



LA DISCAPACITACIÓN SOCIAL DEL “DIFERENTE”¹

Mauricio Mareño Sempertegui

Fernanda Masuero

Universidad Nacional de Córdoba (Argentina)

Introducción

A lo largo de los últimos treinta años se han venido sucediendo importantes avances orientados a definir y conceptualizar el fenómeno de la discapacidad desde el campo de las ciencias sociales y humanas, al menos en occidente.

Si bien los esfuerzos por precisar su significado, así como su origen y sus manifestaciones pueden remontarse a las primeras décadas del siglo XX, los tres últimos decenios presentan una acentuada proliferación.

En Argentina este proceso fue iniciado en los años ochenta por la socióloga Liliana Pantano, sin embargo, recién a finales de la década del noventa se observa el surgimiento de interesantes producciones al interior de grupos de investigación de Universidades Nacionales y de Organizaciones Sociales relacionadas con la temática

Si efectuamos una revisión de los esquemas conceptuales a partir de los que se define e interpreta la discapacidad en occidente, se observa que distintos modelos han predominado y coexistido según momentos históricos y contextos socio-culturales diversos.

En este sentido, consideramos substancial hacer hincapié en las *implicaciones prácticas* (López González, 2006) que las distintas concepciones de acuerdo a las cuales se ha pensado y actuado ante este fenómeno, tienen en la vida cotidiana de las personas en situación de discapacidad y en las relaciones sociales en general. Estos modelos de conceptualización e interpretación generan representaciones sociales y visiones que confieren fundamento a la legislación vigente, a las políticas e intervenciones sociales del Estado y de sus instituciones, a las iniciativas promovidas por organizaciones no gubernamentales y empresas privadas, a las

¹ Una versión preliminar de este artículo fue publicada en el suplemento digital de la Revista “La educación en nuestras manos”, del Sindicato Unificado de Trabajadores de la Educación de la Provincia de Buenos Aires (SETUBA) N° 45, mayo de 2008.

prácticas y prestaciones profesionales, a los estudios e investigaciones académicas y a las actitudes de la sociedad en general. En consecuencia, impactan en la cotidianidad de las personas en situación de discapacidad y en sus posibilidades reales de acceso, relación y participación en los circuitos de producción, intercambio y consumo de bienes y servicios, tanto materiales como simbólicos.

En estas páginas pretendemos realizar una sucinta caracterización de los cuatro modelos de discapacidad más influyentes en occidente, identificando algunas de las limitaciones y de los aportes que presentan para la comprensión y abordaje de este complejo fenómeno social. Hacemos alusión a los antagonistas modelo Individual y modelo Social, al modelo Bio-Psico-Social proclamado como alternativa de síntesis, y al modelo de la Diversidad de reciente desarrollo conceptual. Para terminar esbozamos algunos aspectos que a nuestro entender nos aproximan a su *comprensión real* (Kosik, 1967).

Modelos occidentales contemporáneos

El Modelo Individual

Esta perspectiva también denominada modelo Médico, Medicalizado o de Rehabilitación se caracteriza por la *medicalización de la discapacidad*. Siguiendo a Oliver (1986, 1990a, 1990b) lo definimos como Modelo Individual, ya que localiza el “problema” de la discapacidad dentro del individuo y analiza sus causas como consecuencias y repercusiones de enfermedades exclusivamente.

Si bien las raíces de esta perspectiva pueden remontarse a los inicios del sistema capitalista Europeo y a la configuración moderna de la profesión médica, estimamos que se formaliza y legitima definitivamente como “modelo” en los años ‘70 del siglo XX a partir de los trabajos del Dr. Philip H. N. Wood, cuyos argumentos se cristalizarán en esa misma década en la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Documento que representa la síntesis de los enfoques individuales del siglo XX.

A inicios de la década del ‘70 del siglo XX, la OMS se planteó la necesidad de revisar sus criterios de medición de la salud en la población. Estos criterios: el Diagnóstico y la Mortalidad, formaban parte de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE), sin embargo, se estableció que era fundamental considerar otras medidas de salud que contemplaran los aspectos relacionados con las repercusiones de las enfermedades en el individuo, tanto en su propio cuerpo como en su actividad y en su relación con el entorno (OMS, 1980; OMS, 2001a; Egea García y Sarabia Sánchez, 2004)

Después de varias formulaciones y revisiones, la OMS encarga a Wood la elaboración de una clasificación que responda a esos objetivos. Esta fue puesta en marcha en 1976 y publicada, con carácter experimental, en 1980 bajo el nombre de Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM).

Desde esta visión, la discapacidad tiene origen en una **deficiencia**, entendida esta última como toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. En este sentido la CIDDM plantea que la **discapacidad** es toda restricción o ausencia -debida a una deficiencia- de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (OMS, 1980).

El modelo individual, entonces, alude a la discapacidad en términos de consecuencias de enfermedad. La concibe como corolario de una deficiencia a ser erradicada -en la medida de lo posible- a partir del principio de normalización y su correlato en el campo de la salud: la rehabilitación. De este modo, se deposita en las

técnicas de rehabilitación médica, toda probabilidad de participación e utilidad social de las personas en situación de discapacidad.

Creemos que este modelo presenta más limitaciones que aportes para la comprensión de la complejidad de este fenómeno:

Es un modelo exclusivamente patológico, que al concebir la discapacidad como una resultante de la enfermedad, la abstrae de toda circunstancia socio-cultural, restringiendo las posibilidades de análisis del sistema de relaciones históricas y sociales del cual necesariamente forma parte.

Su concepción de discapacidad como condición y atributo personal instala “la dificultad” en el individuo que no puede adaptarse a las necesidades y exigencias del sistema social en el cual está inserto. Por ende, sus posibilidades de interacción y participación social son definidas como una responsabilidad netamente individual, y se encuentran supeditadas a las probabilidades de rehabilitación médica.

Su estructura conceptual se basa en una mono-causalidad biológica y en el supuesto médico de la normalidad funcional, que aquí denominaremos *normalidad bio-médica*. El eje de análisis se centra en el cuerpo, en sus desviaciones y deterioros, de esta forma, se puede plantear que es un enfoque normalizador y biologista.

El Modelo Social

Se podría afirmar que el origen, desarrollo y configuración de este modelo se generaron a partir de la crítica y rechazo de los postulados del enfoque expuesto anteriormente. De esta manera, su presupuesto fundamental alega que las causas que originan la discapacidad no son biológicas, sino sociales (Hunt, 1966; UPIAS, 1974, 1975; Oliver, 1986, 1990a, 1990b; Finkelstein, 1980).

Este modelo fue construido por el sociólogo inglés Michael Oliver a inicios de los años ‘80, a partir de los aportes y la influencia de activistas en situación de discapacidad y sus organizaciones, quienes desde la década del ‘60 analizaban críticamente el fenómeno desde su experiencia personal.

Uno de los aportes centrales de esta perspectiva es la redefinición de la discapacidad a partir de su diferenciación de la concepción de deficiencia: la **deficiencia** es definida como la carencia parcial o total de uno o todos los miembros, o la posesión de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo defectuoso y la **discapacidad** como la desventaja o la limitación en la actividad causada por una organización social contemporánea, que tiene escasa o ninguna consideración por las personas con deficiencias físicas, y que por lo tanto, las excluye de la corriente principal de las actividades sociales (UPIAS, 1974, 1975; Oliver, 1986, 1990a, 1990b, 1998).

La discapacidad es descrita entonces como una forma específica de opresión social, de sometimiento social; es una situación impuesta a las personas con deficiencias por la forma en que se las aísla y excluye innecesariamente de la plena participación en la sociedad. En esta lógica, la sociedad discapacita a las personas con deficiencias (UPIAS, 1975; Oliver, 1990b).

Se enfatiza también la importancia de que las personas con deficiencias obtengan el control de sus vidas, control históricamente asumido por los profesionales de la rehabilitación y sus instituciones. En este sentido, se rechaza la segregación y la institucionalización y se destaca que el eje central no radica en hacer el bien a las personas con deficiencias o de proporcionarles asistencia social. Sino en promover el ejercicio de sus derechos de igual modo que las personas sin deficiencias.

A diferencia del modelo medicalizado, esta perspectiva presenta al menos cuatro premisas, que constituyen un aporte fundamental para redefinir el fenómeno, aproximarse a su naturaleza real y, por ende, orientar la investigación y la intervención en este campo desde una perspectiva crítica y relacional:

1. Incorpora la experiencia personal de las personas en situación de discapacidad al análisis y definición del fenómeno, de sus necesidades y demandas y de las eventuales modalidades de resolución. Componente omitido por el modelo individual.
2. Trasciende la medicalización del fenómeno a partir de la incorporación de las estructuras económicas, culturales y políticas de la sociedad capitalista como condiciones objetivas determinantes. En el modelo individual el contexto es concebido como mero escenario, aquí se constituye en un actor categórico.
3. Reconoce a las personas en situación de discapacidad como personas con derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, a diferencia del modelo medicalizado donde se los concibe como sujetos enfermos a normalizar, y por ende a rehabilitar.
4. Resignifica la discapacidad como una situación social creada por los hombres, diferenciándola del concepto de deficiencia, que alude a una condición biológica.

Sin embargo, pese a estos aportes presenta tres importantes limitaciones:

1. Su estructura conceptual no incorpora a las deficiencias en el análisis del fenómeno, subestimando su incidencia en las vidas de las personas en situación de discapacidad.
2. Supone que la población en situación de discapacidad conforma un todo homogéneo, desconociendo las heterogeneidades existentes al interior de este grupo poblacional.
3. No logra desligarse de la supuesta *normalidad biomédica* característica del modelo medicalizado. Al referirse a deficiencias, insuficiencias, alteraciones, miembros defectuosos, etc., se basa en el mismo patrón biológico-médico que estructura el modelo individual. En ese sentido, pese a su crítica y oposición a este modelo, paradójicamente, comparte con él la "ideología de la normalidad" (Oliver, 1990a).

En otros términos, el enfoque social distingue acertadamente *discapacidad* de *deficiencia*, sin embargo, esta última mantiene aún su carácter de anormalidad. No plantea normalizar los cuerpos, como en el modelo individual, pero estos continúan siendo percibidos y aceptados como cuerpos anormales.

El Modelo Bio-Psico-Social

Este enfoque propuesto por la OMS en el año 2001, se autodefine como la integración de los modelos antagónicos antes señalados, ya que postula que ninguno de ellos podría resolver, por sí solo, todas las problemáticas inherentes a la realidad compleja de la discapacidad. Desde una visión integradora, intenta lograr una síntesis que ofrezca una mirada coherente de las diferentes dimensiones de la salud, desde una perspectiva biológica, individual y social. Según sus autores y adeptos, este modelo implica, además, un significativo cambio conceptual (OMS, 2001a, 2001b).

A partir de las numerosas críticas efectuadas a la CIDD, dentro de las cuales se cuestionaba el esquema causal-lineal subyacente, la categorización de situaciones limitantes y de desventaja, y la omisión del contexto, la OMS inicia un extenso y complejo proceso de revisión de esta clasificación, que como se mencionó, representa la concreción de los enfoques individuales y medicalizados de la discapacidad.

El periodo de aplicación de la CIDDM supera los veinte años y su proceso de revisión, iniciado oficialmente en 1993, se prolongó por casi una década, hasta la publicación en mayo de 2001 de la nueva CIDDM, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) (OMS, 2001a; Egea García y Sarabia Sánchez, 2004).

En un contexto donde, por un lado, cada vez se hacían más evidentes las limitaciones del modelo individual para captar la complejidad del fenómeno de la discapacidad y, por el otro, se acrecentaba la difusión y aceptación de los postulados del modelo social, sobre todo en organizaciones de personas en situación de discapacidad, la OMS ensaya una alternativa de síntesis de ambos enfoques.

La CIF expone como objetivo principal brindar un lenguaje unificado y estandarizado, y un marco conceptual que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con ella. Se advierte que con esta clasificación, la OMS abandona su enfoque inicial de “consecuencias de la enfermedad” para enfocar el objetivo hacia la salud y los estados relacionados con ella. En ese sentido, se plantea que supera la perspectiva bio-médica de la CIDDM, pronunciándose por un enfoque bio-psico-social y ecológico (OMS, 2001a; Egea García y Sarabia Sánchez, 2001)

Proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y las restricciones, y sirve como marco de referencia para organizar esta información. El funcionamiento de un individuo es entendido como una relación compleja o interacción entre la **condición de salud**² y los **factores ambientales**. En este esquema los factores ambientales interactúan con la persona con una condición de salud e influyen positivamente o negativamente en el nivel y la extensión del funcionamiento de esa persona (OMS, 2001a).

En este marco, la discapacidad ya no es construida como una consecuencia o derivación de una deficiencia, sino como un término genérico que incluye:

Las *deficiencias* en las funciones y estructuras corporales,

Las *limitaciones* en la actividad y

Las *restricciones* en la participación.

De esta manera es explicada como la resultante de la interacción entre un *individuo* (con deficiencias) y los *factores ambientales* que constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que una persona vive y conduce su vida. Factores externos al individuo. Es decir, indica los aspectos negativos de esa interacción.

Como se mencionó anteriormente, los factores ambientales ejercen una influencia positiva o negativa en el nivel y extensión del funcionamiento de las personas. De este modo, se configurarán en *barreras* cuando a través de su ausencia o presencia limiten el funcionamiento y generen discapacidad; o en *facilitadores* si al contrario, mejoran el funcionamiento de una persona y reducen la discapacidad (OMS, 2001a).

La CIF introdujo fundamentalmente un cambio en la terminología y sus aportes centrales pueden resumirse en:

1. Propiciar la articulación y realizar un esfuerzo de síntesis de dos enfoques notoriamente antagónicos como lo son el modelo individual y el social.
2. Promover la utilización de una terminología neutral y positiva al definir y clasificar la discapacidad.

² Término genérico que se refiere a toda alteración o atributo del estado de salud de un individuo que puede generar dolor, sufrimiento o interferencia en las actividades diarias. Es decir, incluye enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.

3. Plantear de manera incipiente la distinción entre enfermedad y discapacidad. A partir de lo cual aparentemente supera la mono-causalidad biológica atribuida al fenómeno.
4. Incorporar además de los factores biológicos y psicológicos, los condicionantes ambientales y contextuales, en la construcción conceptual del fenómeno de la discapacidad.

Ahora bien, creemos que esta clasificación no está exenta de limitaciones:

1. Pese a que actualmente constituye el sistema conceptual oficial para describir, interpretar y clasificar el funcionamiento humano y la discapacidad, es escasamente aplicada -al menos en Argentina- quizás por la complejidad que presenta su nomenclatura, sus componentes y su esquema de codificación. En ese sentido, debido a su lenguaje y terminología específica, su utilización queda restringida a algunos profesionales de la medicina.
2. Si bien propone términos positivos y neutros para definir el fenómeno de la discapacidad, los conceptos que se objetivan en esos términos son análogos a los de la CIDDM de los años '80. Dicho de otro modo, bajo la apariencia de "nuevos términos" la CIF conserva aún los conceptos propios del modelo medicalizado. En ese marco, parece coherente que preserve el supuesto de la normalidad funcional que postula el saber médico.

El Modelo de la Diversidad

Bajo este rótulo encontramos a una nueva perspectiva conceptual, una nueva manera de entender el fenómeno de la discapacidad, cuyos principales referentes definen como una derivación y superación del modelo Social. Sus autores plantean que los modelos a partir de los cuales se ha interpretado, definido e intervenido en el campo de la discapacidad revelan agudas limitaciones a la hora de abordar las situaciones de discriminación que históricamente han signado a las personas en situación de discapacidad, y a la hora de enfrentar los nuevos desafíos que se presentan en el campo de la bioética (Palacios y Romañach, 2007).

Este modelo basado en los postulados del Movimiento de Vida Independiente,³ es sugerido, a finales del año 2006 en España, por el licenciado en Informática Javier Romañach y la abogada argentina Agustina Palacios, quienes proponen la articulación de la Bioética y los fundamentos de los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar un cambio social profundo necesario e imprescindible para la plena igualdad de oportunidades y la no discriminación de la población en situación de discapacidad (Palacios y Romañach, 2006).

Para construir este modelo, sus autores toman a su vez, como insumo fundamental, las reflexiones planteadas en el Foro de Vida Independiente de España,⁴ donde a principios del año 2005 se propone, y se empieza

³ El Movimiento de Vida Independiente (MVI) es un movimiento político y social mundial de personas en situación de discapacidad que proclama la autodeterminación, el respeto y la igualdad de oportunidades como postulados centrales. Su génesis se encuentra estrechamente relacionada con las luchas por el reconocimiento de los derechos civiles, desplegadas por los movimientos afro-americanos estadounidenses de las décadas de los '50 y '60. Para varios autores su origen podría situarse cronológicamente en el año 1962, cuando Ed Roberts, considerado el padre del movimiento, consiguió ser admitido en la Universidad de California con sede en la ciudad de Berkeley, después de lidiar contra la resistencia inicial expuesta por las autoridades de esta Universidad. Roberts redefinió el concepto de independencia como "el control que una persona tiene sobre su propia vida" sentando las bases para una nueva filosofía que aplicó a su vida propia. Si bien el MVI se ha expandido más allá de las fronteras de los EEUU y cuenta con redes en diversos países del mundo, es prácticamente desconocido en Argentina.

⁴ El Foro de Vida Independiente (FVI) de España, es una comunidad virtual creada a mediados del año 2001. Aprovechando las nuevas posibilidades de comunicación social permitidas por Internet, se forma con la intención de debatir y difundir la filosofía del Movimiento de Vida Independiente (Palacios y Romañach, 2006).

a utilizar un nuevo concepto expresado en el término “diversidad funcional” para sustituir a otros de semántica peyorativa como “discapacidad”, “minusvalía”, “invalidez”, etc. (Romañach y Lobato, 2005).

Partiendo del reconocimiento de que la diversidad, la diferencia, es un atributo inherente a la propia existencia del ser humano, se refieren a personas con cuerpos u órganos que funcionan de manera diferente a la mayoría estadística de la sociedad, y que por motivo de esa diferencia, realizan las tareas habituales de todo humano de maneras diferentes a las convencionales.

En este sentido, trascienden las discusiones sobre la causalidad del fenómeno y conciben a la diversidad funcional como un elemento enriquecedor al interior de la pluralidad humana, como una manifestación más de la diversidad de la especie.

Además de los planteos relacionados con la diversidad humana, otro núcleo central de esta perspectiva es el acento atribuido al concepto de dignidad humana. Argumentan que la dignidad constituye una cualidad inmanente a la esencia del ser humano y que su minusvaloración en las personas con diversidad funcional es responsable de las situaciones de discriminación y desigualdad persistente que padecen (Palacios y Romañach, 2006, 2007). En otros términos, nos alertan sobre su no-reconocimiento como personas. De esta manera, plantean que éste es el problema de fondo que los otros modelos no alcanzan a percibir, y por ende, a resolver.

Afirman que las personas con diversidad funcional son discriminadas, a su vez, por su condición biológica, por su corporeidad diferente a la de la mayor parte de la población, que no les permite realizar las mismas funciones de igual manera que esa mayoría. Es ésta situación de discriminación la que los impulsa a agruparse e identificarse como un grupo humano que debe luchar por el reconocimiento de sus derechos y por oportunidades efectivas en la sociedad. Discriminación que se expresa en segregación, exclusión e inferiorización, y que al encontrarse naturalizada en el imaginario social, no es percibida por el resto de la sociedad, e incluso por muchos miembros del colectivo. Como se puede advertir, además de plantear que en las sociedades occidentales se acepta acríticamente que las personas con diversidad funcional sean apartadas de los espacios públicos de la vida social, de manera sugerente nos proponen que es la discriminación y no la propia diferencia funcional la que delimita la pertenencia al colectivo.

Por otro lado, este enfoque cuestiona de manera consistente la noción de “normalidad”. Se expone que las maneras en que se construye nuestro entorno dependen de lo que se ha enseñado que es “normal” en sentido estadístico. Así, se alude que lo “normal” es solo una ficción estadística de carácter meramente instrumental que se refiere a lo corriente, a lo más frecuente. Bajo esa lógica, se ha creado una sociedad en la que no se ha considerado la posibilidad de contemplar plenamente la diversidad en todos sus ámbitos. Por el contrario en la construcción del entorno social, físico y mental, ha primado la discriminación de todo aquel que es diferente.

Estimamos que esta perspectiva introduce varios aportes a las actuales discusiones tendientes a repensar este fenómeno social:

1. Plantea un sustancial cambio conceptual y no solo terminológico como el modelo Bio-Psico-Social de la CIF-OMS. Referirse a Diversidad Funcional como concepto superador del tradicional concepto de Discapacidad, implica un aporte que constituye un auténtico cambio de paradigma.
2. Derriba el “el mito del cuerpo perfecto, del cuerpo completo” proclamado por el saber médico occidental. Es decir, supera el principio subyacente a partir del cual se construyen los tres modelos anteriores y que al parecer adquiere un carácter natural, se hace alusión al supuesto de la *normalidad biomédica*. Por el contrario esta perspectiva se fundamenta en el principio de la *diversidad humana* concebida como una característica inherente y constitutiva del hombre y la sociedad.

3. Incorpora la Diversidad, la Dignidad Humana y la Bioética como ejes centrales de su estructura conceptual.
4. Considera, al igual que el modelo Social, la experiencia personal de las personas en situación de discapacidad como un componente fundamental en la construcción del modelo.

No obstante estos significativos aportes, debido a su incipiente desarrollo conceptual, quizás presente como mayor limitación el contar con escasas experiencias de aplicabilidad, al menos en Argentina y el resto de Latinoamérica.

Algunas conclusiones

A partir de esta sucinta revisión de los modelos a través de los cuales se define e interviene en el campo de la discapacidad, percibimos que los fundamentos del modelo Individual configuran la perspectiva hegemónica en Argentina.

Durante décadas representó, y continúa significando, el discurso oficial sobre cómo definir, entender y clasificar la discapacidad, y por ende, sobre como relacionarse y tratar a las personas definidas como discapacitadas. Es decir, determinó las “formas correctas” de conceptualizar el fenómeno, como los lineamientos a partir de los cuales se realizan los abordajes en la práctica. Así, sus premisas fueron incorporadas rigurosamente en el diseño, formulación e implementación de la legislación nacional, provincial y municipal; los censos de población; las políticas públicas; los programas sociales; los proyectos de intervención; las propuestas de abordaje institucional de Fundaciones educativas, laborales y terapéuticas; los currículos universitarios y de formación docente; los trabajos de investigación, etc.

En síntesis, su influencia fue y sigue siendo elocuente. Su mayor legado es la tipología que aún hoy se enseña en nuestras universidades, se aplica en encuestas y se utiliza en la elaboración de los denominados “certificados de discapacidad”. Se hace referencia a la tradicional escala que categoriza “las discapacidades” y sus grados según sean auditivas, sensoriales, físicas y/o mentales.

Por otro lado, y en coherencia con el predominio del enfoque individual y medicalizado, gran parte de las propuestas de intervención e investigación sobre la temática, se remiten exclusivamente a sus “formas fenoménicas”, prescindiendo de la *causalidad estructural* que la determina. Los esfuerzos de cuantificación (Pantano, 1993, 2003 a, 2003 b, 2004, 2005), como de tratamiento y análisis de sus efectos, indicadores o manifestaciones (Eroles y Ferreres, 2002; Dell’ Anno, 2004; Fundación Par, 2005; Silberkasten, 2006; Pantano, 2007) se remiten a la “aparición externa del fenómeno” y por ende, no llegan a su comprensión real.

Siguiendo algunos de los planteos del modelo Social y del modelo de la Diversidad, consideramos que la naturaleza real de este fenómeno se encuentra en el Régimen de Organización Social (Lo Vuolo y Barbeito, 1998; Lo Vuolo, 2001) vigente y los patrones de exclusión-inclusión que genera en un momento histórico determinado. Régimen en el que subyace una concepción de cuerpo humano basada en la ilusión médica de la normalidad funcional o *normalidad biomédica*, como una de sus pautas fundamentales de estructuración.

La preeminencia de esta representación de cuerpo normal impuesta por la medicina moderna determina en la práctica la exclusión y marginación social de aquellas personas cuyos cuerpos no coinciden con el canon ideal que postula el saber médico. En este sentido, las diferencias bio-físicas son entendidas como deficiencias, anormalidades, limitaciones, alteraciones, insuficiencias, defectos, desviaciones, anomalías, etc.

Este planteo no supone la omisión o la negación ingenua de la dimensión corporal del fenómeno de la discapacidad, la cual implica la existencia “real” de diferencias bio-físicas y/o sensorio-motoras en algunas perso-

nas. Diferencias que son concebidas como atributos que pueden derivarse de configuraciones genéticas, enfermedades, cambios corporales propios de la vejez, accidentes, etc. Estas diferencias son reconocidas, pero no como expresión de “lo anormal”, sino como una manifestación más de la heterogeneidad, de la diferencia inherente a la especie humana.

De esta manera, si adoptamos la actual “definición oficial” de discapacidad de la CIF-OMS donde es concebida como “término genérico que engloba las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación”, nos situamos ante un *proceso social de discapacidad* de aquellas personas que no concuerdan con el modelo de cuerpo pregonado por el saber médico. Se hace referencia a la construcción social de entornos, situaciones y actitudes *discapacitantes* producto de la naturalización de estos criterios de normalidad.

Desde esta perspectiva la discapacidad no es una **condición** o un atributo personal sino una **situación** construida socialmente, una creación humana que todos los actores sociales producimos día a día a partir de nuestras actitudes, decisiones, acciones y omisiones en un contexto pensado, diseñado y construido según parámetros convencionales y estereotipos de normalidad biomédica.

Ahora bien, evidentemente existen algunas limitaciones en la actividad (definidas socialmente como discapacidades) derivadas de las denominadas “enfermedades discapacitantes” como el reumatismo, la esclerosis múltiple, la atrofia muscular espinal, la distrofia muscular, la osteoporosis, entre otras. Algunas de las personas que presentan estas enfermedades exhiben dificultades en la realización de ciertas actividades cotidianas y por ende requieren apoyo para asearse, vestirse, alimentarse, etc. Sin embargo, consideramos que incluso en estas personas, cuya autonomía funcional se halla vulnerada, sus posibilidades de participación plena y efectiva en las esferas de la sociedad, en condiciones de equidad, se encuentran condicionadas por factores contextuales, tanto físicos, sociales como actitudinales.

En síntesis, ponemos el acento en un contexto normalizador y normalizante que genera limitaciones en la actividad y restricciones en la participación en personas cuyos cuerpos divergen de los patrones dominantes de belleza y de plenitud corporal. Reconociendo que algunas de estas personas pueden presentar limitaciones en la actividad derivadas de enfermedades, es decir, ligadas a la posesión de un cuerpo enfermo.

Se construye discapacidad cotidianamente desde el discurso profesional y el discurso coloquial, al desplegar eufemismos como “los de capacidades diferentes”, “los de capacidades especiales”. Desde la infantilización de las personas con diferencias bio-físicas o su victimización a partir de la doctrina de la caridad y de la lástima que fundamenta políticas estatales de gratuidad *per se*.

Se produce socialmente discapacidad cuando los arquitectos, ingenieros, diseñadores y todos aquellos actores con alguna responsabilidad en la gestión, planificación y construcción de las ciudades, omiten las condiciones de accesibilidad urbanística, arquitectónica y en la comunicación. Generando así, restricciones y limitaciones para que un sector de la población transite, participe y se apropie de los espacios, ámbitos e instituciones públicas y privadas.

Las Universidades discapacitan a la población estudiantil ciega o con baja visión cuando sus Bibliotecas y Centros de Publicación poseen la documentación solo en soporte papel, concebido como el soporte único o “normal”. Es decir, producen restricciones y obstrucciones para que este segmento de la matrícula acceda a la información y al conocimiento de manera autónoma y oportuna.

Se discapacita a través de la estereotipación de aquel “diferente” en función de su diferencia bio-física, atributo que se impone sobre su dignidad humana y a partir del cual se lo categoriza.

Se construye discapacidad a través de la distancia física, el cruzar de vereda, el desviar la mirada, el murmurar compasivamente.

Discapacitan las barreras del prejuicio y del desconocimiento.

Discapacita el no, el silencio...

La discapacidad no se encuentra en los cuerpos de aquellas personas que poseen diferencias bio-físicas, la discapacidad se construye en el cuerpo social.

Bibliografía:

- EGEA GARCÍA, C. et A. SARABIA SÁNCHEZ (2004): *Visión y Modelos Conceptuales de la Discapacidad*. Revista Polibea. Nº 73. Madrid. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/VisionDis.pdf>
- EGEA GARCÍA, C. et A. SARABIA SÁNCHEZ (2001): *Clasificaciones de la OMS sobre Discapacidad*. En: Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad. Nº 50. Madrid. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/ClasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>
- FINKELSTEIN, Vic (1980): *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*. World Rehabilitation Fund. New York. Centre for Disability Studies, University of Leeds. UK. Disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/finkelstein/attitudes.pdf>
- HUNT, Paul (ed) (1966): *A Critical Condition*. En: "Stigma: The Experience of Disability". Geoffrey Chapman. Londres. Centre for Disability Studies, University of Leeds. UK. Disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Hunt/a%20critical%20condition.pdf>
- KOSIK, Karel (1967): *Dialéctica de lo Concreto*. Ed. Grijalbo. México.
- LÓPEZ GONZÁLEZ, María (2006): *Modelos Teóricos e Investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal*. En: Revista *Docencia e Investigación*. Escuela Universitaria de Magisterio de Toledo. Año XXXI. 2ª Etapa, Nº 16. España. Disponible en: http://www.uclm.es/profesorado/ricardo/Docencia_e_Investigacion/6/Modelos_Discapacidad.doc
- LO VUOLO, R.; BARBEITO, A. (1998): *La nueva oscuridad de la política social. Del Estado populista al neo-conservador*. Miño y Dávila Editores. CIEPP. Segunda Edición. Buenos Aires.
- LO VUOLO, Rubén (2001): *Alternativas. La economía como cuestión social*. Grupo Editor Altamira. Buenos Aires.
- OLIVER, Michael (1998): *¿Una sociología de la Discapacidad o una sociología discapacitada?* En: BARTON, Len (comp.): *Discapacidad y Sociedad*. Ed. Morata. Madrid.
- OLIVER, Michael (1990 a): *The Individual and Social Models of Disability*. Centre for Disability Studies, University of Leeds. UK. Disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/in%20soc%20dis.pdf>
- OLIVER, Michael (1990 b): *The Politics of Disablement*. The Macmillan Press. Centre for Disability Studies, University of Leeds. UK. Disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Oliver/p%20of%20d%20Oliver1.pdf>
- OLIVER, Michael (1986): *Social Policy and Disability: some theoretical issues*. En: "Disability, Handicap & Society" Vol. 1, Nº 1, Págs. 5-17.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (1980): *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001a): Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Programa Docente y de Difusión. Editado por: Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/materiales.htm>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001 b): Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF). Borrador Final. Versión Completa. Ginebra. Suiza.
- PALACIOS, Agustina et ROMANACH, Javier (2007): *El modelo de la diversidad: Una nueva visión de la bioética de desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad)*. Disponible en: http://www.minusval2000.com/literatura/articulos/el_modelo_de_la_diversidad.html
- PALACIOS, Agustina et ROMANACH, Javier (2006): *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Ediciones Diversitas - AIES. España.
- ROMANACH, Javier et LOBATO, Manuel (2005): *Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano*. Foro de Vida Independiente. España. Disponible en: http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/pdf/diversidad_funcional.pdf
- UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION (UPIAS) (1975): *Fundamental Principles of Disability*. Centre for Disability Studies, University of Leeds. UK. Disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/UPIAS/fundamental%20principles.pdf>
- UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION (UPIAS) (1974): *Policy Statement*. Centre for Disability Studies, University of Leeds. UK. Disponible en: <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/UPIAS/UPIAS.pdf>