

DISCAPACIDAD, CORPORALIDAD Y DOMINACIÓN: LA LÓGICA DE LAS IMPOSICIONES CLÍNICAS

Miguel A. V. Ferreira

Universidad Complutense de Madrid (España)

Introducción

En el presente trabajo abordo uno de los ejes de análisis de la discapacidad que configuran la perspectiva teórico-metodológica en la que he venido trabajando estos últimos años.

La sociología de la discapacidad se constituye como ámbito de estudio en los años 80 en Gran Bretaña y EEUU en confluencia con el movimiento de la Filosofía de Vida Independiente. Éste último comienza su andadura en Norte América a inicios de los 60 cuando el colectivo de personas con discapacidad emprende la lucha por su emancipación, reclamando el derecho a decidir sobre sus propias vidas y a dejar de estar sometido a las imposiciones institucionales de los expertos (fundamentalmente médicos y psicólogos). Se crean asociaciones dirigidas por las propias personas con discapacidad que prestan atención a las verdaderas necesidades que éstas tienen en lugar de seguir las directrices rehabilitadoras y asistencialistas que venían siendo la pauta hasta ese momento. El colectivo de personas con discapacidad entiende que han sido objeto de exclusión, marginación y opresión y reclaman el derecho a la independencia en sus decisiones y a llevar una vida según sus propios criterios y no los de los expertos.

Ese movimiento emancipatorio se traslada al ámbito académico, especialmente al campo de la Sociología, bajo la denominación de “modelo social” de la discapacidad. El modelo social elaborará una interpretación de la discapacidad que se opondrá a la visión del que denominan “modelo médico”, el imperante todavía en la mayoría de los países del primer y el tercer mundo. El modelo médico especifica que la discapacidad es un atributo individual resultado de una deficiencia fisiológica del organismo, deficiencia que puede ser diagnosticada y tratada clínicamente. El objetivo del tratamiento será la cura, en la medida de lo posible, de esa deficiencia mediante la rehabilitación. Frente a esta perspectiva, el modelo médico señala que la discapacidad no radica en la deficiencia fisiológica del individuo, sino en las estructuras sociales en las que éste debe vivir. Se trata de unas estructuras creadas por y para las personas sin discapacidad que no toman en consideración la existencia de las personas con discapacidad ni sus específicas necesidades. De este modo, la discapacidad se traslada desde su substrato fisiológico hacia las constricciones estructurales de un entorno social marginador y

excluyente: la discapacidad no implica personas discapacitadas, sino una sociedad discapacitante.

El modelo social, por tanto, se erige como una formulación teórica crítica de la discapacidad que pretende desvincular la naturaleza social de la misma de su substrato fisiológico y médico. Pero en cualquier caso, se erige sobre la dicotomía entre ambos planos, el fisiológico (la deficiencia o *impairment*), y el social (la discapacidad, o *disability*, propiamente dicha). Al mantener esa dicotomía, no tomará, al menos en sus inicios, el cuerpo como referencia fundamental para la elaboración de una interpretación crítica de la discapacidad desde una perspectiva sociológica. El cuerpo, el cuerpo con discapacidad será abandonado a los dictámenes y prácticas de la ciencia médica y no será puesto en escena como *locus* fundamental del conflicto por la integración social.

Ya algunos autores han señalado ese “olvido” del cuerpo por parte de la teoría de la discapacidad producida por el modelo social (Hughes y Paterson, 2008; Shakespeare y Watson, 1995)¹. Dicho olvido tiene serias implicaciones para la elaboración de una interpretación sociológica sólida de la discapacidad desde una perspectiva crítica que pueda servir como herramienta de emancipación y emponderamiento a las personas con discapacidad.

Desde mi punto de vista, resituar la mirada sociológica sobre la discapacidad en el cuerpo permite articular dos líneas de análisis que suministran consistentes herramientas conceptuales para la elaboración de un proyecto a la par teórico y emancipatorio. Por una parte, la interpretación de la experiencia práctica y cotidiana de las personas con discapacidad como una experiencia sujeta a los condicionantes de un campo (Bourdieu, 1991, 1995, 1997, 1998, 1999) específico, el campo de la discapacidad, en el que se configura a su vez un habitus (Ibíd.) específico en torno a determinado capital simbólico (Ferrante, 2007, 2008; Ferrante y Ferreira, 2007, 2008, 2009; Ferreira, 2009); por otra parte, el análisis del marco estructural, históricamente configurado, en el que se gesta dicho campo a partir de la transición de las lógicas del poder político hacia la aplicación de tecnologías normalizadoras y disciplinadoras que se ejercen sobre los cuerpos individuales (anatomopolítica) y sobre el cuerpo colectivo (biopolítica) (Foucault, 1992[1996], 1994, 2000, 2007). En la confluencia de esos dos marcos analíticos emerge el cuerpo como catalizador, y a la par depositario, de la dominación de que son objeto las personas con discapacidad; en dicha confluencia puede entenderse cómo la opresión ejercida sobre ellas es una opresión encarnada que se erige en la cotidianidad de su experiencia subjetiva sustentada por estructuras objetivas de sometimiento.

Me centraré aquí en el segundo de los ejes. A partir de él podemos entender cómo la medicina, en tanto que disciplina científica, se ha constituido en el saber experto que permite sustentar esa dominación que conduce a la marginación, la exclusión y la opresión de la que son objeto, como colectivo, las personas con discapacidad.

¹ «Esta omisión del cuerpo ha conducido a un esencialismo social o cultural que ha producido una concepción insatisfactoria de las relaciones sociales (...) creemos que los Estudios sobre Discapacidad deben, de algún modo, introducir el cuerpo si pretenden seguir cumpliendo algún papel en el movimiento de las personas con discapacidad» (Shakespeare y Watson, 1995: 4-7). «La jugada teórica que hizo el modelo social de la discapacidad... implica la “desbiologización del discurso sobre la discapacidad. Esta es una jugada teórica emancipatoria. No obstante, en ella el cuerpo se pierde como construcción social e histórica y en cuanto espacio de significado y acción humana deliberada» (Hughes y Paterson, 2008:112).

Disciplina, poder y medicina²

La *normalización* médica se haya instalado firmemente en los modos de regulación de nuestras relaciones cotidianas: en nuestra experiencia cotidiana, en nuestras relaciones (con sus expectativas, ilusiones y esperanzas), estamos sometidos a la regulación simbólica de un capital deseable, el del cuerpo sano, bello y bueno (Ferrante, 2007, 2008; Ferrante y Ferreira, 2007, 2008).

La posesión de un cuerpo eficaz venía demandada, en los inicios de la industrialización, por la necesidad de mano de obra del sistema capitalista. Esa eficacia económica del cuerpo acabará remitiendo a unos estándares de salud que dictamina la ciencia médica, presuponiendo una condición y funcionalidad del organismo humano que sería independiente de los contextos sociales en los que el mismo se desenvuelve. La norma médica de salud dictaminará la eficacia esperable del cuerpo (por eso toda empresa realiza un “examen” médico a sus empleados antes de la contratación y “revisiones” médicas periódicas una vez contratado). De modo que, inicialmente, la salud corporal se vincula con la productividad económica.

Con la transición del capitalismo industrial al capitalismo de consumo, del mismo modo que la orientación económica se desplaza de la producción de mercancías a la producción de consumidores, en torno a la lógica publicitaria se va gestando un ideal estético del éxito económico. Si la salud corporal garantizaba la eficacia productiva del cuerpo (y con ello, para la gran mayoría de los agentes sociales, la posibilidad de supervivencia gracias a la obtención de un salario por su trabajo), ahora será la posesión de un cuerpo ajustado a cierto ideal estético lo que puede garantizar, ya no la supervivencia económica, sino el éxito social (un éxito de fundamento económico, ciertamente, pero que no se vincula ya a la garantía de un salario, sino al ascenso en la jerarquía social; o por decirlo de otra manera: un cuerpo bello no ha de conformarse con cualquier salario). La progresiva implantación de la ideología neo-liberal, ingrediente necesario de la expansión del sistema económico capitalista, hace transitar sus tres valores fundamentales, egoísmo, individualismo y mérito se vinculan, en su potencialidad, hacia el ideal estético de un cuerpo “perfecto”. En la ideología neo-liberal, el éxito social no está directamente vinculado al éxito económico (aunque en absoluto, claro está, se niega que estén estrechamente asociados), sino al estatus, al reconocimiento, al prestigio, lo que podemos leer en el sentido de la capacidad de inducir en los demás una determinada imagen propia. La “imagen” es precisamente el ingrediente del logro social que se deposita sobre el cuerpo: la imagen del éxito social se traduce, en el ámbito publicitario, y cultural en general gracias, en gran medida, a la colonización del mercado del cine por producción norteamericana, en la imagen del cuerpo perfecto.

En torno al cuerpo, por tanto, se anudan dos normas de regulación: una estrictamente médica de salud, y otra estética de perfección. Pero la medicina se apropia a su vez de esta segunda norma corporal, la estética, mediante la producción de diversas extensiones en sus funciones: la cirugía estética, las directrices dietéticas, las pautas en cuanto a ejercicio físico. En torno a la norma estética, sin versar estrictamente sobre la cura, la medicina despliega, en su práctica y en su discurso, todo un conjunto de prescripciones y rectificaciones que se vinculan con la norma de salud. Se gesta, en consecuencia, una normalización médica de los cuerpos llamados al éxito social en el doble plano de la salud y la belleza.

² La mayor parte de este epígrafe está tomado de Ferreira (2009)

Y, por supuesto, esta doble normalización de los cuerpos, que acaba instalándose en las conciencias y orientando tanto nuestras expectativas, como las esperanzas, los deseos, los proyectos vitales y las prácticas efectivas que orientan el discurrir de nuestra convivencia, esa doble normalización se articula en un segundo plano como la conjunción de aquello que por definición es deseable y, en consecuencia, por preferible, “bueno”. Es decir, se adhiere indisociablemente una marca o adscripción ética a la norma médica de la salud-belleza. Se gesta, en definitiva, la regulación de los cuerpos sanos-bellos-buenos. Los cuerpos “legítimos”. Cuerpos que no están al alcance de las personas con discapacidad, que son expulsados de la norma y se tornan cuerpos “no legítimos”.

Pero las personas con discapacidad, sujetas, como cualquiera, a esa normalización médica, se instalan en una experiencia según la cual la medicina les ofrece la promesa permanentemente incumplida de su “rectificación”, de su rehabilitación, la promesa de una “cura” que las aproximará lo más posible a esa legitimidad corporal de las que han sido desposeídas; la promesa de un cuerpo “no legítimo legitimado” (Ferrante, *op. cit.*; Ferrante y Ferreira, *op. cit.*).

Por lo tanto, se instituye toda una lógica de regulación, sometimiento, disciplinamiento, jerarquización, entrenamiento, en nuestra existencia cotidiana, en torno a ese cuerpo plenamente legítimo, para las personas sin discapacidad, que en el caso de las personas con discapacidad será un cuerpo no legítimo legitimado. La cuestión es establecer por qué y cómo hemos llegado a asumir esa lógica; una lógica de la subordinación, en última instancia, a las necesidades estructurales del sistema que nos alimenta. Hablamos del cuerpo como sedimento de las estructuras sociales, de las regulaciones y de las dominaciones que atraviesan la experiencia de nuestra convivencia.

La razón de ser histórica de ese imperialismo médico como discurso ortodoxo del cuerpo, como criterio experto normalizador, la encontramos en la transición operada en los modos de ejercicio del poder; y la encontramos, según Foucault (1992), en el siglo XVIII. Y la instancia fundamental que define el rumbo de esa transición es y será el Estado³. La génesis, moderna, del campo de la discapacidad está vinculada a la génesis de las técnicas de poder disciplinario. Hasta el siglo XVIII, el poder se había ejercido de manera visible y directa (máxima expresión de lo cual habían sido las monarquías absolutas, última y magnífica expresión del poder tradicional); era la coacción permanentemente visible de quien podía, si quería, ejercer la violencia directa como acto de poder. Pero a partir de entonces (cuando, según Tocqueville, el principio democrático arrastra y derriba al aristocrático, cuando el Antiguo Régimen termina de tambalearse —Tocqueville, 1989—, cuando la emergente economía capitalista y la clase burguesa que la abandera cobran su empuje definitivo) el poder transita hacia una nueva modalidad, según la cual, no será ya la ley (de inspiración divina) la que dictará la sanción, sino la norma (como construcción científica).

Hemos de situarnos en ese movimiento de largo alcance llamado “modernidad” para establecer los principios que dan sentido a la constitución del campo de la discapacidad.

³ No entendemos por “estado” una instancia perfectamente delimitada, sino un aparato político complejo que aglutina un conjunto amplio y heterodoxo de instituciones puestas al servicio del poder instituido: monarca, presidente, gobierno, parlamento, policía, ejército, sistema legal, aparato educativo,... son el estado. La cámara de los lores es tan estado como el semáforo de la esquina de mi calle. (No pretendemos dictar “jurisprudencia” al respecto —menos, si nos servimos de la obra de Foucault—: aceptamos la condición polisémica y problemática del concepto y asumimos que, en última instancia, y por oposición, el lector “identificará” esa figura).

Las sociedades occidentales atravesaron una época de profundas transformaciones que supusieron una reconstitución en términos económicos, políticos y cognitivos. En particular, es entonces cuando surge “la ciencia”, entendida como “campo general y policía disciplinar de los saberes” (Foucault, 1996:150)⁴. La monarquía absoluta en decadencia experimenta el auge económico propiciado por los inicios de la industrialización; en ese movimiento, cobran importancia los saberes “técnicos”. Hasta entonces, y a lo largo de varios siglos, se han constituido como saberes fragmentarios, locales y hasta secreto, en pugna entre sí y que prometen, a sus poseedores, un grado relativo de éxito económico (Foucault, 1996:152-153). Pero dada la aceleración del progreso económico, el Estado decide emprender una tarea de “apropiación” de esos saberes o, como Foucault lo define, “el disciplinamiento de los saberes polimorfos y heterogéneos” (*Ibid.*:150):

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

La transición en el ejercicio del poder por parte del Estado opera una colonización de los saberes (técnicos, especializados, artesanales) que, mediante cuatro directrices —selección, normalización, jerarquización y centralización⁵— los constituye en dispositivos de saber-poder que se ejercen sobre las prácticas cotidianas de los “súbditos-trabajadores”:

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

“El siglo XVIII fue la época de la reducción a disciplina de los saberes” (*Ibid.*).⁶ Y precisamente esta es la clave que nos conduce a la génesis, histórico-política, del campo de la discapacidad:

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

⁴ Es sintomático, según Foucault, que a lo largo del siglo XVIII desaparezca la figura del científico aficionado (*Ibid.*:151).

⁵ «...el Estado intervendrá... con cuatro grandes procedimientos. En primer lugar, mediante la eliminación y descalificación de los que se podrían llamar pequeños saberes inútiles (...) en segundo lugar mediante la normalización de estos saberes entre ellos, que permiten adaptarlos unos a otros (...) hacer intercambiables no sólo los saberes, sino también sus poseedores. En tercer término mediante su clasificación jerárquica, que permite de algún modo que encajen unos en otros (...). Cuarta operación, por fin,... centralización piramidal de los saberes, que permite su control,... transmitir de abajo hacia arriba sus contenidos y de arriba hacia abajo sus directrices de conjunto...» (*Ibid.*: 148-149)

⁶ «Con el disciplinamiento de los saberes, aparece, en su singularidad polimorfa, ese hecho y ese conjunto de constricciones que hacen cuerpo con nuestra cultura y que llamamos ciencia» (*Ibid.*:150)

cómo, finalmente, a partir de estos saberse disciplinados emergió la constricción de la ciencia en lugar de la constricción de la verdad.» (Ibíd.:152)

He aquí la génesis histórica de la medicina como ortodoxia respecto al cuerpo social, como saber normalizado y normalizador, esgrimido y articulado por el Estado para la regulación (como saber-poder; saber disciplinado al servicio del poder disciplinario) de las poblaciones a través de la normalización (efecto ontológico de su normalización, epistemológica, como saber) de los cuerpos. En el siglo XVIII la medicina se instituyó como uno de los campos de saber disciplinados por el poder estatal, como uno de los campos de lucha política en los que la normalización del saber, de los saberes, suponía la insitución de un poder que, lejos de ejercerse de manera directa y violenta, se ejercía por coacción indirecta, por “amenaza de desviación”.⁷

A partir de cierto momento, la ciencia por excelencia del estado (y de ahí su nombre) ha sido la “estadística”: el cómputo y clasificación, por diversos criterios definibles en función de las variables contingencias históricas, de la población... de los cuerpos. La disciplina, como lógica del poder, implica una subordinación sistemática, cotidiana y duradera a estándares derivados de clasificaciones, catalogaciones y prescripciones expertas (número de calorías, cantidad de ejercicio, horas de sueño y de vigilia, posturas correctas, prácticas “saludables”, consumos adecuados, inversiones correctas, estudios pertinentes, amistades adecuadas, sexualidad segura,...); el conjunto de nuestras prácticas cotidianas está, como afirmaba Foucault, regulado por un sistema de saberes normalizadores que dictaminan, no acerca de la verdad o la falsedad de nuestra existencia, sino acerca de la adecuación o no a la norma estipulada al respecto. Somos prisioneros de la ciencia del Estado, la estadística.⁸ Y la medicina se ha erigido en una de las principales armas de esa ciencia.

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

⁷ Otro importante proceso que instaura a la medicina como saber normalizador puesto al servicio de esas nuevas técnicas de poder aplicadas por el estado es su inscripción en los dictámenes jurídicos mediante la pericia forense psiquiátrica: «...la pericia psiquiátrica permite doblar el delito, tal como lo califica la ley, con toda una serie de cosas que no son el delito mismo, sino... que... se presentan en el discurso del perito psiquiatra como la causa, el origen, la motivación, el punto de partida del delito (...) la pericia psiquiátrica permite constituir un doble psicológico ético del delito. Es decir, deslegaliza la infracción tal como la formula el código para poner de manifiesto detrás de ella... una irregularidad con respecto a una serie de reglas que pueden ser fisiológicas, psicológicas, morales, etcétera» (Foucault, 2000: 28, 29).

⁸ Si mi talla, peso, condición laboral, estatus afectivo, formación, etc. se desvían significativamente de las estadísticas oficiales, seré (me sentiré) un marginado, un excluido.

No es arbitrario que por la época en la que el poder instituye su condición normalizadora se inaugure, correlativamente, el proceso de institucionalización de las personas con discapacidad (Oliver, 1990). Dicho proceso, según Oliver, se vincula a los requerimientos funcionales del capitalismo emergente, a su necesidad de abundante mano de obra “capaz”, productiva, así como de un volumen suficiente de consumidores solventes (siendo para la gran mayoría de las poblaciones lo primero condición necesaria para lo segundo). Las personas con discapacidad parecen no reunir las condiciones de “eficiencia” requeridas; son un estorbo, un obstáculo para el sistema, son un excedente prescindible que debe ser apartado de los circuitos principales de una vida social que comienza a pasar necesariamente por la implicación con la producción industrial. La solución al “problema” surgirá, precisamente, a partir de los dispositivos disciplinarios y normalizadores que las tecnologías del poder venían desplegando: inscrita su desviación, a partir de los requerimientos económicos según los cuales se la dictamina, en su incapacidad, será la ciencia médica el saber experto designado para diagnosticar, tanto el substrato de dicha desviación como las medidas rectificatorias. Y así, se crean instituciones especializadas en las que las personas con discapacidad son recluidas para su tratamiento clínico por parte del saber experto destinado a regular su existencia. La ineficiencia económica es firmemente instalada en una anormalidad fisiológica que sólo puede ser tratada por la ciencia que posee la potestad para hacerlo: la discapacidad, que en cuanto desviación o anomalía, se suscita por razones económicas, es asimilada a *enfermedad*, traducida en una desviación de la norma de *salud*.

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

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

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

Cuerpo, vida, medicina, dominación... experiencia

Situados en el marco de referencia del cuerpo, el cuerpo como espacio complejo de confluencia de lógicas sociales, experiencias subjetivas, estrategias de dominación y emancipación, como ámbito de la sensibilidad, del deseo y de la “resistencia a la

razón”⁹, la recomposición de la perspectiva respecto a la discapacidad implica severos cuestionamientos a nuestros esquemas y presupuestos inconscientemente asumidos.

Ni el esquema genealógico de Foucault, respecto a la constitución histórica de las tecnologías del poder político a las que estamos sujetos a fecha actual (y que ha sido el nudo central del presente trabajo), ni la componente fenomenológica de Bourdieu respecto a la “incorporación” de los esquemas y predisposiciones que subordinan a los dominados a su dominación a través de la lógica de la experiencia práctica, ninguno de ambos esquemas explican consistentemente la experiencia de la discapacidad. Ambos son esquemas abstractos, según se formulan en su aplicación al fenómeno de la discapacidad. Ninguno de ambos cierra de manera efectiva la problemática en cuestión ni promueve medidas emancipatorias efectivas. Según Foucault, la compleja estructura de saber-poder que se empieza a consolidar en las sociedades europeas desde el s. XVIII no tiene, de hecho, anclaje efectivo en la existencia cotidiana: sus bases documentales apelan a procesos históricos que consolidan en el ejercicio cotidiano ciertas formas de afrontar el manejo corporal de los subordinados (cuartel militar, hospital psiquiátrico, institución escolar), sin apelar a su anclaje efectivo en el mundo actual. Suena, ciertamente, una sintonía que sería fácilmente traducible en el mundo que vivimos, pero falta, de hecho, esa traducción. Falta, en adición a esas propuestas, un estudio sistemático de los medios de comunicación, de la publicidad, del ocio de fin de semana, de la moda, del deporte... espacios que expresarían, en su actualidad, esas lógicas de anclaje y sujeción de los cuerpos a disciplinamientos sistemáticos regulados por mecanismos normalizadores de saber-poder.

Por su parte, los campos simbólicos de Bourdieu, dominados por la lógica de un compromiso prerreflexivo e incondicional (*illusio*) que conforma un determinado habitus, no son susceptibles de una interpretación específica más que trasladados a los ámbitos histórico-nacionales concretos¹⁰. El marco analítico expresa de manera más que convincente el hecho cotidiano de una sujeción inconsciente y correosa a una experiencia determinada por estructuras simbólicas y prácticas circunscritas por condicionantes históricos; pero en nuestro caso particular no explica el origen de dichos marcos de referencia (cosa que sí puede ser rastreada a partir de la genealogía foucaultiana).

En esa doble laguna se inscribe una necesidad analítica: acceder a la experiencia concreta de las personas con discapacidad. ¿Por qué? Porque ahora intuimos las preguntas que es necesario plantear. Ambos marcos, insuficientes en sí mismos, proveen las interrogantes propiciatorias de un proyecto teórico emancipador.

La ciencia médica ha colonizado nuestra experiencia; cualquier acto, corporal, médicamente reprobable, es susceptible de sanción moral (haz ejercicio, come menos calorías, adopta la postura adecuada, cumple con los calendarios de vacunación, hazte revisiones periódicas,...); en nuestra experiencia cotidiana fluctúan estereotipos visuales promovidos por los mercados de la estética que condicionan nuestras expectativas y

⁹ «(l)a postmodernidad celebró el cuerpo en cuanto alteridad, como aquello que no puede regularse por completo y que, en última instancia, protesta contra la subordinación del deseo por parte de la razón» (Turner, 1994b:17, cit en Hughes y Paterson, 2008: 109).

¹⁰ Como bien expresa el propio Bourdieu al decir que cuanto dice se remite a la realidad concreta de la Francia que empíricamente llegó a estudiar: «...sólo se puede captar la lógica más profunda del mundo social a condición de sumergirse en la particularidad de una realidad empírica, históricamente situada y fechada, pero para elaborarla como “caso particular de lo posible”, en palabras de Gaston Bachelard, es decir, como caso de figura en un universo finito de configuraciones posibles» (Bourdieu, 1997:12).

nuestras orientaciones vitales; el ocio nocturno reviste de pseudópodos extra-corporales nuestra corporalidad, haciendo visible el hecho de que nos vendemos en un mercado en el que la ideación marca la pauta de la realidad. Sabiéndonos prescindibles, rechazamos esa asunción y en el intento de negarla provocamos una corporalidad exacerbada que abunda en un mercantilismo soez. Somos cuerpos-mercancías que nos vendemos en la ignominia de un mercado ético-estético en el que lo que está en juego es, simplemente, nuestra legitimidad social. ¿A qué conduce esta vorágine a las personas con discapacidad? A la más absoluta negación social.

Entendido el cuerpo, en su carnalidad subjetiva más radical, como el espacio/tiempo en el que se despliega cotidianamente nuestra socialidad, nuestras capacidades perceptivas, afectivas, evaluativas... la lógica meritocrática de un sistema económico capitalista cada vez más radical en sus principios condena a muchos colectivos a la exclusión social. Y la dimensión corporal de esa exclusión es un ámbito de combate que necesariamente debe ser abordado; algo de lo que ya se dio cuenta el movimiento feminista hace tiempo.

Una de las formas de liberarse de la sujeción machista y patriarcal es la reapropiación del propio cuerpo por parte de las mujeres: liberación que implica dejar de asumir una subordinación reproductiva y un rol doméstico y asumir las decisiones sobre la propia sexualidad, tanto en su ejercicio efectivo como en su función. Más allá de la lucha política en los espacios institucionales y la reclamación de la igualdad de derechos, muchas mujeres han emprendido el camino de su liberación con su propio cuerpo, en el ámbito privado, tanto a nivel personal como profesional. Esa lucha se ha revelado de enorme importancia.

Una liberación análoga debe ser emprendida por el colectivo de las personas con discapacidad; en su caso, la reapropiación del propio cuerpo pasa por la supresión de las imposiciones médicas. No quiere esto decir que la medicina no tanga ya nada que decir en materia de discapacidad; al contrario, su papel es fundamental. Pero debe ser un papel subordinado a las decisiones de quienes han de recibir sus efectos. El problema es que las personas con discapacidad todavía no han asumido, en la inmensa mayoría de los casos, esa necesidad porque como colectivo han sido sistemáticamente expropiados de la capacidad de decidir; no se trata de dos planos distintos, uno político, otro biológico, decisiones y cuerpo, sino de dos expresiones de una misma y única lógica de sometimiento. La expropiación médica de una experiencia corporal autónoma por parte de las personas con discapacidad es, precisamente, la que conduce a la configuración de los espacios prácticos, simbólicos y afectivos en los cuales se despliegan todas las estrategias disciplinatorias que las condenan a la exclusión social.

Se trata de un colectivo invisibilizado y sometido a un mutismo sistemático. Por eso es necesario que la elaboración de una teoría sociológica crítica de la discapacidad haga visibles esos cuerpos y sitúe en su discurso esas voces. Como bien señala Corker (2008), del mismo modo que la diagnosis médica y la remisión de la discapacidad a una deficiencia fisiológica homogeneiza, en términos sociales, a un colectivo por su mera adscripción a la condición de enfermos crónicos, del mismo modo, desde el modelo social se impone, en gran medida, una homogeneización análoga desde el otro plano de la dicotomía en la que ambos modelos se instalan, al identificar cualquier experiencia singular de la discapacidad como “opresión social”.¹¹

¹¹ «una supuesta coherencia interna o unidad del impedimento requiere una categoría de “normalidad” estable y antagónica. Esta normalidad institucionalizada, al mismo tiempo,

Lo cierto es que cada persona experimenta de un modo singular e irrepetible las imposiciones derivadas de su discapacidad; cada cuerpo singular es modelado según los particulares disciplinamientos que la rehabilitación le haya impuesto, según la particular encarnación del habitus promovido por el campo de la discapacidad, según la concreta trayectoria social que haya tenido, según el conjunto de predisposiciones adquiridas respecto a esa promesa permanentemente incumplida de la cura, de la aproximación, a partir de la misma, a la legitimidad corporal en segunda instancia que promueve ese campo de la discapacidad. Cada narrativa particular, cada encarnación específica de la dominación sedimentada en la experiencia cotidiana es un fragmento de la “realidad” efectiva que constituye el fenómeno de la discapacidad. Su conjunción revelará la heterogeneidad efectiva de ese colectivo arbitrariamente homogeneizado por el dictamen médico adscrito a la norma de salud. Sólo evidenciando esa heterogeneidad será posible establecer los puntos en común, las recurrencias, las regularidades que conforman la experiencia de un colectivo; sólo a partir de esas experiencias, de su visibilización de su canalización discursiva será posible sostener una teoría sociológica crítica y consistente de la discapacidad, que conecte con la experiencia concreta de las personas, que revele la efectiva encarnación de su dominación y disciplinamiento, que les haga ver las razones de la misma y que les sirva como herramienta para la emancipación.

Ese es el proyecto de una sociología de la discapacidad que no quiera alcanzar únicamente el estatuto de artefacto conceptual destinado a las discusiones eruditas.

Bibliografía

Abberley, P. (1987): «The concept of oppression and the development of a social theory of disability», en *Disability, Handicap & Society*, vol. 2, nº 1, pp. 5-19

Abberley, P. (1998): «Trabajo, utopía e insuficiencia», en Barton, L. (comp.) *Discapacidad y sociedad*, Madrid, ed. Morata

Barnes, C. (1991a): *Disabled People in Britain and Discrimination*, Londres, Hurst & Co.

Barnes, C. (1991b): «Discrimination: Disabled People and the Media», en *Contact* nº 70, pp. 45-48.

Brisenden, S. (1986): «Independent Living and the Medical Model of Disability», en *Disability, Handicap and Society* 1(2), pp. 173-178.

Bourdieu, P. (1991): *El sentido práctico*, Madrid, Taurus.

Bourdieu, P. (1995): *Las reglas del arte*, Barcelona, Anagrama.

Bourdieu, P. (1997): *Razones prácticas*, Barcelona, Anagrama.

requiere y produce la comunión de las “voces” de cada impedimento (...) La regulación de los atributos de acuerdo con líneas de coherencia culturalmente establecidas produce un impedimento simplificado en cuanto carácter fundamental» (Corker, 2008:133).

- Bourdieu, P. (1998): *La distinción: criterio y bases sociales del gusto*, Madrid, Taurus.
- Bourdieu, P. (1999): *Meditaciones pascalianas*, Barcelona, Anagrama.
- Ferrante, C. (2007): «Algunas reflexiones sobre la situación de discapacidad en la Argentina en la actualidad»; *IV Jornadas de Jóvenes Investigadores del Instituto Gino Germani*, disponible en:
http://www.iigg.fsoc.uba.ar/jovenes_investigadores/4jornadasjovenes/EJES/Eje%207%20Políticas%20del%20Cuerpo/Ponencias/FERRANTE,%20Carolina.pdf
- Ferrante, C. (2008): «Cuerpo, discapacidad y posición social: una aproximación indicativa al *habitus* de la discapacidad en Argentina», en *Revista Intersticios*, Vol 2, Nº1. <http://www.intersticios.es/article/view/2352/1898>
- Ferrante, C. y Ferreira, M.A.V. (2007): «Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad», *Revista Argentina de Sociología* (en prensa); disponible en:
http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf
- Ferrante, C. y Ferreira, M.A.V. (2008): «Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados», *Revista de Antropología Experimental* 8; pp. 403-428. Disponible en:
<http://www.ujaen.es/huesped/rae/articulos2008/29ferrante08.pdf>
- Ferrante, C. y Ferreira M.A.V. (2009): «El habitus de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en el tercer mundo», *Política y Sociedad* 46 (3) (Monográfico: *Sociología de la discapacidad: una praxis emergente*; en prensa).
- Ferreira, M.A.V. (2009): «De la minusvalía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico», *Política y Sociedad* 46 (3) (Monográfico: *Sociología de la discapacidad: una praxis emergente*; en prensa).
- Finkelstein, V. (1980): *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*, Nueva York, World Rehabilitation Fund.
- Foucault, M. (1992[1996]): *Genealogía de la moral*, Madrid, La Piqueta [Buenos Aires/La Plata, Altamira].
- Foucault, M. (1994): *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*, Madrid, s. XXI.
- Foucault, M. (2000): *Los anormales*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (2007): *Nacimiento de la biopolítica*, Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Hughes, B. y Paterson, K. (2008): «El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento», en: L. Barton (comp) *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata; pp. 107-123.
- Liberty (1994): *Access Denied – Human Rights and Disabled People*, Londres, National Council to Civil Liberties.
- Oliver, M. (1990): *The Politics of Disablement*, Londres, McMillan Press.
- Shkesperare, T. y Watson, N. (1995): «The body line controversy: a new direction for disability studies?», *Hull Disability Studies Seminar*; disponible en:
<http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Shakespeare/The%20body%20line%20controversy.pdf>

Swain, J., Finkelstein, V., French, S. y Oliver, N. (1993): *Disabling barriers – Enabling Enviroments*, Londres, Sage/ Open University Press.

Tocqueville, A. (1989): *El Antiguo Régimen y la revolución*, Madrid, Alianza.

Turner, B. (1994b): «Bodies and anti-bodies: flesh and fetish in contemporary social theory», en T. Csordas (ed): *Embodiment and Experience: the existent ground of cultural and self*, Cambridge, Cambridge University Press.