

El Saber convencional sobre la discapacidad y sus implicancias en las prácticas

Mauricio Mareño Sempertegui*

Resumen

El presente trabajo intenta comunicar la importancia de la construcción de los fenómenos sociales y complejos -como la discapacidad- en conceptos u objetos de conocimiento, como condición previa a su abordaje, trascendiendo las intervenciones espontáneas basadas en el sentido común o la mera opinión. Plantea, a su vez, la estrecha vinculación de los conceptos con el diseño e implementación de proyectos, programas y políticas, y con la práctica cotidiana.

En ese marco, se analiza lo que se entiende como “el saber convencional de la discapacidad” en nuestro medio, y se plantea la necesidad de superarlo si es que se pretende diseñar e implementar estrategias de intervención e investigación que contribuyan al reconocimiento de los derechos fundamentales y al mejoramiento de la calidad de vida de la población en situación de discapacidad.¹

Finalmente, se expone el papel de las Universidades Nacionales en este contexto, en tanto instituciones educativas generadoras y transmisoras de conocimiento público.

1. Introducción

Cuando hace aproximadamente diez años, siendo estudiante, ingresé de manera fortuita a la temática de la discapacidad, quizás como muchos de ustedes ahora no sabía absolutamente nada al respecto, no sabía de qué se trataba, qué era esto de “la discapacidad”. Estaba en cuarto año de la Licenciatura en Trabajo Social y en mi proceso de formación tampoco habíamos abordado la temática, me sentía sin

* Licenciado en Trabajo Social por la Universidad Nacional de Córdoba. Tesista en Maestría en Ciencias Sociales con mención en Políticas Sociales. Universidad Nacional de Córdoba. Coordinador de la Oficina de Inclusión Educativa de Personas en Situación de Discapacidad de la Universidad Nacional de Córdoba. mauriciomareno@gmail.com

¹ Siguiendo algunos postulados del denominado *Modelo Social de la discapacidad*, nos referimos a **personas en situación de discapacidad** (Mareño Sempertegui, 2010) ya que concebimos a la discapacidad como una situación construida social y culturalmente, una creación humana que todos los actores sociales producimos día a día a partir de actitudes, decisiones, acciones y omisiones fundadas en la naturalización de patrones de normalidad. De este modo, se trasciende la individualización del fenómeno a través de la incorporación del entorno físico, social y actitudinal como factores determinantes, que se constituirán en barreras o facilitadores, según limiten y/o dificulten la actividad y participación de una persona, o la faciliten y/o mejoren. Entendemos que somos personas situadas, *sujetos situados*, estamos permanentemente en situación, en diversas situaciones. Es la situación construida, que involucra aspectos físicos, sociales, culturales, políticos, económicos y actitudinales la que limita o no limita, la que permite o no permite, la que posibilita o no posibilita; independientemente de las características personales o corporales de las personas que participen de ella.

herramientas, sin conocimientos, en síntesis, no sabía qué hacer. Probablemente esto les sucede a algunos de ustedes en este momento o les está sucediendo hace un tiempo, desde que esta temática se “les cruzó en el camino”.

Recuerdo que comenzaba a ser pasante en el Gabinete Social de una reconocida organización no gubernamental que en ese momento trabajaba casi exclusivamente con niños, jóvenes y adultos con Síndrome de Down. Al poco tiempo muchas preguntas me comenzaron a surgir, entre ellas:

- ¿Qué es aquello que socialmente denominamos discapacidad?
- ¿Por qué y a partir de qué atributos o características a algunas personas se les aplica el rótulo de “discapacitadas” y a otras no?
- ¿Por qué gran parte de la vida de estas personas transcurre en espacios diferenciados, apartados del resto de la población? Espacios “especiales”, espacios “protegidos”, espacios “para... discapacitados”

Tomando la metáfora de las vías de circulación de automóviles, pareciera que existe una gran vía, una amplia carretera que vamos a denominar la **corriente principal de la vida social**. Por esta vía transcurre la vida de todos nosotros, ahí están los *espacios comunes* de recreación, educación, capacitación, las instituciones que nos brindan servicios de salud, servicios culturales, nuestros espacios de consumo, de producción, es decir, todos aquellos ámbitos de la vida en los que participamos en diferentes etapas de nuestro ciclo vital. Ahora bien, a un costado de esta vía central y si observamos con detenimiento, encontramos un carril selectivo, un carril exclusivo, un **carril diferenciado** en el que sucede y acontece la vida de la población calificada como discapacitada, una vía por donde solo transitan aquellas personas que portan ese calificativo. Ahí encontramos las Escuelas Especiales, los Institutos Especiales, los Talleres Protegidos de Producción, las Asociaciones para discapacitados, etc, etc, etc...

¿Cómo nos sentiríamos si todos los aspectos de nuestra vida transcurrirían siempre en algo así como un “mundo paralelo especial” conformado por *espacios segregados*, espacios diferenciados de los espacios comunes, espacios donde un grupo de personas -por lo general profesionales de la salud y de la rehabilitación- deciden por nosotros, deciden qué tenemos que hacer, cómo, cuándo, dónde, con quienes?

La vida de esta población ha tenido esa característica durante muchos años y aún en la actualidad.

2. La importancia de los conceptos.

Durante todo este tiempo no dejé de plantearme estos interrogantes y dediqué gran parte de mi vida profesional y académica a buscar algunas respuestas provisionarias y llevarlas a la práctica. En esos primeros años buscaba, necesitaba respuestas, tenía claro que esas respuestas tenían que provenir, de paradigmas, de marcos teóricos, es decir, esas respuestas tenían que ser argumentos científicos que me permitiesen entender y trabajar en esta temática. En un momento solo encontraba opiniones de sentido común, pero pronto encontré una basta literatura sobre el tema: libros, artículos, manuales, revistas, etc. Grande fue mi sorpresa cuando descubrí que toda esa literatura remitía a una sola disciplina o ciencia: *la medicina*; esta sorpresa se acrecentó aún más al descubrir que cuando otras disciplinas intentaban definir y comprender este tema, como la psicología, la pedagogía, la arquitectura, las ciencias de la comunicación, la sociología, el trabajo social, entre otras, lo hacían desde principios de explicación biológicos y médicos. Pronto entendí que gran parte de estas producciones teóricas constituían la base de sustentación de ese carril diferenciado y paralelo.

Por ello me pareció importante comenzar esta comunicación, haciendo referencia a la importancia de los conceptos al pretender analizar, comprender y explicar cualquier fenómeno social, sobre todo fenómenos como el de la discapacidad que, considero, involucra una de las problemáticas sociales que mayor inequidad, segregación y vulneración de derechos fundamentales genera en las actuales sociedades democráticas de occidente.²

2.1. La relevancia de construir este fenómeno en objeto de conocimiento.

Construir un fenómeno social en un concepto supone problematizarlo teóricamente, es decir, tomarlo en un objeto de conocimiento, en un objeto de discusión y reflexión teórica- epistemológica.

Este tránsito del *fenómeno al concepto*, es decir, entre el *hecho real* y el *hecho científico* (Bachelard, 2007, Bourdieu, 1988, 2003, 2006, Bourdieu et al, 2004) implica rupturas con el sentido común y con el conocimiento inmediato y espontáneo sobre la

² Se hace alusión a la problemática del “no acceso”, a la imposibilidad de circular autónomamente por los diversos espacios, ámbitos e instituciones de la sociedad; a la imposibilidad de participar en los circuitos de producción, intercambio y consumo de bienes y servicios; a la imposibilidad de acceder al conocimiento y a la información de manera autónoma. Problemática social que pocas veces es percibida como tal, bajo el insólito amparo de la legislación vigente y el inconcebible y silencioso consentimiento de la sociedad. Cabe destacar que aquí no definimos el **no acceso** como sinónimo de no entrar, no ingresar, sino como **no participación**.

discapacidad, y constituye la condición de posibilidad para su comprensión y para un abordaje fundado y responsable. Por ende, supone la superación de obstáculos epistemológicos (Bachelard, 2007), obstáculos a su comprensión, obstáculos para su abordaje.

Implica trascender su estatus de “tema opinable desde el sentido común”. Es decir, al definir la discapacidad parece oportuno superar las definiciones intuitivas dadas por el sentido común, y construir un concepto y una definición de discapacidad que fundamente nuestras intervenciones e investigaciones.

Romper con las pre-nociones sobre la discapacidad enraizadas en el sentido común, implica además, tomar una prudente y necesaria distancia de los tradicionales (y actuales) abordajes profesionales en el campo caracterizados inexplicablemente por la *indefinición del fenómeno*. Es decir, no discutimos las buenas intenciones o propósitos que orientan estas acciones, sino la liviandad con la que se diseñan e implementan programas “pro-inclusión”, a partir de una vaguedad e indeterminación sobre el fenómeno que se pretende abordar y sobre los sujetos a los cuales se dirigen las acciones.

Estos abordajes irreflexivos basados en el sentido común, los buenos sentimientos, la buena voluntad o la actitud humanitaria, lejos de ser un aporte a la ampliación de las oportunidades de inclusión social, autodeterminación y reconocimiento de la dignidad de estas personas, constituyen obstáculos a tales fines, ya que cristalizan la perspectiva emotiva, visceral y romántica a partir de la cual se ha pensado y actuado históricamente en este campo.

Solo problematizando este fenómeno social podremos diseñar e implementar estrategias de investigación e intervención integrales, pertinentes, oportunas, que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de este sector de la población.

2.2. La estrecha vinculación entre los conceptos y las prácticas.

Por otro lado, parece importante subrayar la estrecha vinculación de los conceptos con el diseño e implementación de políticas, y con la práctica cotidiana en el marco de proyectos y programas.

Como plantea Costa (1997), “toda estrategia de intervención implica y se sustenta necesariamente, aun cuando no sea percibida explícitamente por los agentes participantes, en una concepción de los procesos sociales, y más concretamente, de los factores que intervienen de manera decisiva en los mismos”. En ese sentido, la concepción que tengamos acerca del fenómeno de la discapacidad, condicionará las maneras de entenderlo y las estrategias que diseñemos para abordarlo. En otros

términos, la definición que le asignemos implica una manera de comprenderlo, explicarlo y principalmente una toma de posición con respecto a éste.

Es decir, las modalidades de intervención en un aspecto de la realidad social, en este caso el fenómeno de la discapacidad, se encuentran condicionadas por las maneras de concebirlo y definirlo. Y esa definición, por más provisoria que sea, al ser producida desde un sistema conceptual supone ya la construcción del *objeto* (Bourdieu *et al*, 2004).

En la definición de este fenómeno se encuentra el componente argumentativo que justifica las decisiones tomadas para abordarlo. La definición del fenómeno supone una cierta concepción de los procesos sociales implicados, y una definición de las posibles acciones para tratarlo, que se expresaran en programas, proyectos, políticas, prácticas.

Como proponen varios autores (Puig de la Bellacasa, 1990, Casado Pérez, 1991, Aguado Díaz, 1995, Palacios, 2006, 2007, Mareño Sempertegui, 2010), no existió ni existe un concepto unívoco del fenómeno de la discapacidad, sino que ha sido entendido de diversas maneras conforme al sistema conceptual que le confiere sentido. En ese sentido, ha adquirido diferentes significados según momentos históricos y contextos socio-culturales diversos.

Remarcamos nuevamente la importancia que adquieren las definiciones de este fenómeno, ya que, sustentadas en diversas concepciones, han conferido y confieren fundamento a: la legislación vigente, las políticas e intervenciones sociales del Estado y de sus instituciones, las iniciativas promovidas por organizaciones no gubernamentales y empresas privadas, los estudios e investigaciones académicas, las prácticas profesionales y las actitudes de la sociedad en general.

En consecuencia, impactan en la cotidianidad de las personas catalogadas como discapacitadas 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.

Si bien los conceptos adquieren vital importancia en la implementación de políticas ya que, como vimos, nuestras concepciones o ideas sobre los fenómenos o problemas se reflejan y expresan en nuestras actividades cotidianas relacionadas a su abordaje, los conceptos no son entidades celestiales o sobrenaturales a las que tenemos que rendirles culto y situarlos en el lugar de “lo indiscutible”.

Aunque parezca obvio decirlo, los conceptos son creaciones, producciones humanas que tenemos que aprender a utilizar como herramientas, como instrumentos centrales en nuestro trabajo. Pero como toda herramienta, tenemos que ponerlos en cuestión,

revisarlos permanentemente y descartarlos cuando ya no son útiles para nuestra tarea. Discutir y desechar conceptos cuando ya no nos son útiles en la práctica, implica finalmente animarnos a debatir e interpelar a los modelos o paradigmas hegemónicos sobre los fenómenos. Es decir, aquellos discursos totalizantes y absolutos (Morin, 2007), aquellos discursos oficiales (Bodgan, 1976, Bourdieu, 1988) que plantean la supuesta “verdad” sobre una temática.

3. El saber convencional sobre discapacidad en nuestro medio.

Sin intención de simplificar el vasto debate referido a las diferentes visiones sobre el fenómeno de la discapacidad en occidente, podemos plantear que actualmente en nuestro medio coexisten al menos dos concepciones tradicionales y predominantes que contienen modos de definirlo, comprenderlo y explicarlo que, a su vez, orientan (y condicionan) determinados modos de abordarlo. Concepciones que impregnan este campo y que conforman lo que podemos denominar como *el saber convencional sobre la discapacidad*.

Entendemos por saber convencional (Lo Vuolo, 2001) al “saber reconocido por normas o prácticas admitidas tácitamente sin mayor demostración y como resultado de la simple costumbre y/o imposición de su uso”. Es decir, un conjunto de saberes, opiniones, valores, experiencias y creencias que es aceptado socialmente sin discusión y sin cuestionamientos, que es naturalizado y reproducido acríticamente por profesionales, docentes, investigadores, legisladores, diseñadores de políticas públicas, funcionarios estatales y el público en general.

Estas nociones *con las cuales se argumenta pero sobre las cuales no se argumenta* (Bourdieu y Wacquant, 2000, 2001), contribuyeron a la producción de una gama de representaciones sociales en torno al fenómeno de la discapacidad y a las personas definidas socialmente como discapacitadas. Representaciones que en su gran mayoría, se refieren a cualidades de carácter natural asignadas a estas personas, que se transforman en atributos esperables en esta población por parte de toda la sociedad y sus instituciones.

Parece necesario tomar una prudente distancia de ambas visiones si es que pretendemos diseñar e implementar estrategias de intervención e investigación que contribuyan al reconocimiento de los derechos fundamentales y al mejoramiento de la calidad de vida de esta población. Esbozamos estas dos concepciones que componen el saber convencional sobre esta temática en nuestro medio.

3.1. La perspectiva emotiva

Compuesta por **definiciones románticas de sentido común**, basadas en la sensibilidad, en los sentimientos de compasión y lástima hacia aquellas personas que se supone padecen una desgracia biológica inherente. Es decir, esta población parece constituir un conjunto homogéneo de víctimas inocentes de mecanismos biológicos, su condición es concebida como dolorosa y vergonzante en sí misma, una desgracia, una “tragedia personal” (Oliver, 1986, 1990a, 1990b, 1998) que pareciera condenarlos al infortunio.³

En ese marco, se alude al fenómeno como sinónimo de **no-capacidad** y por ende a personas no capaces. No obstante, con la intención de eliminar connotaciones peyorativas y negar discursivamente -y de manera falaz- la cualidad de “no capaces” que se atribuye naturalmente a esta población, estas definiciones han creado lo que podríamos denominar *la retórica de la discapacidad*, es decir, es decir, una retórica sentimental con pretensiones moralistas compuesta por una serie de eufemismos de gran consenso social que a fuerza de repetición e instalación, especialmente en los medios masivos de comunicación, aparecen como evidentes e indiscutibles: *personas con capacidades diferentes, personas con capacidades especiales, personas especiales, personas excepcionales, personas extraordinarias*. Términos que invisibilizan la naturaleza profunda del problema y que han modelado y modelan las vidas de estas personas, a partir de asignarles un lugar, el lugar de la conmiseración y de la excepcionalidad.

En ese sentido, si esta población es percibida como un conglomerado de víctimas de una tragedia personal y biológica que los convierte en no-capaces -aunque este último aspecto sea negado discursivamente- sobre todo de incorporarse a los circuitos productivos, los portadores de esta desgracia serán concebidos como genuinos y naturales destinatarios de la protección, del socorro, del auxilio, de la asistencia y de la caridad del otro. De esta manera, en esta perspectiva adquiere centralidad la **Ideología de la Caridad**⁴, es decir, el conjunto de ideas y creencias que justifican a priori la necesaria prestación de auxilio y asistencia a esta población.

³ Aquí nos basamos en lo que Oliver caracteriza como “la teoría de la tragedia personal de la discapacidad”, teoría implícita que fundamenta gran parte de los estudios e investigaciones sobre la temática. Esta teoría, como toda *teoría culpabilizadora*, basada en definiciones biológicas de fenómenos sociales, ha contribuido a la individualización de los problemas relacionados con la discapacidad, dejando intactas las estructuras culturales, sociales y económicas.

Podemos citar varias *teorías culpabilizadoras* (victim-blaming theories) que fundamentan las prácticas de investigación y de intervención en nuestro medio, entre ellas, las teorías del déficit, las explicaciones sobre el bajo rendimiento educativo, las explicaciones sobre la prevalencia de determinadas enfermedades, las explicaciones de la conducta delictiva, las teorías sobre la pobreza y el desempleo; todas estructuradas a partir de problemas sociales biológicamente definidos.

⁴ Silberkasten (2006) emplea este concepto, pero para hacer referencia a lo que denomina como una particular legalidad, que implica que en nuestra sociedad el discapacitado tiene derecho a pedir limosna,

Ahora bien, esta perspectiva no es inocua sino que es productora de al menos dos fenómenos que repercuten en las representaciones sociales que se construyen en torno a las personas catalogadas como discapacitadas:

a. **La Infantilización:** a través del cual se les confiere una serie de cualidades propias de la infancia o de la niñez:

- *Dependencia:* por lo que precisan necesariamente del auxilio de otro.
- *Heteronomía:* por la cual no pueden tomar decisiones respecto de su vida, y por ende, se encuentran sometidos a la responsabilidad de otros.
- *Obediencia:* como resultado de su necesidad de auxilio y de su dificultad para tomar decisiones referentes a su propia vida, ceden con docilidad a las indicaciones o instrucciones que se les dan. Son dóciles, sumisos, acostumbrados a obedecer.
- *Vulnerabilidad:* son vulnerables por naturaleza, portadores de una vulnerabilidad biológica inherente a su condición. De este modo se los sitúa en una posición de riesgo y cuidado permanente, de necesidad de protección constante.

b. **La inferiorización:** a partir del cual se les asigna un status menor que el resto de sus coetáneos y/o pares. Se trataría de una inferioridad natural ligada a su condición biológica, orgánica o funcional. Esta inferioridad inherente justificaría su fracaso en las posibilidades de inserción educativa, recreativa, laboral y social en general.

3.2. La perspectiva medicalizada.

Conformada por definiciones que se cimientan en **principios de explicación biológicos** que conciben el fenómeno como sinónimo de **anomalía personal**. Es decir, se le atribuye una mono-causalidad biológica situada en lo que el saber médico denomina anomalía, déficit, defecto ya sea físico, psíquico o sensorial.

La primacía de esta perspectiva favoreció que el fenómeno permanezca confinado como objeto propio del saber y de la actividad médica, situación que es consecuencia de su medicalización. Medicalizar el fenómeno de la discapacidad implica, al menos,

es decir, a solicitar dinero u otro bien y/o servicio sin contraprestación. El *derecho a la limosna* sería el eje de este concepto y el autor parece poner el eje en la exoneración legítima, a no realizar contraprestaciones para la adquisición de bienes y/o servicios, que se asigna a esta población. Le preocupa "la ubicación social de la falta de contraprestación".

cuatro aspectos estrechamente articulados entre sí, que orientarán determinadas modalidades de abordarlo (Mareño Sempertegui, 2011):

- a. **Otorgarle un status exclusivamente médico**, a partir del cual, se lo patologiza y por ende se lo define y trata en términos de enfermedad o de anomalía corporal. Es decir, se le asigna una entidad patológica.
- b. **Reducir un fenómeno social complejo a una condición médica**. Se lo restringe a una de las dimensiones que lo componen: la dimensión corporal, la cual además es patologizada. Es decir, la persona definida como discapacitada es concebida como enferma, aunque su condición bio-física no presente ninguna característica patológica.⁵ Siguiendo a Illich (1975) podemos decir que a partir de la medicalización “las personas se han vuelto pacientes sin estar enfermas”. En síntesis, recluir el fenómeno como objeto propio del saber y de la práctica médica implica desconocer su multidimensionalidad y legitimar un abordaje parcial y limitado.
- c. Asumir que **el discurso médico es el único fundamento** en el que se basa gran parte de las decisiones acerca de la vida de las personas señaladas como discapacitadas: ¿qué podrán o no hacer?, ¿qué necesitan?, ¿cómo deben resolverse esas necesidades?, ¿quiénes y cuándo deben resolverlas? Esta característica supone que solo los profesionales de la medicina y de la rehabilitación “saben” qué habrá de hacerse con estas personas y que son los únicos capaces de definir sus necesidades y determinar los recursos que las satisfarán. La discapacidad es concebida como algo inherente al mandato de la medicina.
- d. **Depositar en las técnicas de rehabilitación médica, toda probabilidad de participación e utilidad social** de las personas catalogadas como discapacitadas⁶.

⁵ Huelga aclarar que no todas las personas en situación discapacidad poseen el cuerpo enfermo u ostentan una condición bio-física que requiere de tratamiento o rehabilitación médica.

⁶ Se considera que el discurso médico ha ejercido un papel preponderante en el establecimiento de lo que podría denominarse *régimen de normalidad corporal*, es decir, un conjunto de normas sociales que rigen cómo deben ser los cuerpos, cimentado en valores socialmente compartidos propios del “enfoque médico de la humanidad” (Goffman, 2003), perspectiva que supone la existencia del ‘ser humano normal y socialmente útil’: aquel que presenta el cuerpo completo y sano. En esta concepción, para formar parte de la corriente principal de la vida social y, por lo tanto, desempeñar roles sociales estandarizados, las personas “discapacitadas” deben rehabilitarse, o en otros términos, normalizarse. Como plantea Hunt (1966) la normalidad se pone delante de las personas “discapacitadas” como una meta a alcanzar. Meta cuya conveniencia se acepta como un dogma, incluso al interior de este grupo poblacional.

Es indiscutible que la rehabilitación médica favorece que las personas que poseen un cuerpo enfermo, alcancen y mantengan determinados estados funcionales que mejoran su calidad de vida, al otorgarles por ejemplo, mayor autonomía en los movimientos. Lo impugnable es suponer que las posibilidades de inclusión social de estas personas se encuentran supeditadas a su rehabilitación, entendida como

Si concebimos que la empresa médica y de rehabilitación se fundamenta en la **Ideología de la Normalidad** (Oliver, 1990a), cuya finalidad principal es restaurar a las personas discapacitadas y retornarlas a un estado lo más cercano posible a la normalidad corporal, la medicalización implica necesariamente normalización.

En ese marco, la perspectiva medicalizada se asienta en el supuesto de la *normalidad funcional* o *normalidad biomédica* (Mareño Sempertegui, 2010) que postula el saber médico, es decir, el patrón biológico-médico que construye un prototipo ideal de cuerpo normal, entendido como el cuerpo completo, perfecto y sano.⁷

De este modo, interpreta y asimila la discapacidad a condiciones o características bio-físicas que presentan algunas personas, es decir, como sinónimo de ceguera, baja visión, sordera, hemiplejía, hemiparesia, cuadriplejía, cuadriparesia, diplejía, paraplejía, etc. Aceptación que la deposita en los cuerpos y que da lugar a términos como *personas discapacitadas*, *personas con discapacidad*, actualmente concebidos como definiciones oficiales.

Ambas visiones, la de los “opinólogos de la doctrina romántica” como la de los “teóricos de la doctrina medicalizada”, invisibilizan la naturaleza profunda del problema y representan actualmente el saber convencional sobre la discapacidad en nuestro medio. Contribuyen a la vulneración de derechos fundamentales en esta población, entre ellos, la autonomía y la autodeterminación.

Este conjunto de ideas, y las actitudes que generan, han modelado y modelan la vida de estas personas, *discapacitándolas* a partir de asignarles un lugar, un sitio: el lugar de la lástima, el auxilio, la incapacidad para tomar decisiones, la vulnerabilidad, la ineptitud, la inferioridad, la inempleabilidad, la desviación, la pasividad, el ostracismo. Estos lugares socialmente asignados implican la adscripción de determinados roles que se espera que asuman y desempeñen en la vida en sociedad.

regulación o normalización de cuerpos defectuosos, a partir de la aplicación de tecnologías de reparación “en” y “sobre” estos cuerpos. En este sentido, Silberkasten (2006) advierte que frente a la aparición del discapacitado, la sociedad no concibe otro modo de integración que no sea rehabilitando. En síntesis, en esta concepción la rehabilitación médica emerge como condición de posibilidad para la participación social, la integración cultural y la apropiación de espacios públicos por parte de las personas “discapacitadas”, es decir, para el ejercicio efectivo de sus derechos fundamentales.

⁷ El modelo de la diversidad en el año 2005 cuestionará de manera consistente la noción de “normalidad” en este campo. Se expone que las maneras en que se construye el 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. La Normalidad Estadística identifica norma y frecuencia: es “normal” lo que se observa con más frecuencia. De este modo, el “promedio” es el representante de la Normalidad Estadística.

Este *proceso de discapacitación social* (Mareño Sempertegui, 2010), podría entenderse como un *proceso de opresión estructural* (Young, 2000). Es decir, no la opresión deliberada que pueden sufrir algunos grupos poblacionales debido a un poder tiránico que la coaccione (migrantes, esclavos, minorías sexuales, indígenas, por ejemplo), sino injusticias, inequidades e impedimentos sistemáticos que se encuentran inmersos en las prácticas cotidianas de una bien intencionada sociedad democrática, como la sociedad argentina. Una opresión cuyas causas están insertas en normas, hábitos, costumbres y símbolos que no se cuestionan, en los presupuestos que subyacen a las reglas institucionales y en las consecuencias colectivas de seguir esas reglas. En palabras de Young (2000):

No podemos eliminar esta opresión estructural deshaciéndonos de los gobernantes o haciendo algunas leyes nuevas, porque es sistemáticamente reproducida en las más importantes instituciones económicas, políticas y culturales.

En síntesis, el saber convencional de la discapacidad en nuestro medio consagra la eternización de miradas románticas y medicalizadas. Miradas que obstaculizan la capacidad para brindar una interpretación crítica sobre este fenómeno, que aporte prácticas inclusivas y emancipatorias.

4. El papel de las Universidades Nacionales en este contexto.

En este contexto de preeminencia y naturalización de esas dos concepciones, las Universidades Nacionales, en tanto instituciones educativas generadoras y transmisoras de conocimiento público, no podemos ser indiferentes o ser meros espectadores de fenómenos que producen situaciones de inequidad, como el fenómeno de la discapacidad.

En ese sentido, considero que tenemos la responsabilidad social e institucional de problematizar teórica y epistemológicamente este fenómeno, en pos de trascender el saber convencional de la discapacidad y sus consecuencias en las prácticas. Esto supone:

Por un lado, superar las tradicionales miradas y abordajes irreflexivos y espontáneos basados en el sentido común, los buenos sentimientos y la actitud humanitaria. Es decir, superar la perspectiva emotiva de la discapacidad.

Por el otro, promover la necesaria desmedicalización de la discapacidad, lo cual no implica emprender una batalla contra la medicina o contra las ciencias médicas, sino simplemente “extraer” el fenómeno del enclave exclusivamente médico. Es decir, explicitar que su abordaje no puede ser únicamente desde la medicina. Como se señaló anteriormente, confinarlo como objeto exclusivo del saber médico implica desconocer su multidimensionalidad y promover un abordaje parcial y limitado. No

podemos desconocer la importancia de la dimensión médica o terapéutica en el campo de la discapacidad pero tampoco podemos depositar el abordaje de un fenómeno complejo en manos de una sola disciplina. Necesitamos un abordaje integral, y desde esta perspectiva la dimensión médica es una dimensión más, no la única, ni la más importante.

Referencias Bibliográficas

- Aguado Díaz, A. (1995). *La historia de las deficiencias*. Colección Tesis y Praxis. Madrid: Escuela Libre Editorial, Fundación Once.
- Bachelard, G. (2007). *La Formación del espíritu científico*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. Vigésimo sexta edición.
- Bodgan, R. (1994). Política Nacional y significado situado. El caso del Head Start y los discapacitados. En: S. J. Taylor y R. Bogdan, *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. (Págs. 247-256) Barcelona: Editorial Paidós.
- Bourdieu, P. (2006). El campo científico. En: *Intelectuales, política y poder*. Buenos Aires: EUDEBA, primera edición, quinta reimpression.
- (2003). *Capital Cultural, Escuela y Espacio Social*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- (1988). *Cosas dichas*. Buenos Aires: Editorial Gedisa.
- Bourdieu, P., Chamboredon, J. C., y Passeron, J. C. (2004). *El oficio de sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 1ª ed. 1ª reimp.
- Bourdieu, P. y Eagleton, T. (2000). Doxa y vida ordinaria. En: *New Left Review*. Enero 2000.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (2000). La Nueva Vulgata Planetaria. *Revista Le Monde*, dossier "L'Amérique dans les têtes", mayo.
- (2001). *Las argucias de la razón imperialista*. Buenos Aires. Editorial Paidós.
- Casado Pérez, D. (1991). *Panorámica de la discapacidad*. Barcelona: INTRESS. Primera Edición.
- Costa, R. (1997). Estrategias de Intervención como teorías del acción en acción. *Revista Acto Social*. Mayo. 5-10.
- Goffman, E. (2003). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores. Primera edición, novena reimpression.

- Illich, I. (1975). *Nemesis Médica. La expropiación de la salud*. Barcelona: Breve Biblioteca de Respuestas. Barral Editores.
- Lo Vuolo, R. (2001). *Alternativas. La economía como cuestión social*. Buenos Aires: Grupo Editor Altamira.
- Mareño Sempertegui, M. (2010). La discapacitación social del "diferente". *Intersticios, Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 4(1), 95- 105.
- Mareño Sempertegui, M. (2011). Una aproximación al fenómeno de la discapacidad: del objeto preconstruido por la doxa académica al objeto construido desde una teoría social crítica. Notas preliminares. En: S. Katz y P. Danel (Comp.) *Hacia una Universidad Accesible. Construcciones colectivas por la discapacidad*. (Págs.171-192). La Plata: Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (Edulp).
- Morin, E. (2007). *Introducción al pensamiento complejo*. España: Editorial Gedisa.
- Oliver, M. (1986). Social Policy and Disability: some theoretical issues. *Disability, Handicap & Society*, 1(1), 5 -17.
- (1990 a). *The Individual and Social Models of Disability*. Centre for Disability Studies, University of Leeds. UK.
- (1990 b). Cultural Production of Impairment and Disability. En: M. Oliver, *The Politics of disablement*. Londres: The Macmillan Press.
- (1998). ¿Una sociología de la Discapacidad o una sociología discapacitada? En: L. Barton, (Comp.), *Discapacidad y Sociedad*. (págs. 34-58). Madrid: Ediciones Morata.
- Palacios, A. y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Ediciones Diversitas - AIES.
- Palacios, A. y Bariffi, F. (2007). *La Discapacidad como una cuestión de Derechos Humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. España: Ediciones Cinca.
- Puig de la Bellacasa, R. (1990). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En: *Discapacidad e Información*. Documentos 14/90. Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Segunda edición.
- Silberkasten, M. (2006). *La construcción imaginaria de la Discapacidad*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- Young, I. (2000). *La justicia y la política de la diferencia*. Madrid: Ediciones Cátedra.