

De la *minus-valía* a la *diversidad funcional*: un nuevo marco teórico-metodológico

From Handicap to Functional Diversity: a New Theoretical-Methodological Framework

Miguel A. V. FERREIRA

Universidad Complutense de Madrid
ferreira@ucm.es

Recibido: 17.7.09

Aprobado definitivamente: 3.11.09

RESUMEN

En el presente texto, a partir de las propuestas del modelo social de la discapacidad, se propone un marco teórico que pretende abrir una vía de investigación que vaya más allá de sus propuestas iniciales. Para la comprensión de la discapacidad como fenómeno social hay que partir de una comprensión de la genealogía histórica que la ha constituido en sus dimensiones actuales, así como de un marco analítico que explique como esas estructuras cobran vigencia en la experiencia cotidiana de las personas con discapacidad. Ello conduce a la consideración de las tecnologías normalizadoras de Foucault y de la teoría de la práctica de Bourdieu. Sobre este marco conceptual se apunta el “gran olvido” del modelo social: el cuerpo como catalizador y sedimento de las estructuras de dominación de las que son objeto las personas con discapacidad. Considerar la corporalidad como punto de reflexión prioritario permitirá, cara al futuro, superar las limitaciones a las que se han visto sujetas las tres perspectivas sobre la discapacidad tomadas en consideración, la que versa sobre la *minusvalía*, la que lo hace sobre la discapacidad y la emergente que se orienta hacia la diversidad funcional.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad, diversidad funcional, dominación, tecnologías disciplinarias, habitus, cuerpo.

ABSTRACT

This text, having as a departure point the proposals from the social model of disability, tends to a theoretical framework beyond them. To comprehend disability as a social phenomenon it is necessary to develop an historical genealogy of its current dimensions, and also an analytical explanation of the daily inscription of this historical structures in the experience of disabled people. This implies the consideration of disciplinary technologies proposed by Foucault, in connection with the Theory of Practice developed by Bourdieu. Upon this conceptual framework, emerge the social model “great omission”: the body; body as recipient of oppressive social structures that experiment disabled people. Take in consideration this embodiment as key reflexion issue will provide, in the future, the opportunity to overcome limitations that constrict the three perspectives on disability evaluated: the one concerned with handicap, the one concerned with disability, and the other one which, as a critical not consolidated proposal, talks about functional diversity.

KEYWORDS: Disability, functional diversity, domination, disciplinary technologies, habitus, body.

«La idea de una ciencia neutra es una ficción, y es una ficción interesada, que permite considerar científica una visión neutralizada y eufemística (y por lo tanto particularmente eficaz simbólicamente porque es particularmente *desconocible*) de la representación dominante del mundo social».¹

«Es indudable que el análisis sociológico (...) constituye uno de los instrumentos más poderosos de conocimiento de uno mismo como ser social, es decir, como ser singular. Aunque ponga en tela de juicio las libertades ilusorias (...) ofrece algunos de los medios más eficaces de acceder a la libertad que el conocimiento de los determinismos sociales permite conquistar contra los determinismos».²

INTRODUCCIÓN

El estudio de la discapacidad no ha sido abordado desde la sociología con la pretensión de desentrañar las claves estructurales que la definen como fenómeno social. En la literatura actual disponemos de las aportaciones del Modelo Social anglosajón, cuya preocupación central es la reivindicación de derechos y la lucha por la dignidad de las personas con discapacidad; desde esta perspectiva, se han realizado aportaciones significativas que hacen explícitas las condiciones bajo las cuales las personas con discapacidad son objeto de discriminación, pero no se ha profundizado teóricamente en las mismas³. Es necesario abordar esa tarea, no como tarea académica, o exclusivamente académica, sino como estrategia política cuya clara preten-

sión es la superación de esa condición oprimida del colectivo de personas con discapacidad. Para ello, proponemos como herramienta decisiva la teoría práctica (o teoría de la lógica práctica) de Pierre Bourdieu: es en las prácticas cotidianas donde se revela con toda su crudeza la lógica de la dominación que “condena” a esas personas a su condición de colectivo oprimido, marginado y excluido, de tal modo que una adecuada comprensión de las mismas será un instrumento decisivo para superar esa situación. Y, como complemento a la misma, el análisis de Michel Foucault de las tecnologías del poder: lógicas sistemáticas que implican la regulación, normalización y disciplinamiento de los cuerpos (individuales y colectivos) de las poblaciones que se generan en las instituciones del Estado y atraviesan las “microestructuras” de la vida colectiva.

Más allá de los análisis estructurales, es necesario abordar la comprensión de la experiencia concreta de la discapacidad: acceder al discurso y la práctica de sus protagonistas para desvelar cómo se inscriben en esos espacio-tiempos vivenciales los mecanismos bajo cuya regulación y sometimiento esas personas adquieren, inevitablemente, la condición de “sujetos dominados”.

Entendemos que esos mecanismos se anclan en la existencia de un *habitus* específico⁴, inculcado por un discurso experto, el de la medicina, que procede a una “normalización” de los cuerpos que implica la catalogación de la persona con discapacidad como poseedora de un cuerpo *enfermo*. La existencia de ese *habitus*, a su vez, revela la presencia de un campo⁵, también espe-

¹ Bourdieu (2008:47).

² Bourdieu (1997:11).

³ En Ferreira (2008) se pueden encontrar algunas consideraciones sobre el modelo social y sus implicaciones; hay dos compilaciones de artículos traducidos al castellano de otros/as adscritas/os al modelo social: Barton (comp.) (1998, 2008).

⁴ «...los agentes sociales están dotados de *habitus*, incorporados a los cuerpos a través de las experiencias acumuladas: estos sistemas de esquemas de percepción, apreciación y acción permiten llevar a cabo actos de conocimiento práctico, basados en la identificación y el reconocimiento de los estímulos condicionales, y convencionales, a los que están dispuestos a reaccionar, así como engendrar, sin proposición explícita de fines ni cálculo racional de los medios, unas estrategias adaptadas y renovadas sin cesar, pero dentro de los límites de las imposiciones estructurales de las que son producto y que los definen» (Bourdieu, 1999:183). «El *habitus* es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir, un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas» (Bourdieu, 1997:19).

⁵ Un campo, en términos bourdieanos, es un “microcosmos social” (1997, 1999) en el que los agentes establecen “relaciones de fuerza” en su disputa por algún tipo de capital; ello determina un espacio social relacional, en el que las “posiciones” y las “tomas de posición” de los agentes son relativas a la estructura global de la distribución de capital; un campo se regula por una *doxa* de la que todos los agentes participan, de manera no reflexiva, que hace que se asuma que merece la pena invertir en esa disputa. Finalmente, un campo define los criterios estructurales que conformarán los sistemas de clasificación, jerarquización, conocimiento y reconocimiento, percepción y apreciación sobre los que se configurarán los *habitus* de los agentes, define las “reglas del juego” (Bourdieu, 1995, 1997, 1999).

cífico, en el que se desarrollan las oportunidades de existencia de las personas con discapacidad. En ese “campo de la discapacidad” el capital en pugna es de naturaleza simbólica⁶: bajo el imperativo de la normalización médica, lo que orienta a los agentes implicados en ese campo es la búsqueda de legitimidad; una legitimidad que atraviesa al cuerpo. Al tiempo que la ciencia médica aplica la imputación de enfermo al cuerpo con discapacidad, ofrece la promesa, gracias a su presunta capacidad de curación, de un cuerpo legítimo pese a su i-legitimidad, la promesa de un cuerpo no legítimo-legitimado. La adquisición de esa legitimidad de segundo orden es lo que estructuralmente orienta las acciones dentro del campo de la discapacidad. Ello genera un espacio estratégico en el que la implicación de quienes invierten sus acciones en él está guiado por la ilusión (*illusio*) de adquirir la normalidad corporal, o bien, de obtener una sanción legitimadora por parte del discurso oficial de la medicina que lo reconozca, hasta cierto punto y dentro de unos límites, como un cuerpo no enfermo.⁷

A su vez, esta centralidad de la normalización médica del campo de la discapacidad tiene sentido y cobre eficacia en el marco de una economía capitalista de mercado en la cual la ciencia médica ha asumido el monopolio de las definiciones legítimas del cuerpo y lo ha hecho excediendo el propio campo médico: como estructura económico-ideológica, el sistema capitalista ha creado una triple asociación que anuda a los cuerpos

que lo habitan en la condición de sanos, buenos y bellos o, por mejor decir, en las oposiciones sano/enfermo, bueno/malo, bello/feo (Ferrante, 2007, 2008; Ferrante y Ferreira, 2007, 2008). Ello tiene que ver con la ideología del “éxito” y los esquemas de representación asociados, a través del cuerpo, al mismo: las condiciones óptimas para lograr el éxito social requieren la posesión de un cuerpo sano, bello y bueno que, obviamente, implica la exclusión de las personas con discapacidad de los circuitos privilegiados para lograr su obtención.

En lo que sigue, trataremos de exponer en extenso este marco teórico-metodológico para la comprensión de la discapacidad.

DISCAPACIDAD Y HABITUS

En el marco de la teoría de Bourdieu sobre la acción, el concepto de habitus especifica las condiciones de posibilidad sobre las que se configuran las estrategias prácticas de los agentes (Bourdieu, 1991, 1999). El habitus es una estructura de predisposiciones que confiere a la persona su “competencia” para desenvolverse en el mundo. Tal estructura, heredada del grupo de pertenencia⁸, delimita objetivamente las opciones posibles a disposición del agente⁹ pues incorpora las predisposiciones cognitivas, perceptivas, interpretativas, etc. que definirán, de antemano, sus capacidades como tal. No obstante, siendo un condicionante estructural de

⁶ «El capital simbólico es cualquier propiedad (cualquier tipo de capital, físico, económico, cultural, social) cuando es percibida por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguir) y reconocerla, conferirle algún valor» (Bourdieu, 1997:107-108).

⁷ La asunción de la existencia, tanto de un habitus como de un campo de la discapacidad, está tomada de los planteamientos que Carolina Ferrante aplica en su trabajo de investigación sobre los usos sociales del deporte por parte de personas con discapacidad motora en la ciudad de Buenos Aires. Una aproximación a tal planteamiento se puede consultar en Ferrante (2007, 2008), y Ferrante y Ferreira (2007, 2008).

⁸ El grupo de pertenencia primario es la familia y, por tanto, la “clase social” a la que la misma pertenece; pero a lo largo de la trayectoria de vida de una persona surgen otros grupos de pertenencia que aportan sus específicos habitus: la institución educativa y el grupo profesional serán, seguramente, los más decisivos. No obstante, el origen familiar y la posición en términos de clase social que la misma supone marca de antemano y de manera decisiva las opciones a disposición del agente en su trayectoria de vida. Es por eso que el origen familiar y los recursos disponibles en función de la pertenencia de clase derivados de él son de fundamental importancia para las personas con discapacidad a la hora de configurar su habitus como tales.

⁹ Bourdieu utiliza el concepto “agente” en alusión a la persona en tanto que portadora de un habitus, pues entiende que lo prioritario es su capacidad de acción y el conocimiento práctico (no trascendente, ni reflexivo, ni voluntariamente orientado) que en la misma aplica: «Los “sujetos” son en realidad agentes actuantes y conscientes dotados de un *sentido práctico* (...), sistema adquirido de preferencias, de principios de visión y de división (lo que se suele llamar un gusto), de estructuras cognitivas duraderas (...) y de esquemas de acción que orientan la percepción de la situación y la respuesta adaptada» (Bourdieu, 1997:40; cursivas en el original).

partida, el habitus sólo tiene sentido en su puesta en práctica, y en ella y como consecuencia, precisamente, de los efectos prácticos que suscita, el agente lo va modificando al apropiárselo. Es, en palabras de Bourdieu, una estructura, a la vez estructurada y estructurante.¹⁰

El habitus indica en cierto modo la condición reflexiva de las prácticas cotidianas o, para hacer más expresa su capacidad creativa, eludiendo ciertas interpretaciones excesivamente mecanicistas del concepto, su condición “transductiva” (Ferreira, 2005, 2007): no reguladas por mecanismo formal alguno y siempre en liza con la incertidumbre. En tanto que agentes sociales competentes para desarrollar prácticas adecuadas a nuestro contexto de existencia, estamos dotados de unas disposiciones que, al tiempo que heredadas y por ello condicionantes, son, a la par, el presupuesto objetivo gracias al cual podemos aplicar nuestra creatividad y modificar las condiciones mismas que delimitan nuestras capacidades y posibilidades de acción.

Concebir la existencia de un habitus como dispositivo regulador de nuestras prácticas implica, a un mismo tiempo, ser conscientes de que somos portadores de una libertad limitada y que, a partir de la misma, podemos dotarnos de universos de referencia alternativos. O dicho de otro modo, estamos inevitablemente constreñidos de antemano a ser capaces de pensar, actuar y sentir de determinadas maneras (e incapacitados para hacerlo de muchas otras), pero esa restricción es, justamente, la base sobre la cual podemos adoptar elecciones particulares muy dispares. En la acción e interacción humana, en consecuencia, no hay lugar, ni para el mecanicismo, ni para el finalismo (Bourdieu, 1999); la misma se inscribe en un espacio básicamente regulado por la incertidumbre, la ambigüedad y la puesta en ejercicio de un conocimiento inmanente y no estrictamente racional ni calculador.

Ser una persona con discapacidad implica la pertenencia a un grupo de referencia, proveedor de un habitus específico, muy concreto. Las predisposiciones adquiribles a partir de él están determinadas de antemano por el sentido asociado al hecho de poseer una discapacidad y por las prácticas “razonables” vinculadas a dicha posesión (así como los sentimientos implicados en ello). El sentido socialmente “legítimo” de la discapacidad proviene de la ciencia médica: una discapacidad es el resultado de determinada constitución fisiológica (poseída originariamente o adquirida por “accidente”) que se presupone “anormal” respecto de una condición asumida como normativa. Se presupone, porque así lo ha estipulado la ciencia médica, que el organismo humano debe cumplir ciertos estándares en su constitución y en su funcionamiento que lo cualifican como “normal”: estar más o menos gordo o más o menos flaco, dentro de ciertos límites es normal; ser más o menos alto o más o menos bajo, dentro de ciertos límites es normal; ser más o menos inteligente, dentro de ciertos límites, es normal; y así sucesivamente. Es “normal” porque médicamente ha sido así definido¹¹. La ciencia médica ha generado ciertos parámetros cuantitativos de validez presuntamente universal para catalogar a los cuerpos humanos como sanos (ajustados a la norma) o enfermos (desviados de ella); desde esos parámetros, el cuerpo de una persona con discapacidad es catalogado sistemáticamente como desviado, no ajustado a la norma, enfermo.

Sobre la base de esa presuposición, las posibilidades de acción de la persona con discapacidad quedan limitadas a la insuficiencia derivada de su constitución biológica imperfecta: una desviación de la norma médica implica un cuerpo no apto para realizar ciertas funciones que un cuerpo “normal” sí estaría en condiciones de llevar a cabo: una lesión en la médula incapacita para

¹⁰ Los habitus son: «sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos, objetivamente “reguladas” y “regulares” sin ser el producto de la obediencia a reglas» (Bourdieu, 1991:92).

¹¹ Estamos, lamentablemente, muy acostumbrados a las tablas estadísticas que definen cuantitativamente esos parámetros; de esto son muy conscientes los padres de niños pequeños en sus visitas periódicas al pediatra: el/la niño/niña está dentro/fuera de la norma estadística de peso, talla, capacidad visual, auditiva... todo un aparato regulador y normativo del organismo, del cuerpo.

andar, una lesión neurológica incapacita para pensar, una lesión en la retina incapacita para ver (la “lesión” indica el déficit, originario o adquirido, en el sustrato fisiológico que nos constituye corporalmente). La desviación de la norma supone, automáticamente, una incapacidad para desempeñar actividades, acciones, que los cuerpos ajustados a la norma se supone pueden llevar a cabo.

Cualquier persona con discapacidad, bien desde su nacimiento, bien desde el momento en que adquiere la condición de tal, experimenta la clara evidencia de que su condición de tal supone una limitación en sus posibilidades de desenvolvimiento porque su cuerpo es imperfecto, inadecuado para lo que se considera habitual. Esto le es mostrado como una condición *natural* de la existencia, de su existencia, como la evidencia incuestionable de una corporalidad, objetivamente, imperfecta. La persona con discapacidad se inscribe en un campo de referencia regulado por la lógica de la rehabilitación: para el pleno reconocimiento de su condición de persona con discapacidad (reconocimiento necesario porque es el que posibilita el acceso a recursos específicos institucionales, ventajas fiscales y ayudas económicas) necesitará el aval de un diagnóstico clínico que evalúe su condición y grado de discapacidad; un diagnóstico y evaluación médicos. Una vez diagnosticada, la persona será sometida a los diversos procedimientos considerados adecuados a tal condición y grado de discapacidad, lo que supondrá su inclusión en instituciones médicas de tratamiento especializado. Y además, serán evaluadas sus necesidades “especiales” (educativas, funcionales, laborales, relacionales,...)

Aquí cobra presencia la principal instancia definitoria del “campo de la discapacidad”: el Estado¹². Las instituciones especializadas en el tratamiento de la discapacidad son de carácter público, o bien receptoras de subsidios públicos, puesto que, ciertamente, está reconocido formalmente el derecho de las personas con discapacidad a la igualdad de oportunidades y, dada su condición, se asume que el Estado ha de facilitarles las herramientas de las que ellas mismas no disponen. Pero entre la formalidad de ese reconocimiento y la practicidad de su ejecución se abre el espacio “real” en el que se gesta y reproduce el habitus de la discapacidad. A partir del diagnóstico médico de la condición y grado de la discapacidad, las medidas establecidas para su tratamiento se orientan por la lógica de la rectificación; esto es, lejos de atender a las necesidades específicas de cada persona particular, el aparato estatal y las instituciones de él dependientes aplican todo un conjunto de técnicas de adiestramiento corporal cuyo objetivo es reducir lo máximo posible la desviación respecto de la norma previamente diagnosticada. En un sentido amplio, este adiestramiento implica: fisioterapia, actividades deportivas, prótesis, adecuación conductual, terapia psicológica, asesoramiento laboral, educación especializada, etc.¹³

Médicos, fisioterapeutas, psicólogos y trabajadores sociales son los agentes ejecutores de las prácticas que delimitan el sentido del habitus de la discapacidad (Romañach *et al*, 2009); sus representaciones y sus prácticas son las que configuran el campo en el que se inscriben las personas con discapacidad y el capital simbólico puesto en jue-

¹² «El Estado contribuye a la unificación del mercado cultural unificando todos los códigos, jurídico, lingüístico, métrico, y llevando a cabo la homologación de las formas de comunicación, burocrática en particular (...) A través de los sistemas de clasificación (en especial según la edad y el sexo) que están inscritos en el derecho, los procedimientos burocráticos, las estructuras escolares y los rituales sociales (...) el Estado moldea la *estructuras mentales* e impone principios de visión y división comunes, formas de pensamiento (...) favorece a la vez la monopolización de lo universal por unos pocos y la desposesión de todos los demás así mutilados, en cierto modo, en su humanidad. (...) el Estado (...) es la sede por antonomasia de la concentración del ejercicio del poder simbólico» (Bourdieu, 1997:105-108).

¹³ Hablamos de adiestramiento “corporal” asumiendo un sentido del cuerpo que rechaza la dicotomía cuerpo/mente: el cuerpo no es el sustrato material y objetivo de una existencia que en otro plano, y al margen de su cuerpo, posee capacidades de pensamiento, representación y afecto. El cuerpo es el sedimento en el que se inscriben nuestras capacidades prácticas y cognitivas, el sustrato en el que se depositan nuestras predisposiciones, socialmente configuradas, para la acción y el pensamiento (y el sentimiento); en última instancia, es el cuerpo el que piensa, o a través del cual pensamos (más allá de la existencia de un sustrato neuronal como dispositivo biológico); nuestro pensamiento no es más que una acción eficaz que nuestro cuerpo está en condiciones de ejecutar; el hecho biológico crucial, la muerte, no suspende nuestro funcionamiento corporal liberando a nuestra mente a su propia y autónoma plenitud; la muerte, física, fisiológica, corporal, es la muerte del pensamiento. No creemos que haya argumento más contundente.

go en el mismo. Bajo el presupuesto de un cuerpo enfermo, defectuoso, desviado objetivamente de la norma (universalmente válida, según se presume) de salud, las prácticas de estos profesionales delimitan un sentido propio que articula la lógica del campo; ese cuerpo, potencialmente curable, efectivamente ajustable, hasta cierto punto y límite, a las condiciones presupuestas de la norma de salud debe ser tratado siempre con la intención de reducir lo máximo posible su desviación. Y es aquí donde se genera la promesa, la *illusio*, de la “salvación”, y con ella, el valor simbólico del capital en juego: la “legitimidad”.

Las penosas sesiones diarias de rehabilitación física; las minuciosas directrices asistenciales para el desenvolvimiento cotidiano; las meticulosas mediciones y catalogaciones previas a la confección de prótesis específicas, de aparatos ópticos o auditivos, de sillas de ruedas, de muletas, de bastones, de software sofisticado, etc.; las prolijas técnicas de entrenamiento educativo especializado, de atención diferencial, de reiteración de pautas y repetición de estímulos/respuestas; la recurrente lógica de las revisiones periódicas, de las evaluaciones periódicas, de las preguntas y pruebas de habilidad periódicas,...; ése es el escenario en el que se desenvuelven cotidianamente las personas con discapacidad; ¿y qué es lo que confiere sentido, cotidianamente, a ese escenario? La promesa permanentemente incumplida de la curación, que cumple eficazmente su función, precisamente, por su incumplimiento. Esa promesa configura el capital simbólico en juego, aquello que hace pertinente y “razonable” involucrarse en ese campo: la legitimidad, otorgada por la ciencia médica, de un cuerpo no legítimo, la consecución de un cuerpo “no legítimo – legitimado”.

Hay que tener en cuenta que ese habitus no sólo cobra entidad en el marco específico de las instituciones especializadas, sino que su pertinencia se extiende al conjunto de la sociedad; en primera instancia, por lo que respecta a la persona con discapacidad, a la esfera de sus relaciones próximas, la familia en primer lugar; pero de manera, no por más difusa menos eficaz, en general, al conjunto de los miembros de la sociedad. En una sociedad de la normalización (Foucault, 1992) el conjunto de las prácticas sociales están sometidas a procesos específicos de dominación que se articulan mediante sabe-

res especializados, saberes que, dictaminando acerca de la verdad, definen la norma según la cual estaremos del lado de los dominantes o de los dominados; en particular, en lo que se refiere al cuerpo, el saber experto de la ciencia médica ha extendido su dictamen abarcando los principales valores promocionados por una sociedad capitalista de mercado. El capital simbólico por excelencia es el del “éxito”, el logro social supuestamente alcanzable a través del esfuerzo y del mérito individual. Ese valor difuso tiene una traducción concreta inmediata: el éxito capitalista es, obviamente, el éxito económico; ahora bien, ¿cuáles son los mecanismos propiciatorios de dicho éxito? Mérito, esfuerzo y talento serían, primariamente, los factores primordiales; sin embargo –y es aquí donde se introduce el saber experto normalizador de la medicina–, en el ideario vigente, ese éxito económico está asociado a valores (criterios de normalización) estéticos: aquellos y aquellas que tienen éxito (económico) son portadores de un cuerpo estéticamente normalizado. No estamos hablando de la realidad efectiva de los mecanismos que propician el logro económico en una sociedad capitalista de mercado, sino de las estrategias, atravesadas por la lógica de la normalización regulada por saberes expertos, de dominación que la misma propicia; esto quiere decir que lo que está en juego es el conjunto de representaciones que motivan prioritariamente nuestras “puestas en escena”. De lo que hablamos, en definitiva, es del discurso del poder, el cual, al margen de la abstracción que supone nombrarlo de tal manera, tiene una presencia efectiva en nuestras existencias cotidianas.

Dicho de otra manera. Puede ser que la mayor fortuna del planeta (digamos Bill Gates) no esté dotado de la excelencia normalizada de un cuerpo estéticamente “perfecto” (abundaremos en el anclaje de esa condición estética en la condición médica normalizada de “salud”); pero no importa: todos envidiamos el dinero de Bill Gates, no su cuerpo; su cuerpo está al margen de su éxito; su éxito, en realidad, no puede sino estar propiciado por otros cuerpos que sí cumplen el canon. Para reforzar esta ficción ideológica, han surgido (no hablamos de voluntariedad o causalidad; constatamos un hecho que funcionalmente es efectivo) toda una serie de espacios públicos en los que sí se cumple la vinculación entre el valor

económico y estético del éxito capitalista: el mundo de la moda, del cine, del deporte, de la publicidad, de la televisión (cuerpos de modelos, de actores y actrices, de futbolistas, de presentadoras y presentadores). Su valor absoluto (económico) puede ser muy inferior al de Bill Gates, pero su valor relativo, y en consecuencia su efectividad y su visibilidad, es infinitamente mayor; esos cuerpos son los que configuran las expectativas cotidianas en función de las cuales orientamos nuestra búsqueda del éxito.

La medicina ha colonizado sistemáticamente estos espacios de presencia cotidiana del éxito económico-estético: la cirugía estética, las dietas sanas, los tratamientos de piel, las tablas de calorías y de ejercicios, etc., etc.; todo un mercado simbólico en torno a un cuerpo “sano” que es concebido automáticamente como un cuerpo bello que es asociado automáticamente con un cuerpo destinado al éxito.¹⁴ Por lo tanto, el éxito capitalista requiere, en el ideario que configura las estrategias de acción de las personas sometidas a su regulación, un cuerpo bello-sano; consecuentemente, la posesión de ese cuerpo es algo, por definición, deseable (casi, diríamos, necesario) y en consecuencia, “bueno” (en un sentido primariamente instrumental, pero, de manera inmediata, traducido en términos morales).

He ahí la triple connotación corporal que genera las concepciones/prácticas que orientan cotidianamente nuestras estrategias: la salud, belleza, bondad de un cuerpo necesariamente abocado, en su constitución, a los dictámenes expertos de una ciencia médica capaz, según su discurso propone, de aproximarnos a la excelencia del éxito. Existe un conjunto de contra-discursos que, lejos de refutar esa lógica de dominación *anatomopolítica* (Foucault, 1992), no hacen sino reforzarla: discursos sobre el esfuer-

zo pese a las dificultades y los condicionantes negativos (Stephen Hawking, los juegos Paralímpicos, el actor tartamudo... curiosamente, ejemplos de discapacidades que, milagrosamente, tienen “éxito”); es mejor ahorrarse todo ese esfuerzo y optar por el cuerpo normalizado: es la autopista hacia el éxito; lo otro son caminos tortuosos de difícil tránsito.

Obviamente, las personas con discapacidad, sometidas cotidiana y sistemáticamente a la lógica, simbólica, de la búsqueda de legitimación de un cuerpo no legítimo, por definición, de antemano, en base a un diagnóstico médico, quedan constreñidas al espacio de un campo que les ofrece una promesa, un capital deseable, una razón de existir. Su cuerpo es el catalizador que impulsa el sentido de su existencia. En el ámbito familiar, la búsqueda de la superación, el sobreponerse, el estar en condiciones de asumir los límites y las limitaciones, será el efecto del discurso normalizador de la medicina; en la calle, con los desconocidos, la búsqueda de una mirada “cómplice”, comprensiva, capaz de ajustar su legitimidad “específica” (la promesa de la ciencia médica rehabilitadora) a la propiciada por la lógica (igualmente médica) del cuerpo sano/bello/bueno será la directriz a seguir.

En esa lógica (de la normalización médica) y en ese campo (el de la discapacidad; generado en instituciones específicas y especializadas por un discurso o saber experto, pero extendido al conjunto del espacio social) se configura la experiencia de las personas con discapacidad. Ahora bien; el habitus no es un marco cerrado de experiencias, sino un, digámoslo así, dispositivo potencial; el habitus configura predisposiciones ajustadas a las condiciones objetivas en las que su poseedor ha de desenvolverse¹⁵; pero no siempre se da un ajuste perfecto entre

¹⁴ Obviamente, hay, podríamos decirlo así, mercados “en negativo”, como podría ser la prostitución –aunque también es cierto que la prostitución se distribuye socialmente en función de la categoría social (hay prostitutas de lujo)– en los cuales ese cuerpo bello-sano no conduce al éxito, sino al más ignominioso de los fracasos. Sin embargo, en esos mercados se ha creado una especie de contra-valor ideológico: el mundo de la pornografía, originariamente despreciable, ignominioso, indeseable, hoy en día tiene sus “estrellas”, sus premios, su reconocimiento artístico... su élite; podríamos decir que un mercado originariamente “inferior”, precisamente por la potenciación de ese valor simbólico del cuerpo bello-sano, ha logrado elevar su estatus y propiciar, de hecho, el éxito económico para ese cuerpo.

¹⁵ «...las estrategias más eficaces (...) son las que, al ser fruto de las disposiciones moldeadas por la necesidad inmanente del campo, tienden a ajustarse espontáneamente, sin propósito expreso ni cálculo, a esa necesidad» (Bourdieu, 1999:184); «En tanto que es fruto de la incorporación de un *nómos* (...) de un orden social o un campo, el habitus engendra prácticas inmediatamente ajustadas a ese orden y, por lo tanto, percibidas y valoradas, por quienes las llevan a cabo, y también por los demás, como justas, correctas, hábiles, adecuadas» (*Ibid.*:189).

las disposiciones (generadoras de expectativas) y las condiciones objetivas en las que las mismas han de ser aplicadas. Para ello hay que tener en cuenta que el habitus de la discapacidad, delimitado por esa lógica normalizadora generada por el discurso experto de la medicina, es a su vez dependiente, en cada caso particular, de la procedencia familiar y de clase de la persona. No existe homogeneidad en dicho habitus: la experiencia práctica de cada persona está sometida, estructuralmente, por un lado, por la lógica del campo de la discapacidad y, por otra, por las disposiciones asociadas a su condición familiar y de clase originaria, así como a su trayectoria social. Las predisposiciones asociadas a ese habitus, en consecuencia, variarán en cada caso particular en función, fundamentalmente, de dos condiciones de partida previas: la condición de clase de la familia de procedencia y el hecho de que la discapacidad sea congénita o adquirida; ambos factores inciden en el modo en el que el habitus específico del campo de la discapacidad propicie determinadas estrategias, prácticas, representaciones, actitudes y sentimientos.

Esta es la virtualidad del habitus. Es lo que nos permite enfrentarnos a la ambigüedad fundamental que atraviesa el campo que lo configura: las personas con discapacidad, en función de su procedencia de clase/familiar, y del grado de implicación con el habitus específico generado por el campo, optarán, bien por una sumisión incondicional a la promesa de curación (por una búsqueda ciega e incondicional de la legitimidad prometida de un cuerpo sano), bien por la negación de la regla básica del campo. Lamentablemente, la segunda opción, la “revolucionaria”, nunca está libre de la implicación en el juego del campo, en la lucha por la acumulación del capital prometido; y ello es así porque, más allá de toda concepción racional (o racionalizadora), en juego está la libido, el deseo, las emociones (el cuerpo en su expresión más inmanen-

temente social, atravesado por las regulaciones sociales que determinan hasta sus más pequeñas secreciones hormonales)¹⁶; y en última instancia, la promesa, que excede al propio campo de la discapacidad y abarca al conjunto de la sociedad, sigue siendo la posesión (absolutamente legítima y legitimada, médicamente) de un cuerpo sano, bello y bueno.

El punto crucial es el siguiente: aceptando la existencia de un campo y de un habitus específicos de la discapacidad, la forma de superar las constricciones que conducen, a partir de ellos, a la dominación de las personas que figuran como agentes de su lógica pasa por la extrapolación de las lógicas de regulación y adiestramiento del cuerpo generadas por un determinado tipo de sociedad en el cual, personas con y sin discapacidad, vivimos: sociedades capitalistas de mercado, o bien, en lo que nos interesa, del éxito económico-estético.¹⁷

EL CAMPO DE LA DISCAPACIDAD: SU GÉNESIS HISTÓRICA

Retomamos el hilo de nuestro argumento desde una óptica distinta: ¿cómo puede ser que la normalización médica se haya instalado tan firmemente en los modos de regulación de nuestras relaciones cotidianas? Asumido el hecho de que en nuestra experiencia cotidiana, en nuestras relaciones (con sus expectativas, ilusiones y esperanzas), estamos sometidos a la regulación simbólica de un capital deseable, el del cuerpo sano, bello y bueno (el cuerpo plenamente legítimo, para las personas sin discapacidad; el cuerpo no legítimo legitimado, para las personas con discapacidad), la cuestión es establecer por qué y cómo hemos llegado a asumir esa lógica; una lógica de la subordinación, en última instancia, a las necesidades estructurales del sistema que nos alimenta. Hablamos, reiterémoslo una vez más, del cuerpo como sedimento de las

¹⁶ «...el cuerpo está (en grados desiguales) expuesto, puesto en juego, en peligro en el mundo, enfrentado al riesgo de la emoción, la vulneración, el dolor (...) y, por lo tanto, obligado a tomar en serio al mundo (y no hay cosa más seria que la emoción, que llega hasta lo más hondo de los dispositivos orgánicos)» (Bourdieu, 1999:186).

¹⁷ «Según Bryan Turner (1994a:28): “Nuestras mayores preocupaciones políticas son cómo regular los cuerpos en el espacio, cómo controlar la superficie de los cuerpos, cómo regular la personificación, cómo regular las atenciones entre los cuerpos”. La política es biopolítica. Las tiranías de los tiempos postmodernos son estéticas; son tiranías de la delgadez (Chernin, 1983), tiranías de la perfección (Glassner,1992)» (Hughes y Paterson, 2008:114).

estructuras sociales, de las regulaciones y de las dominaciones que atraviesan la experiencia de nuestra convivencia.

La razón de ser histórica de ese imperialismo médico como discurso ortodoxo del cuerpo, como criterio experto normalizador, la encontramos en la transición operada en los modos de ejercicio del poder; la encontramos, según Foucault (1992), en el siglo XVIII. Y la instancia fundamental que define el rumbo de esa transición es y será el Estado¹⁸. La génesis, moderna, del campo de la discapacidad está vinculada a la génesis de las técnicas de poder disciplinario. Hasta el siglo XVIII, el poder se había ejercido de manera visible y directa (máxima expresión de lo cual habían sido las monarquías absolutas, última y magnífica expresión del poder tradicional); era la coacción permanentemente visible de quien podía, si quería, ejercer la violencia directa como acto de poder. Pero a partir de entonces (cuando, según Tocqueville, el principio democrático arrastra y derriba al aristocrático, cuando el Antiguo Régimen termina de tambalearse –Tocqueville, 1989–, cuando la emergente economía capitalista y la clase burguesa que la abandera cobran su empuje definitivo) el poder transita hacia una nueva modalidad, según la cual, no será ya la ley (de inspiración divina) la que dictará la sanción, sino la norma (como construcción científica).

Hemos de situarnos en ese movimiento de largo alcance llamado “modernidad” para establecer los principios que dan sentido a la constitución del campo de la discapacidad. Las sociedades occidentales atravesaron una época de profundas transformaciones que supusieron una

reconstitución en términos económicos, políticos y cognitivos. En particular, es entonces cuando surge “la ciencia”, entendida como “campo general y policía disciplinar de los saberes” (Foucault, 1996:150)¹⁹. La monarquía absoluta en decadencia experimenta el auge económico propiciado por los inicios de la industrialización; en ese movimiento, cobran importancia los saberes “técnicos”. Hasta entonces, y a lo largo de varios siglos, se han constituido como saberes fragmentarios, locales y hasta secretos, en pugna entre sí y que prometen, a sus poseedores, un grado relativo de éxito económico (Foucault, 1996:152-153). Pero dada la aceleración del progreso económico, el Estado decide emprender una tarea de “apropiación” de esos saberes o, como Foucault lo define, “el disciplinamiento de los saberes polimorfos y heterogéneos” (*Ibid.*:150):

«...el disciplinamiento interno de los saberes instaurados en el siglo XVIII, sustituyó esa ortodoxia que se aplicaba a los enunciados mismos, que discernía entre conformes y no conformes, (...) por un control que ya no se ocupaba del contenido, de su conformidad o no a cierta verdad, sino más bien de las **regularidades** de las enunciaciões.» (*Ibid.*:151; negrita nuestra)

La transición en el ejercicio del poder por parte del Estado opera una colonización de los saberes (técnicos, especializados, artesanales) que, mediante cuatro directrices –selección, normalización, jerarquización y centralización²⁰– los constituye en dispositivos de saber-poder que se ejercen sobre las prácticas cotidianas de los “súbditos-trabajadores”:

¹⁸ No entendemos por “estado” una instancia perfectamente delimitada, sino un aparato político complejo que aglutina un conjunto amplio y heterodoxo de instituciones puestas al servicio del poder instituido: monarca, presidente, gobierno, parlamento, policía, ejército, sistema legal, aparato educativo,... son el estado. La cámara de los lores es tan estado como el semáforo de la esquina de mi calle. (No pretendemos dictar “jurisprudencia” al respecto —menos, si nos servimos de la obra de Foucault—: aceptamos la condición polisémica y problemática del concepto y asumimos que, en última instancia, el lector “identificará” esa figura).

¹⁹ Es sintomático, según Foucault, que a lo largo del siglo XVIII desaparezca la figura del científico aficionado (*Ibid.*:151).

²⁰ «...el Estado intervendrá... con cuatro grandes procedimientos. En primer lugar, mediante la eliminación y descalificación de los que se podrían llamar pequeños saberes inútiles (...) en segundo lugar mediante la normalización de estos saberes entre ellos, que permite adaptarlos unos a otros (...) hacer intercambiables no sólo los saberes, sino también sus poseedores. En tercer término mediante su clasificación jerárquica, que permite de algún modo que encajen unos en otros (...). Cuarta operación, por fin,... centralización piramidal de los saberes, que permite su control,... transmitir de abajo hacia arriba sus contenidos y de arriba hacia abajo sus directrices de conjunto...» (*Ibid.*: 148-149)

«Se podría decir lo mismo del saber médico, alrededor del cual se desarrolló, en el curso del siglo XVIII, todo un **trabajo de homogenización, normalización, clasificación y generalización**. ¿Cómo dar forma al saber médico, **cómo conferir ciclos homogéneos a la práctica de las curas**, cómo imponer reglas a la población (...)? Con la creación de los hospitales, de los dispensarios... la codificación de la profesión médica, las campañas de salud pública, por la higiene y la educación de los niños.» (Ibíd.: 149; negrita nuestra)

“El siglo XVIII fue la época de la reducción a disciplina de los saberes” (Ibíd.).²¹ Y precisamente esta es la clave que nos conduce a la génesis, histórico-política, del campo de la discapacidad:

«...las técnicas disciplinarias del poder, tomadas en el plano más bajo, más elemental, en el nivel del cuerpo mismo de los individuos consiguieron cambiar la economía política del poder, multiplicando sus aparatos (...) estas disciplinas hicieron emerger de estos cuerpos algo así como un alma-sujeto, un “yo” (...) habría que mostrar, al mismo tiempo, cómo se produjo una forma de disciplinamiento que no concierne a los cuerpos, sino a los saberes; cómo este disciplinamiento (...) preparó un nuevo tipo de relación entre poder y saber; cómo, finalmente, a partir de estos saberes disciplinados emergió la constricción de la ciencia en lugar de la constricción de la verdad.» (Ibíd.:152)

He aquí la génesis histórica de la medicina como ortodoxia respecto al cuerpo social, como saber normalizado y normalizador, esgrimido y articulado por el Estado para la regulación

(como saber-poder; saber disciplinado al servicio del poder disciplinario) de las poblaciones a través de la normalización (efecto ontológico de su normalización, epistemológica, como saber) de los cuerpos. En el siglo XVIII la medicina se instituyó como uno de los campos de saber disciplinados por el poder estatal, como uno de los campos de lucha política en los que la normalización del saber, de los saberes, suponía la institución de un poder que, lejos de ejercerse de manera directa y violenta, se ejercía por coacción indirecta, por “amenaza de desviación”.²²

A partir de cierto momento, la ciencia por excelencia del estado (y de ahí su nombre) ha sido la “estadística”: el cómputo y clasificación, por diversos criterios definibles en función de las variables contingencias históricas, de la población... de los cuerpos. La disciplina, como lógica del poder, implica una subordinación sistemática, cotidiana y duradera a estándares derivados de clasificaciones, catalogaciones y prescripciones expertas (número de calorías, cantidad de ejercicio, horas de sueño y de vigilia, posturas correctas, prácticas “saludables”, consumos adecuados, inversiones correctas, estudios pertinentes, amistades adecuadas, sexualidad segura,...); el conjunto de nuestras prácticas cotidianas está, como afirmaba Foucault, regulado por un sistema de saberes normalizadores que dictaminan, no acerca de la verdad o la falsedad de nuestra existencia, sino acerca de la adecuación o no a la norma estipulada al respecto. Somos prisioneros de la ciencia del Estado, la estadística.²³ Y la medicina se ha erigido en una de las principales armas de esa ciencia.

Si el ejercicio del poder ha transitado desde el uso de la violencia (o amenaza potencial de la misma) hacia la normalización de las experien-

²¹ «Con el disciplinamiento de los saberes, aparece, en su singularidad polimorfa, ese hecho y ese conjunto de constricciones que hacen cuerpo con nuestra cultura y que llamamos ciencia» (Ibíd.:150)

²² Otro importante proceso que instaura a la medicina como saber normalizador puesto al servicio de esas nuevas técnicas de poder aplicadas por el Estado es su inscripción en los dictámenes jurídicos mediante la pericia forense psiquiátrica: «...la pericia psiquiátrica permite doblar el delito, tal como lo califica la ley, con toda una serie de cosas que no son el delito mismo, sino... que... se presentan en el discurso del perito psiquiatra como la causa, el origen, la motivación, el punto de partida del delito (...) la pericia psiquiátrica permite constituir un doble psicológico ético del delito. Es decir, deslegaliza la infracción tal como la formula el código para poner de manifiesto detrás de ella... una irregularidad con respecto a una serie de reglas que pueden ser fisiológicas, psicológicas, morales, etcétera» (Foucault, 2007: 28, 29).

²³ Si mi talla, peso, condición laboral, estatus afectivo, formación, etc. se desvían significativamente de las estadísticas oficiales, seré (me sentiré y me considerarán) un marginado, un excluido.

cias (si el poder se ha inscrito en la lógica del poder-saber), hablando de la gestión de poblaciones, es obvio que la regulación ha de pasar por los procesos primarios, biológicos, como primera medida disciplinaria. Ya no se trata de imponer costumbres, hábitos o tradiciones, sino de catalogar, según estándares expertos, las maneras efectivas de ejercer la convivencia. Y puesto que la “policía disciplinaria” de los saberes, la ciencia, ha acaparado la lógica de subordinación a la que nos supeditamos, cada acto, práctica, pensamiento o sentimiento, se presupone, estará regulado por uno u otro saber experto (disciplinado y disciplinador): ¿es bueno o malo fumar? ¿son buenas o malas las relaciones prematrimoniales? ¿qué Dios es el verdadero? ¿Real Madrid o Atlético de Madrid?; dicotomías extremas que revelan, en síntesis, la lógica de nuestra cotidiana desesperación: se supone que, siempre, hay una respuesta experta, adecuada, pertinente e infalible. Lo cual, obviamente, es de modo manifiesto falso... pero funciona.

No es arbitrario que por la época en la que el poder instituye su condición normalizadora se inaugure, correlativamente, el proceso de institucionalización de las personas con discapacidad (Oliver, 1990). Dicho proceso, según Oliver, se vincula a los requerimientos funcionales del capitalismo emergente: esa economía en proceso de despegue necesita abundante mano de obra “capaz”, productiva, así como un volumen suficiente de consumidores solventes (siendo para la gran mayoría de las poblaciones lo primero condición necesaria para lo segundo). Las personas con discapacidad parecen no reunir las condiciones de “eficiencia” requeridas; son un estorbo, un obstáculo para el sistema, son un excedente prescindible que debe ser apartado de los circuitos principales de una vida social que comienza a pasar necesariamente por la implicación con la producción industrial. La solución al “problema” surgirá, precisamente, a partir de los dispositivos disciplinarios y normalizadores que las tecnologías del poder venían desplegando: inscrita su desviación, a partir de los requerimientos económicos según los cuales se la dictamina, en su incapacidad, será la ciencia médica el saber experto designado para diagnosticar, tanto el substrato de dicha desviación como las medidas rectificatorias. Y así, se crean instituciones especializadas en las que las

personas con discapacidad son recluidas para su tratamiento clínico por parte del saber experto destinado a regular su existencia. La ineficiencia económica es firmemente instalada en una anomalía fisiológica que sólo puede ser tratada por la ciencia que posee la potestad para hacerlo: la discapacidad, que en cuanto desviación o anomalía, se suscita por razones económicas, es asimilada a *enfermedad*, traducida en una desviación de la norma de *salud*.

Tan firmemente instalada en el marco de nuestras representaciones ha quedado esa asignación que, como dice Bourdieu (1997, 1999), ha adquirido la condición de lo natural, cuando de hecho es fruto de una construcción, social e histórica, de carácter arbitrario. Adquiriendo la forma de una nominación, siempre implícita pero siempre presente, articula la experiencia íntegra de las personas que quedan sujetas a la misma.

Puede discutirse el excesivo materialismo, y mecanicismo, de la atribución causal, pero si consideramos la creciente extensión de valoraciones ético-estéticas ancladas en la norma médica de la salud que se promueven como incentivos para la acción en el plano económico, es más que plausible asumir que esa conexión entre eficiencia (ahora “éxito”) económica y normalización médica dista mucho de ser absurda.

El proceso de institucionalización (exclusión de los cauces principales de la vida social: Abberley, 1987, 1998; Barnes, 1991a, 1991b; Brisen-den, 1986; Finkelstein, 1980; Liberty, 1994; Swain *et al*, 1993) de las personas con discapacidad y la profesionalización, médica, de su tratamiento marcan el surgimiento del “campo de la discapacidad”, campo en el que se configurará el habitus específico que reproducirá de manera sistemática la dominación a la que se ven sometidas desde entonces las personas con discapacidad.

UNA TRANSICIÓN EN LOS FUNDAMENTOS

Sobre esas premisas se constituyó el “modelo médico” de la discapacidad: ahí se inscribe el concepto, ya caduco, de “minusvalía” (persona de un valor inferior al medio; valor en términos económicos pero evaluado clínicamente por diagnosis médica en cuanto a funcionalidad fisiológica).

Se conjugan dos factores estructurales: la promoción de un determinado régimen económico y la estandarización de ciertas lógicas en el ejercicio del poder político. Ambos van de la mano y tienen su incidencia específica sobre el colectivo de personas con discapacidad. El sistema capitalista demanda mano de obra eficiente y un consumo suficiente, requisitos que las personas con discapacidad se asume que no están en condiciones de cumplir. Dado ese presupuesto, el aparato disciplinario que se erige en principal instancia para el tratamiento del problema es la ciencia médica: saber experto que, dictaminando acerca de la norma de salud, clasifica al colectivo como cuerpos desviados de la misma y necesitados de “rectificación”. La práctica institucional será la reclusión en centros especializados en los cuales la diagnosis clínica será la modalidad reguladora de sus experiencias: se trata de catalogar, clasificar y jerarquizar las desviaciones fisiológicas de esos cuerpos para proceder a su tratamiento rehabilitador. Ahí se gesta el habitus de la discapacidad y su campo específico, regulado por el capital simbólico de la esperanza de la cura. Pese a que, por definición, se trata de cuerpos sujetos, según la medicina, a una enfermedad crónica, al ser objeto de tratamiento por parte de dicha ciencia, la expectativa, permanentemente incumplida, es la de la cura, es decir, la recuperación de la “salud”, según un estándar universalizado.

El efecto objetivo y agregado es la exclusión de las personas con discapacidad de su participación en la vida colectiva. La lógica institucional será asistencialista, rehabilitadora y clínica. La dinámica vendrá regulada por la normalización política en torno al cuerpo estipulada por la ciencia médica. Y la experiencia práctica de esas personas vendrá dictada por un campo específico en el que la disputa gira en torno a la esperanza infundada de la cura y el habitus se configura con relación a la obtención de una legitimidad en segunda instancia respecto a un cuerpo enfermo pero “rectificable”.

Tener una discapacidad significa poseer un cuerpo defectuoso, un impedimento o deficiencia (*impairment*) que condiciona la globalidad de la experiencia de la persona; la posesión de ese cuerpo supone una restricción en cuanto a

las oportunidades vitales. Se supone que, por tratarse de algo anclado en fundamentos naturales (biológicos), es de naturaleza irremediable; se supone que las estructuras sociales, tanto las materiales o prácticas como las simbólicas o representacionales, no tienen nada que ver en el fundamento de esa situación. El modelo médico de la discapacidad aísla a cada cuerpo individual, portador de una discapacidad, y lo cataloga, clasifica, diagnostica, jerarquiza y disciplina en función de una norma universal de salud de la cual se desvía (desviación dictada por la propia operación de normalización universal de la salud como estado orgánico del ser humano que propone la ciencia médica).

Cada cuerpo con discapacidad requiere de medidas normalizadoras específicas en función de su particular desviación, estrictamente biológica, de la norma médica de salud. No caben consideraciones sociales respecto a ese cuerpo puesto que su condición de tal es resultado de un “accidente” estrictamente natural, fisiológico. Se trata de una condición individual, aislable y tratable de manera eficiente mediante métodos analíticos, científicos: médicos y psicológicos.

Las personas con discapacidad, en general, sus familias y las instituciones que están implicadas en su existencia asumen ese marco de referencia que “naturaliza” la discapacidad y la remite a su substrato fisiológico con abstracción de las condiciones sociales que, de hecho, propician su existencia y determinan su experiencia. Tanto Paul Abberley (2008:39-43) como Colin Barnes (en su aportación a este monográfico) han mostrado cómo la deficiencia fisiológica, lejos de ser un hecho natural, es producida por factores sociales, económicos y políticos: el 80% de las personas con discapacidad en el mundo pertenecen a los países más desfavorecidos; la malnutrición es causa prioritaria de deficiencias; las guerras civiles en el tercer mundo son factor decisivo para la generación de deficiencias; en los países desarrollados ciertas actividades laborales provocan trastornos fisiológicos crónicos, se dan prácticas que deterioran la salud y el progreso industrial propicia entornos altamente perniciosos para los organismos. Las deficiencias fisiológicas son “producidas” en gran medida por los contextos sociales, económicos y políticos de existencia de las personas. La discapacidad es, en una gran medida, produ-

cida por los entornos de convivencia; no es, en absoluto, un hecho natural.²⁴

Sobre la base de esa evidencia y frente al modelo médico surge el modelo social de la discapacidad. En contra de la consideración de la discapacidad como un hecho natural, fisiológicamente determinado y médicamente tratable, se considera que la misma es, más bien, consecuencia de unas estructuras sociales, económicas, políticas y culturales que se erigen sobre los patrones de esa normalidad médicamente sancionada (y ficticia en su pretensión de universalidad) de salud y que no toman en consideración las necesidades de las personas que se entiende que no se ajustan a ella. La discapacidad, según el modelo social, no es un problema fisiológico de un individuo, sino una experiencia de opresión, marginación y exclusión de un colectivo de personas que han sido apartados de la experiencia colectiva y al cual no se toma en consideración en el discurrir cotidiano de las sociedades en las que vivimos en el mundo a fecha actual:

«...afirmar que las personas con discapacidad están oprimidas implica afirmar (...) [e]n el nivel empírico (...) que, en general, puede considerarse a las personas con discapacidad como un grupo cuyos miembros se encuentran en una posición inferior a la de otros sujetos de la sociedad, simplemente por tener discapacidad. También implica afirmar que estas desventajas están relacionadas de manera dialéctica con una ideología o grupo de ideologías que justifican y perpetúan esa situación. Además, también significa aseverar que esas desventajas y las ideologías que las sostienen no son naturales ni inevitables» (Abberley, 2008:37).

El modelo social de la discapacidad pone sobre la mesa un hecho crucial: las personas con discapacidad son objeto de unas dinámicas que las condenan a la exclusión; no pueden ejercer su capacidad de decisión cotidiana respecto a sus vidas, no pueden ejercer sus derechos ciudadanos, no pueden participar en igualdad de condiciones

en las principales esferas de la vida colectiva, son recluidas, son medicalizadas, son expropiadas de su experiencia vital y están condenadas a los dictámenes expertos de la ciencia médica más allá de sus sentimientos, expectativas y esperanzas personales. El modelo social evidencia que la “minusvalía” implicada en la experiencia de las personas con discapacidad no es la consecuencia natural de una deficiencia fisiológica, sino el resultado de unas estructuras sociales opresivas, excluyentes y marginalizadoras. Sin embargo, el modelo social, desde nuestro punto de vista, no alcanza a desvelar la verdadera naturaleza de los mecanismos que propician esa experiencia de las personas con discapacidad, experiencia que, de hecho, sí que efectivamente es ésta.

En esa incomprensión se instala un “olvido”: el olvido del cuerpo (Hughes y Paterson, 2008). El modelo social ha establecido una dicotomía entre deficiencia (*impairment*) y discapacidad (*disability*), entre lo fisiológico y lo social: la deficiencia no se ha considerado digna de atención, puesto que se presupone que es el ámbito de competencia colonizado por la ciencia médica, y se ha puesto el énfasis en la discapacidad, en las estructuras sociales erigidas en torno a la deficiencia. Entendemos que eso es un grave error: no hay un substrato fisiológico incuestionable sobre el que se erigen unas estructuras sociales opresivas, sino que ese propio substrato es el resultado de dinámicas sociales, económicas, políticas y culturales. Se trata de reintegrar ambos niveles en una perspectiva que pueda dar cuenta, en ambos, de las lógicas de dominación a las que son sometidas las personas con discapacidad.

En esa transición se sitúa el desplazamiento, que da título al presente trabajo, entre “minusvalía” y “diversidad funcional”. Abandonadas algunas de las perniciosas herencias terminológicas (minusválido, incapaz, impedido, anormal o subnormal, etc.), se ha instalado en nuestro país la denominación “persona con discapacidad”, haciendo ver que, en primer lugar, se trata de una persona, la cual, además de una discapacidad

²⁴ «En lo que respecta a la mayoría de las personas con discapacidad del mundo, la incapacidad [*impairment*] es principal y muy claramente el resultado de factores sociales y políticos y no un “hecho natural” inevitable. (...) las afirmaciones sobre el origen social de la incapacidad [*impairment*] apuntan a la explicación del origen social de fenómenos materiales y biológicos y debería tomárselas como afirmaciones sobre los elementos sociales fundamentales e inextricables de lo que constituye una base material para fenómenos ideológicos y no como si disolviera esos elementos materiales en ideas o actitudes» (Abberley, 2008:41, 42)

posee muchos otros atributos que la cualifican como tal. Eso evita la sustantivación de un hecho adjetivo asociada al término “discapacitado”, que elude la condición de persona de quien nombra y cualifica exclusivamente y en absoluto a esa persona eludida únicamente por el hecho de su discapacidad, con desconsideración de todo lo demás. El avance no es menor. Sin embargo, con la actual categorización persiste una denominación en negativo: la no posesión de capacidades (aunque, bien es cierto, no ya como hecho definitorio absoluto). Es decir, la definición sigue anclada en un presupuesto médico universalista en torno a la funcionalidad del organismo humano, al asumir, implícitamente, que dicho organismo es portador de un conjunto de capacidades, por su mera constitución, presentes siempre y en cualquier contexto de existencia. Se mantiene la vinculación entre capacidad y salud, definiendo en negativo a las personas con discapacidad, las cuales, al ser consideradas como enfermas, estarían desposeídas de algunas de esas funcionalidades orgánicas que se considera universalmente presentes en los cuerpos capaces.

Se sigue, por tanto, manteniendo vigente la normalización dictada por la ciencia médica, en este caso, en términos de “capacidad”, y nombrando en negativo, como carentes de ella, a ciertos cuerpos, a ciertas personas. La cuestión, en última instancia (y en términos políticos e ideológicos), es que un colectivo que ha emprendido la lucha por la supresión de su opresión es el primero que, en la historia de todos los colectivos que han iniciado ese camino, se define a sí mismo por aquello de lo que carece y no por lo que posee. Cuando el colectivo de personas con discapacidad que, en España, está vinculado al movimiento de la Filosofía de la Vida Independiente ²⁵ cobró conciencia de ese hecho, surgió la necesidad de adoptar una nomenclatura en positivo, una definición, decidida por el propio colectivo, que indicase aquello de lo que son portadores antes que aquello de lo que se asume que carecen. Y ante esa demanda, y tras una

labor de reflexión, surgió el concepto de “Diversidad Funcional” (Romañach y Lobato, 2005; Palacios y Romañach, 2007; Romañach y Palacios, 2008): las personas con discapacidad no carecen de capacidades, sino que funcionan de una manera que no es la habitual; las personas con discapacidad pueden desempeñar las mismas funciones que cualquier persona, pero lo hacen de un modo distinto al que se considera como usual: no carecen de nada, simplemente, pueden hacer lo mismo que cualquiera pero de un modo un tanto diferente (mismas funciones, diverso modo de realizarlas).

Les sucede exactamente lo mismo que a cualquier persona con miopía, o hipermetropía, o astigmatismo: esas personas poseen una deficiencia fisiológica que implica una visión defectuosa; sin embargo, no se las considera discapacitadas porque la tecnología oftalmológica les provee de ciertos instrumentos para que puedan ejercer la función visual con la misma capacidad que cualquier persona que no tenga esa deficiencia, sólo que de un modo distinto. ¿Por qué a ellas no se las considera discapacitadas y a alguien que va en silla de ruedas sí? Porque la situación es análoga: una persona que va en silla de ruedas puede desplazarse (misma función) al igual que una persona que no necesite su uso, pero lo hace de un modo especial, con la silla, no andando. Exactamente lo mismo le sucede a un niño o una niña con síndrome de Down: no carecen de capacidad intelectual, en absoluto, lo único que sucede es que su capacidad intelectual la aplican con un ritmo y una cadencia que no son las habituales. Si nos adaptamos a su forma de pensar y seguimos ese ritmo y esa cadencia, en lugar de tratar de imponerles las que se supone “normales”, veremos que su funcionalidad es perfectamente apta para desenvolverse en un entorno social.

La cuestión, entonces, no es la carencia de capacidades, sino el no reconocimiento ni aceptación de ciertos modos particulares, diversos, de desenvolvimiento. En un mundo en el que hemos aprendido a convivir con todo tipo de diversida-

²⁵ El movimiento asociado a la Filosofía de la Vida Independiente se inicia en los años 60 en EEUU: el colectivo de personas con discapacidad reclama el derecho a decidir sobre sus propias vidas en lugar de que lo hagan los expertos por ellos. A partir de ese movimiento se crean asociaciones dirigidas por las propias personas con discapacidad para atender a sus verdaderas necesidades, para poder llevar, precisamente, una vida independiente. La dicotomía dependencia/ independencia, anudada en torno a la temática de la discapacidad, es otra de las muchas que deben ser cuestionadas (Ferreira, 2008; Brogna, 2006; Corbett, 1997).

des (de creencia, de etnia, de cultura, de nacionalidad, de preferencias estéticas, de ideología, de orientaciones sexuales...),²⁶ hay una, en particular, a la que no hemos querido integrar. La diversidad funcional constituye una más entre las muchas manifestaciones de la infinita heterogeneidad que caracteriza a la existencia humana. He aquí la transición en los fundamentos.

El concepto *Diversidad Funcional* no es un concepto teóricamente fundado ni sociológicamente consistente; de hecho, dicha fundamentación, teórico-sociológica, resulta cuando menos complicada²⁷. Es la herramienta ideológica de la que ha decidido proveerse a sí mismo el propio colectivo para afirmarse frente a las imposiciones externas y ajenas y luchar contra su discriminación. En esa su pretensión hay que situarlo para, a partir de él, determinar cuáles son los ejes fundamentales sobre los que resituar nuestra comprensión de la discapacidad y, subsiguientemente, desarrollar prácticas adecuadas.

La transición *Minusvalía – Discapacidad – Diversidad Funcional* nos indica el camino a seguir: hay un elemento, siempre implícito, que permanece vigente: las tres definiciones se refieren, en última instancia, a la condición ontológica de un cuerpo humano; un cuerpo catalogado, primero, como de menor valía que otros, después, como falto de capacidades, finalmente, como singular en su funcionamiento. Es decir, aún cuando la *Diversidad Funcional* se desen-

tiende de las asignaciones en negativo sigue indicando algo que es propio de los portadores de cierto cuerpo, de cierto substrato orgánico, *en relación a* otros cuerpos. Por tanto, la presencia, eludida e implícita, del cuerpo en la terminología, a su vez, indica otro presupuesto que se mantiene en vigor: la referencia a una cierta condición de normalidad (sea valía, capacidad o funcionamiento) de la que ese cuerpo se desvía. Es decir, según lo apuntado previamente, se mantiene incólume el imperialismo médico anudado en torno a la salud entendida como un estándar del organismo humano. De modo que, mientras no se lleve al plano de la reflexión explícita ese cuerpo que es objeto implícito de nominación, no se podrá ir más allá de ese imperialismo.

Ahora bien, tomar en consideración al cuerpo como objeto de referencia fundamental implica abandonar la asunción de su sentido objetivista y naturalista, abandonar la idea de ese cuerpo-cosa que sería simplemente receptáculo neutro, puramente físico, de nuestra experiencia:

«Este cuerpo-cosa, conocido desde afuera como mera mecánica, cuyo límite es el cadáver que se va a diseccionar, (...) y que se opone al cuerpo habitado y *olvidado*, sentido desde el interior como apertura, impulso, tensión o deseo, y también como eficiencia, convivencia, familiaridad, es fruto de la extensión al cuerpo de una relación de espectador con el mundo» (Bourdieu, 1999:177).²⁸

²⁶ Que hayamos aprendido a “convivir” con lo diverso no significa, sin embargo, que todo tipo de diversidad implique una condición positiva de existencia; continúan estando vigentes patrones de normalidad que asignan valores positivos y negativos a lo diverso (Rodríguez Díaz y Ferreira, 2008), de modo que hay muchas diversidades que siguen implicando condiciones de existencia marginales, excluidas y dominadas. En esta cuestión hay una enorme brecha entre el discurso sobre la diversidad y su constitución normativa, por un lado, y la experiencia real de muchos colectivos humanos que, de hecho, sufren su diversidad respecto a mayorías que los oprimen, explotan o incluso exterminan (véase, a este respecto, el texto de Almeida *et al* incluido en el presente monográfico).

²⁷ No cabe aquí abundar en esas dificultades, aunque podemos apuntarlas: la diversidad que caracteriza al mundo en el que vivimos no es, de hecho, neutra; hay toda una jerarquía de lo diverso que implica lógicas de dominación y sometimiento; algunas diversidades son socialmente aceptadas y otras no. Por su parte, el término “funcional” parecería indicar la filiación con una determinada tradición teórica en sociología, la del funcionalismo, lo cual no es en absoluto cierto. Para llegar a una redefinición sociológica de la *Diversidad Funcional-Discapacidad* habrá que realizar una profunda labor de reflexión que sitúe las claves estructurales a partir de las cuales se erige el fenómeno en sus dimensiones sociales; al final de ese camino de reflexión quizá se pueda proponer algún término “emancipatorio” más fundamentado. En Rodríguez Díaz y Ferreira (2008) se pueden encontrar algunos argumentos en torno a esta problemática teórica del término *Diversidad Funcional*.

²⁸ «...la evidencia del cuerpo aislado (...) es lo que impide tomar nota del hecho de que este cuerpo funciona indiscutiblemente como principio de individuación (en la medida en que localiza en el tiempo y el espacio, separa, aísla, etcétera) (...) y (...) es también, en tanto que agente real, es decir, en tanto que habitus, con su historia, sus propiedades incorporadas, un principio de “colectivización” (...) al tener la propiedad (biológica) de estar abierto al mundo y, por lo tanto, expuesto al mundo y, en consecuencia, susceptible de ser condicionado por el mundo, moldeado por las condiciones materiales y culturales de existencia en las que está colocado desde el origen, se halla sometido a un proceso de socialización cuyo fruto es la propia individuación, ya que la singularidad del “yo” se forja en las relaciones sociales y por medio de ellas» (*Ibid.*:177-178)

Ello supone situarse en un plano de análisis que rompe con los esquematismos dualistas propios de la epistemología modernista surgida con la filosofía cartesiana (Bourdieu, 1999). De esas dicotomías resulta toda una cadena de contraposiciones, en relación al cuerpo: del lado del cuerpo-cosa se sitúan lo natural, lo físico, lo neutro, lo objetivo, lo sensitivo y perceptivo; por contraposición a lo no corporal en dónde se situarían lo cultural, lo mental, lo ideológico (intereses), la subjetividad, el pensamiento (como elaboración extra-corporal por encima de las percepciones y sensaciones corporales). Se trata de resituar estos segundos términos de las contraposiciones en el cuerpo:

«Aprendemos por el cuerpo. El orden social se inscribe en los cuerpos a través de esa confrontación permanente, más o menos dramática, pero que siempre otorga un lugar destacado a la afectividad y, más precisamente, a las transacciones afectivas con el entorno social. Evidentemente, (...) el lector pensará en las normalizaciones ejercidas por la disciplina de las instituciones. Pero no hay que subestimar la presión o la opresión, continuas y a menudo inadvertidas, del orden ordinario de las cosas, los condicionamientos impuestos por las condiciones materiales de existencia (...) Las conminaciones sociales más serias no van dirigidas al intelecto, sino al cuerpo, tratado como un *recor-datorio*». (*Ibid.*:186-187)

El cuerpo es construido socialmente a tres niveles: i) es performativamente construido mediante discursos que, nombrándolo de determinada manera, lo hacen ser lo que es y no cualquier otra cosa; ii) es políticamente construido mediante estrategias prácticas de entrenamiento, disciplinamiento y clasificación; y iii) es construido existencialmente, en la confluencia de esos discursos y de esas políticas, mediante la experiencia cotidiana de su práctica-reflexión subjetiva²⁹. El cuerpo es el sedimento, permanente e irrenunciablemente presente, de nuestra condición social: lo social se hace cuerpo, en

sentido literal, en el discurrir cotidiano de nuestra existencia.

La corporalización de la temática de la discapacidad nos permite articular una estrategia de análisis que reintegra dos aproximaciones teóricas en principio y en apariencia de difícil conjugación: la experiencia cotidiana de una existencia social articulada en torno a un habitus y un campo específicos (Bourdieu), y el condicionante, en la lógica histórica de su configuración, de unos marcos de referencia gestados en torno a discursos normalizadores y tecnologías políticas de control de los cuerpos (Foucault). Ambos planos, cruzándose en la constitución social de nuestra corporalidad, remitirán a la necesidad de incorporar en el análisis de la discapacidad, como necesidad metodológica, la propia experiencia de las personas sometidas a esas lógicas de dominación; es decir, resituar el análisis de la discapacidad en el cuerpo, abandonando las dicotomías tradicionales, implica asimismo que el propio análisis, en su función representativa, no se sitúe al margen de la realidad representada, generando así, a partir de una ruptura inicial de esos dualismos, una propuesta dualizadora. Sólo integrando la experiencia, efectiva y subjetiva, de las personas con discapacidad en el análisis sociológico de la discapacidad se logrará ir más allá de las constricciones a las que, a fecha actual, está sometido dicho análisis.

LA REAPROPIACIÓN DE LA EXPERIENCIA

«Ha habido en la edad clásica todo un descubrimiento del cuerpo como objeto y blanco de poder. Podrían encontrarse fácilmente signos de esta gran atención dedicada entonces al cuerpo, al cuerpo que se manipula, al que se da forma, que se educa, que obedece, que responde, que se vuelve hábil o cuyas fuerzas se multiplican» (Foucault, 2000:140).

La necesidad de la incorporación de las

²⁹ «El mundo es comprensible, está inmediatamente dotado de sentido, porque el cuerpo, que, gracias a sus sentidos y su cerebro tiene la capacidad de estar presente fuera de sí, en el mundo, y de ser impresionado y modificado de modo duradero por él, ha estado expuesto largo tiempo (desde su origen) a sus regularidades» (*Ibid.*:178).

voces, las experiencias, los discursos, los sentimientos y expectativas de las personas con discapacidad en el análisis de la misma es la consecuencia directa de haber asumido un determinado marco de referencia teórico-metodológico. Esa incorporación permite superar un déficit del que ha sido acusado el modelo social:

«...siempre habrá una diferencia entre lo que puede ofrecer cualquier teoría y lo que las personas con discapacidad necesitan saber para entender y cambiar sus vidas (...) la teoría de la discapacidad —al igual que la teoría social en general— se resiste a la conceptualización de la diferencia en cuanto eje central y cada vez más importante de la subjetividad y de la vida social (...) una supuesta coherencia interna o unidad [de la deficiencia]³⁰ requiere una categoría de “normalidad” estable y antagónica. Esta normalidad institucionalizada, al mismo tiempo, requiere y produce la comunión de las “voces” de cada [deficiencia] (...) La regulación de los atributos de acuerdo con líneas de coherencia culturalmente establecidas produce [una deficiencia] simplificada[a] en cuanto carácter fundamental» (Corker, 2008: 125, 127, 133).

Es decir, el modelo social mantiene la dicotomía deficiencia/ discapacidad³¹ para enfrentarse al modelo médico invirtiendo el sentido de dicha oposición; con ello, produce una interpretación de lo que es la discapacidad de carácter monolítico que no se ajustará a la experiencia efectiva, muy variada, que de la misma tendrán las propias personas con discapacidad. Es necesario rescatar toda esa variedad inscrita en la experiencia de las deficiencias para lograr

una adecuada comprensión del sentido social de la discapacidad. Y ese sentido sólo se alcanzará disolviendo la dicotomía deficiencia/ discapacidad.³²

Para lograrlo, el punto de partida ha de ser la corporeización de la discapacidad, su análisis a partir de la corporalidad específica que comporta:

«El modelo social de la discapacidad —pese a su crítica del modelo médico— entrega el cuerpo a la medicina y entiende a [la deficiencia] en los términos del discurso médico. Para recuperar ese espacio corpóreo perdido (...) el modelo social exige que se haga una crítica de su propia herencia dualista y que se establezca, en cuanto necesidad epistemológica, que el cuerpo con [deficiencias] es parte del dominio de la historia, la cultura y el significado y no —como diría la medicina— un objeto no histórico, presocial y puramente natural» (Hughes y Paterson, 2008:108).

Esa corporalidad está sujeta a la regulación de un habitus (diverso en cada experiencia corporal concreta en función de la trayectoria social particular), de un campo (con incidencias específicas en cada cuerpo en función de la posición relativa del agente en el mismo) y de unas tecnologías anatomo y biopolíticas (con efectos diversos sobre cada cuerpo singular en función de las regulaciones y disciplinamientos específicos que se le hayan aplicado en virtud de su particular deficiencia). En ese cuerpo, en la experiencia específica y concreta de cada cuerpo particular, está la clave para la formulación de una teoría sociológica de la discapacidad consistente y emancipadora.

³⁰ Hemos mantenido el uso de “deficiencia” como traducción del término *impairment* aunque en la traducción del texto citado se utiliza “impedimento”.

³¹ «El modelo social de la discapacidad propone una separación insostenible entre cuerpo y cultura, entre [deficiencia] y discapacidad. Si bien esto fue de enorme valor para el establecimiento de una política radical de la discapacidad, el sujeto “cartesiano” que produce no se encuentra a gusto en el mundo contemporáneo de las políticas de identidad» (Hughes y Paterson, 2008:108).

³² Es necesario señalar que el modelo social no es, a fecha actual, tan monolítico en sus planteamientos como parecería deducirse de lo aquí expresado: dentro del mismo han surgido ya voces críticas que han reclamado la necesidad de incorporar en el análisis la experiencia personal y subjetiva de las personas con discapacidad en términos análogos a los que aquí se proponen, en tanto que experiencia corporal de la deficiencia. En esta línea cabe citar los trabajos de Hans y Patri (2003), Morris (1993, 1997), Mitchell y Snyder (2001), Priestley (2001), Shakespeare (2000), Shakesperare y Watson (1997), Thomas (1999, 2001) o Zarb (1993). Podemos asimismo señalar, en consonancia con dicha perspectiva, las aportaciones en nuestro país de María López Ganzález (2007, 2008, 2009). (Queremos agradecer a la propia María López la indicación de esta matización así como la aportación de las referencias bibliográficas mencionadas.)

Sobre ese cuerpo se ejercen las constricciones que determinan las lógicas de dominación cotidianas; pero, a su vez, es el ámbito fundamental para la emancipación de las mismas, pues «(l)a postmodernidad celebró el cuerpo en cuanto alteridad, como aquello que no puede regularse por completo y que, en última instancia, protesta contra la subordinación del deseo por parte de la razón» (Turner, 1994b:17, *cit* en Hughes y Paterson, 2008: 109). Es precisamente en ese cruce, encarnado, corporeizado, entre las constricciones estructurales y la resistencia emocional y afectiva, entre la dominación de las predisposiciones, los capitales simbólicos y las estrategias de normalización y disciplinamiento, por un lado, y la experiencia vivida de un cuerpo con historia, con sentido, con afectos y emociones, de un cuerpo que es nuestra ventana al mundo, el sedimento específico del yo y de la identidad, el depositario de la acción y del deseo, por otra, es ahí dónde se inscribe la auténtica “realidad” de la discapacidad como fenómeno social.

Si la minusvalía indicaba una absoluta desposesión del cuerpo, de la experiencia, por parte de las instancias y discursos de sometimiento, disciplinamiento y regulación; si la discapacidad refrendaba, desde el modelo social y en contraposición con el modelo médico, una desposesión del cuerpo en términos de racionalización de la lucha política contra dicha opresión estructural; ahora, la diversidad funcional indica la emergencia de la resistencia, corporal, experimentada cotidianamente como necesidad de un sentido y una práctica encarnadas que generen una identidad autónoma, de la resistencia del deseo del cuerpo por enfrentar la lucha contra las constricciones. Es probable que el concepto, como tal, sea discutible; es probable que según la resistencia avance, según los cuerpos se reapropien de su propia experiencia, otros conceptos vengán a configurar escenarios simbólicos y prácticos más consistentes, más fundamentados; en cualquier caso, no es el concepto, sino la indicación de su sentido resistente, lo que atraviesa el discurso de la opresión y lo hace en virtud de la encarnación de una experiencia vital que siente la necesidad de “inventar” un mundo cotidiano habitable.

En la confluencia de la resistencia y la opresión reside un cuerpo que hace y habla, y que

expresa su singularidad con el deseo de incorporarse a los significados y prácticas de los que ha sido históricamente excluido. La tarea de reapropiación de la experiencia, de una experiencia emancipatoria encarnada, por parte de las personas con diversidad funcional no es fácil, pues sitúa el campo de batalla en el marco de referencia que le es propio, y que operando sus específicos efectos sobre ese colectivo, actúa a su vez sobre el conjunto de las poblaciones. Se trata, en sus fundamentos, de un proceso “revolucionario” puesto que si la superación de la expropiación de la experiencia pasa por la desarticulación de los condicionantes estructurales que constriñen la experiencia cotidiana de las personas con discapacidad, y si resulta que los mismos no son en esencia distintos que los que se aplican al resto de las personas, con los mismos objetivos, entonces es necesario construir un mundo bien distinto de éste que conocemos: un mundo en el que los impresionantes avances legales y normativos logrados en materia de discapacidad en los últimos 20 años apenas han tenido repercusión práctica; un mundo en el que la mayoría de los colectivos dramáticamente desfavorecidos, oprimidos e incluso asesinados pertenecen al tercer mundo (o “Mundo Mayoría”, según lo expresa Colin Barnes en su contribución a este volumen monográfico), un mundo en el que la globalización informacional (Castells, 1998) exagera los principios neoliberales de un capitalismo salvaje cada vez más sofisticado en sus mecanismos y más acrítico en sus resultados; un mundo en el que la experiencia personal e identitaria se fragmenta, se diluye, se destemoraliza y deslocaliza, se torna un fluido virtual sin anclajes (*Ibid.*). Es ese mundo el que contiene en su lógica de funcionamiento los principios según los cuales las personas con discapacidad, con diversidad funcional, están condenadas a una vida sin esperanza. Si queremos recuperar la esperanza es necesario que ese mundo sea transformado de manera drástica.

En esa transformación, la ciencia social puede jugar un papel esencial, siempre y cuando sea capaz de construir marcos teóricos, críticos, que sirvan como herramientas prácticas para aquellos colectivos que, como las personas con discapacidad, sufren las peores consecuencias de esas lógicas de dominación:

«...los dominados tendrán que utilizar cada vez más la razón para defenderse de las formas cada vez más racionalizadas de la dominación (...) Las ciencias sociales, las únicas en disposición de desmascarar y contrarrestar las estrategias de dominación absolutamente inéditas que ellas mismas

contribuyen a veces a inspirar y desplegar, tendrán que elegir con mayor claridad que nunca entre dos alternativas: poner sus instrumentos racionales de conocimiento al servicio de una dominación cada vez más racionalizada o analizar racionalmente la dominación...» (Bourdieu, 1999:112)

BIBLIOGRAFÍA

- ABBERLEY, P. (1987): «The concept of oppression and the development of a social theory of disability», en *Disability, Handicap & Society*, vol. 2, nº 1, pp. 5-19
- ABBERLEY, P. (2008): «El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad», en L. Barton (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata; pp. 34-50.
- BARNES, C. (1991a): *Disabled People in Britain and Discrimination*, Londres, Hurst & Co.
- BARNES, C. (1991b): «Discrimination: Disabled People and the Media», en *Contact* nº 70, pp. 45-48.
- BARTON, L. (comp.) (1998): *Discapacidad y sociedad*, Madrid, Morata-Paideia.
- BARTON, L. (comp.) (2008): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata.
- BOURDIEU, P. (1991): *El sentido práctico*, Barcelona, Taurus.
- BOURDIEU, P. (1995): *Las reglas del arte: génesis y estructura del campo literario*, Barcelona, Anagrama.
- BOURDIEU, P. (1997): *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción*, Barcelona, Anagrama.
- BOURDIEU, P. (1999): *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, Barcelona.
- BOURDIEU, P. (2008): *Los usos sociales de la ciencia*, Buenos Aires, Nueva Visión.
- BRISDEN, S. (1986): «Independent Living and the Medical Model of Disability», en *Disability, Handicap and Society* 1(2), pp. 173-178.
- BROGNA, P. (2006): «El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación», en *El Cisne*, abril 2006, Argentina.
- CASTELLS, M. (1998): *La era de la información*, Madrid, Alianza.
- CHERNIN, K. (1983): *Womanize: the tyranny of slenderness*, Londres, The Women's Press.
- CORBETT, J. (1997): «Independent, Proud and Special: Celebrate our Differences», en Barton, L. y Oliver, M. (eds): *Disability Studies, Past, Present and Future*, Leeds, The Disability Press.
- CORKER, M. (2008): «Diferencias, funciones y bases: ¿son estos los límites de la representación teórica 'precisa' de las experiencias de las personas con discapacidad?»; en L. Barton (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata, pp. 124-141.
- FERRANTE, C. (2007): «Algunas reflexiones sobre la situación de discapacidad en la Argentina en la actualidad»; IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani:
http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%207%20Políticas%20del%20Cuerpo/Ponencias/FERRANTE,%20Carolina.pdf
- FERRANTE, C. (2008): «Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al *habitus* de la discapacidad en Argentina, en *Revista Intersticios*», Vol 2, Nº1. <http://www.intersticios.es/article/view/2352/1898>
- FERRANTE, C. y FERREIRA, M.A.V. (2007): «Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad», *Revista Argentina de Sociología* (en proceso de evaluación); disponible en:
http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf
- FERRANTE, C. y FERREIRA, M.A.V. (2008): «Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados», *Revista de Antropología Experimental* 8; pp. 403-428. Disponible en:
<http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2008/29ferrante08.pdf>
- FERREIRA, M. A. V. (2005): «La reflexividad social transductiva: la construcción práctico-cognitiva de lo social y la sociología», *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas* 11 (enero-junio 2005); pp. 287-303. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/nomadas/11/mferreira.pdf>
- FERREIRA, M. A. V. (2007): «Un nuevo concepto para la comprensión de la acción social: la transductividad creativa de las prácticas cotidianas», *Intersticios. Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, Vol. 1 (1), (2007); pp. 1-16. Disponible en: <http://www.intersticios.es/article/view/611/542>

- FERREIRA, M. A. V. (2008): «Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas REIS* N° 124, pp. 141-174.
- FINKELSTEIN, V. (1980): *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*, Nueva York, World Rehabilitation Fund.
- FOUCAULT, M. (1992) [1996]: *Genealogía del racismo*, Madrid
- FOUCAULT, M. (2000): *Vigilar y castigar*, Madrid, s. XXI.
- FOUCAULT, M. (2007): *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- GLASSNER, B. (1992): *Bodies: the tyranny of perfection*, Los Ángeles, Lowell House.
- HANS, A. y PATRI, A. (Eds.) (2003): *Women, disability and identity*, Thousand Oaks, Sage.
- HUGHES, B. y PATERSON, K. (2008): “El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento”; en L. Barton (comp.): *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata, pp. 107-123.
- LIBERTY (1994): *Access Denied – Human Rights and Disabled People*, Londres, National Council to Civil Liberties.
- LÓPEZ GONZÁLEZ, María (2006). Modelos teóricos e investigación en el ámbito de la discapacidad. Hacia la incorporación de la experiencia personal. *Docencia e Investigación*, n° 6 (versión digital), n°16 (versión impresa), 215-240 http://www.uclm.es/PROFESORADO/RICARDO/Docencia_e_Investigacion/2006.html
- LÓPEZ GONZÁLEZ, M. (2007): “Discapacidad y género. Estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas”. *Educación y Diversidad. Anuario Internacional de Investigación sobre Discapacidad e Interculturalidad* (I); pp.137-171. <http://www.grupo-edi.com/anuarios.php>
- LÓPEZ GONZÁLEZ, M. (2008): *Mujeres con discapacidad. Mitos y realidades en las relaciones de pareja y la maternidad*, Madrid Narcea. <http://edrev.asu.edu/reviews/revs211.pdf>
- LÓPEZ GONZÁLEZ, M. (2009): “Getting to know reality and breaking stereotypes. Experiences and contributions of disabled women’s work of two generations”. *Disability and Society*, 24 (4); pp. 447-459. <http://www.informaworld.com/smpp/content~db=all~content=a911453306>
- MITCHELL, D. y SNYDER, S. (2001): “Re-engaging the body: Disability Studies and the resistance to embodiment”. *Public Culture*, 13 (3); pp. 367-389.
- MORRIS, J. (1993): “Feminism and disability”. *Feminist Review*, 43; pp. 57-70.
- MORRIS, J. (1997): “Introducción”. En J. Morris (ed.): *Encuentros con desconocidas. Feminismo y discapacidad*, Madrid, Narcea; pp. 17-34.
- OLIVER, M. (1990): *The Politics of Disablement*, Londres, McMillan Press.
- PALACIOS, A. y ROMANACH, J. (2007): *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Diversitas, Madrid. Disponible on-line: <http://turan.uc3m.es/uc3m/inst/BC/documents/Modelodiversidad.pdf>
- PRIESTLEY, M. (2001): *Disability and the Life Course. Global perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press.
- RODRÍGUEZ DÍAZ, S. y FERREIRA M. A. V. (2008): «Diversidad Funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad», *Revista de Relaciones Laborales* (en prensa), disponible en: http://www.um.es/discatif/TEORIA/DF_SRDyMAVF.pdf
- ROMANACH, J. y LOBATO, M. (2005): “Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano”, *Foro de Vida Independiente*; disponible on-line: http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/pdf/diversidad_funcional.pdf
- ROMANACH, J. y PALACIOS, A. (2008): “El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad)”, *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico* 2 (2). Disponible en <http://www.intersticios.es>
- ROMANACH, J., PALACIOS, A., FERREIRA, M. A. V. y Ferrante, C. (2009): «Functional Diversity, Bioethics and Sociological Theory: A New Approach to Disability», *Disability and Society* (en prensa). Disponible on-line: http://www.um.es/discatif/TEORIA/Diversity_approach.pdf
- SHAKESPEARE, T. (2000): “Disabled Sexuality: Towards rights and recognition”. *Sexuality and Disability*, 18 (3); pp. 159-166.
- SHAKESPEARE, T. y WATSON, N. (1997): “Defending the Social Model”. *Disability and Society*, 12 (3); pp. 293-300.

- SWAIN, J., FINKELSTEIN, V., FRENCH, S. y OLIVER, N. (1993): *Disabling barriers – Enabling Enviroments*, Londres, Sage/ Open University Press.
- THOMAS, C. (1999): *Fermale forms: Experiencing and understanding disability*, Buckingham, Open University Press.
- THOMAS, C. (2001): “Feminism and disability: the theoretical and political significance of the personal and the experiential”. En L. Barton (ed.): *Disability, politics and the struggle for change*, Londres, David Fulton.
- TOCQUEVILLE, A. (1989): *El Antiguo Régimen y la revolución*, Madrid, Alianza.
- TURNER, B. (1994a): «Theoretical developments in the sociology of the body», *Australian Cultural History* 13, pp. 13-30.
- TURNER, B. (1994b): «Bodies and anti-bodies: flesh and fetish in contemporary social theory», en T. Csordas (ed): *Embodiment and Experience: the existent ground of cultural and self*, Cambridge, Cambridge University Press.
- ZARB, G. (1993): “The dual experience of ageing with a disability”. En J. Swain; V. Finkelstein; S. French y M. Oliver (eds.): *Disabling Barriers. Enabling Environments*, Londres, Sage; pp. 186-196.