

# **Entre el modelo médico y el modelo social, algunas reflexiones sobre conceptos y prácticas**

Indiana Vallejos

## **1 Introducción**

La primer cuestión que me interesa plantear es que estas pocas cosas que voy a compartir hoy con ustedes, fueron producidas en el marco de mi trabajo en el equipo de investigación de la FTS UNER.

La segunda cuestión que me interesa plantear, es que me resultó muy difícil elaborar esto, pensando en la trayectoria de todos y cada una de ustedes, y tener algo interesante por decir es toda una tarea.

Lo que comparto es la organización de algunos planteos en el marco de mis aportes a ese proyecto de investigación, titulado “Políticas en *discapacidad* y producción de sujetos: el papel del Estado.” que es dirigido por la Dra. Ana Rosato.

En este marco, trataré de meterme con lo que se ha dado en llamar “modelo médico” y “modelo social” de la discapacidad, aunque quizás el término “modelo” no sea el más feliz.

Y elegí este tema en el marco de una presentación que estaba pensada para el mes de diciembre, muy próxima al 10 de diciembre, Día Internacional de los Derechos Humanos y al Día Internacional de las Personas con Discapacidad.

Entonces, dado el encuadre temporal, resultaba interesante pensar en esta tensión entre los modelos y sus implicancias en las prácticas.

## **2 Entre el modelo médico y el modelo social**

Es relevante, a mi entender y el del equipo de investigación en el marco del cual se realizó esta producción, discutir que la discapacidad esté dada en el cuerpo, que sea natural y evidente, que no pueda dejar de reconocerse a simple vista, por el sólo hecho de “estar ahí”, porque a ese cuerpo le falta un brazo o le sobra un cromosoma; y pensar al cuerpo como algo construido, lo que sugiere que los cuerpos deficientes – anormales solo viven dentro de las limitaciones productivas de ciertos esquemas reguladores en alto grado generalizados.

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

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

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

Veinte años más tarde, la CIF establece que

El funcionamiento y la discapacidad de una persona se conciben como una interacción dinámica 10 entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales. ... Los Factores Contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales. (OMS. 2001:9)

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

### **2.1 *¿Grillete atado a la pared o grillete con la bola pesada? Todo depende del cristal con que se mira, o del clasificador con que se evalúa.***

Si analizamos el Protocolo de Evaluación utilizado hasta el año pasado para la certificación de discapacidad, podemos ver que utiliza la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) para consignar las que el profesional médico considera causas de la *deficiencia*. Al igual que otros clasificadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS), éste establece categorías nosográficas en las que se ubican los signos y síntomas<sup>1</sup>. Esta

---

<sup>1</sup> “Una clasificación de enfermedades puede definirse como un sistema de categorías a las cuales se asignan entidades morbosas de acuerdo con criterios establecidos. El propósito de esta

clasificación de diagnósticos permite *etiquetar* a los *pacientes* con un código representativo para cada enfermedad. La disposición gráfica del formulario, es elocuente acerca de la ubicación en un lugar de la cuadrícula.

La CIE proporciona un diagnóstico etiológico, para la evaluación de deficiencias, discapacidades y minusvalías, se utiliza –hasta el momento– la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) aprobada por la OMS en 1980.

Si bien la versión actualmente en uso por ese organismo internacional es la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF, también conocida como CIDDM – 2)*, aún no era utilizada por las *Juntas Evaluadoras* en la Provincia de Santa Fe al momento de realizar el Trabajo de Campo de la investigación, pero se comenzó con el proceso de capacitación de las *Juntas Evaluadoras* en el uso del nuevo Clasificador.

Detengámonos un momento para analizar los conceptos que fundan a una y otra clasificación, y las consecuencias de su utilización.

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

En este modelo, el cuerpo como pura organicidad<sup>2</sup> es despojado de su historicidad y de su socialidad; la enfermedad y la *deficiencia* son hechos biológicos universales y clasificables, cuyos síntomas son descriptos en manuales de clasificación.

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

---

clasificación es permitir el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas, y en diferentes épocas.” (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud – CIE 10. Descripción y Objetivos)

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

causa y efecto de un modo determinista y no reversible ni transitable en sentido contrario.

El cuerpo está disociado del sujeto, es objeto de la mirada y las prácticas profesionales, por lo que su reacción al estímulo rehabilitador es considerada mecánica. Es la respuesta de la máquina imperfecta, de la máquina fallada, a la intervención correctora, por eso resulta posible establecer de modo estándar *las posibilidades de rehabilitación* de un sujeto, tal como se requiere en las leyes 22.431 y 25.504.

En palabras de un entrevistado:

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

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

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

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

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

*Esas son las discapacidades fáciles les llamamos nosotros, las hipoacusias, las discapacidades motrices, no generan ni debate ni duda, están. Está [pre clasificado, establecido en una grilla preexistente a la evaluación] hasta en el grado que la persona*

*está discapacitada, en el caso de la hipoacusia o la sordera, entonces son “los fáciles” que decimos nosotros.*

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

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

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

Es la propia Organización Mundial de la Salud que cuestiona el modelo individualista y lo critica diciendo que:

“...considera la discapacidad como un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta. La atención sanitaria es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.” (OMS. 2001:218)

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

La interpretación de este modelo se centra en las

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

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

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

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

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

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

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

En un escrito posterior se plantea que

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

Este *modelo* está en revisión por parte de sus impulsores<sup>3</sup>, que comienzan a cuestionarse el lugar del cuerpo en la experiencia de discapacidad, aunque alejados claramente del modelo médico y tendiendo a romper la identificación – que este mismo modelo reprodujo, como ya se dijo- entre *impedimento*, cuerpo y biología.

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

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

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

Sin embargo, para la lógica empresaria el objetivo sí se alcanza: la salud es un gran negocio, para los laboratorios farmacéuticos, para los centros privados de rehabilitación e internación, para los

---

<sup>3</sup> El movimiento de personas con discapacidad que reclama este espacio de teorización como propio a partir de la experiencia de la discapacidad, y que han desarrollado gran parte de lo que conocemos como *Disability Studies*. (BARTON, BARNES, DAVIES, OLIVER, SHAKESPEARE entre otros).

fabricantes de sillas de ruedas y audífonos, para las grandes ortopedias, etc. (JOLY. 2010: 5-6)

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

“considera el fenómeno principalmente como un problema *social*, desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político.” (OMS. 2001:218)

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

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

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

Pero los autores inscriptos en el *modelo social*, realizan una crítica radical a las sociedades capitalistas –generadoras de la *discapacidad*– que es necesario transformar si se pretende cambiar la situación de opresión de las y los discapacitados. Esta crítica radical está lejos del espíritu y la intencionalidad de la OMS, que sostiene su aspiración de clasificación, aunque ya *no de las personas sino*



“...de las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los impactos ambientales.” (OMS. 2001:205)

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

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

Si bien propone una crítica que resulta superadora del modelo médico de la *discapacidad*, al incluir la *interacción de una persona con un estado de salud y su entorno*, mantiene como supuesto la comparación de la “participación de un individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en esa cultura o sociedad” (OMS. 2001:174) dando por sentada y natural la *normalidad* de esa *participación esperada*. Por lo tanto, bajo la apariencia neutra de la nueva terminología, no resulta tan distante del modelo médico como se pretende, del que conserva conceptos centrales.

En palabras de un entrevistado

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

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

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

*la posibilidad normativa que existe actualmente, lo más allá que te podés llegar a extender es la CIF.*

La perspectiva de la CIF, como de otros documentos de Naciones Unidas<sup>4</sup> plantean una mirada “voluntarista” de *eliminación de barreras y ampliación de oportunidades de participación social*, como un camino que beneficiará a *discapacitados y no discapacitados*. “Voluntarista” porque se fundan en una idea de *favorecer la situación de algunos sujetos*, sin modificar la estructura social y económica de las sociedades en las que esos *sujetos discapacitados* son producidos como tales, sino que sólo apelan a la buena voluntad de gobernantes y ciudadanos, ya que, como expresa el Programa de Acción Mundial para los Impedidos

A veces las sociedades se ocupan sólo de las personas que están en plena posesión de todas sus facultades físicas y mentales. Las sociedades deben reconocer que, pese a los esfuerzos que se hagan en materia de prevención, siempre habrá un número de personas con deficiencias e incapacidades, y que deben identificar y eliminar obstáculos a la participación plena. (NACIONES UNIDAS. 1992: 27)

---

<sup>4</sup> Me refiero al PROGRAMA DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD que establece como su objetivo “promover medidas eficaces para la prevención de la incapacidad, la rehabilitación y la realización de los objetivos de “igualdad” y de “plena participación” de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo. Esto significa oportunidades iguales a las de toda la población, y una participación equitativa en el mejoramiento de las condiciones de vida resultante del desarrollo social y económico” (1982:17) y a LAS NORMAS UNIFORMES SOBRE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD que definen como su finalidad “garantizar que niñas y niños, mujeres y hombres con discapacidad, en su calidad de miembros de sus respectivas sociedades, puedan tener los mismos derechos y obligaciones que los demás. En todas las sociedades del mundo hay todavía obstáculos que impiden que las personas con discapacidad ejerzan sus derechos y libertades y dificultan su plena participación en las actividades de sus respectivas sociedades. Es responsabilidad de los Estados adoptar medidas adecuadas para eliminar esos obstáculos. Las personas con discapacidad y las organizaciones que las representan deben desempeñar una función activa como copartícipes en ese proceso. El logro de la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad constituye una contribución fundamental al esfuerzo general y mundial de movilización de los recursos humanos. Tal vez sea necesario prestar especial atención a grupos tales como las mujeres, los niños, los ancianos, los pobres, los trabajadores migratorios, las personas con dos o más discapacidades, las poblaciones autóctonas y las minorías étnicas. Además, existe un gran número de refugiados con discapacidad que tienen necesidades especiales, a las cuales debe prestarse atención” (1993:149), aunque “no son de cumplimiento obligatorio, estas Normas pueden convertirse en normas internacionales consuetudinarias cuando las aplique un gran número de Estados... Llevan implícito el firme compromiso moral y político de los Estados de adoptar medidas para lograr la igualdad de oportunidades” (1993:148)

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

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

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

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

## **2.2 Disputas acerca del cristal con cual mirar y clasificar.**

Como se puede deducir del análisis precedente, no es poco significativo el uso de uno u otro Clasificador para emitir *certificados*. Ya sea que se utiliza la CIDDM o la CIF, cambia el resultado del examen de la Junta Evaluadora de Discapacidad: *se es o no se es discapacitado* en función del parámetro utilizado en la evaluación. Lo que reafirma que no estamos hablando de una esencia del sujeto, sino del producto de una mirada clasificatoria, que –obviamente- ve distintas cosas de acuerdo al “*cristal con el que mira*”.

Una integrante de *Junta Evaluadora* lo expresa de este modo

*Antes de integrar la junta, no habiéramos considerado que un paciente en diálisis era discapacitado, el común de la gente no lo sabe, pero la experiencia y el conocimiento hicieron que cambiemos de opinión.*

El asumir el punto de vista medicalizado, el conocimiento de la *Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM)*, la experiencia de su utilización y de la evaluación y clasificación de pacientes hace que entren en la categoría de *discapacitados* unos sujetos –por sus características físicas- antes no eran considerados como tales. Y podemos ir más allá todavía y pensar que

“La distancia entre la definición normativa de salud [y de deficiencia y discapacidad] y su percepción aumenta con el desarrollo...”

[el desarrollo del conocimiento y las tecnologías médicas] aumenta la sensibilidad de la identificación de patologías y reduce el umbral a partir del cual tratarlas, aumentando así la incidencia de las enfermedades.” (MARQUEZ y MENEU. 2003:48)

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

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

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

El ser *discapacitado certificado* otorga un estatuto individual diferenciado, que inviste al titular del *certificado* de ciertos derechos [el acceso individual a *prestaciones*, la posibilidad de una pensión si también acredita pobreza, el pase

libre de transporte, el acceso al cupo laboral del 4%] y los priva de la participación en ciertas actividades sociales y del ejercicio efectivo de otros derechos [básicamente, el derecho al trabajo –como se verá más adelante- pero también la sospecha sobre su mayoría de edad, sobre sus posibilidades de participación política, y hasta la sospecha sobre su incapacidad civil] .

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

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

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

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

La medicalización ...puede describirse básicamente como un proceso múltiple y variado, por el cual 'problemas no-médicos' pasan a ser definidos y tratados como 'problemas médicos', ya sea bajo la forma de 'enfermedades' o de 'desórdenes' [y agregamos: 'de deficiencias'] (Cannellotto y Luchtenberg. 2008: 1)

El *rengo* es *rengo*, sin necesidad de un diagnóstico médico ni de un relato en lenguaje de la medicina. Su *renguera* tiene que ver con que le *faltan 6 cm de una pierna*, es decir, una característica física que es narrada como tal, sin considerarla

anormal ni deficiente, en todo caso, tendrá el carácter de anomalía<sup>5</sup> que no requiere *per se* una intervención curativa y/o correctiva.

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

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

En la primer perspectiva, la existencia de discapacidad responde a la pregunta: *¿hay una persona con?* En la segunda perspectiva, la existencia de discapacidad responde a la pregunta *¿hay una persona con dificultad para...?* y utilizar la CIF como *clasificador*, en el análisis de dos de nuestros entrevistados

*... amplía el espectro de discapacidades de manera tal que a los gobernantes les va a dar escalofrío el número que resulte del próximo Censo Nacional de Población<sup>6</sup> Los números que les va a arrojar el Censo no van a tener nada que ver con los del 2001 ni con la cantidad de certificados emitidos hasta el momento.*

Considerar la dificultad para desarrollar actividades y para participar activamente en la vida social como origen de la *discapacidad*, se corre –al menos un poco- de las características personales del sujeto, para centrarse en las características del entorno y su influencia, ya sea con características de *barreras*

---

<sup>5</sup> Canguilhem plantea que Anomalía deriva del griego anomalia, que significa desigualdad, aspereza, lo que es rugoso, irregular, en el sentido que se le da a la palabra cuando se habla de un terreno. (omalos es aquello que es unido, igual, liso. Etimológicamente, anomalía es an ómalos). La ‘anomalía’ es un hecho biológico, y como tal tiene que ser explicado, no apreciado. El término es poco diferente de irregularidad, de desorden y refiere más bien a lo insólito. (CANGUILHEM. 1971)

<sup>6</sup> En el Censo Nacional de Población realizado en 2001 y en la posterior Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDI) se realizaron preguntas consistentes con la perspectiva de la CIDDM. La información disponible al momento de la redacción de este informe permite suponer que para el próximo Censo Nacional de Población se utilizará un criterio consistente con la CIF.

físicas, sociales o actitudinales o con características de facilitadores. Sin embargo, si

*seguimos hablando de discapacidad estamos haciendo de cuenta que “disca” es cualquiera que tiene lo que se ha dado en llamar discapacidad que desde siempre, termina definido desde lo médico, y esto es un problema. ¿Quién establece que “disca” es el que usa muletas o silla de ruedas?*

*Inclusive yo, que creo que tengo un análisis diferente, caigo en esa denominación en lo cotidiano. Y para el común denominador, la discapacidad tiene que ver con características físicas. (entrevistado, usuario de silla de ruedas)*

En la perspectiva de dos integrantes de una organización de defensa de derechos de personas con discapacidad, abogada y abogado y amb@s usuari@s de silla de ruedas,

*...los temores que tienen (los funcionarios estatales) con la CIF son sobre la diferencia de número entre las personas que son discapacitadas si se evalúa con la CIDDM y si se evalúa con la CIF. Cuando se amplía el espectro de discapacidades como amplía la CIF, les va a dar un escalofrío. Porque ¿cuál es la conceptualización del modelo médico y del modelo social?... y mediante una buena implementación de la CIF hay que incluir dentro de la certificación a la discapacidad social, o sea, a los condicionamientos funcionales que tiene una persona como producto, o como efecto de las condiciones sociales en las que vive, no partiendo de una categorización médica.*

Y para ser más explícitos sobre la diferencia entre certificar con uno y otro clasificador, dan un ejemplo:

*“...un hombre, taxista desde los 18 años hasta los 45, le pasa no sé qué, y se revienta un ojo, se queda con una deformidad en la cara, le dan visión 10 en un ojo, 0 en otro. Actualmente (utilizando la CIDDM) se dice que 0 en un ojo no es una persona con discapacidad, y sin embargo, andá a pasar un examen pre ocupacional. Ahí habría que tener en cuenta dos cosas: primero, que siendo taxista toda la vida no está capacitado para otra cosa; segundo, registro profesional no podría renovar nunca; tercero, qué hace este hombre, cómo supera un examen pre ocupacional en el supuesto caso que tuviera otro nivel de inclusión. Bueno, a ese lo pudimos dar vuelta, ese fue un dictamen que pudimos dar vuelta ya en el Servicio Nacional de Rehabilitación. Este grado de inclusión, y cómo influye en el desarrollo de esa persona no lo tuvieron en cuenta nunca, sin embargo esa persona tiene una discapacidad, que socialmente va a ser absolutamente reconocida, la gente no va a pensar en el campo visual del ojo*

*que tenía 10 dioptrías o algo por el estilo, no le inhabilitan para nada, ése tipo no consigue trabajo.*

La *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud – Décima revisión (CIE 10)* sirve para establecer el *diagnóstico etiológico y la CIDDM, el diagnóstico funcional.*

De acuerdo a lo planteado en la propia *CIF*,

“... la CIE-10 y la CIF son complementarias, por lo que se anima a los usuarios a que utilicen estos dos elementos de la familia de clasificaciones internacionales de la OMS conjuntamente, siempre que sea apropiado. La CIE-10 proporciona un “diagnóstico” de enfermedades, trastornos u otras condiciones de salud y esta información se ve enriquecida por la que aporta la CIF sobre el funcionamiento. La información sobre el diagnóstico unida a la del funcionamiento, nos proporciona una visión más amplia y significativa del estado de salud de las personas, lo cual podría facilitar la toma de decisiones”. (OMS: 2001:4)

Si analizamos los conceptos subyacentes a los enunciados de la CIF, encontraremos que supone *neutralidad sobre la etiología* (OMS. 2001: 2), pretende *universalidad* en su aplicación (OMS. 2001:5), alcanzando no sólo a las *personas con discapacidad* sino también

a cualquier persona, aunque se circunscribe al amplio contexto de la salud y no cubre circunstancias que no están relacionadas con la salud, como aquellas originadas por factores socioeconómicos. Por ejemplo, hay personas que pueden tener restringida la capacidad de ejecutar determinadas tareas en su entorno habitual debido a su raza, sexo, religión u otras características socio-económicas, que no son objeto de esta clasificación. (OMS. 2001:5)

Por otra parte, ese documento establece que

El funcionamiento y la discapacidad en la persona se conciben como una interacción dinámica<sup>7</sup> entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, traumas, etc.) y los factores contextuales. Los factores contextuales incluyen tanto factores personales como factores ambientales. La CIF incluye un esquema exhaustivo de los factores contextuales como un componente esencial de la clasificación. Los Factores Ambientales interactúan con todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad. El constructo básico de los

---

<sup>7</sup> Esta interacción puede ser vista como un proceso o como un resultado dependiendo del usuario. (referencia a pie de página en el original de la CIF)



factores ambientales es el impacto facilitador o de barrera de los aspectos del mundo físico, social y actitudinal. (OMS. 2001: 6)

La supuesta neutralidad etiológica desconoce la influencia de los intereses económicos de la industria de la salud para determinar qué es la enfermedad, cuáles de esas enfermedades merecen ser estudiadas, en qué desarrollos científicos se invertirá y cuáles quedarán en el marco de las dolencias sin relevancia científica.

Estas aclaraciones nos van dando algunas pistas respecto de cómo se consideran las relaciones entre los aspectos biológicos y sociales en la producción de *discapacidad*.

Analicemos una situación que aparece en una entrevista

*Apareció un hombre que decía que lo rechazaron en un trabajo porque descubrieron que tiene espina bífida. Un tipo que tiene 40 años, que descubrieron que tiene eso y que es congénito.*

*El hombre había tenido ese problema toda la vida pero había sido trabajador autónomo, se vino la debacle económica, y lo lleva a buscar un trabajo en relación de dependencia. Le hacen el examen pre ocupacional y le dicen ¿usted tiene una discapacidad o no? Porque el señor no tiene una limitación funcional, tiene una limitación social y a raíz de un problema orgánico, y entonces ¿qué hacemos con esa persona?*

En la perspectiva de la CIF este hombre, que tiene un diagnóstico de espina bífida desde su nacimiento, comienza a tener *discapacidad* recién a los 40 años, al encontrarse con la exclusión del mercado de trabajo. Es la *limitación social* derivada de un *problema orgánico* la que genera *discapacidad*. La influencia del entorno en la producción de *discapacidad* adquiere una magnitud impensada en el modelo médico. Sin embargo, y a pesar de este cambio en su relevancia, el entorno es comprendido como influencia, escenario, condicionante por las limitaciones (barreras) o facilitadores que ofrece.

En el protocolo de la *certificación* no se establecen relaciones causales, pero parece indicarse que sólo quienes que no perciben ingresos suficientes que los coloquen por encima de la situación de pobreza serán considerados con una *desventaja de autosuficiencia económica* que amerite la *certificación* como *discapacitado*.

Respecto a esta relación causal, Eduardo Joly<sup>8</sup> propone que

La exclusión y expulsión sistemática de las personas con discapacidad (PcD) de la fuerza de trabajo bajo el capitalismo se fundamenta en el preconceito de que las Personas con Discapacidad son incapaces de realizar trabajo productivo, es decir, trabajo excedente, concepto este último que está en la raíz misma de las ganancias capitalistas. Esta idea se la han “vendido” a los mismos trabajadores, de tal forma que admiten una situación de desempleo crónico luego de sufrir alguna lesión o enfermedad laboral. Y también se la han “vendido” a las Personas con Discapacidad que se preguntan desesperanzados: “con tanto desempleo ¿quién se molestará en contratarme?”. Esta imposición ideológica es central a la exclusión de la discapacidad de la agenda de las luchas obreras; y también a la falta de esfuerzos organizados por parte de las Personas con Discapacidad para reclamar empleos. Esta ausencia de organización se ve reforzada por la ideología dominante que presenta a la discapacidad como un problema que atraviesa a todas las clases sociales y que, en el mejor de los casos, debiera ser encarada desde una perspectiva humanitaria e individualista de derechos humanos. (Joly. 2009. 2)

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

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

Hoy nos proponemos pensar a la *discapacidad*

como una producción social, inscripta en los modos de producción y reproducción de una sociedad. Ello supone la ruptura con la idea de déficit, su pretendida causalidad biológica y consiguiente carácter natural, a la vez que posibilita entender que su

---

<sup>8</sup> Eduardo Joly es sociólogo, usuario de silla de ruedas, Presidente de Fundación Rumbos – una ONG argentina que encara al accesibilidad desde una perspectiva de derechos humanos–, miembro fundador de la Red por los Derechos de las Personas con Discapacidad en Argentina. Su artículo “Discapacidad y Empleo: por el derecho a ser explotados” se publicó en la edición de octubre/2008 de Le Monde Diplomatique para el Cono Sur.

significado es fruto de una disputa o de un consenso, que se trata de una invención, de una ficción y no de algo dado.

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

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

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

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

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

### **2.2.1 Algunas notas sobre el diagnóstico médico y las políticas específicas.**

Dos cuestiones más me gustaría conversar con ustedes, y por eso planteo algunas puntas para pensar, y después si fuera de interés, nos detenemos en esto en el debate: una es la cuestión del diagnóstico médico y el certificado; y la otra cuestión es la política estatal destinada a este grupo social.

El discurso médico sostiene la necesidad de identificar las causas y expresiones corporales de aquello que se enuncia como discapacidad en un diagnóstico. Y es a partir de esa enunciación que se produce la discapacidad.

Si describiéramos ese proceso de producción podríamos decir que supone dar por sentado que existe una evidencia corporal de la discapacidad, una marca visible e incuestionable, pero que –sin embargo- requiere de un aval científico, de una palabra autorizada para la interpretación de esa evidencia corporal. Una posición que supone que “el cuerpo habla por sí mismo”, y que la discapacidad está dada en ese cuerpo. De algún modo, el médico nombra la discapacidad y la constituye en el momento de nombrarla.

La *discapacidad* no existe como tal antes de su enunciación en un diagnóstico médico. Sólo existen algunas características del sujeto que pueden corresponderse – bajo la observación de una mirada experta y si existe un conocimiento que permita interpretarlo– con los signos y síntomas de un déficit. La identificación de esos signos y síntomas y el establecimiento de las correspondencias con una categoría nosográfica los materializa como *discapacidad*. Es decir: existe una estrecha relación entre lo visto y lo enunciable / enunciado, que una vez que es dicho, es producido como *discapacidad*.

Es posible pensar entonces que la producción de *discapacidad* como materialidad es, en parte, una expresión del poder ejercido por el discurso médico. A partir de esa materialización, se hacen las predicciones de su evolución, con y sin tratamiento de rehabilitación, se prescriben prácticas, se elaboran profecías acerca de la vida del *discapacitado*.

Y de acuerdo a las exigencias estatales, este diagnóstico que *produce la discapacidad*, debe ser avalado por algunos agentes específicos, en quienes se ha delegado la autoridad estatal de la *certificación* de la condición.

Hablamos de dos instrumentos: el *diagnóstico médico*, que produce la *discapacidad* al enunciarla, y el *certificado nacional de discapacidad*, que cual *documento de identidad*, otorga existencia a un sujeto ante la mirada estatal, a la vez que le otorga la llave de acceso a bienes y servicios provistos por el Estado o regulados por éste y provistos por actores de la sociedad civil.

La mayor parte de las intervenciones estatales destinadas a los ciudadanos discapacitados se han fundado en la existencia previa de un certificado médico

que acredite la condición de tal. Podríamos afirmar que la política social destinada a la población discapacitada ha sido, históricamente, una política focalizada, al menos en lo que respecta a su cobertura.

Es decir: al hablar de asistencia social directa, regímenes especiales de jubilaciones y pensiones, pases libres de transporte, cupos de empleo estatal, entre otras políticas, éstas han dejado incuestionado que no hablamos del derecho de todas y todos al trabajo en condiciones justas y saludables, ni de un nivel de ingresos que asegure a todas y todos el acceso a los bienes necesarios para una vida digna y la consecuente responsabilidad estatal en su garantía.

¿Cuáles son las razones que hacen que las políticas estén fundadas en la certificación de una condición (en este caso, de discapacidad) para el acceso a los bienes que hacen posible una vida digna?

Esto no es un invento de los sujetos con discapacidad, es planteado así desde la política estatal. El Ministro de Salud de la Nación dijo en un acto en la provincia de Buenos Aires: *“El Certificado Único de Discapacidad es una constancia para acceder a todos los beneficios que contempla la legislación argentina”*<sup>9</sup>.

En el equipo de investigación, sostenemos que el aliento a la *certificación* es parte de una estrategia gubernamental de fundar la política pública en esta materia, en la idea de *prestaciones por discapacidad*, es decir, la provisión de “derechos específicos” de los que son titulares sólo aquellos que cumplen con la condición acreditada en el *certificado*. Una política social destinada a atender necesidades específicas de una población limitada.

Esta provisión es, en última instancia, una responsabilidad estatal pero –en consonancia con la impronta neoliberal de los '90 y que permanece en el tiempo más allá de los cambios ocurridos en otras áreas de política – se ha producido una delegación de funciones en el sector privado y en el llamado tercer sector.

No es la condición de ciudadanía la que garantiza el acceso a los bienes socialmente producidos, es una condición de anormalidad diagnosticada por un profesional de la medicina y acreditada ante una junta evaluadora.

De esos sujetos solemos escuchar que se aprovechan de la *discapacidad*, que usufructúan de los beneficios secundarios de la *discapacidad*; es decir, volvemos a invertir la carga de la prueba, y señalamos con un dedo acusador a aquellas y

---

<sup>9</sup> Publicado por TELAM, el 23 de marzo de 2010.

aquellos que se ven en situación de tener que someterse a un examen, acreditar una condición, convertirse en “*discapacitados con carnet*” para acceder a una vida digna. Esta lectura supone la existencia de un sujeto con un problema individual, y que a pesar de ello merece ser considerado socialmente, tener oportunidades de participación y de acceso a bienes materiales indispensables. Para compensar esa “diferencia individual” se diseñan unos circuitos de protección y de inclusión social.

¿Y si en vez de hablar de los beneficios secundarios nos preguntáramos primero por el derecho al trabajo? ¿Y si en vez de centrarnos en un grupo nos preguntáramos por la provisión del derecho a la salud, a la educación, a la vivienda, a circular libremente de todas y todos? El análisis limitado a los sujetos con discapacidad deja afuera a todas y todos los otros que sin tener discapacidad tampoco acceden a la provisión de sus derechos. Otros que sin ser discapacitados son igualmente excluidos. Y eso se produce sobre un fondo de distinción entre los “merecedores” y los “no merecedores” de la asistencia social. Este recorte deja también oculto que la focalización de la política estatal en los “merecedores” amplía el efecto de legitimación que estas políticas tienen. Dicho de otro modo: el Estado se legitima ampliamente con una inversión de recursos relativamente baja con relación a la exclusión social, al ocuparse de aquellas y aquellos que no pueden proveer por sus propios medios a una existencia digna; distinguiéndolos de aquellos que no lo hacen porque no quieren, porque no son lo suficientemente activos, porque no ponen el empeño necesario. Y esta distinción entre “pobres merecedores” y “pobres no merecedores” requiere haber congelado a los sujetos discapacitados en un lugar de inutilidad para el trabajo, lo que es de una perversión enorme.

Es decir, nos encontramos con una visión gubernamental de la *política en discapacidad* como una política destinada a atender necesidades específicas que –al menos en el plano discursivo– son expresiones de derechos de poblaciones identificables, cuyos límites deben ser custodiados en forma permanente.

Una visión de la política social fundada en una noción liberal de ciudadanía que, de manera residual, otorga algunos beneficios a una población que ha sido sometida a una evaluación de sus necesidades y de los medios que dispone para satisfacerlas.

La política social debe focalizarse en los sectores pobres y empobrecidos de la población, aquellos que no tienen trabajo o que no acceden a condiciones de vida dignas... El fin es proveer condiciones de vida dignas... restaurando la dignidad de los pobres... El objetivo principal es *regenerar* lazos sociales quebrados, antes que *modificar* la naturaleza de esos lazos... conseguir la transición de la pobreza anómica a la pobreza digna. Sus defensores suponen que los pobres no podrán trascender su actual ubicación en la estructura social; y entienden, en cambio, que la política social debe proveerles las capacidades adecuadas para vivir con dignidad su rol. (BONVECCHI y SMULOVITZ. 2008: 127)

Por lo tanto, el *certificado de discapacidad* viene a probar que su titular es –de modo legítimo- un destinatario de la política social, más allá de la visibilidad de su estigma.

*Nadie podría dudar que tengo una discapacidad<sup>10</sup>, que es visible y notoria. En cambio, un [discapacitado] visceral, si no tuviera un elemento como la certificación, no lo podría probar nunca, y lo usarían en contra suya, en contra del ejercicio de sus derechos, porque no le reconocerían las prestaciones. Sin el certificado [y la orientación prestacional] me discutirían a mí el uso de una silla electrónica. El nivel prestacional se lo discuten a todo el mundo, porque la lógica económica es la que en definitiva rige.*

Esta perspectiva contrasta con la de una ciudadanía social extendida y fundada en la condición de ciudadano (independientemente de su clase o posición en el mercado) al que están destinadas políticas universales, de amplia cobertura y excelente calidad que tienen como objetivo la reducción de las desigualdades sociales, y que no requeriría ningún tipo de certificación como llave de acceso para acceder a la provisión de los derechos.

Vuelvo entonces al origen de la pregunta, e insisto en que es prioritario volver la mirada críticamente hacia los modos en que el Estado produce discapacidad y las políticas que funda esa producción.

### 3 Bibliografía

BARRANCO EXPÓSITO, Carmen. ***El certificado de minusvalía: evolución del documento y planteamientos desde el trabajo social.***

---

<sup>10</sup> Es una persona usuaria de silla de ruedas electrónica.

Publicación electrónica en: <http://www.imagina.org/archivos.htm> [búsqueda de febrero de 2009]

BARTON, Len (compilador). (2008) **Superar las barreras de la discapacidad.** Morata. Madrid.

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

BROGNA, Patricia. (compiladora). (2009) **Visiones y revisiones de la discapacidad.** Fondo de Cultura Económica. México.

CANGUILHEM, Georges. (1971) **Lo normal y lo patológico.** Siglo XXI. Buenos Aires.

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

EDLER CARVALHO, Rosita. (2009) **La clasificación de la funcionalidad y su influencia en el imaginario social sobre las discapacidades.** En: BROGNA, Patricia. (comp.) *Visiones y revisiones de la discapacidad.* Fondo de Cultura Económica. México.

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

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

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

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

MARQUEZ, Soledad y MENEU, Ricard. (2003) **La medicalización de la vida y sus protagonistas.** En: *Gestión Clínica y Sanitaria*, Volumen 5, Nº 2. Valencia.

OLIVER, Mike. (2008) **Políticas Sociales y discapacidad. Algunas precisiones conceptuales.** . En: BARTON, Len (comp.). *Superar las barreras de la discapacidad.* Morata. Madrid

ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1982) **Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad.** En: Real Patronato de



Prevención y Atención a Personas con Minusvalía. *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad y Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Madrid. Edición de 1996.

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

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (1995). ***Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª Revisión***. Ginebra.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2001). ***Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y la Salud***. Ginebra.

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

REPÚBLICA ARGENTINA. (1980) ***Ley 22.431. Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas***.

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

REPÚBLICA ARGENTINA. (2001) ***Ley 25.504. Modificación de la Ley 22.431***.

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

ROSATO, Ana y ANGELINO, María Alfonsina (coordinadoras). (2009) ***Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit***. NovEduc. Buenos Aires.