XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2017.

“La certificación de la discapacidad en Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Avances en la construcción de una política social específica.”.

María Melina Navarro.

Cita:

María Melina Navarro (2017). *“La certificación de la discapacidad en Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Avances en la construcción de una política social específica.”. XII Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: https://www.aacademica.org/000-022/250

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto*. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: https://www.aacademica.org*.

Título de la ponencia: ***"La certificación de la discapacidad en Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Avances en la construcción de una política social específica."***

Nombre y Apellido Autor: Lic. María Melina Navarro

Eje Temático: Estado y Políticas Públicas.

Nombre de mesa: Políticas y discapacidad: avances, retrocesos y tensiones a 10 años de la Convención.

Institución de pertenencia: Ninguna

E-mail: melina_jazmin@hotmail.com

Resumen: La certificación de la discapacidad en la Argentina se ha transformado en las últimas décadas en un campo de investigación poco profundizado y que puede aportar al conocimiento de la población con discapacidad a nivel nacional y a la generación de nuevas políticas sociales. Para lograr con este cometido se planteó como objetivo general, analizar el proceso de implementación, puesta en marcha, posibles modificaciones y evaluación del Certificado Único de Discapacidad. Uno de sus objetivos específicos fue describir los cambios que se han producido a nivel de la evaluación y certificación de las distintas discapacidades. En segundo lugar indagar en la evolución de la implementación del certificado de discapacidad, y, por último, analizar el accionar de las juntas evaluadoras a través del discurso de sus integrantes, principales agentes de la evaluación y certificación de discapacidad en CABA.

Para lograr responder a estos objetivos, se llevó a cabo un diseño de investigación exploratorio, de rastreo de fuentes secundarias y la utilización de fuentes primarias.

El presente trabajo permite visualizar el accionar de los integrantes de las juntas evaluadoras como uno de los actores relevantes en la certificación de la discapacidad.

Palabras clave: Certificado Único de Discapacidad (CUD)- Juntas Evaluadoras- Políticas Sociales- Trabajador Social.

Introducción

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad[1] reconoce en su preámbulo que:

"la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás, (…)".

Contemplando que el propósito de dicha convención es: promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales para todas las personas con discapacidad[2]. Se entiende que el abordaje de la discapacidad no puede realizarse sin considerar el respeto por la diferencia y la aceptación de las PCD, la no discriminación, la participación e inclusión, la igualdad de oportunidades y el acceso a derechos.

Una de las condiciones que son necesarias de cumplimentar para el acceso a ciertos derechos, como es el de la salud, es la certificación de la discapacidad según lo decidan los especialistas. Tema que me convoca a presentar en esta mesa.

Todos los que estamos aquí conocemos cuales son y han sido las distintas miradas sobre la discapacidad; sabemos que han variado a través del tiempo las perspectivas con que se evaluaba una cierta condición de salud, que algunas han dejado de tener vigencia y otras actualmente conviven, a veces contraponiéndose unas con otras. Es por eso que creo es importante recordar desde que perspectivas ha evolucionado la valoración de las discapacidades.

1. Variaciones en la evaluación de las distintas discapacidades.

En la historia de la humanidad siempre ha habido personas con capacidades diferentes o algún tipo de limitación, que han sido objeto de las más variadas concepciones y de tratos disímiles; al respecto distintos autores se encargaron de definirlos.

Uno de ellos es Puig de la Bellacasa[3] quien toma en cuenta los paradigmas, tradicional, de la rehabilitación y de autonomía personal o vida independiente, desde los que se enfocan las actitudes y los tratamientos aplicados a los discapacitados.

---

[1] Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.
[2] En adelante PCD.
[3] Aguado Díaz, A. L. *"Historia de las Deficiencias"*. Escuela Libre Editorial. Fundación Once. Madrid. 1995.

En 1980 la Organización Mundial de la Salud elaboró una clasificación general de la discapacidad, la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalía (CIDDM). Según la cual se partía de un enfoque lineal, basado en las consecuencias de la enfermedad, haciendo la siguiente progresión:

- Las deficiencias que se presentan en lo corporal, fisiológico u orgánico,
- Las discapacidades entendidas como las restricciones en la actividad de un individuo debido a cualquier deficiencia,
- Las minusvalías entendidas como situaciones desventajosas derivadas de deficiencias o discapacidades que limitan o impiden participar o desempeñar roles sociales en niveles considerados normales.

Más tarde esta clasificación es revisada por la OMS y la nueva versión recibe el nombre de Clasificación Internacional del Funcionamientos, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), en ésta la palabra discapacidad es reemplazada por el término neutro de actividad y las circunstancias negativas se describen como limitaciones en la actividad, minusvalía se sustituye por participación y las circunstancias negativas se describen como restricciones de la participación. La CIF cubre toda la alteración en términos de “estados funcionales”.

A partir de esta evolución en las miradas sobre la problemática en cuestión, se pueden delinear cuales han sido los principales modelos conceptuales que han influenciado el trato hacia las PCD.

El Paradigma Médico o Rehabilitador puso el énfasis en la patología padecida por el sujeto. Es precisamente desde el campo de la salud que se evaluaba, se clasificaba e intentaba rehabilitar de la mejor manera posible a la persona para normalizar su situación. Desde esta perspectiva la PCD se encuentra en una posición de desventaja frente a su par sin discapacidad.

El Paradigma Social, por el contrario, incluye dentro de la problemática otras variables que exceden lo puramente médico. Y me expreso en tiempo presente porque este modelo conceptual continúa vigente. Ya no es el campo médico el que interviene de manera hegemónica sobre las distintas intervenciones. Por tal motivo, hablar de la discapacidad desde una perspectiva social, implica observar la influencia de distintas variables más allá del déficit.

Desde una perspectiva sociológica se considera la discapacidad como un problema social[4], aquello que implica un malestar generalizado que desorganiza al grupo social. En este sentido cuando una persona, un grupo o la sociedad en general, deben enfrentarse a un individuo con discapacidad, y no cuentan con las herramientas necesarias para hacerlo, surge la incomodidad. Esto ocurre porque en las conductas de los miembros de la sociedad operan matrices conductuales sobre cómo actuar frente a determinadas circunstancias, en este sentido, si nuestras matrices nos indican que la discapacidad es algo anormal, nuestras respuestas frente a la misma serán de rechazo y exclusión.

Otro autor que le asigna un rol fundamental a la sociedad, en la conceptualización de la discapacidad, es Casado Pérez (2001)[5], para quien la sociedad tiene la facultad de discapacitar, rehabilitar, segregar y agregar. Esto nos obliga a reflexionar sobre que la discapacidad no se halla prefijada de antemano, por el contrario es dinámica y se encuentra en constante cambio.

Un tercer paradigma es el Biopsicosocial, que encuentra su sustento en la CIF. Desde esta perspectiva se reconocen las influencias del paradigma social sumando las respuestas del entorno hacia las personas con discapacidad, a las que se reconoce como sujetos de derecho. Por consiguiente, en este modelo conceptual cobra relevancia la equiparación de oportunidades en un marco de acceso a derechos.

Cabe destacar que el reconocimiento de las PCD como sujetos de derechos no es exclusivo de la CIF, desde la década de los ochenta en distintos documentos internacionales se encuentran referencias sobre la necesidad de garantizar la satisfacción de las necesidades al colectivo, beneficiando no sólo a los anteriores, sino a la sociedad en general.

2. Las Políticas dirigidas a las Personas con Discapacidad.

Las políticas para las PCD, en ocasiones se focalizan en la discapacidad como objeto de intervención. Suele ocurrir que para acceder a un beneficio, el sujeto con discapacidad deba demostrar su condición de tal.

Cuando se plantea la satisfacción de las necesidades de salud de los individuos, se hace referencia a una política de orden sanitaria que influye en los mismos intentando solucionar problemas que requieren atención. Este tipo de política forma parte de lo que se conoce como cobertura universal, la cual pretende:

---

[4] Pantano, L. *"La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: Reflexiones y propuestas"* 2ª edición. Buenos Aires: EUDEBA. 1993.

[5] Casado Pérez, D. *"Conceptos sobre la Discapacidad"*. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Nº 50. 2001.

"(…) cubrir a toda la población contra las contingencias sociales, independientemente de la actividad que realice el ciudadano y de su capacidad contraprestadora" (Lo Vuolo, 1990: 39)[6]

Este conjunto de intervenciones de estado, debería satisfacer las inclemencias del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado de los sujetos con discapacidad; lo cual no siempre se lleva acabo de esta manera y es allí donde cobran relevancia otras instituciones, como la familia, el mercado y las organizaciones de la sociedad civil. A partir de allí la cuestión de la atención y el cuidado de las PCD se configuran en variables intervinientes en el proceso salud-enfermedad.

Cuando las familias y/o en menor medida el mercado no pueden paliar las necesidades derivadas del proceso salud-enfermedad, es el Estado a través de las distintas instituciones de asistencia pública, el encargado de planificar su intervención con políticas orientadas a cubrir las necesidades de los sectores más desfavorecidos.

Claudia Krmpotic[7] (2006) lo plantea en los siguientes términos:

"(…); se piensa en la intervención cuando las familias se enfrentan a un desorden en sus rutinas: capacidades agotadas, pérdida de roles, cuando dejan de funcionar los esquemas de pensamiento y comportamiento (…)" (72)

A partir de allí, la intervención estatal se direcciona a la satisfacción de las necesidades que requiera el sujeto. Cuando se trata de necesidades derivadas de una situación de salud desfavorable que requiere respuestas de mayor complejidad, es allí donde comienza el itinerario de la persona por la adquisición del certificado que dé cuenta de su condición de discapacitado.

Distintos actores intervienen en la evaluación y certificación de la discapacidad siguiendo variados cursos de acción. Para entender la configuración del entorno en que se posicionan los actores involucrados, tomaré los aportes bourdianos quien propone la noción de campo[8], donde se produce la disputa por los distintos tipos de capital en juego. (Bourdieu, 1998)

Desde aquel espacio de disputa, se llevan a cabo relaciones entre los agentes, que a los fines de esta investigación serían: los profesionales que intervienen en las juntas evaluadoras, las personas que

---

[6] Lo Vuolo, R. *"Políticas económicas y políticas sociales en Argentina: una contradicción persistente*" Documentos de trabajo, número 1, Buenos Aires, CIEPP. En Repetto, F. (1998) "Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo" Perfiles Latinoamericanos. 1990.

[7] Krmpotic, C. S. *"Familia y Política Social"* en Eroles, C. () "Familia(s), estallidos, puente y diversidad: una mirada transdisciplinaria de derechos humanos" Espacio Editorial, Buenos Aires. 2006.

[8] Bourdieu, P. *"Cosas dichas"* Buenos Aires, Gedisa Editorial. 1998.

asisten para su evaluación y posterior certificación, los prestadores de servicios de salud, las obras sociales, las organizaciones no gubernamentales y todo aquel que tiene en su poder la capacidad de manejar los distintos componentes de la satisfacción de las necesidades surgidas del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. (Bourdieu, 1995)[9]

Uno de los principales actores en este contexto es la PCD, que al interactuar en un entorno desfavorable, se convierte en discapacitado. Desde esta ubicación se posiciona en un campo de lucha por la obtención del Certificado Único de Discapacidad[10].

El posicionamiento de la PCD como actor social relevante en la reivindicación de sus derechos, no se ha dado de manera fluida, ni tampoco en consonancia con los imperativos de las distintas herramientas legales a favor de la protección de sus derechos. En nuestro país se han producido movimientos que agrupan a PCD en relación a los reclamos por distintas reivindicaciones.

Estos movimientos en la historia reciente del Siglo XX dan cuenta del usuario de las políticas sociales como un sujeto/actor, promotor y destinatario de los servicios de salud y seguridad social, desde una perspectiva de derechos. Es así que la asociación de PCD y sus familias en organizaciones no gubernamentales fue entendida desde distintos organismos internacionales, como un "motor de integración social" (Ferreres, 2005)[11]

Otro actor de relevancia son las Juntas Evaluadoras, que tienen en su poder la decisión de definir quién es merecedor de obtener el CUD, y es interesante observar el manejo de sus distintos grados de poder en sus integrantes.

3. Las Juntas Evaluadoras Interdisciplinarias: De la evaluación médica a la evaluación interdisciplinaria

En abril del 2006 la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) firma el convenio marco de cooperación técnica, Ley 22.431, para la evaluación y certificación de condiciones de salud desfavorables[12]

---

[9] Bourdieu, P. *"Respuestas. Por una antropología reflexiva"*. México, Grijalbo. 1995. Y "Cosas dichas" Buenos Aires, Gedisa Editorial. 1998.

[10] En adelante CUD.

[11] Ferreres, C. *"El rol de la CTA en la lucha por el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. La articulación con otras organizaciones sociales y de personas con discapacidad"* en Eroles, C. y Ferreres, C. "La Discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos" 1ª ed. 1ª reimp.- Buenos Aires: Espacio Editorial. 2005.

[12] http://www.snr.gob.ar/wp-content/uploads/2015/08/MEMORIA2011.

Antes del año 2006, en CABA, las gestiones relacionadas con el acceso a la evaluación y certificación de una determinada condición de salud se realizaban en general en hospitales públicos que atendían según la deficiencia, Y cuyas juntas estaban compuestas por médicos que no realizaban evaluaciones interdisciplinarias.

La cuestión de la supremacía médica en la evaluación de una determinada condición de salud, tiene que ver con la representación del médico con el "poder" que le confiere el Estado para cimentar la categoría de "discapacitado". Tal construcción se evidencia a través de la presencia de ciertos déficits que al ser observados, evaluados y constituidos como tales, dan paso a la construcción del discapacitado en la persona que los porta. Así el médico se constituye en el único poseedor del saber especializado y autorizado para diagnosticar. (Vallejos, 2009)[13]

Este posicionamiento de supremacía encarnado en la figura del médico, valora al sujeto con una posible discapacidad en términos de una anormalidad que es preciso rehabilitar.

Esta condición, que es necesario acreditar, se presentaba hasta hace unos años como plausible de garantizar a través de la evaluación únicamente médica. En la actualidad y gracias a la incorporación de otras disciplinas a la evaluación de una condición de salud, la figura del médico, si bien no pierde protagonismo, se corre del lugar del único autorizado para evaluar.

Son precisamente las Juntas Evaluadoras Interdisciplinarias quienes realizan a través de un acto administrativo, la evaluación de "una posible discapacidad" según los certificados e informes del especialista tratante, dando cuenta de la situación.

Las Juntas no realizan diagnósticos ni indican tratamientos biopsicosociales. Tampoco evalúan el porcentaje de la discapacidad[14], sólo se limitan a evaluar mediante códigos específicos[15] la condición de salud.

En esta evaluación se ha incluido la figura del profesional del Trabajo Social a las juntas evaluadoras, la cual ha respondido a la necesidad de acompañar el cambio de paradigma, en lo atinente a la concepción de la discapacidad, como campo de intervención.

---

[13] Vallejos, I. *"La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social"* en Rosato, A. y Argelino, M. A. "Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit". 1ª ed. –Buenos Aires: Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico. Noveduc. 2009.

[14] La cuestión del porcentaje de discapacidad o invalidez es necesaria sólo para determinar la escasa o nula capacidad laboral del individuo y dar acceso al beneficio de la Pensión no Contributiva.

[15] Incluidos en la CIF.

Tomando como base la conceptualización de las influencias del arquetipo social, e incluyendo las distintas respuestas del entorno hacia las PCD, es que se entiende que las mismas no podían ser evaluadas por un único profesional.

Considerando que, a través del acceso al CUD, las PCD pueden recuperar su carácter de ciudadanos activos y ser partícipes en las decisiones que conlleva tal condición, es que la figura del trabajador social encuentra su razón de ser en las juntas evaluadoras. El siguiente comentario así lo respalda:

"(…), el Trabajo Social media en la relación que se produce entre las instituciones y los sujetos que demandan los servicios, intentando recuperar su carácter de ciudadanos." (Ventura, 2002: 261)[16]

Desde la competencia profesional, la evaluación se da en términos de correspondencia para la certificación de la discapacidad, así los profesionales del trabajo social manejan mínimas cuotas de poder, que según Foucault (2009)[17], se disputan con los otros profesionales.

En la evaluación de la discapacidad se evidencia la necesidad de obtener no sólo el documento objetivado en el certificado, sino que también se demuestra la posibilidad de dar acceso a prestaciones requeridas y o negadas hasta entonces.

4. El Certificado Único de Discapacidad como política de Estado

El CUD se caracteriza por ser un documento público que habilita a quien lo porta al ejercicio de distintos derechos y obligaciones. Desde este lugar, quien es poseedor del mismo, contará con distintos beneficios primarios y secundarios conforme lo estipulan las Leyes Nacionales N° 22.431 y N° 24.901. Este punto de los derechos y obligaciones tiene íntima relación con la cuestión de la ciudadanía y el acceso efectivo a los mismos.

El análisis del CUD se inscribe en la necesidad de interpelar el accionar de las políticas que se dirigen a la población con discapacidad, como uno de sus principales objetivos; es en este sentido que los marcos regulatorios de la evaluación y posterior certificación de la discapacidad han variado considerablemente.

[16] Ventura, M.C. *"Nuevas prácticas en Trabajo Social"* en Castro, M.E. et al. "Trabajo Social de Hoy: Experiencias de campo e intervenciones profesionales" Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. 1ª edición. Espacio Editorial. 2002.
[17] Foucault, M. *"La Verdad y las Formas Jurídicas"* Gedisa. 2009.

Para conocer el itinerario de dichas variaciones, es necesario analizar cuáles han sido las perspectivas desde las cuales se concebía a las PCD, y los marcos regulatorios que incidieron en el abordaje de la discapacidad al ser concebida como problema de salud pública desde finales del Siglo XX.

En materia legislativa desde 1981 cuenta la Argentina con un régimen que concibe a la discapacidad de manera integral, apuntando a su certificación en todo el territorio nacional. El Estado se hace presente ejerciendo el contralor de los sujetos cuyas condiciones de salud se hallan desfavorecidas y requieren la provisión de prestaciones que, por sí mismos, no pueden afrontar. Cuando el sistema familiar no cuenta con la capacidad de brindar la asistencia necesaria, aquel, a través de las instituciones formadas para tal fin, cumple su función de garante de la satisfacción de las necesidades.

Desde este lugar se comienza a trabajar legislando en favor de este colectivo. En 1998 se reglamenta el Sistema de Prestaciones Básicas, y a través del decreto 1193 se establece que el Ministerio de Salud y Acción Social será el encargado de dar el marco normativo para la evaluación y certificación de la discapacidad (Acuña y Goñi, 2010)[18]

La perspectiva conceptual que subyacía en la legislación de entonces, respondía a un ideal rehabilitador fuertemente influenciado por el Paradigma Médico Hegemónico, el cual enfocaba la mirada en las consecuencias de las enfermedades: ejemplo de esto es la CIE-10. Posteriormente, y gracias a los distintos esfuerzos implicados en la elaboración de un instrumento que describiera, comparara los estados de salud y pueda ser utilizado en diferentes contextos; surgió la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDIM) y posteriormente la Clasificación Internacional del Funcionamientos, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)

Esta última se transformó en el principal modelo conceptual y operativo que define a la discapacidad como un fenómeno dinámico y multidimensional. De esta manera, es bajo este paradigma actualmente utilizado para expedir el CUD, al amparo de las Leyes Nº 22.431 y Nº 24.901, por parte de las Juntas Evaluadoras de la Discapacidad habilitadas a tal efecto; que este documento público se constituye en el instrumento mediante el cual se acredita con alcance nacional la discapacidad de una persona. Ello con base en los criterios de valoración de la discapacidad establecidos por la CIF y ejecutados por los equipos intervinientes en ejercicio de sus competencias.

[18] Acuña, C. H y Goñi, L. G. *"Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos"* 1ª ed. –Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. 2010.

La evolución de los certificados de discapacidad se vio influenciada por distintas concepciones subyacentes a los objetivos perseguidos para su emisión. Desde una consideración netamente funcional, donde lo que prevalecía era un enfoque etiología-patología-enfermedad, pasando por enfoques cuya orientación era prestacional, luego incorporando la mirada de la CIF cuyo análisis se enfocaba en las limitaciones del funcionamiento, hasta la incorporación del requerimiento de evaluaciones de necesidades de orden socio comunitario, como ser el apoyo en las actividades de la vida diaria.

Existen en la actualidad en circulación Certificados de Discapacidad con alcance nacional (Leyes Nº 22.431 y Nº 24.901), que se han emitido con anterioridad a la Resolución MSAL Nº 675/2009 que aprueba el formato CUD, y que aún mantienen su vigencia.

La certificación de la discapacidad se constituye en una política pública que afianza la búsqueda de unificación de los criterios del abordaje de la discapacidad en todo el país, su objetivo último es propender a la federalización de la emisión del certificado de discapacidad con validez nacional, acercando aún más los beneficios instituidos por ley a cada ciudadano que lo necesite.

5. La certificación en Argentina

En la Argentina, al igual que en el resto de los países de la región, la medición, evaluación y posterior certificación de la discapacidad se orienta con la CIF, como instrumento de referencia para el aporte en el diseño de políticas sociales relacionadas con la discapacidad.

La información suministrada por distintas fuentes estadísticas, intentan recoger la realidad de un colectivo muy heterogéneo, como el de las PCD.

En los primeros años del SXXI se han producido avances en lo atinente a los instrumentos utilizados para realizar las valoraciones. Es precisamente en la ciudad de Washington, EE.UU, que surge el Grupo que lleva el mismo nombre de la ciudad, el encargado del estudio de la discapacidad (GW). Dicho grupo se formó como resultado de un Seminario Internacional de las Naciones Unidas sobre Medición de la Discapacidad. La finalidad última del mismo fue propender a la unificación en la medición de la discapacidad a nivel censal.

El marco conceptual utilizado en el Censo 2010, del que me he servido para actualizar la información que presentaré, está basado en el enfoque biopsicosocial del concepto de discapacidad que propone la CIF.

Es así como gracias a la información suministrada por la Serie C del Censo Nacional de Población, hogares y Viviendas 2010, sobre la población con dificultades o limitaciones permanentes en Argentina[19] se desprende que en nuestro país el 12,9 % de las personas presentan algún tipo de limitación permanente; ya sea física o mental; lo que representa 5.114.190 personas, que se configura en un 30,6% a nivel de hogares.

En relación con la estructura por sexo de la población con dificultad o limitación permanente, las mujeres presentan una prevalencia superior a los varones, un 14% lo que representa 2.851.015 contra un 11, 7% de los varones un total de 2.263.175.

Sobre el ámbito de residencia, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires presenta una prevalencia del 11,2 % representando un total de 5.114.190 personas.

En relación a los CUDs emitidos durante el año 2014, se cuenta con registros que informan que se gestionaron en la República Argentina 181.969 Certificados Únicos de Discapacidad. La provincia de Buenos Aires posee la mayor cantidad de certificados con un 42,75% (77.783). En segundo, tercer y cuarto lugar, aunque con una diferencia considerable respecto a Buenos Aires, se ubican Santa Fe, Córdoba y Mendoza con 9,75% (17.740 CUDs), 5.99% (10.892 CUDs) y 5,52% (10.045 CUDs), respectivamente. El volumen anual de certificados emitidos y cargados en la base del Registro Nacional muestra un crecimiento sostenido, especialmente entre el 2009 y el 2013, producto del crecimiento y de la consolidación de las Juntas Evaluadoras en todo el país. Entre 2013 a 2014 el aumento se mantuvo estable. Según el Anuario Estadístico Nacional sobre Discapacidad de 2014 la estabilidad de los últimos años se debe a que la cantidad de Juntas Evaluadoras se ha mantenido en el mismo nivel (Servicio Nacional de Rehabilitación, 2014)

En lo que respecta al ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y considerando los datos del Servicio Nacional de Rehabilitación (SNR) para el año 2014 se observa que 449 personas han sido certificadas con CUD (312 personas con una sola discapacidad y 137 con más de una).

Según sexo se advierte que prevalece una mayor cantidad de varones que han solicitado el CUD en relación a las mujeres (53% de los varones y 47% de las mujeres).

Entre las personas con discapacidad que obtuvieron el CUD y que poseen un solo tipo de discapacidad, prevalece la discapacidad motora. El 46% de las personas las padece. En segundo lugar se registran las

[19] http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf

discapacidades mentales con un tercio del total de personas. Los restantes tipos (auditiva, visceral, visual poseen menor representación (Cuadro N °1)

Cuadro N°1 - Cantidad de personas con discapacidad con CUD que fueron certificadas con un sólo tipo de discapacidad. C.A.B.A. Año 2014 - En números absolutos y porcentajes. 2014.

TIPO DE DISCAPACIDAD	CANTIDAD DE PERSONAS	PORCENTAJE
Motora	144	46,15 %
Mental	107	34,29 %
Auditiva	25	8,01 %
Visceral	20	6,41 %
Visual	16	5,13 %
Totales	312	100,0 %

Fuente: SNR-2014

Teniendo en cuenta la cantidad de personas con más de una discapacidad que fueron evaluadas en la CABA y obtuvieron su certificado en 2014 se evidencia que casi un tercio presenta discapacidad motora-visceral (32,8%); en segundo y tercer término y con similares porcentajes (24%) se encuentran las discapacidades motora-mental-visceral y la motora-mental. Las restantes discapacidades tienen menor representación (Cuadro N°2).

Cuadro N°2: Cantidad de personas con discapacidad que fueron certificadas con más de un tipo de discapacidad. C.A.B.A. 2014. En números absolutos y porcentajes.

TIPO DE DISCAPACIDAD	CANTIDAD DE PERSONAS	PORCENTAJES
Motora Visceral	45	32,85%
Motora Mental Visceral	33	24,09%
Motora Mental	33	24,09%
Mental Visceral	5	3,65%
Mental Auditiva	5	3,65%
Motora Auditiva	4	2,92%
Motora Auditiva Visceral	3	
Motora Visual	2	1,46%

Visual Visceral	1	0,73%
Auditiva Visceral	1	0,73%
Mental Visual	1	0,73%
Motora Auditiva Visual	1	0,73%
Motora Mental Visual Visceral	1	0,73%
Motora Mental Visual	1	0,73%
TOTALES	137	100,0%

Fuente: SNR-2014

Postulando el análisis de la evaluación y certificación de las consecuencias de un problema de salud, es que las Juntas Evaluadoras encuentran su razón de ser en nuestro país.

El análisis del CUD como política de salud intenta ir un poco más allá, enfatizando en el accionar de las Juntas Evaluadoras su importancia como uno de los principales actores de la política de salud para las PCD.

La creación del Centro Integral de Evaluación y Gestión de discapacidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se produjo en el año 2014 año en que comenzó a funcionar, respondiendo a una iniciativa de Comisión para la Plena Participación e Inclusión de las Personas con Discapacidad (COPIDIS).

La iniciativa que dio origen a su institución fue la necesidad de crear un único establecimiento donde congregar todas las juntas evaluadoras interdisciplinarias en Ciudad de Buenos Aires.

Los Integrantes del Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad, toman como marco conceptual de referencia para definir la discapacidad a la Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), la cual determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. También utilizan la CIF (2001).

La caracterización que se hace desde estas clasificaciones, permite que en el Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad se agrupen a las distintas personas con alteración en el funcionamiento de acuerdo a 5 categorías: motora, visceral, mental, auditiva y visual.

Esta institución en la que funcionan las juntas evaluadoras, produjo en el año 2014 un anuario en el que uno de sus objetivos fue la caracterización de las PCD atendidas por aquellas. Datos que cada Junta Evaluadora de la discapacidad desarrolla al momento de evaluar a una persona.

Para cumplir con aquel objetivo, este organismo se constituyó en pionero en la generación de información, a través de dos procesos claves:

• Constitución de un Protocolo de Evaluación que toma como marco conceptual CIE-10 y la CIDDM.

• Unificación de Criterios para la certificación de la discapacidad.

Desde este lugar el Protocolo de Evaluación al confluir en la valoración unificada de la discapacidad, se constituye en una herramienta de recolección de datos para generar información estadística sobre las Personas con Discapacidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

6. Consideraciones finales

A lo largo del presente trabajo se pudo dar cuenta de la necesidad de contar con información fehaciente sobre la situación de la certificación de la discapacidad en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Tanto en la Argentina como en el resto de los países de la región, la recolección de información sobre la situación de las personas con discapacidad, su evaluación y posterior certificación, se configura en un instrumento de referencia para el aporte en el diseño de políticas sociales.

A partir de dicha información se estableció que dentro de los actores relevantes en la discapacidad se encuentran no sólo las personas con una situación de salud específica, sino también los distintos prestadores de servicios de salud, los profesionales que intervienen en las Juntas Evaluadoras además de las organizaciones no gubernamentales y las familias. Actores éstos que se interrelacionan en un campo de disputa con distintos grados de poder.

Las demandas presentadas por las PCD confieren a las organizaciones de la sociedad civil en un actor de relevancia en el acompañamiento de las personas con discapacidad y sus familias.

La posibilidad de poseer un certificado de discapacidad implica por un lado, el reconocimiento por parte del Estado de que aquel que lo porta como perteneciente a una categoría específica que los hace

legítimos beneficiarios de asistencia y protección; pero por otro, estos sujetos se inscriben en una categoría específica de seres que portan el estigma de los “discapacitados/diferentes”

El análisis del CUD como política de salud descripto en el presente trabajo, pretendió analizar el proceso de implementación, puesta en marcha, posibles modificaciones y evaluación del Certificado Único de Discapacidad y analizar el accionar de las Juntas Evaluadoras como uno de los principales actores de la política de salud para las PCD.

Conocer el funcionamiento de las mismas mostró que éstas funcionan como un mecanismo de control a través de la gestión de la certificación y/o renovación de una determinada condición de salud. Este control da paso a la permanencia de los sujetos “discapacitados” en distintos programas de asistencia social, que sólo el Estado puede proveer.

Se pudo corroborar a su vez que en las evaluaciones tendientes a certificar una discapacidad, aún subyace un sesgo médico-biologicista que desatiende el peso de una mirada social a nivel integral en la evaluación. Si bien la composición de las Juntas ha incorporado un abordaje interdisciplinario, aún persiste una fuerte influencia del modelo médico hegemónico. Esta cuestión se configura en uno de los temas a seguir profundizando en el abordaje interdisciplinario de la discapacidad como un dispositivo de referencia.

Reflexionando respecto de la intervención del Trabajador Social en las Juntas Evaluadoras, es pertinente recalcar que la misma no sólo se lleva a cabo “escuchando u observando”; sino por el contrario permitiendo con su accionar el empoderamiento de las PCD y la activación de una ciudadanía enmascarada por la exclusión de la que son objeto cuando no se las considera sujetos de derecho.

Bibliografía

- Acuña, C. H y Goñi, L. G. "Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos" 1ª ed. –Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores. 2010.
- Aguado Díaz, A. L. "Historia de las Deficiencias". Escuela Libre Editorial. Fundación Once. Madrid. 1995.
- Anuario Estadístico 2014 sobre Discapacidad en la Ciudad de Buenos Aires.
- Bourdieu, P. "Respuestas. Por una antropología reflexiva". México, Grijalbo. 1995.
- Bourdieu, P. "Cosas dichas" Buenos Aires, Gedisa Editorial. 1998.
- Casado Pérez, D. "Conceptos sobre la Discapacidad". Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Nº 50. 2001.
- Ferreres, C. "El rol de la CTA en la lucha por el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad. La articulación con otras organizaciones sociales y de personas con discapacidad" en Eroles, C. y Ferreres, C. "La Discapacidad: una cuestión de Derechos Humanos" 1ª ed. 1ª reimp.- Buenos Aires: Espacio Editorial. 2005.
- Foucault, M. "La Verdad y las Formas Jurídicas" Gedisa. 2009.
- Krmpotic, C. S. "Familia y Política Social" en Eroles, C. () "Familia(s), estallidos, puente y diversidad: una mirada transdisciplinaria de derechos humanos" Espacio Editorial, Buenos Aires. 2006.
- Lo Vuolo, R. "Políticas económicas y políticas sociales en Argentina: una contradicción persistente" Documentos de trabajo, número 1, Buenos Aires, CIEPP. En Repetto, F. (1998) "Notas para el análisis de las políticas sociales. Una propuesta desde el institucionalismo" Perfiles Latinoamericanos. 1990.

- Pantano, L."La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: Reflexiones y propuestas" 2ª edición. Buenos Aires: EUDEBA. 1993.
- Vallejos, I. "La categoría de normalidad: una mirada sobre viejas y nuevas formas de disciplinamiento social" en Rosato, A. y Argelino, M. A. "Discapacidad e ideología de la normalidad: desnaturalizar el déficit". 1ª ed. –Buenos Aires: Centro de publicaciones Educativas y Material Didáctico. Noveduc. 2009.
- Ventura, M.C. "Nuevas prácticas en Trabajo Social" en Castro, M.E. et al. "Trabajo Social de Hoy: Experiencias de campo e intervenciones profesionales" Consejo Profesional de Graduados en Servicio Social o Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. 1ª edición. Espacio Editorial. 2002.

Marco Legal

- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (2001) Organización Mundial de la Salud.
- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: Versión para la Infancia y Adolescencia (CIF-IA) (2011) Organización Mundial de la Salud.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.
- Ley 22.431. (1981) Sistema de protección Integral de los Discapacitados.
- Ley 24.754. (1996) Medicina Prepaga.
- Ley 24.901. (1997) Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad.
- Ley 153. (1999) Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Ley 25.504. (2001) Modificación de la Ley Nº 22.431.
- Ley 26.378. (2006) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo.
- Resolución 428/1999. Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad. Normativa General. Niveles de atención y tratamiento. Buenos Aires.
- Resolución 675/2009. Modelo Único de Discapacidad y el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad.

Web grafía

- http://www.indec.gov.ar/ftp/cuadros/sociedad/PDLP_10_14.pdf
- http://www.snr.gob.ar/wp-content/uploads/2015/08/MEMORIA2011