

LA TRILOGÍA DEL PROCESO DE LA DISCAPACIDAD: (II) NO OÍR 2ª ETAPA DE LA DISCAPACIDAD: MODELO MÉDICO (MODELO MODERNO-REHABILITADOR) ¹

***The disability process trilogy: (II) Not to hear
2nd stage of disability: medical model
(modern-rehabilitating model)***

Amparo Cano Esteban

amparo_cano_esteban@hotmail.com

Universidad Complutense de Madrid

Resumen:

El presente trabajo forma parte de una trilogía de artículos en la que se verá en detalle cada una de las tres etapas del proceso social de la discapacidad, ahondando en el concepto que se tenía/tiene de la misma en cada época y los términos con los que se designaba/designa a las personas portadoras de esa condición. Veremos que todo esto justificaba, y sigue justificando, las prácticas a las que este colectivo se ve sometido, siempre acordes a una determinada norma social imperante en cada momento.

Este segundo artículo de la trilogía se corresponde con el estudio de la segunda etapa de la discapacidad: el modelo médico (modelo moderno-rehabilitador). En esta etapa, se consolida el saber científico por encima incluso de Dios. Los expertos (médicos) son los que diagnostican qué sucede y pautarán el tratamiento que debe seguir el paciente.

¹ El presente artículo forma parte del trabajo realizado durante el desarrollo del proyecto de investigación "Capacitismo" (ref. FFI2017-88787-R), financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España: <https://www.capacitismo.org/>.

Sirviéndonos de la referencia a los «tres monos sabios²», catalogamos esta etapa como la de *no oír* porque son estos expertos (médicos) los únicos competentes en la materia, sin tener en cuenta la vivencia del individuo sobre su propia situación, que por mucho que sea el que la sufre, al no ser experto, no se le deja opinar sobre su propia vida. Dicha etapa se extiende en el tiempo desde el fin de la anterior etapa (desde el fin del Renacimiento en el siglo XVI), donde da comienzo un tipo diferente de sociedad con el inicio de la Edad Moderna; y cuyas ideas perduran hasta nuestros días actuales.

Palabras clave: Discapacidad; Modelo médico (Modelo moderno-rehabilitador); Tecnologías disciplinarias; Hábitus; Cuerpo

Abstract:

This work is part of a trilogy of articles in which each of the three stages of the social process of disability will be seen in detail, delving into the concept that one had / has of it in each era and the terms with which that the persons carrying that condition were designated / designated. We will see that all this justified, and continues to justify, the practices to which this group is subjected, always in accordance with a certain prevailing social norm at all times.

This second article of the trilogy corresponds to the study of the second stage of disability: the medical model (modern-rehabilitating model). At this stage, scientific knowledge is consolidated above even God. The experts (doctors) are the ones who diagnose what happens and will guide the treatment that the patient must follow.

Using the reference to the "three wise monkeys", we classify this stage as that of not hearing because these experts (doctors) are the only ones competent in the matter, without taking into account the individual's experience of their own situation, that no matter how much the one who suffers from it, being not an expert he is not allowed to have an opinion on his own life. This stage extends in time from the end of the previous stage (from the end of the Renaissance in the 16th century), where a different type of society begins with the beginning of the Modern Age; and whose ideas persist to this day.

² La célebre figura de los monos que se tapan los ojos, los oídos y la boca, también conocida como los «tres monos místicos», está situada en un santuario de Tokio (Japón) que data de 1636. Los nombres de los simios en el idioma natal significan «no ver, no oír, no decir», respectivamente, sin especificar el qué (aunque tradicionalmente se ha entendido que se refiere al Mal, pues la traducción se origina con el código moral chino, la filosofía que promulgaba el uso de los tres sentidos en la observación cercana al mundo observable).

Keywords: Disability; Medical model (Modern-rehabilitating model); Disciplinary technologies; Habitus; Body

1. Introducción

La primera etapa de la discapacidad, el modelo clásico³, podría darse por concluida con el fin del Renacimiento (siglo XVI), pero las etapas del proceso social de la discapacidad no son lineales comenzando una donde acaba la otra. La concepción de las personas con discapacidad de esta primera etapa perdura de alguna manera hasta nuestros días, e incluso sus prácticas se retomaron en momentos actuales de la historia, por suerte solo de forma puntual y no como prácticas habituales extendidas en el tiempo. Desde su nacimiento en Florencia (Italia) y su rápida expansión por toda Europa, el Renacimiento es una etapa de transición entre la Edad Media y el fin del modelo clásico de la discapacidad, y los inicios de la Edad Moderna que traen consigo el nuevo modelo médico, moderno-rehabilitador, en el campo objeto de estudio.

La Modernidad es un período que hace referencia a los procesos sociales e históricos que emergen desde el Renacimiento. Se da un proceso de racionalización (Weber, 2016), anteponiendo la razón sobre la religión, que conlleva un proceso de secularización en el que Dios ya no es el centro de la vida pública y privada, explicación de todo lo que sucede. En su lugar, la ciencia lo desplaza para ocupar el terreno que éste tenía. La discapacidad no es ajena a estos cambios sociales que se producen, comienza a entenderse como un conjunto de causas y efectos que tienen un carácter natural (y no divino) por una causa efectiva del organismo; lo que da lugar a que sea objeto de estudio de la ciencia médica emergente en dicho período histórico.

Se crean instituciones estatales que buscan que el control social esté limitado, a la vez que se garantizan y protegen libertades y derechos de todos los ciudadanos; se industrializa la producción para aumentar la productividad y desarrollar la economía; y surgen nuevas clases sociales que permiten la prosperidad de ciertos grupos poblacionales y causan marginalidad en otros. Este es el caldo de cultivo, con la ciencia médica al frente, para que la discapacidad adquiera una enunciación: siendo definida y clasificada; con lo cual se la estructura y se la da forma (también

³ Se recomienda leer el primer artículo de esta trilogía: *La Trilogía del Proceso (I) – No Ver. 1ª etapa de la discapacidad: Modelo clásico (Modelo de la prescindencia)*.

a nivel social). En la época anterior, se trataba de una situación no-definida de lo humano. Pero en esta etapa, comienza a precisarse, muy ayudado también por el uso de las estadísticas poblacionales (que consolidan el Estado moderno actual), lo que da pie a estipular los parámetros biológicos para definir la salud y la enfermedad. Dicho de otra forma, se comienzan a crear «patrones de normalidad», que a su vez llevan parejos, aún sin haberlo pretendido en primera instancia, la creación de «patrones de anormalidad y desviación» (Rodríguez Díaz, 2012). “El sentido socialmente «legítimo» de la discapacidad proviene de la ciencia médica [...] Se presupone, porque así lo ha estipulado la ciencia médica, que el organismo humano debe cumplir ciertos estándares de constitución y en su funcionamiento que lo cualifican como «normal» [...] Es «normal» porque médicamente ha sido así definido [...]. Una desviación de la norma medica implica un cuerpo no apto para realizar ciertas funciones que un cuerpo «normal» sí estaría en condiciones de llevar a cabo” (Ferreira, 2010: 48).

Es interesante como comienza a describirse la idea del cuerpo perfecto (en este caso, como cuerpo ideal, cuerpo óptimo, cuerpo para el trabajo) y a raíz de ello se adscribe una idea que se perfila, podría decirse, como «hombre como máquina». Con el surgimiento de la Primera Revolución Industrial a finales del siglo XVIII y comienzos del XIX (la segunda se dará un siglo más tarde), se consolidarán las sociedades capitalistas que se amparan en una visión médico-científica de los individuos, legitimadas por el estandarte de la normalidad que describe la ciencia médica, lo cual deja fuera a individuos que, debido a sus *faltas*, limitan la producción.

Como avanzábamos líneas atrás, este proceso no es ajeno a la discapacidad. “Las sociedades modernas, al atravesar el proceso de industrialización, mantuvieron una postura de exclusión de la discapacidad, pero en este caso a través de los valores dominantes en el capitalismo de cuerpo con capacidad productiva” (Oliver, 1990; Toboso y Guzmán, 2010). De esta manera, casi sin darnos cuenta, hemos transitado de un modelo clásico de la discapacidad y estamos inmersos en el modelo médico moderno-rehabilitador, que desarrollaremos en profundidad a lo largo del presente artículo.

2. Marco histórico: el paso a la modernidad y la postmodernidad

Como hemos despuntado brevemente, en los siglos XV, XVI, XVII y XVIII se producen hechos históricos cruciales que dan como resultado el final de la Edad Media y el comienzo de un nuevo período histórico conocido como la Modernidad.

El Renacimiento supone un quiebre social y cultural de la sociedad establecida en la Edad Media. Con el desarrollo de la economía monetaria, se pasa de un modo de producción feudal a un modo de producción capitalista. Esto se debe a que a partir del siglo XIV se da una crisis como consecuencia del agotamiento de las tierras; donde la escasez y la falta de alimentos fueron cada vez más frecuentes, lo que propició a su vez hambrunas y malas condiciones de higiene, que dieron lugar a epidemias que rápidamente se propagaron. Al disminuir la población campesina, los señores tuvieron cada vez más complicado obtener sus tributos y presionaban a los campesinos para conseguirlos, ayudados por el rey que tuvo que imponer una fuerza central organizada para controlarlos. De esta manera, los señores feudales se convirtieron en dueños de las tierras y siguieron recibiendo tributos de los campesinos; a la par que aparece una nueva clase social, la burguesía, que comienza a acumular riqueza y que rompe los privilegios feudales del clero y la nobleza (Pacenza, 2017).

La expansión europea de los siglos XV y XVI puso en contacto a todos los continentes, donde cada Estado se había repartido determinadas zonas, por lo que se conformó una economía mundial. Este intercambio cultural conllevó un aumento de población por la integración de habitantes de las regiones conquistadas. Junto a la reorganización de la producción agrícola, son las transformaciones más importantes de estos siglos. Como consecuencia de ambas, se inicia el proceso manufacturero, ya que se requería una escala de producción mayor que la que realizaban los artesanos. Marx (1975: 391) señala que “el operar de un número de obreros relativamente grande, al mismo tiempo, en el mismo espacio (o, si se prefiere, en el mismo campo de trabajo), para la producción del mismo tipo de mercancías y bajo el mando del mismo capitalista, constituye histórica y conceptualmente el punto de partida de la producción capitalista”.

Desde el punto de vista político, surgen los Estados nación. En la sociedad feudal existía una clara fragmentación política debido a que cada señor administraba justicia e imponía sus propios impuestos en sus tierras. Como decíamos anteriormente, el poder feudal se fue minando con la desaparición de la servidumbre, en pro del ascenso de la nueva clase dominante burguesa. Frente a esto, los señores se unieron a los reyes y organizaron un ejército centralizado dirigido por el rey como instrumento de control del campesinado. “El Estado Absolutista centralizado, militarizado y de carácter nacional (no local) fue una estrategia de la clase dominante para la explotación, control y disciplinamiento social de los campesinos y plebeyos que estaban debajo de la jerarquía social” (Pacenza, 2017:10). En la sociedad feudal la actividad artesanal estaba controlada por gremios que regulaban el acceso a las personas que querían acceder, pero con la expansión de la actividad

mercantil, el Estado comienza a intervenir para reglamentar las actividades de los comerciantes.

Otra ruptura significativa con la tradición medieval se encuentra en el ascenso de la razón (pensamiento secular), como razón objetiva separada del pensamiento teológico. Esto da pie a la aparición de nuevas ciencias, como la Medicina o la Estadística. También ciencias sociales como la Ciencia Política⁴, la Economía⁵ y por último, la Sociología⁶, para estudiar ambas. “Individuo y Sociedad son dos conceptos claves del pensamiento social moderno [...] A partir de los cambios introducidos por el capitalismo se produce una separación entre lo social y lo político convirtiéndose en dos sistemas de acción diferentes pero al mismo tiempo complementarios” (Pacenza, 2017:3). Pensadores como Hobbes, Leibniz, Locke o Kant plantean la necesidad de conocer el derecho, la política y la sociedad mediante la razón, tal como se hacía en las ciencias naturales.

Entre los siglos XVIII y XIX se producirán tres revoluciones económicas, que se extenderán desde Inglaterra y Francia rápidamente por el resto de Europa, que determinarán el carácter del sistema capitalista y el surgimiento de la nueva *cuestión social*:

- *Revolución agrícola*. Transformación de las tierras comunales en propiedades cerradas. Esto genera una población rural excedente que migra a las ciudades, que se convierte en mano de obra para las nuevas fábricas.
- *Revolución industrial*. Ésta comenzó en Inglaterra hacia 1750 con el uso de energía mecánica para labores manufactureras, sobre todo en la industria textil. En una primera fase, los talleres estaban situados en zonas rurales y la energía utilizada era eólica o hidráulica. En la segunda fase, se comienzan a utilizar máquinas de vapor y se trasladan las fábricas a las ciudades, donde se encontraba la mano de obra, que retroalimenta el crecimiento de las mismas.
- *Revolución de los Transportes*. Se inicia a principio del siglo XIX con la aplicación de la misma máquina de vapor que se utilizaba en las fábricas, en barcos y trenes.

⁴ Autores de referencia como Maquiavelo (1469-1527), Hobbes (1588-1679), Locke (1632-1704), Leibniz (1646-1716), Montesquieu (1689-1755), Rousseau (1712-1778) o Kant (1724-1804).

⁵ Adam Smith (1723-1790) es considerado el padre de esta ciencia.

⁶ Su nacimiento data del siglo XIX con los escritos de Comte (1798-1857).

Estas tres revoluciones conforman los profundos cambios que se producen a nivel social, que a su vez afectarán a todos los niveles en la población. Por supuesto, para el tema que aquí estudiamos, tendrán unas consecuencias particulares sobre el colectivo de personas con discapacidad.

3. El nacimiento de la clínica⁷

En resumen, como hemos visto, el cambio que se produce en esta época nos lleva a una sociedad masificada y con un gran cambio en los modelos productivo y económico.

COMPARACIÓN DE LOS MODELOS	MODELO CLÁSICO	MODELO MÉDICO
Significado	La discapacidad es vista como un defecto causado por un fallo moral o un pecado.	La discapacidad es un problema médico que reside en el individuo: un defecto o falla del sistema corporal que es intrínsecamente anormal y patológico. El impedimento y la discapacidad se combinan.
Implicación moral	Es una vergüenza para la persona con discapacidad y su familia. La familia debe soportar la naturaleza inmoral que conlleva la presencia de un miembro de la familia con discapacidad.	Rechaza la visión de la discapacidad como una lesión en el alma, pero puede culpar a la persona o la familia por los hábitos de atención médica (ej: la toma de grasas en conjunto con la sedimentación pueden conducir al ataque cardíaco) y promulga la visión de la discapacidad como una tragedia personal
Ejemplo	“Dios nos da lo que podemos soportar”.	Los pacientes se describen clínicamente (ej: paciente sufre Síndrome de Down). La persona con discapacidad es vista como atípica, anormal y patológica.
Origen	Es el modelo más antiguo de todos y sigue siendo el más frecuente en todo el mundo.	A mediados de 1800 en adelante. Supone el origen de la mayoría de las instituciones y revistas de rehabilitación de los países ricos.

⁷ Haciendo un guiño a Foucault, para titular este apartado en el que describiremos el nacimiento del modelo médico, parafraseamos el título de su libro (1966) donde explica, precisamente, lo que aquí vamos a resumir.

Objetivos de intervención	Espiritual divina o aceptación. Aumento de la fe y la tolerancia. Encontrar significado y propósito en la aflicción.	Se espera que los pacientes o clientes utilicen los servicios ofrecidos por los profesionales entrenados con la promesa de la curación (la mejora de la condición física en la mayor medida posible), rehabilitación (el ajuste de la persona a su condición) o adaptación (ajuste a la vida como persona con discapacidad).
Beneficios del modelo	“Sentirse elegido” para tener una discapacidad, sentir una relación con Dios.	Promueve la fe en la intervención médica y ofrece una etiqueta como explicación. Los avances médicos y tecnológicos como servicios clave del Estado de Bienestar han mejorado las vidas de las personas con discapacidad.
Efectos negativos	Ser excluido de la familia y la comunidad, sentimiento de vergüenza, tener que ocultar los síntomas de la discapacidad. La discapacidad expone las vidas pecaminosas (pasadas y presentes) de la familia.	Paternalismo, patologización y promoción de la benevolencia. Promueve el empleo de personas externas y servicios para las personas con discapacidad, quienes no son incluidas en los procesos.

Tabla 1. Comparación del modelo clásico de la discapacidad frente al modelo médico. Fuente: Pérez Dalmeda y Chhabra (2019:11) y elaboración propia.

Debido a la masificación de población, se gesta una sociedad medida (Estadística) y organizada (Estado). Los nuevos Estados en formación aprovechan el auge de las ciencias a su favor para clasificar a las personas, aunque ello suponga el internamiento de numerosos grupos de población⁸: instituciones manicomiales, hospitales, prisiones... “La primera revolución en salud mental en el mundo occidental tiene lugar a finales del siglo XVI y principios del XVII dentro de un proceso más amplio de laicización del individuo y protagonizada por la corriente humanista emergente en el renacimiento [...] El paso de una concepción demonológica a otra de corte naturalista, de un modelo demonológico a un modelo organicista y biologicista, de la idea de pecado a la de enfermedad” (Aguado, 1995:71). En la Tabla 1 sintetizamos un resumen comparando las principales características de los modelos individuales de la discapacidad entendida como impedimento (el modelo clásico de la discapacidad frente al modelo médico).

⁸ De ahí el acertado título de otra obra de Foucault, *Vigilar y castigar* (1976).

En tanto al cambio que sucede en la productividad, que lleva parejo un cambio en el modelo económico, el desarrollo del capitalismo es la característica más importante para el tema que aquí nos ocupa realmente sobre la discapacidad. No solo por el cambio en sí que el nuevo modelo económico supone para el mundo, sino porque implica un modelo de producción donde no hay cabida para las personas afectadas con algún tipo de discapacidad, dado que se consideran menos productivas y esto choca con una de las máximas del capitalismo: «el tiempo es oro». “La discapacidad no apareció de nuevo con el capitalismo, pero si adoptó una forma diferente en el contexto de las relaciones sociales: el capitalismo industrial excluyó a las personas con discapacidad de la posibilidad de participar en el sistema” (Gómez Bernal, 2016:41). En este caso nos referimos a la productividad, no en una concepción marxista, refiriendo el trabajo productivo como aquel que pertenece a la esfera de la producción (sea de mercancías o servicios) y no de la circulación, bajo la forma de trabajo asalariado en empresa privada; hablamos de productividad en el sentido estricto de la palabra, como útil o provechoso, como relación entre lo producido y los medios empleados, tales como la mano de obra (pero que bien podrían ser materiales, energías...), que en último término insta a contabilizar numéricamente lo originado. Respecto a la productividad laboral de las personas con discapacidad, desde una concepción marxista, este colectivo estaría dentro de esa esfera de producción como trabajadores asalariados; pero en un sentido estricto de la palabra, el sistema laboral considera que las personas con discapacidad, precisamente por dicha cualidad (cualidad de la mano de obra), van a producir menos⁹, aunque esto no sea necesariamente cierto, por lo que se las elimina del mercado

⁹ Las estadísticas respaldan que en la actualidad sigue existiendo una menor inserción laboral de las personas con discapacidad en comparación con los datos de personas sin discapacidad. La encuesta “El empleo de las personas con discapacidad”, realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE) es una encuesta anual que tiene como objetivo obtener datos sobre la fuerza de trabajo (ocupados, parados) y la población ajena al mercado laboral (inactivos) dentro del colectivo de personas con edades comprendidas entre los 16 y los 64 años y con discapacidad oficialmente reconocida. La operación es fruto de un convenio de colaboración entre el INE, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), la Dirección General de Coordinación de Políticas Sectoriales sobre Discapacidad, el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI) y la Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles). En su realización se utiliza la información procedente de la integración de los datos de la Encuesta de Población Activa (EPA) con datos administrativos registrados en la Base de Datos Estatal de Personas con Discapacidad (BEPD); e incorpora además datos procedentes de la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS), del Registro de Prestaciones Sociales Públicas del Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS) y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Los últimos resultados, referentes al 2018 (publicados en diciembre de 2019), indican que solo el 34,5% de las personas con discapacidad oficialmente reconocida eran activos (0,5 puntos menos que en 2017); tasa de actividad que era 43,1 puntos inferior a la de la población sin discapacidad (Fuente: INE).

laboral, lo que a su vez, como bien apuntaba Gómez Bernal (2016), impide que participen del resto del sistema.

Como vemos, las teorías marxistas sobre la producción capitalista resultan interesantes para nuestra investigación, y aunque este no pretende ser un artículo de economía, vamos a ver brevemente las fórmulas de Marx para explicar el concepto de *plusvalor* (Figura 1), dado que es un término que luego aplicaremos a nuestro tema objeto de estudio (la discapacidad en el modelo médico): “el plusvalor (p) generado en el proceso de producción por el capital adelantado (C), o en otras palabras, la valorización del valor del capital adelantado (C), se presenta en un primer momento como excedente del valor del producto sobre la suma de valor de sus elementos productivos” (1975:255)¹⁰.

El capital adelantado (C) es la suma del dinero que se invierte en los medios de producción, que es un capital constante (c), y el dinero que se gasta en la fuerza de trabajo, que es un capital variable (v):

$$C = c + v$$

Con el plusvalor (p), el capital adelantado (C) pasa a ser el nuevo capital (C'):

$$C' = C + p \rightarrow C' = (c + v) + p$$

O lo que es lo mismo, el plusvalor (p) es la diferencia entre el capital que obtenemos al final del proceso (C') y el que habíamos adelantado en un principio (C).

$$p = C' - C \rightarrow p = C' - (c + v)$$

Dado que en el capital adelantado (C), que se compone de dos partes, el dinero que se invierte en los medios de producción siempre es constante (c); que se obtenga más o menos plusvalor (p) depende del dinero que se gasta en la fuerza de trabajo, ya que es variable (v). A mayor dinero gastado en la fuerza de trabajo (v), menor plusvalor (p); y viceversa.

Figura 1. Ecuación del plusvalor. Fuente: elaboración propia.

¹⁰ Esta parte se explica de manera más exhaustiva en el capítulo inédito de *El Capital* (1971): “La producción capitalista como producción de plusvalía”.

Según Marx, la fuerza de trabajo¹¹ es la capacidad de trabajo del trabajador, empleada en el proceso de trabajo que, junto con la materia objeto de transformación y los medios de producción, forma parte de las llamadas fuerzas productivas. En la definición de plusvalor se hace explícita alusión al término «valor» (que proviene de *valere*, “ser fuerte”); de hecho, etimológicamente hablando, plusvalor está formado por el prefijo “plus-” (más) y “valor”. No es de extrañar que estas pocas nociones de economía, nos den una amplia visión del trato que las personas con discapacidad recibían en el mercado laboral: una persona con discapacidad, a priori menos productiva, hacía ganar menos al empresario; por lo que se las excluye de este ámbito. Es por esto que no sorprende la aparición de nuevos términos como el de “minusválido¹²”, donde de nuevo se hace alusión al término «valor», esta vez unido al prefijo “minus-” (menos).

En *La metamorfosis de la cuestión social*, Robert Castel (2002) conforma los esfuerzos por comprender los grandes cambios sociales ocurridos en las sociedades capitalistas avanzadas, y dedica un apartado a “los inútiles para el mundo”. Si bien no alude a la discapacidad, se pregunta qué es un vagabundo, categoría que constituye en base a dos criterios que bien podrían aplicarse en este caso al de personas con discapacidad según lo que hemos visto: 1) la falta de trabajo, la ociosidad asociada con la falta de recursos; y 2) el no tener “reconocimiento”, carecer de pertenencia comunitaria. “Se comprende entonces que la representación del vagabundeo haya consistido en lo esencial en una ‘legislación sanguinaria’, según la calificación con la que Marx estigmatizó a las leyes inglesas sobre el tema: si el vagabundo está fuera de la ley de los intercambios sociales, no puede esperar misericordia, y debe ser combatido como un malhechor” (2002:77).

¹¹ La fuerza de trabajo debe distinguirse de su rendimiento, materializado en el objeto de la producción, al que se denomina «trabajo realizado». En el trabajo realizado hay *algo más* que en la simple fuerza de trabajo (que es lo que se retribuye): hay una plusvalía (que crea el trabajador con su fuerza de trabajo, pero que se apropia el capitalista). “La fuerza de trabajo añade constantemente al producto, sobre su propio valor, una plusvalía que es la encarnación del trabajo no retribuido” (Marx, 1975: 247).

¹² Formado por el prefijo “minus-” (menos) y el sufijo “-ido” (que tiene aspecto o características de), sobre el término “valere” (ser fuerte) (Diccionario Etimológico Español en Línea, DEEL). La Real Academia Española de la Lengua (RAE) lo define como “discapacitado”. Este término, a su vez, está formado por el prefijo “dis-” (inversión de la acción) y el sufijo “-ado” (que ha recibido la acción), sobre la palabra “capacidad” (cualidad de capaz) (DEEL). La RAE lo define haciendo alusión a la temática que aquí desarrollamos: “dicho de una persona: que padece una disminución física, sensorial o psíquica que la incapacita total o parcialmente para el trabajo o para otras tareas ordinarias de la vida”.

En la Edad Media, a toda esa población que no podía trabajar, solo les quedaba la mendicidad, ya que los señores feudales alcanzaban la salvación divina eterna a través de la donación de limosnas a los pobres. Pero esta es una nueva sociedad donde la idea de Dios ya no ocupa el centro de la vida social, pues el desplazamiento de éste en pro de las ciencias naturales crean una sociedad moderna medida y organizada: “En *De subventione pauperum*, publicada en Brujas en 1526 [...], se propone un método ingenioso para suprimir la mendicidad. En primer lugar, una *investigación cuidadosa* que averigüe el número de pobres, mendigos y vergonzantes. En segundo lugar y como consecuencia de tal investigación, enviar a los sanos a sus respectivos lugares de procedencia y *enseñar a trabajar* a los útiles, por un lado, y, por el otro lado, *socorrer* convenientemente a los ciegos, ancianos y enfermos vergonzantes y mendigos” (Aguado, 1995:90). Aguado aborda el tema de la pobreza desde una perspectiva esclarecedora para comprender la cuestión de la discapacidad en el modelo médico sobre la cual estamos ahondando:

«La segunda gran aportación española al campo de las deficiencias [la primera habla sobre las instituciones manicomiales] está relacionada con la solución de un problema que debe ser grave y acuciante en aquella época, la *pobreza* [...] El tema en cuestión [...] constituye una de las preocupaciones de la Europa de los inicios del renacimiento y uno de los muchos instrumentos de la constitución del *estado moderno*. En efecto, los *estados europeos centralizados* sientan las bases de una asistencia organizada cuando comienzan a participar en la beneficencia, relevando progresivamente a las instituciones privadas y, en especial, a la Iglesia.

» Bien, el problema de la *pobreza*, abordado bajo términos variados, como *pobreza, mendicidad, limosna, pobres verdaderos y fingidos...* afecta a todas aquellas personas incapaces de procurarse la subsistencia por causas diversas, entre otras, enfermedades e incapacidad para el trabajo. Evidentemente, los *discapacitados físicos y sensoriales* y algunos *deficientes mentales* encajan aquí. Por otra parte, no hay referencias directas a deficientes, pero sí menciones esporádicas de *cojos, ciegos, mancos, lisiados, tullidos, tontos, lerdos...*» (Aguado, 1995: 86).

Teniendo en cuenta estos apuntes del autor, podemos preguntarnos entonces ¿qué pasa con todo ese excedente numeroso de población que no puede trabajar? La respuesta la encontramos en la Ciencia Médica, pues aparece precisamente para responder a este enigma: “el paso de la *magia* a la *brujería*, a la *religión* o al *animismo* se produce cuando se da entrada en las prácticas a agentes o poderes extraños a la relación, cuando se recurre a un *tercero*” (Aguado, 1995:36). Zilboorg y Henry (1968) hablan de cómo se permite que a las personas con discapacidad las trate el llamado experto: el médico. Y es precisamente este “tercero”, el médico (el experto, el que sabe), la figura que surge en la sociedad moderna que estudiamos, cuya presencia permanecerá todavía hasta nuestros días actuales.

Este saber experto es el que más páginas ha ocupado en la literatura sobre discapacidad (en pugna en los últimos tiempos con el modelo social de la discapacidad, con el que ha tenido que aprender a convivir, a pesar de considerarse el modelo médico hoy en día todavía el más extendido). Ello es debido a que se trata de un modelo mucho más actual que el modelo clásico de la discapacidad. La concepción de la discapacidad bajo una mirada médica tiene una larga trayectoria que ha llegado hasta nuestros días no sin muchas variaciones desde su origen. En nuestra analogía de los «tres monos sabios»,

		<i>Técnica</i>	<i>Explicación</i>	<i>Ejemplo</i>
TÉCNICAS DE CONTROL DEL CUERPO	El arte de las distribuciones	1) Clausura.	Especificación de un lugar heterogéneo a todos los demás y cerrado sobre sí mismo.	<i>Hospitales.</i>
		2) “A cada individuo su lugar; y en cada emplazamiento un individuo”.	La clausura no es ni constante, ni indispensable, ni suficiente en los aparatos disciplinarios. Es necesaria una división de zonas, evitar las distribuciones por grupos.	<i>Los hospitales están divididos en zonas de tratamiento específico (Área de Psiquiatría, Área de Cardiología...) A su vez, éstas áreas se dividen en las habitaciones de los pacientes.</i>
		3) Emplazamientos funcionales.	En las instituciones disciplinarias. poco a poco, se codifica un espacio que la arquitectura dejaba en general disponible y dispuesto a varios usos.	<i>Salas de Espera, son habitaciones que podrían servir para dar charlas informativas por ejemplo, pero su propio nombre indica que solo están pensadas para esperar.</i>
		4) Rango.	Lugar que se ocupa en una clasificación. En la disciplina, los elementos son intercambiables puesto que cada uno se define por el lugar que ocupa en una serie y la distancia que lo separa de los otros.	<i>Están los directivos, los médicos, los enfermeros, los auxiliares, el personal administrativo... Y al final del todo, el paciente.</i>
El con-	1) Empleo del tiempo.	Tres grandes procedimientos: establecer ritmos, obli-	<i>Se establecen horarios determinados para todo (comidas, toma de medica-</i>	

			gar a ocupaciones determinadas, regular los ciclos de repetición.	<i>mentos...) Se obliga al paciente a acudir a pruebas médicas o rehabilitación. Y este ciclo se repite a diario hasta que es dado de alta.</i>
		2) Elaboración temporal del acto.	No es un empleo del tiempo, marco general para una actividad; es más que un ritmo colectivo y obligatorio, impuesto desde el exterior; es un “programa”; asegura la elaboración de un acto propio.	<i>El paciente, dentro del hospital, no es un individuo. Forma parte de un cuerpo colectivo que se mueve a la vez. Uno no puede cenar a la hora que quiera, cenará cuando la cena se reparta en toda su planta.</i>
		3) Establecimiento de correlación del cuerpo y el gesto.	El control disciplinario no consiste simplemente en enseñar o en imponer una serie de gestos definidos; impone la mejor relación entre un gesto y la actitud global del cuerpo, que es su condición de eficacia y rapidez.	<i>A los pacientes con rotura de cadera se les enseña cómo deben sentarse y cómo deben levantarse de la mejor manera posible para no repercutir en su lesión.</i>
		4) Articulación cuerpo-objeto.	La disciplina define cada una de las relaciones que el cuerpo debe mantener con el objeto que manipula.	<i>Ponerse una inyección de heparina requiere hacerlo de una forma muy concreta.</i>
		5) Utilización exhaustiva.	Plantea el principio de una utilización teóricamente creciente siempre del tiempo: agotamiento más que empleo; se trata de extraer, del tiempo, cada vez más instantes disponibles y, de cada instante, cada vez más fuerzas útiles. Lo cual significa que hay que tratar de intensificar el uso del menor instante.	<i>En los Centros de Rehabilitación, la estancia no es permanente (dado que el objetivo de dichos centros es rehabilitar las funciones que se hayan perdido, y si no se mejora, se entiende que no tienen nada que hacer allí), por lo que se procura aprovechar cada momento de la estancia.</i>

Tabla 2. Resumen de las técnicas de control de cuerpo que Foucault describe en *Vigilar y castigar*. Fuente: Foucault (1976) y elaboración propia.

catalogamos a este modelo como el de *no oír* porque son estos expertos (médicos) los que van a decidir sobre la vida del individuo, sin tener en cuenta a la propia

persona que vive la experiencia; son los expertos los que determinarán qué es bueno y qué debe hacerse, no el individuo, que *solo* padece la situación, pero por mucho que sea el interesado, sigue sin ser experto ni *conocer* la materia, así que no se le escucha, ya que no se tiene en cuenta su opinión.

Paradójicamente, Foucault (1966) dirá que la medicina es un saber que es ciego, pero desarrolla la misma idea que apuntábamos en el párrafo anterior. El autor indica que la medicina no tiene mirada, dado que en tiempos remotos se aprendía en el mismo lecho del enfermo, pero ésta deriva a una recopilación de datos, medidos y organizados, igual que la sociedad en la que se desarrolla el modelo a seguir. Se generaliza un estudio sucesivo y colectivo de casos para crear una nosología¹³, “la clínica no estará por lo tanto ni *abierta a todo lo que venga*, como puede estarlo la práctica cotidiana de un médico, ni tampoco *especializada*, como lo estará en el siglo XIX” (1966:91). Su modo de asentarse en el hospital es particular, pues no es solo la selección cuantitativa de casos, que también (dado que existe hasta un número óptimo de camas que debe tener una clínica); sino que el médico debe descubrir la enfermedad del enfermo, ya que éste acude allí para ser tratado y el médico no tiene opción de elegir qué enfermedades quiere tratar y cuáles no. Dicho de otra manera, los enfermos no acuden con una sola enfermedad para que se estudie *esa* enfermedad; los enfermos acuden y el médico *debe saber* qué les pasa. Es por esto que Foucault asegura que “la clínica no conoce por lo tanto la verdad sino bajo su forma sintética [...] Comenzarán por preguntar sobre su país, sobre las instituciones que en él imperan, sobre su oficio, sus enfermedades anteriores; la manera en la cual ésta ha comenzado, los remedios tomados; hará la investigación de sus funciones vitales (respiración, pulso, temperatura), de sus funciones naturales (sed, apetito, excreciones), y de sus funciones animales (sentidos, facultades, sueño, dolor) [...], no se trata de un *examen* sino de un *descriptamiento*” (1966:92-93). Y cualquiera que haya tenido que visitar un hospital en su vida sabrá que esta sigue siendo la rutina diaria en la actualidad para cualquier ingreso. Foucault sentencia:

«En el siglo XVIII, la clínica es, por lo tanto, una figura mucho más compleja que un puro y simple conocimiento de casos y, no obstante, no ha adquirido valor en el movimiento mismo del conocimiento científico; forma una estructura maquina que se articula en el campo de los hospitales sin tener la misma configuración que éstos; vive el aprendizaje de una práctica que simboliza más que analiza; agrupa toda la experiencia alrededor de los prestigios de un descubrimiento verbal que no

¹³ “Parte de la medicina que tiene por objeto describir, diferenciar y clasificar las enfermedades” (RAE).

es su simple forma de trasmisión, sino el núcleo que la constituye» (Foucault, 1966:96).

Es dócil un cuerpo que puede ser sometido. Pero en estos esquemas de docilidad, cabe señalar lo novedoso de sus técnicas (Foucault, 1976). En primer lugar, la escala de control (haciendo referencia a que se trabaja la coerción de manera sutil en cada una de sus partes, hasta ejercer un poder infinitesimal sobre el cuerpo activo: movimientos, gestos, rapidez...); y en segundo lugar, el objeto de control (la coacción ininterrumpida, constante, que vela sobre los procesos de la actividad más que sobre sus resultados, porque se persigue la eficacia de los movimientos, su organización interna). En la Tabla 2 podemos ver de una forma más detallada los mecanismos de control sobre el cuerpo que explica el autor, con ejemplos aplicados al tema en cuestión que estamos tratando (aunque Foucault habla de los hospitales entre otras instituciones disciplinarias —como la escuela, la prisión o el ejército—, los ejemplos han sido adecuados para este artículo, no son obra del autor).

Así pues, vemos cómo la Medicina surge en este momento concreto de la Historia (y por qué) y cuál es el papel que ocupa dentro de la sociedad, más allá de curar enfermos. Escala imperante hasta lo más alto de la cúspide social, desbancando a Dios como centro de la vida; y a partir de ese momento, es a través del ojo de la cerradura médica por donde pasan todas las vicisitudes de la organización de la nueva sociedad emergente.

3.1. La Medicina sobre la discapacidad

La discapacidad, como hemos visto, ha sido históricamente considerada como un problema que afecta a individuos aislados, que deriva de las deficiencias biológicas de algunos sujetos cuyos cuerpos se alejan de la medida estándar (cánones de normalidad) médica. Es por ello por lo que se convierten en objeto de estudio e intervención de la Medicina en todas sus vertientes especializadas¹⁴, que son muchas. “En este sentido, la persona con discapacidad es condenada a una especie

¹⁴ Las especialidades médicas son en sí mismas una clasificación. Se pueden clasificar (A) según el lugar de ejercicio profesional (en los hospitales o en los centros de salud en atención primaria); (B) según su orientación (por grupos de edad, como la Pediatría o la Geriátrica; por aparatos o sistemas del cuerpo humano, como la Neumología; por las técnicas diagnósticas, como la Radiología; por las técnicas terapéuticas y rehabilitadoras, como la Farmacología; por enfermedades concretas, como la Alergología; o por actividades humanas, como la Medicina del Trabajo o la Medicina del Deporte); o (C) según su agrupación tradicional, que tendría a su vez cuatro subespecialidades: (C1) especialidades clínicas,

de ciudadanía devaluada, considerada como una menor de edad permanente que, en el caso de tener derechos, tiene suspendido su ejercicio o requiere de la tutela de otros para ejercerlos” (Gómez Bernal, 2016:40).

Miguel A. V. Ferreira (2017) hace una profunda reflexión sobre el objeto de estudio último por parte de la ciencia médica: el cuerpo. Nos hablará del cuerpo normativo; aunque también del cuerpo ausente, el cuerpo político y de la reapropiación del cuerpo por parte de las personas con discapacidad, sobre el que volveremos más adelante en este artículo. Ahondaremos ahora un poco más sobre el primero, que es de especial importancia para el estudio del modelo médico de la discapacidad, ya que nos da una idea de la situación de las personas con discapacidad en la vida social al ser tratados por dicho modelo.

Sobre el cuerpo normativo, el autor explica que las categorías médicas giran en torno a la noción de *funcionamiento*: “establecen una diferencia entre un cuerpo sano y uno enfermo, entre salud y enfermedad, esto es, entre un funcionamiento eficiente (capacidad) y otro deficiente (discapacidad)” (2017:22). Estas categorizaciones dicotómicas aluden a un «cuerpo-cosa», un cuerpo des-socializado (Bourdieu, 1999) sobre el que se han desarrollado las estrategias de normalización: el cuerpo funciona como un principio de individuación porque se localiza en un tiempo y un espacio concreto, y no en otro; separa, aísla... Además, tiene una historia propia, unas propiedades incorporadas; en definitiva, un *habitus*. La noción de *habitus* (“estructuras estructuradas estructurantes”) es importante, porque implica que cada persona que participa en la carrera lo va a hacer con unas condiciones diferentes, partiendo desde un punto distinto: todos pueden llegar a la meta, pero unos lo tendrán más fácil que otros (lógicamente, las personas con discapacidad, parten con desventaja en dicha carrera). Explicar que hacemos alusión a esta “carrera” como una metáfora, dado que se trata de una carrera en el ascenso social, por el logro de la mejor posición posible en la jerarquía social. Volveremos sobre esto más adelante (Figura 2).

donde el médico desarrolla actividades preventivas, diagnósticas y terapéuticas, sin utilizar técnicas quirúrgicas (ej: Cardiología); (C2) especialidades quirúrgicas, donde al médico se le pasa a considerar cirujano, dado que en esta especialidad sí se utilizan medios invasivos para tratar, modificar y extirpar físicamente la estructura patológica (ej: Cirugía Cardíaca o Cirugía Maxilofacial); (C3) especialidades médico-quirúrgicas, donde se usan tanto técnicas invasivas quirúrgicas como técnicas no invasivas, como la farmacología (ej: Urología) ; y (C4) especialidades de laboratorio o diagnósticas, que es un apoyo a los demás médicos, dado que se realizan diagnósticos y se sugieren tratamientos a los especialistas, pero la interacción con el paciente es reducida (ej: Radiología).

Estas estrategias de normalización, en el caso particular de las personas con discapacidad, son constreñidas por la férrea organización médica de la que hablábamos líneas atrás. En este caso, según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1980:

- Una *deficiencia* es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- Una *discapacidad* es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- Y una *minusvalía* es una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que se entiende como normal.

En un intento por superar esta visión reduccionista y biológicodeterminista, la OMS elaboró en 2001 una nueva clasificación (la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y de la Salud; CIF) que apunta factores sociales como posibles causas de la discapacidad. “Esta definición, denominada «bio-psico-social», supone una superación de un modelo médico, aún sin salirse muy claramente de los parámetros de análisis de un paradigma rehabilitador que considera la discapacidad como problema *individual* para la que hay que desarrollar fundamentalmente soluciones *individuales* de adaptación de la persona al entorno” (Díaz Velázquez, 2011:158).

Aun así, el cuerpo persiste como eje central en la construcción social de la discapacidad. Toboso y Guzmán (2010) apuntan la paradoja que se da al definir la funcionalidad del cuerpo según un conjunto de capacidades que se consideran inherentes a éste y que conforman el criterio de normalidad. Es decir, la normalidad se erige sobre unos presupuestos que se considera que debe tener el cuerpo: no que los *tenga*, sino que *debe tener*; hablando de una hipótesis que se convierte en cierta¹⁵.

¹⁵ Robert K. Merton (2010) define lo que se conoce como profecía autocumplida o profecía autorrealizada, que podría aplicarse a este hecho: “es, al principio, una definición «falsa» de la situación que despierta un nuevo comportamiento que hace que la falsa concepción original de la situación se vuelva «verdadera». Ello deriva del conocido como Teorema de Thomas, formulado por William I. Thomas (1928): “si las personas definen las situaciones como reales, éstas son reales en sus consecuencias”.

«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» (Foucault, 1992:152).

El autor, en su literatura (1976, 1992, 1999), lo designa como *aparatos*¹⁶ de *saber-poder*. Ferreira (2017) lo aplica al caso concreto de la discapacidad: la normatividad que se erige en torno al cuerpo, fundamentalmente a través de los dictámenes médicos y de los requerimientos económicos de eficiencia productiva, se manifiesta a través de discursos políticos e ideológicos legitimados con argumentos del propio carácter científico del que parten; y en conjunto, esta normatividad corporal promueve la homogeneización social, excluyendo la diferencia, la diversidad.

Completamos esta riqueza de ideas con la teoría de Bourdieu. Aunque el autor no escribe propiamente sobre discapacidad, por descontado que sus teorías son aplicables a la temática que estamos tratando en estas páginas. “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” (1999:186-187). El concepto clave de este autor es el de *habitus*, del que ya hablamos anteriormente y que desglosamos más profundamente ahora a través de la Figura 2 (página siguiente). Aprendemos por el cuerpo, como diría el autor: el orden social se inscribe en los cuerpos. No se trata solo de las normalizaciones ejercidas por la disciplina de las instituciones, pues “no hay que subestimar la presión o la opresión, continuas y a menudo inadvertidas, del orden ordinario de las cosas, los condicionamiento impuestos por las condiciones materiales de existencia [...] Las conminaciones sociales más serias no van dirigidas al intelecto, sino al cuerpo, tratado como un *recordatorio*” (Bourdieu, 1999:186-187).

«Se nos ha hecho manifiesta la necesidad de repensar la concepción bourdiana del cuerpo, no porque no sea en sí misma adecuada, sino debido al uso que le estábamos dando y a las cuestiones que, a través de ella, estábamos dejando de observar. ¿No será que el cuerpo vívido, en el mundo capitalista, es experimentado homológicamente a partir de la inculcación del Estado de unos esquemas de percepción que se guían por las categorías impuestas mediante el lenguaje en tercera persona,

¹⁶ También denominados «dispositivos».

lenguaje de la medicina tradicional de occidente (portadora de la ortodoxia del campo de la salud)? ¿no será que las taxonomías, propias de ese lenguaje, ancladas en la oposición normal/patológico se traducen en pautas que anudan, a su vez, lo estético (oposición bello/feo) y lo ético (oposición bueno/malo)? Y en añadidura, ¿no será que tal imposición encuentra un doble plano de manifestación: el del cuerpo singular dicotomizado, cuya voz naufraga entre las prescripciones, prácticas y simbólicas, y el del cuerpo colectivo, que en extensión proyecta sobre las experiencias singulares estructuras históricas, económicas y societales?» (Ferreira, 2011:89).

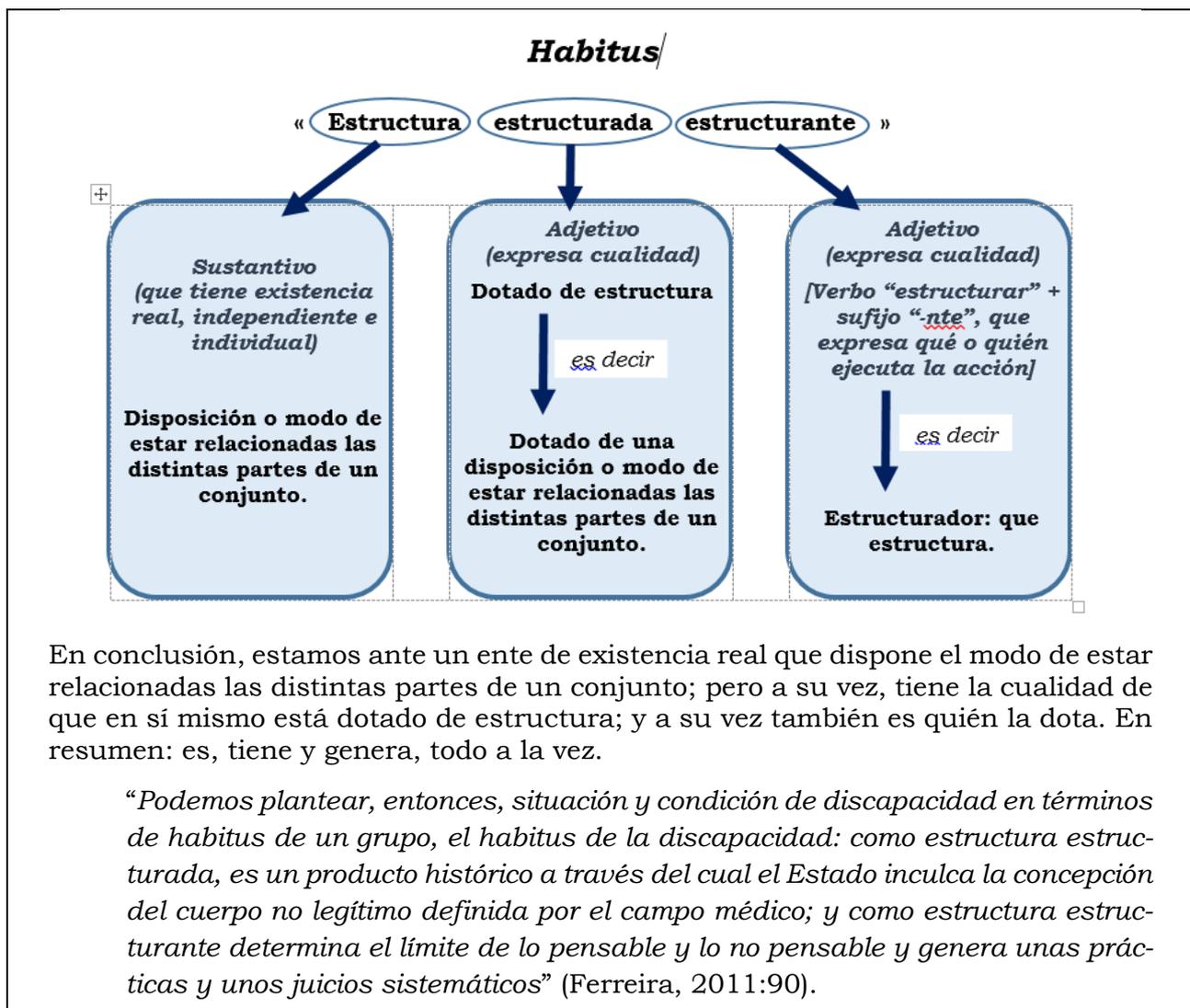


Figura 2. Desglose del concepto de habitus. Fuente: elaboración propia.

Como decíamos al comienzo de este apartado, la Medicina es quien marca la estructura social, justifica las acciones tomadas por parte de los Estados para la organización de ciertos grupos sociales, procurando su homogeneización. Pero en última instancia, como vemos, ese poder, ese control, se ejerce sobre los cuerpos

de los individuos. Y dado que todo se centra en volver al cuerpo imperfecto a su estado *normal* (al menos el considerado como normal), no es de extrañar que surja todo un paradigma de la rehabilitación, que lo que hace es centrar el problema en el individuo (Jiménez Lara, 2007).

“El modelo médico se circunscribe dentro de los postulados del paradigma de la rehabilitación. Este modelo pone énfasis en la patología de la discapacidad, con miras a su erradicación mediante la prevención, la cura o el tratamiento” (Díaz Velázquez, 2009:89). Aunque en las últimas décadas, este modelo, que ha tenido la «hegemonía ideológica» sobre la discapacidad (Oliver, 1990; Barton, 1998), está siendo duramente criticado por el modelo social de la discapacidad, con quien actualmente pervive. Desde el paradigma social, se concibe a la persona con discapacidad con un enfoque más amplio, que aspira a ver más allá de la deficiencia. Este enfoque biopsicosocial y de derechos humanos, aspira a una participación real y efectiva de esta población en todas las esferas de la vida social (Padilla-Muñoz, 2010). La Tabla 3 resume las características principales de ambos modelos.

Martínez-Pérez (2009) aprovecha su estudio sobre la poliomielitis para indagar sobre cómo se producen las interacciones entre enfermedad, Medicina y sociedad en relación con el fenómeno de las discapacidades. Según el autor, en el modelo social, el fenómeno de la discapacidad emerge, más que como una patología médica individual, como una categoría de definición social. El modelo social de la discapacidad no niega el significado de la deficiencia física en la vida de las personas con discapacidad, pero, a diferencia del modelo médico, concentra su atención sobre las numerosas barreras (económicas, sociales, culturales...) que se han construido en torno a ellas. “Desde esta perspectiva, se estima, por tanto, que la «discapacidad» no sería «un producto de defectos individuales, sino que es socialmente creada», y que las «explicaciones de su carácter cambiante» se encontrarían en «la organización y la estructura de la sociedad» (2009:120).

La Sociología prácticamente no ha analizado el fenómeno de la discapacidad hasta hace pocas décadas, probablemente constreñida por las implicaciones científicas del modelo médico imperante (Díaz Velázquez, 2011). Pero cerremos este paréntesis sobre la emergencia actual del nuevo modelo social de la discapacidad para volver a centrarnos en el tema principal de este artículo: el modelo médico.

Hablábamos de cómo las representaciones de la discapacidad están determinadas, en gran medida, por la imagen institucionalizada del cuerpo y el valor que se le otorga; y de cómo ello justifica que la ciencia médica sea la que organice la estructura social, más allá de los diagnósticos, en relación con la gestión de este colectivo. “Tradicionalmente estas comunidades organizan su existencia en torno a dicoto-

mías, de las cuales una de las más básicas es la que atañe a las categorías dentro/fuera. En relación con la misma, puede decirse que siempre han existido cuerpos que han estado dentro, y cuerpos que debían permanecer fuera de las prácticas significativas de la comunidad” (Toboso y Guzmán, 2010:69).

MODELO MÉDICO	MODELO SOCIAL
<p>La discapacidad se considera como el resultado de una limitación funcional de la persona a nivel físico, psíquico o sensorial. Así, inmerso en el terreno de la medicina y de la práctica médico-rehabilitadora, en este modelo se interpreta la discapacidad como una situación de “enfermedad” o “ausencia de salud” de la persona.</p>	<p>Se considera que las causas que originan la discapacidad no son de naturaleza médica, sino sociales, Ya no se considera que las limitaciones individuales de las personas sean el origen de la discapacidad, sino las limitaciones de la sociedad para ofrecer servicios que tengan en cuenta los requerimientos de todas las personas.</p>
<p>Se da por supuesto que las personas con discapacidad, consideradas como personas “enfermas”, deben asumir de manera propia la voluntad de someterse a un proceso de “rehabilitación” con el fin de asimilarse en la mayor medida posible a las demás personas “sanas” de la sociedad. Dentro del marco del modelo médico, las personas con discapacidad se convierten así en objeto de atención exclusivamente médica y su realidad es contemplada y explicada desde un enfoque totalmente “medicalizado” y, a la vez, “medicalizante”. Prácticas como la medicalización y la institucionalización se sitúan en la base operativa de este modelo.</p>	<p>Asume que las personas con discapacidad pueden y deben participar en la sociedad en la misma medida que el resto de los ciudadanos, lo que se relaciona con la inclusión y la aceptación plena de su diferencia. Si el objetivo principal del modelo médico era la normalización de las personas con discapacidad, el modelo social aboga por la normalización de la sociedad, de manera que ésta llegue a estar pensada, proyectada y diseñada para atender de manera incluyente las necesidades de todos.</p>

Tabla 3. Comparación del modelo médico de la discapacidad frente al modelo social. Fuente: Toboso y Guzmán (2009:71) y elaboración propia.

Toboso y Guzmán aúnan en su artículo diversas ideas sobre las que hemos trabajado a lo largo de estas páginas, sirvan sus palabras de resumen sobre lo que estamos exponiendo en este apartado:

Con el advenimiento de la era moderna se reconfiguraron los criterios de asignación de valor a los cuerpos, a partir de las nuevas relaciones sociales de producción económica. El cuerpo estimado es ahora el cuerpo productivo, capaz de trabajar generando plusvalía y, más adelante, con el salario obtenido, capaz de consumir,

insertándose de esta manera dentro de la corriente principal del sistema económico-social. El cuerpo cuya capacidad productiva está por debajo de los recursos que consume para subsistir se sitúa fuera de esta corriente principal, porque no resulta competitivo para el mercado de trabajo y probablemente no dispondrá de recursos para consumir. Los agentes encargados de determinar las capacidades de los cuerpos en este sistema social son los profesionales del ámbito médico que, adoptando el método científico, pretenden establecer objetivamente qué cuerpos están y funcionan dentro de la norma y cuáles no [...]

» La medicina [...] no solamente se dedica a asignar valor funcional a los cuerpos, sino que se compromete a elevar la funcionalidad de aquellas personas cuyas capacidades se consideran limitadas [...]

» Las personas que no pueden acceder a los estándares de capacidad exigidos pueden aspirar a recuperar algo de su funcionalidad sometiéndose a los programas de rehabilitación [...] La prioridad en todo momento es restituirles la salud; si no es posible, suplir sus deficiencias» (Toboso y Guzmán, 2010:69-71).

En definitiva, lo que pretende el modelo médico de la discapacidad es una heteronomía de la población (Contino, 2013a). No hay cabida para particularidades, se conforman toda una serie de parámetros objetivos, susceptibles de ser legitimados científicamente, que indiquen lo que es (y por ende, lo que no es) normal. Es así como se posibilita una construcción política de esta categoría. “En una sociedad amenazada por elementos heterogéneos, no esenciales, emerge la idea de los extraños y desviados como subproductos de esta sociedad” (Rodríguez Díaz, 2012:46).

Una sociedad de la normalización como la actual debe elaborar tecnologías de poder dirigidas a sectores específicos de la población, que terminarán por materializarse en políticas públicas: es la forma de gubernamentalidad biopolítica (Foucault, 2009). “La principal estrategia política que la gubernamentalidad establece respecto de la discapacidad, es la medicalización [...] Es necesario que deba garantizarse el sostenimiento de una población adiestrable. El dispositivo de discapacidad —como todo dispositivo— es funcional a la gubernamentalidad actual, por orientarse al favorecimiento del mayor aprovechamiento productivo y, a la vez, del menor cuestionamiento social” (Contino, 2013a:14-15). Pensar la discapacidad en términos foucaultianos de dispositivo¹⁷ es un importante recurso para entender por qué sucede lo que sucede.

¹⁷ Definidos como “un conjunto decididamente heterogéneo, que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas...” (Foucault, 1985:128).

«El dispositivo de discapacidad produce, como uno de sus tantos efectos, procesos de sujeción —es decir, formas de producción de subjetividad— que tienden a reproducir una lógica discursiva que ubica los problemas de la discapacidad como algo consecuente con su naturaleza biológica y, por lo tanto, exento de la responsabilidad socio-histórica política de la gubernamentalidad de la época. Los sujetos en situación de discapacidad se ven así invitados a concebir la desventajosa situación que atraviesan cotidianamente como una consecuencia esperable de sus propias complicaciones individuales, ante las cuales el Estado contribuye en la medida de sus posibilidades» (Contino, 2013a: 16).

Ahora bien, no hay que perder de vista que todo dispositivo, toda táctica de control, toda estrategia de gobierno, toda lógica disciplinaria, todo intento de clasificación, todo ejercicio de poder ... Nunca puede serlo al 100%, siempre hay un margen para la subjetividad. Y en el caso de las personas con discapacidad, ese margen existe cuando los sujetos con discapacidad, por ejemplo, dan visibilidad a las complicaciones cotidianas que sufren en su día a día; o cuando cuestionan las explicaciones meramente biologicistas sobre su situación de desventaja; o cuando proponen tácticas y estrategias de mejora para contribuir a la transformación de algunos aspectos de su situación actual¹⁸.

Llegados a este punto, tendría cabida aquí, por tanto, que hablásemos de la interacción que la persona con discapacidad tiene con el entorno. Veíamos páginas atrás como la definición de la CIF (OMS, 2001) era un intento de superar una visión simplista de la discapacidad, explicada desde una perspectiva biologicista. La nueva definición (bio-psico-social), tiene en cuenta otros elementos, como el social, pero este componente no lo encontramos exclusivamente en la interacción entre la persona con discapacidad y el entorno, pues va mucho más allá: el contexto social juega un papel fundamental de lo que se considera y no se considera discapacidad (Díaz Velázquez, 2011). Eduardo Díaz Velázquez demuestra en su trabajo cómo

¹⁸ Podría hablarse aquí de (hacer) *justicia*, aunque es un término complicado, ya que no es sencillo decretar cuándo una sociedad es justa, dado que es un término que solo adquiere sentido dentro de un contexto histórico determinado. Podría decirse que “una sociedad es justa cuando los bienes sociales son distribuidos equitativamente entre todos sus miembros, esto es, cuando en una sociedad se dan las circunstancias necesarias para que todas las personas, en condiciones de igualdad, puedan optar libremente por un plan de vida determinado, sin que le asista al poder soberano la autoridad legítima para oponerse arbitrariamente a la realización de mismo, exceptuando cuando dicho plan resulte extravagante o extralimitado, o sencillamente, cuando ponga en riesgo la realización de otros planes de vida” (Ospina, 2010:148).

existen evidentes desigualdades sociales¹⁹ por motivos de discapacidad que claramente tienen un origen social y no individual.

Las definiciones de salud, discapacidad y deficiencia son un constructo social y varían según la norma imperante en cada momento histórico, por eso son conceptos variables y no constantes (Abberley en Barton, 1998). Para Canguilhem (1970), la norma es por un lado, aquello que es tal como debe ser; y, por otro, como aquello que se encuentra en la mayoría de los casos. En consecuencia, encontramos que la norma es aquello que se fija a partir de una decisión normativa. Pero tampoco es algo tan simple:

«Para Canguilhem, lo anómalo no es patológico, si bien lo patológico es lo anormal. De hecho, existe un modo de considerar a lo patológico como normal, que consiste en definir lo normal y lo anormal por la frecuencia estadística relativa. Se puede decir, entonces, que una salud perfecta continua es un hecho anormal [...] Es decir: la salud continua es una norma, y esa norma no existe. Lo patológico no es, en realidad, la ausencia de norma, sino una norma diferente que ha sido comparativamente rechazada por la vida. Por ejemplo, un individuo mutante es el punto de partida de una especie nueva; por un lado, es patológico porque se aparta y, por otro lado, es normal porque se mantiene y reproduce.

» La frontera entre lo normal y lo patológico es imprecisa para los múltiples individuos considerados simultáneamente. Así, el astigmatismo o la miopía pueden ser normales en una sociedad agrícola o pastoral, pero anormal en la marina o en la aviación» (Rodríguez Díaz, 2012:47).

Tras este paréntesis sobre la norma, en referencia a lo que hablábamos párrafos atrás de la relación que tienen las personas con discapacidad y el entorno, y de cómo el contexto indica lo que es (y no es) la discapacidad, podemos concluir que ésta se concibe como una entidad que el individuo porta (Contino, 2013a). Si bien es cierto que hoy en día es un tema de significativo interés para muchos Estados, no se tiene en consideración solo el sector de la población afectada, sino también el respeto por la diversidad y la inclusión. Sin embargo, el autor analiza las actuales políticas públicas (Contino, 2013b), y destaca dos rasgos principales que resultan contradictorios: (A) por un lado, las políticas públicas son elaboradas desde territorios gobernados por profesionales o funcionarios políticos, pero casi nunca por personas con discapacidad; y (B) tanto los datos estadísticos oficiales, como los de

¹⁹ En el análisis sociológico de la discapacidad, tradicionalmente se ha hablado de *opresión* (Abberley en Barton, 2008); aunque en la actualidad, al encontrarnos ante un nuevo cambio de paradigma, con el predominio del análisis de la estratificación, se vira hacia el término *exclusión social*, que hace referencia a las nuevas formas de estratificación social que no se habían dado anteriormente, caracterizadas por una dualidad entre “incluidos y excluidos” (Díaz Velázquez, 2011).

diversas investigaciones independientes, muestran que los efectos promovidos por estas políticas están lejos de los resultados obtenidos realmente.

Ahora bien, hay algo que parece estar presente en la base de las concepciones vigentes de la discapacidad, y que permitiría justificar el imperativo médico que viven hoy en día estas personas: se trata de la idea de “déficit”, “limitación”, o incluso “diferencia”. La discapacidad siempre remite a alguna forma de *déficit* que justifica las políticas públicas y la asistencia social que se ejerce sobre ellas. Hablar sobre discapacidad desde la perspectiva del modelo médico implica, por tanto, hablar de una construcción social que ubica a una persona en condiciones de supuesta superioridad frente a otras (Alfaro-Rojas, 2013). Esto a su vez hace que la persona pueda ser titular, o no, de ciertos derechos; no a efectos formales, puesto que todos somos iguales ante la ley, pero sí a efectos prácticos de participación, ya que como cualquier otro grupo víctima de discriminación, limita y configura la identidad personal, restringe la interacción del individuo con el entorno y ello le lleva al proceso de exclusión que hemos estudiado.

4. La perdurabilidad de esta era: repercusiones del modelo médico en la actualidad

Tres son las formas de definir la discapacidad hoy en día (Contino, 2013b). La primera de ellas remite de alguna forma al pasado modelo clásico, donde se dan prácticas basadas en la solidaridad, la lástima, la piedad... Y por lo tanto, la asistencia (terapéutica, económica...) Es esta la que mejor puede promover el discurso médico, porque legitima su saber en el tratamiento y la rehabilitación del cuerpo. La segunda forma de definir la discapacidad es bajo una perspectiva funcionalista: la discapacidad sería producto de la interacción entre el individuo con discapacidad y una sociedad que no contempla características particulares. Y la tercera forma de pensar la discapacidad es la del denominado modelo social, cuyas ideas hemos despuntado brevemente páginas atrás; puesto que aunque este artículo se centre en el modelo médico, es inevitable mencionar el modelo social, ya que es una crítica directa al modelo médico que aquí estudiamos.

Cada forma de pensar la discapacidad, hace uso a su vez de su propio modelo conceptual sobre la misma. La terminología utilizada, en última instancia, nos describe la realidad en la que vivimos, y más allá de esto, nos describe *cómo* vivimos esa realidad. “Los expertos pueden consensuar el uso de un término en función del modelo conceptual elegido, no verán motivo alguno para modificar el término, dado

que presupondrán su neutralidad y objetividad susceptible de ser ampliada, desarrollada y matizada por la ampliación o transformación del modelo conceptual correspondiente; además, difícilmente asumirán la responsabilidad parcial del *estigma*, que será atribuida, en su totalidad, a la masa social indiferenciada y no cualificada” (García Manzano, 2016:73).

El modelo médico, como vemos, pasa las fronteras de lo sanitario para ir más allá, llegando hasta lo social y definiéndolo desde su perspectiva. Pero esa ansia de hegemonía en la descripción de la realidad trae consigo efectos no deseados, como la estigmatización del colectivo. Lamo de Espinosa (2010) explica que esto es lo que se conoce como la metáfora de la razón, que no deja de ser la metáfora de la Modernidad, representándolo a través del grabado de Goya (Figura 3) que dice “el sueño de la razón produce monstruos”. Hoy en día podemos releer este grabado en un sentido Post-moderno: no es que los monstruos afloren cuando la razón duerme, sino que son el producto de la misma razón (podría considerarse el «mito de Frankenstein», donde lo que el ser humano ha creado se le escapa de su control y evoluciona de una manera que no estaba prevista). Podríamos poner muchos ejemplos, pero quizá el más claro es el que sucede durante la II Guerra Mundial (1939-1945), donde la ciencia médica, con sus argumentos y justificaciones científicas, permite el asesinato sistemático de, se estima, unas 70.000 personas con discapacidad física y/o psíquica bajo el denominado Programa Eutanasia (también conocido como Aktion T4, o simplemente T4²⁰).

Bajo el paraguas del modelo médico se usan términos del tipo “anormal²¹”, “minusválido”, cuyo significado ya desgranamos al hablar del plusvalor; o “discapacitado”. Y aunque alguno de ellos está en desuso en la materia médica, igualmente han quedado en nuestro imaginario social para nombrar a cierta parte de la población, siendo términos despectivos si los analizamos etimológicamente. Además, sustantivamos estos adjetivos (que deberían ser en todo caso la cualidad de un sustantivo, en este caso, de un individuo) y en ese proceso se nos olvida que hablamos de colectivos (en última instancia, de personas), porque ni si quiera les mencionamos como tal.

²⁰ El nombre T4 viene de los cuarteles generales de la organización que ejecutaba estos planes, que estaban situados en Berlín en la calle Tiergartenstraße, número 4 (calle del Jardín Zoológico, número 4).

²¹ Viene del prefijo “a-” (sin) y “-al” (relativo a), sobre la palabra “norma” (regla) (DEEL); básicamente se puede decir que queda fuera de su estado natural. De hecho, la RAE define el término como “persona cuyo desarrollo físico o intelectual es inferior al que corresponde a su edad”.



Figura 3. Grabado n° 43 de los Caprichos, «El sueño de la razón produce monstruos» (1797-1799). Autor: Francisco de Goya.

ENTRADA EN VIGOR	NORMATIVA	ACLARACIONES
1978	Constitución Española.	Art. 49. “Los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos que este Título otorga a todos los ciudadanos”.
1982	Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI).	Las personas con discapacidad, hasta entonces excluidas del mercado laboral, encontraron en esta Ley la respuesta más eficaz a lo que hasta entonces era un derecho constitucional que no se respetaba.
2000	Directiva [...] relativa al establecimiento de un marco general para la igualdad de trato en el empleo y la ocupación. (*)	Establece un marco general para luchar contra la discriminación por motivos de religión o convicciones, de discapacidad, de edad o de orientación sexual en el ámbito del empleo y la ocupación, con el fin de que en los Estados miembros se aplique el principio de igualdad de trato.

2000	Real Decreto 27/2000 [...] por el que se establecen las medidas alternativas de carácter excepcional al cumplimiento de la cuota de reserva del 2 por 100 en favor de trabajadores discapacitados en empresas de 50 o más trabajadores	Este Real Decreto Presenta una serie de medidas alternativas para las empresas con más de 50 trabajadores en plantilla que puedan eximir a éstas de cumplir con la cuota de contratación de trabajadores minusválidos del 2% (LISMI); es decir, exime de cumplir una ley que se había pensado para integrar a este colectivo en el mercado laboral.
2003	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU).	Pone de relieve los conceptos de no discriminación, acción positiva y accesibilidad universal (bajo el paraguas de una iniciativa de la Comisión Europea en 1999 para una sociedad de la información para todos).
2006	Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad. (**)	España firmó el acuerdo en 2008; y en total fue firmado por 82 países.
2007	Ley [...] de infracciones y sanciones en materia de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (Ley 49/2007).	Supone un paso más en la configuración del cuerpo legal que busca hacer efectiva la plena integración de los discapacitados en la sociedad española, siguiendo lo consagrado en la Constitución Española, cumpliendo la LIONDAU (vigente en ese momento).
2007	Ley [...] de Promoción de la Autonomía Personal y a las personas en situación de dependencia.	Mal llamada “Ley de Dependencia” (cogiendo la primera y la última palabra del título), porque lo que promueve esta ley en realidad es la autonomía personal, y sin embargo nos referimos a ella como todo lo contrario.
2013	Real Decreto Legislativo [...] por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las perso-	Esta ley refunde en un único texto, las principales leyes en materia de discapacidad: LISMI (1982), LIONDAU (2003), y la Ley 49/2007. Esta tarea de refundición ha tenido como referente principal la mencionada Convención Internacional.

nas con discapacidad y de su inclusión social (LGD).

(*) Promovida por la Unión Europea (UE).

(**) Promovida por la Organización de Naciones Unidas (ONU)

Tabla 4. Recopilación de las principales leyes y acuerdos en materia de discapacidad. Fuente: elaboración propia.

Ferreira (2008) concluirá que existen dos planos de representación de la discapacidad: uno normativo, superficial, que asume que existe un colectivo al que la sociedad debe prestar una especial atención por su debilidad estructural, es donde operarían las prácticas institucionales; pero luego hay un segundo nivel, más profundo, en el imaginario social colectivo, que sirve de sustrato a nuestras representaciones cotidianas (instalado en nuestra historia, lo seguimos considerando como algo sucio, pecaminoso, algo que es mejor tener apartado de la luz pública). En gran medida el modelo médico ha contribuido a crear y/o perpetrar esta representación. Y para que el lector se haga una idea de cómo el modelo médico ha influido en la vida social, apuntamos la evolución legislativa en materia de discapacidad (Tabla 4), que curiosamente recoge los términos de los que hablábamos líneas atrás. Es un claro ejemplo de cómo la Medicina influye en este colectivo, pues incluso el Derecho legisla acorde a ello, y por tanto nos adoctrina en una representación estigmatizada sobre este colectivo.

Es por eso que el modelo social que surge en estas últimas décadas, como crítica al modelo médico, comenzará a hablar de “personas con diversidad funcional”, aludiendo así que la diversidad funcional es siempre una cualidad de las personas, y dando a entender con este término que hay diversas maneras de hacer las mismas cosas²², no que se deban hacer de un único modo y todo lo que no sea así, se considere una merma de funciones.

“Para el modelo de la diversidad funcional, el concepto de *persona con discapacidad* no deja de ser el último y más amable de una sucesión de vocablos (monstruo, idiota, inútil, subnormal, lisiado, retrasado, impedido, inválido, minusválido, disminuido, deficiente, discapacitado...) [...] No proponen, por lo tanto, un simple cambio de nombre, sino un proceso de *resemantización* activista, de crítica, denuncia y deconstrucción de lo que crean las actuales palabras, sustituyéndolas

²² Por ejemplo, ir del punto A al punto B puede que frecuentemente se haga andando; el modelo médico dirá que *el discapacitado* lo es porque no puede ir andando del punto A al punto B; mientras que el modelo social dirá que es tan válido ir andando de un punto a otro como que una *persona con diversidad funcional* lo haga en silla de ruedas, porque el resultado es el mismo, se llega del punto A al punto B igualmente.

por otras que digan nuevas cosas porque parten y generan nuevas visiones y relaciones” (Canimas, 2015: 82-83).

A los que piensan que deberíamos dejar de hacer el tonto con las palabras (Canimas, 2015), hemos de recordarles varias cosas: (1) que el lenguaje no solo describe el mundo, también lo crea; (2) en la identificación de personas con problemáticas orgánicas, pero principalmente sociales, debería de dominar lo socialmente correcto y no lo científico; y (3) la discapacidad sigue centrándose en los individuos, no decimos por ejemplo *sociedad con discapacidad*.

«Se produce un cambio epistemológico profundo en la comprensión de la discapacidad, donde se empieza a criticar la unicausalidad y el esencialismo con el que la modelo médico había operado, y se empieza a desvelar los factores sociales que hacen a una persona discapacitada; por otro lado, se produce un cambio político e ideológico en el activismo, ya que se va construyendo un movimiento formado por personas con discapacidad, que empieza a dar cuenta de que la discapacidad está producida socialmente, y de que el colectivo sufre unas desigualdades sociales que no se estaban teniendo en cuenta en otros movimiento sociales.

» Es así como surge el nuevo modelo teórico y práctico de la discapacidad en los años 70, que se da en llamar “Modelo Social”» (Gómez Bernal, 2016:41).

El modelo médico, desde hace siglos, ha impuesto, como hemos estudiado, su visión sobre el campo de la discapacidad hasta nuestros días. Sin embargo, dado que sus tentáculos se extienden a niveles que van más allá del campo médico, como puede ser el de lo social, no es de extrañar que en la evolución histórica surjan, como sucede actualmente, detractores de dicho modelo médico imperante. Este colectivo reclama ser parte de la sociedad, y eso no puede proporcionárselo el modelo médico tal y como los concibe hoy en día.

4.1. La irrupción del modelo social: convivencia con el modelo médico

Mientras que en las concepciones del modelo médico el cuerpo es reducido a un mero substrato fisiológico, desde la óptica del modelo social, la problemática se traslada a la sociedad, que es la que *discapacita*, sin importar el cuerpo en sí.

Aun así, no podemos olvidarnos por completo del cuerpo, puesto que es algo material, con existencia real, y no podemos relegarlo al olvido. Se torna necesario, pues, una reapropiación del mismo por parte del colectivo de personas con discapacidad para que sea reinterpretado y exista en el imaginario social de una manera totalmente distinta a la concepción que el modelo médico le lleva otorgando siglos.

Aprendemos por el cuerpo (Bourdieu, 1999). El cuerpo es construido *a)* performativamente, a través de discursos, nombrándolo de determinada manera; *b)* políticamente, construido mediante estrategias prácticas de entrenamiento, disciplinamiento y clasificación; y *c)* existencialmente, en la confluencia de las dos anteriores. Por eso, “para recuperar la condición íntegra del cuerpo como espacio fundamental de existencia de las personas con discapacidad, es necesario apelar a sus voces, sus experiencias, sus discursos, sentimientos y expectativas” (Ferreira, 2017:25). El modelo médico acude al experto (que no es la persona con discapacidad, por mucho que sea el que tiene esa situación) para valorar; el modelo social preguntará a la persona por sus vivencias y experiencias, les dará voz.

“La visibilidad²³ pasa por la puesta en escena cotidiana, la convivencia con la discapacidad como fenómeno próximo” (Ferreira, 2017:29). El primer paso para ello ha de ser la escuela. La educación es primordial para erradicar muchos de los problemas sociales existentes en la actualidad. La estigmatización del colectivo desaparecería si desde pequeños aprendiéramos a convivir con la diversidad, en lugar de construir la discapacidad como una categoría ajena, distante e incómoda. Pero esto conllevaría la necesidad de transformar radicalmente el aparato escolar, el dispositivo de selección y homogeneización por excelencia de la Modernidad, que garantiza la reproducción de las desigualdades sociales (Bourdieu y Passeron, 1981).

En cualquier caso, parece claro que el modelo social, que surge como crítica al modelo médico, no es una mera moda pasajera y ha venido para quedarse y plantear una visión alternativa de la discapacidad. Hace ya más de medio siglo que surgió el Movimiento de Vida Independiente²⁴ (MVI), un movimiento reivindicativo de personas con discapacidad, que en el contexto más amplio de protestas sociales

²³ En este sentido, casi podría decirse que ha contribuido más a la visibilización del colectivo la plataforma de televisión online Netflix que las leyes. Las leyes, en muchas ocasiones, terminan siendo mero papel mojado, donde el colectivo no queda protegido como realmente se pretendía. Netflix tiene un catálogo de películas y series al que acceden más de 60 millones de usuarios en todo el mundo, y en muchas de ellas, personas con diferentes discapacidades cuentan con papeles importantes, compartiendo la pequeña pantalla con personajes sin discapacidad, siendo ejemplo de una integración real (por citar algunos ejemplos, *Breaking Bad*; *Sex Education*; *American Horror Story*; *Bates Motel*; *Cómo criar a un superhéroe...*) Además, cabe destacar también que en la mayoría de los casos son actores con discapacidad los que interpretan dichos papeles, y no actores sin discapacidad que simplemente interpretan un personaje que sí la tiene.

²⁴ Importancia del énfasis en la noción de “independencia”: reflejando las acciones políticas dirigidas a superar la dependencia y la falta de autonomía de las personas con discapacidad bajo el discurso y las prácticas del modelo médico (medicalización, institucionalización, paternalismo...)

de los años '60 y '70 en Estados Unidos, dio voz y protagonismo al colectivo de persona con discapacidad en cuanto a la toma de decisiones sobre sí mismas (Toboso, 2018).

He aquí la importancia de superar el modelo médico imperante en la actualidad y contar con otras variables de estudio que nos permitan conocer la discapacidad en más dimensiones que la meramente biológica. Es importante reconocer al colectivo y dotarle de capacidad de decisión. Es por ello que el modelo social va haciendo brecha en la realidad construida médicamente para dotar de herramientas a la sociedad para comprender el fenómeno de la discapacidad con una mente abierta y promoviendo una integración social real de dicho colectivo.

Bibliografía:

- ABBERLEY, Paul; en BARTON, Len (comp.) (1998). Capítulo “Trabajo, utopía e insuficiencia” (pp. 77-96), en *Discapacidad y sociedad*. Ediciones Morata. Madrid.
- ABBERLEY, Paul; en BARTON, Len (comp.) (2008). Capítulo “El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad” (pp. 34-50), en *Superar las barreras de la discapacidad*. Ediciones Morata. Madrid.
- AGUADO DÍAZ, Antonio León (1995). *Historia de las deficiencias*. Escuela Libre Editorial Fundación ONCE. Madrid.
- ALFARO-ROJAS, Lucrecia (2013). “Psicología y discapacidad: un encuentro desde el paradigma social”, en *Revista Costarricense de Psicología*, nº 32, Vol. 1, pp. 63-74).
- BARTON, Len (comp.) (1998). *Discapacidad y sociedad*. Ediciones Morata. Madrid.
- BOURDIEU, Pierre, y PASSERON, Jean-Claude (1981). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Laia. Barcelona.
- BOURDIEU, Pierre (1999). *Meditaciones pascalianas*. Anagrama. Barcelona.
- CANGUILHEM, Georges (1970). *Lo normal y lo patológico*. Siglo XXI Argentina Editores. Buenos Aires.
- CANIMAS BRUGUÉ, Joan (2015). “¿Discapacidad o diversidad funcional?”, en *Siglo Cero*, nº 46, Vol. 2, pp. 79-97. Ediciones Universidad de Salamanca.
- CASTEL, Robert (2002). *La metamorfosis de la cuestión social: una crónica del salariado*. Paidós Ibérica. Buenos Aires.
- CONTINO, Alejandro Martín (2013a). “La visibilización de las luchas políticas en discapacidad: acciones directas, contraconductas y resistencia”, en *Anuario*

electrónico de estudios en Comunicación Social “Disertaciones”, n° 6, Vol. 2, pp. 5-24.

CONTINO, Alejandro Martín (2013b). “El dispositivo de discapacidad”, en *Revista Tesis Psicológicas*, n° 8, Vol. 1, pp. 174-183.

DÍAZ VELÁZQUEZ, Eduardo (2009). “Reflexiones epistemológicas para una Sociología de la Discapacidad”, en *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, n°2, Vol. 2, pp. 85-99.

DÍAZ VELÁZQUEZ, Eduardo (2011). “Estratificación y desigualdad por motivo de discapacidad”, en *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, n°5, Vol. 1, pp. 157-170.

FERREIRA, Miguel A.V. (2008). “La construcción social de la discapacidad: habitus, estereotipos y exclusión social”, en *Nómadas: Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, n° 17, Vol. 1, pp. 221-232.

FERREIRA, Miguel A. V. (2010). “De la *minusvalía* a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico”, en *Política y Sociedad*, n° 47, Vol. 1, pp. 45-65.

FERREIRA, Miguel A. V. y FERRANTE, Calorina (2011). “Cuerpo y *habitus*: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad”, en *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, n°5, Vol. 2, pp. 85-101.

FERREIRA, Miguel A. V. (2017). “La discapacidad: entre la formalidad político-discursiva y experiencia in-corporada”, en *Cuerpos, Emociones y Sociedad*, n° 23, pp. 20-32.

FOUCAULT, Michel (1966). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Siglo XXI. Argentina.

FOUCAULT, Michel (1976). *Vigilar y castigar: el nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. Argentina.

FOUCAULT, Michel (1985). *Saber y verdad*. La Piqueta. Madrid.

FOUCAULT, Michel (1992). *Genealogía del racismo*. La Piqueta. Madrid.

FOUCAULT, Michel (1999). *Estrategias de poder*. Paidós Ibérica. Madrid.

FOUCAULT, Michel (2009). *Seguridad, Territorio, Población (Curso en el Collage de France: 1977-1978)*. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

GARCÍA MANZANO, Eduardo (2016). “De modelos conceptuales, enfoques y otros términos”, en *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, n°10, Vol. 1, pp. 71-79.

- GÓMEZ BERNAL, Vanessa (2016). “La discapacidad organizada: antecedentes y trayectorias del Movimiento de Personas con Discapacidad”, en *Historia Actual Online*, n° 39, Vol. 1, pp. 39-52.
- JIMÉNEZ LARA, Antonio; en DE LORENZO, Rafael, y PÉREZ BUENO, Luis Cayo (coords.) (2007). *Tratado sobre Discapacidad*. Editorial Thompson Aranzadi. Madrid.
- LAMO DE ESPINOSA MICHELS DE CHAMPOURCIN, Emilio (2010). *La sociedad del conocimiento: información, ciencia, sabiduría*. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas.
- MARTÍNEZ-PÉREZ, José (2009). “Consolidando el modelo médico de la discapacidad: sobre la poliomielitis y la constitución de la traumatología y ortopedia como especialidad en España (1930-1950)”, en *Asclepio: Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia*, n° 51, Vol. 1, pp. 117-142.
- MARX, Karl (1971). Capítulo VI (inédito) “La producción capitalista como producción de plusvalía”, en *El Capital – Tomo I: El Proceso de Producción del Capital* (pp. 3-53). Siglo XXI. España.
- MARX, Karl (1975). *El Capital – Tomo I: El Proceso de Producción del Capital*. Siglo XXI. España.
- MERTON, Robert King (2010). *Teoría y estructura sociales*. Fondo de Cultura Económica. México D.F. (México).
- OLIVER, Mike (1990). *The politics of disablement*. Londres. Macmillan.
- OSPINA RAMÍREZ, Mario Andrés (2010). “Discapacidad y sociedad democrática”, en *Revista Derecho del Estado*, n° 24, pp. 143-164.
- PACENZA, María Inés (2017). “La Sociología como ciencia: sus principales problemáticas”. Universidad Nacional del Litoral (Santa Fe – Argentina).
- PADILLA-MUÑOZ, Andrea (2010). “Discapacidad: contexto, concepto y modelos”, en *International Law: Revista Colombiana de Derecho Internacional*, n° 16, pp. 381-414.
- PÉREZ DALMEDA, María Esther, y CHHABRA, Gagan (2019). “Modelos teóricos de discapacidad: un seguimiento del desarrollo histórico del concepto de discapacidad en las últimas cinco décadas”, en *Revista Española de Discapacidad*, n°7, Vol. I, pp. 7-27.
- RODRÍGUEZ DÍAZ, Susana (2012). “Sobre la norma y su transgresión: una aproximación teórica a la cuestión de la desviación social”, en *Revista Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico*, n° 6, Vol. 1, pp. 43-54.
- THOMAS, William Isaac (1928). *The child in America: Behavior problems and programs*. A. A. Knopf. New York.

- TOBOSO MARTÍN, Mario y GUZMÁN CASTILLO, Francisco (2010). “Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procusto”, en *Política y Sociedad*, Vol. 47, nº 1, pp. 67-83. España.
- TOBOSO MARTÍN, Mario (2018). “Diversidad funcional: hacia un nuevo paradigma en los estudios y en las políticas sobre discapacidad”, en *Política y Sociedad*, nº 55, Vol. 3, pp. 783-804.
- WEBER, Max (2016). *La ética protestante y el espíritu del capitalismo* (Trad. J. Abellán). Madrid: Alianza Editorial. (Obra original publicada en 1905).
- ZILBOORG, Gregory; y HENRY, George W. (1968). *Historia de la psicología médica*. Buenos Aires. Psiqué.