

Análisis del trabajo interdisciplinario del proceso de certificación de discapacidad en la Ciudad autónoma de Buenos Aires

Estudiante: Vittone, Pamela Susana

Legajo: 29314

Director/es: Nahmod, Gustavo

Trabajo Final de Integración para acceder al título de Licenciada en Psicología

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN DE OBRAS EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL DE LA UFLO UNIVERSIDAD

RIUFLO - *Repositorio Institucional de la Universidad de Flores* - fue creado para gestionar y mantener una plataforma digital de acceso libre y abierto para la difusión de la creación intelectual de la Universidad de Flores.

El autor cede a la Universidad de forma gratuita pero no exclusiva, los derechos de reproducción, de distribución y de comunicación pública de su obra, a través del **RIUFLO**. Por lo tanto, la Universidad adopta para los ítems allí depositados la Licencia Creative Commons atribución - no comercial 4-0 internacional que siempre requerirá que se cite la fuente y se reconozca la autoría. De solicitar otras limitaciones, el autor podrá detallarlas en forma expresa o a través de la elección de otro modelo de Licencia.

Autorizo la publicación de la obra en el RIUFLO (seleccionar una opción):

A partir del día de la fecha de aprobación del TFI [x]

A partir de otra fecha, especificar: ... / ... / ...

Lugar y fecha: 01/12/2025

Firma y aclaración del autor: Vittone Pamela Susana



Índice

1. Resumen	4
2. Introducción	5
2.1 Delimitación del objeto de estudio	5
2.2 Planteo del problema	6
2.3 Objetivo General	8
2.4 Objetivo específicos	8
2.5 Supuestos Básicos de Investigación:	8
3. Estado del Arte	10
4. Marco Teórico	18
4.1 Discapacidad	18
4.1.1 Etimología	18
4.1.2 El lugar de la discapacidad en los diferentes momentos históricos	19
4.1.3 Paradigmas en discapacidad	21
4.1.4 Marco normativo en la República Argentina	24
4.2 Certificado Único de Discapacidad (CUD)	26
4.2.1 Clasificación y criterios de la evaluación para la certificación de la discapacidad	28
4.3 Interdisciplina	31
5. Método	37
5.1 Diseño	37
5.2 Participantes	37
5.3 Técnica de recolección de datos	38
5.4 Procedimiento	39
6. Resultados.....	41
6.1 Eje 1. Datos sociodemográficos	41
6.2 Eje 2. Categoría: Interdisciplina	42
6.3 Eje 3 Categoría: Subjetividad.....	47
7. Discusión.....	49
8. Conclusión	55
9. Aportes y Contribuciones de la investigación.	57
10. Limitaciones de la investigación.	58
11. Líneas de investigación futuras.....	59
12. Propuestas de intervención	60
12.1 Objetivo general	60
12.2 Objetivos específicos	60
12.3 Selección del caso clínico a trabajar	61
12.4 Modalidad del Ateneo Clínico	61
12.5 Planificación.....	61
12.6 Cierre del Ateneo.....	62
13. Referencias	63

14. Anexo 74
14.1 Anexo I: Modelo de Consentimiento Informado 74

“Análisis del trabajo interdisciplinario del proceso de certificación de discapacidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

1. Resumen

La presente investigación se propuso analizar el trabajo interdisciplinario que desarrollan las Juntas Evaluadoras de Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) en el proceso de evaluación para el otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad (CUD). El objetivo fue comprender cómo se articulan los diferentes saberes médicos, psicológicos y sociales al momento de realizar la evaluación para el otorgamiento del CUD de los solicitantes. Desde un diseño cualitativo fenomenológico, se realizaron doce entrevistas semiestructuradas a diferentes profesionales que integran las juntas. Los resultados muestran que la certificación no constituye un trámite administrativo sino un proceso complejo donde cada disciplina aporta una lectura que se integra para valorar la funcionalidad y las condiciones contextuales que influyen en la participación de la persona en la sociedad. Los hallazgos revelan que el trabajo interdisciplinario no es una práctica automática, sino un proceso en construcción que exige diálogo, cooperación y la capacidad de flexibilizar los liderazgos según el tipo de saber convocado. Asimismo, emergen elementos vinculados a la subjetividad de los evaluadores y las implicancias éticas del acto de certificar, dado que la decisión habilita o limita el acceso a derechos. En conjunto, los hallazgos indican que el trabajo interdisciplinario se configura como una práctica dinámica, orientada a garantizar evaluaciones integrales acordes con el paradigma de derechos humanos.

Palabras clave: Discapacidad. Experiencia profesional. Interdisciplina. Certificado Único de Discapacidad.

2. Introducción

2.1 Delimitación del objeto de estudio

La presente investigación se propone analizar de qué manera se construye y se sostiene la mirada interdisciplinaria en las Juntas de Evaluación Interdisciplinarias para la Certificación de Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en el marco del proceso de otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad (CUD). De dicha evaluación surgirá, en los casos que corresponda, el otorgamiento del CUD. Este abordaje resulta relevante dado que el trabajo conjunto entre distintas disciplinas permite ampliar la comprensión del sujeto, su entorno y responder de manera integral a la complejidad que implica la certificación de la discapacidad (Stolkiner, 2005).

Según la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS, 2023), a noviembre de 2023 se registraron 1.680.723 personas con CUD vigente, lo que representa el 3,65 % de la población de la República Argentina. Este dato permite dimensionar el alcance del sistema de certificación y la relevancia que adquiere el proceso de evaluación realizado por las Juntas Interdisciplinarias, dado que de su labor depende el acceso efectivo a las prestaciones y derechos establecidos por la normativa vigente. En este sentido, se plantea la necesidad de revisar cómo se desarrolla el trabajo interdisciplinario dentro de estas juntas, que funciones asumen los distintos profesionales y cómo se articulan sus intervenciones en la toma de decisiones.

En Argentina el CUD constituye una llave de acceso para que las personas con discapacidad puedan acceder a los derechos, prestaciones y beneficios garantizados por el Estado (Fuentes, 2014). El proceso para su otorgamiento es llevado a cabo por Juntas Evaluadoras Interdisciplinarias, conformadas por profesionales de diversas áreas de la salud, cuya tarea se encuentra regulada por la Resolución 675 (Ministerio de Salud de la Nación,

2009). Estas juntas son las responsables de llevar adelante el proceso evaluativo que determina, en cada caso, la certificación o no de la discapacidad.

Desde esta delimitación, la investigación busca analizar cómo se configuran las Juntas de Evaluación Interdisciplinarias para la certificación de discapacidad en CABA, de qué modo se articulan los distintos campos del saber y cómo se construye una práctica evaluativa plural desde la interdisciplina.

2.2 Planteo del problema

La presente investigación tiene como propósito analizar cómo se construye y se configura la mirada interdisciplinaria de las Juntas de Evaluación de Discapacidad en el marco del proceso de otorgamiento del CUD en CABA.

El CUD constituye un documento público que permite garantizar el acceso a derechos y prestaciones sociales. Su función es acreditar la discapacidad de la persona y permitir el acceso a los beneficios establecidos conforme a la Ley 24.901 (Ministerio de Salud de La Nación, 1997). Desde esta perspectiva, la discapacidad se entiende como el resultado de la interacción entre las limitaciones individuales y las barreras del entorno, por lo cual el proceso de certificación requiere una mirada interdisciplinaria, flexible y plural que contemple los distintos factores que afectan el funcionamiento de la persona (Organización Mundial de la Salud, 2001).

El procedimiento de certificación se encuentra regulado por la Resolución 675 (Ministerio de Salud de la Nación, 2009), que establece la conformación de Juntas Evaluadoras Interdisciplinarias encargadas de la evaluación de las personas que lo solicitan de forma voluntaria. Dichas juntas están integradas por profesionales de diferentes áreas, como medicina, psicología y trabajo social, entre otras. Estas articulan sus saberes en un proceso dinámico y de construcción continúa a través de las normas y criterios definidos en la

Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para determinar la existencia o no de discapacidad y el tipo de deficiencia que afecta el funcionamiento de la persona (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

Desde el campo de la psicología, el estudio del trabajo interdisciplinario permite analizar cómo las distintas perspectivas, biológicas, psicológicas y sociales, se integran en la práctica profesional. Para Morin (2019), la interdisciplina implica un proceso de articulación de saberes que busca superar la fragmentación del conocimiento, integrando múltiples dimensiones de la realidad humana.

Por su parte, Nahmod (2021) plantea que en el ámbito de la discapacidad es fundamental una lectura situada y contextual que contemple los factores psicosociales que atraviesan a la persona evaluada, lo que requiere un trabajo articulado, intencional y cooperativo entre distintas disciplinas.

En este sentido, Levin (2024) destaca que las Juntas de Evaluación de Discapacidad representan un espacio de construcción colectiva donde convergen distintos marcos teóricos y criterios profesionales, y que su funcionamiento depende en gran medida de la capacidad de los equipos para articular perspectivas diversas en una búsqueda sistemática de integración de teorías, métodos e instrumentos y así construir decisiones conjuntas a partir de saberes diversos.

A pesar del marco normativo vigente y del rol central del modelo biopsicosocial para orientar las evaluaciones, en la práctica cotidiana se evidencian tensiones entre los distintos marcos disciplinares, asimetrías en la participación durante la toma de decisiones y limitaciones institucionales que pueden dificultar una integración real de saberes. Al mismo tiempo existen pocos estudios que describan cómo se configura el trabajo interdisciplinario dentro de las Juntas de Evaluación. Este conjunto de tensiones y vacíos de conocimiento vuelve necesario indagar cómo se desarrolla y se sostiene el trabajo interdisciplinario en estos

dispositivos, con el fin de comprender sus dinámicas actuales y aportar a su fortalecimiento en un ámbito clave para la garantía de derechos de las personas con discapacidad.

En este marco, la pregunta de investigación que guiará el presente trabajo es: ¿de qué manera se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario en las juntas de evaluación para la certificación de discapacidad de CABA?

2.3 Objetivo General

Analizar cuáles son las características del trabajo interdisciplinario que se lleva a cabo en las Juntas de Evaluación de Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el proceso de evaluación para el otorgamiento del Certificado Único de Discapacidad.

2.4 Objetivo específicos

- Identificar los roles, aportes y funciones de los distintos profesionales que integran las juntas evaluadoras en el proceso de certificación de la discapacidad.
- Examinar los modos de articulación entre los profesionales durante el proceso de evaluación, considerando la integración de los componentes biológicos, psicológicos y sociales en la práctica interdisciplinaria.

2.5 Supuestos Básicos de Investigación:

La presente investigación parte de los siguientes supuestos. En primer lugar, el trabajo interdisciplinario en las Juntas de Evaluación para la certificación de Discapacidad en CABA se enmarca en el modelo biopsicosocial, el cual concibe la discapacidad como el resultado de la interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales.

En segundo lugar, la articulación entre distintos saberes profesionales posibilita una comprensión integral del sujeto evaluado y favorece decisiones conjuntas que trascienden la mirada exclusivamente médica.

Por último, en tercer lugar, las condiciones institucionales y la dinámica de los equipos inciden en la manera en que se implementa el enfoque biopsicosocial dentro del proceso de certificación.

3. Estado del Arte

En el presente apartado se dará cuenta de algunos antecedentes que abordan la certificación de la discapacidad y su relación con las prácticas interdisciplinarias en Argentina.

En primer lugar, Levin (2020) llevó a cabo una investigación doctoral del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) en la cual analizó el proceso de la certificación de discapacidad en la infancia en Argentina. El estudio se realizó a través de un enfoque etnográfico en una Junta Pediátrica del Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El trabajo se desarrolló a partir de la observación participante y de 23 entrevistas abiertas a profesionales y familiares de niños y niñas que se encontraban en el proceso de evaluación para la obtención del Certificado Único de Discapacidad (CUD) entre los años 2016 y 2018. El objetivo fue analizar cómo se define y determina la discapacidad infantil en la práctica estatal, así como comprender los criterios, prácticas y significados que orientan el proceso de la evaluación para la obtención del CUD.

Uno de sus hallazgos principales fue la prevalencia de criterios biomédicos durante el proceso de evaluación. El autor advirtió la coexistencia de perspectivas que conviven dentro de las juntas evaluadoras, unas centradas a la rehabilitación y otras más inclusivas. En este sentido evidenció contradicciones entre el discurso interdisciplinario y la práctica médica, donde la figura del médico continuó teniendo el poder decisorio. Sostuvo que el proceso de certificación de discapacidad en la infancia presenta tensiones en la articulación entre el carácter administrativo y el abordaje integral del sujeto. Desde esta perspectiva, el autor destacó la necesidad de fortalecer el trabajo interdisciplinario y de promover la aplicación efectiva del modelo biopsicosocial en el ámbito estatal.

En otra investigación, Argañaraz y Vetere (2022), realizaron un estudio orientado a comprender el impacto y la utilidad del CUD en Argentina, considerando tanto su dimensión legal como su implicancia subjetiva. A través de una revisión documental, las autoras evidenciaron que la discapacidad no se limita a una condición singular, sino que surge de la interacción entre factores biológicos y normativos que se encuentran inmersos en un determinado contexto. En este sentido, el trabajo interdisciplinario que realizan los profesionales de salud en las juntas evaluadoras se configura como un espacio donde se negocian y traducen diferentes saberes profesionales dando forma a una práctica que no solo evalúa, sino que también produce significaciones subjetivas y efectos sociales.

Asimismo, las autoras destacaron que la discapacidad no inicia con la obtención del CUD, aunque este constituye el punto de partida para que muchas personas puedan acceder por primera vez a sus derechos. A su vez, evidenciaron que el CUD posee un carácter ambivalente, ya que habilita en lo legal para el acceso a derechos, pero su otorgamiento no garantiza el ejercicio pleno de sus derechos si no se acompaña de políticas inclusivas sostenidas.

Por su parte, Suarez Zamora (2022) a través de una investigación analizó el proceso de certificación de la discapacidad mental en personas adultas a partir de las etapas de demanda, evaluación y resolución dentro de la junta interdisciplinaria del Hospital Córdoba, en Argentina. Mediante una metodología cualitativa de tipo descriptivo, realizó observaciones no participantes y entrevistas semiestructuradas a integrantes del equipo interdisciplinario para explorar el funcionamiento de la junta calificadora de discapacidad. Con el objetivo de analizar los criterios de decisión que utilizan los profesionales al momento de otorgar el CUD y las características que se despliegan durante el proceso evaluatorio.

Los resultados mostraron que la mayoría de los certificados correspondieron a discapacidades mentales y que las decisiones se basaron en criterios normativos priorizando

las secuelas funcionales por sobre el diagnóstico médico aislado. El trabajo evidenció la importancia del trabajo interdisciplinario en las evaluaciones ya que las distintas disciplinas permitieron construir un diagnóstico integral y evaluar a las personas desde un enfoque biopsicosocial.

Por otro lado, Levin (2023), realizó una ampliación y profundización teórica con el objetivo de explorar qué discursos y relaciones de poder determinan la discapacidad infantil a través del proceso de certificación estatal. Para ello, llevó a cabo una investigación etnográfica en el Centro Integral de Evaluación y Orientación de la Discapacidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. El autor a través de la observación y entrevistas a profesionales y familias analizó cómo se construye la discapacidad durante el proceso de la certificación del CUD y cómo se articula con la implementación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF). El estudio mostró que la evaluación interdisciplinaria no se limita a la aplicación de protocolos, sino que permite que el diagnóstico se construya colectivamente en las interacciones entre médicos, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros. A su vez, observó que el marco normativo promueve el modelo biopsicosocial, pero que los tiempos administrativos y los formatos institucionales generan tensiones entre las diferentes lógicas de trabajo.

Por último, el autor sostuvo que si bien la certificación actúa como un dispositivo biopolítico donde el Estado define quien es reconocido como persona con discapacidad, es a partir de la evaluación interdisciplinaria donde se produce un equilibrio entre los criterios formales y una ética del cuidado, buscando que el proceso evaluativo sea singular de cada evaluado.

Por su parte, Prado (2023), analizó en su investigación el proceso de la certificación de discapacidad en Argentina con el objetivo de comprender cómo el Estado a través de las juntas evaluadoras regula la discapacidad. A partir de un enfoque teórico documental la

autora exploró las normativas, políticas públicas y discursos institucionales con el propósito de indagar la función que cumple el CUD y de qué modo los procedimientos de evaluación pueden contribuir tanto a la inclusión como a la patologización de las personas. La autora planteó que la certificación no constituye únicamente un trámite donde a través de diagnósticos las personas pueden acceder a recursos que deberían estar garantizados por el sistema de salud. En este sentido, propuso desnaturalizar el proceso de la evaluación interpretado tradicionalmente como un trámite burocrático o un mecanismo de normalización, sino por lo contrario, para pensarlo como un proceso en el cual incide en la construcción de la subjetividad de las personas.

Por lo tanto, Prado destacó la necesidad de que las evaluaciones en las juntas se realicen desde un trabajo interdisciplinario real para que supere la mera coexistencia de diferentes disciplinas y así las evaluaciones puedan ser integrales y comprometidas con los derechos humanos evitando así la reducción de un procedimiento técnico y despersonalizado.

En otro orden, Venturiello y Cobeñas (2023) realizaron un estudio cualitativo y documental con el objetivo principal de analizar cómo el Estado argentino fue evolucionando a partir de un enfoque biomédico hacia un modelo social, centrado en los derechos humanos en torno a la discapacidad y poniendo el acento en el acceso a la salud, la educación y la asistencia personal. A través de una revisión bibliográfica y análisis de las políticas públicas de Argentina, las autoras analizaron la evolución del enfoque estatal sobre discapacidad y las tensiones persistentes entre la normativa vigente y las prácticas institucionales. En sus resultados destacan que a pesar de los avances normativos promovidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2008), el modelo biomédico asistencialista continúa siendo hegemónico, lo que limita el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad.

Consecuentemente las autoras evidencian que el acceso a la salud y a la educación inclusiva sigue condicionado por la burocratización del CUD y por ello destacan la necesidad de fortalecer el trabajo interdisciplinario dentro de las juntas evaluadoras y en las instituciones de salud y educación, con el fin de promover abordajes integrales que trascienden la mirada clínica y para que el trabajo no quede reducido a un requisito formal.

Por otra parte, Terranova (2023) presentó su investigación en el XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología del MERCOSUR donde abordó el lugar que ocupa la sesión vincular psicoanalítica en los procesos de evaluación para la obtención del CUD en la infancia dentro de un proyecto de investigación de la Universidad Nacional de San Luis en Argentina. Su investigación se basó en un enfoque clínico empírico sobre los procesos diagnósticos y psicoterapéuticos con el objetivo de analizar la importancia de incluir sesiones vinculares de orientación psicoanalítica dentro del proceso de evaluación para la obtención del CUD en niños y niñas. La autora propuso incorporar la mirada vincular como parte del psicodiagnóstico entendiendo que las condiciones familiares y afectivas forman parte de las tramas de producción subjetiva de la infancia. y evitan una lectura sesgada por el síntoma dando lugar a la singularidad de cada caso.

De este modo, la autora buscó promover una perspectiva no patologizante y recuperar una dimensión vincular para habilitar una lectura más compleja que integre el proceso subjetivo de cada sujeto y así evitar el uso de dispositivos de evaluación rígidos centrados en las categorías diagnósticas que conllevan a una patologización temprana. Su investigación se fundamentó en el Modelo Social de la Discapacidad (Palacios, 2008) y en el Paradigma de la Complejidad (Najmanovich, 2008) señalando que la discapacidad es un fenómeno dinámico e interdependiente, resultado de la interacción entre el sujeto y su entorno.

Por otro lado, Guardia (2023), en el marco del Proyecto de Intervención Territorial Planificado de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata,

analizó la problemática del acceso al CUD en el Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil “Don Victorio Tetamanti” (HIEMI), en Argentina. El trabajo se desarrolló durante las prácticas de formación profesional supervisadas de la autora en dicha institución y tuvo como objetivo diseñar e implementar una Junta Evaluadora Interdisciplinaria dentro del hospital, destinada a el otorgamiento del CUD a pacientes pediátricos. La investigación surgió ante las dificultades detectadas en el acceso al CUD, como la burocratización del trámite, la demora en los turnos y la vulnerabilidad de derechos en las infancias y adolescencias con discapacidad. La autora planteó que el propósito del proyecto no se limitó al otorgamiento del certificado sino a poder brindar un espacio dentro de la institución que dé respuestas efectivas a las necesidades de los pacientes y que garantice el acceso a derechos básicos como tratamientos, medicamentos, pensiones y cobertura de salud. Asimismo, propuso articular la labor del hospital con la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) con la finalidad de obtener capacitaciones a los profesionales y conformar un equipo evaluador con perspectiva interdisciplinaria. El proyecto se apoyó en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2008) y en las leyes nacionales y provinciales de protección integral de niños, niñas y adolescentes (Ley 26.061 y Ley 13.298). La autora destacó el rol activo de las instituciones para garantizar el acceso al CUD como parte de una política pública inclusiva.

En este sentido, propuso la conformación de una junta interdisciplinaria permanente integrada por profesionales de medicina, psicología, kinesiología, fisiatría, psiquiatría y trabajo social para abordar la discapacidad desde una mirada biopsicosocial y superar los enfoques fragmentarios y asistencialistas.

Por su parte, Levin (2024), llevó adelante una investigación etnográfica en el Hospital Público monovalente en salud mental infanto-juvenil Carolina Tobar García, en la ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. La investigación se desarrolló entre 2020 y 2021, en

un contexto signado por la pandemia de COVID-19. A través de entrevistas semidirigidas a profesionales y participación en ateneos clínicos virtuales el autor analizó cómo los equipos interdisciplinarios gestionan el CUD. La investigación mostró que muchos niños, niñas y adolescentes son excluidos de los tratamientos por falta de recursos y que el hospital representa el único recurso estatal con el que cuentan para su atención. En este sentido, el CUD fue utilizado por los profesionales como una herramienta estratégica tanto clínica como legal para que garantice el acceso a derechos y prestaciones, aunque al mismo tiempo generó tensiones éticas, clínicas y políticas.

Los resultados mostraron que las decisiones que deben afrontar los profesionales de salud en las juntas interdisciplinarias implican gestionar el riesgo desde una perspectiva de vulnerabilidad social, intentando sostener un equilibrio entre cuidado, inclusión y estigmatización. Desde esta perspectiva, el autor interpretó el uso del CUD como una tecnología biopolítica y de gestión del riesgo que opera como una llave de accesibilidad para las familias pero también como un mecanismo de clasificación y control estatal.

Por último, Palermo (2025) realizó un análisis de las normativas argentinas sobre discapacidad entre los años 1981 y 2023 con el objetivo de identificar los modelos interpretativos que subyacen entre la redacción y la aplicación y los efectos sociales que producen sobre los derechos y la autonomía de las personas con discapacidad. A través de una revisión documental y análisis comparativo de corpus normativos, abordó la Ley 22.431 (1981), Ley 24.901 (1997), Ley 25.504 (2001) y Ley 27.711 (2023) con los decretos y resoluciones complementarias que reglamentan el CUD y el sistema de prestaciones básicas. El estudio se estructuró en cuatro modelos interpretativos: médico-rehabilitador, social, biopsicosocial y de derechos humanos desde los aportes de Olives (1990,1998), Palacios (2008), Menendez (2005) y Ferrante (2013).

Los resultados evidenciaron que a pesar de los avances legales y discursivos hacia un modelo biopsicosocial y de derechos, el modelo rehabilitador continúa siendo predominante en las políticas públicas vinculadas a la discapacidad. Identificó que en la práctica las regulaciones estatales mantienen un enfoque centrado en la figura médica como autoridad certificante y en la deficiencia corporal. Este paradigma médico-hegemónico aun jerarquiza saberes biomédicos y limita la participación interdisciplinaria que deben sostener su labor entre el discurso inclusivo de la Convención sobre los derechos de las Personas con Discapacidad y la estructura burocrática implícita del sistema sanitario.

4. Marco Teórico

A continuación, se definirán los constructos teóricos que guiaron la presente investigación. En primer lugar, se desarrollará el término de discapacidad desde su etimología, su recorrido histórico y el marco normativo de la República Argentina. En segundo lugar, se precisará acerca del Certificado Único de Discapacidad y los criterios establecidos para su evaluación. Por último, se abordará el concepto de interdisciplina para el análisis del fenómeno estudiado.

4.1 Discapacidad

4.1.1 Etimología

Según la Real Academia Española (RAE, s/f), el término capacidad proviene del latín *capacitas*, que hace referencia a la cualidad de ser capaz, de poseer aptitudes o recursos para poder llevar a cabo determinadas acciones. Asimismo, el término incapacidad incorpora el prefijo privativo *in*, el cual indica negación, falta u oposición, haciendo referencia a la ausencia o privación de ciertas capacidades.

En este sentido, el término discapacidad se compone del prefijo *dis* que señala la alteración, dificultad o diferencia respecto de una condición establecida. Por lo tanto, el término discapacidad no equivale a incapacidad o ausencia de capacidades, sino a un modo particular de la funcionalidad humana que puede variar en relación con el entorno y con las barreras que este puede presentar.

Por su parte, para la Organización de las Naciones Unidas (ONU, 2001), el término discapacidad es una denominación amplia que engloba deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, evidenciando así la complejidad del fenómeno a partir de la interacción entre las características del organismo humano y las características del

contexto social en que la persona se desenvuelve. En este sentido, la discapacidad no constituye un atributo inherente a las personas, sino que es el resultado de un conjunto de condiciones sociales, culturales y ambientales que restringen o limitan su vida cotidiana. En aquellas personas que carecen de recursos para llevar adelante tratamientos adecuados, estas barreras profundizan la exclusión y la desigualdad social.

4.1.2 El lugar de la discapacidad en los diferentes momentos históricos

Históricamente, las personas con discapacidad han sido objeto de estigmatización a través de términos despectivos como lisiados, inválidos, retrasados, anormales o no aptos (Levin, 2020). En diferentes contextos socioculturales la discapacidad fue interpretada de múltiples maneras: como un castigo divino de los dioses, una manifestación del mal o incluso un atributo sagrado (Gil, 2018). Asimismo, Goffman (1963) define el estigma como un atributo socialmente desacreditado, es decir, cómo estas personas eran frecuentemente reducidas a objetos de caridad o asistencia, promoviendo su marginación y la vulneración de sus derechos.

En Europa entre los siglos XV y XVII, surgieron las primeras instituciones denominadas manicomios para las personas con enfermedades mentales con la finalidad de aislarlas del resto de la sociedad. Estos espacios reproducían el rechazo y exclusión hacia las personas que estaban internados ya que estas no contaban con posibilidades reales de reintegrarse a la sociedad, y las actividades que allí se realizaban estaban orientadas al control y la vigilancia (Taverna, 2016).

Entre los siglos XVIII y XIX en el marco de una economía capitalista, se produjeron transformaciones significativas en las cuales la discapacidad comenzó a asociarse con la incapacidad de ser útil en términos productivos para las clases dominantes (Taverna, 2016). Las personas catalogadas como discapacitadas eran consideradas un problema social y

educativo, por lo cual eran confinadas a instituciones como hospitales, asilos, escuelas especiales o cárceles con la finalidad de normalizarlas y adecuarlas a las normas de la sociedad (Valencia, 2014).

A comienzos del siglo XX, tras la Segunda Guerra Mundial y el aumento de personas con discapacidad como consecuencia de la guerra, comenzó a consolidarse una mirada asistencial centrada en la rehabilitación. En la segunda mitad del siglo, comenzaron a formarse las primeras asociaciones impulsadas por familiares y personas con discapacidad con el objetivo de defender sus derechos. En este mismo periodo, se inició también el proceso de desmanicomialización, que cuestionó las prácticas de encierro y exclusión. De esta forma, se empezó a promover un enfoque basado en los derechos humanos y en una atención integradora (Valencia, 2014).

Por consiguiente, a principios del nuevo milenio se comienza a dejar atrás este enfoque asistencialista para dar lugar a una concepción que reconoce a las personas con discapacidad como sujetos de derecho con capacidades, recursos y potencialidades (Gil, 2018).

En Argentina, a mediados del siglo XX se crearon servicios educativos asistenciales para las personas con discapacidad dentro de los hospitales denominados patios para dementes. Estos estaban destinados al alojamiento y control de las personas con padecimientos mentales. Entre los años 1890 y 1910 se crearon institutos especializados para clasificar los diferentes tipos de discapacidades con el objetivo de separar entre quienes podían ser incluidos en los circuitos sociales y quienes eran considerados necesitados de supervisión permanente quedando excluidos (Benavidez y Vall, 2010).

Por otro lado, la epidemia de poliomielitis en el año 1956 provocó un incremento significativo en la tasa de mortalidad y en el número de personas que presentaron secuelas

motoras, lo que llevó al Estado a tomar las primeras medidas orientadas a organizar acciones de rehabilitación y asistencia (Benavidez y Vall, 2010).

A su vez, durante la dictadura militar (1976-1983) se produjeron cambios en la organización del sistema de salud y de los dispositivos asistenciales, ya que comenzaron a registrar y documentar a las personas con discapacidad. Para ello implementaron criterios clínicos y procedimientos administrativos estandarizados con el objetivo de centralizar la información. Estas modificaciones marcaron el inicio de prácticas de evaluación y registro que continuaron en las décadas posteriores (Levin, 2021).

Con el retorno de la democracia, comenzaron a expandirse centros de rehabilitación, escuelas especiales y se incorporaron prácticas de evaluación más sistemáticas, destinadas a organizar los circuitos de derivación y el acceso a intervenciones y tratamientos (Levin, 2021).

A comienzos del siglo XXI se incorporaron nuevas perspectivas y criterios de evaluación influenciados por los avances internacionales en torno a la discapacidad. Estos cambios promovieron intervenciones integrales y la participación de equipos interdisciplinarios en los procesos evaluatorios. En este proceso, la certificación adquirió un rol cada vez más relevante, ya que facilitó el acceso a apoyos terapéuticos, educativos y sociales (Levin, 2023).

4.1.3 Paradigmas en discapacidad

El término paradigma se define como un ejemplo o modelo (RAE, s/f). Asimismo, en el ámbito científico Kuhn (1962) amplía esta noción al señalar que un paradigma constituye un conjunto de supuestos teóricos, valores, métodos y formas de interpretar la realidad que comparten los miembros de una comunidad científica en un momento histórico determinado.

Los cambios sociales y culturales dieron lugar al surgimiento de diferentes paradigmas para comprender la discapacidad. En este sentido, la evolución del conocimiento no implica la desaparición inmediata de un paradigma ante el surgimiento de otro, sino que estos pueden coexistir ya que siguen siendo aceptados por una parte de la comunidad científica, aunque con menor vigencia (Contreras, 2004).

A partir de estas definiciones, el primer paradigma es el modelo de prescindencia o tradicional. Su origen se remonta a las civilizaciones antiguas, donde predominaban prácticas de exterminio, marginación y segregación. En otros casos, las personas eran objeto de caridad, compasión o proteccionismo, consideradas como anormales o diferentes. En ambos casos, estas personas eran excluidas y denominadas peyorativamente como lisiados o minusválidos, entre otros. Este paradigma mantuvo predominio hasta fines del siglo XIX (Palacios, 2008).

Después de la Primera Guerra Mundial, surgió el segundo paradigma llamado rehabilitador o modelo médico-biológico (Palacios, 2008). Este modelo, centraba su atención en la recuperación funcional, con el objetivo de que las personas puedan adaptarse a la vida social y laboral. La finalidad de este modelo era corregir la deficiencia para que la persona se adapte al entorno sin tener en cuenta que, para una inclusión efectiva era necesario que el contexto también se transforme (Padilla-Muñoz, 2010).

En este sentido, ambos paradigmas, tienden a clasificar a las personas según la presencia o ausencia de ciertos rasgos biológicos influyendo en la construcción de la subjetividad de las personas al enlazar la identidad de la persona con la deficiencia o funcionamiento limitado (Diaz Castillo y Muñoz Borja, 2005).

Desde hace más de dos décadas, el tercer paradigma denominado social, también denominado biopsicosocial o paradigma ecológico (Egea Garcia y Sarabia Sanchez, 2004) se consolidó como el modelo de referencia para el trabajo con y para las personas con

discapacidad (Padilla-Muñoz, 2010). Este modelo propone comprender la discapacidad en relación con las barreras del entorno y no solo como una condición individual, reconociendo el derecho de las personas a participar plena y efectivamente en la sociedad desde un enfoque de derechos humanos. Desde esta perspectiva, las personas con discapacidad tienen derecho a desarrollarse como personas económicamente activas y autónomas (Padilla-Muñoz, 2010).

De ahí que, las desventajas y la inaccesibilidad a los recursos no están determinadas por su deficiencia orgánica, sino a las barreras sociales, culturales y físicas que dificultan la vida cotidiana. Por lo tanto, la sociedad debe identificar y modificar las barreras que limitan la vida cotidiana de las personas para garantizar la inclusión, evitando convertirse en un obstáculo adicional (Palacios, 2008).

En referencia con este enfoque, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) define a las personas con discapacidad como “aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que los demás” (2006, art. 1, p. 3). Este enfoque reconoce que no todas las enfermedades son discapacitantes y que patologías crónicas como la diabetes o el VIH, cuando se encuentran controladas con el tratamiento adecuado, no implican necesariamente secuelas discapacitantes (Nahmod, 2021).

Por lo cual, la discapacidad es el resultado de una interacción compleja entre limitaciones corporales y/o mentales y los múltiples obstáculos que impone el entorno social, físico y cultural (Licciardi et al., 2019), superando así visiones reduccionistas propias del modelo biomédico que reforzaban prácticas discriminatorias y estigmatizantes (Levin, 2020).

4.1.4 Marco normativo en la República Argentina

El marco normativo argentino ha atravesado transformaciones en las últimas décadas en torno a la discapacidad. Una de las leyes más relevantes en este proceso es la Ley 22.431 (1981, modif. 2008), que conforma el Sistema de Protección Integral de las Personas con Discapacidad, la cual dio origen a un sistema de protección integral pionera para su época, aunque respondía desde un enfoque médico asistencialista centrado en el paradigma rehabilitador. En su artículo 2 (p.1), establece: “se considerará persona con discapacidad a quien presente una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que, en relación con su edad y medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral”. En este sentido, el concepto de discapacidad supera visiones reduccionistas centradas en el modelo biomédico que asociaba directamente discapacidad con enfermedad y reforzaba prácticas discriminatorias y estigmatizantes (Levin, 2020; Nahmod, 2021)

A su vez, indica que la discapacidad debe ser acreditada por el Ministerio de Salud de la Nación o el organismo que lo represente, responsable de certificar la existencia, naturaleza y grado de la discapacidad, así como de evaluar las posibilidades de rehabilitación. Esta disposición estableció los criterios formales para identificar personas con discapacidad y sentó las bases del sistema actual de certificación (Ley 22.431, 1981; modif. 2008 art. 3)

Posteriormente, se creó el Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación integral de las personas con discapacidad. Esta norma estableció un sistema de prestaciones básicas como apoyos terapéuticos, educativos y sociales destinados a promover y garantizar la atención integral, la autonomía, la inclusión y el bienestar de las personas con discapacidad. Esta normativa detalló las obligaciones de las obras sociales, entidades de medicina prepaga y organismos estatales para garantizar la cobertura de tratamientos y

servicios esenciales incluyendo acciones de prevención, asistencia, promoción y protección (Ley 24.901, 1997).

A esta normativa se sumó la Ley 25.280 (2000) mediante la cual se incorporó al derecho interno la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Esta convención establece obligaciones para el Estado argentino, orientadas a prevenir y eliminar cualquier forma de discriminación hacia las personas con discapacidad, así como también a promover su plena integración en la sociedad.

Un hito fundamental en el proceso de transformación normativa fue la adopción de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo incorporados al derecho interno mediante la Ley 26.378 (2008) que tiene como objetivo la promoción, protección y garantía del pleno ejercicio de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás y con pleno respeto por su dignidad

La Ley 26.657 (2010) de Salud Mental de la República Argentina, constituye otro avance significativo al reconocer la salud mental como un proceso complejo determinado por factores históricos, culturales, socioeconómicos, biológicos y psicológicos. Su objetivo es asegurar el derecho a la salud mental y el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con padecimiento mental. En su artículo 10, la ley contempla el derecho de las personas con discapacidad a recibir información a través de consentimientos informados y en formatos accesibles para su comprensión promoviendo la toma de decisiones autónoma sobre los tratamientos, en función de sus propios deseos y derechos. Además, impulsa un modelo de atención basado en equipos interdisciplinarios integrados por profesionales de distintas disciplinas como psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería y terapia ocupacional entre otras.

4.2 Certificado Único de Discapacidad (CUD)

A comienzos de la década del 2000, la certificación de la discapacidad en la República Argentina no se encontraba unificada, las evaluaciones eran realizadas por juntas médicas para todos los tipos de discapacidad. A su vez, cada jurisdicción emitía sus propios certificados y de esta forma coexistían diferentes modalidades de evaluación y acreditación según el tipo de discapacidad. Por lo tanto, si la persona poseía más de una discapacidad debía realizar en diferentes establecimientos las evaluaciones correspondientes para obtener un certificado por cada discapacidad evaluada. Estas dificultades administrativas se revertieron con la sanción de la Ley 25.504 (2001), que creó el CUD con validez nacional y estableció un formato unificado para toda la República Argentina por modificación de la Ley 22.431 (1981, modif. 2008).

La Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS) fue creada por el Poder Ejecutivo Nacional mediante el Decreto 698/2017 (2017) como organismo descentralizado encargado de coordinar y supervisar las políticas públicas en materia de discapacidad. A través del artículo 3 de la Ley 22.431 (1981, modif. 2008), este organismo es la autoridad responsable de establecer los criterios técnicos de evaluación, certificar la discapacidad y supervisar el funcionamiento de las juntas evaluadoras interdisciplinarias que intervienen en el proceso de otorgamiento del CUD en la República Argentina.

Por lo tanto, el CUD es en términos legales, el único documento oficial que permite acreditar la condición de discapacidad en la República Argentina. Su función es la llave de acceso que habilita una serie de derechos, recursos, beneficios y políticas públicas (Fuentes, 2024).

El certificado tiene validez nacional, es gratuito, voluntario y está regulado por la ANDIS, que también supervisa y capacita a los equipos interdisciplinarios responsables de las evaluaciones para el otorgamiento del CUD. El proceso para obtener el certificado

atraviesa distintas instancias ya que requiere de una evaluación integral por parte de una Junta Evaluadora Interdisciplinaria, conformada por profesionales de la salud de diversas áreas como medicina, psicología, trabajo social, etc., que han sido formados y acreditados mediante un programa de capacitación para poder desempeñar su labor (ANDIS, 2023).

En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, el trámite para solicitar el certificado de discapacidad se realiza mediante un formulario digital en el que deben adjuntar el documento nacional de identidad (DNI), informes médicos actualizados, estudios complementarios y en el caso de niños, niñas y adolescentes documentación escolar. Una vez evaluada esta documentación, se otorga un turno para presentarse ante la Junta Interdisciplinaria Evaluadora donde se analiza en profundidad la situación del solicitante y se otorga en el caso correspondiente el certificado de discapacidad (Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, s.f.).

En este sentido, como señalan Licciardi et al. (2018), para otorgar el CUD se debe considerar tanto la condición de la salud como las secuelas y limitaciones que afectan el desarrollo cotidiano de la vida diaria de la persona, es decir, poder identificar cómo impactan en la funcionalidad de la persona más allá del diagnóstico específico.

En este marco, Argañaraz y Vetere (2022) sostienen que el acto de certificar no es neutro ni exclusivamente técnico. Implica un tránsito complejo que entrelaza dimensiones legales, clínicas y afectivas ya que el CUD no solo habilita el acceso a prestaciones de salud, rehabilitación y medicación, sino que también puede generar un impacto subjetivo en la persona. A su vez, advierten que la discapacidad no es una característica únicamente atribuible al individuo, sino que la falta de adecuaciones del entorno define las limitaciones. Desde esta perspectiva, el CUD aparece como una herramienta ambivalente, que opera entre garantía de derechos y la fijación de identidades a partir de parámetros normativos socioculturales.

Por lo tanto, el CUD, permite acceder a una red de apoyos como prestaciones integrales de salud con cobertura del 100% que estén vinculadas al diagnóstico, el transporte público gratuito para recorridos urbanos, interurbanos y de larga distancia, asignaciones familiares, exenciones impositivas, cupos laborales, apoyos pedagógicos, adecuaciones curriculares, entre otros. También otorga prioridad en el acceso a la vivienda, al empleo y a determinados programas sociales. Asimismo, es un documento legal creado para contrarrestar la desigualdad estructural que enfrentan las personas con discapacidad (Agencia Nacional de Discapacidad, s.f.; Ley 22.431, 1981).

A su vez, la Ley 27.711 (2023), establece que el CUD puede emitirse con o sin fecha de vencimiento en casos puntuales. En su artículo 2, indica que es la ANDIS quien define los lineamientos y condiciones para la actualización del CUD. Además, la vigencia del certificado depende de la situación particular evaluada, permitiendo así, realizar nuevas evaluaciones cuando sea necesario. Esta característica habilita a revisar la situación de cada persona a lo largo del tiempo y en función de sus posibilidades reales de desarrollo evitando considerar a la discapacidad como una condición fija o permanente. No obstante, en ciertos casos en donde la discapacidad es irreversible, el certificado puede otorgarse con validez permanente.

4.2.1 Clasificación y criterios de la evaluación para la certificación de la discapacidad

En el proceso de certificación de la discapacidad la condición de salud constituye un criterio central en las evaluaciones de las juntas interdisciplinarias para el otorgamiento del CUD. Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), la condición de salud de una persona es el resultado de la relación entre la causa

que origina una enfermedad o lesión y las consecuencias funcionales que le deja a la persona (CIF, 2001).

Por ello, en la condición de salud, el diagnóstico contribuye a identificar la etiología y comprender la naturaleza de una enfermedad o condición que presenta una persona a partir del análisis sistemático de los signos y síntomas que presenta. Su etimología proviene del griego *diagñostikós*, que significa capaz de distinguir entre diferentes posibilidades clínicas, y alude a la capacidad de reconocer y discriminar entre diversas posibilidades clínicas (RAE, s/f). El diagnóstico implica un juicio clínico que se construye sobre la base de la experiencia profesional, el saber científico y la utilización de herramientas técnicas como instrumentos psicométricos, entrevistas clínicas, test y estudios complementarios generando así una síntesis significativa que oriente futuras intervenciones (Leibovich de Duarte, 1980). En el contexto de la certificación, el juicio clínico permite comprender la relación entre la etiología y secuela para valorar la funcionalidad de la persona (OMS, 2001).

Asimismo, cuando una persona atraviesa el inicio o la progresión de una condición de salud que genera discapacidad, el impacto en la vida del sujeto puede ser vivido de diversas maneras. En este sentido, el diagnóstico cobra un papel fundamental ya que no solo brinda información objetiva sobre la condición de salud, sino que también permite dimensionar el grado de afectación funcional en interacción con el entorno para pensar abordajes acordes a cada situación particular. Por lo cual, el diagnóstico representa un proceso de descripción, clasificación, predicción y, en ocasiones, explicitación de un comportamiento o condición (De la Herran Gascon, 2004).

Por otro lado, toda práctica de clasificación responde a una lógica normativa que delimita lo que se considera normal o patológico. En este marco, el diagnóstico no solo organiza información clínica, sino que también categoriza. De esta manera, la clasificación

diagnóstica puede funcionar como un mecanismo de regulación y a través de este ejercer control social (Foucault, 1973).

Hasta comienzos del siglo XXI los criterios de clasificación de la discapacidad tenían una mirada biomédica centrada en la deficiencia. Las evaluaciones eran realizadas por juntas médicas que utilizaban como herramientas la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) y el CIE-10 (OMS, 1980). Este tipo de evaluaciones describían a la persona en función de sus limitaciones corporales y del grado de afectación observable, sin considerar los factores contextuales ni las barreras sociales que incidían en su desempeño cotidiano (Navarro, 2015).

En Argentina, este modelo de evaluación comenzó a transformarse con la implementación del Protocolo de Evaluación aprobado por la Resolución 675/2009 del Ministerio de Salud de la Nación (2009), que estableció el uso obligatorio de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF; OMS, 2001) para los procesos de evaluación, valoración y certificación (Fuentes, 2014). A su vez, la discapacidad puede clasificarse en función de su origen como genética o adquirida. Las discapacidades genéticas o hereditarias son transmitidas por vía biológica. Por su parte, las discapacidades adquiridas surgen como resultado de accidentes, enfermedades u otros eventos inesperados que producen alteraciones en la estructura o función corporal (OMS, 2001).

La CIF reemplazó a la CIDDDM (OMS, 1980) y representó un cambio de paradigma, ya que dejó de centrarse en la deficiencia para comprender la discapacidad como el resultado de la interacción dinámica entre una condición de salud y los factores contextuales, personales y ambientales (OMS, 2001).

En la actualidad, el criterio de evaluación para describir y clasificar una discapacidad se centra en el tipo de secuela y en el área funcional que se encuentra afectada, priorizando la

capacidad de la persona para desenvolverse en actividades de la vida diaria y participar en la comunidad. Este enfoque, basado en la funcionalidad más que en la etiología permite evaluar al sujeto real y sus oportunidades efectivas de participación social (Padilla-Muñoz, 2010). Incorporando la influencia de los factores personales, ambientales y sociales (OMS, 2001).

4.3 Interdisciplina

El término disciplina hace referencia a un campo organizado de conocimientos, prácticas y métodos que delimitan un objeto de estudio y una forma particular de intervención (RAE, s/f). Cuando hay diferentes disciplinas que trabajan en forma paralela sobre una misma problemática sin articular sus marcos teóricos o metodológicos se habla de multidisciplina, un enfoque metodológico que permite la coexistencia de diferentes saberes sin producir un intercambio profundo entre ellos (Carvajal, 2010).

En cambio, la interdisciplina supone una articulación activa entre los distintos marcos conceptuales y técnicos en un proceso horizontal y cooperativo para producir nuevos modos de comprensión (Stolkiner, 2005). Desde esta perspectiva el trabajo interdisciplinario constituye una metodología epistemológica que supera la fragmentación del conocimiento y permite abordar la complejidad de los fenómenos humanos (Morin, 2019).

En este sentido, el trabajo interdisciplinario en las evaluaciones para el otorgamiento del CUD se inscribe en un campo atravesado por múltiples dimensiones, en el cual no son sólo conjuntos de saberes neutrales, sino dispositivos que producen jerarquías y modos de subjetivación. La interdisciplina va más allá de un cruce técnico de saberes y se constituye como una práctica crítica que problematiza las relaciones de poder entre las distintas disciplinas (Foucault, 2007).

Por lo tanto, los fenómenos humanos pueden comprenderse dentro de un entramado relacional donde cada elemento adquiere sentido en función del sistema al que pertenece, es

decir que el conocimiento se construye a partir de la interacción entre distintos niveles de organización, de esta manera la interdisciplina constituye una necesidad epistemológica para captar la complejidad de lo real (Morin, 2019).

En esta línea, los equipos interdisciplinarios pueden entenderse como grupos operativos, sistemas abiertos organizados en función de una tarea común, la cual exige comunicación, coordinación y circulación de los roles. En este sentido, la interdisciplina implica un trabajo horizontal que articula diferentes marcos conceptuales en una dinámica de trabajo que organiza la práctica colectiva y al mismo tiempo habilita transformaciones subjetivas en los profesionales, quienes revisan y amplían sus esquemas de referencia en la interacción con los otros (Pichon Rivière, 1971). A su vez, la cooperación entre las diferentes disciplinas permite construir nuevas formas de comprensión de la realidad que permiten abordar la complejidad de cada situación singular en el ámbito de la evaluación (Carvajal, 2010).

Sin embargo, Lellis y Fotia (2019) plantean que la especialización del conocimiento produjo una fragmentación entre las disciplinas, dificultando la coordinación y la integración de los saberes. La interdisciplina surge precisamente para superar esta parcelación de saberes y articular diferentes miradas que de forma aislada no alcanzan a captar la complejidad de los problemas que se presentan en la práctica. Este trabajo conjunto genera un enriquecimiento y una transformación recíproca entre las distintas áreas (Elchiry, 2009), dando lugar a modos de intervención contruidos en un espacio compartido y bajo un marco de referencia común (de Lellis y Fotia, 2019). Desde este enfoque, el trabajo interdisciplinario se vuelve necesario para producir un nuevo saber que emerge de la intersección entre los diferentes conocimientos (Menendez Osorio, 1998, citado en Garcia Lopez, 2004).

En esta misma línea, Morin (2019) propone superar la fragmentación del conocimiento para comprender los fenómenos humanos desde su multidimensionalidad.

Desde este marco, la evaluación interdisciplinaria se vuelve una exigencia epistemológica ante la complejidad de lo real, integrando lo biológico, lo psicológicos y lo social en un entramado que da cuenta de la singularidad de cada evaluación.

En este sentido, la discapacidad debe ser entendida como una construcción social y su abordaje requiere de la participación activa de diversos agentes institucionales. El trabajo interdisciplinario no solo busca emitir un diagnóstico, sino que posibilita la construcción de sentidos compartidos sobre lo que implica la discapacidad en la vida cotidiana de una persona (Pichon Rivière, 1971).

Además, Bersezio (2020) define la interseccionalidad como una herramienta teórico metodológica que amplía la noción de interdisciplina. Este enfoque permite analizar los ejes de desigualdad más significativos en un contexto específico partiendo de la premisa que las personas encarnan identidades múltiples. Desde esta mirada, el trabajo en las juntas interdisciplinarias deja de ser un procedimiento administrativo para convertirse en un espacio ético y político orientado a la inclusión y la equidad. Asimismo, la interdisciplina es una práctica política y epistemológica que habilita el diálogo horizontal entre disciplinas y permite co-construir evaluaciones flexibles que responden a las necesidades reales de las personas (Stolkiner, 2005).

Por otro lado, la subjetividad del quehacer profesional forma parte del trabajo interdisciplinario durante el proceso evaluatorio para el otorgamiento del CUD. En esta línea, Hornstein (1997) plantea que la mirada de todo profesional posee una construcción dinámica influida por sus experiencias, su historia personal y su ideología, lo que condiciona su modo de interpretar y actuar en la evaluación clínica. Desde esta perspectiva, la práctica evaluativa está atravesada por componentes subjetivos que influyen en la forma en que el evaluador percibe, interpreta y organiza la información clínica. En esta misma línea, Nasio (1999) sostiene que la evaluación implica una relación entre dos subjetividades, es decir, entre el

evaluado y el evaluador, de modo que la percepción nunca es directa ni objetiva, sino que está mediada por resonancias inconscientes que surgen de la propia trama psíquica del evaluador.

Por su parte, Freud (1979b) señala que la identificación y la transferencia son procesos inconscientes que pueden influir en el juicio profesional, dado que el evaluador percibe e interpreta la realidad desde un yo que está construido por múltiples identificaciones tanto conscientes como inconscientes, que inciden en su lectura clínica. En este sentido, Nasio (1999) amplía el concepto de transferencia señalando que es un componente inevitable del vínculo, que se instala en la escena entre dos personas cuando una de ellas ocupa una posición de saber. Por lo tanto, el evaluador no solo escucha una demanda, sino que también es investido inconscientemente y si bien esta operación organiza el vínculo, también puede sesgar la percepción subjetiva del profesional durante el proceso evaluativo.

De otro modo, Hornstein (2003) señala que la subjetividad es una construcción dinámica que influye en la interpretación y el juicio clínico por lo cual es importante que el profesional mantenga una actitud de autocrítica y flexibilidad para reconocer los factores internos que pueden interferir en la tarea.

En otro sentido, desde un enfoque sociocultural, Bleichmar (2005) sostiene que no existe un sujeto aislado de las coordenadas sociales, políticas y culturales ya que las experiencias individuales se inscriben en un entramado colectivo que modela modos de pensar, sentir, y actuar. En este sentido, las configuraciones de estas coordenadas no solo inciden en la vida material, sino que también en las formas en que las personas se reconocen a sí mismos y son reconocidos por los demás, lo que impacta en la mirada profesional durante el proceso de evaluación.

Por otro lado, desde la perspectiva fenomenológica, Merleau-Ponty (1945) sostiene que la percepción está mediada por la historia y el contexto del sujeto, lo que incide en la

manera en que los profesionales interpretan las condiciones para el otorgamiento del certificado de discapacidad. A su vez, Bourdieu (1997) describe el concepto de *habitus* como un conjunto de disposiciones internalizadas que orientan la acción y el pensamiento, por lo cual permite comprender cómo las disposiciones internalizadas orientan la acción y el pensamiento profesional desde esquemas socioculturales incorporados que influyen en sus decisiones.

Por último, cada profesional aporta su saber específico enmarcado en el propio marco ético que regula su práctica y constituye una referencia para su desempeño en el trabajo interdisciplinario. De este modo, el ejercicio profesional se sostiene en principios éticos que orientan la práctica clínica, la evaluación y la toma de decisiones. La Real Academia Española define la ética como “el conjunto de normas morales que rigen la conducta de la persona en cualquier ámbito de la vida” (RAE, s/f). En este sentido, la ética profesional se refiere a los principios, valores y normas que orientan el ejercicio responsable de una disciplina específica, promoviendo prácticas basadas en el respeto y la responsabilidad profesional.

En la República Argentina cada profesión de la salud posee su propio marco regulatorio. Por lo cual, el ejercicio de la medicina está regulado por la Ley 17.132 (Ministerio de Salud de la Nación, 1967) que establece deberes, responsabilidades y límites para médicos, odontólogos y actividades auxiliares. La fonoaudiología se rige bajo la Ley 25.369 (Honorable Congreso de la Nación, 2000), el trabajador social a su vez está normado por la Ley 27.072 (Honorable Congreso de la Nación, 2014) y, por último, el Código de Ética de la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA, 1999) establece que el psicólogo debe reconocer la dignidad y los derechos de las personas, evitar toda forma de discriminación y fundamentar sus juicios clínicos en criterios científicos. Este marco

normativo guía al profesional a través de sus lineamientos con el objetivo de garantizar que los procesos de evaluación se realicen con equidad, respeto y responsabilidad social.

En esta línea, la ética profesional actúa como un dispositivo de autorregulación que orienta al profesional a reconocer sus propios sesgos, prejuicios o identificaciones inconscientes durante el proceso clínico. De este modo, esta regulación permite que los juicios sobre las evaluaciones para el otorgamiento del CUD se fundamenten en criterios objetivos, promoviendo la equidad, el respeto por la dignidad del evaluado, la responsabilidad social del profesional y la legitimidad del proceso evaluativo (FePRA, 1999; Organización Panamericana de la Salud, 2015).

5. Método

5.1 Diseño

El diseño utilizado para esta investigación es de tipo cualitativo fenomenológico, ya que permite comprender los fenómenos desde la perspectiva de los participantes y acceder a los significados que se construyen en relación con la problemática de estudio. La elección del enfoque fenomenológico permite describir en profundidad las experiencias subjetivas e identificar los elementos que resultan comunes entre ellas (Hernández-Sampieri et al., 2014).

5.2 Participantes

Este estudio utilizó una muestra no probabilística, fundamentada en la accesibilidad y disponibilidad de las unidades de análisis, seleccionando aquellos participantes que cumplieron con los criterios de la temática de estudio (Hernández Sampieri et al., 2014).

La muestra estuvo compuesta por 12 (doce) profesionales de salud, entre ellos, médicos de diferentes especialidades, psicólogos, trabajadores sociales y una fonoaudióloga que desempeñan o hayan desempeñado su labor en juntas interdisciplinarias para el otorgamiento del CUD en CABA.

Los criterios de inclusión que se implementaron para la muestra fueron: profesionales que cuenten con una experiencia mínima de 5 (cinco) años en el área y encontrarse trabajando en juntas interdisciplinarias en la localidad de CABA.

Como criterios de exclusión, no se consideraron a aquellos profesionales que no hayan aprobado los cursos de capacitación dictados por la Agencia Nacional de Discapacidad (ANDIS), que habilitan a los profesionales a certificar discapacidad en la República Argentina.

5.3 Técnica de recolección de datos

La técnica de recolección de datos utilizada para la investigación fue la entrevista semidirigida, caracterizada por su carácter flexible y de orientación no directiva, lo que permitió una construcción conjunta de significados respecto al fenómeno estudiado (Janesick, 1998 citado en Hernández Sampieri et al., 2014). Este tipo de entrevista, tal como lo afirman Hernández Sampieri et al. (2014), favoreció un intercambio dinámico y espontáneo que permitió contemplar la totalidad sin descomponerla en componentes aislados.

Durante su desarrollo, se respetó el diseño del cuestionario organizado a través de tres ejes temáticos que orientaron el recorrido general del encuentro sin limitar la aparición de nuevos aportes. En el primer eje se relevaron los datos sociodemográficos y profesionales de los participantes. En el segundo eje se abordó la experiencia y funcionamiento de la interdisciplina en el proceso de evaluación para la certificación y por último, en el tercer eje se indagó la dimensión subjetiva de los profesionales.

A continuación, se presentan los datos sociodemográficos y la lista de preguntas, dividida en tres ejes temáticos, que conforman la entrevista:

Eje 1: Datos sociodemográficos y profesionales

- 1) Género autopercebido
- 2) Profesión y cantidad de años de ejercicio profesional.
- 3) ¿Ejerce su profesión en otro ámbito? ¿Cuál?
- 4) Conformación del equipo interdisciplinario del que forma parte
- 5) Formación específica que recibió para la evaluación de la discapacidad
- 6) Tiempo que lleva en tareas de certificación

Eje 2: Interdisciplina

- 7) ¿Cuál es su función dentro del equipo interdisciplinario?

- 8) a. ¿De qué manera la labor interdisciplinaria facilita el proceso de certificación?
- b. ¿De qué manera la labor interdisciplinaria dificulta el proceso de certificación?
- 9) ¿Qué desafíos encuentra al momento de evaluar a un solicitante?

Eje 3: Subjetividad

- 10) Considerando que la evaluación para el CUD es una tarea administrativa, ¿cómo gestiona la tensión que se produce al articularla con los principios de la práctica asistencial que ejerce como profesional de la salud?
- 11) ¿En qué aspectos considera que puede haber margen de subjetividad en la evaluación del CUD?
- 12) ¿Qué aspectos de la subjetividad del solicitante son considerados en la evaluación, más allá de la documentación presentada?
- 13) ¿Los factores externos influyen en el proceso de evaluación? ¿de qué manera?
- 14) Desde su experiencia, ¿qué cambios o mejoras propondría en el proceso de evaluación del CUD?

5.4 Procedimiento

En primer lugar, se estableció contacto con diferentes profesionales de la salud que integran las juntas interdisciplinarias encargadas de la evaluación para el otorgamiento del CUD en CABA y que cumplieran con los criterios de inclusión de la muestra. La invitación a participar de la investigación se realizó a través de un mensaje de presentación enviado por WhatsApp, en el cual se explicaron los propósitos generales del estudio. Posteriormente, la coordinación de las entrevistas se llevó a cabo mediante llamada telefónica y/o mensaje, medios por los cuales se acordaron fechas, horarios posibles. Previamente al inicio de cada entrevista los profesionales firmaron un consentimiento informado, en el cual se les brindó información sobre los objetivos del estudio y el uso de los datos recolectados.

Asimismo, se enviaron recordatorios previos a cada encuentro con el fin de garantizar la asistencia y diez minutos antes del inicio de cada entrevista, se compartió el enlace de acceso a la reunión virtual a través de mensaje de WhatsApp. Todas las entrevistas se realizaron en un espacio previamente acordado que garantice privacidad y confidencialidad según el Código de Ética del Psicólogo Ley N°10.306 (1985) y la Ley de Protección de Datos Personales N°25.326 (2000). Se realizó una primera entrevista piloto a modo de prueba, con el objetivo de evaluar la pertinencia del instrumento y asegurar que permitiera obtener la recolección de la información necesaria para la investigación. Una vez confirmado el instrumento, se continuó con las entrevistas realizadas de manera virtual, a través de la plataforma Google Meet con una duración entre 30 a 45 minutos aproximadamente las cuales fueron realizadas durante los meses de agosto a noviembre de 2025. El registro de la información se realizó a través de grabaciones y notas de campo durante cada entrevista, resguardando la confidencialidad y facilitando la transcripción para su posterior análisis. Este procedimiento permitió preservar la fidelidad de las respuestas y garantizar la protección ética del material recopilado.

6. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del análisis de las entrevistas, organizados en ejes temáticos.

6.1 Eje 1. Datos sociodemográficos

En el presente apartado se visualizan los datos sociodemográficos de los profesionales que han participado de las entrevistas para la presente investigación. En la misma se detalla el género autopercebido, la ubicación, profesión y la experiencia profesional en las juntas interdisciplinarias.

Tabla 1 - Conformación general de la muestra				
Denominación	Género autopercebido	Ubicación	Profesión	Experiencia en el área
Profesional 1	Femenino	C.A.B.A	Trabajadora Social	16 años
Profesional 2	Femenino	C.A.B.A	Psicóloga	17 años
Profesional 3	Femenino	C.A.B.A	Psicóloga	20 años
Profesional 4	Femenino	C.A.B.A	Terapista Ocupacional	13 años
Profesional 5	Femenino	C.A.B.A	Fonoaudióloga	20 años
Profesional 6	Masculino	C.A.B.A	Médico Clínico	22 años
Profesional 7	Femenino	C.A.B.A	Médica Reumatóloga infantil	10 años
Profesional 8	Femenino	C.A.B.A	Médico Pediatra	53 años
Profesional 9	Femenino	C.A.B.A	Medico Pediatra (Epidemióloga)	30 años
Profesional 10	Femenino	C.A.B.A	Trabajadora Social	40 años
Profesional 11	Femenino	C.A.B.A	Trabajadora Social	20 años
Profesional 12	Femenino	C.A.B.A	Psicóloga	16 años

En la siguiente tabla se detalla la conformación de los equipos interdisciplinarios de los cuales los profesionales entrevistados forman parte.

Tabla 2 - Conformación de los equipos interdisciplinarios	
Denominación	Conformación del Equipo Interdisciplinario
Profesional 1	Médica clínica, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 2	Médico reumatólogo, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 3	Médica Oftalmólogo, Psicóloga y Trabajador Social.
Profesional 4	Médico Clínico, Terapeuta Ocupacional y Fonoaudióloga.
Profesional 5	Médico otorrino, Fonoaudiología y Trabajadora Social.
Profesional 6	Médico Clínico, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 7	Médica Pediatra, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 8	Médica Pediatra, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 9	Médica Pediatra, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 10	Médico Clínico, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 11	Médico Psiquiatra, Psicóloga y Trabajadora Social.
Profesional 12	Médico Clínico, Psicóloga y Trabajadora Social.

6.2 Eje 2. Categoría: Interdisciplina

Los profesionales que integran las juntas evaluadoras para la certificación de discapacidad describieron la interdisciplina como un proceso dinámico, en el que el trabajo conjunto entre las distintas áreas del saber favorece una mirada más completa de cada caso. En palabras de la profesional 1: *“Más allá de la especificidad de cada uno, nos complementamos para ver el cuadro completo de la persona”*.

Los entrevistados coincidieron en que las evaluaciones interdisciplinarias consideran las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales de cada persona que es evaluada. La

profesional 12 señaló: *“La Junta debe estar conformada por tres profesionales atendiendo al modelo biopsicosocial que baja desde la OMS: lo biológico, lo psíquico y lo social”*. En el mismo sentido el profesional 8 describió: *“No es solamente una condición de salud lo que da el certificado, sino también la parte psicológica y el grupo social al que pertenece”*.

De este modo, la profesional 10 explicó: *“El ser humano no es una parte, es una unidad. Uno trata de mirar siempre la totalidad de esa persona”*. Además, la profesional 4 detalló que el trabajo interdisciplinario: *“permite unir los saberes de distintas áreas para comprender mejor el funcionamiento de cada persona en su entorno”*.

Por otra parte, varios entrevistados mencionaron que las barreras contextuales también son parte de lo que se evalúa, como señaló el profesional 1: *“Evaluamos la discapacidad en relación con los obstáculos que la sociedad pone; mi función tiene más que ver con la persona y su entorno, con las interacciones y los recursos disponibles”*. También, el profesional 6: *“Cuando escucho a la psicóloga o a la trabajadora social, entiendo aspectos que desde la mirada médica sola no veo; eso cambia la forma de decidir”*.

Por lo detallado, la profesional 3 sintetizó el sentido del trabajo interdisciplinario al decir: *“la interdisciplina no es solo sumar miradas, sino construir una nueva que se nutre de todas”*.

Subcategoría: Funciones dentro del equipo Interdisciplinario
--

Los profesionales describieron sus funciones dentro de las juntas interdisciplinarias que forman parte. Si bien cada uno aporta una lectura singular, es el entramado de los saberes el que se articula durante la evaluación a través de un diálogo horizontal. Según el profesional 9 *“la junta funciona cuando todos los aportes se complementan. La mirada médica sola no alcanza, y las otras profesiones nos ayudan a ver aspectos que desde lo clínico se escapan”*.

Desde el campo psíquico el profesional 2 resaltó: *“Mi función como psicóloga dentro del equipo interdisciplinario es ampliar la mirada para que no quede solo en lo médico. Incluir lo psíquico y lo anímico, cuánto hay de físico y cuánto hay de psíquico”*.

A su vez, la profesional 11 mencionó: *“Si bien mi función tiene más que ver con la mirada social, con ver el contexto en que vive la persona, como inciden los factores familiares y comunitarios en su discapacidad. No evaluamos sólo un diagnóstico, sino la relación entre la persona y su entorno, con los recursos con los que cuenta para afrontar su vida cotidiana; a veces la discapacidad se presenta por los obstáculos que la sociedad pone, y no es solo si hay extrema vulnerabilidad porque también hay personas que tienen muchos recursos. Es por eso que evaluamos todas las condiciones en las que esa persona puede o no ejercer sus derechos”*.

En este sentido, la profesional 1 destacó el valor ético y humano de su rol: *“Desde mi labor, aportó a mirar el sufrimiento que hay detrás del diagnóstico. A veces la enfermedad no es lo que más limita, sino el modo en que la persona la vive y el apoyo que tiene o no a su alrededor”*.

Subcategoría: Facilitadores y dificultades del trabajo interdisciplinario

Los entrevistados señalaron distintos factores que influyen en el funcionamiento cotidiano de las juntas interdisciplinarias encargadas del otorgamiento del CUD.

Entre los aspectos que facilitan el trabajo los profesionales destacaron la comunicación fluida y la confianza mutua entre los integrantes. La profesional 5 expresó *“La conversación, la amplitud, el diálogo con el otro. Cuando trabajas con la misma gente eso facilita un montón”*. De una manera similar, la profesional 12 afirmó: *“Facilita porque*

no queda toda la responsabilidad en una sola persona; somos tres para ponernos de acuerdo''.

El trabajo conjunto también ayuda a revisar los prejuicios o sesgos que pueden aparecer durante las evaluaciones. La profesional 11 describió: *“A veces alguno tiene un prejuicio y los otros tratan de bajarlo, Nos complementamos para ver el cuadro completo de la persona”*. Además, señaló la importancia del vínculo construido a lo largo del tiempo: *“Con una médica con la que trabajé muchos años tenemos muchos códigos no verbales. Si le doy una patadita por debajo de la mesa, ya sabe que quiero que deje de decir lo que está diciendo”*.

Por el contrario, entre las principales dificultades, los entrevistados mencionaron las limitaciones institucionales y el ritmo de trabajo impuesto por la demanda. La profesional 2 describió: *“Acá vemos entre 22 y 24 personas por día, tratamos de que sean 20 porque nos estaban quemando el cerebro. Es imposible mantener una mirada integral con ese ritmo”*. En esta misma línea, la profesional 7 agregó: *“A veces parece una máquina de hacer chorizos. Las personas entran una detrás de otra y no hay tiempo de escuchar; el sistema prioriza la cantidad antes que la calidad”*.

El tiempo disponible para cada evaluación también fue señalado como una limitación. La profesional 1 expresó: *“a veces el tiempo no alcanza para hacer una evaluación tan completa como quisiéramos. Hay casos que necesitan más escucha, pero la demanda no lo permite”*. Por su parte, el profesional 6 describió: *“El sistema nos exige rapidez, pero evaluar una discapacidad no puede ser una tarea de cinco minutos, la persona no es un formulario”*.

A su vez, las dificultades tecnológicas limitan los tiempos del proceso evaluatorio. La profesional 1 mencionó: *“La gente carga la documentación online, pero nosotros no tenemos*

acceso. No hay un vínculo entre los sistemas, eso genera confusión y retrasa todo el proceso''.

Por otra parte, la profesional 8 observó que las responsabilidades dentro de la junta no son iguales para todos los integrantes: *“Las juntas llevan el nombre del médico, y eso hace que la responsabilidad recaiga más sobre nosotros. Si hay algún problema con el certificado, el que firma es el médico.”* También agregó: *“ hasta hace no muy poco tiempo los médicos cobraban más que nosotros, ahora esto ya se equiparo porque todos tenemos las mismas responsabilidades’ ’.*

La profesional 2 añadió: *“Depende mucho de cómo se construya el equipo. Hay juntas que siguen siendo médicas y las otras profesiones solo adhieren para no generar conflictos”.*

En el mismo sentido, la profesional 1 expresó: *“Desde mi postura hay cosas del médico que no entiendo, y en ese momento tengo que cerrarla boca y seguir adelante. Después lo hablé en confianza, pero en el momento no siempre hay lugar para intercambiar”.*

Sin embargo, los entrevistados coincidieron en que el respeto y la escucha mutua son fundamentales. La profesional 4 detalló *“Cada uno aporta desde su rol, pero cuando hay respeto profesional se logra un trabajo muy enriquecedor. La clave está en escucharse sin jerarquías”.* En este sentido, la profesional 5 describió: *“Yo me hago mi lugar; definiendo mucho la idea de que esto es un diálogo. Mi mirada no es inferior a la del médico, aunque a veces haya que recordarlo”.*

Subcategoría Desafíos en la evaluación
--

La instancia de denegatoria del certificado de discapacidad son momentos de la devolución vividos por los entrevistados como los más desafiantes del proceso. La profesional 1 indicó: *“el desafío más grande; la gente viene porque necesita garantizar un tratamiento o acceder a un recurso, pero muchas veces la condición de salud no encuadra en la normativa. Es difícil explicar eso sin que se sientan vulnerados”*. Además, la profesional 2 agregó *“las denegatorias son muy complicadas. La gente se enoja, grita, nos dice ojalá le pase lo mismo. Falta información sobre lo que implica realmente el CUD”*. A su vez, la profesional 7 detalló *“No alcanza con decir que no. Hay que explicar, contener y cuidar el trato, porque la persona ya llega con angustia”*.

6.3 Eje 3 Categoría: Subjetividad

Subcategoría: entre lo administrativo, lo asistencial y las subjetividades en juego

Los entrevistados describieron la tensión que se genera al articular las tareas administrativas con la mirada asistencial, en el intento de mantener la escucha dentro de un proceso normativo regido por protocolos institucionales.

La profesional 9 describió: *“A veces resulta muy rutinario, muy esquemático, pero cuando la persona está enfrente, ya no resulta lo mismo; se vuelve singular”*. En este sentido, la profesional 1 sostuvo: *“No todo se mide con parámetros. Hay que ver a la persona, no solo los papeles; cada historia tiene un sentido distinto”*. Y la profesional 12 profundizó: *“La tensión está siempre, porque lo administrativo te exige cumplir con tiempos y formatos, pero lo asistencial te pide detenerte a escuchar. A veces esa escucha hace que el proceso se vuelva más humano, aunque demore más”*.

Desde otra perspectiva, la profesional 4, advirtió cómo la estructura institucional condiciona las posibilidades de acompañamiento: *“Lo administrativo ordena, pero también*

limita. Uno quisiera poder acompañar más, hacer un seguimiento, pero el sistema está armado para cumplir con un trámite''.

Y sin embargo, la profesional 10 consideró que aún dentro de una tarea regida por normas, cada integrante del equipo mantiene su responsabilidad profesional: *“Me ha pasado de no estar de acuerdo con el otorgamiento del CUD y no firmar. Lo difícil es cuando los tres tenemos criterios distintos, ahí se hace más complicado llegar a un consenso. Uno defiende su criterio profesional incluso dentro de una tarea que es administrativa”.*

Los entrevistados también destacaron que la práctica implica un trabajo constante sobre la propia subjetividad. La profesional 3 comentó: *“El trabajo con la discapacidad te pone en un lugar de límites; no puedes quedarte en lo técnico, porque detrás de cada historia hay sufrimiento y expectativas.”* y la profesional 7 destacó: *“A veces las familias vienen con mucha carga emocional, esperan soluciones que no siempre podemos dar. Es difícil sostener el rol sin empatizar demasiado”.*

Por otro lado, en cuanto a la subjetividad del solicitante, los profesionales coincidieron en que el proceso de evaluación suele vivirse con angustia e incertidumbre. La profesional 10 mencionó: *“Muchos llegan pensando que el certificado es la única forma de acceder a derechos. Cuando se les explica que no corresponde, se sienten rechazados o juzgados”.*

7. Discusión

La presente investigación retoma la pregunta de investigación formulada en este estudio orientada a comprender de qué manera se llevó a cabo el trabajo interdisciplinario en las Juntas de Evaluación de Discapacidad en CABA, en el proceso de otorgamiento del CUD. Entendiendo que la interdisciplina constituye proceso de articulación entre diferentes saberes que, de manera aislada quedan limitados a recortes parciales de la realidad y solo adquieren sentido cuando se integran en una misma práctica (Stolkiner, 2005).

Para ello, se realizaron entrevistas a profesionales de diversas disciplinas que se desempeñaban en la temática investigada, donde se exploraron sus experiencias y en los modos en que articularon sus saberes durante el proceso de certificación.

Los resultados hallados dieron respuesta a la pregunta de investigación ya que mostraron que la práctica interdisciplinaria se configuró como un proceso dinámico, atravesado por las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales que plantea el modelo biopsicosocial establecido por la CIF (OMS, 2001). Este abordaje plural y no reduccionista, concordó con los antecedentes revisados donde autores como Morin (2009) y Levin (2020) destacaron que la evaluación integral requiere analizar la interacción entre la condición de salud, la funcionalidad, los apoyos con que la persona dispone y los factores contextuales. A su vez, este trabajo evidenció el cambio de paradigma mostrando el pasaje de los modelos tradicionales centrados en la deficiencia hacia el paradigma biopsicosocial que concibe la discapacidad como el resultado de la interacción entre las condiciones de salud y las barreras del entorno (Palacios, 2008). En este sentido, los testimonios describieron que la intervención no se limitaba al diagnóstico médico presentado en la documentación por el solicitante, sino que incluía la valoración de la funcionalidad, los apoyos y el contexto vital.

Asimismo, los hallazgos evidenciaron que cada disciplina aportaba un recorte específico de su campo de conocimiento y, de manera aislada, dichos aportes no resultaban

suficientes para comprender la complejidad de los casos. En este sentido, los profesionales describieron que en la práctica el proceso evaluativo variaba según la dinámica interna de cada equipo y los tiempos disponibles que tenían para poder realizar las evaluaciones. Estos hallazgos coincidieron con estudios que señalan que las juntas interdisciplinarias deben constituirse como espacios donde los distintos marcos disciplinares pueden articularse para superar la fragmentación propia de los enfoques tradicionales (Morin, 2009) y como señala Lellis y Fotia (2019) que la especialización del conocimiento tiende a fragmentar las prácticas dificultando la integración de saberes, el trabajo interdisciplinario permite superar esta parcelación. Por ello, la articulación entre disciplinas no solo coordina intervenciones, sino que produce un nuevo saber que emerge del intercambio enriqueciendo y transformando recíprocamente a los profesionales (Elchiry, 2009; Menendez Osorio, 1998, citado en Garcia Lopez, 2004).

A su vez, dentro de los objetivos específicos se identificó cómo se distribuían las funciones y responsabilidades en el proceso evaluatorio para el otorgamiento de la certificación de discapacidad. En primer lugar, los resultados evidenciaron que no todos los equipos lograban sostener un modelo interdisciplinario ya que los profesionales señalaron que en algunos equipos aún persistía una centralidad del rol médico. Los testimonios atribuían al hecho de que las juntas poseían el nombre del médico integrante del equipo y por lo tanto consideraban que la responsabilidad administrativa como legal tenía mayor peso en ellos. En segundo lugar, mencionaron que, hasta hace algunos años, los médicos percibían honorarios más elevados que el resto de los profesionales, lo cual reforzaba esta posición diferenciada dentro de los equipos. Estos factores concuerdan con los autores Levin (2020) y Palermo (2025) donde señalan que, a pesar de los avances hacia el modelo biopsicosocial, ciertas prácticas continuaban organizándose según criterios propios del enfoque médico tradicional. Este predominio médico refleja también la vigencia de las lógicas propias del

paradigma rehabilitador y del modelo biomédico planteado por Palacios (2008) y Padilla-Muñoz (2010), donde la deficiencia se constituye como un eje organizador de las decisiones y reproduce jerarquías entre los saberes.

No obstante, los testimonios indicaron que procuraban sostener un trabajo colaborativo articulando los aportes de cada disciplina incluso cuando surgían diferencias o desacuerdos en la interpretación de los casos. En esos momentos, el consenso no se presentaba de manera automática, sino como un proceso que requería intercambios y negociaciones entre los integrantes. En este sentido, como plantea Stolkiner (2005), el conflicto no era entendido como un obstáculo, sino como un espacio que podía enriquecer la evaluación.

Siguiendo la línea de investigación, dentro de los objetivos específicos se identificó que los roles y aportes de los distintos profesionales que integran las juntas evaluadoras no se presentaban como una función fija ya que se desplazaba según el tipo de saber requerido y las demandas específicas de cada caso. Los resultados señalaron que el trabajo interdisciplinario tenía la capacidad de flexibilizar el liderazgo dentro de las dinámicas internas de los equipos porque había un vínculo construido que facilitaba la posibilidad de ese movimiento en pos de la tarea. En este sentido, la construcción de un espacio horizontal permitió que los roles se flexibilizaran y que el protagonismo se distribuyera según la situación particular como plantea Stolkiner (2005). Además, la cooperación recíproca favoreció las intervenciones permitiendo que cada disciplina oriente la toma de decisiones en diferentes momentos del proceso evaluatorio como señaló Carvajal (2010).

Por otro lado, dentro de los objetivos específicos la investigación se propuso examinar los modos de articulación entre los profesionales durante el proceso de evaluación. En primer lugar una de las características del trabajo interdisciplinario que se halló fue la dimensión subjetiva del quehacer de los profesionales durante el proceso de evaluación para el

otorgamiento del CUD. Los testimonios relevados indicaron que, los profesionales experimentaban instancias con un impacto emocional significativo durante el proceso evaluativo. En estas situaciones detallaron que debían regular sus propias percepciones, emociones y expectativas en algunos casos para sostener una correcta evaluación. En relación con este hallazgo, Hornstein (1997) plantea que el profesional no es neutral, sino que se encuentra atravesado por una construcción dinámica donde su percepción está influida por su historia personal, su ideología y las experiencias acumuladas en su práctica. A su vez, Pichón-Rivière (1971) plantea que el equipo opera simultáneamente sobre una tarea explícita y otra implícita la cual está vinculada a las emociones que circulan en el grupo. Desde esta perspectiva, la evaluación interdisciplinaria se configura como un encuentro entre diferentes subjetividades, donde intervienen procesos transferenciales e identificatorios (Freud, 1979a).

En segundo lugar, como parte del quehacer profesional en las juntas interdisciplinarias, los profesionales describieron que en cada evaluación debían informar su resolución. En este sentido, el trámite podía finalizar con el otorgamiento del CUD, en otras circunstancias podía quedar bajo la modalidad de pendiente, considerando este como una instancia de espera hasta que el solicitante presente la documentación que fue observada o en determinadas evaluaciones el trámite era denegado. En esta última instancia, los testimonios describieron que la devolución era vivida por parte de los solicitantes con malestar, incertidumbre y temor a la pérdida de recursos ya que consideraban el certificado como un documento administrativo que habilitaba el acceso a tratamientos, apoyos y prestaciones. Este hallazgo coincide con estudios que señalan que el CUD posee un valor simbólico asociado al acceso a derechos, y que opera como un dispositivo ambivalente que puede habilitar recursos, y también puede generar vivencias de estigmatización o rechazo cuando no se otorga (Argañaraz y Vetere, 2022).

Siguiendo esta línea, en relación con los objetivos específicos, se identificó la importancia de la comunicación como elemento articulador entre los profesionales durante el proceso de evaluación. En este sentido los profesionales describieron que a través de una comunicación clara, ética y fundamentada se podía trabajar interdisciplinariamente de forma eficaz. Del mismo modo, señalaron que la comunicación posibilitaba la flexibilidad de las funciones de cada profesional en los equipos, que la confianza es un elemento fundamental porque su construcción habilitó el uso de códigos implícitos o modos de comunicación no verbales que facilitaron la coordinación entre los integrantes para realizar las evaluaciones.

Y, dentro de las devoluciones poder brindarles recomendaciones en el caso de corresponder o sugerir algún tipo de derivación con otro especialista. Este proceso de devolución requiere de un encuadre en el cual se habilitó la contención emocional con la finalidad de disminuir el impacto subjetivo y así evitar malentendidos por parte de los solicitantes. Este hallazgo está en línea con la normativa vigente donde establece que la decisión debe ser fundamentada y comunicada al solicitante (ANDIS, 2009). A su vez, el posicionamiento por parte de los profesionales en los equipos interdisciplinarios se articula con los lineamientos éticos y la Organización Panamericana de la Salud (2015) que plantean la necesidad de fundamentar los juicios profesionales para evitar toda forma de discriminación y así resguardar la dignidad de las personas evaluadas en los procesos clínicos.

Por otra parte, dentro de los hallazgos surgió como las condiciones institucionales incidían en el modo en que se desarrollaba el trabajo interdisciplinario. Los testimonios señalaron, que años anteriores contaban con mayor disponibilidad de tiempo para realizar evaluaciones con el detenimiento necesario según el caso ya que en determinadas situaciones las devoluciones requerían de un tiempo extra para poder acompañar al solicitante a elaborar la devolución, especialmente en el caso de los padres cuando los casos eran de niños. En la

actualidad, la creciente demanda, la mayor cantidad de turnos diarios y las dificultades del sistema informático los obligaba a ajustarse a los tiempos para poder cumplir con las exigencias. A esto se sumaban los tiempos que perdían en realizar la carga administrativa en el sistema durante la evaluación y la imposibilidad de acceder con anticipación a la documentación cargada por los solicitantes. Estas demoras obligaron a los profesionales a reorganizar el trabajo frente a esta situación, implementando cambios en el orden de la práctica. Estos elementos coincidieron con los antecedentes planteados por Prado (2023) y Venturiello y Cobeñas (2023) que para la implementación del modelo biopsicosocial se requiere de condiciones que posibiliten sostener una escucha situada a las particularidades de cada persona a través de un análisis integral. En este sentido, los testimonios de los profesionales señalaron que solicitaban la documentación en formato físico para revisar antes de realizar la evaluación, a fin de optimizar los tiempos y así poder garantizar una evaluación adecuada.

Para finalizar el presente estudio permitió poner en diálogo los resultados con los supuestos que orientaron la investigación, dando cuenta de algunas características del trabajo interdisciplinario que se lleva a cabo en las juntas de evaluación para la certificación de la discapacidad en CABA. Coincidiendo con el primer supuesto planteado, los hallazgos mostraron que el modelo biopsicosocial no opera como un marco abstracto sino como un modelo que se actualiza en cada evaluación. En el segundo supuesto también se observó la articulación entre los diferentes saberes profesionales y como estos posibilitaron una comprensión integral, aunque estas articulaciones varían según los equipos. Por último, los resultados permitieron reconocer como las condiciones institucionales y las dinámicas internas inciden en la manera en que se lleva a cabo el trabajo interdisciplinario en las juntas.

8. Conclusión

La presente investigación permitió comprender con mayor profundidad cómo se configura, se sostiene y se articula el trabajo interdisciplinario en las Juntas de Evaluación de Discapacidad de CABA en el proceso para el otorgamiento del CUD. Los hallazgos muestran que si bien el modelo biopsicosocial constituye el marco conceptual y normativo que organiza la evaluación, su implementación práctica presenta variaciones significativas entre las posibilidades reales de articular saberes clínicos, psicológicos y sociales en los diferentes equipos. Esta heterogeneidad se vincula a la dinámica interna de cada junta como también a las condiciones institucionales que delimitan la posibilidad de llevar adelante evaluaciones integrales

Los resultados revelaron que la interdisciplina no constituye una práctica dada ni automática, sino un proceso en permanente construcción que requiere diálogo, apertura y la capacidad de flexibilizar los liderazgos según el tipo de saber convocado. Este hallazgo permite afirmar que la eficacia del trabajo interdisciplinario se sostiene en la posibilidad de que los profesionales revisen sus propias certezas, renuncien a posiciones de superioridad disciplinar y permitan que la complejidad del caso oriente la toma de decisiones, evitando reducir la evaluación a un único marco interpretativo.

Asimismo, el estudio mostró que persisten tensiones vinculadas al predominio del modelo biomédico. Estas tensiones no constituyen atributos individuales, sino a una estructura histórica que continúa jerarquizando a la medicina por encima de otros saberes. Reconocer este trasfondo estructural es indispensable para promover transformaciones que acompañen el enfoque biopsicosocial y favorezcan su implementación real en las prácticas evaluativas.

Otro aporte significativo de la investigación fue la identificación del lugar que adquiere la subjetividad, tanto de los profesionales como de los solicitantes en el proceso

evaluativo. En situaciones de denegatoria la devolución implica una carga subjetiva significativa que excede el acto administrativo y sitúa a los profesionales en un rol de mediación ética entre la normativa, las reacciones del solicitante y su propia interpretación disciplinar. Este hallazgo señala una dimensión poco explorada del proceso: el papel que las juntas interdisciplinarias asumen en la comunicación de las decisiones que pueden influir en el acceso a derechos.

Por último, el estudio permitió identificar como ciertos factores institucionales como los tiempos reducidos, el sistema informático y la carga administrativa limitan la posibilidad de realizar evaluaciones integrales más completas. Estas condiciones introducen tensiones en los equipos que pueden favorecer o dificultar la articulación interdisciplinaria. La comprensión de estas dimensiones permite afirmar que mejorar las condiciones de trabajo es un requisito central para garantizar evaluaciones acordes al modelo biopsicosocial y a la perspectiva de derechos.

En conjunto, esta investigación permitió responder el problema inicialmente planteado al mostrar que el trabajo interdisciplinario en las juntas evaluadoras para el otorgamiento del CUD en CABA es un proceso complejo, heterogéneo y situado, sostenido por la articulación entre saberes, de roles y las condiciones institucionales que habilitan o restringen su desarrollo y que se requiere de condiciones institucionales adecuadas, formación constante, espacios de reflexión colectiva y un compromiso ético con la singularidad de cada caso para avanzar hacia prácticas más integrales en concordancia con el paradigma biopsicosocial.

9. Aportes y Contribuciones de la investigación.

La presente investigación aporta una comprensión actualizada y situada del trabajo interdisciplinario en las Juntas de Evaluación de Discapacidad de CABA. Su principal contribución es describir cómo se organiza en la práctica la articulación entre los saberes médico, psicológico y social en el proceso evaluativo, analizando la evidencia empírica sobre las dinámicas profesionales que hacen posible o dificultan la aplicación del modelo biopsicosocial.

Uno de los aportes más relevantes es la identificación del liderazgo móvil como una dinámica que estructura el funcionamiento de los equipos. Este hallazgo amplía la comprensión teórica de la interdisciplina, mostrando que su eficacia no depende de la mera presencia de distintas disciplinas, sino de la capacidad de redistribuir el protagonismo profesional según las demandas del caso y del saber convocado.

La investigación también evidencia el modo en que las condiciones institucionales, tiempos reducidos, dificultades del sistema informático, carga administrativa y alta demanda inciden en la práctica evaluativa. Es decir, cómo factores organizacionales pueden limitar o posibilitar la implementación efectiva del modelo biopsicosocial y condicionar la articulación interdisciplinaria.

El análisis de la subjetividad profesional como parte constitutiva del proceso en la evaluación, especialmente en situaciones de denegatoria permite el labor que los profesionales asumen en las juntas interdisciplinarias a través de la articulación entre los criterios normativos, las reacciones del solicitante y su propia interpretación disciplinar.

Finalmente, esta investigación contribuye un análisis de las estrategias profesionales que los equipos desarrollan para articular saberes, resolver divergencias interpretativas y construir criterios compartidos para describir con mayor precisión las dinámicas actuales de las juntas evaluadoras y aportar elementos concretos para fortalecer el trabajo interdisciplinario en el proceso de certificación.

10. Limitaciones de la investigación.

La investigación presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas. En primer lugar, el estudio se centró exclusivamente en profesionales que integran las Juntas Interdisciplinarias de Evaluación para el otorgamiento del CUD en CABA, por lo cual los resultados no pueden generalizarse a otras jurisdicciones. En segundo lugar, el estudio se basó únicamente en entrevistas a profesionales, sin incluir la perspectiva de los solicitantes, lo que restringe el análisis de la experiencia evaluativa a una sola dimensión del proceso. En tercer lugar, la investigación no incluyó observaciones directas de las evaluaciones lo que hubiese permitido ampliar la comprensión de las dinámicas interaccionales y de los modos de articulación entre disciplinas. Del mismo modo, no se diferenciaron las prácticas según el tipo de junta o la composición particular de cada equipo, lo cual podría influir en la implementación del enfoque biopsicosocial.

Estas limitaciones señalan la necesidad de ampliar el estudio a otros territorios y actores, habilitando nuevas líneas de investigación sobre el funcionamiento de las juntas interdisciplinarias.

11. Líneas de investigación futuras

A partir de los resultados de este estudio, se identifican diferentes líneas de investigación que permitirían profundizar el análisis del trabajo interdisciplinario en las Juntas de Evaluación de Discapacidad. En primer lugar, sería relevante incorporar la perspectiva de los solicitantes para comprender cómo es vivida la evaluación y el impacto subjetivo que pueden generar los distintos momentos del proceso, especialmente en las situaciones de denegatoria.

En segundo lugar, futuras investigaciones podrían incluir observaciones directas de las evaluaciones, lo que permitiría analizar con mayor precisión las dinámicas interaccionales, los modos de articulación entre disciplinas y los procesos de toma de decisiones en tiempo real y complementaria los hallazgos obtenidos.

Por último, otra línea de investigación podría comparar el funcionamiento de juntas evaluadoras de distintas jurisdicciones, con el objetivo de identificar similitudes y diferencias en la implementación del modelo biopsicosocial según el contexto institucional y la composición disciplinar de los equipos.

12. Propuestas de intervención

Los resultados de esta investigación mostraron que el trabajo interdisciplinario en las Juntas de Evaluación de Discapacidad de CABA se desarrolla en un entramado complejo en el que intervienen factores normativos, institucionales, disciplinares y subjetivos. Los profesionales destacaron la complejidad de ciertos casos que generan desacuerdos internos, dificultades para arribar a consensos o tensiones entre los criterios normativos y la situación contextual del solicitante. En estas situaciones, afectan la toma de decisiones y la comunicación con los solicitantes.

En este sentido, se propone implementar un Ateneo Clínico Interdisciplinario como un espacio de análisis y de reflexión colectiva que permita abordar de manera conjunta casos paradigmáticos. Este dispositivo busca fortalecer la articulación entre disciplinas, promover criterios compartidos y mejorar la toma de decisiones en situaciones evaluativas complejas.

12.1 Objetivo general

Fortalecer la articulación interdisciplinaria en las Juntas Evaluadoras de Discapacidad mediante el análisis y discusión colectiva de casos clínicos complejos.

12.2 Objetivos específicos

Promover la reflexión crítica sobre los criterios clínicos, psicológicos, sociales y normativos que se presentan en evaluaciones complejas.

Fomentar la construcción de criterios compartidos que orienten decisiones integrales.

12.3 Selección del caso clínico a trabajar

Para el desarrollo del ateneo, cada junta interdisciplinaria debe seleccionar un caso real que haya presentado dificultades o desacuerdos entre disciplinas y se debe preservar la confidencialidad de los datos del solicitante.

12.4 Modalidad del Ateneo Clínico

El taller se desarrollará en cuatro momentos: introducción, análisis, plenario y cierre.

Duración total: 1 hora y 30 minutos a 2 horas.

Participantes: profesionales de las disciplinas que integran las juntas evaluadoras para el otorgamiento del CUD en la República de Argentina.

Modalidad: virtual sincrónica.

12.5 Planificación

En primer lugar, el coordinador presenta el propósito del espacio y detalla de forma breve los lineamientos del modelo biopsicosocial, los principios de la CIF y los criterios normativos del CUD para dar encuadre al taller. En segundo lugar, el equipo presenta el caso seleccionado, cuidando la confidencialidad. La presentación debe incluir una descripción breve de la situación, señalando los puntos que generaron dificultades evaluativas. Finalizada la presentación del caso se continúa con el plenario donde los participantes comparten sus análisis y propuestas.

La puesta en común se orienta a identificar convergencias, tensiones normativas, impacto institucional, estrategias comunicacionales y el rol del liderazgo móvil en la toma de decisiones.

12.6 Cierre del Ateneo

El coordinador realiza una síntesis del encuentro, integrando los aprendizajes interdisciplinarios, los acuerdos construidos, los aspectos a mejorar y las necesidades de formación que surgen del análisis colectivo.

13. Referencias

Agencia Nacional de Discapacidad [ANDIS] (s.f). Nueva Ley de discapacidad.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2022/03/andis_-_nueva_ley_de_discapacidad_texto_plano.pdf

Alfaro, L. (2013). Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social. *Revista Costarricense de Psicología*, 32(1), 63-74.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=476748711005>

Aragón-Daud, A., Vetere, G., Argañaraz, M., y Musich, F. M. (2025). Emisión de Certificado Único de Discapacidad por autismo en Buenos Aires: análisis longitudinal. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 35(166), 6–12. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i166.724>

Argañaraz, M., y Vetere, G. El Certificado de Discapacidad: Impacto y Utilidad. *Revista Movimiento*, 37,40 -41.

<https://cedinpe.unsam.edu.ar/sites/default/files/pdfs/movimiento-37.pdf#page=40>

Barukel, A., y Stolkiner, A. (2005). El problema del diagnóstico en salud mental: clasificaciones y noción de enfermedad. *Salud en Debate*, 42(118), 646–655.

<https://doi.org/10.1590/0103-1104201811808>

Benavidez, M., y Vall, E. (2010). Historia de la discapacidad en Argentina. En M. L.

Esquivel y C. Figari. (Eds.), *La discapacidad en Argentina: Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes a 2015* (pp.223 - 245). Fundación Par.

<https://test.panaacea.org/wp-content/uploads/2016/03/La-discapacidad-en-Argentina-Fundaci%C3%B3n-PAR.pdf>

Bersezio, M. B. (2020). Interseccionalidad y discapacidad: Aportes para un enfoque situado.

Revista de Estudios Sociales, 72, 45-58. <https://inclusionyequidad.org/home/wp-content/uploads/2021/02/Documento-3-Interseccionalidad.pdf>

Bourdieu, P. (1997). Razones prácticas: Sobre la teoría de la acción. Anagrama.

<https://epistemh.pbworks.com/f/9.+Bourdieu+Razones+Pr%C3%A1cticas.pdf>

Bleichmar, S. (2005). La subjetividad en riesgo. Paidós.

Contreras, J. (2004). La educación como práctica social. Morata.

<https://rieoei.org/RIE/article/view/2924>

Decreto 160 de 2018. (2018, 27 de febrero). Agencia Nacional de Discapacidad. Boletín Oficial 27 de febrero de 2018.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/179398/20180228>

Decreto 498 de 1983. (1983, 1 de marzo). Agencia Nacional de Discapacidad. Boletín Oficial 1 de marzo de 1983. [http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37435/norma.htm)

[39999/37435/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/37435/norma.htm)

Decreto 698 de 2017. (2017, 5 de septiembre). Agencia Nacional de Discapacidad. Boletín Oficial 5 de septiembre de 2017.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/170159/20170906>

De Lellis, M., y Fotia, G. D. (2019). Interdisciplina y Salud Mental. *Anuario de*

Investigaciones, XXVI, 179-187. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369163433018>

De la Herrán Gascón, A. (2004). El diagnóstico pedagógico en educación infantil. Editorial

Universitaria Ramón Areces. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1699879>

De Psicólogos, F. E. D. A. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del psicólogo*,

24(85), 1-10. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808501.pdf>

Díaz Castillo, L. Á., y Muñoz Borja, P. (2005). Implicaciones del género y la discapacidad

en la construcción de identidad y la subjetividad. *Revista Reicis: Revista Colombiana de*

Investigación Social, 3(2), 143-168. <https://www.redalyc.org/pdf/562/56230206.pdf>

Egea García, C., y Sarabia Sánchez, A. (2004). Visión y modelos conceptuales de la

discapacidad. *Polibea*, 73, 29-42. [https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-](https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_modelos.pdf)

[Sarabia_modelos.pdf](https://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_modelos.pdf)

- Elichiry, N. (2009). *Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias*. En *Escuela y aprendizajes. Trabajos de psicología educacional* (pp.137-145). Buenos Aires: Manantial.
- https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatoria/s/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/elichiry_importancia_de_la_articulacion.pdf
- Esquivel, M. L y Figari, C. (2005). El Sistema Único de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad. En Fundación Par. *La discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes a 2015*. (pp. 223-245).
- <https://test.panaacea.org/wp-content/uploads/2016/03/La-discapacidad-en-Argentina-Fundaci%C3%B3n-PAR.pdf>
- Federación de Psicólogos de la República Argentina (1999). Código de ética profesional. Buenos Aires: FePRA. <https://colegiodepsicologos.org.ar/wp-content/uploads/2022/08/Codigo-de-Etica-de-la-FePRA.pdf>
- Freud, S. (1979a). El yo y el ello. En *Obras completas* (Vol. XIX). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (1979b). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras completas* (Vol. XII). Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1912).
- Foucault, M. (1973). El nacimiento de la clínica. Siglo XXI Editores.
- Foucault, M. (2007). Seguridad, territorio y población. Fondo de Cultura Económica.
- Fuentes, G. (2014). Evaluación de la discapacidad: Perspectivas actuales y aplicación de la CIF en Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 5(202), 22-29.
- <https://www.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/CIF-NIVEL-I-BASICO.pdf>
- Fundación Juan XXIII. (2022). *Lenguaje inclusivo y discapacidad: Qué debes saber*. <https://blog.fundacionjuanxxiii.org/lenguaje-inclusivo-y-discapacidad-que-debes-saber>

- García López, R. (2004). Salud mental comunitaria ¿Una tarea interdisciplinar? *Cuadernos de Trabajo Social*. 17, 273-287.
<https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS0404110273A/7617>
- Gil, I. (2018). *¿Qué es la discapacidad? Evolución histórica y cultural*. Fundación Adecco.
<https://fundacionadecco.org/blog/que-es-la-discapacidad-evolucion-historica/>
- Girón Garcia, S. (2022, noviembre). El diagnóstico psiquiátrico: Desafíos [Conferencia].
https://www.researchgate.net/publication/365476251_El_diagnostico_psiquiatrico_desafios
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (s.f.). *Solicitud de certificado único de discapacidad (CUD)*. <https://buenosaires.gob.ar/tramites/solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud>
- Goffman, E. (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu.
- Hernández Sampieri, R., Fernández-Collado, C., y Baptista, L. P. (2006). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. [Metodología de la Investigación -sampieri- 6ta EDICION.pdf - Google Drive](#)
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. University of Chicago Press.
https://www.academia.edu/download/62519294/Thomas_Kuhn_-_The_Structure_of_scientific_revolutions_3rd_ed.20200328-112461-1g7y9qj.pdf
- Ley 17.132. (1967, 24 de enero). Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares. Ministerio de Salud de la Nación.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429>
- Ley 22.431. (1981, 16 de marzo) Sistema de protección integral de los discapacitados. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-22431-20620/texto>
- Ley 24.901. (1997, 5 de noviembre) Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación

- integral de las personas con discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24901-47677/actualizacion>
- Ley 25.280. (2000, 6 de julio) Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25280-63893/texto>
- Ley 25.369. (2000). (s/f). Ejercicio de la Fonoaudiología. Honorable Congreso de la Nación Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/236542/20201027>
- Ley 25.504. (2001, 14 de noviembre). Sistema de Protección Integral de los Discapacitados. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24308-1993-70726>
- Ley 26.378. (2008, 21 de mayo). Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad y su protocolo facultativo. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/141317/texto>
- Ley 26.529. (2009, 19 de noviembre). Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- Ley 26.657. (2010, 2 de diciembre). Ley Nacional de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/hospitalcarrillo/informacion-util-hcrc/ley-de-salud-mental-26657>
- Ley 27.044. (2014, 19 de noviembre). Convención sobre los Derechos de las Personas con

- Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27044-239860>
- Ley 27.072. (2014, 10 de diciembre). Ejercicio Profesional del Trabajo Social. Honorable Congreso de la Nación Argentina.
<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27072-239854>
- Levin, A. (2020). *Discapacidad desde la infancia: un estudio sobre la certificación estatal argentina*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/158460>
- Levin, A. (2021). El certificado único de discapacidad en Argentina: historia de una política de discriminación positiva a la luz del análisis del sistema de salud. *Revista Pasajes*, 13,1-19. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/170961>
- Levin, A. (2024). El trabajo con el certificado de discapacidad. Un estudio sobre las estrategias profesionales en el monovalente de salud mental infanto-juvenil argentino. *Runa*, 45(1), 227-246. <https://www.redalyc.org/journal/1808/180879970014/html/>
- Licciardi, L. Nahmod, G., Dardik, F., Magnifico, V., y Petit, C. (2019). *Acerca del otorgamiento de un certificado de discapacidad a partir de un fallo judicial*. VII Jornadas Nacionales de Discapacidad y Derechos, Córdoba.
<https://es.scribd.com/document/854035913/Acerca-del-otorgamiento-de-un-CUD-a-partir-de-un-fallo-judicial-Publicacion>
- López, R. (2021). *Desvalimiento psicosocial y discapacidad motora: Una mirada desde la vulnerabilidad social* [Tesis de grado, Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales]. Repositorio Institucional UCES.
<https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/7162>
- Magalhaes Goulart, D., González Rey, F., y Patiño Torres, J. F. (2019). El estudio de la subjetividad de profesionales de la salud mental: una perspectiva cultural-histórica. *Athenea Digital*, 19(3), 1-21. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2548>

Merleau-Ponty, M. (1945/2002). Fenomenología de la percepción. Trotta.

https://monoskop.org/images/9/9b/Merleau-Ponty_Maurice_Fenomenologia_de_la_percepcion_1993.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2009, 12 de mayo). Sistema de Protección Integral Personas con Discapacidad: *Modelo Único de Discapacidad y El Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad*. (12 de mayo de 2009).

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-675-2009-153565>

Ministerio de Salud de la Nación [MINSAL] (2017). *Generalidades del Certificado Único de Discapacidad (CUD), Solicitud y protocolo*. Acta Salud Mental. Orientación prestacional. Caso clínico.

https://drive.google.com/file/d/0B_EMFcyDq85uU3I0WWRueVFPU0U/view?ts=630ffcce&resourcekey=0-X7Vpaw406kmM2E3EgnCirw

Ministerio de Salud de la Nación [MINSAL] (2017). *Normativas para la Certificación de Personas con Discapacidad*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/normativa_para_la_certificacion_de_personas_con_discapacidad_con_deficiencia_intelectual_y_mental

Morín, E. (2019). *¿Qué es Transdisciplinariedad? Multiversidad*.

<https://www.edgarmorinmultiversidad.org/index.php/que-es-transdisciplinariedad.html>

Nasio, J. (1999). *El placer de leer a Freud*. Editorial Gedisa.

Naciones Unidas. (2006, 12 de diciembre). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. [https://www.ohchr.org/es/instruments-](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities)

[mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities](https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities)

Nahmod, G. (2021). Desvalimiento psicosocial en discapacidad motora adquirida en la adultez. *Revista Desvalimiento Psicosoliac*, 8 (2)1-7

<https://dspace.uces.edu.ar/jspui/handle/123456789/6018>

- Najmanovich, D. (2008). El pensamiento complejo: Un nuevo paradigma. Kolima.
- Navarro, R. (2015). Discapacidad, evaluación y modelos conceptuales: de la CIDDM a la CIF. *Revista Española de Discapacidad*, 3 (1), 45-62
<https://www.cedid.es/redis/index.php/redis/article/view/162>
- Oliver, M. (1990). The politics of disablement New social movements. *In The politics of disablement* (112-131). Macmillan Education
https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-1-349-20895-1_8
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.
<https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud. (CIF). OMS
<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000125203>
- Organización Panamericana de la Salud. (2015). Bioética: *Temas y principios para la atención en salud*. OPS.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/18942/SPP20_5_SPA.pdf?sequence=1
- Padilla-Muñoz, A (2010). “Discapacidad: contexto, concepto y modelos”. *Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 16(16), 381-414.
<https://www.redalyc.org/pdf/824/82420041012.pdf>
- Palacios, A (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. CERMI. https://isfd112-bue.infod.edu.ar/sitio/upload/EL_MODELO_SOCIAL_DE_DISCAPACIDAD.pdf
- Palermo, M. C. (2025). Modelos interpretativos de la discapacidad y formas de autonomía de las personas con discapacidad en la normativa nacional argentina. *Argumentos. Revista*

de crítica social, 31, 6.

<https://publicaciones.sociales.uba.ar/index.php/argumentos/article/view/10375>

Pichon-Rivière, E. (1971). *El proceso grupal*. Nueva Visión.

Real Academia Española (s/f). Dispositivo. En *Diccionario de la lengua española* (23.^a edición, versión 23.7 en línea). Consultado el 28 de septiembre de 2024.

<https://dle.rae.es/dispositivo?m=form>

Registro Nacional de Personas con Discapacidad 2019-2020. (2020). *Anuario Estadístico del Registro Nacional de Personas con Discapacidad*.

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2019/02/andis_anuario_estadistico_del_registro_nacional_de_personas_con_discapacidad_ano_2019_-_2020.pdf

Resolución 322/2023 (2023). *Registro Nacional de Profesionales Integrantes de Juntas Evaluadoras Interdisciplinarias*. Agencia Nacional de Discapacidad. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/390000-394999/393809/norma.htm>

Resolución 558/ 2016 (2023). *Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad*. Ministerio de Salud de Argentina. Buenos Aires, Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/144755/20160506>

Resolución 675/2009 (2009). *Sistema de Protección Integral Personas con Discapacidad*. Ministerio de Salud de Argentina. Buenos Aires, Argentina.

<https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-675-2009-153565>

Rodríguez, L. (2022). En memoria de Mike Oliver: un legado sociológico vivo para los estudios críticos en discapacidad latinoamericanos. *Folia Humanística*, 4(2), 7–22.

<https://revista.proeditio.com/foliahumanistica/article/view/5655>

Sarlo, S. (Comp.). (2022). *El movimiento por los derechos de las personas con discapacidad en Argentina: Perspectivas críticas desde la interseccionalidad y la historia reciente*

(pp. 40–50). CEDINPE.

<https://cedinpe.unsam.edu.ar/sites/default/files/pdfs/movimiento-37.pdf>

Suárez Zamora, A. (2023). *El proceso de certificación de discapacidad mental: demanda, evaluación y resolución en una Junta Calificadora de Discapacidad en un Hospital Público. Contexto clínico*. <https://pa.bibdigital.ucc.edu.ar/4055/>

Strauss, A. L. y Sales, A. (2010). Bridging the gap between disability studies and disability services in higher education: A model center on disability. *Journal of Postsecondary Education and Disability*, 23(1), 79-84. <https://eric.ed.gov/?id=EJ888647>

Taverna, A. (2016). La discapacidad como construcción histórica y social. *Revista de la Facultad de Ciencias Sociales*. Universidad Nacional de Córdoba.

Terranova, M. F. (2023). *La sesión vincular psicoanalítica en la evaluación para el certificado único de discapacidad con niños/as: promoviendo la despatologización de las infancias*. En XV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXX Jornadas de Investigación. XIX Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. V Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional V Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. <https://www.aacademica.org/000-009/55.pdf>

Valencia, A. (2014). *La discapacidad: Una mirada histórica y social*. Editorial Universidad del Valle.

Venturiello, M. P., y Cobeñas, P. (2023). The Social Construction of Disability in Argentina: Some Key Points. *International Journal of Disability and Social Justice*, 3, 123-129.

DOI:10.13169/intljofdissocjus.3.3.0123 <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/237964>

14. Anexo

14.1 Anexo I: Modelo de Consentimiento Informado

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Me ha sido explicado que los miembros de la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales de UFLO Universidad, desean conocer xxxx. Es por esta razón que se está realizando un trabajo de investigación cuya finalidad es xxx. Mi participación en la investigación consiste en responder con sinceridad a la administración de los cuestionarios que se me entregarán a continuación.

La participación es voluntaria y en cualquier momento puedo dejar sin efecto la presente autorización, retirándome del presente acto.

Se me ha dicho que mis respuestas u opiniones serán confidenciales y sólo de conocimiento para el equipo de investigación, resguardando mi privacidad y los resultados no serán ligados a mi información que se coloca al pie del presente consentimiento.

Asimismo, se me ha explicado que los resultados globales de la investigación serán presentados en la Facultad de Psicología y Ciencias Sociales y que podrán ser expuestos también en congresos y/o publicados en revistas científicas preservándose siempre mi identidad, conforme a la ley 25.326

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que en caso de que tenga alguna pregunta acerca del estudio o sobre mis derechos a participar en el mismo, puedo contactar a la Secretaría de Investigación y Desarrollo UFLO, a sinvestydes@uflo.edu.ar (o equipo responsable)

Habiendo comprendido lo que se me ha explicado, aceptó participar en este trabajo de investigación.

Firma:

Firma Profesional Informante:

Aclaración:

Aclaración:

DNI:

Fecha:

DNI:

Protocolo N°: