LAS SOCIEDADES DIFUSAS:
La construcción/deconstrucción de fronteas y márgenes
2020 Juan A. Roche Cárcel (ed); Barcelona, Anthropos



EL LIMBO «TERRITORIAL» DE LA DISCAPACIDAD: UNA DIFUSA FRONTERA ENTRE LA NORMATIVA Y LA EXPERIENCIA REAL

Miguel A.V. Ferreira

Introducción

Atendiendo al título del libro, y en relación con el fenómeno social de la discapacidad, la frontera social y cultural entre la discapacidad y la no discapacidad lo que evidencia, en términos espacio-temporales, es una fisura, enorme, entre la normativa formal y la experiencia real; entre las acciones políticas y jurídicas y la práctica efectiva en el día a día del colectivo.

Situar fronteras socioculturales implica definir una distancia entre un «nosotros» y un «ellos»; es decir, delimitar una identidad colectiva. Desde una óptica sociológica, remitiéndonos a la más reciente experiencia de la Europa Occidental en su proceso de modernización, la obra de Marx es un referente fundamental: trabajadores vs. empleadores, proletarios vs. capitalistas. El planteamiento es, a la vez, simplista y contundente; indica que no hay espacios intermedios: o lo uno, o lo otro.[1]

Este simplismo dicotómico es propio de nuestra herencia cultural; la que arranca en la Grecia clásica y, tras los oscuros años teológicos de la Edad Media, desemboca en la Ilustración francesa. Sin embargo, en la experiencia real de las personas, esas fronteras dictadas nominativamente no son tan fáciles de determinar: las fronteras no son objetivas y diáfanas, son subjetivas y difusas.

En el campo de la discapacidad, efectivamente, está dictada desde hace tiempo una clara frontera normativa, la que determina la ciencia médica, adscrita a lo que la misma califica como una merma de la funcionalidad orgánica de una persona. Dicha frontera, en abstracto, relega a la marginalidad, objetiva, a quien sea portador de esa merma.

Ahora bien. Supongamos que tal merma funcional tiene que ver con la visión: ¿la experiencia real y efectiva de las fronteras y márgenes sociales de una persona con visión limitada, o nula, es la misma si ha nacido en el barrio de Salamanca de Madrid o en Carabanchel?, ¿si su familia apenas llega a final de mes, con sus recursos económicos, o puede permitirse ir a esquiar en Semana Santa a los Alpes y tiene una segunda vivienda en Miami? ¿Dónde está la frontera? ¿Qué es peor, ser hijo invidente de altos ejecutivos de una multinacional, o perfectamente vidente de una humilde familia de jornaleros del campo de Cartagena? ¿La frontera, entre la exclusión y la inclusión social, la determina la merma fisiológica diagnosticada por la ciencia médica o, con más o menos independencia de la misma, los recursos, culturales y económicos, de la familia de la persona con discapacidad?

Las fronteras, y los márgenes que se derivan de su institución, efectivamente, no son objetivas. Y, en el caso de la discapacidad, reflexionar en términos de todas las dimensiones contextuales que las determinan, más allá de las presuntas condiciones objetivas que las delimitan, es una labor que, si bien se inició incipientemente en los años ochenta, está todavía por desarrollar y, lo que es más importante, que de la misma resulten medidas, sobre todo políticas, efectivas, que tiendan a resituar esa frontera en un plano más real, más difuso, más complicado, que tiene que ver con las realidades vitales y no con las designaciones normativas/nominativas.

(En la trastienda de estas reflexiones, como apunte para posibles discusiones, están, sobre todo, los trabajos de Foucault respecto a la construcción occidental de la «normalidad», y los, casi infinitos, de Bourdieu respecto al «habitus»: discursos, ambos, que si bien muy dispares —todos sabemos que ambos, como integrantes del College de France, se odiaban profunda y cordialmente...—, cuestionan el transfondo epistemológico de esas fronteras dicotómicas construidas por la modernidad; y cuando digo «transfondo», me refiero al presunto fundamento racional que las ampararía supuestamente, dejando de lado, entre otras muchas cosas, los sentimientos y las emociones, que son, quizá, las herramientas más utilizadas en nuestra cotidianidad para tomar posiciones, de uno u otro lado, cuando las circunstancias lo exigen).[2]

Discapacidad, frontera e historia

Una discapacidad, se tiene o no se tiene. ¿Quién, cómo y por qué tiene una discapacidad? ¿Qué delimita —en qué términos y por qué circunstancias— dicha distinción?

Tener o no tener una discapacidad, según la diagnosis médica, obedece al hecho de sufrir una «disfunción» fisiológica; disfunción que se atribuye a una inadecuada conformación fisiológica de la persona. Este es el criterio actual, dictado por la ciencia médica. Pero hay que hacer un ejercicio de «relativización» para constatar que esto no fue siempre así y que, dependiendo de los contextos culturales, el hecho de poseer o no una discapacidad, según esta fuera entendida, comportaba apreciaciones, prácticas y resultados muy dispares.

En Esparta (Romañach y Palacios, 2007; Pedraza, 2010), estaba instituido un ritual según el cual un recién nacido era sometido a pruebas de «eficiencia» física. Se le depositaba en el suelo y era sometido a ciertos estímulos sensoriales, fundamentalmente táctiles y auditivos, para estudiar su reacción. Si la misma se consideraba adecuada, superaba la prueba y era considerado apto. Si el recién nacido manifestaba alguna «malformación fisiológica», la prueba no era necesaria: no podría ser un buen guerrero; si no superaba la prueba, igualmente, era considerado no apto. El destino de los recién nacidos con malformaciones o que no superaban la prueba, como parte del ritual del nacimiento, era ser despeñados desde un acantilado.

En la Grecia clásica (aquella que abandonó el mito como testimonio metafórico de la existencia para abrazar la filosofía racionalista), nos encontramos con la figura del Oráculo; ser extraordinario con unas capacidades de previsión del futuro no disponibles para el común de los mortales: a fecha actual, un personaje de este tipo sería seguramente recluido en un centro psiquiátrico. Es decir, lo que hoy se enten-

dería como una discapacidad de naturaleza mental, en aquella época era considerado como un privilegio extraordinario; lo que hoy se catalogaría como una deficiencia, en la órbita de aquel imaginario era exactamente lo contrario.

Durante la Edad Media, bajo el régimen de vasallaje, las familias campesinas debían rentabilizar su eficiencia productiva: si en alguna de ellas nacía una persona con discapacidad, se le asignaba un trabajo cooperativo, con el resto de la familia, en función de sus capacidades especiales, para contribuir a la economía doméstica (la dis-capacidad no era «dis», era una capacidad alternativa).

Si atendemos a culturas no occidentales, la manera en la que la discapacidad ha sido integrada en la vida colectiva es de lo más variopinta. Podemos mencionar uno de los trabajos de Oliver Sacks (2006) en el cual nos muestra lo que sería, desde una óptica occidocéntrica, una discapacidad: personas que no distinguen los colores; lo cual, evidentemente, desde nuestra, frágil y precaria, apreciación, es una merma considerable de su existencia. Lo curioso es que habían desarrollado una cultura propia y no tenían ningún problema en su desenvolvimiento cotidiano (al igual que muchos animales que solo ven en blanco y negro y, por falta de una comparación policromática, son perfectamente aptos para desenvolverse en su entorno). Podríamos considerar, por ejemplo, lo complicado que resultaría que nuestro policromatismo fuese sometido a un régimen de convivencia en el que solo el blanco y el negro fueran lo relevante; ¿dónde residiría ahí la discapacidad, en la funcionalidad o disfuncionalidad sensorial o en la adaptación sensorial de los contextos de convivencia a las necesidades de las personas?

En fin. Distintos tiempos, diversos contextos culturales: diferentes apreciaciones y prácticas de lo que es la discapacidad, que determinan cuál es la frontera entre la discapacidad y la no-discapacidad, y qué repercusiones se derivan de la misma; quiénes, cómo y por qué están condenados, o no, a la marginación social.

Situémonos en la actualidad. Con la emergencia de la modernidad, entre otras muchas novedades, se implantó el sistema capitalista y la racionalidad científica. Esas personas, que actualmente denominamos personas con discapacidad, fueron consideradas como no aptas para una plena integración social porque, 1) la ciencia médica dictaminaba que eran portadoras de un «defecto» fisiológico (dictamen adscrito a las premisas del racionalismo cientifista que, sobre la base de presupuestos universalistas, establecía una frontera entre cuerpos aptos y no aptos, con independencia de los contextos particulares de existencia), y, 2) en consecuencia, no podían ser rentables para el sistema productivo capitalista (por decirlo de manera breve, no se consideraban mano de obra rentable): la delimitación de la frontera, en este caso, tenía por único criterio la presupuesta rentabilidad económica de la persona.

Digamos, pues, que la frontera entre discapacidad y no-discapacidad puede obedecer, considerando diversas culturas, momentos históricos y contextos de convivencia, al menos a tres criterios. 1) Una excelencia, predeterminada, estática y funcional a la par, del cuerpo de la persona, que se consideraba bajo ciertos criterios, y no otros, que podrían haber sido bien distintos. 2) Una necesidad de trabajo cooperativo en un modelo económico de carácter familiar; en el cual todo recurso era útil y había que aprovecharlo. 3) Una determinación según la cual una deficiencia fisiológica se traduce automáticamente en una ineficiencia económica. Bueno: ¿qué frontera es la adecuada?, ¿la frontera existe por sí misma o bien es producto de

las apreciaciones contextuales del momento, el lugar y los criterios valorativos? Y, a partir de esto, ¿sabemos realmente QUÉ es la discapacidad para poder determinar una frontera?

Un Oráculo, hoy, sería un loco visionario (al que, obviamente, no habría que hacer caso en sus previsiones, fruto de algún trastorno psiquiátrico, cuando en otro tiempo era alguien dotado de cualidades excelentes que podían dictaminar el discurrir futuro de los acontecimientos). Un autista, hoy, es una persona con una severa incapacidad de funcionalidad por su falta de empatía, de apreciación y manejo de la «sociabilidad», del trato personal convencionalmente definido (frente a una pregunta protocolaria, «¿qué tal estás», la respuesta convencional, siempre, sería: «bien, ¿y tú?»; un autista podría ser plenamente sincero, más allá de las convenciones, y responder: «pues estoy hecho una mierda, porque...», algo que su interlocutor no sabría interpretar. Cabría considerar, a su vez, que la Teoría de la Relatividad, uno de los dos grandes logros de la física del s. XX, junto con la Mecánica Quántica, es en gran medida resultado del autismo de Albert Einstein, así como que los mayores avances de la ciencia física del s. XX se las debemos a un «discapacitado» —Stephen Hawking—; y así, sucesivamente...).

La frontera «norma»

Historicidad y contextualidad. Discapacidad / No-discapacidad.[3] Y el cuerpo como dispositivo regulador de la frontera. ¿Qué sucede en el mundo actual y cómo esa frontera, a través del cuerpo, es definida?

Tenemos en disputa dos modelos: el médico y el social. El hegemónico es el primero, mientras que el segundo, desde hace treinta años, trata de instalar unos parámetros distintos. Según el modelo, la norma a partir de la cual se defina la frontera será distinta y, en cualquier caso, ambas yerran respecto al fondo de la cuestión.

La norma médica pivota en torno al concepto de «salud», un concepto moderno, cientifista y universalista, según se mencionaba, que toma como objeto de atención a lo que Bourdieu (1999) definía como el *cuerpo-cosa*. Bajo los criterios clínicos y diagnósticos de la ciencia médica, el cuerpo humano puede ser evaluado en términos funcionales, como organismo, atendiendo a su fisiología y su anatomía: según una taxonomía predeterminada, se podría establecer mediante «examen» (Foucault, 2009) si un cuerpo está o no está sano; esto es, si su funcionalidad se ajusta a los criterios predeterminados de funcionalidad (en términos sensoriales, motrices, cognitivos, respiratorios, vasculares, enzimáticos, hormonales, etc.): el cuerpo que cumpla unos mínimos según esos criterios, estará sano; el que no, enfermo. Las personas con discapacidad no cumplen dichos mínimos; por lo tanto, son catalogadas como personas enfermas. La frontera normativa, por lo tanto, delimita la discapacidad como una corporalidad «enferma»; la frontera es, pues, salud/enfermedad, frontera estipulada en atención al cuerpo-cosa.

Esta frontera obvia las condiciones contextuales en las que dichos cuerpos han de desplegar su funcionalidad. Si comparamos diversos contextos, junto con sus requerimientos de funcionalidad corporal, es fácil constatar que los criterios médicos no pueden aplicarse indistintamente: *a priori*, un atleta olímpico está más sano

que un sedentario oficinista que trabaja ocho horas al día delante de una pantalla de ordenador; pudiera ser que el coeficiente intelectual del atleta fuera de un 75 % mientras que el del oficinista, de un 120 %; en tanto que el atleta suma un 130 % de rendimiento en motricidad mientras que el oficinista apenas llega al 60 %. ¿Por qué se estima que uno está más sano que el otro? Basta cambiar a ambos de contexto para comprobar que la funcionalidad orgánica reside en gran medida: del mismo modo que el oficinista será incapaz de establecer marcas análogas a las del atleta si se le sitúa en el contexto de la competición deportiva, a su vez, el atleta será incapaz de establecer un plan para el ajuste de balances comerciales de la empresa para la que trabaja el oficinista. Desde unos criterios alternativos, ambos estarán perfectamente «sanos», y serán plenamente funcionales en sus respectivos contextos, y no lo estarán en otros.

Frente a esta descontextualización de la ciencia médica, surge el planteamiento del modelo social: viene a decir, más o menos, que la discapacidad no es una cuestión de funcionalidad orgánica sino de falta de adecuación de los espacios de convivencia a las necesidades específicas de las personas con discapacidad. El ejemplo clásico que ilustra gráficamente este planteamiento lo ofrece Vic. Finkelstein (1980) cuando nos habla de la hipotética ciudad concebida exclusivamente teniendo en cuenta las necesidades de las personas que van en silla de ruedas: una ciudad sin asientos (ni en las casas, ni en los cines, ni en los transportes públicos...), en la que la accesibilidad está pensada para las ruedas (rampas en lugar de escaleras); una ciudad en la que la altura de las ventanas y de los marcos de las puertas será sensiblemente inferior a la que estamos acostumbrados/as... una ciudad imposible para quien no use silla de ruedas. El contexto, pensado y diseñado para un determinado colectivo de personas, hará que la discapacidad sea adquirida por quienes no se ajustan a los criterios del diseño.

En este caso, la frontera no toma al cuerpo en consideración en primera instancia, sino que, dándolo como aproblemático de partida, sitúa la diferencia exclusivamente en el entorno: con independencia de la funcionalidad orgánica que pueda dictaminar la ciencia médica, serán los entornos, sus diseños, sus intenciones, los que determinen quién puede ser funcional y quién no (en este caso, se crearían serias dudas para determinar quién sería más apto en ese contexto, si nuestro atleta o nuestro oficinista...).

Lo que ambas perspectivas reflejan, a nuestro modo de ver, es que incurren en un error que, aunque opuesto, deja de tomar en consideración una cuestión clave: el modelo médico nos presenta un cuerpo sin contexto, en tanto que el modelo social nos presenta un contexto sin cuerpo. ¿No será, más bien, que la frontera pasa por, simultáneamente, un cuerpo contextualizado y un contexto corporalizado?

Esto nos remite, en primer lugar, a la anatomopolítica de Foucault; y, en segundo, a la concepción de las habilidades prácticas que adquirimos para desenvolvernos como agentes sociales que propone Bourdieu a partir del concepto de *habitus*.

La frontera «disciplina»

Aludíamos a Marx previamente, a la hora de delimitar fronteras claras y dicotómicas, proletarios y capitalistas, poseedores y no poseedores de los medios de pro-

ducción. Una frontera objetiva determinada, según el planteamiento de Marx, por las condiciones de producción del sistema capitalista. ¿Es posible agregar el cuerpo a esa frontera?, ¿no será, quizá, un proletario más bien un atleta y un capitalista más bien un oficinista?, ¿no estará la frontera asentada implícitamente en una consideración acerca de la funcionalidad corporal? Sin embargo, dicha frontera, objetiva, no se haría expresa hasta que la «conciencia de clase», dimensión subjetiva, no se instalara en los proletarios-atletas; de tal modo que lo que se estaba reclamando era que parte de las aptitudes del otro «bando» fueran instaladas en sus antagonistas: el atleta ha de adquirir ciertas aptitudes de oficinista.

La dicotomía que plantea Marx surge en el momento de transición del Antiguo Régimen a la Modernidad de la Europa Occidental.[4] En ese tránsito, Foucault nos indica que se produce un tránsito en la modalidad de ejercicio del poder político: suprimidos los derechos del ejercicio del mismo basados en la directa coacción física, amparados por el principio aristocrático de la herencia, a las nuevas poblaciones, soberanas, dotadas de la potestad de la ciudadanía, había que «domesticarlas», por parte del poder político, de otra manera. Surgía un nuevo modelo disciplinario que aplicar a la «gente» (Bergua, 2018),[5] resultaba más «útil» convencer que coaccionar. La convicción se anclaba en presupuestos científicos: un dictamen de alguna ciencia estipulaba lo que era verdad y lo que no, para, a continuación, estipular reglas de comportamiento ancladas en dicho dictamen. Y, en segunda instancia, la disciplina de las poblaciones debería venir regulada por una meticulosa atención individualizada en la cual el cuerpo era el objeto de intervención privilegiado: mediante una adecuada taxonomía de la ciencia médica, se podía determinar qué cuerpos eran aptos para qué cosas, así como aquellos que no eran aptos en absoluto. Una vez realizada la clasificación, bajo el amparo de la «verdad médica», se podía orientar, persona a persona, cuerpo a cuerpo, a unas funciones sociales específicas. Podemos decir que es la modalidad perversa en la que la individualidad se instaló en las sociedades occidentales: el individuo, dotado como categoría abstracta portadora de derechos y deberes políticos, en realidad, era un cuerpo clasificado según su funcionalidad para poder ejercer alguna actividad específica «útil» para la economía capitalista.

De tal modo que la disciplina se desarrollaba en un doble plano: el político y el económico.[6] En todo caso, los comportamientos deben ser ejecutados por cuerpos aptos para las funcionalidades requeridas. Ahora bien, se trata de unos cuerpos que no son mera biología, de ahí la posibilidad de disciplinamiento; son cuerpos construidos socialmente, cuerpos culturalmente conformados: gestos, posturas, vestimenta, habilidades físicas o cognitivas, educación, buenas maneras, simpatía, firmeza... todo ello adherido a un cuerpo que ha de desenvolverse en un determinado entorno.

Nuestros cuerpos son objeto de intervención desde el mismo momento del nacimiento: la propia estructura biológica es inmediatamente «intervenida» por la cultura: un niño judío será circuncidado, lo que significa una marca cultural del sometimiento de ese cuerpo a un particular contexto; a una niña occidental le serán perforadas las orejas. Y luego llega la escuela; uno de los más severos aparatos de disciplinamiento corporal: durante, al menos, trece años de nuestra existencia, aprendemos a sentarnos y callarnos y ejecutar eficientemente cuantas actividades corporales nos sean demandadas (más allá de la formalidad abstracta de la adquisición

de «conocimiento»).[7]

Pues bien, bajo estos parámetros disciplinarios, las personas con discapacidad se quedan al margen, puesto que sus cuerpos, alejados de los estándares dictados por la ciencia médica, no son objeto fácil de disciplinamiento: no son aptas funcionalmente, no son rentables económicamente y no son susceptibles de estandarización «reglamentaria». Lo cual se traduce en que su condición de individuos/sujeto, al no ser manipulable, queda implícitamente negada. Lo que significa que se presupone que ni están dotadas de autonomía, ni tienen una capacidad de raciocinio plena.

Lo cual nos lleva al segundo eje mencionado de la argumentación.

Si presumimos razonables los argumentos de Foucault, ¿qué hacer con estas personas que no se ajustan a los criterios de disciplinamiento corporal habituales? No es posible convencerlas de que pueden adaptarse a los criterios de funcionalidad estipulados, pues de antemano se ha presupuesto que no podrán alcanzar en ningún caso la «normalidad» funcional requerida por las demandas de nuestros contextos de existencia. La pregunta, desde el disciplinamiento político y económico es: ¿qué hacemos con estos cuerpos? La respuesta ha sido: excluirlos de la vida colectiva, por infuncionales y no disciplinables.

Se ha creado un espacio específico para su tratamiento, algo que Bourdieu denominaría un *campo social* (Bourdieu, 1999), en el cual las reglas genéricas de juego se aplican de una manera diferenciada: traduciéndolo, vendría a ser algo así: aquí existe un colectivo de personas con unos cuerpos que, según la ciencia médica, no son aptos para cumplir las funcionalidades requeridas; busquemos un espacio específico para su tratamiento. Puesto que es la ciencia médica la que establece ese criterio, habrá de ser ella la que provea la «solución». Se genera lo que el modelo médico de la discapacidad denomina el proceso de «institucionalización»: la creación de instituciones específicas para su tratamiento, apartándolas de la convivencia colectiva convencional (Oliver, 1990, 2002).

En ese espacio específico, o campo de la discapacidad (Ferrante y Ferreira, 2010, 2011; Ferreira, 2010), la directriz a considerar es la frontera entre salud y enfermedad. Es decir, si se deja a estas personas en manos de la ciencia médica, entendidas como enfermas, el objetivo será curarlas; objetivo imposible, pues la discapacidad no puede ser curada. Ahora bien, estas personas habrán de creer que sí es posible dicha curación, para plegarse a las exigencias de dicho campo (esto nos retrotrae a Marx: una vez establecida una frontera objetiva, hay que crear la «conciencia de clase», la dimensión subjetiva que propicie la acción; en este caso, nada revolucionaria...).

Surge lo que se denomina la lógica de la «rehabilitación»: a estas personas, excluidas por su disfuncionalidad, se les somete a un tratamiento cuyo objetivo es que se acerquen lo máximo posible al estándar de funcionalidad que su cuerpo no cumple. No lo podrán alcanzar, pero podrán acercarse. De aquí se derivan unas prácticas que, en algunos casos, pueden aproximarse a lo que solemos denominar como tortura.[8]

Brevemente, esto nos conduce a unas apreciaciones y unas prácticas que delimitan un espacio de convivencia específico regulado por criterios médicos. Ese espacio lo habitan personas diagnosticadas como enfermas que, por tanto, habrán de someterse a los criterios de salud como objetivo a perseguir; una salud imposi-

ble, pues la enfermedad no existe; lo que existe es una condición orgánica «diferente» y desatendida.

Pero el colectivo de personas afectadas, en gran medida, se pliega a la existencia de ese campo social, ¿cómo es esto posible?

Es aquí donde la Teoría de la Acción de Bourdieu cobra relevancia. En todo campo social se han de cumplir ciertos requisitos, para su constitución y funcionamiento. Primero: debe existir algo por lo que merezca la pena involucrarse (un campo es, en cierta medida, un campo de juego en el que todos se involucran porque hay un premio, una ganancia, un beneficio a obtener); se trata de un capital en disputa: todo el mundo quiere adquirir la máxima cantidad posible. Segundo: en esa disputa debe haber unas reglas de juego, un *nomos* (Bourdieu, 1999), que todos compartan, asuman, y según el cual actúen. Tercero: la capacidad de ganar o perder en ese juego depende de la habilidad práctica adquirida para «jugar bien el juego». Y cuarto: es necesario no ser consciente de que uno no está jugando un juego, competitivo, sino que actúa de un modo presuntamente «natural», no interesado, espontáneo (es decir, es necesario que uno no se dé cuenta de que está subordinado a las reglas preestablecidas y que, haga lo que haga, con sus acciones las está validando).

Si tengo discapacidad y la ciencia médica me ofrece la posibilidad de dejar de tenerla, transitando la frontera entre salud y enfermedad, lo que se me propone es la lógica de la rehabilitación (el campo); para ello, he de aceptar que el objetivo es que mi cuerpo se adecúe lo máximo posible a los estándares de salud (el capital); y para hacerlo competentemente he de adquirir las habilidades prácticas del campo para actuar correctamente (el *habitus*).

Tomemos al cuerpo como referencia primaria; y pensemos en la frontera: hay cuerpos biológicamente aptos y otros no (dictamina la ciencia médica); esa es la frontera. Si acepto que quiero estar de parte de los aptos, según los criterios preestablecidos, habré de lograr la máxima funcionalidad posible según tales criterios, para lo cual me habré de plegar a las regularidades del campo que promete la posibilidad de cruzar esa frontera. Y habré de hacerlo, no desde presupuestos de racionalidad deliberativa, sino desde una inmersión, cotidiana, práctica, que poco a poco irá dictaminando el proceder adecuado en cada momento.

Un campo social está constituido por un conjunto de personas que ocupan posiciones relacionales y jerárquicas en función del capital en disputa en el mismo (quien tiene más, está más arriba; quien tiene menos, más abajo); esa posición relacional y jerárquica, a su vez, determina las habilidades prácticas para actuar en el campo obteniendo beneficios (esa habilidad práctica, o *habitus*, no está equitativamente distribuida; y, además, la posición jerárquica en el campo en cuestión depende de otros factores, que remiten a otros campos, fundamentalmente, el capital económico y cultural). Podemos, pues, considerar la discapacidad, en tanto que fenómeno social, entendido como una condición de existencia de un colectivo determinado de personas, como un campo social en el que hay un capital en disputa y unas habilidades prácticas a poner en juego para acumular dicho capital: campo, capital, *habitus*.

Ese campo está dotado de una regularidad estructural en su funcionamiento, de un *nomos*, derivado de las prescripciones de la ciencia médica y la lógica rehabilitatoria. Está compuesto, primariamente, por las propias personas con discapaci-

dad, pero, a su vez, en él participan los profesionales vinculados a la discapacidad: en primer término, los médicos, pero también los servicios sociales (con los profesionales considerados pertinentes: trabajadores sociales y psicólogos, terapeutas, logopedas, etc.), y las familias. Todo ese colectivo de gente se involucra en dicho campo, hemos de presuponer, a la búsqueda de la maximización del capital en disputa en el mismo... ¿cuál es ese capital; que se trata de «rentabilizar»? La respuesta es sencilla, desde nuestra óptica: el cuerpo. Ahora bien, y aquí surge la peculiaridad de este campo social: la disputa por el «capital corporal» (según criterios médicos y estéticos, primariamente), es una disputa extendida al conjunto de las poblaciones a fecha actual, con y sin discapacidad: la obtención de un cuerpo bello-sano-bueno es un objetivo generalizado (Ferrante y Ferreira, 2008). Para discernir la disputa particular por ese capital en el campo de la discapacidad, a diferencia de otros, hemos de considerar un concepto que, a mi modo de ver, no ha sido bien interpretado: el «capital simbólico», o, según mi particular nomenclatura, el *meta-capital* asociado a todo capital primario, y que supone la adhesión de un determinado reconocimiento, por parte de los integrantes del campo en cuestión, al capital propio del mismo poseído. Un mismo volumen de un capital determinado puede ser apreciado de manera muy distinta por quienes forman parte del campo en cuestión.

Dado que nos remitimos, como capital primario del campo de la discapacidad, al cuerpo, pensemos en la apreciación de ese cuerpo (capital simbólico, reconocimiento) que se puede adherir al mismo: si comparamos, por ejemplo (cual es mi caso), dos personas con discapacidad visual, cuya visión, respecto al estándar médico está muy mermada, y que, objetivamente (según dictamen clínico), disponen de una visión reducida en un 75 %, es decir, con un mismo capital primario, el reconocimiento y apreciación no será el mismo si una de ellas necesita desenvolverse con un bastón (pues, más allá del porcentaje objetivo de pérdida de visión, la cualidad de la misma implica que tiene muy poca visión periférica, en tanto que su reducido campo de visión es «perfecto»: puede leer sin problemas, pero no detecta obstáculos en el entorno al desplazarse), mientras que la otra no necesita bastón (dado que la reducción visual, cualitativamente, es muy distinta: su campo visual es relativamente adecuado, aunque no puede leer). Bajo diagnosis médica, que cuantifica igual ambos casos, en uno, el problema se sitúa en la periferia de la retina, en el otro, en el centro. Evidentemente, la segunda persona, sin bastón, y con bastantes habilidades para desenvolverse en sus entornos cotidianos, obtendrá más «reconocimiento» que la primera: su evaluación corporal, en cuanto a apreciación, será superior: mayor capital simbólico a partir de un mismo capital corporal primario.

De aquí se deriva la cuestión fundamental a considerar a la hora de determinar cuál es la frontera, cultural, que determina tanto la condición o no de persona con discapacidad, como la distribución jerárquica dentro del campo de la discapacidad: el grado de reconocimiento corporal de la persona, el tipo de cuerpo poseído, que, según los estándares médicos, puede estar de un lado o del otro, con independencia de la clasificación estrictamente clínica.

Ese capital simbólico que determina la frontera está adherido a lo que en algún momento, siguiendo a Bourdieu, determinamos como «la promesa permanentemente incumplida de curación» (Ferreira, 2010): la curación es imposible, la promesa, por parte de la ciencia médica, permanente: tu objetivo (imposible) es curar-

te, actúa en consecuencia; la promesa indica la posibilidad de lograr ese reconocimiento adherido al cuerpo, de «normalidad»; una apreciación, dentro y fuera del campo, en la que el déficit no estaría presente. Como señala Bourdieu, no hay nada más eficaz para lograr la subordinación que apelaciones emocionales no cumplibles pero que, como tales, nunca tendrán fecha de caducidad: la esperanza es un potente aparato de sometimiento social.

Norma, disciplina, cuerpo: la discapacidad como reducto de disidencia

Normas de comportamiento, regulaciones disciplinarias, y el cuerpo como sedimento de las operaciones de control de las poblaciones. En un contexto en el que la rentabilidad económica es el principal eje de referencia: cuerpo y beneficio, como ecuación determinante; esto es, hay cuerpos rentables y cuerpos que no lo son: las personas con discapacidad no son cuerpos rentables, sobran y estorban.

Surgió, en el mundo anglosajón, en los años setenta, un movimiento reivindicativo dentro del colectivo de la personas con discapacidad que promovió la búsqueda de una Vida Independiente, la capacidad de decisión autónoma, respecto al discurrir de sus vidas, más allá de las prescripciones derivadas de las directrices del modelo médico-rehabilitador. De lo que se trataba, en esencia, era de una lucha por el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad frente a unas estructuras que, al haberlas excluido, no tenían en cuenta sus necesidades específicas.

Dicho movimiento ha logrado, en los últimos treinta años, avances notables en materia normativa, en regulaciones legislativas, pero, lamentablemente, apenas ha logrado modificar la existencia cotidiana de las personas con discapacidad en la gran mayoría de los países que constituyen nuestro planeta.[9]

El movimiento por la vida independiente surge en Estados Unidos a finales de la década de los sesenta (Ferreira, 2008*a*, 2008*b*) y se traslada a Gran Bretaña en los ochenta, sumando, junto al activismo del colectivo de las personas con discapacidad, una pequeña «revolución» en el ámbito académico: la discapacidad dejaba de ser un problema estrictamente médico para convertirse en un problema social.

El error de la vertiente británica de ese modelo fue suprimir el cuerpo como espacio fundamental del problema: todo se redujo a una cuestión «formal», de regulación normativa, en tanto que el substrato, el cuerpo, quedaba en exclusiva en manos de la ciencia médica: el problema no era el cuerpo, eran las legislaciones y las derivadas prácticas de su implantación.

En España, a partir de 1982 (*Ley de Integración Social de los Minusválidos* —LISMI— 13/1982, BOE de 7 de abril),[10] el desarrollo normativo para la protección de las personas con discapacidad ha sido bastante más que satisfactorio, pero ello no ha contribuido de manera efectiva a una mejora de sus condiciones de existencia (lo corroboran las estadísticas del INE: 1999, 2008),[11] ¿por qué? Porque la frontera real, efectiva, no es normativa, se instala en los procesos cotidianos de convivencia: tener muchos derechos adquiridos no significa saber utilizarlos. La frontera, real, está en el cuerpo; un cuerpo entendido como un capital primario a rentabilizar desde la óptica de la Teoría de la Acción de Bourdieu (1999: 174-216).

El poder disciplinario que surge con la modernidad y que toma al cuerpo como

objeto de intervención, actúa a tres niveles: el político, el económico y el médico. Lo cual se traduce en la construcción estereotípica de un cuerpo bello-sano-bueno (Ferreira *et al.*, 2008; Ferrante y Ferreira, 2011): el régimen de funcionamiento capitalista exige cuerpos «rentables», que se entienden como tales si cumplen las funcionalidades requeridas, lo que significa que serán cuerpos «sanos» según los criterios de clasificación de la ciencia médica. A su vez, esa salud será objeto de catalogación según los criterios estéticos del momento (lo cual también supone una intervención de la ciencia médica): rentabilidad y estética se asocian.[12] Finalmente, si la rentabilidad y la estética quedan adheridas a un cuerpo, automáticamente se le va a suponer una condición moral, ética, de naturaleza positiva (en lenguaje coloquial, un/a chico/a guapo/a y de éxito, necesariamente, tiene que ser una buena persona).

Sobre esos mimbres se teje la frontera que separa a las personas con discapacidad de las personas sin discapacidad: los cuerpos de las personas con discapacidad nunca van a poder ser integrados en el canon del cuerpo sano-bello-bueno. Lo cual las conduce a la exclusión social.

La ciencia médica teje la dimensión objetiva de la frontera: salud/enfermedad. La ciencia económica la recoge a efectos de determinar la rentabilidad de los cuerpos. La estética señala una marca visible para la apreciación de la frontera. Sin embargo, esa frontera objetiva no es la real; la frontera real es la que viene determinada por las oportunidades vitales de las personas con discapacidad, marcadas de antemano por esa etiqueta objetiva: sus cuerpos no son adaptables a los requerimientos disciplinarios que se ejercen sobre el cuerpo en el conjunto de las poblaciones; son un problema para su gestión política. Resultado: deben ser apartadas y recluidas; ocultadas a la mirada pública, pues pueden atentar seriamente contra los principios regulatorios a los que estamos sometidos/as.

Y aquí surge la «disidencia». ¿No sería posible un movimiento emancipatorio que, en lugar de reclamar un derecho ficticio por la independencia formal, anclada en los presupuestos de dominación propios de la modernidad occidental, reclamase un reconocimiento del cuerpo «sustantivo», anclado en sus capacidades y eficiencias, al margen de la rentabilidad y la estética, derivado de poner en suspenso los criterios médicos?, ¿qué discapacidad, falta de capacidad, tiene una persona con discapacidad?: yo sería incapaz de construir un armario, pero perfectamente apto para escribir un artículo académico: si me comparo con un ebanista... ¿cuál de ambos tiene discapacidad?; pues si hablamos de discapacidad y de una frontera, dada la distancia entre las «capacidades», alguno debería estar de un lado y el otro, del opuesto.

En definitiva (y por falta de espacio): la frontera entre capacidad y discapacidad, lábil, difusa, subjetiva, se ancla en una apreciación generalizada, marcada por las regulaciones político-económicas inscritas en la anatomopolítica de Foucault en torno a la delimitación de nuestros cuerpos [no somos poseedores, autónomos, de nuestros cuerpos; nuestros cuerpos están «poseídos» por los mecanismos de regulación colectiva a los que estamos sometidos].

> El cuerpo recuerda [...]
> como si hablara de un espejo.
> De los cinco sentidos con que fue dotado
> [...] el tacto es el más confiable.

No lo confunde la noche redonda
ni se retira con la llegada de la aurora.
El cuerpo tiene su propio laberinto,
su oculta geografía de caminos y posadas.
El cuerpo recuerda, [...] y sus memorias
nos hablan de esplendores sedosos y humedades.[13]

Bibliografía

BARNES, C. (2010): «Discapacidad, política y pobreza en el contexto del Mundo mayoritario», *Política y Sociedad* 47(1) [monográfico coordinado por M.A.V. Ferreira: *Por una sociología de la discapacidad* (enero-abril 2010)]: 11-25. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/viewFile/POSO1010130011A/21663>.

BERGUA, J.A. (2015): *Postpolítica*, Madrid, Biblioteca Nueva.

— (2017): *Sociosofía*, Barcelona, Anthropos.

— (2018): *Variaciones sobre lo imposible y la anarquía: a propósito del corpus* [borrador; en proceso de preparación].

BOURDIEU, P. (1999): «El conocimiento por cuerpos», en P. Bourdieu, *Meditaciones pascalianas*, Madrid, Anagrama, 174-216.

— (1999*b*): «Las tres formas del error escolástico»; en P. Bourdieu, *Meditaciones pascalianas*, Madrid, Anagrama, 72-112.

CASTELLS, M. (1996): «El cuarto mundo: capitalismo informacional, pobreza y exclusión social», en M. Castells, *La Era de la Información* (volumen 3), Madrid, Alianza, 95-191.

DÍAZ VELÁZQUEZ, E. y M.A.V. FERREIRA (2009): «Discapacidad, exclusión social y tecnologías de la información», *Política y Sociedad*, 48 (1): 237-253. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO0909130237A/21907>.

DURKHEIM, É. (1982): *La división social del trabajo*, Madrid, Akal.

FERRANTE, C. y M.A.V. FERREIRA (2008): «Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales: dos estudios de caso comparados», *Revista de Antropología Experimental* (RAE) 8: 403-428. Disponible en: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rae>.

— y M.A.V. FERREIRA (2010): «El *habitus* de la discapacidad: la experiencia corporal de la dominación en un contexto económico periférico», *Política y Sociedad*, 47 (1) [monográfico coordinado por M.A.V. Ferreira: *Por una sociología de la discapacidad* (enero-abril 2010)]: 87-104. Recuperado a partir de <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130085A>. Disponible en: <http://www.um.es/discatif/documentos/PyS/6_Ferrante_Ferreira.pdf>.

— y M.A.V. FERREIRA (2011): «Cuerpo y *habitus*: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad», *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico*, 5 (2), 2011, 85-101. Disponible en <http://www.intersticios.es/article/view/8888/6229>.

FERREIRA, M.A.V. (2008*a*): «Una aproximación sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos», *Revista Española de Investigaciones Sociológicas* (REIS), 124: 141-174. Disponible en <http://www.reis.cis.es/REIS/PDF/REIS_124_051222873458779.pdf>.

— (2008*b*): «La construcción social de la discapacidad: *habitus*, estereotipos y exclusión social», *Nómadas, Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 17 (1): 221-232. Disponible en <http://www.ucm.es/info/nomadas/17/mferreira.pdf>.

— (2010): «De la *minus*-valía a la *diversidad funcional*: un nuevo marco teórico-metodológico», *Política y Sociedad*, 47(1) [monográfico coordinado por M.A.V. Ferreira: *Por una sociología de la discapacidad* (enero-abril 2010)]: 45-65. Disponible en <http://revistas.ucm.es/index.php/POSO/article/view/POSO1010130045A>.

—, E. DÍAZ VELÁZQUEZ, C. FERRANTE y J. ZARCO (2008): «A New Sociological Theoretical Framework for the interpretation of Disability: Critical Theory, Citizenship and Gender», *4th Biennial Disability Studies Conference*, Lancaster, septiembre 2008. Disponible en <http://www.lancs.ac.uk/fass/events/disabilityconference_archive/2008/papers/ferreira.pdf>.
FINKELSTEIN, V. (1980): *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*, Nueva York, World Rehabilitation Fund.
FOUCAULT, M. (2009): *Vigilar y castigar*, Madrid, Siglo XXI.
ILLOUZ, E. (2007): *Intimidades congeladas: las emociones en el capitalismo*, Buenos Aires, Katz.
INE (1999): *Encuesta sobre deficiencias, discapacidades y estados de salud*. Disponible en <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194719&idp=1254735573175>.
— (2008): *Encuesta sobre discapacidades, autonomía personal y situaciones de dependencia*. Disponible en <https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=resultados&secc=1254736194716&idp=1254735573175>.
MARX, K. (1968): *La lucha de clases en Francia*, Buenos Aires, Claridad.
OLIVER, M. (1990): *The politics of disablement*, Londres, Mcmillan Press. Disponible en <https://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/PD_MikeOliver.htm>.
— (2002): «Emancipatory Research: a Vehicle for Social Transformation or Policy Development», *1st. Annual Disability Research Seminar*, NDA-CDS. Disponible en <http://www.leeds.ac.uk/disability studies/archiveuk/Oliver/Mike%27s%20paper.pdf>.
PATRICIO PEDRAZA, F. (2010): «El mito de Hefesto: la constitución ambivalente de la discapacidad en los orígenes de la cultura occidental», proyecto de investigación para la obtención del DEA (Dpto. de Cambio Social, Universidad Complutense de Madrid). Disponible en <https://www.um.es/discatif/TEORIA/Patricio_Hefesto.pdf>.
ROMAÑACH, J. y A PALACIOS (2007): *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Madrid, Ediciones Diversitas-AIES.
ROUSSEAU, J.J. (1982): *El contrato social*, Ciudad de México, Espasa-Calpe.
SACKS, O. (2006): *La isla de los ciegos al color*, Madrid, Anagrama.
SMITH, A. (1988): *Investigación sobre la naturaleza y causa de la riqueza de las naciones*, Barcelona, Oikos.
WAGNER, P. (1997): *Sociología de la modernidad*, Barcelona, Herder.
WEBER, M. (1972): *El político y el científico*, Madrid, Alianza.

NOTAS:

1. Bien entendido que lo que plantea Marx no es la constitución efectiva de la sociedad moderna en términos dicotómicos, sino que está indicando el eje o fractura que señala la escisión fundamental sobre la que se instituye ese modelo socio-económico: existen multitud de grupos sociales, digamos, intermedios, pero cada uno de ellos, en el momento en el que haya que decantarse por algún «bando», solo tendrán esos dos que señalan los polos de la estructura social para elegir (en términos extremos, llegado el momento de la Revolución, cada cual deberá decidir si está del lado del Capital o del lado del Trabajo; en términos algo más convencionales, en una determinada situación de crisis o conflicto entre diversos colectivos, cada cual optará por una de dos únicas opciones disponibles). Véase Marx (1968).

2. Una interesante reflexión sobre cómo las emociones son las que, primariamente, regulan nuestro comportamiento, supuestamente racional, bajo las prescripciones propias de la economía capitalista la ofrece Eva Illouz (2007).

3. Es importante resaltar que no hablamos de la frontera entre capacidad y dis-capacidad, sino de la frontera entre dis-capacidad y no-dis-capacidad. Presuponiendo que la dis-capacidad, fundamentalmente, no puede situarse en un plano médico, sino contextual, y que se traduce en procesos de marginación y exclusión social, la cuestión no es la atribución, o no, de capacidades, adscritas a un substrato fisiológico, sino la relimitación de las condiciones de existencia de las personas según sus diversas capacidades. Es decir, la dicotomía primaria, capacidad - dis-capacidad, es espúrea; de lo que se trata es de establecer como, a partir de la misma, con la construcción dicotómica de la dis-capacidad, ulteriormente, se determina, cómo, por qué, hay personas adscritas a la misma y personas que no lo son. La dis-capacidad, ya instituida como categoría, implica que se determine, ulteriormente, quién sí, y quién no, puede ser parte del colectivo. Por precisarlo: tener miopía, a fecha actual y en nuestro contexto de convivencia, no supone tener una discapacidad (las gafas y la tecnología láser así lo dictaminan); la primera frontera está superada. Ahora, la cuestión sería, teniendo miopía (no-dis-capacidad), ¿qué me diferencia de los que sí la tienen? Por *reductio al absurdum*, tener una discapacidad, considerada primariamente como tal, pero que el contexto permite que deje de ser considerada como tal, ¿qué me diferencia de los que son como yo, pero han sido catalogados de manera distinta; porque han utilizado otros medios para gestionar su «dis-»?). Si situamos la dis-capacidad como categoría primaria de análisis, y la no-dis-capacidad como secundaria, el discurso dicotómico, primario, entre capacidad y dis-capacidad... se desmonta: ¿quién es qué, cómo y por qué?: ya no se trata de la capacidad fisiológicamente atribuida frente a una discapacidad, sino una dis-capacidad, socialmente construida, frente a una no-dis-capacidad a demostrar.

4. Las características, condiciones, contextura y repercusiones de ese proceso han sido ampliamente analizadas; si bien las referencias bibliográficas son casi «infinitas», nos parece de especial relevancia el texto de Wagner (1997).

5. El concepto gente, o gentío, remitiría a un substrato, un «ser» que, aún siendo nombrado (e inmediatamente ser olvidado) como tal para su sometimiento, y así derivar performativamente su condición oprimida, pese a todo, subsiste con una consistencia que va más allá de la mera denominación: «Uno de [los *socius* fundacionales de la sociedad occidental] tiene que ver con las gentes (Bergua, 2015, 2017), permanentemente apeladas y traicionadas, a la vez que resistentes y evasivas, desde la democracia griega, pasando por la referencia a los gentiles en el cristianismo, hasta llegar a las democracias modernas. Téngase en cuenta que, con este último dispositivo, el sistema ha ido progresivamente regulando y reglamentando la participación hasta convertirla en un trapo» (Bergua, 2018: 1).

6. Prioritariamente. Aunque se podría señalar un tercero (entre otros): el individuo-cuerpo había de ser, a la par, sujeto político y económico. En tanto que individuo, dotado de autonomía; en tanto que sujeto, dotado de racionalidad. El individuo-sujeto político habría de orientarse según los principios de la *Voluntad General* de Rousseau (1982), o, a su vez, según una individualidad no egoísta (Durkheim, 1982), preservando el bien común por encima de los intereses individuales. El individuo-sujeto económico habría de orientar sus acciones exclusivamente pensando en la mayor maximización de sus recursos (la famosa «mono invisible»; Smith, 1988). Esto genera una contradicción, según la cual, en un momento determinado, a la hora de tomar una decisión, una persona habrá de decidir si se orienta según el bien común o según el interés egoísta: la mera racionalidad quedará excedida y la persona habrá de orientarse, para decidir, en base a criterios éticos (como diría Weber, 1972), deberá optar entre racionalidad instrumental —orientada a fines, en este caso, egoístas— y la racionalidad valorativa —orientada por criterios éticos—; en la segunda, la ética precede a la racionalidad operativa).

7. En el ámbito de la educación infantil es prioritario gestionar y orientar las habilidades físicas de los niños/as; la estimulación sensorial orientada es un aspecto clave (que aprendan a responder a ciertos estímulos y a otros, no), así como la capacidad de adaptación, física, a las circunstancias de ciertos contextos (hacer esto aquí está bien, pero allí, no), así como potenciar ciertas habilidades innatas y refrenar otras (un/a niño/a zurdo/a, por ejemplo, deberá abandonar esa preferencia funcional y adquirir competencia con la mano, sobre todo la mano, derecha).

8. En Argentina, en los años cincuenta, se creó el Centro Nacional de Rehabilitación a raíz de la epidemia de polio que sufrió el país. Fundamentalmente, la polio afecta a la capacidad motriz de la persona, de tal manera que el objetivo médico prioritario era lograr que esas personas pudieran andar. La afectación de la polio no es uniforme: hay personas que sufren leves restricciones de movi-

lidad y otras para las que esas restricciones son más severas; es decir, algunas personas pueden andar con alguna dificultad, otras no pueden andar, por lo cual necesitarían una silla de ruedas para desplazarse. Sin embargo, bajo el criterio médico-rehabilitatorio, todos deberían poder andar, y bajo ese criterio se establecían las prácticas rehabilitatorias: los procedimientos utilizados para intentar que aquellas personas con una afectación severa fueran «capaces» de caminar, algo que era imposible (fisioterapia, hidromasaje, estimulación eléctrica —quien escribe, en particular, puede suscribir el terrible dolor de ese tipo de estimulaciones...—, sesiones de entrenamiento con las barras paralelas de apoyo para que el «paciente» use las piernas, etc.). Ninguna de esas personas, nunca, podría andar de una manera «convencional», pero el objetivo era que todas llegaran a hacerlo de un modo u otro: la silla de ruedas no era contemplada como una alternativa en ningún caso. El tiempo desmintió esas pretensiones...

9. El 80 % de las personas con discapacidad viven en países desfavorecidos; lo que antes se denominaba el Tercer Mundo y, ahora, el Cuarto Mundo (Castells, 1996); esta cifra es constante a lo largo del tiempo (Barnes, 2010), lo cual demuestra que pesan mucho más las condiciones cotidianas de existencia que los marcos normativos. Demuestran, a su vez, que el nivel económico medio de una población es mucho más relevante a la hora de determinar la frontera entre Discapacidad y No-Discapacidad que los marcos normativos (los marcos normativos son más exigentes en sociedades «opulentas» que en sociedades «precarias»; el problema es que el desarrollo normativo en las sociedades opulentas tampoco soluciona el problema...).

10. La LISMI de 1982 (https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1982-9983) fue una ley inspirada en los criterios paternalistas y asistencialistas propios del modelo médico de la discapacidad; en 2003, se promulgó la *Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal para las personas con discapacidad* (LIONDAU, Ley 51/2003 de 2 de diciembre: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066), que abandonaba los criterios previos para establecer un marco normativo en relación con la discapacidad cuyos criterios directrices se basaban en la protección de sus derechos. Se daba un notable avance legislativo que, por desgracia, sufrió una inflexión con la promulgación en 2006 de la mal llamada «Ley de dependencia», en realidad, *Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (ley 39/2006 de 14 de diciembre: https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990): el *parauas normati* o «dependencia» englobaba, indistintamente, a las personas mayores (con y sin discapacidad) y a las personas con discapacidad (mayores o no), para determinar un régimen de prestación económica para el cuidado, desatendiendo los criterios de la LIONDAU respecto a la preservación de derechos (las normas avanzan, pero, a veces, avanzan retrocediendo...).

11. En las dos encuestas nacionales realizadas por el INE, se constata que la evolución de las condiciones de existencia de las personas con discapacidad, pese al cambio legislativo que se dio durante ese periodo, no habían variado significativamente. Atendiendo a dos indicadores principales, las oportunidades educativas y las laborales, su situación seguía siendo dramáticamente inferior a la media nacional (pueden consultarse algunos datos específicos al respecto en Díaz y Ferreira, 2009).

12. No estamos hablando de una realidad, sino de un ideario que se incluye en los protocolos de sometimiento de las poblaciones, un esquema de apreciación que condiciona las conductas: la estética del hijo de un multimillonario importa poco, sin embargo, si no cumple ese canon estético, será «rentable» que se vincule con otros cuerpos que sí lo cumplan, para garantizar que el estereotipo tenga validez (me viene a la mente, sin nombrarlo, un jugador de fútbol, cuerpo rentable y de éxito que, obviamente, no cumplía el canon estético: casarse con una supermodelo solucionaba el problema).

13. <https://www.letraslibres.com/mexico-espana/un-poema-del-cuerpo>.