

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES
SERIE LIBROS FLACSO-CHILE



EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA

Divergencias e inequidades en salud

Mario Ociel Moya
(Editor)

Santiago de Chile, mayo de 2022

Se sugiere citar esta publicación como:

Moya, M.O. (Ed.) (2022). *El quehacer de la salud pública. Divergencias e inequidades en salud*. Santiago de Chile: FLACSO-Chile, Universidad de Chile.

Ediciones FLACSO-Chile

Av. Dag Hammarskjöld 3269, Vitacura - Santiago de Chile

www.flacsochile.org

Impreso en Santiago de Chile

Mayo de 2022.

ISBN Libro impreso: 978-956-205-276-4

Descriptores:

1. Salud pública
2. Antropología de la salud
3. Sistema de salud
4. Nutrición
5. Género en salud
6. Cuidado informal

Producción Editorial: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Diagramación interior: Marcela Contreras, FLACSO-Chile.

Diseño de portada: Marcela Zamorano, FLACSO-Chile.

Impresión: Gráfica LOM, Concha y Toro 25, Santiago, Chile.

Las opiniones versadas que se presentan en este trabajo son de responsabilidad exclusiva de sus autoras y autores, y no reflejan necesariamente la visión o puntos de vista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO-Chile).

En el presente libro se intenta usar un lenguaje no discriminador ni sexista a pesar de que en nuestra lengua, hasta el momento, no hay soluciones generales que sean consensuadas y sistemáticas ni que necesariamente facilitan una lectura convencional; se usa el masculino genérico en algunas ocasiones y se especifican las diferencias entre hombres y mujeres cuando corresponde.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	13
PRÓLOGO	15
María José González Rodríguez e Ismael Bravo Rodríguez	
INTRODUCCIÓN	29
La salud pública como problema	
Mario Ociel Moya	
PARTE 1.	35
EL QUEHACER DE LA SALUD PÚBLICA	
CAPÍTULO 1.	37
Políticas de salud y nutrición en Chile: una perspectiva histórica	
Fernando Vio y Cecilia Albala	
CAPÍTULO 2.	51
Políticas públicas en salud: más que decisiones técnicas.	
El caso de la Píldora del Día Después	
Soledad Barría Iroumé y Nydia Contardo Guerra	
CAPÍTULO 3.	69
Sumergirse en el antropoceno: más allá de pública,	
poblacional o colectiva	
Yuri Carvajal B. y Manuel Hurtado	

PARTE 2.	81
LA CONSTRUCCIÓN POLÍTICA DEL OBJETO EN SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 4.	 83
Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud Didier Fassin	
 CAPÍTULO 5.	 113
La (des)gubernamentalización del malestar: racionalidades, lógicas y disputas en la producción de la verdad médica Hugo Sir Retamales y Nicolás Fuster Sánchez	
 CAPÍTULO 6.	 135
El objeto/sujeto de las políticas sobre “discapacidad”: los cuerpos in-disciplinables Miguel A. V. Ferreira	
 PARTE 3.	 167
GÉNERO, FEMINISMO(S) Y SALUD	
 CAPÍTULO 7.	 169
De la ciencia androcéntrica hacia la construcción de un modelo sanitario con enfoque de género Alexandra Obach y Alejandra Carreño	
 CAPÍTULO 8.	 189
Feminismo(s) y epistemologías feministas: desafíos para la salud pública Rodolfo Morrison Jara	
 CAPÍTULO 9.	 219
Sobrecarga y desigualdades de género en el cuidado informal de largo plazo: un fenómeno invisibilizado Milda Galkutė y Claudia Miranda Castillo	

PARTE 4.	235
PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA	
 CAPÍTULO 10.	 237
Sobre la importancia de nombrar: el concepto de violencia obstétrica y sus implicancias Michelle Sadler	
 CAPÍTULO 11.	 255
La migración y la respuesta del sistema de salud en Chile: aprendizajes y desafíos Báltica Cabieses	
 AUTORAS Y AUTORES	 285

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados.
ADN	Ácido desoxirribonucleico.
AMIPAR	Asociación de Matronas Independientes de Parto Respetado.
AMUCH	Asociación de Municipalidades de Chile.
APROFA	Asociación Chilena de Protección a la Familia.
APS	Atención Primaria en Salud.
ASOMAT	Asociación Nacional de Matronas y Matrones, Chile.
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas, Chile.
BCN	Biblioteca del Congreso Nacional.
CASEN	Encuesta Poblacional de Caracterización Socioeconómica Nacional, Chile.
CDT	Centros de Diagnóstico Terapéutico.
CELADE	Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía.
CENABAST	Central Nacional de Abastecimiento.
CENEM	Centro Nacional de Estudios Migratorios de la Universidad de Talca.
CEP	Centro de Estudios Públicos.
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
CIE 10	Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª edición.
CLADEM	Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer.

COLMED	Colegio Médico, Chile.
CONIN	Corporación para la Nutrición Infantil.
CNAF	Cánula nasal de alto flujo.
CRLP	Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
CRS	Centros de Referencia Secundaria.
DEM	Departamento de Extranjería y Migración del Ministerio del Interior y Seguridad Pública.
DFL	Decreto con fuerza de ley.
DIU	Dispositivos intrauterinos.
DL	Decreto ley.
DSS	Determinantes sociales de la salud.
DTO	Decreto.
EGO Chile	Programa Estrategia Global contra la Obesidad, Chile.
ECTG	Estudios de Ciencia, Tecnología y Género.
ENS	Encuesta Nacional de Salud.
ENUT	Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo.
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica.
ESP	Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
EVN	Esperanza de Vida al Nacer.
EVS	Esperanza de Vida Saludable.
FF.AA.	Fuerzas armadas, Chile.
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
FONASA	Fondo Nacional de Salud.
GES	Garantías Explícitas en Salud.
JUNAEB	Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas.
JUNJI	Junta Nacional de Jardines Infantiles.
INDH	Instituto Nacional de Derechos Humanos.
INE	Instituto Nacional de Estadísticas, Chile.
INTA	Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos.
INTEGRA	Red de Salas Cuna y Jardines Infantiles.
IPS	Instituto de Previsión Social.
ISAPRES	Instituciones de Salud Previsional.
ISFEM	ONG para la Investigación, Formación y Estudio sobre la Mujer.

ISL	Instituto de Seguridad Laboral.
ISP	Instituto de Salud Pública.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
LEDIS	Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social.
LEPA	Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
LGBTQI+	Lesbiana, Gay, Transexual, Bisexual, Queer, Intersexual, + más todas las identidades sexo-genéricas no binarias.
LIONDAU	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad.
LISMI	Ley de integración social de los minusválidos.
MCA	Medicinas complementarias y alternativas.
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación, Chile.
MINEDUC	Ministerio de Educación, Chile.
MINJUSTICIA	Ministerio de Justicia, Chile.
MININT/MININTERIOR	Ministerio del Interior, Chile.
MINREL	Ministerio de Relaciones Exteriores, Chile.
MINSAL	Ministerio de Salud, Chile.
MUMS	Movimiento por la Diversidad Sexual.
NNA	Niños, niñas y adolescentes.
NutriRSE	Programa Nutrición de Responsabilidad Social Empresarial.
OIDSMET	Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo.
OIM	Organización Internacional para las Migraciones.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONRED	Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo.
OSP	Oficina Sanitaria Panamericana.
OVO	Observatorio de Violencia Obstétrica, Chile.
PAE	Píldora Anticonceptiva de Emergencia.
PAE	Programa de Alimentación Escolar de JUNAEB.
PEM	Programas de Empleo Mínimo.

PES	Planificación Estratégica Situacional.
PCD	Personas con discapacidad.
PCR	Prueba de Reacción en Cadena de la Polimerasa.
PNAC	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
POJH	Programa Ocupacional de Jefes de Hogar.
PRODEMU	Fundación para la Promoción y Desarrollo de la Mujer.
RCA	Revista Colombiana de Antropología.
RECHISAM	Red Chilena de Investigación en Salud y Migraciones.
RELACAHUPAN	Red Latinoamericana y del Caribe para la Humanización del Parto y Nacimiento.
RMC	Registro Mensual Consolidado.
SE	Semana epidemiológica.
SENAMA	Servicio Nacional del Adulto Mayor.
SERNAMEG	Servicio Nacional de la Mujer y Equidad de Género.
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
SIMCE	Sistema de Medición de la Calidad de la Educación.
SOCHIPAR	Sociedad Chilena de Parto y Nacimiento.
SNS	Servicio Nacional de Salud.
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud.
SSR	Salud sexual y reproductiva.
TC	Tribunal Constitucional.
TDAH	Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.
UCIM	Unidades de Cuidados Intermedios.
UDP	Universidad Diego Portales.
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana.
VMI	Ventilación mecánica invasiva.

CAPÍTULO 6.

EL OBJETO/SUJETO DE LAS POLÍTICAS SOBRE “DISCAPACIDAD”: LOS CUERPOS IN-DISCIPLINABLES

Miguel A. V. Ferreira

“Que el hombre vive en la Naturaleza quiere decir que la Naturaleza es su cuerpo... Que la vida física y espiritual del hombre está ligada con la Naturaleza no tiene otro sentido que el de que la Naturaleza está ligada consigo misma, pues el hombre es una parte de la Naturaleza”.

Marx. El trabajo enajenado¹

“Estas estrategias de manipulación pretenden moldear los cuerpos para hacer de cada uno de ellos un componente del grupo... e instituir... una sujeción mediante la sugestión que domina los cuerpos y hace que funcionen como una especie de autómatas colectivos”.

Bourdieu. El conocimiento por cuerpos²

Introducción

Como consecuencia del proceso de modernización occidental y de la hegemonía, en su desarrollo, de una epistemología positivista, la discapacidad ha sido objeto de un tratamiento orientado exclusivamente por un enfoque médico, hasta los años 80 del siglo XX. A partir de entonces, sobre la base de la filosofía de la vida independiente, las personas con discapacidad (PCD) se han convertido en un sujeto colectivo, capaz de constituirse con una identidad autónoma con la que poder autodefinirse, señalando la condición de opresión, marginación y exclusión social a la que se ven sometidas, como consecuencia de las intervenciones derivadas del enfoque médico. El objeto médico pasó a transformarse en un sujeto político.

¹ Marx (1985: 111).

² Bourdieu (1999: 192).

Para llevar a cabo esa transformación, las personas con discapacidad han emprendido una lucha orientada fundamentalmente a la modificación de los marcos jurídicos que regulan su existencia, para la obtención de un reconocimiento expreso de su derecho a la igualdad de oportunidades. A fecha actual, ese reconocimiento ha sido logrado en gran medida, pero el mismo no ha supuesto una transformación sustancial en sus condiciones reales de existencia. Una de las razones de este desajuste entre los marcos normativos y las condiciones efectivas de existencia de las PCD, reside en que la lucha política ha omitido abordar el núcleo central de la opresión, el cuerpo: el sujeto político ha eludido la cuestión fundamental de su condición de objeto médico. Así, una vez abierta la batalla política, en el camino hacia un pleno reconocimiento de derechos, las personas con discapacidad todavía tienen que hacer valer su verdadera fortaleza, reapropiándose de una condición corporal singular, que escapa a la lógica de la normalización disciplinaria de la que se han servido los aparatos del poder, del saber-poder (Foucault, 1996), para regular las conductas colectivas, y con ello poder hacer expresa su condición de cuerpos no normalizables, no disciplinables.

Vamos a tratar de mostrar la particular repercusión que ha tenido para las PCD el modo en el que la modernidad occidental ha conformado nuestra corporalidad y como dicha conformación implica una concepción de la condición de la discapacidad que se traduce en unas prácticas institucionales, entre ellas, las que se derivan de las políticas sociales orientadas a la discapacidad, que impiden esa reapropiación corporal, persistiendo en una lógica de normalización y disciplinamiento que excluye a las PCD del acceso, corporal, a los recursos materiales y simbólicos a partir de los que poder desarrollar una vida autónoma y alcanzar una plena inclusión.

El cuerpo-éxito

En torno al cuerpo pivota una ambigüedad sobre la que, a su vez, se erige una hipocresía. Ya desde la Antigüedad Griega, las sociedades occidentales han desarrollado todo un elogio cultural, estético, sobre el cuerpo: el *cuerpo bello* como manifestación de perfección humana. Pero, a la par, esas culturas abordaban una comprensión del ser humano, de su especificidad, o “excelencia” constitutiva, asentada en la Razón: el ser humano es un *animal racional*. Debido a esa potestad racional, y pese a no poder eludir su condición animal, el ser humano se distanciaba de la pura animalidad, negándola como condición esencial de su existencia y, al negarla, se hacía de su cuerpo un mero “depósito material”, secundario, casi accidental y prescindible, de su verdadera naturaleza esencial, la Razón.

El ideal estético, ensalza el cuerpo; el ideal racional, lo repudia. El uno, exalta la perfección animal del organismo humano; el otro, reniega de esa animalidad, la pone en suspenso, acusando al cuerpo, al organismo animal, de ser un lastre para la consecución de la verdadera y genuina perfección humana: “Veinte siglos de difuso platonismo (...) inclinan a considerar el cuerpo no como un instrumento del conocimiento, sino como un obstáculo para el conocimiento” (Bourdieu, 1999: 182).

En esa ambigüedad se ha configurado, y se sigue configurando, nuestra corporalidad, nuestra experiencia corporal y nuestra consideración de la misma. Existimos en un cuerpo, dependemos de él, eso es innegable; pero al mismo tiempo, pretendemos poder superar las limitaciones que nuestro cuerpo nos impone, liberarnos de esa “cárcel”, de esa animalidad, de ese lastre puramente biológico, en el que estamos atrapados, a través del dominio de la Razón. Una razón que ha de refrenar los impulsos animales, corporales, que alimentan nuestros deseos; y al hacerlo, ella misma está alimentando un Deseo, el deseo de alcanzar una perfección humana “sin cuerpo”: un deseo imposible. Y deseamos de modo simultáneo y contradictorio, en oposición, por tanto, a todo criterio de racionalidad, tanto la posesión de un cuerpo perfecto como la de una racionalidad excelente e independiente de nuestro cuerpo.

Sobre la base de esa ambigüedad se erige, decíamos, una hipocresía; hipocresía según la cual nunca seremos juzgados, en lo que atañe a nuestra condición humana, por nuestro cuerpo y nuestras “auténticas” oportunidades descansan en nuestras aptitudes racionales, las únicas que habrán de ser objeto de juicio. Hipocresía obvia y manifiesta cuando consideramos todos los logros alcanzables gracias, únicamente, a la posesión de un cuerpo estéticamente valorable y todos los impedimentos que podemos encontrar para hacer valer una racionalidad excepcional con un cuerpo desvalorizado. Hipocresía según la cual conocimiento y corporalidad están escindidos y el primero se alcanza independientemente de la segunda y es el que nos otorga nuestra “auténtica” condición humana.

Ahora bien, nuestra condición humana, para realizarse, habrá de someterse a las exigencias del tiempo, lugar y contexto particulares en los que ha de desarrollarse, atendiendo a las condiciones estructurales de su “contexto de realización”. Y va a ser, precisamente, ese contexto, y no nuestras propias potencialidades, lo que delimite de manera más decisiva nuestro camino de perfectibilidad, un camino hacia el éxito³.

³ Un éxito que vamos a entender como “reconocimiento” y que presupone la adquisición y acumulación de capital simbólico: “Llamo capital simbólico a cualquier especie de

Ese contexto, en la actualidad, no es otro que el de una sociedad capitalista de merca-do, de carácter global, regulada por los principios de la ideología neoliberal; en ella, el éxito es de naturaleza económica, y su obtención se deriva de la aplicación de los criterios de racionalidad propugnados por el neoliberalismo. Unos criterios según los cuales, no es ya el intercambio, sino la competencia (entre desiguales)⁴ el principio fundamental que garantiza el buen funcionamiento del mercado y, con él, del conjunto de las relaciones sociales.

El éxito derivaría de la adecuada aplicación de una racionalidad egoísta y empresarial y en ello nada parece que remita a requerimientos corporales de ningún tipo. Sin embargo, ese éxito económico está sujeto a una valoración estrechamente vinculada con la estética corporal: haciendo manifiesta esa hipocresía que se señalaba previamente, la racionalidad del éxito parece arraigar mejor en determinadas corporalidades, unas que se ajustan a ciertos parámetros de belleza en los que la valoración estética es consecuencia de una adecuación a las directrices médicas respecto a la salud, entendida como norma universal del funcionamiento corporal humano.

Se anudan dos discursos científicos sobre el cuerpo: el de la economía y el de la medicina; uno, eludiéndolo, el otro, normalizándolo; ambos,

capital (...) cuando es percibida según unas categorías de percepción, unos principios de visión y de división, unos sistemas de clasificación, unos esquemas clasificadores, unos esquemas cognitivo que son, por lo menos en parte, fruto de la incorporación de las estructuras del campo considerado, es decir de la estructura de la distribución del capital en el campo considerado. (...) El capital simbólico es *un capital de base cognitiva, que se basa en el conocimiento y el reconocimiento*" (Bourdieu, 1997b: 151; cursiva nuestra).

⁴ Foucault (2008) señala este punto clave, que marca la distancia fundamental entre el liberalismo clásico y el neoliberalismo, cuyo origen lo encontramos en las propuestas de la Escuela de Friburgo tras la II Guerra Mundial: se trata de justificar la necesidad de la permanente intervención del Estado, no directamente sobre el mecanismo económico, sino sobre todas aquellas condiciones –jurídicas, culturales, medioambientales, demográficas...– necesarias para su buen funcionamiento; intervención necesaria porque se abandona la idea de un mercado de intercambio que se constituye de manera “natural” gracias al impulso del egoísmo individual, pasando a considerar que el mercado obedece a un principio formal y ha de ser creado artificialmente. Ese principio formal obedece a la lógica, no del intercambio, sino de la competencia, y es ésta la que ha de ser fomentada por el Estado a partir de una “empresarialización generalizada de la sociedad”: “...se trata (...) de constituir una trama social en la que las unidades básicas tanguen precisamente la forma de la empresa (...) se trata de generalizar, mediante su mayor difusión y multiplicación posibles, las formas “empresa”, que no deben (...) concentrarse como grandes empresas (...) se trata de hacer de (...) la empresa el poder informante de la sociedad”. (Foucault, 2008: 186). El neoliberalismo promueve la creación de “hombres-empresa”, guiados exclusivamente por la competencia; todos seríamos un empresa-rio de sí mismo, compitiendo por la acumulación y la rentabilización de nuestro Capital Humano.

encapsulándolo en una representación del éxito según éste viene definido por el capitalismo neoliberal: el éxito sin cuerpo lo es, en realidad, de un cuerpo sano que, por sano, necesariamente, es bello. La racionalidad como principio del éxito, se asocia a la posesión de un cuerpo bello-sano, un cuerpo conformado según un patrón de excelencia funcional que se deriva de los procesos de “normalización” (Foucault, 1996) disciplinaria que comienzan su andadura en el siglo XVIII, en los inicios del régimen político propio de la modernidad occidental: una norma de salud definida por la ciencia médica según unos criterios de funcionalidad orgánica de carácter, presuntamente, universal. Un cuerpo sano es aquel que se ajusta a tales criterios, un cuerpo enfermo, es el que no lo hace. Y la posesión de un cuerpo ajustado a la norma médica de salud es condición necesaria para su valoración estética como “bello” y, como tal, condición privilegiada para la obtención del éxito.

Pese a los presupuestos racionalistas que sustraen el cuerpo de la consideración del éxito en una sociedad capitalista neoliberal, la posesión de un cuerpo sano-bello está vinculada al reconocimiento de dicho éxito, y su no posesión implica una valoración negativa respecto a las oportunidades de su obtención. El cuerpo se erige como un valor simbólico asociado al valor económico del éxito. De tal modo, que las personas que se alejan de esa norma corporal se alejan de ese valor o capital simbólico y, con ello, de su reconocimiento como personas merecedoras del éxito económico.

Las personas con discapacidad (PCD) han sido catalogadas, bajo las directrices médicas de normalización, como personas enfermas⁵, personas que jamás estarán en condiciones de poseer un cuerpo sano-bello y, por lo tanto, personas que no pueden estar destinadas al éxito, personas que habrán de conformarse con un lugar subalterno, marginado o excluido de los cauces del éxito propios de una sociedad capitalista neoliberal. Su cuerpo es el que dictamina su marginación y su exclusión.

La condición marginada y excluida de las PCD, su valoración como personas no aptas para el logro del éxito económico por ser portadoras de cuerpos enfermos y no-bellos, ha sido una constante de las sociedades capitalistas occidentales a lo largo de todo el discurrir de la modernidad. Sólo a partir de los años 80 del siglo XX iniciaron su camino de lucha contra la opresión de la que venían siendo objeto; y de ser “objeto” pasaron a reclamar su condición de “sujeto”, sujeto colectivo con capacidad de decisión, más

⁵ Una catalogación errónea, por cuanto la enfermedad, como desviación de la norma de la salud, como anormalidad o patología (Canguilhem, 1970), es un estado transitorio del organismo, en tanto que la discapacidad es permanente.

allá de las directrices médicas. Las, así llamadas, *políticas públicas*⁶, no parecen haber registrado ese cambio de estatuto, un cambio que lleva implícita una redefinición de las condiciones de obtención del éxito económico haciendo expresa la dimensión corporal a las que las mismas están asociadas.

El cuerpo-conocimiento

Cabe señalar, en consecuencia, que el factor que condiciona la existencia de las PCD a lo largo de toda la modernidad occidental, y todavía a fecha actual, bajo las particulares condiciones impuestas por el modelo neoliberal, es la posesión de un cuerpo “no normalizable”, imposible de ajustar a la norma médica de la salud, un cuerpo de difícil clasificación (médica) y regulación (política).

Esa desposesión se hace aún más evidente cuando, refutando la dicotomía racionalista que escinde y contrapone cuerpo y conocimiento (según diversos pares de oposiciones: cuerpo/mente, conocimiento/práctica, razón/pasión, materia/idea, etc.), consideramos que, de hecho, nuestro conocimiento reside en nuestro cuerpo o, para ser más taxativos, el conocimiento es cuerpo. Nuestra corporalidad delimita, condiciona, fundamenta nuestro conocimiento. Estamos hablando, naturalmente, de un conocimiento y de un cuerpo que no son los que se formulan desde el reduccionismo de los presupuestos positivistas⁷.

Nuestra existencia en el mundo es corporal; nuestro cuerpo, situado en el mundo, nos dota de nuestra percepción particular del mismo, de la posición concreta a partir de la cual podemos llegar a conocerlo: cuerpos distintos en posiciones distintas implican conocimientos distintos, aparatos sensoriales y sistemas neuronales en su particular configuración e interacción con el entorno, formando parte de él; sin vista, sin oído, sin cerebro, no hay conocimiento. Estamos “situados” en el mundo porque

⁶ Consideramos más adelante lo paradójico, e ideológicamente tendencioso, de la redundancia contenida en el concepto “Políticas Públicas”.

⁷ No profundizaremos en los presupuestos epistemológicos sobre los que se sustenta el positivismo; tan sólo señalaremos que las formulaciones derivadas de los mismos se configuran sobre la base de cuatro principios: el Objetivismo, el Naturalismo, el Realismo y el Empirismo Deductivo (ONRED), que se anclan en la oposición sujeto/objeto como categorías epistemológicas básicas; la puesta en cuestión de esa oposición conduce a diversos fundamentos epistemológicos alternativos, uno de los cuales se sostiene en el principio de la reflexividad y es el que aquí se trata de aplicar. Una crítica detallada a los fundamentos epistemológicos del Positivismo puede consultarse en Ferreira (2004, 2007, 2009a, 2009b).

lo está nuestro cuerpo, y desde esa posición, exclusiva e intransferible, conocemos el mundo; “...no hay nadie que no esté caracterizado por el lugar donde está situado de forma más o menos permanente” (Bourdieu, 1999: 179), y así caracterizado, “...[como] agente implicado en la práctica conoce el mundo, pero (...) no se instala en la relación de exterioridad de una conciencia conocedora. Lo conoce (...) precisamente porque se encuentra inmerso en él” (Ibid.: 188).

Nuestro cuerpo nos dota de un conocimiento inscrito en la práctica, un conocimiento que está “más allá de la alternativa de la cosa y la conciencia, el materialismo mecanicista y el idealismo constructivista” (Ibid.: 181), un conocimiento fruto de las eficiencias corporales adquiridas en nuestra permanente relación, práctica, con el mundo.

Así pues, nos alejamos de la consideración del “cuerpo-cosa”, estructura anatómica y funcionalidad fisiológica: nuestro cuerpo es mucho más que simple “materia” biológica: es cultura, es biografía, es sentimiento; es un cuerpo “habitado”, una corporalidad. Y esa corporalidad no es natural, es la resultante de un proceso de construcción que implica adiestramientos, disciplinas y adquisición de destrezas; y de esa construcción resulta su capacidad activa, una capacidad cuyo fundamento no es la racionalidad, sino las emociones, porque “...no hay nada más serio que la emoción, que llega hasta lo más hondo de los dispositivos orgánicos” (Ibid.: 187), y desde lo más hondo se constituye como el catalizador de la acción humana: “...las emociones son significados culturales y relaciones sociales fusionados de manera inseparable, y es esa fusión lo que les confiere la capacidad de impartir energía a la acción” (Illouz, 2010).

Nuestro cuerpo, movilizado por la emoción, actúa en el mundo y, actuando, lo conoce; nuestro cuerpo, cultural, política y performativamente construido (Ferreira, 2009a), es sedimento de un conocimiento instalado en la reflexividad de las prácticas sociales:

“El sujeto de conocimiento social no es una entidad pasiva sumida en la contemplación racional del mundo (...), sino que es un sujeto que actúa, y que evidencia su constitución reflexiva, sobre todo, en ése su actuar práctico sobre el mundo. Esa actividad práctica revierte sobre sí mismo en virtud de las consecuencias materiales, ácticas que dicha actividad implica transformándolo en tanto que sujeto de conocimiento activo (reflexividad/sujeto), al tiempo que dichas consecuencias se derivan de que sus objetos cognitivos de referencia son, en la práctica, sujetos igual de reflexivos que él (reflexividad/objeto), que son modificados por su actuar y en virtud de dicha alteración operan esa reversión de la acción el sujeto sobre sí mismo.

La sociedad se constituye como una agregación de sujetos/objetos reflexivos que interactúan entre sí generando una dinámica auto-constitutiva (reflexividad/sujeto-objeto)” (Ferreira, 2015: 293-294).

A través del cuerpo, mediante la reflexividad propia de las relaciones sociales, desarrollamos un conocimiento práctico que nos constituye como agentes sociales; cuerpo, reflexividad y conocimiento práctico implican la constitución de un *habitus* mediante el cual ese cuerpo-agente “hace”, y “sabe lo que hace”:

“... los agentes sociales están dotados de *habitus*, incorporados a los cuerpos a través de las experiencias acumuladas: estos sistemas de esquemas de percepción, apreciación y acción permiten llevar a cabo actos de conocimiento práctico” (Bourdieu, 1999:183)⁸.

“El *habitus* es ese principio generador y unificador que retraduce las características intrínsecas y relacionales de una posición en un estilo de vida unitario, es decir, un conjunto unitario de elección de personas, de bienes y de prácticas” (Bourdieu, 1997c:19).

Las regularidades estructurales del mundo en el que vivimos conforman nuestro cuerpo, lo construyen, dotándolo de las habilidades (predisposiciones inscritas en nuestros modos de percepción, apreciación, valoración y acción) necesarias para desenvolver-nos en él: nuestro cuerpo conoce el mundo que habita porque ese mundo lo construye ajustándolo a sus requerimientos estructurales, moldeándolo según las necesidades que ha de satisfacer, y al constituirlo, lo dota de conocimiento práctico, y al dotarlo de conocimiento práctico, le otorga la capacidad de transformarlo y de transformarse (lo dota de reflexividad).

Esa conformación corporal implica disciplinas y adiestramientos que constituyen procesos de normalización corporal; una normalización práctica, de naturaleza política, regulada por las directrices de la norma médica de la salud como óptimo de funcionalidad orgánica: nuestro conocimiento práctico está condicionado por el grado de ajuste de nuestro

⁸ “...[Estos] actos de conocimiento práctico, [están] basados en la identificación y el reconocimiento de los estímulos condicionales, y convencionales, a los que están dispuestos a reaccionar, así como engendrar, sin proposición explícita de fines ni cálculo racional de los medios, unas estrategias adaptadas y renovadas sin cesar, pero dentro de los límites de las imposiciones estructurales de las que son producto y que los definen” (Ibid.). “El *habitus* (...) es un cuerpo socializado, un cuerpo estructurado, un cuerpo que se ha incorporado a las estructuras inmanentes de un mundo o de un sector particular de este mundo, de un campo, y que estructura la percepción de este mundo y también la acción de este mundo” (Bourdieu, 1997b: 146).

cuerpo a esa norma médica de salud, que es la que dicta los modos en los que disciplina y adiestramiento deben ser ejecutados para la obtención de la eficiencia corporal requerida.

Las PCD, portadoras de un cuerpo que no se ajusta a la norma de salud, no pueden ser objeto de las mismas prácticas de normalización disciplinaria que las personas sin discapacidad y, por ello, quedan relegadas a una condición devaluada: dado que poseen cuerpos sobre los que no se pueda intervenir según los criterios normativos, se les considera a priori personas incapaces de adquirir las habilidades, el conocimiento práctico, demandados por el orden social que constituye el marco estructural de su existencia: son considerados cuerpos ineficientes económica y políticamente.

De este modo, las PCD, sus cuerpos, no van a poder tener acceso al conocimiento propio de un *habitus* que incorpora las regularidades estructurales en forma de predisposiciones eficientes para la acción, para la participación en la vida colectiva. Sus cuerpos van a ser regulados por unos cauces de normalización secundarios, los de la “rehabilitación”, cuyo objetivo no es el de suministrarles las disciplinas y adiestramientos estructuralmente requeridos, sino tratar de “rectificar” su desviación de la norma corporal y hacerlos aptos para aplicarles ulteriormente las prácticas disciplinarias convencionales: dado que esa rectificación es imposible, jamás accederán a los circuitos de incorporación del conocimiento práctico requerido para un desenvolvimiento eficiente. Las PCD serán configuradas como cuerpos sin conocimiento.

El cuerpo-súbdito/trabajador

Hablamos, pues, de una exclusión que lo es a través del cuerpo. Dicha exclusión es una constante desde los inicios de la modernidad occidental y, pese a las variaciones en la modalidad en la que la misma se ha dado, fruto de las modificaciones experimentadas por las sociedades capitalistas en el transcurrir de los últimos tres siglos, permanece vigente a fecha actual porque la causa a la que obedece sigue estando presente.

La noción de inclusión, inclusión en un determinado orden social, alude al hecho de estar formando parte “con plenos derechos” de dicho orden; es decir, implica que quien está “incluido” dispone de todo cuanto ese orden ofrece en términos de oportunidades⁹. La noción de inclusión,

⁹ Estar incluido supone un estatuto formal que da derecho a la igualdad de oportunidades, no a una igualdad plena o efectiva: ningún orden social conocido ha sido plenamente igualitario. Dicho, en otros términos, la inclusión implica la posibilidad de desplazamiento, ascendente o descendente, en la jerarquía social, disponer de los recursos para dicha movilidad.

inclusión en un determinado orden social, alude al hecho de estar formando parte “con plenos derechos” de dicho orden; es decir, implica que quien está “incluido” dispone de todo cuanto ese orden ofrece en términos de oportunidades¹⁰. El orden social que se constituye en las sociedades occidentales con su tránsito hacia la modernidad ofrecerá dos vías centrales de inclusión: una económica y otra política. La inclusión económica supone el desempeño de alguna actividad “útil” para el sistema capitalista, es decir, alguna función que contribuya al logro de su objetivo básico: la generación de beneficio. La inclusión política, por su parte, implica un pleno derecho al ejercicio de la soberanía popular basada en el principio de la ciudadanía representativa, cuya máxima expresión es el ejercicio del derecho al voto.

En todo caso, la inclusión política está fuerte, sino completamente, condicionada por la económica: ésta dota de los recursos materiales necesarios para la subsistencia, sin los cuales es imposible acceder a las condiciones que permitan un pleno ejercicio de los derechos políticos: los recursos económicos son parte determinante de los políticos¹¹.

En nuestras sociedades, no se considera que la persona sea apta para el disfrute de dicha inclusión hasta no alcanzar una determinada edad, lo cual indica la adhesión de una dimensión ética que presupone la necesidad de que la persona asuma una responsabilidad como condición para su inclusión efectiva en el orden social, y uno de los objetivos fundamentales es el de que la persona, en los años previos a alcanzar la edad requerida, adquiera esa responsabilidad; se instala, con la modernidad occidental, la necesidad de un período de “formación” de la persona, un proceso de socialización secundaria¹² en el que adquiera los valores y los conocimientos necesarios para su acceso a una inclusión efectiva, económica y política.

¹⁰ Ibid Nota 9.

¹¹ El disfrute de la ciudadanía comporta una base material, lo cual quedó ampliamente ratificado durante el período en el que tuvo vigencia en los países capitalistas occidentales el modelo de organización político-económica keynesiano (1945-1973), en el que se dio lo que Alonso (1999) define como “ciudadanía salarial”: la posesión de un trabajo asalariado suponía el acceso a todo un conjunto de derechos, y de ayudas y servicios de carácter público que excedían el ámbito estrictamente laboral, de tal modo que la condición (económica) de asalariado estaba estrechamente vinculada a la condición (política) de ciudadano.

¹² Sin entrar en detalles, la diferencia entre *socialización primaria* y *socialización secundaria*, desde una óptica no funcionalista, está magníficamente detallada en Berger y Lukmann (1989: 162-202).

En ese proceso de formación o socialización secundaria, el aparato escolar es la institución fundamental. Ahora bien, esa formación escolar¹³ no es un proceso que pueda ser definido únicamente por sus características formales, según las cuales, su diseño se basaría en el principio universalista de que, con independencia de la clase social de origen de los escolares, todos ellos accederán a un mismo conjunto de conocimientos y valores, lo que los situaría en igualdad de condiciones para su ulterior inclusión social. Cabe considerar que, en realidad, el principio universalista esconde una pretensión particularista: lo que transmite el aparato escolar es una “cultura” específica y concreta, que es la cultura propia de las clases privilegiadas, de tal modo que actuaría como un filtro que dotaría de facilidades a los grupos sociales más afines a esa cultura, incrementando sus oportunidades de éxito escolar, y conllevaría una serie de obstáculos para aquellos otros grupos sociales menos familiarizados con la cultura escolar, favoreciendo las probabilidades de su fracaso¹⁴.

Sea favoreciendo la igualdad de oportunidades, sea reproduciendo las condiciones de desigualdad, el sistema escolar debe suministrar recursos a todo el mundo para que, alcanzada la edad considerada adecuada, pueda accederse a la inclusión económica y política, debe formar, en consecuencia, trabajadores y empresarios eficientes –que contribuyan a la generación del beneficio económico–, a la par que ciudadanos competentes –conscientes y consecuentes con sus derechos y obligaciones políticas–.

En el plano económico, una de las principales demandas de un sistema capitalista es la de la disposición de una clase trabajadora suficiente en volumen y cualificación para aportar el trabajo necesario exigido según

¹³ Cuyo tramo obligatorio –tramo en el que la educación es un derecho que el Estado deber garantizar para todo el mundo y, para hacerlo, lo ha convertido en una obligación, punible si no se cumple– se establece, precisamente, hasta la edad en la que la persona puede ejercer el derecho a su inclusión económica (los 16 años, en España), no la edad en la que tiene acceso a la inclusión política (los 18 años, en España); lo cual indica claramente que la primacía en lo que se refiere a esa “formación para la inclusión” es económica y no política: se trata de producir trabajadores útiles, antes que ciudadanos responsables.

¹⁴ Esta perspectiva, la de la *reproducción social* del aparato escolar (Bourdieu, 1997a), sostiene que el mismo no es, según se defiende desde los postulados liberales meritocráticos, una institución que desarrolla la igualdad de oportunidades para la inclusión social, sino, al contrario, un mecanismo que, a través de la “violencia simbólica” –la inculcación generalizada de las categorías particulares de percepción, valoración y reconocimiento propias de las clases dominantes como categorías universales–, establece un filtro cuya función es reproducir las condiciones de desigualdad existentes, en beneficio de las clases dominantes para el mantenimiento de su dominación (y la perpetuación, con ello, de sus esquemas de conocimiento, reconocimiento y actuación como esquemas universales compartidos por todas las clases sociales).

las condiciones específicas que se den en cada momento histórico en el sistema económico particular del que se trate; es decir, el sistema escolar, fundamentalmente, ha de formar trabajadores¹⁵, ha de promover la eficiencia laboral. Y la eficiencia laboral está íntimamente vinculada con la funcionalidad corporal: los trabajadores eficientes son aquellos corporalmente aptos para el desempeño adecuado de su trabajo. El aparato escolar entrena, adiestra y disciplina cuerpos para hacerlos rentables económicamente.

Ese adiestramiento y disciplinamiento escolar del cuerpo se da bajo los presupuestos médicos que estipulan un óptimo de funcionalidad asociado a su norma pretendidamente universal de salud: el disciplinamiento está diseñado para ser aplicado a un cuerpo “sano” y médicamente “normal”: las dimensiones y composición de los mobiliarios y las herramientas empleadas, la distribución de los espacios, la organización y secuencia de las tareas y desplazamientos, la altura de las ventanas, la anchura de las puertas, la configuración de las aulas, de los pasillos, de las escaleras, de los ascensores... todo obedece a un diseño dispuesto para ser ocupado por cuerpos sanos y normales.

Desde aprender a estar sentado correctamente, pasando por adquirir la habilidad manual de la caligrafía, una disposición permanentemente silente, de atención y escucha, de focalización de la vista hacia un encerado, hasta la capacidad de tomar decisiones complejas respecto de problemas abstractos (puede ser resolver una ecuación diferencial de segundo grado o realizar un análisis hermenéutico de un fragmento de Hegel) artificialmente contruidos; todo ello implica la asimilación de funcionalidades corporales específicas que se adquieren en un espacio de diseño, también, específico, conformando eficiencias que serán rentabilizables económicamente en el futuro, por muy distante que esa rentabilidad corporal, como objetivo, pueda resultar en el momento de su adquisición.

En los inicios del proceso de modernización, con un modelo económico capitalista incipientemente industrial y escasamente mecanizado, y unos aparatos escolares todavía por constituir, la eficiencia corporal requerida

¹⁵ También ha de contribuir a la formación de empresarios. Sin embargo, es probablemente más determinante la procedencia familiar (Bourdieu, 1998: 61-94) en la constitución de las habilidades necesarias para la eficiencia inversora, y los requerimientos asociados a dicha habilidad, desvinculados de la tradicional lógica del “sacrificio” propia de la condición laboral (Bouffartigue, 1996) se desvían de aquellos que vamos a considerar a continuación por su relevancia cara a las posibilidades de inclusión económica de las PCD. En todo caso, las credenciales escolares de la clase empresarial tienden a ser suministradas por centros muy selectos, bastante alejados de las pretensiones del aparato escolar en su conjunto.

para la actividad laboral se basaba exclusivamente en la catalogación médica del cuerpo como apto para el desempeño de dicha actividad; la disciplina y el adiestramiento se desarrollaban en la propia ejecución del trabajo. Quienes no se ajustaban a la catalogación médica, quedaban automáticamente excluidos del acceso a la actividad laboral y, con ello, de la adquisición de las habilidades corporales necesarias para su desempeño. Con el desarrollo del proceso de modernización, al trasladar el proceso de disciplinamiento corporal fuera y antes de la propia actividad laboral, al aparato escolar, pero bajo una catalogación médica idéntica, los no poseedores de ese cuerpo sano y normal, ya excluidos de la actividad laboral, ahora quedaban también al margen de los procesos de disciplinamiento escolar: cuerpos no aptos para las regulaciones propias sus procesos de adiestramiento.

Por tanto, en lo que se refiere a la conformación corporal de las eficiencias necesarias para acceder a la inclusión económica, no es tan importante el propio sistema escolar como el fundamento a partir del cual se han desarrollado sus disciplinas corporales: el discurso de la ciencia médica, su construcción del cuerpo normal como cuerpo sano y su aplicación como discurso de verdad por parte de los dispositivos del poder político: el discurso de la ciencia médica en torno a la salud como aparato de saber-poder (Foucault, 1996). La exclusión escolar de las PCD es consecuencia directa de su previa exclusión económica.

En este punto, se entrecruzan las dos dimensiones de la inclusión, la económica y la política, atravesando el cuerpo: la constitución de cuerpos eficientes económicamente sólo es posible mediante dispositivos políticos que, a su vez, los regulen y clasifiquen como cuerpos políticamente competentes: los buenos ciudadanos votan –lo que representa un acto corporal– y se comportan adecuadamente acatando las leyes políticas –lo cual supone ejecutar actos corporales¹⁶–; sólo los buenos ciudadanos pueden acceder, además, a la condición de trabajadores eficientes.

¹⁶ La ley “antitabaco” española (*Ley 42/2010*, de 30 de diciembre –B.O.E. 318–, que modifica la *Ley 28/2005*, de 26 de diciembre –B.O.E. 309–) es una norma política que regula un comportamiento: fumar. La ley estipula, básicamente, dónde se puede y dónde no se puede fumar, lo que supone una distribución de espacios de convivencia y, en consecuencia, una distribución de los cuerpos de los ciudadanos en esos espacios; al regular un comportamiento, la norma política está regulando los cuerpos: dónde puede estar y de qué manera pueden actuar. “Según Bryan Turner (1994: 28): ‘Nuestras mayores preocupaciones políticas son cómo regular los cuerpos en el espacio, cómo controlar la superficie de los cuerpos, cómo regular la personificación, cómo regular las atenciones entre los cuerpos’. La política es biopolítica” (Hughes y Paterson, 2008:114).

La constitución del Estado moderno se basó en el desarrollo de las técnicas de poder disciplinario. Hasta el siglo XVIII, el poder se había ejercido mediante una coacción permanentemente visible bajo el imperativo de la ley divina, pero a partir de entonces (cuando el principio democrático arrastra y derriba al aristocrático –Tocqueville, 1989–) ésta será sustituida por la norma, por una norma construida científicamente: el poder de la Ciencia sustituirá al poder de Dios.

La ciencia se va a constituir en el “campo general y policía disciplinar de los saberes” (Foucault, 1996: 150). La monarquía absoluta en decadencia experimenta el auge económico propiciado por los inicios de la industrialización; en ese movimiento, cobran importancia los saberes “técnicos”: dada la aceleración del progreso económico, el Estado decide emprender una tarea de “apropiación” de esos saberes. La transición en el ejercicio del poder por parte del Estado opera una colonización de los saberes (técnicos, especializados, artesanales) que los constituye en dispositivos de saber-poder que se aplican sobre las prácticas cotidianas de los “súbditos-trabajadores”:

“... las técnicas disciplinarias del poder, tomadas en el plano más bajo, más elemental, en el nivel del cuerpo mismo de los individuos consiguieron cambiar la economía política del poder, multiplicando sus aparatos (...) estas disciplinas hicieron emerger de estos cuerpos algo así como un alma-sujeto, un “yo” (...) habría que mostrar, al mismo tiempo, cómo se produjo una forma de disciplinamiento que no concierne a los cuerpos, sino a los saberes; como este disciplinamiento (...) preparó un nuevo tipo de relación entre poder y saber; cómo, finalmente, a partir de estos saberse disciplinados emergió la constricción de la ciencia en lugar de la constricción de la verdad” (Ibid.:152).

Y así emerge la ciencia médica como ortodoxia respecto al cuerpo social, como saber normalizado y normalizador, esgrimido y articulado por el Estado para la regulación (como saber-poder; saber disciplinado al servicio del poder disciplinario) de las poblaciones a través de la normalización de los cuerpos.

“... saber médico, alrededor del cual se desarrolló, en el curso del siglo XVIII, todo un trabajo de homogeinización, normalización, clasificación y generalización. ¿Cómo dar forma al saber médico, cómo conferir ciclos homogéneos a la práctica de las curas, cómo imponer reglas a la población (...)? Con la creación de los hospitales, de los dispensarios... la codificación de la profesión médica, las

campañas de salud pública, por la higiene y la educación de los niños” (Ibid.: 149).

En el siglo XVIII, por tanto, la medicina se instituyó como uno de los campos de saber disciplinados por el poder estatal, como uno de los campos de lucha política en los que la normalización del saber, de los saberes, suponía la institución de un poder que ya no se ejercería de manera directa y violenta, sino mediante una coacción indirecta que instaba al cumplimiento de una norma legitimada científicamente.

La disciplina, como lógica del poder, implica una subordinación sistemática, cotidiana y duradera a estándares derivados de clasificaciones, catalogaciones y prescripciones expertas (número de calorías, cantidad de ejercicio, horas de sueño y de vigilia, posturas correctas, prácticas “saludables”, consumos adecuados, inversiones correctas, estudios pertinentes, amistades adecuadas, sexualidad segura,...); el conjunto de nuestras prácticas cotidianas está, como afirmaba Foucault, regulado por un sistema de saberes normalizadores.

Si el ejercicio del poder ha transitado desde el uso de la violencia (o la amenaza potencial de dicho uso) hacia la normalización de las experiencias (si el poder se ha inscrito en la lógica del poder-saber), ya no se trata de imponer costumbres, hábitos o tradiciones, sino de catalogar, según estándares expertos, las maneras efectivas de ejercer la convivencia.

No es arbitrario que por la época en la que el poder instituye su condición normalizadora se inaugure, correlativamente, el proceso de institucionalización de las PCD (Oliver, 1990). Dicho proceso, según Oliver, se vincula a los requerimientos funcionales del capitalismo emergente: esa economía en proceso de despegue necesita abundante mano de obra “capaz”, productiva, así como un volumen suficiente de consumidores solventes (siendo para la gran mayoría de las poblaciones lo primero condición necesaria para lo segundo). Las PCD parecen no reunir, según su catalogación médica, las condiciones de “eficiencia” requeridas; son un estorbo, un obstáculo para el sistema, son un excedente prescindible que debe ser apartado de los circuitos principales de una vida social que comienza a pasar necesariamente por la implicación directa con la producción industrial.

La solución al “problema” surgirá, precisamente, a partir de los dispositivos disciplinarios y normalizadores que las tecnologías del poder venían desplegando: inscrita su desviación, a partir de los requerimientos económicos según los cuales se la dictamina, en su incapacidad, será la

ciencia médica el saber experto designado para diagnosticar, tanto el substrato de dicha desviación, el cuerpo, como las medidas rectificatorias que han de aplicársele. Y así, se crean instituciones especializadas en las que las PCD son recluidas para ser objeto de un tratamiento de carácter clínico por parte del saber experto destinado a regular su existencia.

La ineficiencia económica es firmemente instalada en una anormalidad fisiológica que sólo puede ser tratada por la ciencia que posee la potestad para hacerlo: la discapacidad, que en cuanto desviación o anomalía, se suscita por razones económicas, es asimilada a enfermedad, traducida en una desviación de la norma de salud. La desviación de la norma conduce a la exclusión económica, y ésta, más tarde, a la exclusión escolar.

Los cuerpos de las PCD quedan, en consecuencia, excluidos de los aparatos de disciplinamiento constituidos por las tecnologías del saber-poder estatal; quedan excluidos, escolar y laboralmente, de la posibilidad de adquisición de las eficiencias corporales que definen la condición de trabajador y de ciudadano requeridas por el sistema capitalista, siendo objeto de tratamiento específico por parte de la ciencia médica en instituciones especializadas, tratamiento que no les aporta tales eficiencias corporales y que, por ello, les impide el acceso a una plena inclusión económica y política.

Cuerpos expropiados de las condiciones de acceso al conocimiento práctico que se inscribe en los habitus, y de los mecanismos de adquisición de las habilidades requeridas para una efectiva inclusión económica y política, las PCD no disponen de autonomía y pasan a depender de la forma en la que el Estado decida intervenir, quedan en manos de políticas específicas y de los criterios a partir de los que éstas se definen.

El cuerpo-política: las políticas del cuerpo con discapacidad

Cómo el Estado decida asumir a su cargo el tratamiento de las PCD depende de la concepción que de la propia discapacidad se asuma como punto de partida: ¿qué es lo que toma a su cargo el Estado, una enfermedad, un problema de exclusión social, un colectivo vulnerable, una diversidad humana inclasificable, un coste presupuestario...? La naturaleza de las políticas públicas sobre discapacidad depende, en consecuencia, de la delimitación previa que se establezca respecto de la naturaleza del objeto de intervención.

Permítasenos, en todo caso, no volver a utilizar el concepto “políticas públicas”, por el presupuesto implícito que, a nuestro modo de ver,

implica su uso: si calificamos las políticas de “públicas”, asumimos, por el hecho de calificar, que tratamos de “algunas” políticas, no de todas y que entonces habrá otras políticas que no serán públicas y, en consecuencia, serán “privadas”. Las políticas han de entenderse, al emplear el plural, como el conjunto de intervenciones que realiza el Estado para cumplir su función (política, en singular) de regulación de la vida colectiva; por ser función del Estado, entonces, por definición, todas las políticas, en cuanto a su ejecución, son públicas, de modo que el calificativo sería redundante o no tendría sentido. Por desgracia, sí tiene sentido y no es redundante.

Cuando el tema a considerar es el tratamiento de la discapacidad por parte del Estado, debería hablarse de “políticas sociales”, en contraposición a “políticas económicas”, pues abordan cuestiones que tienen que ver con la desigualdad y cuya solución implica una redistribución de recursos que la economía de mercado no permite y, por ello, debe asumir el Estado:

“Una política social es, en líneas generales, una política que se fija como objetivo una distribución relativamente equitativa en el acceso de cada uno a los bienes consumibles. (...) esa política social *en una economía de bienestar* (...) [se concibe] como un contrapeso a procesos económicos salvajes a cuyo respecto se admite que en sí mismos van a inducir efectos de desigualdad y, de manera general, efectos destructivos sobre la sociedad” (Foucault, 2008: 175; cursiva nuestra).

De hecho, las políticas sociales son propias de un Estado del bienestar que ya no tiene vigencia a fecha actual, según éste fue concebido bajo el modelo keynesiano. A fecha actual, el modelo neoliberal imperante ha llevado a su mínima expresión, si no desmantelado completamente, ese Estado del bienestar y, con él, todas las políticas sociales: el Estado ha sido puesto al servicio de los intereses estrictamente económicos y su función básica es garantizar que nada interfiera en el funcionamiento adecuado del mercado y de su mecanismo básico, la competencia, que requiere, entre otras cosas, que se dé un grado suficiente de desigualdad que en ningún caso debe ser corregido¹⁷. Prácticamente todas las políticas

¹⁷ “Ante todo, dicen los ordoliberales [neoliberales alemanes de la Escuela de Friburgo], una política social (...) no puede servirle de contrapeso ni debe definirse como el elemento que compensará los efectos de los procesos económicos. Y en particular, la igualdad, la relativa igualdad, la distribución equitativa en el acceso de cada uno a los bienes de consumo, no puede en ningún caso constituir un objetivo (...) en un sistema en el cual (...) la regulación económica, es decir, el mecanismo de los precios, no se obtiene en absoluto a través de fenómenos de igualdad sino por un juego de diferencias que es característico de cualquier mecanismo de competencia (...) es preciso que

actuales son, de hecho, “políticas económicas”: casi toda intervención estatal tiene como objetivo básico que de la misma se derive algún beneficio económico.

Fundamentalmente, el beneficio derivado de las intervenciones, de las políticas, del Estado es un beneficio privado —lo cual implica que las políticas económicas sean “económicas” en sentido estricto— que satisface directamente intereses empresariales específicos; pero en algunos casos, esa conexión entre política estatal y beneficio empresarial no es tan directa y se asume que la inversión inicial para su aplicación no se realiza con la intención *inmediata* de la obtención de un beneficio: a través de esa política, el Estado está suministrando un “servicio”. Pero si ese servicio no se acaba traduciendo *ulteriormente* en alguna forma de beneficio privado, se entenderá que esa política ha fracasado, que ha generado un costoso e “inútil” servicio carente de toda rentabilidad.

Es en estos casos en los que se utiliza el concepto de “políticas públicas”, en el que lo público indica la ausencia de la intención *inmediata* de obtención de un beneficio privado, es decir, se disocia la intervención de cualquier interés económico inmediato. Lo público, en consecuencia, es el coste, dado que el concepto surge de premisas economicistas: la gran mayoría de las políticas estatales, por la misma razón, y aunque no sean así calificadas, son “políticas privadas”, porque, aun cuando sean de ejecución pública, su intención no lo es. De aquí nuestro rechazo al uso del concepto “políticas públicas” pues, como concepto, implica la aceptación implícita del ideario neoliberal —no hay nada más allá de la economía— y el papel que éste otorga al Estado, como mero gestor al servicio del capital privado.

Además, así considerada la cuestión, resulta automáticamente evidente uno de los porqués del fracaso sistemático de las políticas sobre discapacidad: el hecho de que se las considere políticas públicas supone que se desvían de los presupuestos básicos del modelo neoliberal y, en consecuencia, se consideren como algo accesorio: todo lo que no genera beneficio es prescindible.

haya algunos que trabajen y otros que no trabajen, o bien que haya salarios grandes y pequeños... Una política social (...) *debe dejar actuar la desigualdad* (...): “la desigualdad —dice [Röpke]— es la misma para todos”. Fórmula (...) que se comprende cuando se considera que para ellos el juego económico, precisamente con los efectos desigualitarios que entraña, es una especie de regulador general de la sociedad, al que todos, como es evidente, deben prestarse y plegarse” (Foucault, 2008: 176; cursiva nuestra).

No obstante, la razón de fondo de su fracaso no es ésta: durante el período keynesiano, en el que las políticas públicas eran denominadas políticas sociales, y en el que el imperativo del beneficio no regulaba todas las intervenciones del Estado, tampoco se logró la inclusión de las PCD a partir de medidas políticas. No se logró, porque esas medidas partían de una concepción de la discapacidad errónea; es esa concepción, a la que ahora se suman, agravando la situación de las PCD, los imperativos neoliberales, la que determina su falta de efectividad. Una concepción en la que el *cuerpo-éxito*, el *cuerpo-conocimiento* y el *cuerpo-súbdito/trabajador* está ausente; una concepción marcada aún por directrices exclusivamente médicas –que lo que definen es un *cuerpo-cosa*– que, en consecuencia, no permite abordar las dimensiones sociales del problema que se pretende afrontar.

El error queda ilustrado, en el caso español, evaluando la transición normativa que se ha dado en materia de discapacidad desde los años 80 hasta la actualidad y su absoluta desconexión con la realidad efectiva experimentada por las PCD: las normas se han modificado drásticamente, la realidad apenas se ha visto alterada.

La evolución normativa se ilustra a partir de los sucesivos marcos legales desarrollados en materia de discapacidad:

- *Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (LISMI),*
- *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU),*
- *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LEPA),*
- *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social (LEDIS).*

El contexto que motiva el desarrollo normativo en materia de discapacidad como marco de actuación de las políticas estatales es el del surgimiento del llamado *modelo social de la discapacidad*, una corriente de pensamiento de origen anglosajón, que se enfrenta a la concepción estrictamente médica de la discapacidad, según la cual ésta sería únicamente un atributo de la persona, derivado de una insuficiencia fisiológica y que, en consecuencia, debía ser asimilado a una enfermedad; de tener algún papel el Estado en el tratamiento de la cuestión, éste se situaría en un ámbito

estrictamente sanitario. El modelo social, por el contrario, defenderá que la discapacidad es un fenómeno social derivado de la inadecuación de unas estructuras sociales que no toman en consideración las necesidades específicas de las PCD: no habría personas discapacitadas, sino estructuras sociales discapacitantes; el problema no sería fisiológico, sino cultural y político¹⁸.

Al emerger esta concepción crítica de la discapacidad, las PCD dejan de ser simplemente un *objeto* de intervención médico para pasar a constituirse en un *sujeto* colectivo de acción política, reivindicando los derechos que les han sido negados. Así, con el modelo social, se marca un cambio en la orientación de las políticas estatales sobre discapacidad: inicialmente concebidas como medidas asistenciales de carácter sanitario con el objetivo básico de la “rehabilitación” de la persona, pasarán a entenderse como medidas para la promoción del reconocimiento expreso de sus derechos, con el objetivo básico de la inclusión (recordemos, económica y política) de las PCD.

Esta transición, en España, se ilustra con la LIONDAU de 2003, que revoca la ley precedente, la LISMI de 1982, y queda ya reflejada en la propia denominación de las leyes: en 1982 se trata de una ley para “minusválidos”, mientras que en 2003 ese concepto queda erradicado y el objetivo manifiesto es la “igualdad de oportunidades”; la LISMI es una ley asistencialista que, básicamente, ofrece prestaciones económicas destinadas a cuidados y tratamientos médicos; la LIONDAU es una ley integral enfocada, entre otras cosas, a la reforma del sistema educativo y del mercado laboral:

“Los poderes públicos prestarán todos los recursos necesarios para el ejercicio de los derechos a que se refiere el artículo primero, constituyendo una obligación del Estado la prevención, los cuidados médicos y psicológicos, la rehabilitación adecuada, la educación, la orientación, la integración laboral, la garantía de unos derechos económicos, jurídicos sociales mínimos y la Seguridad Social”.

LISMI, artículo 3, punto 1 (B.O.E. 103/1982: 11108)¹⁹

¹⁸ Una panorámica sintética de los planteamientos del modelo social puede obtenerse a partir de: Abberley (1987), Barnes (1991a, 1991b), Barton (1999, 2008), Brisenden (1986), Barton y Oliver (1997), Finkelstein (1980), Liberty (1994), Swain et al (1993).

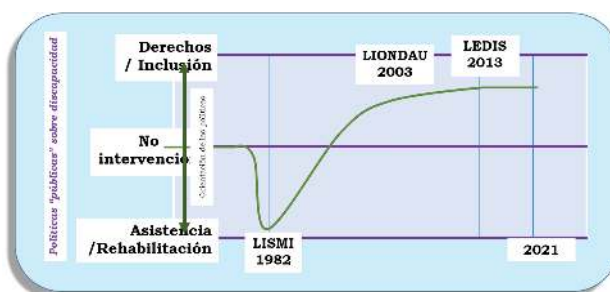
¹⁹ Tomado del texto original: <https://www.boe.es/boe/dias/1982/04/30/pdfs/A11106-11112.pdf>

“Esta ley tiene por objeto establecer medidas para garantizar y hacer efectivo el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, conforme a los artículos 9.2, 10, 14 y 49 de la Constitución. // A estos efectos, se entiende por igualdad de oportunidades la ausencia de toda discriminación, directa o indirecta, por motivo de o sobre la base de discapacidad, incluida cualquier distinción, exclusión o restricción que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones por las personas con discapacidad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Asimismo, se entiende por igualdad de oportunidades la adopción de medidas de acción positiva orientadas a evitar o compensar las desventajas de una persona con discapacidad para participar plenamente en la vida política, económica, cultural y social”.

LIONDAU, artículo 1, punto 1 (B.O.E. 289/2003: 7)

El hito más reciente, en lo que se refiere a la transición de unas políticas asistenciales a otras de promoción de la inclusión, es la promulgación de la *Convención Internacional de Derechos de las Personas con Discapacidad* (ONU, 2006), que marcará en España la transición de la LIONDAU de 2003 a la LEDIS de 2013, de tal modo que se reflejaría una clara evolución desde el asistencialismo hacia el inclusivismo.

Transición en la orientación de las políticas “públicas” sobre discapacidad en España 1982 / 2013

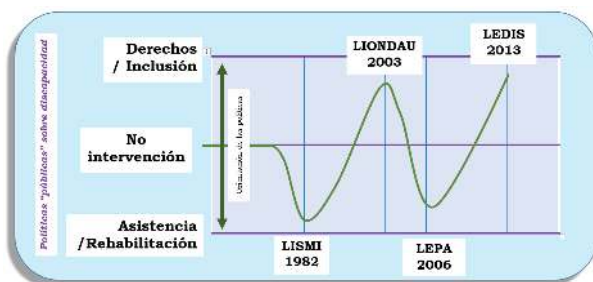


Sin embargo, esta evolución no es tan clara si tomamos en consideración la LEPA de 2006, promulgada el mismo año que la *Convención* de la ONU, una ley de “promoción de la autonomía personal” que es comúnmente denominada “ley de dependencia”, haciendo manifiesto que, más que promocionar la autonomía personal, provee, nuevamente, de recursos para la “asistencia”, regulando el derecho a la obtención de tales prestaciones

en función de un grado de dependencia que debe ser diagnosticado bajo criterios exclusivamente médicos. La LEPA supone una clara regresión en esa evolución de las políticas estatales sobre discapacidad en España²⁰.

Es enormemente clarificador considerar esta regresión, que marca una notoria inflexión en lo que cabría considerar una evolución positiva en la legislación española sobre discapacidad, porque ilustra tanto la endeble condición de dicha evolución, como su escasa efectividad práctica. Ello obedece a que el modelo social de la discapacidad, concepción a partir de la cual se promueve este cambio de orientación en las políticas, ha dejado de lado la cuestión fundamental que habría que considerar en términos políticos: el cuerpo; el cuerpo de la discapacidad, sustrato de la condición marginal y excluida del colectivo de las PCD.

Evolución de la orientación de las políticas “públicas” sobre discapacidad en España 1982 / 2006 / 2013



Estas leyes tienen como objeto de intervención, según la propia nomenclatura legal, a “personas físicas”²¹, es decir, “individuos”, es decir,

²⁰ La LEPA no es una ley específica sobre discapacidad, sino, genéricamente, sobre dependencia, por eso, mientras que la LISMI fue automáticamente derogada con la aprobación de la LIONDAU y ésta, a su vez, con la de la LEDIS, la LEPA se ha mantenido en vigor al mismo tiempo que éstas dos últimas: provee de ayudas para la promoción de la autonomía personal a personas que sean catalogadas como “dependientes”. Aunque hay una enorme vinculación entre discapacidad y dependencia, su catalogación legal no es coincidente: ni toda discapacidad se traduce en dependencia, ni toda dependencia es fruto de una discapacidad. Cuando una persona es catalogada simultáneamente como PCD y persona dependiente (lo que supone la evaluación por parte de dos tribunales médicos), queda bajo la cobertura de dos legislaciones distintas que, en numerosas ocasiones, son contradictorias entre sí –sobre todo en lo que se refiere a derecho a prestaciones económicas y a servicios públicos: una PCD y, además, dependiente, que se acoja a un subsidio por incapacidad laboral no podrá, simultáneamente, solicitar una ayuda de asistencia personal por su condición de dependiente–.

²¹ En oposición a las “personas jurídicas”, que no son propiamente *personas*, sino entidades dotadas de un estatuto jurídico que las “individualiza” y así, en términos jurídicos, las *personaliza*.

entidades abstractas e incorpóreas, sobre las que se pretende aplicar medidas estrictamente formales:

“... es necesario que el marco normativo y las acciones públicas en materia de discapacidad intervengan en la organización social y en sus expresiones materiales o relacionales que con sus estructuras y actuaciones segregadoras postergan o apartan a las personas con discapacidad de la vida social ordinaria, todo ello con el objetivo último de que éstas puedan ser partícipes, como ***sujetos activos titulares de derechos***, de una vida en iguales condiciones que el resto de los ciudadanos”.

LEDIS, *Preámbulo* (B.O.E.: 289/2013: 8; negrita-cursiva nuestra)

El cuerpo implicado en la concepción de estas leyes sigue siendo un *cuerpo-cosa* predefinido médicamente y excluido de las consideraciones legales: “A efectos de esta ley se entiende por: a) Discapacidad: es una situación que resulta de la interacción entre las personas con ***deficiencias previsiblemente permanentes*** y cualquier tipo de barreras que limiten o impidan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (LEDIS, B.O.E.: 289/2013: 10; negrita y –la anomalía fisiológica– sigue siendo la condición a partir de la cual se considera que se dan barreras para la participación de las PCD en la vida colectiva; esa condición es algo *previo* y *ajeno* a las consideraciones legales. Bien distinta sería la formulación:

“... es necesario que el marco normativo... [etc. hasta:] ...todo ello con el objetivo de que dicha organización social y sus expresiones materiales o relacionales se adapten para una ***plena funcionalidad activa*** de las PCD, permitiéndoles un completo desarrollo de sus ***habilidades, eficiencias y disposiciones***, adquiridas en igualdad de condiciones que las personas sin discapacidad”.

A partir de una formulación de este tipo, la normativa asumiría a su cargo una intervención que sitúa al cuerpo en un primer plano como objeto de intervención primario, abandonando el presupuesto implícito de un cuerpo-cosa médicamente delimitado *a priori* y abordando la tarea de una reapropiación corporal por parte de las PCD, facilitada por el Estado, que les dé acceso a un conocimiento práctico (*habitus*), un reconocimiento (capital simbólico adherido a la valoración corporal y las oportunidades de éxito asociadas a la misma) y unas habilidades y eficiencias rentabilizables política y económicamente.

Si consideramos específicamente la inclusión educativa de las PCD (recordando lo señalado previamente en relación con la función formativa del aparato escolar en una sociedad capitalista de mercado), la LEDIS estipula este derecho así:

“1. Las personas con discapacidad tienen derecho a una educación inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás. // 2. Corresponde a las administraciones educativas asegurar un sistema educativo inclusivo en todos los niveles educativos así como la enseñanza a lo largo de la vida y garantizar un puesto escolar a los alumnos con discapacidad en la educación básica, prestando atención a la diversidad de necesidades educativas del alumnado con discapacidad, mediante la regulación de apoyos y ajustes razonables para la atención de quienes precisen una atención especial de aprendizaje o de inclusión...” (LEDIS, Capítulo IV: *Derecho a la educación*, Artículo 18. *Contenido del derecho*; B.O.E. 290/2013: 17).

Lo que significa que la intervención es una “regulación de apoyos y ajustes razonables” para quienes “precisan una atención especial”, lo que se traducirá en términos prácticos en una redistribución del alumnado, eliminando los centros de educación especial, en la medida de lo posible —“La escolarización de este alumnado en centros de educación especial o unidades sustitutorias de los mismos sólo se llevará a cabo cuando *excepcionalmente* sus necesidades no puedan ser atendidas en el marco de las medidas de atención a la diversidad de los centros ordinarios” (Ibid.: 18; cursiva nuestra)—, permaneciendo, con ello, inalterado el diseño general del sistema educativo, que será únicamente sometido a reajustes parciales. En términos prácticos, en consecuencia, la ley se traduce en una redistribución corporal, en la que la “inclusión” consistirá en una nueva ubicación espacial, en un espacio pre-diseñado que, obedeciendo a una concepción que no toma en consideración la corporalidad específica de las PCD, requerirá de “apoyos y ajustes razonables” adecuados a “necesidades especiales” que, precisamente, por ser “especiales” implicarán la conformación de corporalidades diferenciadas, excluidas de los cauces de adquisición del conocimiento práctico, las habilidades y las eficiencias y destrezas corporales que el sistema educativo ofrece a los alumnos sin discapacidad, lo cual supone una “inclusión” meramente espacial (incluir unos cuerpos en un espacio educativo no segregado) que se traduce en una exclusión funcional (los espacios en los que son incluidos esos cuerpos no están de antemano adaptados adecuadamente a ellos).

Otro tanto cabe decir de la inclusión laboral, también contemplada en la legislación²². La inclusión laboral se entiende como el acceso en igualdad de condiciones a un mercado laboral que, de hecho, no ofrece tal posibilidad porque demanda unas eficiencias, destrezas, conocimiento y habilidades corporales a las que no tienen acceso las PCD, de tal modo que un reconocimiento formal de su derecho de acceso a un trabajo no modificará su situación hasta que no se modifique estructuralmente el propio mercado de trabajo a partir de una redefinición, con el cuerpo como referencia fundamental, de lo que se entiende por “capacidad laboral”.

Así, pese a las transformaciones legislativas, los datos estadísticos ofrecen una situación laboral de las PCD que no ha sufrido transformación alguna, manteniendo inalterada su condición marginal y excluida, con una tasa de actividad que es menos que la mitad de la de la población sin discapacidad y una tasa de desempleo que más que duplica a la de la población sin discapacidad (ODISMET, 2021).

Evolución de la situación laboral de las PCD en España 2008-2019



²² LEDIS, Capítulo VI: *Derecho al trabajo* (B.O.E. 209/2013: 22-26).

Evolución de la tasa de empleo de las personas con discapacidad. 2008 - 2019



Evolución de la tasa de paro de la población con discapacidad, 2008 - 2019



Fuente: ODISMET, Informe 6 (2021).

He ahí lo que manifiesta la razón de fondo de la ineficiencia inclusiva de las políticas sobre discapacidad: la ausencia del cuerpo como referente sobre el que actuar de una forma diferente. La intervención se sitúa en un plano meramente formal a partir del cual es imposible modificar la situación real, anclada en presupuestos más profundos que atañen a la *incorporación*, en un sentido literal, de las condiciones efectivas de acceso a la inclusión escolar, económica y política de las PCD.

Conclusiones: el positivismo discapacitante de las políticas (mal llamadas) “públicas”

La imposibilidad de transformación de la realidad que configura la existencia de las PCD mediante las políticas estatales, radica en su substrato epistemológico, en su adhesión implícita a esquemas positivistas, según los cuales la Discapacidad es algo ya constituido dotado de cierta naturaleza esencial, naturaleza que habría que modificar para lograr su transformación. El error es doble: la discapacidad no es algo ya constituido de determinada manera, sino que supone un proceso que implica una realidad en permanente redefinición; y, en segundo lugar, su naturaleza constitutiva no es la que se presupone; no lo es por su condición procesual y cambiante, y no lo es porque el substrato a partir del cual se configura, y reconfigura, es el cuerpo.

La transición de las políticas sobre discapacidad, desde una orientación asistencialista de carácter meramente sanitario a otra presuntamente inclusiva, enfocada fundamentalmente a la educación y al trabajo, supone una transición en la que el cuerpo, inicialmente considerado como objeto de intervención desde la óptica de un cuerpo-cosa a rehabilitar, para literalmente a ser puesto en suspenso. La orientación asistencialista toma en consideración el “objeto” discapacidad como objeto exclusivamente médico; la orientación (presuntamente) inclusiva, toma en consideración el “sujeto” discapacidad en ese sentido abstracto según el cual las PCD ven “apartada o postergada” de su participación en “la vida social ordinaria” porque no son “partícipes, como *sujetos activos titulares de derechos*, de una vida en iguales condiciones que el resto de los ciudadanos” (vd. *supra* ref. B.O.E.: 289/2013: 8), es decir, un sujeto colectivo abstracto constituido por su “pasividad” en cuanto a “titularidad” de derechos, obviando que esa pasividad y esa carencia de titularidad radican, no en el reconocimiento formal de su condición legal, sino en los procesos de conformación corporal que otorgan el conocimiento y los disciplinamientos necesarios para el desempeño activo, económico y político, de esa titularidad: las políticas de orientación inclusiva consideran un sujeto sin cuerpo.

Desde el positivismo propio de las políticas asistencialistas, el objeto discapacidad está constituido causalmente por una desviación de la norma funcional de salud dictada por la ciencia médica; el objeto discapacidad, constituido como deficiencia, tiene por naturaleza esencial una anormalidad orgánica y, por tanto, para su transformación, habría que modificar dicha naturaleza, “rectificar” la anomalía, de modo tal que la orientación derivada de la intervención pública a través de las políticas será, prioritariamente, la rehabilitación. Así, bajo esta orientación, rehabilitatoria, la

consecuencia será la exclusión social, puesto que el objetivo es inalcanzable y define automáticamente a las PCD como portadoras de un cuerpo no apto para ser introducido en los circuitos convencionales de adiestramiento y adquisición de conocimiento práctico a través de los que ciudadanos y trabajadores adquieren las eficiencias necesarias para la inclusión social. En este caso, el positivismo de las políticas estatales predefine un objeto que, por la naturaleza constitutiva que se le atribuye, no puede ser “manipulado” según las regulaciones convencionales establecidas, quedando al margen de los cauces de participación en la convivencia colectiva. El objeto, objeto médico, cuerpo-cosa, requiere de un tratamiento diferencial.

El tránsito, fruto de la movilización del colectivo de PCD, desde la condición de objeto médico a la de sujeto político implica una modificación en la definición de su naturaleza constitutiva: para las políticas del Estado, ese sujeto político es un objeto de intervención cuya naturaleza constitutiva, ahora, ya no será la de la deficiencia fisiológica, sino la de la carencia de titularidades formales en su calidad abstracta, como objeto de intervención de esas políticas, de *sujeto de derechos*. El positivismo sustituye, como predefinición de la naturaleza constitutiva del objeto de intervención, el cuerpo-cosa por el sujeto (carente) de derechos, sujeto abstracto y sin cuerpo; y con la sustitución, se modifica también el objetivo y el modo de intervención: no se trata ya, fundamentalmente, de la necesidad de rehabilitación, sino de la de una reformulación legislativa, en un plano meramente formal, que haga expreso todos los derechos que no le son reconocidos, en la práctica, a las PCD. El efecto práctico será, exactamente, el mismo: al no tomar en consideración el cuerpo, no ya sólo como cuerpo-cosa, sino en ningún sentido, las PCD siguen quedando al margen de los procesos de adiestramiento, disciplinamiento y regulación corporales a través de los que se adquieren las eficiencias, destrezas y habilidades necesarias para la incorporación de un conocimiento práctico que permita su inclusión política y económica (quedan excluidos, en la práctica, de los procesos convencionales propios del aparato escolar y del mercado laboral, aunque, formalmente, se les reconozca un “derecho de acceso”; es un derecho al que no se pueden incorporar).

De este modo, con independencia de su orientación, es ese sustrato positivista de las políticas sobre discapacidad el que las hace ineficaces en la práctica para la inclusión social de las PCD. Ello explica que, pese a la clara tendencia hacia el inclusivismo de dichas políticas, la realidad efectiva apenas ha sufrido alteraciones; como también explica la posibilidad de que en esa tendencia quepan notorias regresiones (al menos, en el caso de España). El positivismo de las políticas sobre discapacidad discapacita a las personas con discapacidad: el “dis-” de la discapacidad es, en una

medida no menor, consecuencia de esas políticas, no un atributo de las personas que con el mismo son calificadas.

La naturaleza de la discapacidad es la de un colectivo de personas que ha conocido un proceso de evolución histórica que ha supuesto una modificación, relativa, de su condición como colectivo; y ésa su condición, cambiante, como colectivo se constituye también a través de un proceso, vital –experimentado de manera particular en su trayectoria personal por cada uno de quienes lo conforman–, en el que el cuerpo es el determinante fundamental de su experiencia, un cuerpo devaluado en su condición de cuerpo-conocimiento, cuerpo-éxito, cuerpo-súbdito/trabajador. En tanto las políticas sobre discapacidad no actúen para suprimir esa devaluación, propiciando una reapropiación del cuerpo por parte de las PCD, en tanto el substrato que define su orientación siga siendo positivista, no tendrán eficacia alguna, no serán instrumentos útiles para la inclusión social, porque seguirán enfrentándose a cuerpos in-disciplinables.

Referencias bibliográficas

- Abberley, P. (1987). The concept of oppression and the development of a social theory of disability. En *Disability, Handicap & Society*, vol. 2, nº 1, 5-19. [Traducción al castellano: (2008) El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. En L. Barton (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid: Morata; pp. 34-50.]
- Alonso, L. E. (1999). El trabajo más allá del empleo: la transformación del modo de vida laboral y la reconstrucción de la cuestión social. En L. E. Alonso, *Trabajo y ciudadanía* (pp. 213-255). Madrid: Trotta.
- Barnes, C. (1991a). *Disabled People in Britain and Discrimination*. Londres: Hurst & Co.
- _____. (1991b). Discrimination: Disabled People and the Media. En *Contact* Nº 70, 45-48.
- Barton, L. (comp.) (1999). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata-Paideia.
- _____. (comp.) (2008). *Superar las barreras de la discapacidad*. Madrid; Morata.
- Barton, L. y Oliver, M. (Eds.) (1997). *Disability Studies, Past, Present and Future*. Leeds, The Disability Press.
- Berger, P. L. y Luckmann, T. (1989). La internalización de la realidad. En P. Berger y T. Luckmann, *La construcción social de la realidad* (pp. 162-202). Buenos Aires: Amorrortu.
- B.O.E. 183 (1982). *Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos*: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1982-9983>
- B.O.E. 289 (2003). *Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-22066>
- B.O.E. 309 (2005). *Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-21261>

- B.O.E. 299 (2006). *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>
- B.O.E. 318 (2010). *Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco*: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-20138>
- B.O.E. 209 (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2013/BOE-A-2013-12632-consolidado.pdf>
- Bouffartigue, P. (1996). ¿Fin del trabajo o crisis del trabajo asalariado? *Sociología del Trabajo* 29, 91-110.
- Bourdieu, P. (1997a). *La reproducción: elementos para una teoría del sistema de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- _____. (1997b). ¿Es posible un acto desinteresado? En P. Bourdieu, *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción* (pp. 139-158). Barcelona: Anagrama.
- _____. (1997c). *Espacio social y espacio simbólico*. En P. Bourdieu, *Razones prácticas: sobre la teoría de la acción* (pp. 11-26). Barcelona: Anagrama.
- _____. (1998). Cuarteles de nobleza cultural. En P. Bourdieu, *La distinción: criterios y bases sociales del gusto* (pp. 61-94). Madrid: Taurus.
- _____. (1999). El conocimiento por cuerpos. En P. Bourdieu, *Meditaciones pascalianas* (pp. 171-214). Barcelona: Anagrama.
- Brisenden, S. (1986). Independent Living and the Medical Model of Disability. En *Disability, Handicap and Society* 1(2), 173-178.
- Canguilhem, G. (1970). *Lo normal y lo patológico*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Ferreira, M. A. V. (2004). Primera dimensión metodológica; La transducción: fundamento de la reflexividad constitutiva. En M. A. V. Ferreira, *Vivir la ecuación de Schroedinger: una aproximación antropológica al conocimiento científico* (pp. 78-85, 27-283). Madrid: Universidad Complutense de Madrid. <http://webs.ucm.es/BUCEM/tesis/cps/ucm-t27523.pdf>
- _____. (2007). Metodología autoobservacional. En M. A. V. Ferreira, *La vida antes del laboratorio: la construcción de los constructores de hechos científicos* (pp. 65-79). Madrid: CIS – monografías, nº 239.
- _____. (2009a). Lo social como proceso: La transductividad ontogenética de las prácticas sociales. *Nómadas: Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* 22(2), 129-147. <https://www.theoria.eu/nomadas/22/mavferreira.pdf>
- _____. (2009b). Entre el cristal y el humo: paráfrasis de una epistemología crítica. *Intersticios: Revista sociológica de pensamiento crítico* 3(1), 3-15. <http://www.intersticios.es/article/view/3168/2532>
- _____. (2015). La reflexividad social transductiva: la constitución práctico-cognitiva de lo social y la sociología. *Nómadas: Revista crítica de ciencias sociales y jurídicas* 11(1), 285-303. <https://www.theoria.eu/nomadas/11/mferreira.pdf>
- Finkelstein, V. (1980). *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*. Nueva York: World Rehabilitation Fund.
- Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. Madrid: Siglo XXI.

- _____. (2008). *Nacimiento de la biopolítica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Hughes, B. y Paterson, K. (2008). El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento. En L. Barton (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 107-123). Madrid: Morata.
- Liberty (1994). *Access Denied – Human Rights and Disables People*. Londres: National Council to Civil Liberties.
- Marx, K. (1985). El trabajo enajenado. En K. Marx, *Manuscritos de Economía y Filosofía* (pp. 103-119), Madrid: Alianza.
- OIDSMET - Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo (2021). *Informe 6*. Madrid, Fundación ONCE. <https://www.odismet.es/sites/default/files/2021-06/INFORME%206%20ODISMET.pdf>
- Oliver, M. (1990). *The Politics of Disablement*. Londres: McMillan Press.
- ONU (2006). *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Swain, J., Finkelstein, V., French, S. y Oliver, N. (1993). *Disabling barriers – Enabling Enviroments*. Londres: Sage/ Open University Press.
- Tocqueville, A. (1989). *El Antiguo Régimen y la revolución*. Madrid: Alianza.
- Turner, B. (1994). Theoretical developments in the sociology of the body. *Australian Cultural History* 13, 13-30.