

Ni grillete atado a la pared ni grillete con la bola pesada: un recorrido conceptual para pensar la discapacidad en la perspectiva de la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad

Indiana Vallejos

Hace un tiempo, escribía para los cuadernos del INADI en torno a la pregunta *¿Y si la discapacidad no estuviera dada en la naturaleza?*

De algún modo, la Convención nos responde a este interrogante, al reconocer en su preámbulo que *la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás.* (CDPD. 2006:1).

Es el primer documento de Naciones Unidas que plantea con esa contundencia que la discapacidad es un concepto, y como tal, no está dada biológicamente en el cuerpo de los sujetos.

Aún así, a pesar de estar escrito en la Convención, continúa siendo relevante discutir que la discapacidad esté dada en el cuerpo, que sea natural y evidente, que no pueda dejar de reconocerse a simple vista, por el sólo hecho de “estar ahí”, porque a ese cuerpo le falta un brazo o le sobra un cromosoma.

Por el contrario, considero al cuerpo como algo construido, lo que sugiere que los cuerpos deficientes – anormales solo viven dentro de las limitaciones productivas de ciertos esquemas reguladores en alto grado generalizados.

Y es relevante porque cambiar los modos de pensar no es algo que pueda hacerse linealmente, porque hace algunos años el Parlamento sancionó una ley que aprueba la convención.

Es preciso, a mi entender, pensar cómo los conceptos están hechos cuerpo, y nos habitan y orientan nuestras prácticas cotidianas. En otras palabras: no alcanza enunciar que nos inscribimos en el modelo social de la discapacidad para transformar nuestras prácticas, para dejar de pensar en el otro como alguien que necesita una protección distinta que la protección social que requiere cualquier ciudadano, para comprender que la autonomía y la vida independiente incluyen no sólo el derecho al trabajo, a la sexualidad, a la educación sino también el riesgo de equivocarse, y el derecho a correr ese riesgo.

La Convención ya no nos invita, nos conmina a pensar que no son las y los estudiantes con discapacidad las que tienen problema, sino que son las instituciones educativas las que tienen un problema, algunas de ellas un grave problema y es que no son accesibles para todas y todos; y que las políticas deben ir en el sentido de remover esas barreras y no de solicitar un certificado que acredite la condición de discapacidad.

Es decir: la Convención conlleva el imperativo de repensar los conceptos y las prácticas.

Avancemos un poco en esta cuestión:

El discurso de la Organización Mundial de la Salud ha sido de alto impacto productivo, en términos de una idea de la discapacidad como un observable en el cuerpo de los sujetos, a-histórico y general en su modo de expresión.

En la producción de la OMS en torno a discapacidad es posible identificar al menos dos momentos que refieren a las conceptualizaciones de la discapacidad que este organismo realiza. El primero identificado en la CIDDM de 1980 en el que se habla de deficiencia, discapacidad y minusvalía como un proceso que se recorre en esa dirección. Así la discapacidad es entendida

“como toda disminución (restricción) o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro de un margen que se considera normal para un ser humano. La discapacidad sería así el resultado de la incidencia de una deficiencia que restringe o anula las habilidades de una persona para desarrollar una actividad considerada normal dentro de su contexto sociocultural”.

Veinte años más tarde, la CIF establece que

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales. ... Los Factores Contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales. (OMS. 2001:9)

Un primer análisis posible es que para la CIDDM, la discapacidad es un estado y para la CIF es una relación, pero hay otras cosas por analizar, que les invito a que pensemos juntos.

Si analizamos el Protocolo de Evaluación utilizado hasta hace poco tiempo para la certificación de discapacidad, podemos ver que utilizaba la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) para consignar las que el

profesional médico considera causas de la *deficiencia*. Al igual que otros clasificadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), éste establece categorías nosográficas en las que se ubican los signos y síntomas¹. Esta clasificación de diagnósticos permite *etiquetar* a los *pacientes* con un código representativo para cada enfermedad. La disposición gráfica del formulario, es elocuente acerca de la ubicación en un lugar de la cuadrícula.

Detengámonos un momento para analizar los conceptos que fundan a tanto la CIDDM como la CIF, y las consecuencias de su utilización.

La CIDDM se funda en el modelo médico individualista de la *discapacidad* y considera que ésta es un atributo del sujeto, que se determina desde el saber profesional, con predominancia del saber y el criterio médico.

En este modelo, el cuerpo como pura organicidad² es despojado de su historicidad y de su socialidad; la enfermedad y la *deficiencia* son hechos biológicos universales y clasificables, cuyos síntomas son descriptos en manuales de clasificación.

El cuerpo individual y natural que presenta cierto daño -que en el lenguaje medicalizado es conceptualizado como deficiencia- puede ser precedido en una secuencia claramente pre-establecida; por lo que no resulta llamativo que los profesionales de las *Juntas* deban establecer en el *certificado* la conexión entre *etiología* → *enfermedad (patología)* → *deficiencia (la naturaleza de la discapacidad)* → *discapacidad (su grado)* y las *posibilidades de rehabilitación*. Las flechas utilizadas no son casuales, ni un mero recurso de escritura, sino que la propia CIDDM supone que la secuencia es lineal, que encadena unívocamente causa y efecto de un modo determinista y no reversible ni transitable en sentido contrario.

El cuerpo está disociado del sujeto, es objeto de la mirada y las prácticas profesionales, por lo que su reacción al estímulo rehabilitador es considerada mecánica. Es la respuesta de la máquina imperfecta, de la máquina fallada, a la intervención correctora, por eso resulta posible establecer de modo estándar *las*

¹ “Una clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. El propósito de esta clasificación es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas.” (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud – CIE 10. Descripción y Objetivos)

² Para ampliar ver ROSATO y ANGELINO (2009), en particular, los capítulos V, VI y VII.

posibilidades de rehabilitación de un sujeto, tal como se requiere en las leyes 22.431 y 25.504.

En palabras de un entrevistado:

La CIDDM es absolutamente estructurada, es una tabla, y estás acá o estás allá.

La *discapacidad* es, en esta perspectiva, un *problema personal*, y las causas del mismo están situadas básicamente en el individuo, sin ninguna referencia a la estructura social. Es un incidente casual que afecta azarosamente a algunos individuos.

Los *problemas* suceden en el carácter del individuo y en el ámbito de sus relaciones inmediatas con los demás; tienen que ver con su persona y con aquellas áreas de la vida social de las que es directa y personalmente consciente. En consecuencia, la afirmación y resolución de los problemas recae adecuadamente en el individuo en cuanto entidad biográfica y en el ámbito de su entorno inmediato (MILLS en BORSAY. 2009:172)

Se produce una suerte de *familiarización* de las responsabilidades, es decir, la descarga en el grupo familiar y en el mercado de las responsabilidades relativas a la asistencia, rehabilitación y bienestar del sujeto *discapacitado*; consistente con la perspectiva neoliberal de las políticas sociales focalizadas, como veremos más adelante.

Y como está dada en el cuerpo, hay *discapacidades* que son más *fáciles de diagnosticar* y de *valorar en grado*, porque son visibles a simple vista y ubicables en los baremos de evaluación.

Esas son las discapacidades fáciles les llamamos nosotros, las hipoacusias, las discapacidades motrices, no generan ni debate ni duda, están. Está [pre clasificado, establecido en una grilla preexistente a la evaluación] hasta en el grado que la persona está discapacitada, en el caso de la hipoacusia o la sordera, entonces son "los fáciles" que decimos nosotros.

Trae la audiometría, trae los potenciales evocados, y nosotros también tenemos determinado límite por el cual es hipoacúsico, por el cual es sordo, y por cual no, entonces no hay discusión con eso. Tiene tanto de pérdida bilateral, va sordera bilateral profunda, sordera bilateral moderada, y ya está. Después hay otras, por ejemplo, otras que van a criterio. En todas estas capacitaciones se nos ha dicho que una persona que ha perdido un ojo, los oftalmólogos dicen, que al cabo de determinado tiempo el ojo compensa la visión del otro, entonces no se considera discapacidad. Y ahí te quiero ver, con una persona enfrente que tenga una

prótesis, que te hable de sus limitaciones y vos tengas que decirle que no. (profesional integrante de Junta Evaluadora)

Sin embargo, a veces la misma práctica de certificación genera contradicciones en las y los profesionales de las *Juntas*, porque encuentran una colisión entre los criterios de emisión de los certificados establecidos en la CIDDM y su propio criterio profesional, más acorde a la CIF [que considera la interacción de la deficiencia con los factores ambientales para la valoración de la *discapacidad*]

... nos pasó: la persona argumentaba que él tenía problemas para la marcha, para la visión, que él no era una persona normal, ni para esperar un colectivo, ni para la vida diaria ni para nada, y ahí es el criterio de la junta, yo siempre digo que espero que no lo perdamos a eso, nosotros tratamos de escuchar a la persona que está enfrente y de sensibilizarnos con esa problemática en especial, sin hacer el 100% del caso que vos le tengas que hacer al protocolo, porque vos tenés una persona adelante, y de última está tu evaluación como profesional que vos hacés en ese momento de la situación.

La CIF, como su título lo indica, enfatiza en la funcionalidad del individuo, desde una perspectiva bio-psico-social; alejándose de la perspectiva de la enfermedad y situándose en la salud. Propugna un pretendido enfoque más social que médico –aunque no abandona la órbita de la salud, como base material de la discapacidad–, en la que no es una consecuencia lineal de la enfermedad de un individuo, sino que también está influida por el ambiente en el que éste vive, como también por las actitudes sociales. El *funcionamiento* de un individuo es entendido como *una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores ambientales* (físicos, sociales y actitudinales), ya sea esta interacción positiva (*facilitadores*) o negativa (*barreras*).

Para esta Clasificación, el contexto ya no es sólo el *escenario* en el que se produce la *discapacidad*, pero no se analizan las estructuras económicas, culturales y políticas de la sociedad capitalista como condiciones objetivas determinantes para su producción.

Si bien propone una crítica que resulta superadora del modelo médico de la *discapacidad*, al incluir la *interacción de una persona con un estado de salud y su entorno*, mantiene como supuesto la comparación de la “participación de un individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en esa cultura o sociedad” (OMS. 2001:174) dando por sentada y natural la *normalidad* de

esa *participación esperada*. Por lo tanto, bajo la apariencia neutra de la nueva terminología, no resulta tan distante del modelo médico como se pretende, del que conserva conceptos centrales.

En palabras de un entrevistado

A través de la CIF podés superar el modelo netamente médico, estrictamente hablando, de lo que es el planteo de certificación de la CIDDM, que está superado.

La metáfora sería: La CIDDM es el grillete agarrado a la pared, la CIF es el grillete con la bola pesada. Se estira un poco el margen, no es -estrictamente- el modelo social que sería sin grillete.

Normativamente, hoy en día, no podés pensar mucho más allá del grillete que te llevás a tu casa, porque no tenés marco. De hecho, el trabajo más avanzado que se está haciendo desde marcos institucionales apunta a la implementación de la Convención, con la posibilidad normativa que existe actualmente, lo más allá que te podés llegar a extender es la CIF.

Para esta *Clasificación*, la *discapacidad* es un producto de la particular combinación de un/os atributo/os del sujeto, dado/s en el cuerpo a los que denomina *condiciones de salud*, con unas condiciones sociales y ambientales.

“La clasificación utiliza un enfoque “bio-psico-social”, con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones de la discapacidad. Por lo tanto, la CIDDM-2 [o CIF] intenta lograr una síntesis que ofrezca una visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social.” (OMS. 2001:218)

A pesar de interpretaciones forzadas, que pretenden encontrar para la CIF algunos fundamentos teóricos y políticos cercanos al modelo social, esta *Clasificación* no se aleja de una posición medicalizada.

La medicalización de la *discapacidad* y la difusión de las *Clasificaciones* tienen efecto de teoría y alcanzan a la consideración de otros -no profesionales- de quién es y quién no es *discapacitado*. Nuestra entrevistada lo expresa de este modo:

Además, la ampliación de los alcances de la discapacidad fue influenciada por lo social. Porque en el pueblo de donde soy yo, al que hoy es discapacitado, porque le faltan 6 cm de una pierna, no se lo consideraba discapacitado, porque hacía una vida normal. Entonces, le faltaban 6 cm de una pierna, y era el rengo del pueblo, pero no era discapacitado... Lo mismo con los hipoacúsicos, usaban audífonos y eran normales, los discapacitados eran los sordomudos, pero no los hipoacúsicos.

El *rengo del pueblo* puede tener las mismas características físicas que el *discapacitado motriz*, sin embargo, hay diferencias entre ambos y estas diferencias residen, entre otras cosas, en su captura por el aparato institucional de la medicalización y el modo de inclusión en la vida social.

El ser *discapacitado certificado* otorga un estatuto individual diferenciado, que inviste al titular del *certificado* de ciertos derechos [el acceso individual a *prestaciones*, la posibilidad de una pensión si también acredita pobreza, el pase libre de transporte, el acceso al cupo laboral del 4%] y los priva de la participación en ciertas actividades sociales y del ejercicio efectivo de otros derechos [básicamente, el derecho al trabajo –como se verá más adelante- pero también la sospecha sobre su mayoría de edad, sobre sus posibilidades de participación política, y hasta la sospecha sobre su incapacidad civil] .

Ese estatuto individual diferenciado se establece a partir de que el *discapacitado* es reconocido en su diferencia a partir de las características del aparato que va a *tratarlo*, para corregirlo, para volverlo útil como productor o como objeto de rehabilitación; más que del propio sujeto clasificado. Mientras más fina se vuelve la filigrana del aparato corrector, más se amplían los límites de lo que puede ser clasificado como *discapacidad*.

El *discapacitado*, al igual que el *enfermo* [en la línea parsoniana], está relevado de ciertas obligaciones sociales a la vez que está obligado a cumplir con las expectativas sociales atribuidos a esta categoría: la búsqueda de *ayuda profesional para corregir la discapacidad* –dada la incapacidad para superar tal estado por sí mismo- como también *colaborar con el tratamiento para rehabilitarse del mejor modo posible*. Por eso, el certificado se vincula fuertemente a las prestaciones de *habilitación y rehabilitación* prescriptas en la Ley 24.901 y orientadas en el propio certificado.

El *rengo del pueblo* participa, con su modalidad singular de existencia, en la vida social sin distinciones derivadas de su *discapacidad*. No es incluido en una categoría especial de sujetos ni tiene derechos específicos derivados de esa condición, pero tampoco es privado del acceso a derechos por su renga.

Nuevamente, el número de *discapacitados* se amplía, conforme avanza la medicalización de la vida de estos sujetos.

La medicalización... puede describirse básicamente como un proceso múltiple y variado, por el cual ‘problemas no-médicos’ pasan

a ser definidos y tratados como ‘problemas médicos’, ya sea bajo la forma de ‘enfermedades’ o de ‘desórdenes’ [y agregamos: ‘de deficiencias’] (Cannellotto y Luchtenberg. 2008: 1)

El *rengo* es *rengo*, sin necesidad de un diagnóstico médico ni de un relato en lenguaje de la medicina. Su *renguera* tiene que ver con que le *faltan 6 cm de una pierna*, es decir, una característica física que es narrada como tal, sin considerarla anormal ni deficiente, en todo caso, tendrá el carácter de anomalía³ que no requiere *per se* una intervención curativa y/o correctiva.

Entonces, podríamos hipotetizar que el número de *discapacitados se amplía tanto como* se amplía el margen de la categorización. En otras palabras se amplía aquello a lo que se considera *discapacidad* conforme se van medicalizando sujetos con determinadas características que comienzan a considerarse anormales, como el número de *certificados* emitidos, es decir, los *discapacitados* con reconocimiento y certificación estatal.

Ambas perspectivas, la de la CIDDM y la de la CIF, dejan por fuera que la *discapacidad* es el producto de una clasificación de los sujetos, a partir de características corporales, ya sea que se las miren sólo en tanto atributos puramente individuales, ya en su interacción con las características contextuales.

El *modelo social de la discapacidad* es la antítesis del *modelo médico*, y propugna que ésta es una forma de *opresión social a quienes tienen un déficit, un impedimento, construyendo entornos físicos y sociales que castigan a quienes se desvían del estándar de normalidad*.

La interpretación de este modelo se centra en las

“maneras en que la discapacidad se produce socialmente [trasladó] el debate de la discapacidad desde los ámbitos de la biomedicina hacia discursos sobre la política y la ciudadanía... Propone una separación entre impedimento y discapacidad.” (HUGHES y PATERSON. 2008: 108).

Es decir: los autores inscriptos en el modelo social, realizan una crítica radical a las sociedades capitalistas –generadoras de la discapacidad– que es necesario

³ Canguilhem plantea que Anomalía deriva del griego anomalía, que significa desigualdad, aspereza, lo que es rugoso, irregular, en el sentido que se le da a la palabra cuando se habla de un terreno. (omalos es aquello que es unido, igual, liso. Etimológicamente, anomalía es an ómalos). La ‘anomalía’ es un hecho biológico, y como tal tiene que ser explicado, no apreciado. El término es poco diferente de irregularidad, de desorden y refiere más bien a lo insólito. (CANGUILHEM. 1971)

transformar si se pretende cambiar la situación de opresión de las y los discapacitados.

Su principal crítica al enfoque médico radica en el cuestionamiento de que las restricciones sociales impuestas a las *personas con discapacidad* sean consecuencia de ese cuerpo fallado, de esa máquina imperfecta, sino que son producto de la *normalidad bio-médica*, que naturalizada, opera como criterio de demarcación social. En este modelo, las causas de la discapacidad no son biológicas sino sociales.

“La discapacidad no es el resultado de una patología física, sino de la organización social: es un producto generado por patrones sistemáticos de exclusión entretejidos en la trama social.

Afirmar que la discapacidad es una consecuencia de la opresión social es cuestionar la opinión médica de que el cuerpo biológico es la causa directa de la discapacidad y la causa fundamental de incapacidad.” (HUGHES y PATERSON. 2008: 110).

Sin embargo, a pesar de su crítica al *modelo médico*, entiende al *impedimento* o *insuficiencia* en términos de ese discurso, manteniendo la esencia dualista y la consecuente separación cuerpo – mente, biología y cultura. Así es que la asociación inglesa denominada Unión de Personas con Insuficiencias Físicas contra la Discriminación (UPIAS) define a la *insuficiencia como*

La carencia total o parcial de un miembro, o la posesión de un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo defectuosos. (1976)

En este sentido, el modelo social también aparece permeado por un criterio de *normalidad bio médica* que deja incuestionada la existencia de un *déficit*.

En un escrito posterior se plantea que

Se entiende a la discapacidad como una forma compleja y sofisticada de opresión social que destaca la relación entre la teoría de la discapacidad y la política. Esta interpretación social de la discapacidad afirma que es la imposibilidad de la sociedad de responder a sus necesidades la que genera discapacidad a las personas con deficiencias comprobadas o percibidas, sin importar sus causas. (BARNES y THOMAS. 2008:16)

Este *modelo* está en revisión por parte de sus impulsores⁴, que comienzan a cuestionarse el lugar del cuerpo en la experiencia de discapacidad, aunque alejados claramente del modelo médico y tendiendo a romper la identificación –que este mismo modelo reprodujo, como ya se dijo- entre *impedimento*, cuerpo y biología.

No sólo se trata de incorporar la experiencia corporal, rompiendo con la identificación entre impedimento y cuerpo, sino también, de enfatizar la perspectiva socio política de la producción de discapacidad.

En este sentido, es relevante volver a poner en cuestión la categoría *normalidad*, y cómo es que es posible establecer estas demarcaciones sociales, que tienen un anclaje ideológico y que se presentan como observaciones de lo natural.

Eduardo Joly expresa que la discapacidad es un producto de la estructura económica del capitalismo que crea la sospecha de incapacidad como una de las condiciones que le permite acumular riquezas. Pero, del cuerpo y mente no-explotable en la producción, el capitalista también saca beneficio: lo aprovecha como objeto de la mercantilización de la salud, pretendiendo curarlo, borrarle la marca de la discapacidad, rehabilitarlo para una supuesta integración social, preferentemente laboral, que luego le niega por su propia discapacidad. En este sentido – desde una lógica empresaria –, los profesionales de la salud son convocados a negar el propio sentido de su profesión y a ejercer una práctica frustrante y alienante tanto para sí como profesionales, como para el “paciente”, ya que casi nunca se alcanzan los objetivos supuestos.

Sin embargo, para la lógica empresaria el objetivo sí se alcanza: la salud es un gran negocio, para los laboratorios farmacéuticos, para los centros privados de rehabilitación e internación, para los fabricantes de sillas de ruedas y audífonos, para las grandes ortopedias, etc. (JOLY. 2010: 5-6)

Volvamos a la tensión entre los modelos: la CIF critica al modelo médico pero no se posiciona en el modelo social como se ha querido sostener. La misma OMS, como es de esperar, critica al modelo social, diciendo que éste

“considera el fenómeno principalmente como un problema *social*, desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es

⁴ El movimiento de personas con discapacidad que reclama este espacio de teorización como propio a partir de la experiencia de la discapacidad, y que han desarrollado gran parte de lo que conocemos como *Disability Studies*. (BARTON, BARNES, DAVIES, OLIVER, SHAKESPEARE entre otros).

responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político.” (OMS. 2001:218)

Por lo tanto, la CIF se propone como una *alternativa integradora de ambas perspectivas opuestas*, como si eso fuera posible sin forzar el espíritu de una u otra posición.

La perspectiva de la CIF, como de otros documentos de Naciones Unidas⁵ plantean una mirada “voluntarista” de *eliminación de barreras y ampliación de oportunidades de participación social*, como un camino que beneficiará a *discapacitados y no discapacitados*. “Voluntarista” porque se fundan en una idea de *favorecer la situación de algunos sujetos*, sin modificar la estructura social y económica de las sociedades en las que esos *sujetos discapacitados* son producidos como tales, sino que sólo apelan a la buena voluntad de gobernantes y ciudadanos, ya que, como expresa el Programa de Acción Mundial para los Impedidos

⁵ Me refiero al PROGRAMA DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD que establece como su objetivo “promover medidas eficaces para la prevención de la incapacidad, la rehabilitación y la realización de los objetivos de “igualdad” y de “plena participación” de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población, y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico” (1982:17) y a LAS NORMAS UNIFORMES SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD que definen como su finalidad “garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. En todas las sociedades del mundo hay todavía obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y dificultan su plena participación en las actividades de sus respectivas sociedades. Es responsabilidad de los Estados adoptar medidas adecuadas para eliminar esos obstáculos. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan deben desempeñar una función activa como copartícipes en ese proceso. El logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad constituye una contribución fundamental al esfuerzo general y mundial de movilización de los recursos humanos. Tal vez sea necesario prestar especial atención a grupos tales como las mujeres, los niños, los ancianos, los pobres, los trabajadores migratorios, las personas con dos o más discapacidades, las poblaciones autóctonas y las minorías étnicas. Además, existe un gran número de refugiados con discapacidad que tienen necesidades especiales, a las cuales debe prestarse atención” (1993:149), aunque “no son de cumplimiento obligatorio, estas Normas pueden convertirse en normas internacionales consuetudinarias cuando las aplique un gran número de Estados... Llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades” (1993:148)

A veces las sociedades se ocupan sólo de las personas que están en plena posesión de todas sus facultades físicas y mentales. Las sociedades deben reconocer que, pese a los esfuerzos que se hagan en materia de prevención, siempre habrá un número de personas con deficiencias e incapacidades, y que deben identificar y eliminar obstáculos a la participación plena. (NACIONES UNIDAS. 1892: 27)

Asimismo, esos documentos y en particular la CIF, dan por supuesta la posibilidad y la bondad de la trivializada *equiparación de oportunidades*, la *participación plena y el desarrollo en igualdad* en sociedades alta y crecientemente desiguales.

Una aparente crítica al funcionamiento erróneo de las sociedades, que no *consideran* a todas y todos los que la integran, que parte de obviar la desigualdad inherente al sistema capitalista, y que –por lo tanto- se torna liviana, superficial en el cuestionamiento al orden social, a las estructuras económicas, sociales y políticas. A la vez, esa aparente crítica desconoce que es en esas estructuras en las que se basa la definición de la normalidad y la estigmatización y segregación de los *anormales*.

En la perspectiva sostenida en la Clasificación, de lo que se trata es de aspirar a una mejor *integración social y funcionamiento del individuo* en la sociedad sin que ésta cambie sustancialmente.

En última instancia, para la CIF el contexto (y sobre todo del contexto inmediato) es mera influencia y no condición de posibilidad de la *discapacidad*, a la que no deja de considerar un problema individual. Esta pretendida combinación del modelo médico y el modelo social, incorpora el análisis de factores contextuales, pero no incluye una perspectiva política de transformación material e ideológica de la sociedad que produce la *discapacidad* tal como la conocemos.

A los integrantes del equipo de investigación que integré en la Universidad Nacional de Entre Ríos nos llevó un largo y dificultoso tiempo de lecturas y análisis de nuestra experiencia de campo el intentar la ruptura con esa mirada dualista del primer modelo social. Porque si bien en un principio intentábamos un análisis crítico del proceso de producción social de la *discapacidad*, dábamos por supuesto que la existencia de un déficit –como un dado en la naturaleza- en la base de la producción de *discapacidad*.

En esta búsqueda se hizo necesario volver sobre las producciones ya trabajadas para construir otra mirada, una mirada que nos permitiera cuestionar(nos) como portadores de esas representaciones naturalizadas.

Hoy nos proponemos pensar a la *discapacidad*

como una producción social, inscripta en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado.

Hablamos de un déficit construido (inventado) para catalogar, enmarcar, mensurar cuánto y cómo se aleja el otro del mandato de un cuerpo “normal” del cuerpo Uno (único).

Es, también, una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos. El parámetro de una normalidad única para dicha clasificación es inventado en el marco de relaciones de asimetría y desigualdad. Esas relaciones asimétricas producen tanto exclusión como inclusión excluyente. (ROSATO y ANGELINO: 2009: 31)

En este planteo las restricciones sociales impuestas a las *personas con discapacidad* son pensadas como producto de la *normalidad bio-médica* que, naturalizada, opera como criterio de demarcación social. Las causas de la discapacidad no son biológicas sino sociales. La *discapacidad* es producida como tal a partir de la emergencia de la línea demarcatoria que establece la normalidad. Y no es una mera distinción retórica: la naturalización de la normalidad, la presunción de su existencia eterna, hace “invisible” la línea divisoria, pero potencia sus efectos demarcatorios. La producción de *discapacidad* puede pensarse como uno de esos efectos de demarcación.

Es preciso, entonces, comprender a la *discapacidad* como una forma particular de “construir” al otro, distinto al nosotros en términos de desigualdad centrandolo críticamente el análisis en las relaciones entre normales y anormales, sin que importe la “medida” de la anormalidad.

Esto definitivamente implica considerar las condiciones de desigualdad que dan origen al proceso de alterización y se refuerzan como su producto.

Bibliografía

Barranco Expósito, Carmen. *El certificado de minusvalía: evolución del documento y planteamientos desde el trabajo social*. Publicación electrónica en: <http://www.imagina.org/archivos.htm> [búsqueda de febrero de 2009]

Barnes, Colin y Thomas, Carol. Introducción. En: Barton, Len, comp. (2008) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata.

Bonvecchi, Alejandro y Smulovitz, Catalina. (2008) Atender necesidades, crear oportunidades o garantizar derechos. Visiones sobre la política social. En: CRUCES, Guillermo y otros (editores). *Los programas sociales en Argentina hacia el Bicentenario*. Banco Mundial. Buenos Aires.

Borsay, Anne. (2008) ¿Problema personal o asunto público? Hacia un modelo de políticas para las personas con discapacidades físicas y mentales. En: Barton, Len, comp. (2008) *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata.

Cannellotto, Adrián y Luchtenberg, Erwin. (2008) *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires. En: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/> [búsqueda del 15 de noviembre de 2010]

Hughes, Bill y Paterson, Kevin. (2008) El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo. Hacia una sociología del impedimento. En: Barton, Len (comp.). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata.

Joly, Eduardo. (2010) *Salud integral de las personas con discapacidad*. Ponencia presentada al Congreso de Países del MERCOSUR "Bioética y Derechos Humanos". Buenos Aires, 2 al 4 de diciembre de 2010. En: <http://www.villaverde.com.ar/es/novedades/congreso-de-pa-ses-del-mercosur-en-pol-ticas-p-blicas-para-bio-tica-y-derechos-humanos/> [búsqueda del 15 de febrero de 2010]

Joly, Eduardo. (2008) *Por el derecho a ser explotados*. Le Monde Diplomatique (El Dipló), Edición Cono Sur, Octubre, Año X, Número 112, páginas 34-36

Joly, Eduardo. *Discapacidad y la crisis financiera en América Latina*. Traducción del autor de entrevista publicada online en www.nacla.org/joly en Febrero 2009 (página web del North American Congress on Latin America).

Organización de Naciones Unidas (1982) Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad. En: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Madrid. Edición de 1996.

Organización de Naciones Unidas (1993) Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. En: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Madrid. Edición de 1996.

Organización de Naciones Unidas (2006) Convención Internacional de Derechos de la Personas con Discapacidad.

Organización Mundial de la Salud. (1995). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud*. Ginebra.

Pautassi, Laura (organizadora). (2010). *Perspectiva de Derechos, políticas públicas e inclusión social. Debates actuales en la Argentina*. Buenos Aires: Biblos.

República Argentina. (1980) Ley 22.431. *Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas*.

República Argentina. (1997). Ley 24.901. *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad*.

República Argentina. (2001) Ley 25.504. *Modificación de la Ley 22.431*.

Rosato, Ana, Directora. (2007) Informe final del Proyecto de Investigación Discapacidad y Exclusión Social: un abordaje interdisciplinario. Facultad de Trabajo Social – UNER. Paraná, Mimeo.

Rosato, Ana y Angelino, María Alfonsina, coords. (2009) *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: NovEduc.