



12° CONGRESO ARGENTINO DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL

La Plata, junio y septiembre de 2021

GT 18: Antropología de las intervenciones estatales y judiciales en el campo de la infancia, la familia y el parentesco: burocracias, derechos y activismo

La población infantil burocratizada: el Certificado Único de Discapacidad como política pública

Axel Levin. Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina (IICSAL) – FLACSO/CONICET. axellevin4@gmail.com

Resumen

La investigación se desarrolla en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, monovalente en salud mental, y tiene como objetivo analizar la gestión estatal de problemáticas de niñas, niños, y adolescentes, junto al lugar que tiene la certificación de discapacidad en dicha gestión.

El estudio tiene en cuenta el contexto de pandemia y sus repercusiones, dado que se está desarrollando en la actualidad. A nivel metodológico, toma un carácter etnográfico aunque de momento se vuelca en la realización de entrevistas frente a la imposibilidad de realizar una observación participante.

Abordaré la importancia de analizar cómo las estrategias de los trabajadores están atravesadas por procesos de cambio en la manera de entender a la salud mental, a la discapacidad, y a la protección de derechos de niñas, niños, y adolescentes.

Introduciré, así, los análisis preliminares de un estudio centrado en las prácticas que utilizan a la certificación de discapacidad como recurso clave para hacer frente a las barreras que presenta el sistema de salud en el acceso a la atención. En este sentido, profundizaré analíticamente las múltiples tensiones implicadas en los

procesos de derivación de niños, niñas, y adolescentes con problemáticas agudas en salud mental.

Palabras clave: *certificación de discapacidad; salud mental; estrategias profesionales; derechos infanto-juveniles.*

Introducción

Mi investigación actual se desarrolla en el hospital Carolina Tobar García, y tiene como objetivo analizar la gestión estatal de problemáticas infanto-juveniles asociadas a salud mental, y el lugar que tiene el Certificado Único de Discapacidad en dicha gestión.

Para la construcción de este problema de estudio resulta fundamental contemplar tres procesos históricos, todavía en curso, con múltiples tensiones específicas. Estas se entrelazan en torno a la particularidad de mi referente empírico, un hospital monovalente-psiquiátrico, y en mi interés de analizar la gestión estatal de problemáticas vinculadas a la salud mental infanto-juvenil. En concreto, me refiero a tres procesos de históricos, con sus respectivos hitos legales, cambios de concepción, y debates asociados: el primero referido a la discapacidad, el segundo a la salud mental, y el tercero al cuidado de las infancias.

El primer proceso consiste en el cambio de un modelo médico en el entendimiento de la discapacidad, pensada como una disfunción psíquica-corporal del individuo a rehabilitar, a un modelo social, centrado en las barreras discapacitantes que la sociedad impone a ciertas personas restringiendo su participación ciudadana (Oliver, 1998). Este nuevo paradigma tiene como hitos internacionales la aprobación del manual denominado Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), basado en un enfoque bio-psio-social, por parte de la Organización Mundial de la Salud en el año 2001; y la aprobación de la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad por parte de la Organización de Naciones Unidas en el año 2006, con un enfoque relacional y de los derechos humanos (Ferrante, 2015). Este viraje tiene como móvil la lucha de diversos movimientos y organizaciones de

personas con discapacidad desde la década de 1960 hasta el presente, en vínculo con la producción crítica de las ciencias sociales que inauguran los denominados *disability studies* en las décadas de 1980 y 1990. Estos hitos internacionales tienen diversas incidencias políticas en nuestro país, tanto en la manera de entender a la discapacidad como de relacionarse institucionalmente y certificarla¹.

El segundo proceso tiene como hito nacional la aprobación de la nueva Ley de Salud Mental en el año 2010, número 26.657, que cristaliza múltiples discusiones sobre la manera de entender y tratar a las problemáticas de salud mental de la población. La misma postula un paradigma de salud mental socio-comunitaria, interdisciplinaria, y descentralizada, que pone un horizonte legal a la existencia de los monovalentes, a la par que pretende terminar con “prácticas manicomiales” iatrogénicas y hasta de vulneración de derechos humanos, por lo general asociados a la internación psiquiátrica (Barcala, 2015). Esta ley promueve un entendimiento de las problemáticas de salud mental desde una casuística multifactorial del *padecimiento* (que incluye el entorno familiar, ambiental, y sociocultural); en contraste con un entendimiento individualizante y biologicista de las problemáticas entendidas como *trastornos mentales* (Cáceres, 2017).

El tercero está referido al cambio de un paradigma tutelar a uno de protección de derechos, con múltiples transformaciones políticas e institucionales, del cuidado estatal hacia las infancias. Tiene como hitos la aprobación de la Convención Internacional de los Derechos del Niño por parte de la Organización de Naciones Unidas, en el año 1989, y la creación en el país de una red de instituciones estatales-administrativas destinadas al cuidado y protección de los derechos de la población infanto-juvenil². Este proceso histórico construye una concepción que busca desjudicializar las problemáticas infanto-juveniles, buscando, al menos en una primer instancia, estrategias desde el ámbito estatal-administrativo para el fortalecimiento del grupo familiar (Barna, 2014).

¹ Por razones de extensión este punto será desarrollado en futuros trabajos. En cuanto a los cambios específicos en torno a la certificación, remito a estudios publicados en base a mi investigación de licenciatura (Levin, 2019).

² Las Defensorías y Servicios Zonales de protección de los niños, niñas, y adolescentes, creadas a partir de la ley nacional N°26.061 aprobada en el año 2005.

Estos tres debates y procesos de cambio de paradigma, referidos a la discapacidad, a la salud mental, y al cuidado de las infancias, forman parte de la construcción de mi problema de investigación. Precisamente, muchas de las prácticas y representaciones tanto de los trabajadores del Tobar García como de los usuarios del hospital (niño/as, adolescentes, y sus respectivas familias) están atravesadas y dialogan con dichos procesos y debates.

Contextualización y aspectos metodológicos

Hecha la introducción anterior, me resulta importante explicitar que yo trabajé hasta finalizar el mes de marzo del 2020 (durante casi un año) en el hospital, debiendo renunciar al cargo de planta que poseía por aplicar a una beca doctoral del CONICET. Si bien mi investigación no está centrada ni en el Departamento ni el Servicio del hospital donde trabajaba, ni donde intervenía³, este precedente laboral es fundamental para entender mi acercamiento al campo. A su vez, me apropio de esta situación como una estrategia de apertura del mismo.

Es de relevancia contextualizar que dentro del sistema de salud el Tobar García ocupa un lugar de destacado, ya que es el único hospital especializado en salud mental infanto-juvenil del país. Se trata, de hecho, de un hospital público de tercera complejidad, monovalente en neuropsiquiatría, de referencia para toda la región latinoamericana dada la escases continental de instituciones con este grado de especialización clínica y etaria⁴. Se encuentra ubicado en el barrio de Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sobre la calle Ramón Carrillo⁵, al lado del Hospital Borda⁶.

³ Trabajé en un equipo nuevo, compuesto por tres Técnicos en Tiempo Libre y Recreación, que pertenece en el organigrama al Servicio de Terapia Ocupacional del Departamento de Rehabilitación Psico-social del hospital. Las intervenciones las realizábamos en las tres salas de Internación del hospital.

⁴ El Tobar García inaugura en 1968 y es el primer hospital especializado en psiquiatría infantil de Latinoamérica. El lema de ser “el único hospital psiquiátrico infantil de Latinoamérica” se convirtió en un mito fundador que muchos profesionales repiten con orgullo hasta en la actualidad.

⁵ Ramón Carrillo fue el ministro de salud de Juan Domingo Perón (1946-1955), y tuvo una relevancia central para el desarrollo del sistema de salud público nacional. Que el hospital se encuentre sobre esta calle, junto a otros como el Borda, el Moyano, o el Rawson, forma parte de su relevancia histórica y geopolítica.

⁶ El hospital Borda, el Moyano, y el Alvear, son junto al Tobar García los cuatro monovalentes en salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El Tobar García es el único que atiende, íntegramente, a población infanto-juvenil hasta la mayoría de edad fijada a los 18 años.

Dado que la investigación la empecé prácticamente en coincidencia con el comienzo del ASPO⁷ a raíz de la pandemia por COVID-19, hasta el momento mi trabajo de campo se centró en la realización de entrevistas a trabajadores del hospital. Cuento con alrededor de cuarenta entrevistas realizadas y desgrabadas, sumados a algunos registros presenciales previos a la pandemia. Logré entrevistar a trabajadores pertenecientes a los cinco Departamentos centrales⁸ del hospital. También a trabajadores de los Servicios Complementarios⁹ y residentes. 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 él¹⁰.

Las entrevistas fueron realizadas mediante videollamadas. En su mayoría son entrevistas de primera vez, pero hay algunos informantes claves con los que mantuve encuentros periódicos. En la actualidad, este es el camino por el que estoy avanzando, como una manera de sostener y profundizar el vínculo con ellos, pero también para registrar aspectos de su trabajo cotidiano de los que difícilmente darían cuenta en una primera y única entrevista. Lejos de pretender remplazar una metodología de observación participante que hasta ahora se encuentra imposibilitada, de esta forma pretendo indagar sobre lo que los sujetos “dicen que hacen”, más allá de lo que efectivamente hagan. Teniendo presente esta diferencia conceptual (Lahire, 2006), los discursos sobre su labor cotidiana tienen el valor de condensar un conjunto de prácticas y sentidos naturalizados que son puestos en tensión, por ellos mismos, al tener que explicarlos a un investigador que no puede conocer el campo de manera directa.

Avances de la investigación

Los chicos se “atoran en el sistema”

El subtítulo elegido en esta sección es una expresión utilizada por una de las profesionales para sintetizar el principal problema al que deben enfrentarse como

⁷ Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio.

⁸ Departamento de Internación, Departamento de Consultorios Externos, Departamento de Hospital de Día, Departamento de Servicio Social, Departamento de Rehabilitación psico-social.

⁹ Psicopedagogía, Fonoaudiología, Pediatría, Neurología.

¹⁰ Psicología, psiquiatría, trabajo social, psicopedagogía, fonoaudiología, musicoterapia, terapia ocupacional, educación física, recreación.

trabajadores de un hospital especializado en salud mental infanto-juvenil: la dificultad por conseguir una derivación externa efectiva.

Este es un tópico nodal que genera la necesidad de elaborar estrategias de intervención interdisciplinaria desde el momento de ingreso de los niños y adolescentes al hospital, en pos de *el alta*¹¹ hacia otros efectores. La derivación hacia fuera del hospital, como se verá, no está determinada por criterios clínicos. Es decir, si bien el criterio clínico es una condición de base para pensar la derivación de pacientes, la concreción de *el alta* se da cuando los profesionales consiguen las condiciones mínimas que ponderan necesarias para que el niño o adolescente lleve adelante un tratamiento efectivo por fuera de la institución. Un tratamiento efectivo equivaldría a una mejora progresiva de las problemáticas de dichos pacientes hasta que no sea necesario que continúen con el mismo, en el mejor de los casos, y en otros el sostenimiento de los tratamientos mínimos que el paciente precise. En ambas situaciones, lo que se busca es generar condiciones que minimicen lo más posible el riesgo de un re-agravamiento de las problemáticas de los pacientes que lleve a un re-ingreso en el hospital o, cuando ya cumplan dieciocho años, en los monovalentes de salud mental para adultos. Es decir, que no queden “atorados en el sistema”, dependiendo crónicamente de instituciones de salud mental agudas. Esta situación pone el eje en la falta de recursos estructurales y el proceso de implementación, parcial, de la nueva ley de salud mental:

Cuando digo que los chicos se atorán en el sistema me refiero a que se quedan en el Tobar y no los podés derivar. A ver, hay una nueva ley de salud mental. Todo esto debería fluir. O sea, si realmente no quieren que los chicos estén estigmatizados... Yo tengo pacientes del Tobar que durante la pandemia preferían hacer videollamadas. Por ejemplo, un pibe adolescente que no le gusta venir al hospital. ¿Por qué? Porque él sabe que está yendo a un neuropsiquiátrico, y piensa que es distinto a los demás chicos que vienen (...).

Psiquiatra del Departamento de Consultorios Externos, 10/12/2020

¹¹ Los términos nativos serán puestos en *itálica* para destacarlos y enfatizar su potencial analítico.

En un nivel analítico macro-estructural podemos entender esta problemática desde las falencias del sistema de salud en general, y específicamente de la red de instituciones públicas que atienden a la salud mental infanto-juvenil. Esto se relaciona, a su vez, con las características socio-económicas de la población que atiende el Tobar García, signada por la falta de recursos económicos para acceder al subsistema de salud privada, en su gran mayoría sin obra social y con residencia en el conurbano bonaerense. En este marco, la principal dificultad para lograr una derivación efectiva es encontrar instituciones que acepten admitir a un paciente del Tobar García, con el estigma de ser los niños y adolescentes más graves en materia de salud mental existentes, que se encuentren cerca de sus zonas de residencia y tengan los recursos idóneos. Esto es, de base, un psicólogo y psiquiatra infanto-juvenil (siendo este último un recurso humano sumamente escaso, en particular por fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires), y la provisión de psico-fármacos necesarios¹².

Esta situación macro-estructural lleva a que los profesionales se planteen, en su labor cotidiana, una serie de estrategias en torno a las derivaciones. Las agruparé en dos ejes: las estrategias que buscan sostener los tratamientos en el hospital, y las que utilizan el Certificado Único de Discapacidad como herramienta para la externación.

En relación a las primeras, cuando los pacientes ya tienen *el alta* clínica pero esta no se puede efectivizar por fuera del hospital, los profesionales suelen intentar una derivación intrahospitalaria. Pero dada la falta de disponibilidad en los servicios, este tipo de derivación es sumamente disputada y está atravesada por múltiples tensiones:

Sí, mirá. Es muy difícil derivar a los pacientes, la verdad que sí. Y pasan mucho tiempo en el hospital, que no es la idea del hospital pero es imposible, en particular si son de provincia, derivar niños graves... Por ahí es más fácil derivar cuando cumplen dieciocho, que los toman en otros lugares, pero cuando tenés que derivar

¹² En muchas ocasiones, también, se le suma la necesidad de conseguir terapias complementarias, como terapia ocupacional, fonoaudiología o psicopedagogía; la asistencia a dispositivos especializados, como Hospitales de Día, Centros de Día, o Centros de Enseñanza Terapéuticos; y la obtención de psicofármacos particularmente caros y escasos, como la Clozapina.

a un nene más chico es difícil. Y también los padres no se quieren ir. Ya están instalados, ya conocen el hospital, ya conocen al equipo, acá hacen todas las terapias y les dan la medicación... Con muchos chicos, igual, se puede ir retirando la medicación e ir trabajando, pero con otros no, ¿viste? Y también hay una bajada para que sea en poco tiempo, que trabajemos la urgencia y después derivemos. Esa es la bajada. “Compensá al nene y después derivarlo”... pero no se derivan, no es tan fácil. Y sin tratamiento no los podés dejar. Cuando se van del Tobar te da la sensación de que quedan a la deriva, ¿viste?

Psicóloga del Departamento de Consultorios Externos, 02/09/2020

Esta “bajada” expresada en la directiva de que tienen que “compensar” a los pacientes y luego derivarlos, parte de una concepción, que genera polémica entre los profesionales, sobre que el *perfil* del hospital y sus servicios debe estar definido por la atención de las problemáticas más acuciantes en salud mental infanto-juvenil. De esta forma, se optimizarían los recursos del sistema de salud, destinando los del Tobar García al trabajo con las situaciones de mayor urgencia, para luego derivar a otras instituciones de menor especialización que puedan trabajar con los pacientes “ya compensados”. Preferentemente, cerca de sus zonas de residencia como marca la nueva ley de salud mental.

En un contexto de creciente escases de disponibilidad de terapias en salud mental infanto-juvenil, esto lleva a múltiples tensiones y contradicciones en torno a la derivación. Me refiero a la combinación de una creciente demanda de nuevos ingresos, y las presiones por externar a los que llevan un tiempo de tratamiento, junto a la ética profesional de no dejar a los pacientes “a la deriva”. En otras palabras, sin el conjunto de terapias, o la accesibilidad a la medicación, que el Tobar García posee. A su vez, los profesionales refieren que una derivación no efectiva, que es poco sustentable o no da respuesta a las necesidades del tratamiento, redundaría en un re-ingreso del paciente al hospital con un agravamiento de sus problemáticas. Tal como dijo una de las profesionales, así, los chicos y adolescentes se “atoran en el sistema”, no por un problema suyo, sino por los obstáculos de accesibilidad que el sistema de salud presenta.

Esto lleva a que muchos profesionales se pregunten sobre el sentido de sus prácticas, cuestionando la manera actual de organizar la gestión estatal de las

problemáticas infanto-juveniles asociadas a salud mental. Aunque sea con los recursos que actualmente se tienen, dado que no pareciera haber una inversión profunda en el sector a corto plazo que complete la implementación de la nueva ley de salud mental. Los debates en torno *al perfil* de la institución y sus servicios, es decir a qué población atender, con qué objetivos y bajo cuál modalidad de trabajo, conjugan estos cuestionamientos estructurales y las repercusiones en su labor cotidiana.

A su vez, estos debates se enmarcan en un proceso de posibles transformaciones del hospital a diez años de la aprobación de la nueva ley de salud mental. Esta ley, precisamente, pauta que para el año 2020 los hospitales monovalentes deberían ser reemplazados por la creación de una red de dispositivos intermedios de carácter socio-comunitario¹³. La nueva ley re-actualiza las discusiones entre distintas maneras de entender e intervenir sobre la salud mental infanto-juvenil, y su parcial implementación pone en evidencia la existencia de problemáticas estructurales aún sin resolver. El proceso de re-funcionalización del hospital que inaugura la prórroga del vencimiento del plazo que la nueva ley fijaba para el 2020, en efecto, profundiza estas tensiones, interrogantes, y cuestionamientos¹⁴.

En el contexto de la pandemia de COVID-19, por otra parte, las barreras para lograr la derivación de los pacientes se multiplicaron, dado que las admisiones de las instituciones se cerraron. Incluso cuando se empieza a flexibilizar la ASPO con la DISPO¹⁵, los lugares que re-abren la admisión lo hacen de manera sumamente limitada. En este marco, ganan preponderancia mecanismos de derivación excepcionales como los que son por vía de oficio judicial, tratativas excepcionales desde la dirección del hospital con otras instituciones, o a través de cartas a las Direcciones de Salud Mental distritales¹⁶.

¹³ Como Centros de Día, Hospitales de Día, Casas de Medio Camino, o programas interministeriales.

¹⁴ Precisamente, este plazo vencía en el año 2020, cuando empecé mi trabajo de campo en el hospital. En la actualidad, existe un proyecto de re-funcionalización del mismo que el gobierno de la ciudad estima concretar para el año 2025. Por razones de extensión, en esta ponencia lo destaco como un elemento de análisis relevante, pero quedará para profundizar en futuros trabajos.

¹⁵ Distanciamiento Social Preventivo y Obligatorio.

¹⁶ Este es un tópico, las repercusiones de la pandemia de COVID-19, que por razones de extensión de la ponencia quedará para profundizar en futuros trabajos.

A la luz del desarrollo anterior, el análisis sobre los usos y sentidos dados por los profesionales al Certificado Único de Discapacidad cobra una relevancia central.

La certificación de discapacidad como “llave de accesibilidad”

Tal como se mencionó con anterioridad, el segundo grupo de estrategias para efectivizar las derivaciones son las referidas a los usos del Certificado Único de Discapacidad.

Principalmente, el Certificado Único de Discapacidad (CUD) habilita a que los niños y adolescentes puedan tener acceso, con el menor costo económico posible, a las prestaciones del subsistema de salud privado bajo la mediación de una obra social. La estrategia que se despliega para efectivizarla incluye por lo general, ya que los pacientes que cuentan con una obra social son la minoría, la tramitación del monotributo social. A través de este medio, las familias consiguen acceder a una obra social, la cual, al presentarle el certificado de discapacidad, debería brindarle sin costos adicionales todas las terapias y medicaciones que precisen¹⁷. Esta alternativa se vuelve, en muchas ocasiones, la única posible para lograr una derivación por fuera del Tobar García. En palabras de una de las profesionales

El certificado en el Tobar sirve para viajar gratis. Pero para la derivación... si vos no tenés el certificado de discapacidad, tenés muy pocas opciones... Nosotros lo que hacemos mucho, en el último tiempo, es empezar a trabajar con el monotributo social para que tengan una obra social. Actualmente se está pagando... creo que son mil cuatrocientos pesos del titular con un adherente, por eso es bastante accesible. Nosotros lo tramitamos para que tengan una obra social, que te brinda todo lo del plan médico obligatorio. Y los nenes al tener un certificado de discapacidad, les cubre, por ejemplo, un tratamiento en un Centro Educativo Terapéutico, que no lo podrían cubrir 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, que estamos hablando de una cuota de alrededor de cincuenta mil pesos. Ninguna familia puede...

Trabajadora Social de Hospital de Día, 06/08/2020

¹⁷ En otras ocasiones se opta por tramitar, con el apoyo del CUD, una Pensión no Contributiva por Invalidez que habilita a tener la cobertura de Incluir Salud.

En estas estrategias se ponen en tensión dos representaciones que conviven entre los profesionales al momento de llevarlas adelante: las referidas a que el certificado puede tener un carácter estigmatizante en torno a la discapacidad y a los diagnósticos en salud mental; y que el mismo puede ser utilizado exclusivamente como una herramienta de accesibilidad, indispensable para favorecer el *pronóstico* de los pacientes.

Por un lado, el certificado de discapacidad es utilizado por los profesionales como un medio para mejorar el *pronóstico* de los pacientes al permitirles acceder a toda una serie de beneficios. No solo se trata de lograr una derivación externa con la tramitación conjunta del monotributo social y el CUD, sino que esta sea efectiva al aumentar la probabilidad de que los tratamientos se sostengan, y disminuir las de una discontinuidad, o descompensación, que lo haga retornar al Tobar García. En efecto, el certificado de discapacidad no solo obliga a las obras sociales a brindarles los tratamientos sin costo adicional, por más que esta instancia tampoco esté exenta de múltiples dificultades y obstáculos¹⁸. 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 son sumamente significativos. También el CUD habilita la posibilidad de un acompañante terapéutico, que facilita las tareas de cuidado familiar, el ingreso a instituciones terapéuticas inexistentes o escasas en el subsistema-público¹⁹, y la garantía de una maestra integradora con alta frecuencia de acompañamiento en las instituciones educativas.

En suma, el CUD es utilizado como una herramienta de accesibilidad por los profesionales, en el marco de una estrategia que privilegia su valor instrumental por sobre las representaciones estigmatizantes del mismo (Goffman, 1963). Se trata de una política de reducción de riesgos (O'Malley, 2007; Rose, 2007), que busca mejorar el *pronóstico* de un futuro por fuera del Tobar García:

¹⁸ Este es un punto que por razones de extensión será abordado en futuros trabajos.

¹⁹ Centros Educativos Terapéuticos, Hospitales de Día, Centros de Día.

Hoy por hoy, hay escases de terapistas, hay escases de psiquiatras infanto-juveniles... Y bueno, alguna política, alguna estrategia, hay que armar para poder sostenerlos, porque la realidad nos supera. Este es el punto.

Hoy por hoy, por ejemplo, yo tengo pacientes que todavía no tienen certificado por distintos motivos, porque por ahí están en el Tobar y le brindan toda la atención, pero seguramente al tener que salir a otros espacios públicos, y tenga que acceder para que sus derechos no sean vulnerados a distintos servicios de salud, bueno, uno se los tramita. Siempre pensándolo como una herramienta para que el chico pueda tener lo que necesita. Pero con las dificultades que a veces se presenta en algunos casos, que es esto, que a veces los papás los limitan o le ponen un diagnóstico.

Psiquiatra del Departamento de Consultorios Externos, 09/09/2020

Sin embargo, como se introduce en la cita anterior, las representaciones estigmatizantes sobre la discapacidad y el certificado tienen un peso importante para los profesionales. Esto lleva a una reflexión crítica de sus prácticas, en la que se pone en juego la forma en que trabajan con los niños, adolescentes, y sus grupos familiares, el nombre del certificado y los diagnósticos allí escritos. En efecto, más allá del uso instrumental que quiera darse, se quiera o no, el certificado tiene indisociablemente un carácter descriptivo respecto a la condición del niño o adolescente. Se trata de un documento estatal que prescribe un *status* de la persona (Bourdieu, 1981), el de la discapacidad, con un trato de accesibilidad diferencial para un conjunto de instituciones y políticas. Pero también, como plantearon diversos profesionales, en el certificado quedan “fijados” los diagnósticos de salud mental con 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 (Werneck, 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 auto-exclusión que suelen acontecer en los grupos familiares y comunidades de usuarios (Acuña y Bolis, 2005).

La burocratización que implica utilizar el certificado de discapacidad como estrategia conlleva a que las familias se enfrenten a una terminología diagnóstica que muchas

veces los profesionales preferirían dársela a conocer de otra manera. Esto da cuenta, en la práctica, de las tensiones que implica la gubernamentalidad estatal de problemáticas infanto-juveniles basada en la racionalidad y legibilidad (Rose *et al*, 2012) del proceso de certificación de discapacidad.

A este respecto, un profesional planteaba:

Yo lo veo como un recurso que las familias tienen. Porque los pacientes que nosotros atendemos, a ver, no están solamente atravesados por la locura, están atravesados por la pobreza también. Y ese doble cruce es complejo... se agudizan muchas cuestiones en relación a la exclusión. (...) Una de las trampas es la medicación psiquiátrica. La medicación es muy cara, y si no la cubre la obra social, el sistema público... quizá te cubren una parte, el 70%... pero el 30 % que queda son tres mil pesos de medicación. Y acá hay algunas familias que le decís "tres mil pesos"... imposible, no pueden. En ese punto, el certificado, me parece que es un instrumento. Yo creo que se ha transformado ahora, al ser temporario, le da cierto margen sobre todo al paciente, para que no quede como una marca de dificultad. Digo, porque me parece que sino uno entra a pelearse con el instrumento. A favor, en contra... y se arman discusiones medio sin sentido. Porque también el certificado abre la posibilidad a acceder a circular socialmente. La cuestión es que eso no se transforme en una marca, y decir "bueno, el discapacitado", por ejemplo... Es difícil, sí, está armado desde una lógica asilar, totalmente discapacitante, ya presente en el nombre.

Psicólogo del Departamento de Hospital de Día, 28/07/2020

Tal como se puede ver en la cita, los profesionales utilizan la certificación de discapacidad como una respuesta a la falta de accesibilidad estructural en el sistema de salud, agravada por los escasos recursos económicos de la población que atienden. Esto lleva a pensar, tal como lo vienen planteando las ciencias sociales desde los [disability studies](#), de qué manera la pobreza discapacita (Collins, 2010) en este contexto. En la práctica, el certificado se convierte en una herramienta de accesibilidad, diferencial, para hacer valer derechos universales (a la salud, a la educación). Se trata de una política de discriminación positiva, que reduce las problemáticas sociales a la funcionalidad o disfuncionalidad de las características psíquico-corporales (Vallejos, 2013), en este caso, de los niños y adolescentes. Sin

embargo, 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, pero no en la deseable. En efecto, el potencial estigmatizante (Goffman, 1963) del certificado de discapacidad y de la fijación diagnóstica en la terminología de un trastorno mental (Barcala, 2015), lleva a tensionar las prácticas de los profesionales de múltiples maneras. Por un lado, en el trabajo con el grupo familiar y los adolescentes, respecto a la insignificancia de su carácter descriptivo, haciendo énfasis en su uso instrumental y en su temporalidad. Por otro lado, en una reflexión crítica por parte de los profesionales sobre la cantidad de recursos y organización del sistema de salud, que los obliga a mejorar el *pronóstico* de los pacientes por fuera del hospital, en muchos casos, mediante la certificación de una discapacidad.

Saldar las barreras discapacitantes (Oliver, 1998), que impiden una derivación efectiva por fuera del Tobar García, a través del Certificado Único de Discapacidad, lleva a que los profesionales pongan el foco en dichas barreras al especificar que el certificado debe ser usado, y entendido, solo como un instrumento de accesibilidad. Sin embargo, la certificación de discapacidad como única gestión estatal posible de determinadas problemáticas, implica reducir en dicho proceso burocrático las numerosas problemáticas sociales (tanto del sistema de salud como de la población usuaria) a la individualidad del niño o adolescente en cuestión.

Conclusión

A lo largo de esta ponencia, se analizó cómo los profesionales del Tobar García llevan adelante distintas estrategias para hacer frente a la falta de recursos del sistema de salud, con la escases particular de los existentes para la salud mental infanto-juvenil. Dichas estrategias están acompañadas de una reflexión crítica sobre el lugar del Tobar García como hospital monovalente, el cual se configura como el principal recurso sanitario del subsistema de salud pública para atender ciertas problemáticas de niños y adolescentes a nivel nacional. En este sentido, la discusión sobre la implementación parcial de la nueva ley de salud mental, en la medida que no se crearon los dispositivos intermedios necesarios para una descentralización

comunitaria de los recursos, entrelaza debates sobre la manera de concebir y tratar a la salud mental infanto-juvenil, con el de los *perfiles* que los servicios del Tobar García deben tomar en el contexto sanitario existente. Es decir, qué problemáticas infanto-juveniles priorizar en la atención, con qué modalidad, y durante cuánto tiempo.

En este sentido, se analizó la dificultad de llevar adelante una derivación efectiva de los pacientes del Tobar García como una de las principales problemáticas de la labor cotidiana de los profesionales. Vimos que se implementan diversas estrategias, como la derivación intrahospitalaria o la tramitación combinada del Certificado Único de Discapacidad con el monotributo social. Las mismas están orientadas por una ética profesional que busca mejorar el *pronóstico* de los niños y adolescentes para que los mismos no queden “atorados en el sistema”, re-tornando al hospital a través de una descompensación o re-agravamiento de sus problemáticas. Esta ética profesional entra en tensión por la alta demanda de pacientes, junto a las directivas de priorizar los casos más urgentes y agudos en un contexto de múltiples barreras para lograr una externación efectiva.

En este sentido, la organización estatal de recursos de atención de las problemáticas infanto-juveniles asociadas a la salud mental, en la actualidad, lleva a los profesionales del Tobar García a utilizar la certificación de discapacidad como una herramienta de accesibilidad.

En efecto, la necesidad de utilizar esta terminología y procedimiento burocrático, que implica la prescripción oficial de una *discapacidad* y de ciertos *trastornos mentales*, configura una determinada manera de gestionar y nominar estatalmente determinadas problemáticas de la población infanto-juvenil. Sin embargo, el móvil de fondo es la falta de recursos humanos y materiales en el sistema de salud, junto a una organización desigual de accesibilidad que se encuentra jerarquizada por los recursos económicos de la población (Cetrángolo, 2015).

Se avanzó en conceptualizar como *discapacitantes* a las barreras que presenta el sistema de salud, en la medida que deben ser sorteadas a través de una certificación de discapacidad, más allá de que los profesionales intenten re-significarla en tanto herramienta de accesibilidad.

Referencias Bibliográficas

- Acuña, C., & Bolis, M. (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. *París, Francia: 29º Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud*, 4(8).
- Barcala, A (2015). Salud Mental y niñez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Articulaciones y tensiones entre las políticas públicas y la legislación vigente. En: Barcala A y Luciani Conde L (Comp.) *Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Bs. As., Ed. Teseo.
- Barna, A. (2014). Clasificaciones y estimaciones en la gestión de la infancia “con derechos vulnerados”. Prácticas cotidianas de intervención en un dispositivo estatal del conurbano bonaerense. *Antropolítica Revista Contemporánea de Antropología*, (36).
- 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* No. 38, mayo, p.p. 69-73.
- Cáceres, C. M. [et al.] (2017). *Derechos humanos en salud: en el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental*. ADESAM.
- Castel, R. (2014). Los riesgos de exclusión social en un contexto de incertidumbre. *Revista internacional de sociología*, 72(Extra_1), 15-24.
- 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): 38.
- Colin, B. A. R. (2010). Discapacidad, política y pobreza en el contexto del “Mundo Mayoritario”. *Política y Sociedad*, 47(1), 11-25.
- Ferrante, C. (2015). Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado? *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, vol. 22, núm. 68, mayo-agosto, 2015, pp. 151-176 Universidad Autónoma del Estado de México Toluca, México.

- Goffman, E. (1963): *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires. Amorrortu.
- Lahire, B. (2006). Lógicas prácticas: el “hacer” y el “decir sobre el hacer”. *El espíritu sociológico*, 137-155.
- Levin, A (2019). ¿Qué determina la discapacidad en la infancia? La experiencia de la certificación estatal argentina. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, VOL. 13 N°1. PP. 109 – 131.
- Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En Barton L. (comp.) *Discapacidad y Sociedad*, Ediciones Morata, España.
- O'Malley, P. (2007). Experimentos en gobierno. Analíticas gubernamentales y conocimiento estratégico del riesgo. *Revista argentina de sociología*, 5(8).
- Rose, N., O'Malley, P., & Valverde, M. (2012). Gubernamentalidad. *Astrolabio*, (8).
- Rose, N. (2007). ¿La muerte de lo social? Re-configuración del territorio de gobierno. *Revista argentina de sociología*, 5(8), 111-150.
- Sempertegui, M. (2013). El Saber convencional sobre la discapacidad y sus implicancias en las prácticas. *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina*.
- Vallejos, I. (2013). Entre focalización y universalidad de las políticas en discapacidad: el enfoque de derechos. A. Angelino y ME Almeida (comp.) *Debates y perspectivas en torno a la Discapacidad en América Latina*, 201-209.
- Werneck, C. (2005). *Manual sobre Desarrollo Inclusivo para los Medios y Profesionales de la Comunicación*. Rio de Janeiro: WVA Editora.