

Título:

Discapacidad infantil: un estudio sobre la certificación estatal argentina.

Nombre y apellido: Axel Levin

Mesa 32: Desafíos en salud mental en América Latina. Procesos, políticas y prácticas en tensión.

Pertenencia institucional: Programa Discapacidad y Accesibilidad (SEUBE-FFyL-UBA)

Mail: axellevin4@gmail.com

Introducción

Este trabajo tuvo como objetivo analizar a través de qué métodos y criterios el Estado define y certifica la *discapacidad* en la infancia, en particular a los niño/as que presentan patologías en salud mental¹. Mi intención fue la de realizar un aporte al entendimiento de la *discapacidad* como una producción socio-política caracterizando el lugar que ocupa la certificación estatal.

El trabajo de campo de la presente investigación, cuyo enfoque fue etnográfico, se desarrolló durante el segundo semestre del 2016 (entre los meses de julio y diciembre) en el Centro Integral de Orientación y Evaluación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En cuanto a la metodología, fundamentalmente utilicé la observación participante en el espacio, en funcionamiento, de las distintas Juntas pediátricas (tuve una experiencia prolongada en tres Juntas disimiles), y la realización de entrevistas abiertas tanto a los profesionales a cargo como a las familias solicitantes. Incorporé, a su vez, el análisis de fuentes estadísticas. Quiero explicitar que dicho trabajo de campo se encuadró en el proyecto de realización de mi tesis de licenciatura, el cual actualmente estoy profundizando con la realización de mi doctorado en este tópico.

¹ Las patologías diagnosticadas con mayor recurrencia en niño/as solicitantes del certificado son: Trastorno General del Desarrollo (TGD), Trastorno de Déficit de Atención (TDA), Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno del Lenguaje, Trastorno de la Personalidad, Retraso Mental, Autismo.

La elección de centrar la investigación en la *discapacidad* infantil, haciendo énfasis en los niño/as que presentan patologías en salud mental, la tomo pensando en la importancia que tiene esta franja de la población en la *normativización* de la sociedad como tecnología de gobierno (Foucault, 1977b; Donzelot, 1977). El desarrollo de la psiquiatría como una institución que interviene en las distintas esferas de la sociedad durante el siglo XVIII, como por ejemplo en el ámbito penal o el educativo, establece parámetros legitimados por la objetividad del discurso médico-científico de la *normalidad* y *anormalidad* de los sujetos: cómo deben conducirse según ciertas normas prescriptas, asociadas a la salud y lo moralmente correcto (Foucault, 1976, 1977b). A su vez, este proceso de expansión de la psiquiatría y de su utilización como tecnología de gobierno de las poblaciones, está en línea con la creciente *medicalización* de las sociedades. Es decir, la categorización creciente de distintas problemáticas de la vida social en ámbito de definición e intervención del saber médico, como el diseño urbanístico, el saneamiento del agua, la alimentación, la higiene y la sexualidad (Foucault, 1976, 1977b). La infancia ocupa un lugar de relevancia significativa tanto por la centralidad de los hijos en las familias, como por la sujeción a disciplinas y a parámetros de *normalidad* pautados a través de las instituciones médicas y educativas por las que los niño/as transitan en su desarrollo (Foucault, 1977b; Donzelot, 1977).

Por otra parte, la agudización de la *medicalización* de la infancia en las últimas cuatro décadas, expresada en la creación y proliferación de diagnósticos de patologías mentales de toda una serie de conductas que con anterioridad se concebían como parte del desarrollo *normal* de los niño/as (Conrad y Schneider, 1985; Conrad, 2007; Vasen, 2007; Bianchi, 2009) plantea la discusión sobre el lugar que ocupa el Estado en estas redefiniciones sobre qué es lo *normalmente* esperable y cómo se categorizan a los sujetos. En este sentido, la determinación estatal de la *discapacidad* infantil cobra una importancia analítica central. En ella se conjugan múltiples nociones, como la de cuáles son los límites entre la *normalidad* y *anormalidad* de los niño/as, o entre lo *saludable* y lo *patológico*, que esta política pública adopta al mismo tiempo que instituye.

Sobre esta base, me resulta significativo puntualizar que estadísticamente en la Argentina la *discapacidad mental*, y en particular la infantil, es a nivel cuantitativo la que más relevancia tiene². Tomando las estadísticas del último anuario publicado del Servicio Nacional de

² Si bien utilizo las estadísticas del último anuario publicado por el Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) al momento de la realización de la investigación, los anuarios anteriores (2010-2015) presentan estadísticas similares, algo que es resaltado en el anuario en cuestión (2015). Estos anuarios reúnen la información estadística de múltiples aspectos de la población argentina portadora del Certificado Único de Discapacidad.

Rehabilitación (2015), se puede observar que la mayor proporción de certificados de *discapacidad* emitidos en el territorio nacional corresponde a *discapacidad mental*, en un índice del 40,17%, y que la mayor cantidad de certificados emitidos a razón de *discapacidad mental*, a diferencia de los demás tipos de *discapacidad*³, se encuentra comprendida en la franja etaria que va desde cero a diecinueve años de edad (con un pico máximo en las edades de cinco a nueve años). A nivel nacional, poniendo en relación los certificados emitidos por tipo de *discapacidad* y franja etaria, durante el año 2015 la mayor cantidad de certificados fueron emitidos a razón de *discapacidad mental* en menores de quince años, en una proporción del 55,45% sobre la totalidad. Es decir, la *discapacidad mental infantil* es la categoría, tanto en tipo de *discapacidad* como en franja etaria, correspondiente a la mayor proporción de certificados emitidos en la Argentina.

Esta investigación, a su vez, se enmarca en un proceso histórico, todavía en curso, de discusiones y cambios de paradigma sobre la manera de concebir a la *discapacidad*. O en otras palabras, sobre cómo se la define y certifica, determinando o no la ponderación de un sujeto como *discapacitado*. A nivel internacional, los principales hitos en los que se puede ver dicho proceso, al mismo tiempo que lo fomentan, son la aprobación por parte de la Organización Mundial de la Salud⁴ del manual denominado *Clasificación Internacional del Funcionamiento*⁵ en el año 2001 y la aprobación de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*⁶ por parte de la Organización de Naciones Unidas⁷ en el año 2006 (Ferrante, 2015). En estos documentos, dando parcialmente respuesta a las investigaciones académicas que planteaban un *modelo social* del fenómeno y a los reclamos de equidad de diversas organizaciones sociales (Oliver, 1998), se critica el pensamiento de que la *discapacidad* es un problema médico-individual producto de la tragedia azarosa y desafortunada de cargar con un déficit psíquico-orgánico. Por el contrario, el *modelo social* pone a discutir las barreras u obstáculos sociales, materiales y simbólicos, que *discapacitan* a las personas con ciertas

Para consultar la fuente de las estadísticas: <https://www.snr.gob.ar/datos-estadisticos/>

³ La *discapacidad* se categoriza en *discapacidad mental*, *discapacidad motora*, *discapacidad visceral*, *discapacidad*, *auditiva* y *discapacidad visual*.

⁴ De ahora en más, me referiré a la Organización de Mundial de la Salud como OMS

⁵ De ahora en más, me referiré a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento* (2001) como CIF.

⁶ De ahora en más, me referiré a la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (2006) como la Convención.

⁷ De ahora en más, me referiré a la Organización de Naciones Unidas como ONU.

características, analizándolas como mecanismos de opresión y segregación que impiden su plena participación en sociedad (Oliver, 1998).

A nivel nacional, adhiriendo a las directrices de estos organismos, en el año 2009 se crea el denominado *Sistema integral de protección a favor de las personas discapacitadas* (resolución 675 del Ministerio de Salud de la Nación) que adopta oficialmente a la *Clasificación Internacional del Funcionamiento* como manual guía de un nuevo *Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad*. Crea, también, las Juntas de evaluación interdisciplinarias⁸, y desplaza el funcionamiento de dichas Juntas del ámbito hospitalario. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la adaptación a estos cambios promovidos por el Estado Nacional se efectúa en el año 2014, con la creación del Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad. Sin embargo, diversos estudios instauran la pregunta sobre la existencia, en la práctica, de continuidades y rupturas con el antiguo modelo de certificación y concepción de la *discapacidad* (Ferrante y Ferreira, 2009, 2011; Ferreria y Rodríguez Díaz, 2010; Rosato y Angelino, 2009; Vallejos, 2012, 2013; Venturiello, 2017).

A los fines de tener presentes las estadísticas poblacionales de Argentina es importante indicar que la proporción de *discapacitados* con certificado es significativamente baja, lo que para diversos autores representa una expresión de marginalidad y restricción en sus derechos cívicos (Ferrante y Ferreira, 2009, 2011; Ferrante, 2007; Pantano, 2008, 2009). La estadística de referencia es la de la Primera Encuesta Nacional de Discapacidad⁹, que indica que el 81,8% de las personas con *discapacidad* no poseen el certificado. Dicho censo contabiliza un total de 2.176.123 personas con *discapacidad* en el país, lo que representa un 7,1 % de la población. Actualizando estos números con las últimas estadísticas realizadas, el censo del INDEC¹⁰ enfocado en la Población con Dificultad o Limitación Permanente (PDLP), realizado en el 2010, muestra que un total de 5.114.190 personas declara encontrarse en esa condición (con “prevalencia de dificultades o limitaciones permanentes”, reemplazando con esta nominación la categoría de *discapacitado*), lo que representa un 12,9% respecto a la población total del país. Este último censo, sin embargo, no especifica qué porcentaje de esta población cuenta con

⁸ De esta forma, las Juntas deberán estar conformadas por un médico, un psicólogo y un trabajador social (antes solo era obligatorio la presencia de un médico). El modelo del nuevo Certificado Único de Discapacidad aprobado con esta resolución, precisamente, está diseñado para que solo tenga validez mediante las firmas, en conjunto, de representantes de las tres profesiones.

⁹ Elaborada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina en el año 2002-2003.

¹⁰ Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina (INDEC). Para consultar la fuente de las estadísticas: http://www.indec.gov.ar/nivel4_default.asp?id_tema_1=4&id_tema_2=32&id_tema_3=70

certificado y cual no. Sin embargo, los anuarios estadísticos realizados por el Servicio Nacional de Rehabilitación desde el año 2009 hasta la actualidad, respecto a la cantidad de certificados de *discapacidad* contabilizados en el registro, marcan un crecimiento cada vez más elevado en la emisión del Certificado Único de Discapacidad¹¹, lo que plantea una particularidad de la Argentina de los últimos años¹².

Es fundamental remarcar la importancia de dimensionar que nos encontramos en un escenario novedoso, el cual merece una serie de investigaciones pertinentes, producto de los cambios recién mencionados. Me refiero a que ya no tenemos un país con bajos índices de certificación de *discapacidad*, como ocurría previo al año 2009 (Ferrante y Ferreira, 2009, 2011; Ferrante, 2007), sino que contamos ahora con uno en el cual los índices de certificación crecen de manera exponencial, en particular en la infancia.

Por esto mismo, en efecto, el análisis del CUD merece profundizarse desde su carácter dual: como una garantía estatal de derechos adquiridos, y como una política de demarcación *estigmatizante* (Venturiello, 2017).

Acerca de la investigación y su trabajo de campo

A nivel teórico-metodológico, el enfoque que elegí para llevar adelante la investigación es el etnográfico, el cual permite, por sus características de permanencia prolongada junto a los sujetos protagonistas de los procesos y acontecimientos sociales de análisis, y por la adopción de una mirada que toma al extrañamiento como punto de partida, destacar, desnaturalizar, y problematizar, las prácticas y representaciones que hacen al funcionamiento cotidiano de una determinada realidad social (Cerletti, 2013). Desde esta base, la experiencia de los sujetos en su vida cotidiana tiene el potencial analítico de estar inserto en procesos históricos, productos de un pasado que delinea germinalmente un futuro, de transformaciones socio-culturales amplias y complejas en desarrollo, no siendo meros reflejos de estos procesos sino constructores protagónicos de los mismos (Ezpeleta y Rockwell, 1983; Rockwell, 2009).

En cuanto al referente empírico, como ya explicité, elegí al Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Dicho organismo estatal tiene encargado la evaluación y certificación de los distintos tipos de *discapacidad* a través de Juntas especializadas e interdisciplinarias. A su vez, existe una diferenciación por franja

¹¹ De ahora en más, me referiré al Certificado Único de Discapacidad como CUD.

¹² Para consultar la fuente de las estadísticas: <https://www.snr.gob.ar/datos-estadisticos/>

etaria que distingue entre Juntas de adultos y Juntas pediátricas según la mayoría o la minoría de edad de la población solicitante, pautada a los dieciocho años. Las Juntas pediátricas tienen la característica de atender a chicos y adolescentes sin distinción, mientras que las Juntas de adultos están divididas según el tipo de *discapacidad* que presenta el demandante.

Dentro de esta institución el trabajo de campo se enfocó en las Juntas pediátricas, en particular en la instancia de evaluación de los niño/as, junto a sus familias, solicitantes del CUD a raíz de diversos diagnósticos (mi atención, sin excluir el resto, estuvo centrada en los que tenían patologías en salud mental¹³).

A continuación describiré lo más detalladamente posible, en el marco acotado de este artículo, cómo es el funcionamiento cotidiano del espacio, para sobre esta base avanzar con la reflexión analítica.

En una primer instancia, los profesionales buscan el sobre del próximo solicitante, corroborando su nombre en el orden registrado en una planilla (en la que figura el nombre y apellido del niño/a, la edad, la Obra Social si es que tiene, y la hora del turno) se abre y lee la documentación. La lectura de la misma, generalmente, dado el poco tiempo¹⁴ entre un solicitante y otro, es una lectura rápida y en silencio que busca encontrar los puntos más significativos para comentar en voz alta. A saber: la distinción de los diagnósticos y de las sintomatologías, la recurrencia de situaciones problemáticas, la escolaridad, si posee acompañante o no, el grado de independencia. En la mayoría de los casos el profesional que está frente a la computadora no participa de la lectura de los informes porque se encuentra terminando de pasar al sistema los datos del solicitante anterior. Sobre lo que se lee en voz alta se conversa, a veces se alcanza a ver toda la documentación y a veces no, comúnmente hasta que tocan la puerta preguntando si pueden pasar.

En una segunda instancia entra el niño/a con su familia o acompañante, saludan, se sientan en las sillas del otro lado del escritorio y se da comienzo a la entrevista. Lo más frecuente

¹³ La razón de este punto se encuentra en un supuesto personal sobre que existe una arbitrariedad mayor en la *discapacidad* certificada en base a patologías en salud mental (y en particular cuando se trata de diagnósticos de poca gravedad) comparado con otros tipos de *discapacidad*. Este supuesto con el que empecé la investigación se fue problematizando y matizando en el curso de la misma. Al finalizar mi experiencia de campo, tuve la certeza de que toda *discapacidad* es relativa, en particular las que se basan en problemáticas leves (más allá del tipo de *discapacidad*), pero que la *discapacidad mental*, por lo menos en niño/as, tiene la característica de generar una mayor controversia. Quizá este rubro, *discapacidad mental* en niño/as, tiene la potencialidad de poner más fácilmente en evidencia el carácter arbitrario de las definiciones.

¹⁴ En una gran cantidad de ocasiones el lapso entre un solicitante y otro es, aproximadamente, de cinco minutos o menos.

es que las preguntas las haga la médica, y la psicóloga o la trabajadora social tomen la palabra solo si hay algo en particular que les llama la atención. La entrevista tiene una parte de preguntas estadísticas, que a veces la hacen al principio y a veces al final, donde se relevan datos habitacional y del entorno en el que viven, como por ejemplo la cantidad de personas en el hogar y el número de ambientes, si tienen calles pavimentadas o transporte público cerca. Y una parte donde se interroga sobre la condición de salud del niño/a y su desempeño en la vida social, con la intencionalidad de registrar posibles *secuelas funcionales*¹⁵.

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

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

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

Dependiendo de la edad de los chico/as, de su condición, y del *estilo* de cada Junta¹⁶, las preguntas suelen estar dirigidas de manera alternada hacia los mismos niño/as y hacia los padres o acompañante, aunque en la mayoría de los casos están formuladas hacia éstos últimos. Cuando

¹⁵ Este es un término nativo que refiere al concepto, presente en el nuevo paradigma social de la *discapacidad* que difunde la Convención-ONU (2006) y la CIF-OMS (2001), de que la *discapacidad* no proviene del diagnóstico o de la condición biológica en sí misma, sino que proviene de la dificultad en el desempeño de ciertas actividades sociales a partir de una condición de salud en ciertos aspectos disfuncional. En este sentido, tomando las palabras de una de las pediatras presentes en mis notas de campo, se dice que son “las secuelas (de esta disfuncionalidad) en la vida cotidiana de los sujetos las que certifican discapacidad, no los diagnósticos” (psicóloga con cuatro años de experiencia en las Juntas).

¹⁶ En numerosas ocasiones escuché decir a distintos profesionales que cada Junta tiene su *estilo*, postulado que se sostiene en la experiencia de los psicólogos y trabajadores sociales que van rotando entre las Juntas y comparan la forma de trabajar, y de llevar adelante la entrevista, de los diferentes médicos. Más adelante desarrollaré en profundidad este punto.

es así, se habla sobre el niño/a con él presente, instaurando una modalidad de diálogo que lo excluye como interlocutor (refiriéndose a él en tercera persona e indagando en aspectos de su intimidad sin los reparos que en otro contexto implicaría que el sujeto a quien la conversación se refiere esté allí).

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

Esta instancia finaliza cuando las profesionales, comúnmente la pediatra, le dice a la familia que el certificado se lo otorgan en el día, indicándoles que esperen afuera si así lo quieren (también, si están apurados, pueden pasar a buscarlo en otro momento), y que se pueden acercar a los “box” de delante de COPIDIS¹⁷, con el certificado ya en mano, donde les van a informar sobre todos los beneficios que el CUD les habilita.

La tercer instancia, una vez que el niño/a con su familiar o acompañante se retira, consiste en la conversación de las profesionales sobre el caso, con el fin de ir llenando el Protocolo de Evaluación y Certificación de la *discapacidad* con las descripciones que deciden pertinentes. Por lo general la pediatra, protocolo en mano, va diciendo en voz alta los códigos que le parecen adecuados y los va anotando en la planilla, en la mayoría de los casos dando por sentado que las demás comparten su criterio. Este implícito está apoyado en el consenso alrededor de una cantidad de códigos que suelen usar la mayoría de las veces con ciertos diagnósticos o problemáticas. Es decir, descripciones cifradas que ya están naturalizadas en la rutina, elegidas cotidianamente frente a determinados casos. En algunas ocasiones, por ejemplo en las situaciones, o aspectos, más atípicos o ambiguos, la pediatra pregunta si determinado código les parece bien, o qué código se les ocurre que podrían poner en tal sección. Dado que para avalar la emisión del certificado deben cumplir con una determinada cantidad de *disfunciones* que lo justifiquen¹⁸, muchas veces tienen que pensar o buscar códigos que se correspondan a la

¹⁷ Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS).

¹⁸ Según la reglamentación interna, que suele estar pegada en la pared del lado del escritorio de las profesionales, para que el certificado esté confeccionado legítimamente debe cumplir con un mínimo de dieciocho descripciones de *secuelas funcionales* cifradas, y dependiendo el tipo de *discapacidad* las mismas deben estipularse en un grado de gravedad determinado (en *discapacidad mental*, por ejemplo, al menos la mitad de *secuelas funcionales* cifradas deben estipularse con un grado de gravedad significativo).

problemática del niño/a para llegar a esa cantidad. Esta situación complejiza la labor, principalmente en casos de poca gravedad.

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

Mi lugar como investigador, a lo largo de este proceso, está junto a las profesionales, sentado en una silla a su lado, con mi cuaderno de notas arriba del escritorio entre los informes y planillas. Para los solicitantes no sería atípico confundirme con un miembro más de la Junta interdisciplinaria, y por distintos indicios supongo que muchas veces es así como sucede. En la primera instancia participo de la lectura de la documentación, algo que fue ocurriendo cada vez más a medida que se consolidó la confianza con los profesionales por mi permanencia en el espacio. Participo de las conversaciones y preguntas sobre el niño/a que va a venir, del que solo se conoce, al momento, la información documental. A veces leo o escucho que conversan utilizando términos técnicos, o diagnósticos que desconozco, y pregunto sobre los mismos. Los solicitantes llegan e interrumpen esta situación, saludan y yo saludo como lo hacen los miembros de la Junta. Durante la entrevista no participo verbalmente, pero sí muchas veces me veo interactuando desde la mirada y los gestos, siendo adjudicatario de sonrisas que buscan complicidad por parte de los niño/as o sus familiares.

Una vez finalizada, ya en el momento de llenar el protocolo, me limito a preguntar al respecto de lo que observo y escucho: sobre el contenido de los códigos que están utilizando (casi como un pedido de traducción de lo que hablan), sobre la metodología o reglas del mismo protocolo (intentando, también, desentrañar porqué la duda o el debate ante determinados puntos), y sobre el porqué de las decisiones que toman al definir los beneficios que habilitan y la cantidad de años de validez del CUD.

“Si es ni, es sí”

A lo largo de mi experiencia de campo pude reconstruir, entendiendo la importancia analítica de dicho evento extraordinario, parte de lo que se habló y estipuló en la auditoría del

entonces llamado Servicio Nacional de Rehabilitación¹⁹, acontecida en octubre del 2016. Antes de continuar, resulta interesante puntualizar que intenté participar como observador de dicha instancia, intención que fue alentada por las profesionales de las Juntas pero que no se efectivizó por una negación expresa de la dirección del Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en que pudiese participar. Este hecho generó indignación entre las profesionales, pero quizá también fue una motivación para relatarme con mayor énfasis lo ocurrido en dicho encuentro y abrir el debate sobre el mismo.

Una de las sentencias adjudicadas a los directivos del SNR, que más me llamó la atención por el nivel de sarcasmo (entonación que expresaba un desacuerdo y crítica profunda) con la que se lo reprodujo y el debate que generó, fue la que encabeza esta sección: “Si es ni, es sí”. Entendiendo que esta frase sintetiza de alguna manera la postura difundida como directriz desde dicho organismo estatal, consistente, según las profesionales, en promover el aumento en la cantidad de certificación. Las profesionales relatan la insistencia de los representantes del SNR en mantener una elevada estadística de certificación, comparando los números de los organismos de los diferentes distritos del país, festejando a los que tenían mayor cantidad de certificados emitidos, poniendo a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como ejemplo, y criticando los casos en los que se mostraban mayor estadísticas de denegaciones. Cuando se les preguntó sobre los casos que generaban dudas sobre la validez de su determinación como *discapacidad*, argumentando que ese tipo de situaciones se sucedían de manera recurrente, los funcionarios del SNR respondieron con dicha frase, que quedó presente entre las profesionales a modo de anécdota pero también de resumen de una postura: frente a la duda lo que se dictamina es certificar *discapacidad*. Si es un “ni”, es decir, si no se cuenta con la información suficiente y la que hay no termina de convencer a los profesionales respecto a una certificación, la directiva es que “sí” es *discapacidad*, hay que certificarla. Tomada de mis registros:

Pediatra: Yo les pregunté explícitamente qué se hacía en los casos que no se sabía bien si era discapacidad o no, por ejemplo, si un anciano tiene distintos problemas de salud, propios de la edad, y viene a pedir el certificado, ¿corresponde dárselo? ¿Eso es discapacidad o es algo normal de la edad? O si viene un chico que tiene dificultades en la escuela, como pasa todo el tiempo, pero que quizá tiene que ver no con una discapacidad, con una disfunción psico-

¹⁹ De ahora en más: SNR

corporal, sino con cosas que le está pasando en su vida familiar, peleas, separaciones, o está superpoblada su casita y no tiene lugar para concentrarse y hacer las tareas, o hay violencia en la casa y después la reproduce... ¿es discapacitado ese chico?

Pediatra con siete años de experiencia en las Juntas

La profesional cuenta que su intervención llevó a la pregunta de otros en esa misma línea, que los representantes del SNR no querían o no sabían bien qué responder, sentenciando “Si es ni, es sí” para cerrar el debate. La argumentación del SNR, ironizada por las profesionales, es que una estadística de certificación alta es “positiva” porque expresa una buena “política social” sobre *discapacidad*:

Pediatra: Ponían a la capital federal²⁰ como ejemplo porque es la que más certificados otorga y menos deniega. En realidad es toda una cuestión política, de imagen, de mostrar que están beneficiando a más y más discapacitados. La cuestión es que así cada vez se discapacita más, eso es lo que no se dice ni se discute. Hoy en día cualquiera es un discapacitado, y como cada vez le meten más cosas al CUD, como ahora la tarifa social, cada vez conviene pedirlo más. Mirá, así se está certificando cualquier cosa: si yo hubiese venido a pedir el certificado de chica hoy en día sería discapacitada, porque era quilomera y no me quedaba quieta ni un segundo.

Pediatra con siete años de experiencia en las Juntas

Otro de los momentos conflictivos, relatados por las profesionales en esta línea de promover la certificación, fue la no respuesta de los representantes del SNR cuando una de las psicólogas les preguntó sobre el hecho, del que se anoticiaron las profesionales en el mismo encuentro a partir de conversar con colegas de otras provincias, de que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a diferencia de otros distritos del país, el sistema informático predetermina el analfabetismo obligado hasta los diez años de edad:

Psicóloga: Al parecer en otras provincias no es así, pero acá cuando en el sistema querés poner que un niño está alfabetizado si el chico tiene menos de diez años de edad no te

²⁰ Se refiere a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

deja, figura de por sí como analfabeto, y así ya te está influenciando para respaldar la discapacidad para todos los diagnósticos que tienen que ver con problemas de aprendizaje. ¡No se puede poner que un pibe de diez años está alfabetizado, es una locura! Y eso va a las estadísticas después, les justifica los certificados.

Psicóloga con cinco años de experiencia en las Juntas

Los representantes del SNR dijeron que no estaban enterados, que podía ser un error. Pero según las profesionales fue para evadir el tema y pasar a otro, no se comprometieron a resolverlo o algo parecido. También, otro punto de interés, en este sentido, fue que los funcionarios del SNR, al parecer ante a una confusión del reglamento, instaron a que los profesionales otorgasen mayor número de prestaciones por certificado:

Psicóloga: Hubieron críticas a colegas que denegaban certificados o los daban con pocas prestaciones. Nosotras teníamos entendido que solamente podíamos otorgar hasta cuatro prestaciones distintas por certificado, pero los de la SNR insistieron que no era así, que hasta doce prestaciones se podían otorgar.

Psicóloga con cinco años de experiencia en las Juntas

Llegado a este punto quiero analizar a la certificación estatal de *discapacidad* entendiéndola como una instancia clave en la producción política de la misma y el establecimiento de categorías clasificatorias sobre los atributos de los sujetos entre, por un lado, lo normal-saludable-esperable y, por el otro, lo anormal-patológico-en rehabilitación (Rosato y Angelino, 2009; Ferreira, 2008, 2009), desde el concepto de *gubernamentalidad* de Michael Foucault (1978).

Con *gubernamentalidad* Foucault hace referencia al proceso histórico, o más precisamente al resultado del mismo, por el cual la lógica de gobierno del Estado cambia de una basada en el poder del soberano sobre la potencial muerte de las familias de sus súbditos, como primaba en los principados europeos en la Edad Media, a una centrada en el control disciplinar de la vida de las poblaciones, a partir de toda una serie de mecanismos e instituciones que se desarrollan desde finales del siglo XVII y principios del XVIII (Foucault, 1976, 1977a, 1977b, 1978). Este cambio de lógica de gobierno, según el autor, aborda el problema del control

poblacional desde una perspectiva positiva del poder, es decir, no desde el temor a la muerte o reprimenda frente al desacato de una orden o ley, sino desde la sujeción de las personas a patrones de conducta legítimos, incorporadas como disciplinas, a partir del establecimiento de códigos morales prescriptivos sobre la vida (Foucault, 1976, 1977a, 1977b, 1978). Esta *gubernamentalidad* del Estado sobre las poblaciones va a instrumentarse sobre dos recursos fundamentales: la cuantificación controlada de datos estadísticos, y la difusión de saberes expertos entendidos como verdades que prescriben formas legítimas de conducirse (Foucault, 1978).

Desde esta óptica resulta de sumo interés analizar la auditoria del SNR, teniendo presente que la tramitación del CUD habilita un circuito de rehabilitación sin el cual la exclusión de los sujetos a una marginalidad económicamente improductiva y potencialmente riesgosa se vuelve altamente probable (Ferrante y Ferreria, 2009, 2011; Ferrante, 2007, 2015). Precisamente, se puede observar cómo en dicha auditoría subyace una lógica de *gubernamentalidad* (Foucault, 1978) de la población por parte del Estado, teniendo el control de la producción estadística un lugar preeminente. Esto es así dado que el Estado no es un mero registrador de hechos o de datos, sino que tiene la potestad de incidir en la estadística de *discapacidad* de la población, desde distintos intereses (políticos, económicos), a partir del control de su certificación.

Tomando los ejemplos de mi experiencia de campo, el SNR ejerció control exigiendo menor rigurosidad a la hora de determinar la *discapacidad* de las personas, al estipular como decisión legítima frente a la duda que lo debido es certificar. Puso de guía a seguir a los distritos con mayores índices de certificación, cuestionando a los que presentan índices altos de denegación. También modificó, o sostuvo frente a las opiniones críticas, cierta reglamentación de cómo se debe certificar. Sobre este último punto, que causó particular polémica entre las profesionales porque se asocia rápidamente a la pregunta sobre las causas e intereses que motivan la rigidez o el cambio de determinados puntos en la reglamentación, se destacó la habilitación e incentivo en el otorgamiento de un mayor número de prestaciones por certificado (ampliando el máximo de cuatro prestaciones a doce). Y la falta de respuestas ante las críticas sobre la obligatoriedad de poner que un niño es analfabeto hasta los diez años de edad.

Lo que quiero plantear es que el control del Estado sobre cómo y cuánto certificar, a través de la rigidez o modificación de ciertos puntos de la reglamentación, o en la prescripción de que frente a la duda lo correcto es certificar, sumado a toda una serie de comentarios valorativos

que expresan una posición oficial de incentivo al aumento en la certificación, se inscribe en una lógica de *gubernamentalidad* de la población (Foucault, 1978) y del amparo en un saber experto (el modelo bio-psico-social sobre la *discapacidad*, recientemente adoptado y difundido por la CIF-OMS y la Convención-ONU) para legitimarse.

Subrayo en este análisis que sitúa la certificación de la *discapacidad* como parte del *arte de gobernar*²¹ a las poblaciones (Foucault, 1978) que el control de la certificación responde a una determinada política de gobierno en la que se tensionan distintos intereses²², definiendo así, de manera cambiante, los límites clasificatorios entre la *normalidad-salud* de los sujetos y su *anormalidad-discapacidad* (Rosato et al, 2009; Rosato y Angelino, 2009).

Medicalización y certificación de la discapacidad

Llegado a este punto quisiera tomar algunos de los aportes sobre el fenómeno de la *medicalización* (Conrad, 2007; Conrad y Schneider, 1985; Freidson, 1978), para analizar el de la *discapacitación*, refiriéndome con este último concepto al de la producción política de la *discapacidad* (Rosato et al, 2009; Rosato y Angelino, 2009). La *medicalización* es teorizada por estos autores como un proceso social por el cual, progresivamente, cada vez más aspectos y problemas de la vida cotidiana de los sujetos devienen en una *desviación* de lo *normal* (tanto en el sentido de un promedio cuantitativo como en el de la expectativa moral de lo correcto y esperable), transfiriendo al campo de la jurisdicción médica su determinación y entendimiento (en detrimento, históricamente, del campo jurisdiccional de la religión y del derecho penal), definiéndolas en términos de patologías tratables (Conrad y Schneider, 1985; Conrad, 2007; Freidson, 1978). Esta línea se nutre del desarrollo analítico de Michael Foucault (1975, 1976, 1977b), quien, como fue desarrollado en la perspectiva teórica, analizó cómo la medicina se transformó durante el siglo XVIII en un saber-poder instrumentado por el Estado para *normalizar* y *normativizar* a la población, generando disciplinas de sujeción según ciertos criterios de *normalidad* definidos por la medicina y legitimados por el Estado que permearon los distintos aspectos de la vida social (el educativo, el de la salud, el urbanístico, el derecho, el carcelario, el laboral, la intimidad familiar y hasta sexual de los sujetos).

²¹ Otra forma con que Foucault refiere al concepto de *gubernamentalidad*.

²² Por ejemplo, el interés económico de las Obras Sociales y Prepagas que reciben subsidios por cada prestación de salud acreditada con el Certificado Único de Discapacidad. O el interés político de dar una “imagen positiva” del gobierno, asociando índices altos de certificación con la implementación de una buena “política social”.

El sociólogo estadounidense Peter Conrad, a modo ilustrativo, utiliza el ejemplo de la progresión en el número de diagnósticos de patologías mentales descritas en las distintas versiones publicadas, a través del tiempo, del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), uno de los manuales psiquiátricos de mayor validez internacional. Mientras que el primer DSM, fechado en 1952, registraba 106 “desórdenes mentales”, con un total de 130 páginas, el DSM-IV difundido en 1994 contabiliza un número de 297 diagnósticos y 886 páginas (Conrad, 2007). Con este ejemplo el autor quiere mostrar cómo en las últimas décadas toda una amplia gama de aspectos de la vida y desarrollo de los sujetos fueron definidos y categorizados como enfermedades mentales, incluyendo en estos “nuevos” 167 diagnósticos (incorporados del DSM-I al DSM-IV) la estipulación como *enfermedades*, de, por ejemplo, la hiperactividad infantil, la falta de concentración, problemas del aprendizaje y del habla, inhibiciones, dificultades sociales con pares, en un larga lista que continúa.

No es casualidad, para esta investigación, la mención del ejemplo anterior, dado que, dicho por las propias profesionales de las Juntas de manera reiterada, la mayor cantidad de niños que concurren a tramitar el certificado de *discapacidad* para costear sus tratamientos presentan este tipo de “trastornos leves”. Esto genera una particular polémica entre las profesionales de las Juntas de evaluación, al respecto de si corresponde considerar *discapacitado* a un niño/a con dichas problemáticas (las mismas que, hasta hace algunas décadas, ni siquiera eran asociadas a una *enfermedad*).

Lo que quiero plantear con esto es que de la misma forma que la *medicalización* se basa en la generación, amparándose en un discurso médico-cientificista y en el aval de los organismos de salud internacionales, de una categorización de ciertas conductas y problemáticas como síntomas de enfermedades mentales (Conrad y Schneider, 1985; Conrad, 2007; Bianchi, 2009) que antes eran pensadas dentro de la *normalidad* esperable del desarrollo infantil, la *discapacitación* avanza redefiniendo esa *desviación* ya no solo en términos de *enfermedad* sino ahora de *discapacidad*.

Retomando una línea que articula planteos de Pierre Bourdieu y Michael Foucault (Ferreira, 2008, 2009; Ferrante y Ferreira 2009, 2011; Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010), el Estado instituye cierta jerarquía simbólica dentro del *campo de la salud* que valoriza diferencialmente ciertos atributos por sobre otros, definiendo cuáles están asociados a una *enfermedad*, y dentro de esta gama, cuál a su vez a la *discapacidad*. El Estado, de esta manera,

tiene la potestad de legitimar diferencialmente ciertos cuerpos y sujetos por sobre otros, generando la *norma* de lo moralmente esperable, la funcionalidad correcta, lo estéticamente deseable, como una tecnología de gobierno sobre las poblaciones en la cual no solo se mide la patologización asociada a ciertos atributos de los sujetos, sino la *discapacidad* que éstos le confieren.

Conclusiones

En primer lugar, destaco que el Estado, a través de la certificación, tiene la potestad de definir qué niños son *discapacitados* y qué niños no. En efecto, interviene de manera directa en el proceso de *discapacitación* de ciertos niños a raíz de ciertos atributos, redefiniendo los que considera que se *desvían* de una *normalidad* esperada y son considerados patologías por el discurso médico, en una *medicalización* históricamente creciente de las problemáticas humanas (Conrad, 2007; Conrad y Schneider, 1985; Freidson, 1978), en términos de *discapacidad*. Es decir, el Estado opera, amparándose ahora en un discurso bio-psico-social como tecnología de saber-poder (Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010), re-clasificando los atributos *desviados* que ya son considerados patológicos en cuáles ameritan un *status* de *discapacidad* para el sujeto y cuáles no. En este sentido, la *normalidad/anormalidad* de las personas, y en la especificidad que compete a este trabajo de la población infantil, está medida no solo en términos de una *desviación patológica* de sus atributos sino en los de la *discapacitación* estatal de esas patologías, deslegitimando valorativamente a ciertos niños por sobre otros según la jerarquía simbólica que estructura al *campo* de la salud (Ferreira, 2008, 2009; Ferrante y Ferreira 2009, 2011; Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010).

En esta línea, el cuestionamiento de las profesionales de las Juntas a que toda una serie de “diagnósticos leves” (que son los que mayormente presenta la población infantil al momento de solicitar el certificado) ameriten una definición estatal de *discapacidad*, *discapacitando* oficialmente a los niños, condensa el debate sobre estos procesos de *medicalización* y *discapacitación* de los que el capital privado²³ se beneficia económicamente.

En segundo lugar, el análisis de la auditoria del SNR y su demanda en torno a aumentar los índices de certificación²⁴ permiten analizar a la certificación estatal desde el punto de vista de

²³ Prestadoras de salud privadas vinculadas a las Obras Sociales, las Prepagas, la Industria Farmacéutica.

²⁴ Como se especificó: festejando a los distritos que más estadísticas tenían, denostando a los que presentaban más denegaciones, ampliando de cuatro a doce las prestaciones a habilitar, dejando pasar la crítica al analfabetismo obligado hasta los diez años de edad, y la directriz de que “si es ni, es sí”, es decir, de que frente a la duda la

la *gubernamentalidad* de la población (Foucault, 1978). El Estado, desde esta óptica, no es un mero registrador de números sino que incide activamente en las estadísticas sobre la *discapacidad* de la población como una tecnología bio-política de gobierno (Foucault, 1978), sustentada en el saber-poder de un discurso médico que renueva su legitimidad en la interdisciplina (Ferreira y Rodríguez Díaz, 2010). De esta forma, el Estado define de manera cambiante los límites entre la *normalidad* y la *anormalidad* de los sujetos en los términos de la dicotomía *capacitados/discapacitados*, *normalizando* y *normativizando* a la población desde la búsqueda política de ciertas estadísticas²⁵.

En segundo lugar, resalto la caracterización que propongo sobre la certificación estatal de la *discapacidad*, entendiéndola como un fenómeno complejo en el cual se combina la garantía de derechos adquiridos (Ferrante y Ferreira, 2009, 2011) con el establecimiento de una política de *exclusión incluyente* que expresa cierta *ideología de la normalidad* por parte del Estado, produciendo *discapacidad* al establecer ciertos parámetros clasificatorios de la normalidad-capacidad/anormalidad-discapacidad de los sujetos (Rosato et al, 2009; Rosato y Angelino, 2009).

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

En esta línea, el peso del factor *económico* es fundamental dado que problemáticas de carácter socioeconómico terminan *discapacitando* a los sujetos al entenderlas y querer solucionarlas estatalmente en los términos médicos de la *dis-capacidad* psíquica-orgánica de individuos, generando una demarcación excluyente²⁶ (Rosato et al, 2009; Rosato y Angelino, 2009) que permite eludir, a su vez, la concepción de políticas universales que atiendan la problemática socioeconómica de fondo.

Bibliografía

indicación es certificar.

²⁵ Como se vio en el capítulo, por ejemplo, queriendo formar una “imagen positiva” de gobierno ligada a mostrar índices de una “política social” estadísticamente creciente.

²⁶ Me refiero a la instauración de un circuito excepcional de tratamientos para los que portan el Certificado Único de Discapacidad, a través del subsidio a las Obras Sociales y Prepagas, en vez de la inversión monetaria en el sistema de salud pública.

Almeida, M. *et al.* (2010). “Nuevas retóricas para viejas prácticas. Repensando la idea de diversidad y su uso en la comprensión y abordaje de la discapacidad”. *Política y Sociedad*, 47(1); pp. 27-44.

Bianchi, E. (2009). Infancia Anormal, Medicalización, Psiquiatría Y. Tda/H: Aportes Conceptuales Para Una. Arqueología Del “Niño Desatento”. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. (en línea). <https://www.aacademica.org/000-062/1818>

Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas: por una antropología reflexiva*, México, Grijalbo.

Cerletti, L. (2013). “Enfoque etnográfico y formación docente: aportes para el trabajo de enseñanza”. *Pro-Posições*, 24(2); pp. 81-93.

Conrad, P. y Schneider, A. (1985). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Ohio, Merrill Publishing Company.

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.

Donzelot, J. (1977). *La policía de las familias*, España, Pre-Textos. 1998.

Ezpeleta, J y Rockwell, E (1983). “Escuela y clases subalternas”. *Cuadernos Políticos*, 37 (1); pp. 70-80.

Ferrante, C. (2007): Algunas reflexiones sobre la situación de las personas con discapacidad motora en la Argentina en la actualidad. *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores. Instituto de Investigaciones Gino Germani*, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. (en línea). <https://www.aacademica.org/000-024/173>

Ferrante, C. (2015). “Discapacidad y mendicidad en la era de la Convención: ¿postal del pasado?”. *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales*, 22(68); pp. 151-176.

Ferrante, C y Ferreira, M. (2009). “El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico”. *Política y sociedad*, 47(1); pp. 85-104.

Ferrante, C y Ferreira, M. (2011). “Cuerpo y habitus: El marco estructural de la experiencia de la discapacidad”. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 5(2); pp. 85-101.

Ferreira, M. y Rodríguez Díaz, S. (2010). “Diversidad funcional: Sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la dis-capacidad”. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 28(1); pp. 151-172.

Ferreira, M. (2008). “La construcción social de la discapacidad: Habitus, estereotipos y exclusión social”. *Nómadas, revista crítica de ciencias sociales y jurídicas*, 17(1); pp. 221-232.

Ferreira, M. (2009). Discapacidad, corporalidad y dominación. La lógica de las imposiciones clínicas. *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. (en línea). <<https://www.academica.org/000-062/2156>>

Freidson, E. (1978). La construcción profesional de conceptos de enfermedad, en *La Profesión Médica*, Península, Barcelona.

Foucault, M. 1999. (1975). *Los Anormales*. Argentina: FCE. 2001.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad. Tomo 1: La voluntad de saber*, México, Siglo XXI. 2002.

Foucault, M. (1977a). “Las relaciones de poder penetran en los cuerpos”, en: *Microfísica del poder*. Madrid, La Piqueta. 1992.

Foucault, M. (1977b). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*, Madrid, La Piqueta. 1990.

Foucault, M. (1978). “La gubernamentalidad”, en Gabriel, G y Fermín, R. (coords.): *Ensayos sobre biopolítica. Excesos de vida*. Buenos Aires, Paidós. 2007.

Oliver, M. (1998). “¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?” en Barton, L. (coord.): *Discapacidad y Sociedad*. España, Ediciones Morata.

Pantano, L. (2008). *Discapacidad: conceptualización, magnitud y alcances. Apuntes para el mejoramiento de las prácticas en relación a las personas con discapacidad*. Centro de Investigaciones Sociológicas. Departamento de Sociología. FCSE. UCA /CONICET. Documento de trabajo. (en línea).

<<https://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/127521/630945/file/Discapacidad-%20%20conceptualizaci+%C2%A6n,%20magnitud%20y%20alcances.pdf>>

Pantano, L. (2009). Magnitud de la Discapacidad en Argentina: de los dichos a los hechos. *Jornadas de Difusión y Seguimiento de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*.

- Rockwell, E. (2009). *La experiencia etnográfica. Historia y cultura en procesos educativos*, Buenos Aires, Paidós.
- Rosato, A. *et al.* (2009). “El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad”. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 20(39); pp. 87-105.
- Rosato, A. y Angelino, M. (coords.) (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*, Buenos Aires, Noveduc.
- Vallejos, I. (2012). *Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas*. Exposición en el marco de la Reunión de la Red Interuniversitaria de Discapacidad y Derechos Humanos. Universidad Nacional de Luján. Inédito. (en línea). <http://www.unsj.edu.ar/descargas/institucional/comisionDiscapacidad/modeloMedicoSocial.pdf>
- Vallejos, I. (2013). “Ni grillete atado a la pared ni grillete con la bola pesada: un recorrido conceptual para pensar la discapacidad en la perspectiva de la Convención de los derechos de las personas con discapacidad”. *Escrituras*, 10(1); pp. 99-108.
- Venturiello, M. (2017): “Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina”. *Revista Española de Discapacidad*, 5(2); pp. 149-169.
- Vasen, J. (2007). *La atención que no se presta: el “mal” llamado ADD*, Buenos Aires, Ediciones Novedades Educativas.