a que esta “socialización de experiencias” se realice en dicho espacio. Algo similar ocurre cuando “se trabaja” con los/las adolescentes, como vimos en el caso de Tomás al resaltar la importancia de que su novia ya contara con el certificado y él conociera su experiencia.

Por último, al menos cuando los/las hijos/as son adolescentes, se resalta a las familias que es un tema que van a trabajar con los pacientes para que no les sea “contraproducente”. Es decir, para que puedan hacer uso del CUD sin que les afecten, negativamente, los estigmas sociales que rodean a la discapacidad y a los diagnósticos que contiene.

Es importante resaltar esta faceta del “trabajo con el certificado de discapacidad” junto con “familias y pacientes” que llevan adelante los/las profesionales del hospital Tobar García, referida a la tensión entre los estigmas sociales de la discapacidad y la accesibilidad a derechos que conjuga el CUD. Me refiero a la labor que realizan al poner en cuestión, a través de distintas estrategias, las trayectorias *tipificadas* (Hall, 2011) a las que se asocia una persona identificada con la categoría de una *discapacidad mental*. O, en otras palabras, su intento por matizar las “connotaciones negativas” que conforman el *mito* de esta política pública: el *plan de acción* que prescribe (Shore, 2010) la certificación de discapacidad en los términos de un horizonte de posibilidades limitado.

Reflexiones finales

Tal como fue desarrollado, los/las profesionales utilizan la certificación de discapacidad para dar una respuesta a la falta de accesibilidad estructural del sistema de salud, agravada por los escasos recursos económicos de la población a la que atienden. Esto lleva a pensar de qué manera la pobreza discapacita (Barnes, 2010) y las implicancias de utilizar el certificado de discapacidad para dar una respuesta, desde la gestión estatal, a diversas problemáticas.

En la práctica, el CUD se convierte en una herramienta de accesibilidad, diferencial, para hacer valer derechos universales. Esta vía diferencial (Sempertegui, 2013) para quedar incluido socialmente y no terminar en una situación de

exclusión (Castel, 2014) iatrogénica muchas veces se convierte en la única posible.

Saldar las barreras discapacitantes (Oliver, 1998) que impiden una derivación efectiva por fuera del Tobar García, a través del CUD, lleva a que los/las profesionales pongan el foco en dichas barreras al especificar que este documento debe ser usado, y entendido, solo como un instrumento de accesibilidad. Sin embargo, la certificación de discapacidad reduce en dicho proceso burocrático las numerosas problemáticas sociales (tanto del sistema de salud como de la población usuaria) a la individualidad del niño, niña o adolescente. Así, las complejas problemáticas socioeconómicas que llevan a recurrir al CUD quedan simplificadas y nominadas en la descripción personal de una *discapacidad mental*.

En este sentido, analicé distintas formas en que la certificación de discapacidad es encarada por los/las profesionales como "un apoyo" para múltiples facetas de la vida social, que "facilitará" a los/las niños/as, adolescentes y familias lograr los "objetivos" o el "proyecto de vida" que se propongan. Para esto deben cuestionar, *trabajando* a través de distintas formas de conversación, el carácter descriptivo que tiene el certificado sobre las capacidades, presentes y futuras, de los/las niños/as y adolescentes.

En suma, el CUD es utilizado como una herramienta de accesibilidad por los/las profesionales en el marco de estrategias que privilegian su valor instrumental por sobre su carácter descriptivo y/o sus representaciones estigmatizantes (Hall, 2011). De esta forma, la certificación de discapacidad es utilizada como una política de reducción de riesgos (O'Malley, 2007) en la que los/las profesionales buscan "mejorar el *pronóstico*" de los/las niños, niñas, y adolescentes por fuera del Tobar García.

Queda abierto el interrogante, para futuras investigaciones, sobre las posibles repercusiones de esta forma de gestión estatal, entendiendo que la categorizaciones estatales contribuyen a la formación de subjetividades (Shore, 2010). Es decir, poder indagar sobre las identificaciones de los/las niños/as, adolescentes, y familiares, con la categoría de *discapacidad* implicada en la certificación (Brubaker y Cooper, 2001); y si esta es asumida, rechazada, disputada y/o apropiada con sentidos disímiles. En este sentido, considero relevante incorporar las experiencias y voces de los/las usuarios/as del CUD, y analizar, también, en qué situaciones los procesos de estigmatización en torno a la discapacidad les presentan, o no, aspectos negativos para su vida social.

Referencias bibliográficas

- » Acuña, C. y Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. 29^º *Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud*, 4(8). Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/filemgmt/files/leg-estigmatizacion-esp.pdf>
- » Almeida F., Castiel, L. y Ayres, R. (2009) Riesgo: concepto básico de la epidemiología. *Revista de Salud Colectiva*, 5(3), 323-344.
- » Asad, T. (2008). ¿Dónde están los márgenes del estado? *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 53-62.
- » Barber, N. (2015). *Experiencias de enfermedad y procesos de constitución de subjetividades* (tesis de doctorado). Universidad de Buenos Aires, Facultad de Filosofía y Letras, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- » Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad en niños, niñas y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En A. Barcala y C. Luciani (Comps.), *Salud Mental y Niñez en la Argentina: Legislaciones, políticas y prácticas* (pp. 75-106). Buenos Aires: Teseo.
- » Barnes, C. (2010). Discapacidad, política y pobreza en el contexto del “Mundo Mayoritario”. *Política y Sociedad*, 47(1), 11-25.
- » Belmartino, S. (2010). Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Salud colectiva*, 6, 329-353.
- » 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, 69-73.
- » Brubaker, R. y Cooper, F. (2001). Más allá de identidad. *Apuntes de Investigación del CECYP*, 5(7), 30-67.
- » Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista Internacional de Sociología*, 72(1), 15-24. doi: <https://doi.org/10.3989/ris.2013.03.18>
- » Cetrángolo, O. (2015). Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Revista de Economía Política de Buenos Aires*, 13, 145-183.
- » Das, V. y Poole, D. 2008, El Estado y sus márgenes. Etnografías comparadas. *Cuadernos de Antropología Social*, 27, 19-52.
- » Findling, L., Arruñada, M. y Klimovsky, E. (2002). Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4), 1077-1086.
- » Gagliolo, G. (2018). *Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública. Un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-Sida*. Buenos Aires: Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras (UBA).
- » Grinberg, J. (2014). El “trabajo con las familias”: como dispositivo de gobierno. *XI Congreso Argentino de Antropología Social*, Rosario.
- » Hall, S. (2011). El espectáculo del otro: El trabajo de la representación. En E. Restrepo, C. Walsh y V. Vich (Eds.), *Sin garantías: Trayectorias y problemáticas en estudios culturales* (pp. 337-482). Quito: Envión.

- » Hiernaux, D. (2007). Los imaginarios urbanos: de la teoría y los aterrizajes en los estudios urbanos. *Revista Eure*, 33(99), 17-30. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0250-71612007000200003>
- » INDEC. (2010) *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Argentina*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- » Levin. (2021). El certificado único de discapacidad en la argentina: historia de una política de discriminación positiva a la luz del análisis del sistema de salud. *Revista Pasajes*, 13, 1-19.
- » Margulies, S., Barber, N., Recoder, L. y Adaszko, A. (2003). Acceso al sistema público de salud. Un estudio antropológico en tres hospitales públicos de la ciudad de Buenos Aires. En S. Tiscornia (Coord.), *Cuadernos del Instituto de Estudios e Investigaciones*, N° 5 (pp. 10-92). Buenos Aires: Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires y Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires (Coedición).
- » Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton (Comp.), *Discapacidad y Sociedad* (pp. 34-58). España: Morata.
- » O'Malley, P. (2007). Experimentos en gobierno. Analíticas gubernamentales y conocimiento estratégico del riesgo. *Revista Argentina de Sociología*, 5(8), pp.151 a 171.
- » Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. La Plata: UNIPE Editorial Universitaria.
- » Rose, N., O'Malley, P. y Valverde, M. (2012). Gubernamentalidad. *Astrolabio*, 8, 113-152. doi: <https://doi.org/10.55441/1668.7515.n8.2042>
- » Santillán, L. (2012). *Quiénes educan a los chicos. Infancia, trayectorias educativas y desigualdad*. Buenos Aires: Biblos.
- » Shore, C. (2010). La antropología y el estudio de la política pública: reflexiones sobre la "formulación" de las políticas. *Antípoda. Revista de antropología y arqueología*, 10, 21-49.
- » Sempertegui, M. (2013). El Saber convencional sobre la discapacidad y sus implicancias en las prácticas. En M. Almeida y M. Angelino (Comps.), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 133-145). Entre Ríos: Facultad de Trabajo Social (UNER).
- » Testa, D. y Ramacciotti, K. (2014). La niñez "anormal". Discurso médico sobre la infancia, 1900-1950. *Revista Inclusiones*, 1, 226-248.
- » Trouillot, M. (2001). La antropología del Estado en la era de la globalización: Encuentros cercanos de tipo engañoso. *Current Anthropology*, 4(1), 137-139.
- » Wenreck, C. (2005). *Manual sobre Desarrollo Inclusivo para los Medios y Profesionales de la Comunicación*. Río de Janeiro: WVA Editora.

Financiamiento

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Beca Doctoral. Argentina.

Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica (ICA, FFyL, UBA, 2018-2021). FONCyT. Proyecto de Investigación Científica y Tecnológica (PICT-2017). Extensión hasta marzo del año 2023. Temas Abiertos. Equipo de trabajo (A): "Experiencias formativas y responsabilidades respecto a la educación y el cuidado infantil. Obligaciones y prácticas sociales de y en torno a los niños y las niñas en las redefiniciones sobre lo público y lo privado".

Biografía

Axel Levin es profesor y licenciado en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA). Es magíster en Antropología Social (FFyL-UBA), y doctorando en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA) con el apoyo de una beca doctoral del CONICET.