

**JORNADAS DE SOCIOLOGÍA**  
**"Sociología y tecnología ¿qué futuro nos espera?"**  
**Asociación Madrileña de Sociología**  
**Alcalá de Henares, 20-21 noviembre 2008**

*Área temática: Diversos ámbitos de la Sociología*

**SOCIOLOGÍA, DISCAPACIDAD Y DIVERSIDAD FUNCIONAL:  
UN MUNDO DIVERSO PERO EXCLUYENTE**

Miguel A. V. Ferreira  
Dpto. de Cambio Social (Universidad Complutense de Madrid)  
Secretario de ASESDIS  
(Asociación Española de Sociología de la Discapacidad)

La discapacidad, como fenómeno social, ha sido objeto de escasa atención hasta la fecha, excepción hecha del mundo académico anglosajón y, más particularmente, el británico. Allí se ha propuesto y tiene vigencia desde hace cerca de tres décadas el denominado «Modelo Social» de la discapacidad, que invierte la óptica tradicionalmente aplicada al fenómeno, la propia de lo que estos autores denominan, a su vez, el «Modelo Médico» de la discapacidad.

En Ferreira (2008) he expuesto la transición de un modelo al otro y las implicaciones que ese cambio de perspectiva tiene, tanto para el quehacer sociológico como para la lucha, política e ideológica, por la mejora de las condiciones de vida de las personas con discapacidad y la dignificación de su existencia. Ambas tareas son «urgentes», como lo muestran los datos que se recogen en Ferreira y Díaz (2008), por cuanto, pese a que en el marco normativo las personas con discapacidad han sido dotadas de instrumentos para su efectivo reconocimiento como ciudadanos de pleno derecho, en la práctica, dichos instrumentos distan mucho, a fecha actual, de haber sido aplicados con la eficacia y el rigor necesarios.

Las razones de este desfase entre el marco legal-normativo y la experiencia cotidiana cabe situarlas en un doble plano que tiene que ver, por un lado, con las lógicas de

dominación propias unas «Sociedades de la normalización» (Foucault, 1992) y, por otro, con la inscripción de esas lógicas, al nivel de la práctica cotidiana, en los habitus (Bourdieu, 1988, 1991, 1999) de los agentes particulares.

Las sociedades de la normalización operan a nivel político mediante instrumentos de categorización, jerarquización y disciplinamiento de los cuerpos que proceden mediante criterios de homologación/ diferenciación basados en saberes expertos que estipulan los óptimos a los que esos cuerpos (o más propiamente, el cuerpo colectivo en cada uno de sus sujetos singulares) deben ajustarse (cánones estéticos, códigos de conducta, trayectorias vitales, protocolos de tratamiento, honores o deshonores...). Estos procedimientos son viables porque el cuerpo colectivo está sujeto a procesos biológicos recurrentes, susceptibles de ser categorizados, dados, diagnosticados y regulados: la vida del cuerpo colectivo es susceptible de tratamiento (intervención) clínico.

Esos saberes expertos dictaminan la «norma» según la cuál el cuerpo debe regirse, y hacen de esa norma lo normal, lo que debiera ser habitual, sensato, adecuado, en todo momento y para todo sujeto, por el hecho de formar parte de un colectivo biológicamente predefinido por ese mismo saber. Lo normal adquiere una condición prescriptiva por referencia a una normalidad normalizada de antemano; lo normal no es lo naturalmente más probable, sino lo normativamente definido como tal. Esa es la gran función «política» de los saberes expertos (saberes que no buscan, ya, desvelar la verdad, sino prescribir la norma).

De entre esos saberes, el que tiene un papel preponderante es la Ciencia Médica. La prescripción normativa dictaminada por la medicina, camino de ese disciplinamiento colectivo, es la de la Salud. No es deseable estar sano, sino moralmente obligatorio porque dicha condición se ha instaurado, a partir de los dictámenes de la medicina, en la única opción razonable. Ya no queremos estar sanos, estamos obligados a «serlo».

La norma de la salud, por otro lado y constitutivamente arbitraria, pues depende en su definición objetiva de las condiciones, particulares y cambiantes, a las que esté sometida determinada colectividad (los modos de vida, las actividades económicas y demás definen los estados de salud posibles para sus integrantes; y éstos pueden ser muy variables), ha adquirido el valor de un universal incuestionable, potencialmente accesible a cualquier persona... siempre que «se cuide». De modo que los cuidados del

cuerpo tendentes a la posesión de dicha norma se convierten en un poderoso mecanismo de sometimiento de las prácticas colectivas. Si tenemos en cuenta, además, que al puro valor médico de la salud se han agregado (y lo han hecho a tal punto que se han vuelto indisolubles) los de la belleza y de la bondad, nos las tenemos con un artefacto médico-estético-ético que se extiende a lo largo y ancho de nuestra experiencia cotidiana dictaminando cómo debe ser nuestro cuerpo para ser un cuerpo ajustado a norma, o sea, «normal».

En estas condiciones, ciertas personas quedan excluidas de antemano de la posibilidad de ajustamiento; lo quedan en el momento en el que la ciencia médica dictamina que su condición es la de personas enfermas y no curables. Tal es el caso de las personas con discapacidad. Son poseedoras de cuerpos no ajustables, en función de la definición impuesta por la ciencia médica, a la norma de la salud. No es que sean, de hecho, personas enfermas, sino que bajo la regulación normativa de la salud sus cuerpos manifiestan «singularidades» no integrables y, por ello, quedan automáticamente excluidas (lo que sucedería igualmente, por ejemplo, con quienes tuvieran cataratas si la ciencia médica no hubiese desarrollado procedimientos tecnológicos de reintegración a la norma).

Las personas con discapacidad han sido definidas como cuerpos no normales, deficitarios, en algún sentido, respecto de la norma de salud. Dicha definición, instituida por la medicina, los ha convertido en sujetos de intervención y manipulación específica, por parte de la propia ciencia médica, con la intención de lograr la máxima aproximación posible a la norma que estipula su definición como tales. En última instancia, la discapacidad es un atributo personal, individual, fisiológicamente categorizable y clínicamente tratable; por desgracia, sabiendo de antemano que dicha intervención clínica, en contra de lo que es su pretensión última en cualquier caso, nunca logrará alcanzar el objetivo último de la cura.

Una primera tarea para la sociología, en relación con la discapacidad, consiste en la puesta en evidencia de la arbitrariedad de tal asignación, imputación, a partir de la cual se desencadenan todas las consecuencias prácticas que configuran la existencia cotidiana de las personas con discapacidad. En Rodríguez Díaz y Ferreira (2008) se anticipa parte de esa labor.

Resituándonos en el marco de esa experiencia cotidiana, práctica y concreta, podemos constatar que el efecto de ese mecanismo normalizados de regulación y disciplinamiento se traduce en la inculcación de una serie de predisposiciones duraderas en las personas con discapacidad que van a funcionar como marco de referencia regulador de su existencia: la norma médica de la salud se inscribe en los cuerpos de las personas con discapacidad en forma de habitus. Un habitus homogeneizador que proyectará sobre esas existencias, sobre esos agentes una ilusión inalcanzable por la cura, por la rectificación, por la normalización. Poseedores de cuerpos no legítimos según la norma médica, tendrán que basar sus expectativas en la obtención de una legitimación en segunda instancia, una falsa legitimación, o bien, la legitimación de lo ilegítimo (Ferrante y Ferreira, 2007).

El aparato institucional desplegado en torno a las personas con discapacidad, ajustado a la lógica de la intervención clínica, de la rehabilitación, aparato que despliega sus efectos más allá de sí mismo, imponiendo esa lógica en las familias (entornos inmediatos de las personas con discapacidad) y en el conjunto más amplio de sus conciudadanos (entorno mediato) genera como única expectativa razonable, normativamente obligatoria, la búsqueda de la máxima aproximación posible a la salud, al cuerpo legítimo. Pero en última instancia, y por debajo de la ficción de esa promesa imposible e incumplible, se instaura en las mentes y en los cuerpos (de las personas con y sin discapacidad) que se trata de personas cuya vida no merece la pena ser vivida (y por eso una película como «Mar adentro» circula tan exitosamente en nuestro régimen de preconcepciones, valores y apreciaciones).

Estas son las consecuencias de la imperante hegemonía del modelo médico sobre la discapacidad. Frente a él, el modelo social reclama que la carga de la prueba no recaiga sobre la persona individual, su imperfección o desajuste respecto a la norma, sino sobre el entorno en el que está obligada a vivir, un entorno que no toma en consideración (y podría hacerlo perfectamente, en beneficio de todo el mundo) sus auténticas necesidades. La condición discapacitada de las personas con discapacidad no se debe a su imperfección fisiológica, sino a la desatención de la que es objeto por parte de ese entorno. Un entorno configurado por todo un entramado de estructuras materiales y

simbólicas que tiene como objeto de atención, en su diseño y funcionamiento, un cuerpo prototípico e inalcanzable de salud perfecta; es decir, una ilusión o ficción creada por la ciencia médica. En los extremos de ese «ideal» de cuerpo sano encontramos la manifestación más evidente de su arbitrariedad. Los deportistas profesionales de élite son pasto del dopage y una vez terminada su corta trayectoria en activo tienden sistemáticamente a la deformidad (ejemplo paradigmático son esos entrenadores de equipos de fútbol, orondos y barrigones, que en su día fueron figuras en sus selecciones); en el mundo de las modelos, de las top-models, es casi una práctica obligada la bulimia y la anorexia (y, como no, los excesos con la cocaína y otras sustancias tan beneficiosas para el organismo). En las más altas cumbres de la norma, la norma se evidencia en toda su monstruosidad y falsedad (y pese a ello, y con total irracionalidad, la mayoría de los niños quieren ser jugadores de fútbol de primera división y a la mayoría de las niñas les encantaría ser modelos...).

En nuestro país, el colectivo de personas con discapacidad que participa activamente del movimiento por una Vida Independiente, desde 2005, ha decidido romper con los esquemas heredados reivindicando que no quieren ser nunca más nombrados en negativo, por referencia a las supuestas carencias que las caracterizarían constitutivamente (menos válidos o menos capaces: minusválidos, discapacitados); han decidido, como todo colectivo que históricamente ha emprendido la lucha por el reconocimiento de sus derechos y su liberación de las opresiones de las que son objeto, que quieren entenderse y asumirse «en positivo». Por eso, el concepto que han propuesto, en sustitución del de discapacidad, es el de «diversidad funcional». No son personas menos válidas ni menos capaces; sus valías y capacidades serían perfectamente reconocibles si el entorno en el que viven les facilitara los medios adecuados para desarrollarlas; quieren entenderse como un colectivo que puede «funcionar», de manera perfectamente válida y capaz, sólo que de un modo distinto al que nos han inculcado que es el habitual. Forman parte de la gran diversidad que caracteriza a la existencia humana; son distintos, ni mejores ni peores, que las personas sin discapacidad; y con la ayuda y medios adecuados, pueden llevar a cabo las mismas funciones, sólo que a su modo particular.

El concepto de diversidad funcional es sociológicamente problemático por el hecho de que, nominalmente, pareciera indicar una cierta filiación con uno de los grandes paradigmas teóricos de la disciplina. A los ingenuos que partan en su crítica de esa

filiación ya les indicamos de antemano que no entenderán absolutamente nada de lo que hay, sociológicamente hablando, detrás del concepto. Nada más lejos de los presupuestos funcionalistas que la concepción que implica el término diversidad funcional. Puesto que es el propio colectivo el que ha decidido asumirlo, no cabe otra opción que su reivindicación, y el fortalecimiento de sus implicaciones mediante un riguroso trabajo intelectual que extraiga todas las consecuencias, críticas y radicales, que el mismo comporta. Esa es, a mi entender, la tarea de una todavía por constituir Sociología de la Discapacidad.

### **Referencias bibliográficas:**

BOURDIEU, P (1988): *La distinción*, Taurus, Madrid.

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

BOURDIEU, P. (1999): *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, Barcelona.

FERRANTE, C. Y FERREIRA, M. A. V.: “Cuerpo y *habitus*: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad”, *Revista Argentina de Sociología* [2008, en prensa] Disponible en:

[http://www.um.es/discatif/PROYECTO\\_DISCATIF/Documentos/Ferrante\\_Ferreira.pdf](http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf)

FERREIRA, M. A. V. y DÍAZ VELÁZQUEZ, E. (2008): “Discapacidad, estratificación social y nuevas tecnologías de la información”, *Política y Sociedad*; 46(2) (2009, en prensa); 32 pp. ISSN: 1130-8001. Disponible en:

[http://www.um.es/discatif/PROYECTO\\_DISCATIF/Documentos/PyS\\_Ferreira\\_Diaz.pdf](http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/PyS_Ferreira_Diaz.pdf)

FERREIRA, M. A. V.: “Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos”, *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), Nº 124 (2008); pp. 141-174. ISSN: 0210-5233. Disponible en:

[http://www.um.es/discatif/TEORIA/REIS\\_discapacidad.pdf](http://www.um.es/discatif/TEORIA/REIS_discapacidad.pdf)

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

RODRÍGUEZ DÍAZ, S. y FERREIRA, M. A. V.: «Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la *dis*-capacidad», *Revista Internacional de Sociología* (RIS); 17 pp. (2008, en prensa) ISSN: 0210-5233. Disponible en: [http://www.um.es/discatif/TEORIA/DF\\_SRDyMAVF.pdf](http://www.um.es/discatif/TEORIA/DF_SRDyMAVF.pdf)