

# REVISTA PASAJES

UNAM

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Red Internacional de  
Investigadores y Participantes  
sobre la Integración Educativa

ISSN 2448-5659



No. 13 julio/diciembre  
2021



Título: VENTANA INTERIOR

Diseño: Julio Paz

[juliopaz.arte@gmail.com](mailto:juliopaz.arte@gmail.com)

Descripción y simbolismo.

“Un pez, de espesa caparazón, nada en aguas turbulentas, con gesto que transmite serenidad y confianza. Su cuerpo define un ojo que en su retina enfoca a lo lejos, en el horizonte, una isla que emerge de aguas tranquilas y sobre la cual crecen vigorosamente las hojas de un árbol nuevo lo que ocupa el centro de la escena. El agua, el aire y la tierra – los elementos básicos de la naturaleza - dialogan con el pez que simboliza los seres vivos, representando el conjunto al ambiente, y la necesidad de adoptar urgentemente una nueva relación de mayor humanidad y equilibrio. Las hojas del árbol en tanto, la esperanza que debe animar nuestras acciones. Varias hojas más pequeñas ascienden desde la base, que intenta representar los valores firmes que debemos conservar”

## CUERPO DIRECTIVO

### Directora

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo  
*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

### Subdirectora

Dra. Patricia Brogna  
*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

### Editores

Drdo. Juan Guillermo Estay Sepúlveda  
*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo  
*Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México*

### Enlace Internacional

Drdo. Silvia Laura Vargas López  
*Universidad Autónoma del Estado de Morelos, México*

Lic. Oscar Christian Escamilla Porras  
*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

## CUERPO ASISTENTE

### Traductora: Inglés

Lic. Paulinne Corthorn Escudero  
*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

### Traductora: Portugués

Lic. Elaine Cristina Pereira Menegón  
*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

### Diagramación / Documentación

Lic. Carolina Cabezas Cáceres  
*Editorial Cuadernos de Sofía, Chile*

### Portada para este Número

Yeshua Kaiser

## COMITÉ EDITORIAL

Mg. Emilia Adame Chávez  
*SEP Quintana Roo, México*

Dr. Luiz Alberto David Araujo  
*Pontificia Universidad Católica de Sao Paulo, Brasil*

Dra. Patricia Brogna  
*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Dra. Mónica Leticia Campos Bedolla  
*Universidad Mondragón-UCO, México*

Dra. Gabriela Croda Borges  
*Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México*

Dr. Rodolfo Cruz Vadillo  
*Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla, México*

Mg. Mabel Farfán  
*Universidad de Tolima, Colombia*

Dra. Elizabeth Guglielmino  
*Universidad Nacional de la Patagonia, Argentina*

Dra. Blanca Estela Zardel Jacobo  
*Universidad Nacional Autónoma de México, México*

Lic. Sandra Katz  
*Universidad Nacional de La Plata, Argentina*

Dra. María Noel Míguez  
*Universidad de La República, Uruguay*

Dr. Joan Jordi Montaner  
*Universitat de les Illes Balears, España*

Dra. Lyda Pérez Acevedo  
*Universidad Nacional de Colombia,  
Colombia*

Dr. Juan Antonio Seda  
*Universidad de Buenos Aires, Argentina*

Mg. Claudia Peña Testa  
*Universidad Nacional Autónoma de  
México, México*

Mg. Silvia Laura Vargas López  
*Universidad Autónoma del Estado de  
Morelos, México*

Dr. Sebastía Verger Gelabert  
*Universitat de les Illes Balears, España*

#### COMITÉ CIENTÍFICO INTERNACIONAL

Dra. Valdelúcia Alves da Costa  
*Universidad Fluminense, Brasil*

Mg. Araceli Bechara Asesora  
*Consultora Independiente, Argentina*

Dr. Gildas Brégain  
*Université de Rennes 2, Francia*

Dr. Nicola Coumo  
*Università degli Studi di Bologna, Italia*

Mg. Alfredo Flores  
*METONIMIA Chiapas, México*

Ph. D. Alice Imola  
*Università degli Studi di Bologna, Italia*

Dr. Alfredo Jerusalinsky  
*Centro Dra. Lydia Coriat de Porto Alegre,  
Brasil*

Mg. Juan David Lopera  
*Universidad de Antioquia, Colombia*

Dr. Benjamía Mayer  
*Estudios 17, México*

Dra. Lady Meléndez  
*Universidad Nacional de Educación a  
Distancia, Costa Rica*

Dr. Martial Meziani  
*INS HEA, Francia*

Dr. Pedro Ortega  
*Universidad de Murcia, España*

Lic. Wilson Rojas Arevalo  
*Independiente, Chile*

Mg. Valeria Rey  
*Universidad Metropolitana de Ciencias de  
la Educación, Chile*

Mg. Graciela Ricci  
*ADDEI, Argentina*

Lic. Marcela Santos  
*Universidad de Casa Grande, Ecuador*

Dr. Carlos Skliar  
*FLACSO, Argentina*

Dr. Saulo Cesar paulino e Silva  
*Universidad de Sao Paulo, Brasil*

Dra. Norelly Soto  
*Universidad de Medellín, Colombia*

Mg. Viviana Vrsalovic Henríquez  
*Universidad de Los Lagos, Chile*

# **EL CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD EN LA ARGENTINA: HISTORIA DE UNA POLÍTICA DE DISCRIMINACIÓN POSITIVA A LA LUZ DEL ANÁLISIS DEL SISTEMA DE SALUD.**

## **THE DISABILITY CERTIFICATE IN ARGENTINA: THE HISTORY OF A POSITIVE DISCRIMINATION POLICY IN THE LIGHT OF THE HEALTH SYSTEM.**

**Axel LEVIN<sup>1</sup>**

[axellevin4@gmail.com](mailto:axellevin4@gmail.com)

### **Resumen**

En este artículo analizaré cómo está estructurado el sistema de salud en Argentina, y el lugar que tiene el Certificado Único de Discapacidad (CUD). Con este fin, por un lado, haré una historización en la que reconstruiré distintos hitos en la legislación y las políticas públicas. Por otro lado, en base a distintos trabajos que relevan experiencias concretas tanto de usuarios del certificado como de los agentes estatales responsables de su gestión, caracterizaré algunas de las tensiones que rodean al CUD. Abriré, así, un debate en torno esta política diferencial, la cual se presenta como imprescindible para el acceso a derechos universales en un porcentaje significativo de la población.

Certificado Único de Discapacidad; Certificación estatal; Políticas diferenciales;  
Sistema de salud; Accesibilidad.

### **ABSTRACT**

In this article I will analyse the way the health system is structured in Argentina, and the role that the disability certificate (CUD or Certificado Único de Discapacidad)

---

<sup>1</sup> Es Licenciado y Profesor en Ciencias Antropológicas (FFyL-UBA), y becario doctoral del CONICET por el Instituto de Investigaciones Sociales de América Latina (IICSAL) – FLACSO/CONICET.

plays in it. In order to do this, I will first make a review of its history, highlighting a number of particularly relevant changes in the approach taken by public policies and the law. Then I will describe certain tensions that have built around the CUD, based on the literature that studies concrete experiences both by CUD beneficiaries and state agents in charge of its issuance. That way, I will open a debate regarding the role of the CUD, which has become essential for a significant part of the population in order to access universal rights.

Disability certificate; State certification; Policy segmentation; Health system;  
Accessibility.

## INTRODUCCIÓN

El sistema de salud de la Argentina está dividido en tres sub-sectores: el subsistema público, el subsistema de las obras sociales, y el subsistema privado. Sin embargo, hay que diferenciar, conceptualmente, esta división con la del tipo de cobertura de salud de la población<sup>2</sup>. Esto es importante porque marca cómo, en la práctica, los subsistemas no son independientes sino que están entrelazados<sup>3</sup> (Belmartino, 2010; Cetrángolo, 2015; Findling *et al*, 2002).

A lo largo de la historia de nuestro país, estos sub-sectores regulados por el Ministerio de Salud de la Nación tuvieron distinta preponderancia y alcance, configurando un sistema de salud general con grados diversos de universalidad, integralidad, y equidad (Cetrángolo, 2015; Venturiello y Ferrante, 2018). A continuación realizaré una historización por distintos períodos, para entender con mayor profundidad cómo está organizado el sistema de salud vigente.

---

<sup>2</sup> En lo que se refiere a las coberturas de salud de la población, actualmente, según las últimas estadísticas disponibles (INDEC, 2010), un 46% de la población argentina tiene cobertura de salud otorgada por obras sociales, un 16% cobertura de salud otorgada por prepagas privadas, y un 38% tiene cobertura únicamente en el subsistema de salud pública.

<sup>3</sup> En la actualidad, por ejemplo, una persona puede tener cobertura de salud en una obra social y atenderse tanto en el subsistema de salud pública como en el subsistema de salud privado (dado que la obra social puede tercerizar servicios tanto en instituciones públicas como privadas).

Por último, en vínculo con lo anterior, analizaré algunas de las particularidades del Certificado Único de Discapacidad como política pública y sus posibles implicancias.

### **ANTES DE SER UNA POLÍTICA FOCALIZADA: DISCAPACIDAD Y SISTEMA DE SALUD.**

Desde el primer y segundo gobierno peronista (1946-1955) hasta la última dictadura militar (1976-1983), la cobertura de salud de la población argentina descansaba mayormente en el subsistema de salud público y en el subsistema de salud de las obras sociales, ambos con características distintivas en relación a su composición actual (Belmartino, 2010; Findling *et al*, 2002). El subsistema de salud pública dependía en su mayor parte, financiera y políticamente, de la administración nacional, lo que facilitaba un presupuesto y diseño universal. Con el suceder de las distintas dictaduras militares, y de las reformas acaecidas en la década de 1990, hoy en día el subsector de salud pública se encuentra en su mayoría provincializado y hasta municipalizado, dejando librado las dependencias de salud a presupuestos menores y políticas diferenciales (Cetrángolo, 2015; Cetrángolo y Gatto, 2002).

Por otra parte, el subsistema de salud de las obras sociales contaba con un afluente significativo de inversiones en clínicas y centros de salud propios, a diferencia de la actualidad en donde la mayoría de las prestaciones se encuentran tercerizadas en el subsistema de salud público y privado (Belmartino, 2010; Cetrángolo, 2015). Este desarrollo equitativo de la cobertura en salud para todos los miembros de un rubro laboral era posible no solo por los altos índices de empleo formal con sus respectivos aportes (Findling *et al*, 2002), sino porque hasta 1970 no existía una legislación que habilitase la tercerización de servicios entre ellas y el subsector privado (Alonso, 2016)<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> El crecimiento del subsector de los obras sociales dio un salto cuando en 1970, bajo la dictadura de Juan Carlos Onganía (1966-1970), se aprueba la Ley 18.610 que estipula la obligatoriedad de la afiliación de los trabajadores en relación de dependencia a una obra social, regulando sus aportes y la de los de los empleadores (Cetrángolo, 2015). También institucionaliza la responsabilidad sindical en la administración de las obras sociales, y habilita la tercerización de prestadores en el subsistema de salud privada (Alonso, 2016)

En este contexto, no había una política de salud diferencial para personas que necesitasen una mayor atención, o cierta atención específica, a través de una denominación oficial de *discapacidad*. El certificado de discapacidad no existía como política focalizada. Las necesidades en materia de salud de la mayoría de la población eran cubiertas por estos dos subsistemas sin una diferenciación en cuanto a la manera de financiar y/o brindar los servicios (Cetrángolo, 2015). De hecho, se crearon organismos estatales de rehabilitación, de acceso gratuito y universal, para este fin durante todo este período, principalmente en la década de 1950 y 1960 (Bregain, 2012; Testa, 2018).

Llegado este punto, resulta fundamental historizar cómo la perspectiva de la rehabilitación se desarrolló en el sistema de salud argentino. La Doctora en Ciencias Sociales Daniela Edelvis Testa (2018) remite, en primer lugar, a la manera en que los gobiernos nacionales de fines del siglo XIX dieron asistencia social a los sobrevivientes de la Guerra del Paraguay y de las epidemias de fiebre amarilla. Esta ayuda social a “los lisiados” era entendida como una compensación por los servicios prestados en la guerra, y de protección social a los desafortunados aquejados por la epidemia. Era una política de asistencia estatal sin mucho más objetivo que la caridad en sí misma.

Es recién luego de la Segunda Guerra Mundial, principalmente desde los países nórdicos de Europa con referencia en el modelo anglosajón, que surge la rehabilitación como una perspectiva que busca la re-funcionalización corporal para la integración en el mercado laboral de personas que habían quedado improductivas. Es decir, el concepto de lograr, a través de un conjunto de terapias, devolverles una utilidad social a aquellas personas que habían quedado discapacitadas. Se plantea, entonces, que más allá de la cura de una enfermedad, una infección, una patología, se hace necesario rehabilitar a esa persona con determinada condición en salud (crónica) y re-educarla para una función productiva (Testa, 2018).

En la Argentina las principales agencias estatales de rehabilitación<sup>5</sup>, que tomaron una entidad autárquica, surgen a finales de la década de 1950 con la autodenominada Revolución Libertadora<sup>6</sup> y tuvieron un fuerte desarrollo durante la década 1960 (Bragain, 2012). Si bien liquidaron las numerosas instituciones de salud que fueron creadas durante el peronismo, utilizaron parte de su estructura, saberes, e incluso profesionales, para el nuevo sistema (Testa, 2018). Por ejemplo, utilizaron las instalaciones pertenecientes a la Fundación Eva Perón en la calle Ramsay como centro de esas agencias, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Hoy en día, de hecho, ahí funciona la actual Agencia Nacional de Discapacidad.

En este marco, la epidemia de polio, con consecuencias importante en la población infantil, fue una de las principales causas que impulsó el desarrollo de la rehabilitación médica y la reeducación funcional (Bragain 2012; Testa, 2018). Surgen también, en este mismo período, el deporte adaptado y los primeros equipos de personas con discapacidad que representan al país en el exterior. Estos, de alguna manera, fueron los primeros organismos representantes de las personas con discapacidad que posibilitaron hacer escuchar su voz y reclamos (Ferrante, 2014).

La rehabilitación en la Argentina estuvo íntimamente ligada a las epidemias de polio de las décadas de 1950-1960 y a la pregunta sobre cómo re-funcionalizar a niño/as pensando en su reinserción productiva futura (Bragain 2012; Testa, 2018). En este sentido, desde el comienzo, la perspectiva rehabilitadora en el país estuvo marcada por un concepto normalizador que circunscribe las problemáticas a aspectos de salud individual, con el foco en el tratamiento de cuerpos dis-funcionales (Ferrante, 2014). De esta forma, son las personas las responsables de llevar adelante una adaptación funcional como condición para su participación en sociedad (Testa, 2018).

---

<sup>5</sup> Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (CNRL), Instituto de Rehabilitación del Lisiado (IREL).

<sup>6</sup> Se trata de la dictadura militar (1955-1958) que derrocó a Juan Domingo Perón.

El modelo médico-rehabilitador, en este sentido, se basa, a la vez que contribuye a formar, un ideal de cuerpo sano-funcional-bueno-bello que se impone como la norma de lo legítimo y deseable (Ferreira, 2009; Ferrante y Ferreira, 2011). Es decir, como el punto de referencia desde el cual valorar la vasta heterogeneidad de cuerpos y personas. La desviación de ese parámetro se carga de una connotación negativa, deficitaria, disfuncional, que se vuelve “legítima” sólo en la medida que se intente corregir (mediante la rehabilitación médica, el perfeccionamiento estético, el entrenamiento físico, etcétera).

En síntesis, este sistema de salud general tendiente a la universalidad, integralidad, y equidad de la atención de la población, adquiere su máxima expresión en nuestro país en el período que va de 1945 a 1976, con un fuerte desarrollo de políticas públicas en rehabilitación a partir de 1956 (Bragain, 2012). Este período, más allá de sus matices y puntos de quiebre, es caracterizado por muchos científicos sociales por la vigencia de un Estado de Bienestar, conquistando y cumpliendo derechos a través de políticas universales centradas en el sector público. No obstante, se basó y contribuyó a formar una visión individualista y biologicista de la discapacidad, en sintonía con el modelo médico-rehabilitador imperante. Es importante tener de referencia a este período histórico para analizar la degeneración del sistema de salud en pos de entender su estructuración actual.

### **EL SISTEMA DE SALUD ACTUAL: FRAGMENTACIÓN, PRIVATIZACIÓN, Y POLÍTICAS DIFERENCIALES.**

Basándome, principalmente, en un documento elaborado por REDI<sup>7</sup> en el 2012, quiero desarrollar algunos puntos claves del proceso mencionado en el párrafo anterior. Un acontecimiento central, en este sentido, es el fracaso en la implementación del Sistema Nacional de Seguro de la Salud, creado a fines de 1988 a través de la Ley 23.661, como un intento de fortalecer los subsistemas de salud pública y de las obras sociales desfinanciados por la última dictadura militar (1976-1983). En palabras del propio documento:

---

<sup>7</sup> Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Las complejas negociaciones que fueron necesarias para instaurar este seguro de salud comenzaron en el año 1983 con la recuperación de la democracia. El debate giró en torno a la necesidad de un sistema de salud universalista. Los actores que lo llevaron a cabo fueron los dirigentes sindicales y los dirigentes políticos del gobierno democrático. En aquella oportunidad la población con cobertura se estimaba en un 70% (obras sociales) –los números no resultan alocados si se considera que el empleo registrado era considerablemente mayor que el actual y la tasa de desempleo considerablemente menor–. Es así que existían condiciones objetivas para pensar que la solución al problema de falta de cobertura en salud se encontraría en un Seguro Nacional de Salud que cubriría a toda la población y en el que el aporte del estado sería el responsable de cubrir al 30% restante sin cobertura.

(...) Otra de las características importantes del seguro era su “integralidad”. No sólo pretendía abarcar a toda la población sino también contemplar todas las prestaciones necesarias para reestablecer el estado de salud. Esto se ve reflejado en el artículo 2 de la norma, que establece:

“El seguro tendrá como objetivo fundamental proveer el otorgamiento de prestaciones de salud igualitarias, integrales y humanizadas, tendientes a la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.”

(...) Como se destacó, las obras sociales (nacionales y provinciales) constituyen un agente de gran relevancia en el sistema ya que proveen de cobertura a gran parte de la población. De acuerdo a la ley que comentamos, estos agentes deben adecuar sus prestaciones a las exigencias de integralidad e igualdad mencionadas. De este modo el Sistema de Salud queda escindido en dos grandes subsistemas: el de obras sociales y el público.

(...) Si bien estos componentes centrales del Seguro Nacional de Salud implementado por la Ley N° 23.661 se encuentran aún vigentes, las profundas reformas de corte neoliberal introducidas durante los años noventa produjeron un impacto tal en el sistema que terminaron por alterarlo por completo. (REDI, 2012: 7 y 8)

Con esto último, el texto refiere a toda una serie de medidas durante la década de 1990 que tendieron a hacer crecer al subsistema de salud privado y precarizar el subsistema público y de las obras sociales (Cetrángolo, 2015; Findling *et al*, 2002). Dos de estas medidas fueron: 1) terminar el proceso de federalización del subsistema de salud público empezado por la última dictadura militar, lo que lleva a la diferenciación y jerarquización de presupuestos y políticas en salud por distrito (Cetrángolo y Gatto, 2002)<sup>8</sup>; 2) la precarización y flexibilización de las obras social,

---

<sup>8</sup> Este proceso, siguiendo a los autores citados, se compone de tres hitos:

junto a su entrelazamiento cada vez mayor con el subsistema de salud privado en crecimiento<sup>9</sup>.

De esta forma, el sistema de salud argentino se hizo cada vez más desigual, con subsistemas de salud jerarquizados en calidad y cantidad de atención, tanto hacia dentro de cada subsistema como entre ellos, en paralelo a un proceso de mercantilización con la preponderancia creciente del subsistema de salud privado (Cetrángolo, 2015; Fara, 2010). Para compensar esta situación de creciente desigualdad en el acceso a diversos servicios, en 1995 se pone en marcha la consolidación del Plan Médico Obligatorio, estipulando qué prestaciones deben brindar de manera obligatoria las coberturas de medicina prepaga y las obras sociales (Findling *et al*, 2002). Sin embargo, el Plan Médico Obligatorio<sup>10</sup> abarca a un limitado número y tipo de prestación de salud, dejando de manera inaccesible, o accesible solo a quien pueda pagarlo, una amplia cantidad de prestaciones (REDI, 2012).

---

A través de la Ley 21.88325 de 1978 se aprobaron los convenios suscritos entre el Ministerio de Bienestar Social de la Nación con la Ciudad de Buenos Aires y las provincias de Buenos Aires, Catamarca, Córdoba, Entre Ríos, Salta, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán mediante los que se transfirieron 65 hospitales desde la Nación a esas jurisdicciones.

Luego, en 1992, a través del artículo 25 de la Ley de Presupuesto de la Administración Nacional de ese año (Ley 24.061), se transfirieron 20 establecimientos hospitalarios que el estado nacional conservaba, especialmente en la Ciudad de Buenos Aires.

Por último, en 1997, a través de Ley de Presupuesto de la Administración Nacional de ese año se transfiere el Hospital Nacional Posadas, la Colonia Montes de Oca y el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur.

<sup>9</sup> En 1993, a través del decreto 9/93 y del decreto reglamentario 576/93 (que reglamenta las leyes 23.660 y 23.661 sancionadas en 1988), se habilita la libre afiliación de trabajadores entre las obras sociales existentes, y la libre asociación de las obras sociales con organizaciones financiadoras y proveedoras de atención (REDI, 2012). Se instaura así un sistema de derivación de aportes que beneficia a las obras sociales y sindicatos más grandes en detrimento de los más chicos, y a aquellas obras sociales que tengan acuerdos con prestadores del subsistema de salud privado. También se fomenta el crecimiento de las empresas de medicina prepaga, habilitando la derivación de aportes a ese sector.

Esto en un contexto de desfinanciación creciente en el subsector de las obras sociales, producto de las políticas de precarización laboral, la reducción de aportes patronales, y la reducción del trabajo en relación de dependencia durante toda la década de 1990.

<sup>10</sup> En el año 2002, a raíz de la crisis económica del año 2001, el Plan Médico Obligatorio fue modificado y ampliado, aunque siguió teniendo una extensión muy limitada. Se renombró como Plan Médico Obligatorio de Emergencia, y se prorrogó hasta finales del 2013 (REDI, 2012).

A modo de conclusión de esta reconstrucción histórica del sistema de salud, el documento elaborado por REDI plantea:

Como se puede observar, el paso de las prestaciones integrales, universales e igualitarias perseguidas por la Ley de Seguro de Salud a la garantía de servicios básicos de salud impuesta por la emergencia sanitaria ha implicado un cambio de paradigma notable. Como consecuencia de ello, enfrentamos actualmente un sistema desordenado, heterogéneo, ineficaz, ineficiente y con escasas probabilidades de brindar una atención integral y universal adecuada para satisfacer el derecho a la salud de la población argentina (REDI, 2012: 11).

En efecto, se trata de un proceso histórico, aun en curso, por el cual el derecho universal a la salud queda relegado a la lógica neoliberal del mercado y la competitividad: se accede de manera diferencial a dicho derecho de acuerdo a la condición socio-económica de cada uno (Vallejos, 2013a).

Esto plantea, a su vez, una situación de particular inequidad para aquellas personas que necesitan un número mayor de prestaciones, o prestaciones de salud de cierto tipo, que no están incluidas dentro del Plan Médico Obligatorio, y/o son ofrecidas en muy poca cantidad por el subsistema público. Dentro de este conjunto de personas, que presenta una mayor problemática de accesibilidad a las prestaciones de salud que precisa, se encuentra el colectivo de personas con discapacidad. La respuesta estatal a esta problemática merece un análisis específico, que releve sus contradicciones a la luz del desarrollo histórico precedente. Me refiero a las políticas de discriminación positiva centradas en el Certificado Único de Discapacidad (Venturiello, 2017).

El Certificado Único de Discapacidad (CUD) se crea en la última dictadura militar, en el año 1981, a través de la Ley N° 22.431 que instaura el denominado “Sistema de protección integral de los discapacitados”. Con esta ley la dictadura intenta dar una imagen políticamente positiva en el marco de que 1981 había sido declarado por la Organización de Naciones Unidas como el “Año internacional de los

Impedidos”<sup>11</sup>. A su vez, dicha ley deroga la N°20.923 aprobada en 1974, que estipulaba un cupo laboral del 4% para personas con discapacidad dentro del sector privado, y la representación del colectivo en una Comisión Nacional de Discapacitados estatal (Bregain, 2012).

El “Sistema de protección integral de los discapacitados” de la dictadura responsabilizaba a cada subsistema de crear los regímenes diferenciales necesarios para hacerse cargo de las prestaciones de salud que las personas con discapacidad requiriesen, en la medida que presentasen su discapacidad certificada (Venturiello, 2017). Pero es recién en 1997 que a través de la Ley 24.901 se crea el “Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”, el que establece cuáles son las prestaciones obligatorias<sup>12</sup> que el subsistema de las obras sociales deberá otorgar a aquellas personas que presenten Certificado Único de Discapacidad<sup>13</sup> (Fara, 2010). Al mismo tiempo, se establece que dichas prestaciones serán financiadas por un presupuesto diferencial, a cargo del Estado<sup>14</sup>, denominado Fondo Solidario de Redistribución<sup>15</sup>, a través de un Sistema Único de Reintegro. Es de resaltar que en la década de 1990 se termina de consolidar una respuesta estatal a la falta de accesibilidad de amplios sectores de la población a prestaciones de salud a través

---

<sup>11</sup> En 1976 la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas proclama a 1981 como Año Internacional de los Impedidos a través de su resolución N° 31/123.

<sup>12</sup> Los detalles de dichas prestaciones obligatorias se pueden consultar accediendo al cuerpo de la ley a través del siguiente link: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>

También se puede acceder al Nomenclador de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad aprobado por la resolución del entonces Ministerio de Salud y Acción Social N° 428, en 1999, a través del siguiente link: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/60000-64999/62835/norma.htm>

<sup>13</sup> El subsistema de salud privado, recién desde el 2011, a través de la Ley de Medicina Prepaga N° 26.682, se rige por este sistema de prestaciones obligatorias a brindar en la medida que se acredite una discapacidad a través del CUD.

<sup>14</sup> Primero estuvo a cargo de la denominada Administración de Programas Especiales, pero desde el 2012 está a cargo de manera directa la Superintendencia de Servicios de Salud.

<sup>15</sup> Este fondo, principalmente, se compone del 10% de la suma de los aportes de trabajadores y empleadores destinados a constituir los fondos de las obras sociales (o 15% para el caso de personal jerárquico).

de una política diferencial, focalizada en la certificación de discapacidad (Centrangolo, 2015; Fara, 2010; Venturiello, 2017).

Llegado este punto es relevante caracterizar a la certificación de discapacidad en su carácter dual: como una garantía para el cumplimiento de derechos, muchas veces imprescindible en la forma de organización socioeconómica y estructuración del sistema de salud actual; y como una política de discriminación positiva, base de procesos de *exclusión incluyente*, potencialmente *estigmatizante* (Levin, 2019). En efecto, propongo abordar la certificación estatal de la discapacidad como un fenómeno complejo y contradictorio, en el que se conjuga la garantía legal de derechos adquiridos con la legitimación de relaciones sociales discapacitantes. Me refiero, de esta manera, a la existencia de una política que oficializa parámetros dados como *natural* de clasificación de las personas entre *anormales-discapacitados* y *normales-sin discapacidad* (Rosato *et al*, 2009; Rosato y Angelino, 2009) al establecer un circuito diferencial de cumplimiento de derechos (a la salud, a la educación, etcétera) para los que categoriza como discapacitados.

En otras palabras, postulo que al dejar atrás determinadas políticas sociales y de salud que partían de un *diseño universal* (Werneck, 2005), sin la necesidad de acreditar un Certificado Único de Discapacidad, para garantizar el cumplimiento de derechos comunes a través de una política de discriminación positiva, se generan procesos de *diferenciación* arbitrarios (Skliar, 2015). Estos contribuyen a jerarquizar valorativamente ciertas corporalidades y funcionalidades por sobre otras (Ferreira, 2009). De esta forma, se individualiza la problemática y se invisibilizan las *barreras discapacitantes* existentes (entre ellas la precarización, fragmentación, y mercantilización del sistema de salud antes desarrollado).

En sintonía con la caracterización anterior, el sociólogo Eduardo Joly, militante de REDI y presidente de la Fundación Rumbos, plantea:

*En este contexto ideológico, donde confluyen criterios políticos y económicos y prejuicios médicos, el certificado de discapacidad al que hice referencia antes,*

más que servir para acceder a prestaciones médicas, e inclusive algunas sociales (tal como la exención de pago en el transporte público), fue originalmente diseñado como instrumento clasificador de la capacidad productiva de las personas. A los médicos se les asignó el papel de determinar cuánta discapacidad tiene una persona, adjudicándole un valor según el grado de compromiso físico o mental “medido”, pensado esto en función de la capacidad o no de la persona de desplegar una actividad productiva... una manera más elegante para decir cuánto podría llegar a rendir esa persona, o más crudamente, si es o no explotable como trabajador asalariado. Esta mirada sigue prevaleciendo a pesar del cambio de metodología propuesto por la OMS (la CIF – Clasificación de Funciones) para el otorgamiento del certificado de discapacidad, y de la incorporación de profesionales no-médicos en la evaluación. (Joly, 2011: 10)

Y frente a la pregunta sobre qué debería hacer, entonces, el Estado, él continúa:

*Desarrollar un Sistema Universal de Salud Pública y Gratuita que atienda las necesidades de salud preventiva, curativa y de rehabilitación de la población en su conjunto, reemplazando el sistema actual basado en prepagas y obras sociales. Mientras tanto, asegurar que las prestaciones médicas y de rehabilitación contempladas en la ley 24901 se brinden a toda persona que las precise sin requerir para ello el certificado de discapacidad.*

*Desalentar leyes específicas por patologías con asignaciones presupuestarias focalizadas en ellas, ya que su atención debiera estar contemplada en la ley 24901 y eventualmente en los programas de salud pública general.*

*Sacar las prestaciones no-sanitarias del ámbito de la salud, tales como educación, transporte, formación para el empleo. Esto tiene que ver con la hegemonía de una mirada médica con relación a la discapacidad y con la ausencia de una mirada social, como la que estoy proponiendo.*

*Desmitificar a la discapacidad como problema médico incurable y por tanto frustrante para los profesionales de la salud, reconociendo que la discapacidad no es sinónimo de enfermedad sino una designación social, que conlleva marginación. Sacar a las personas discapacitadas del gueto de atención en salud en el que están encapsulados y que sean atendidos por los mismos profesionales y con los mismos parámetros que el resto de la población, es decir, en hospitales públicos.*

*Sistematizar el control preventivo de la salud en las estructuras educativas (sanidad escolar), y garantizar una comida nutritiva en las escuelas públicas, especialmente en zonas de mayor pobreza.*

*Los enormes avances en materia de medicación, cirugía, rehabilitación funcional, y tratamientos de estimulación temprana, psicología, psicomotricidad y psicopedagogía, debieran estar disponibles independientemente de si las personas cuentan o no con un certificado de discapacidad. Es un sin-sentido rotular a un bebé como discapacitado, pensando especialmente sobre el efecto que esto tiene sobre la familia, y cómo ubica a esta personita que comienza a formarse, ya rotulado como alguien que es vista como incapaz en todo sentido. Con relación al certificado de discapacidad, por una parte peleamos para que quienes lo necesiten lo puedan obtener, pero por otro, insistimos que no debiera ser un requisito para acceder a las prestaciones. Si el Estado asegurara con*

*recursos financieros, humanos, materiales e infraestructura necesarios un sistema universal de salud pública y gratuita, con servicios que alcanzaran a toda la población, la salud no sólo sería inclusiva para con las personas discapacitadas sino para con todos los grupos vulnerables y vulnerados. Hasta tanto dicho sistema se instrumente, las prepagas y obras sociales debieran estar obligadas a brindar cobertura, prohibiendo las exenciones por preexistencias (Joly, 2011: 13 y 14).*

Me parece de suma relevancia destacar la postura militante del autor: en lo inmediato, pelear para que todas las personas puedan acceder a las prestaciones de salud que precisen, y si para ello es necesario el CUD luchar por su adquisición<sup>16</sup>; pero la perspectiva de fondo es terminar con las barreras implícitas en la desigualdad de circuitos para el acceso al sistema de salud actual en pos de que el certificado no sea necesario.

Por otra parte, el autor postula que más allá de los cambios recientes en la manera oficial de entender y certificar a la discapacidad, sigue preponderando una mirada médica e individualizante de las problemáticas. Al respecto, nombra la incorporación de la CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento) y la del personal no médico en la certificación, como algunas de las transformaciones progresistas, aunque insuficientes. En efecto, desde la ratificación de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006) en el año 2008 a través de la Ley 26.378, el Ministerio de Salud nacional emite una serie de resoluciones (por ejemplo, la N°675 del 2009) que modifica el vigente *Sistema integral de protección a favor de las personas discapacitadas*.

Entre las principales transformaciones que se sucedieron, puedo enumerar: la incorporación oficial del manual CIF (OMS-2001) que concibe a la discapacidad como una relación entre *disfunciones* psíquico-corporales y un determinado *contexto limitante*<sup>17</sup>, el establecimiento de Juntas de evaluación y certificación

---

<sup>16</sup> Según las últimas estadísticas nacionales siete de cada diez personas con discapacidad no poseen Certificado Único de Discapacidad (INDEC, 2018).

<sup>17</sup> El manual precedente se denominaba Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980, y concebía a la discapacidad no como una *relación* sino como un *estado* disfuncional del individuo, fuertemente asociado a un modelo médico de la problemática (Vallejos, 2013b).

interdisciplinarias (compuestas por un médico, un psicólogo y un trabajador social), el traslado de las Juntas del ámbito hospitalario al administrativo, y una línea de trabajo basada en que ya no certifican los diagnósticos médicos sino la comprobación de secuelas funcionales que limitan la vida cotidiana de las personas. También se crean numerosas nuevas Juntas y se extienden a todo el territorio nacional, comenzando un proceso de fuerte aumento de la certificación de discapacidad en el país. Sin embargo, si bien es un proceso de cambio que está aún en curso, siguen existiendo múltiples continuidades en la forma de concebir y certificar a la discapacidad basada en un modelo individualizante y biologicista de la problemática (Levin, 2020).

Para pensar más en concreto el desarrollo anterior, traigo a modo de ejemplo un fragmento de entrevista familiar que forma parte de mi investigación sobre certificación de discapacidad infanto-juvenil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Levin, 2019: 124 y 125):

El siguiente fragmento de entrevista tuvo como interlocutor al padre y a la madre de un chico de 16 años, con diagnóstico de Retraso Mental y de Trastorno del Lenguaje, los cuales contaban con una amplia experiencia referida al CUD dado que venían a renovarlo por segunda vez consecutiva:

Yo: ¿Cuándo fue que tramitaron por primera vez el certificado?

Madre: La primera vez lo tramitamos cuando él tenía ocho... o sea hace ocho años ya. Y la segunda vez fue hace cuatro años, en el Hospital Piñeiro. Desde chiquito que le costó caminar y hablar, cuando lo tramitamos por primera vez no hablaba bien.

Padre: Tiene una mancha en el cerebro, se la encontraron de chico.

Yo: ¿Y cómo fue que se les ocurrió la idea tramitar el certificado?

Padre: El tema es que no lo recibían en ninguna escuela normal, ¡ni siquiera con maestra integradora!

Madre: Y mirá que buscamos, eh.

Padre: Solo conseguimos que lo acepten en una escuela de recuperación pero con el pedido de que sacáramos el certificado.

Madre: Lo consultamos con la fonoaudióloga que iba en ese momento y a ella le pareció bien.

Yo: Si tuvieran que comparar cuando lo tramitaron antes con la experiencia de ahora, ¿les resultó diferente?

Madre: La verdad que esta fue una mejor experiencia, preguntas mucho más pertinentes que podíamos responder. Antes era más estricto, eran dos médicos veteranos nada más y no tenían un muy buen trato.

Yo: Claro. ¿Y con el certificado en sí mismo...?

Padre: No estamos contentos.

Madre: Pasa que genera rechazo el certificado. Por ejemplo rechazo o maltrato en el colectivo, o donde sea que lo muestres.

Yo: Entiendo.

Padre: Además no es tan color de rosas como te lo pintan, o por lo menos nosotros tuvimos muchas complicaciones. Mirá, hace cinco años tuvo un ACV nuestro hijo, y la Obra Social no quería cubrir los tratamientos especializados... ¡y teníamos el certificado! ¿Te das cuenta?

Madre: Tuvimos que hacer una demanda a la Superintendencia de Salud denunciando a la Obra Social, y te imaginarás que no es algo ni rápido ni sencillo. Tardaron un año y medio en responder, y mientras tanto tuvimos que pagar los tratamientos por nuestra cuenta, y los más caros porque lo más urgente es al principio.

Padre: Fue necesario, principalmente porque si no quedaba fuera de la escuela, pero lo que más querríamos es que nuestro hijo no lo tuviera que tener.

Padre y Madre solicitantes del certificado para su hijo (noviembre, 2016)

En definitiva, el problema de fondo sigue siendo socioeconómico, y el certificado de discapacidad una “llave de accesibilidad” diferencial, de características potencialmente *estigmatizantes* (Venturiello, 2017). Una política estatal de *exclusión incluyente* que naturaliza las barreras y relaciones sociales discapacitantes (Rosato y Angelino, 2009) propias del actual sistema de salud.

## CONCLUSIONES

A lo largo de este artículo se analizó al Certificado Único de Discapacidad como una política de discriminación positiva que se vuelve *necesaria* con la estructuración del sistema de salud actual, a la vez que se constituye en una pieza central del mismo. Precisamente, es a través de la certificación de discapacidad que se compensa la falta de accesibilidad a los servicios de salud, acrecentada en un proceso histórico de fragmentación, precarización y privatización de la atención. Vimos cómo este proceso se consolida durante la década de 1990, precedido de intentos frustrados en la década de 1980 por re-establecer un sistema de salud universal e integral, centrado en el sector público y de las obras sociales, luego del desfinanciamiento de la última dictadura militar.

Sin embargo, este tipo de políticas focalizadas, centradas en el Certificado Único de Discapacidad, son *justas* en cuanto sean *transitorias* y tiendan a un *diseño*

*universal*, accesible a toda la población. De lo contrario, más allá de su efectividad inmediata, con estas políticas diferenciales se está legitimando una estructura socio-económica *discapacitante*, en la medida que se invisibilizan las barreras sociales que hacen necesaria a la certificación de discapacidad para el cumplimiento de derechos comunes.

Quisiera terminar con las siguientes preguntas, las cuales se desprenden del desarrollo del artículo y nos invitan a pensar, desde sus ejes, de cara al futuro:

¿Cómo podemos contribuir a hacer un sistema de salud más accesible?

¿Cómo repensarlo en los términos de un diseño universal que haga posible prescindir de circuitos de excepción, en pos de reducir las inequidades sociales?

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, G. (2016.). *Las políticas de salud en cien años de democracia*. Universidad Nacional de San Martín. <http://noticias.unsam.edu.ar/wp-content/uploads/2016/12/ALONSO.pdf> [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]

Belmartino, S. (2010). Historias de la profesión médica: Argentina y Estados Unidos en el siglo XX. *Salud colectiva*, 6: 329-353.

Bregain, G (2012). Historiar los derechos a la rehabilitación integral de las personas con discapacidad en Argentina (1946-1974). En Pantano L. (comp.): *Discapacidad e investigación. Aportes desde la práctica*. Buenos Aires: EDUCA.

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.

Cetrángolo, O. y Gatto, F. (2002). Descentralización fiscal en Argentina: restricciones impuestas por un proceso mal orientado. Presentado en el

Seminario: *Desarrollo local y regional: hacia la construcción de territorios competitivos e innovadores*. Quito, Ecuador: Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES). <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/13048/quito3.pdf>. [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]

Edelvis Testa, D. (2018). La poliomielitis y el «surgimiento» de la rehabilitación en Argentina: Un análisis sociohistórico. *Apuntes*, 45(83): 123-143.

Fara, L. (2010). Análisis de la normativa nacional orientada a las personas con discapacidad. Acuña, C. y Bulit Goñi, L. (comp): *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Ferrante, C. (2014). *Renguear el estigma: cuerpo, deporte y discapacidad motriz (Buenos Aires, 1950-2010)*. Buenos Aires: Biblos.

Ferrante, C y Ferreira, M. (2011). Cuerpo y habitus: El marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*. Vol 5(2).

Ferreira, M. (2009). Discapacidad, corporalidad y dominación. La lógica de las imposiciones clínicas. Ponencia presentada en: *XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires*. Buenos Aires: Asociación Latinoamericana de Sociología.

Findling, L., Arruñada, M., y Klimovsky, E. (2002). Desregulación y equidad: el proceso de reconversión de Obras Sociales en Argentina. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(4): 1077-1086.

INDEC. (2010) *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*. Argentina. <https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010tomo1.pdf> [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]

INDEC (2018). *Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad*. Argentina.

- [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio\\_discapacidad\\_12\\_18.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/estudio_discapacidad_12_18.pdf) [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]
- Joly, E. (2011). Discapacidad, Derechos Humanos y Salud. Ponencia presentada en: *IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población "Derecho a la salud y protección social"*. Área de Salud y Población Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <http://www.redi.org.ar/Documentos/Ponencias/Salud/Discapacidad-Derechos-Humanos-y-Salud.pdf> [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]
- Levin, A. (2019). ¿Qué determina la discapacidad en la infancia? La experiencia de la certificación estatal argentina. *Intersticios. Revista sociológica de pensamiento crítico*, 13(1). <https://www.intersticios.es/article/view/18861> [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]
- Levin, A (2020). Estudio sobre la certificación de discapacidad en la infancia. Política de gobierno, derechos y estigmas. *Revista Académica Discapacidad y Derechos*, Número 9, Junio. <https://ar.ijeditores.com/pop.php?option=articulo&Hash=622752e83a17b663be39afef44d67837> [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]
- REDI (2012). *Hacia una vida independiente. El financiamiento de los servicios para personas con discapacidad en Argentina*. Buenos aires: Tramas. Derechos en movimiento. <http://www.redi.org.ar/index.php?file=Documentos/Publicaciones.html> [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]
- Rosato, A. (et al) (2009). El papel de la ideología de la normalidad en la producción de discapacidad. *Ciencia, Docencia y Tecnología* 39: 87-105.
- Rosato, A. y Angelino, A. (coord). (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: NovEduc.
- Skliar, C. (2015). Preguntar la diferencia: cuestiones sobre la inclusión. *Revista Sophia*. vol 11 (1): 33-43

- Vallejos, I. (2013a). Entre focalización y universalidad de las políticas en discapacidad: el enfoque de derechos. Angelino A. y Almeida M. (comp.) *Debates y perspectivas en torno a la Discapacidad en América Latina*, 201-209.
- Vallejos, I. (2013b). 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*. Santa Fe: Instituto Superior del Profesorado N° 8 "Almte. Brown". Vol 10: 99-108.
- Venturiello, M. (2017). Políticas sociales en discapacidad: una aproximación desde las acciones del Estado en Argentina. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 5(2): 149-169.
- Venturiello, M y Ferrante, C. (2018). Discapacidad y salud desde dos investigaciones cualitativas: los itinerarios de la rehabilitación en Argentina y Chile. *Apuntes*, 45(83): 91-121
- Werneck, C. (2005). *Manual sobre Desarrollo Inclusivo para los Medios y Profesionales de la Comunicación*. Rio de Janeiro: WVA Editora. [https://www.escoladegente.org.br/sites/default/files/anexos/manual\\_desarrollo\\_inclusivo.pdf](https://www.escoladegente.org.br/sites/default/files/anexos/manual_desarrollo_inclusivo.pdf) [fecha de acceso: 30 de octubre de 2020]