

Diversidad funcional: hacia la deconstrucción del cuerpo funcionalmente normativo¹

Simposio: Cultura, cuerpo, género: incorporar la desigualdad

Mario Toboso y Francisco Guzmán
Instituto de Filosofía, Centro de Ciencias Humanas y Sociales, CSIC
C/ Albasanz, 26-28, 28037 Madrid, España
Teléfono: 91 602 23 09, fax: 91 602 29 71
mario.toboso@cchs.csic.es, paco.guzman@cchs.csic.es

Palabras clave: discapacidad, modelo médico, modelo social, cuerpo normativo, diversidad funcional

1. El cuerpo “deficiente”. Entre la (i)lógica de dos modelos

Los denominados “modelo médico” y “modelo social” de la discapacidad constituyen los dos paradigmas teóricos básicos bajo cuya óptica se ha considerado tradicionalmente a las personas con discapacidad (Palacios, 2008; Cabrera, 2009).

Las características básicas que definen el modelo médico son las siguientes: la discapacidad se considera como el resultado de una deficiencia del cuerpo a nivel físico, psíquico o sensorial. En este modelo se interpreta la discapacidad como una situación de “enfermedad” o “ausencia de salud” de la persona. Se da por supuesto que las personas con discapacidad, consideradas como personas “enfermas”, deben asumir la voluntad de someterse a un proceso de “rehabilitación” con el fin de asimilarse en la mayor medida posible a las demás personas “sanas” de la sociedad. Las personas con discapacidad se convierten así en objeto de atención exclusivamente médica y su realidad es contemplada y explicada desde un enfoque totalmente “medicalizado” y “medicalizante”.

El modelo social parte del rechazo de las características del modelo médico. Sus aspectos básicos son: en primer lugar, se considera que las causas que originan la discapacidad no son de naturaleza médica, sino sociales, y atañen a las limitaciones de la sociedad para ofrecer servicios que tengan en cuenta los requerimientos de todas las personas. Asume que las personas con discapacidad pueden y deben participar en la sociedad en la misma medida que el resto de los ciudadanos, lo que se relaciona con la inclusión y la aceptación plena de su diferencia. En el modelo social la discapacidad es interpretada como el producto de una sociedad “discapacitante”, y no como el resultado de una patología del cuerpo. La discapacidad es entendida como un problema situado en la sociedad, y el modo de atenuarla exige transformar el entorno social (Barton, 1996; Oliver, 1996).

Tanto el modelo médico como el modelo social se basan en diferentes conjuntos de “prácticas” relacionadas, igualmente, con “representaciones” diferentes de la discapacidad y de las personas con discapacidad. La mutua persistencia y estabilidad de

¹ Esta comunicación se inscribe dentro del Proyecto “Filosofía de las tecnociencias sociales y humanas” (FFI2008-03599) del Plan Nacional I+D+i (2009-2011), y del Proyecto Intramural del CSIC “Discapacidad, envejecimiento y calidad de vida”.

tales prácticas y representaciones conducen propiamente a la definición de tales modelos. Las prácticas de cada modelo se ejercen sobre las representaciones correspondientes de las personas con discapacidad en el mismo. Tales prácticas y representaciones se dan en “espacios” determinados: espacio (bio)médico, social, político, legislativo, actitudinal, etc.

Podríamos decir que la “lógica” del modelo médico se articula, entre otras, en torno a los siguientes conjuntos de prácticas y representaciones: por un lado, medicalización, paternalismo, (supuesto) conocimiento experto, institucionalización y rehabilitación de la persona; del lado de las representaciones tendríamos, enfermedad, dependencia, paciente, “objeto” de atención médica y deficiencia.

El conjunto de prácticas y representaciones sobre las que se basa el modelo social incluiría, entre otras: desmedicalización, vida independiente, prácticas emancipadoras, desinstitucionalización y rehabilitación de la sociedad; paralelamente, como representaciones: funcionamiento, autonomía, persona, “sujeto” de derechos civiles y discapacidad (entendida como una construcción social).

El cuerpo es un aspecto fundamental de las representaciones del modelo médico, así como de las prácticas del mismo, especialmente en el espacio biomédico, pero deja de serlo en las representaciones y prácticas del modelo social. Dado que el cuerpo constituía uno de los elementos clave de las prácticas del modelo médico, desde el modelo social, como respuesta, se rechaza su consideración y la atención al mismo. Sus prácticas emancipadoras y de vida independiente tienen como protagonista al mencionado “sujeto”, pero olvidan acudir en rescate del cuerpo. Son prácticas que se sitúan en el espacio social, que incursionan en el espacio político y legislativo, y que aspiran a incidir en el espacio actitudinal, pero que evitan su posicionamiento en el espacio médico, olvidando que todos los espacios en los que juegan las prácticas y las representaciones están ampliamente comunicados y relacionados entre sí.

El modelo social, por tanto, se erige como una formulación teórica de la discapacidad que pretende desvincular la naturaleza social de la misma de su substrato corporal fisiológico (Ferreira, 2009). Pero en cualquier caso, se erige sobre la dicotomía entre ambos planos: el fisiológico, de la deficiencia (impairment), y el social, de la discapacidad (disability). Al mantener esta dicotomía, no tomará, al menos en sus inicios, el cuerpo como referencia fundamental para la elaboración de una interpretación crítica de la discapacidad, que queda así abandonado a los dictámenes y prácticas de la ciencia médica (Hughes y Paterson, 2008).

El paso del modelo médico al modelo social ha propiciado, pues, la pérdida de la relevancia que tenía el cuerpo en el espacio (bio)médico, del cual nos alejamos para adentrarnos en un espacio social de prácticas y representaciones en el que el cuerpo “desaparece” (Hughes y Paterson, 2008). Abogar por la importancia del cuerpo en el espacio social no tiene porqué significar volver a las prácticas y representaciones (patologizadas) del modelo médico, ya que las mismas no agotan todas las prácticas y representaciones posibles del cuerpo en el espacio (bio)médico. No se trata tanto de “abandonar” el modelo social (Shakespeare y Watson, 2002), como de complementarlo con su posicionamiento en aquellos espacios en los que este modelo no se ha posicionado.

Desde mediados de la década de los 80, como resultado de la insistencia de numerosas autoras en la necesidad de aproximar el pensamiento feminista a los estudios sobre la discapacidad (disability studies), se ha venido generando un conjunto creciente de trabajos que abordan la consideración de la discapacidad desde una perspectiva de género (Fine y Asch, 1988; Morris, 1993; Begum, 1992; Wendell, 1996; Corker y French, 1999; Thomas, 1999; Garland-Thomson, 2002; Samuels, 2002; Smith y Hutchinson, 2004). Uno de los aspectos fundamentales de esta estrategia es la recuperación del cuerpo como elemento ausente en el marco tradicional “ortodoxo” de tales estudios, desarrollados fundamentalmente desde el enfoque del modelo social.

Muy al contrario de la práctica feminista y de su apropiación del cuerpo para proceder a la deconstrucción de la lógica androcéntrica y heteronormativa, la ideología del modelo social se aleja en la mayor medida posible del mismo. Ya algunos autores han puesto su atención en esta ausencia del cuerpo en la teoría de la discapacidad producida por el modelo social, señalando que, al establecer la dicotomía entre las nociones de deficiencia y discapacidad, el modelo social produce una interpretación de la discapacidad que no se ajusta a la experiencia muy diversa que de la misma tienen las propias personas con discapacidad (Hughes y Paterson, 2008). Con el fin de rescatar esa diversidad, inscrita en la experiencia de las deficiencias sería necesario disolver la dicotomía deficiencia/discapacidad. Para lograrlo se debe partir de la “corporeización” de la discapacidad, de su análisis a partir de la corporalidad específica que conlleva (Corker y Shakespeare, 2002; Ferreira, 2009).

La imagen institucionalizada del cuerpo y el valor otorgado al mismo en cada cultura, determinan en gran medida las representaciones de la discapacidad (Ingstad y Whyte, 1995; Üstün et al., 2001). A su vez, la experiencia subjetiva del cuerpo es la de la materia en continuo conflicto y dependencia con el entorno que lo rodea. Su tiempo y sus capacidades son limitados, así como los recursos a los que tiene acceso. La unión con sus semejantes en sociedades, y la creación y transmisión de cultura, son las herramientas que los seres humanos utilizan para obtener mayor ventaja y bienestar de su relación con el medio que les rodea. Tradicionalmente estas comunidades organizan su existencia en torno a dicotomías, de las cuales una de las más básicas es la que atañe a las categorías dentro/fuera. En relación con la misma, puede decirse que siempre han existido cuerpos que han estado dentro, y cuerpos que debían permanecer fuera de las prácticas significativas de la comunidad (Lévi-Strauss, 1987).

Desde la antigüedad, el trato hacia el individuo considerado discapacitado ha oscilado entre el más radical rechazo, que tendía a su eliminación social (a veces incluso física), y la compasión ante la tragedia de un semejante (Geremek, 1989; Aguado, 1995; Garland-Thomson, 1995). La tradición judeo-cristiana situó a la persona con discapacidad como objeto de caridad, receptor de un cuidado paternalista que satisface y realiza a quien lo ofrece, pero que niega la condición de sujeto libre y autónomo a quien lo recibe (Stiker, 1999).

Con el advenimiento de la era moderna se reconfiguraron los criterios de asignación de valor a los cuerpos, a partir de las nuevas relaciones sociales de producción económica. El cuerpo estimado es ahora el cuerpo productivo, capaz de trabajar generando plusvalía y, más adelante, con el salario obtenido, capaz de consumir, insertándose de esta manera dentro de la corriente principal del sistema económico-social. El cuerpo cuya capacidad productiva está por debajo de los recursos que consume para subsistir se sitúa fuera de

esta corriente principal. Los agentes encargados de determinar las capacidades de los cuerpos en este sistema social son los profesionales del ámbito médico que, adoptando el método científico, pretenden establecer objetivamente qué cuerpos están y funcionan dentro de la norma, y cuáles quedan fuera (Ferreira, 2010).

Según hemos señalado, el modelo médico sitúa la discapacidad exclusivamente en el cuerpo, y fija todo su empeño en rehabilitarlo mediante tratamientos particulares, aislando a la persona como enferma y defectuosa. Por el contrario, entender la discapacidad como una categoría socialmente construida, de acuerdo con el modelo social, permite interpretarla como el efecto de un entorno hostil hacia algunos cuerpos, pero no hacia otros, lo que requiere avances en el terreno de la justicia social, antes que en el de la medicina. Gracias al planteamiento de que el cuerpo también es socialmente construido, debería ser más difícil, al menos en teoría, justificar valoraciones y prejuicios basados en la apariencia física o en la capacidad del mismo, permitiendo una definición más flexible e integradora del ser humano.

2. De lo funcional a lo axiológico: una transición cuestionable

Debemos tener presente que entre las prácticas y las representaciones en un espacio determinado median siempre los “valores” inscritos en ese espacio. Si en el espacio actitudinal consideramos, por ejemplo, que la autonomía (física o moral) de una persona es un valor, inmediatamente esta creencia pondrá en marcha todo un conjunto de prácticas y representaciones en torno al mismo. Si estimamos que una persona no está dotada de suficiente autonomía, a través de esta consideración estableceremos sobre ella una representación “devaluada” y un conjunto de prácticas materiales, simbólicas, discursivas, actitudinales, etc., ligado a esa representación.

Cuando en un espacio arbitrario aplicamos un valor determinado a un ente, por ejemplo, la precisión a un aparato de medida, o la integridad a una persona, debemos tener en cuenta también las condiciones contextuales de esa aplicación: así, un aparato deja de ser preciso en condiciones inestables, y bajo presión una persona puede dejar de mostrarse íntegra. En función del contexto, los valores pueden satisfacerse en diferente medida.

Si consideramos los valores como si fuesen cualidades primarias atribuibles a las personas, nos situaremos en la comprometida posición de jueces y evaluadores a la hora de estimar si los poseen o no, y en consecuencia unas personas “valdrán”, a nuestro juicio, más que otras. Desde esta consideración normativa, si una persona satisface un determinado valor “vale”, es válida, si no “no vale”, será, por decirlo así, inválida. Concretando en el terreno de las capacidades funcionales relativas al cuerpo, esto nos lleva a la relación perniciosa entre éstas y los valores puestos en juego, y al hecho muy discutible de elevar las capacidades a valores, transitando de manera arriesgada de lo funcional a lo axiológico-normativo.

Habitualmente se supone que las capacidades lo son propiamente del cuerpo, en un sentido inherente. Se considera que “lo normal”, lo normativamente impuesto, es poseer determinadas capacidades demandadas por las necesidades asociadas a nuestros patrones culturales de vida. Es necesario, por tanto, no obviar la existencia de criterios normativos específicos que determinan como capacidades de la persona ciertas

funciones corporales, y hacer explícito que el sentido habitualmente asumido de “capacidad” no alude a una condición universal presupuesta anclada en las disposiciones de funcionamiento del cuerpo, sino a su relación con los diferentes contextos que modelan las funciones del mismo en el tipo de sociedad concreta en la que se inscribe (Rodríguez y Ferreira, 2010).

Asumimos que la capacidad hace referencia a la actividad que se realiza, en tanto que lo que vamos a denominar “funcionalidad”, se refiere a cada modo concreto de realizarla. Desplazarse es una capacidad, en tanto que caminar, cojear, arrastrarse, moverse sobre una silla de ruedas manual o con motor, apoyado sobre muletas, portado en los brazos de alguien, en un vehículo, etc., son funcionalidades diferentes de esa capacidad concreta. Cuando se dice que alguien ha perdido una capacidad, la mayoría de las veces se hace referencia a que ha perdido la funcionalidad que había venido usando hasta ese momento. Basta con encontrar otra, y la capacidad vuelve a estar disponible. En este sentido, el uso habitual del término “discapacidad” hace alusión, en realidad, al persistente estado de ausencia de una funcionalidad asociada al cuerpo (Toboso y Guzmán, 2010).

Poner de manifiesto el carácter contextual de las capacidades, como pretendemos, nos debería llevar de manera directa a la consideración de los valores asociados a las mismas como valores igualmente contextuales, como si se tratase de cualidades secundarias. El carácter normativo de las capacidades no viene dado, pues, por ellas mismas, sino por su “puesta en valor”, es decir, por su traslado subrepticio del plano funcional al plano axiológico-normativo.

Por otro lado, como acabamos de señalar, las capacidades igualmente son “puestas en funcionamiento” a través de las funcionalidades correspondientes. Tenemos, en consecuencia, una conexión muy cuestionable entre éstas y aquellos (con la capacidad como mediadora), a través de la cual se dota de valor a las funcionalidades; una conexión que hace posible hablar de funcionalidades valiosas y de otras que no lo son, de modos de funcionamiento válidos, y de otros no válidos, prescindibles, aunque quizá recuperables; en definitiva, “minus-válidos”.

3. El cuerpo normativo y el imperativo de la normalidad

De manera general, y al contrario de lo que habitualmente se cree, las personas con discapacidad no carecen de capacidades, sino que las ponen en funcionamiento a través de funcionalidades que no coinciden con la más frecuente o normal. Así, muchas personas sordas se comunican por medio de los ojos y mediante signos o señas, en tanto que el resto de la población lo hace generalmente a través de las palabras y el oído. Sin embargo, la capacidad que logran realizar es la misma: comunicarse. Para desplazarse, una persona con lesión medular utiliza habitualmente una silla de ruedas, en tanto que el resto de la población lo hace utilizando las piernas; misma capacidad: desplazarse, pero lograda a través de funcionalidades diferentes (Palacios y Romañach, 2007).

El modelo social interpreta la discapacidad como una construcción social, pero no presenta igualmente la “capacidad” como una construcción social, que también lo es, como aquí tratamos de mostrar. Como construcción social el conjunto de capacidades que se erige en criterio de normalidad, representa una especie de “lecho de Procrusto” al

que deben adaptarse todos los cuerpos, que se expresa materialmente en forma de cuestionarios, clasificaciones, prácticas, entornos, representaciones y actitudes capacitistas. Las capacidades que definen este conjunto retratan fielmente las capacidades de lo que vamos a denominar “cuerpo normativo”: ver, escuchar, caminar, moverse, comprender, etc. (Cadwallader, 2007; Toboso y Guzmán, 2010).

Capacidad y discapacidad remiten a condiciones de funcionamiento. El funcionamiento, al igual que esas categorías, es así una construcción social vinculada al cuerpo. El discurso médico-capacitista afirma que el funcionamiento es dicotómico: eficiente y deficiente. Análogamente, el discurso heteronormativo mantiene que el sexo (y, correlativamente, el género) debe ser dicotómico: macho y hembra. Este dimorfismo se construye a partir de la diferencia sexual “evidente” a la mirada médica entre pene (macho) y vagina (hembra), y si esta diferencia no es evidente (como en el caso de los bebés intersexuales), se hace evidente por medio de la cirugía (Fausto-Sterling, 2006).

Las categorías del funcionamiento, por su parte, se relacionan con la diferencia orgánica “evidente” a la mirada médica entre cuerpo sano y enfermo, salud y enfermedad, lo que trasladado al plano funcional lleva a definir un funcionamiento eficiente (capacidad) y otro deficiente (discapacidad). Esto conduce a interpretar, por ejemplo, la denominada “discapacidad física” como un funcionamiento físico deficiente, o un funcionamiento deficiente a nivel físico. De manera que a partir de las condiciones de salud y enfermedad atribuidas al organismo se llega a la construcción médico-capacitista del funcionamiento en términos de capacidad (eficiencia funcional) y discapacidad (deficiencia funcional).

Desde posiciones críticas hacia la ortodoxia del modelo social se ha defendido la consideración de la dicotomía deficiencia/discapacidad en analogía con la dicotomía sexo/género, con el fin de proceder a la disolución de aquella siguiendo para ello el mismo análisis empleado en la disolución de ésta. Quienes sostienen esta analogía (Shakespeare, 1998; Corker y Shakespeare, 2002) pasan por alto, en nuestra opinión, que, al igual que los elementos de la primera dicotomía, también la salud (como eficiencia orgánica) y la capacidad (como eficiencia funcional) son construcciones sociales. Dado que el constructo a nivel orgánico es el organismo, y a nivel funcional el funcionamiento, tendríamos como resultado la dicotomía de mayor alcance organismo/funcionamiento (y no deficiencia/discapacidad), como análoga a la dicotomía sexo/género.

La consideración del cuerpo que plantea Merleau-Ponty (2000), como un “entre-dos”, remite a una especie de posición híbrida que escapa a la tensión clásica entre naturaleza y sociedad, a un momento ontológico previo a la irrupción de la dualidad sujeto/objeto. La disolución de la dicotomía sexo/género tiene que ver, igualmente, con la superación de la dicotomía entre naturaleza y sociedad, al percibir que lo natural es social, que también el sexo es una construcción social (Butler, 1990; Fausto-Sterling, 2006).

Por su parte, la disolución de la dicotomía organismo/funcionamiento debería partir del reconocimiento de que también las atribuciones orgánicas (salud y enfermedad), y no sólo las de funcionamiento (capacidad y discapacidad), dependen del contexto social, lo que está ampliamente demostrado en los campos de la sociología y la antropología de la salud (Rodríguez y Ferreira, 2010). La relación deja de ser determinista, de lo natural (o

biológico) a lo social, para instalarse entre categorías socialmente construidas e interconectadas, y esta interconexión se da, precisamente, a través del cuerpo.

A modo de interfaz y superficie de inscripción, el cuerpo no será como una hoja de papel en la que en una de sus caras se inscriban las representaciones y prácticas de la mirada médica (sobre el organismo) y en la otra, independientemente, las de la mirada capacitista (sobre el funcionamiento), sino una especie de transparencia, o diapositiva, en la que las inscripciones provenientes del dominio de cada mirada se hacen visibles indefectiblemente en el otro. Surge así el cuerpo como el terreno común a las miradas médica y capacitista, como el espacio de intersección de los conjuntos de prácticas y representaciones de ambas miradas; aquel terreno problemático en el que se equiparan salud y capacidad, enfermedad y discapacidad (Palacios y Romañach, 2007; Cabrera, 2009).

La reflexión en torno al cuerpo como elemento sociocultural clave debe cuestionar el esencialismo en la atribución de las capacidades que conforman el cuerpo normativo, notando que el primer paso para caer bajo lo que vamos a denominar la “mirada capacitista” es definir y trasladar al plano axiológico un conjunto de capacidades supuestamente inherentes atribuibles al cuerpo. La mirada capacitista no es otra cosa que la multitud de prácticas y representaciones que a nivel funcional participan en la producción del cuerpo normativo y de su carácter regulador como norma y criterio de normalidad. En el mismo sentido la “mirada médica” se constituye a través de la multitud de prácticas y representaciones que a nivel orgánico participan igualmente en la producción del cuerpo normativo y de su carácter regulador (Snyder y Mitchell, 2001; Toboso y Guzmán, 2010).

Bajo la mirada capacitista, la capacidad antecede en importancia a la funcionalidad. Por tanto, no se considera que las distintas funcionalidades, como expresiones diferentes de funcionamiento posibles, sean realmente “funcionales”, es decir, que supongan la “puesta en funcionamiento” o realización de una capacidad determinada. Se considera, por el contrario, que hay personas-cuerpos-mentes que, simplemente, “no funcionan”, esto es, que no funcionan de acuerdo con la expresión legitimada de la funcionalidad mayoritaria asociada a esa capacidad, que de hecho se identifica normativamente con ella, como si fuese la única manera de ponerla en funcionamiento. Es decir, la capacidad se iguala a la funcionalidad mayoritaria, como la única expresión legitimada de funcionamiento asociada a ella (así, por ejemplo, la capacidad “desplazarse” se iguala a la funcionalidad mayoritaria “caminar”).

Tanto la mirada médica (sobre el organismo) como la mirada capacitista (sobre el funcionamiento) son “performativas”, es decir, actúan en la producción de esas dos vertientes del cuerpo normativo. Cada conflicto con una barrera del entorno supone un acto performativo que reproduce la categoría de discapacidad y opera sobre el cuerpo considerado ilegítimo, no funcional. La presencia de una escalera en el espacio social no es casual, ni se debe a un descuido urbanístico, sino que materializa el contenido axiológico-normativo de las miradas médica y capacitista sobre el cuerpo: el funcionamiento normal del cuerpo “debe ser” tal que la escalera no suponga una barrera para el mismo (Toboso y Guzmán, 2010). Igualmente son performativos los actos del lenguaje, en forma de denominaciones peyorativas y discursos devaluantes, así como numerosos elementos actitudinales. Del mismo modo que en el caso del género los actos performativos producen y reproducen continuamente la diferencia entre las

categorías hombre y mujer (Butler, 1990), todos esos actos producen la diferencia entre las categorías de capacidad y discapacidad: la distancia social entre el cuerpo normativo y “otros” cuerpos; la centralidad del primero y la posición periférica de los otros.

Retomamos aquí lo ya expresado acerca del uso y valor social de ciertas dicotomías. En este caso, se podría representar lo siguiente sobre una circunferencia: el cuerpo normativo en el centro de la misma, y otros cuerpos en la periferia, más allá de la circunferencia. ¿Qué otorga centralidad al cuerpo normativo y lo convierte así en elemento regulador? Pensamos que numerosas prácticas y representaciones que cargan de valor su funcionamiento, a la vez que negativizan la diferencia en el funcionamiento de los otros cuerpos, como las asociadas al discurso médico y al capacitista (“está enfermo”, “no puede”, etc.).

Pero, no sólo los cuerpos que caen bajo el poder normativo de la mirada capacitista se sitúan en esa periferia social. A este respecto, cabría hablar también de una mirada racista, de una mirada clasista, de una mirada sexista, machista, etc. Estas consideraciones giran en torno a la pregunta fundamental: ¿de dónde obtiene su fuerza la normalidad? Incontestable o no, lo cierto es que la norma se nos impone de manera coercitiva, a través de un conjunto de significados comunes en el habla y en las prácticas institucionales que materializan el “imperativo” de la normalidad, entendiendo por tal el conjunto de dispositivos socioculturales que inducen a la población a ajustarse a ciertos patrones de funcionalidad y apariencia, y que al amparo del discurso biomédico y bajo el pretexto de la salud (cuando no de la felicidad o de la autorrealización), imponen prácticas institucionales y proyectos de vida (Moscoso, 2009).

Nos interesa destacar dos de las manifestaciones básicas de este imperativo (Kafer, 2003), como son la “heterosexualidad obligatoria” (compulsory heterosexuality; Rich, 2003) y la “capacidad corporal obligatoria” (compulsory able-bodiedness; McRuer y Bérubé, 2006). Por heterosexualidad obligatoria se entiende la sujeción de las mujeres a los hombres por medio de los lazos de dependencia emocional, afectiva y económica que les unen mediante una orientación sexual hegemónica, que ha devenido institución social. En calidad de dispositivo de subordinación social institucionalizado, la heterosexualidad obligatoria confina el espacio y la libertad de movimientos de las mujeres, así como la relación que establecen con su propio cuerpo (Moscoso, 2009). Por otro lado, se entiende por capacidad corporal obligatoria el conjunto común de significados que a través del habla y las prácticas institucionales generan la expectativa y la necesidad de una normalidad orgánica y funcional constitutiva, al tiempo que penalizan las desviaciones con respecto a esta corporalidad canónica y normativa.

4. El cuerpo más acá del cuerpo normativo

Nuestra primera estrategia para proceder a la deconstrucción del cuerpo normativo parte de la siguiente pregunta: ¿es posible poner en práctica una mirada alternativa a las miradas médica y capacitista sobre el cuerpo? Se trataría de ubicar esta nueva mirada en un marco más amplio, no limitado al conjunto de funcionamientos legitimados más frecuentes, sino que tomase también en consideración los modos de funcionamiento menos frecuentes. La reflexión se convierte, entonces, en una cuestión de tolerancia y

respeto hacia la “diversidad funcional” que resulta de la consideración de todas las expresiones diferentes de funcionamiento posibles (Palacios y Romañach, 2007).

Toda diversidad se expresa en términos de diferencia. La diversidad biológica de un entorno es el resultado de considerar todas las formas de vida diferentes que lo habitan. Proteger esta diversidad es atender a la preservación de tales formas. En otro sentido, proteger, digamos, la diversidad cultural (o artística, o ideológica, etc.) de una sociedad implica garantizar la expresión de todas las posibles manifestaciones diferentes que la conforman. Socialmente se sobreentiende que la diversidad cultural (artística, ideológica, etc.) es valiosa.

La diversidad funcional es inherente al cuerpo y al ser humano, y es el resultado de todas las expresiones diferentes de funcionamiento posibles. Todas las personas incorporamos un cierto modo singular de funcionamiento. Socialmente no se sobreentiende que la diversidad funcional sea valiosa. Por lo tanto, no se considera que deba protegerse. Por lo tanto, no se considera que deba garantizarse la expresión de los diferentes funcionamientos posibles (Toboso y Guzmán, 2010).

La mirada desde la diversidad funcional asume que todas las funcionalidades diferentes posibles tienen un valor en sí mismas, al margen de lo eficaces que sean en el desempeño de un conjunto arbitrario y contextual de capacidades. Al referirnos al cuerpo, en el caso de las personas con discapacidad, asumiremos, por tanto, que la característica básica del mismo es su diversidad funcional, no su deficiencia funcional, como habitualmente se considera desde la perspectiva fuertemente normativa de la mirada capacitista.

Nuestra segunda estrategia para la deconstrucción del cuerpo normativo presta atención al conjunto de capacidades que lo conforman, sin abogar, obviamente, a favor del mismo, sino poniendo de manifiesto, en primer lugar, que este conjunto no recoge una capacidad del cuerpo, a nuestro entender muy relevante, que podríamos denotar como su “capacidad de adaptación”. En este sentido, propondríamos, seguidamente, que en el conjunto de capacidades se introdujese, como una más, la siguiente capacidad de adaptación: la capacidad de “incorporar” los elementos oportunos para el desempeño de las restantes capacidades del conjunto. Sería algo así como “la capacidad de transformar en capacidad una (dis)capacidad”. Pensamos que se trata de un planteamiento relevante, que dentro del conjunto normativo de capacidades introduce como posibilidad la (dis)capacidad, llevándonos así por una vía deconstructiva más allá de la consideración habitual de ese conjunto como un “mito” funcional, en línea con ideas ya expuestas sobre la limitación, la fragilidad y la vulnerabilidad inherentes al cuerpo humano (MacIntyre, 2001).

Las personas con cuerpos funcionalmente diversos tienen acceso potencial a las mismas capacidades que el resto, pero a través de funcionalidades diferentes que implican frecuentemente la utilización de dispositivos tecnológicos. Cuerpo, discapacidad y tecnología generan así un conjunto de interrelaciones a través de las cuales estos tres elementos se construyen y reconstruyen mutuamente, y delimitan el terreno en el que se establece la relación entre los cuerpos funcionalmente diversos y diferentes espacios posibles de actividad y participación.

La idea que acabamos de enunciar, en torno a la mencionada capacidad de adaptación, se relaciona con lo que Grosz (1994) denomina la “naturaleza protésica” del cuerpo, y con las posibilidades de “extensión” y “recepción” del mismo hacia diferentes tipos de tecnologías (De Preester y Tsakiris, 2009): tecnologías de la información y de las comunicaciones (McLuhan, 1967; Hansen, 2006) y entornos de realidad virtual (Hillis, 1999; Hayles, 1999), en el primer caso, por ejemplo, y prótesis e implantes, en el segundo (Smith y Morra, 2006). A través de su relación con todas estas tecnologías el cuerpo configura y redefine su propia identidad y funcionamiento.

5. A modo de conclusión. Para comenzar

Las miradas médica y capacitista producen el cuerpo normativo como única alternativa posible de funcionamiento, pese a la existencia de otros cuerpos diferentes, que no se considera(n) relevante(s). Como presencia mayoritaria, el cuerpo normativo anula al resto de alternativas, las invisibiliza, las excluye del espacio social (por medio de una escalera, por ejemplo), o directamente impide su nacimiento mediante prácticas en el ámbito de la reproducción (Etorre, 2000; Parens y Asch, 2000). Se pretende así reducir aún más la presencia de cuerpos considerados ilegítimos y aumentar, por tanto, la frecuencia y el peso estadístico del cuerpo normativo, fortalecer, en definitiva, su carácter de norma (reguladora y estadística), con el fin de que lo normal sea y siga siendo lo más frecuente.

La mirada capacitista sobre la categoría de funcionamiento es análoga a las miradas sexista, machista, androcéntrica, sobre la categoría de género. Para Aristóteles (1994) la mujer, con relación al hombre era deficiente, incompleta. Considerar al “discapacitado” como un capacitado deficiente entraña una devaluación muy similar. Comprometerse con la idea contraria, con el valor de la diversidad funcional del ser humano, supone necesariamente pensar en “otro mundo” totalmente diferente. La cuestión es si nos aventuramos a explorarlo y, lo que es más importante, a habitarlo, a pesar de que la sombra de “ese” Aristóteles se cierna sobre nuestra intención, proyectada, en este caso, por el cuerpo (normativo) de innumerables “Peter Singer” (1984, 2002).

Referencias

Aguado Díaz, Antonio (1995) *Historia de las deficiencias*, Madrid, Escuela Libre Editorial.

Aristóteles (1994) *Reproducción de los animales*, Madrid, Gredos.

Barton, Len (ed.) (1996) *Disability and Society: Emerging Issues and Insights*, London, Longman.

Begum, Nasa (1992) “Disabled Women and the Feminist Agenda” en *Feminist Review*, nº 40, pp. 70-84.

Butler, Judith (1990) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. México. Paidós.

Cabrera, Laura (2009) "Nanotechnology: Changing the Disability Paradigm" en *International Journal of Disability, Community & Rehabilitation*, vol. 8, nº 2.

Cadwallader, Jessica (2007) "Suffering difference: normalisation and power" en *Social Semiotics*, vol. 17, nº 3, pp. 375-393.

Corker, Marian y French, Sally (eds.) (1999) *Disability discourse*, Buckingham, Open University Press.

Corker, Marian y Shakespeare, Tom (eds.) (2002) *Disability/postmodernity: embodying disability theory*, London, Continuum.

De Preester, Helena y Tsakiris, Manos (2009) "Body-extensión versus body-incorporation: Is there a need for a body-model?" en *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, vol. 8, nº 3, pp. 307-319.

Etorre, Elisabeth (2000) "Reproductive Genetics, Gender and the Body: 'Please, Doctor, may I have a Normal Baby?'" en *Sociology*, vol. 34, nº. 3, pp. 403-420.

Fausto-Sterling, Anne (2006) *Cuerpos sexuales. La política de género y la construcción de la sexualidad*, Barcelona, Melusina.

Ferreira, Miguel (2009) "Discapacidad, corporalidad y dominación: la lógica de las imposiciones clínicas", XXVII Congreso ALAS, Buenos Aires 31 agosto - 4 septiembre. Disponible en http://www.um.es/discatif/TEORIA/ALAS09_Ferreira.pdf

-- (2010) "De la minusvalía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico" en *Política y Sociedad*, vol. 47, nº 1 (en prensa). Disponible en <http://www.um.es/discatif/TEORIA/Ferreira09.pdf>

Fine, Michelle y Asch, Adrienne (eds.) (1988) *Women with Disabilities: Essays on Psychology, Culture and Politics*, Philadelphia, Temple University Press.

Garland-Thomson, Rosemari (1995) *The eye of the beholder Deformity & Disability in the Graeco-Roman world*, London, Duckworth.

-- (2002) "Integrating Disability, Transforming Feminist Theory" en *NWSA Journal*, vol. 14, nº 3, pp. 1-32.

Geremek, Bronislaw (1989) *La Piedad y la Horca. Historia de la miseria y de la caridad en Europa*, Madrid, Alianza.

Grosz, Elizabeth (1994) *Volatile bodies: toward a corporeal feminism*, St. Leonards, N.S.W., Allen & Unwin.

Hansen, Mark (2006) *Bodies in code: interfaces with new media*, New York, Routledge.

Hayles, N. Katherine (1999) *How we became posthuman: virtual bodies in cybernetics, literature, and informatics*, Chicago, Ill., University of Chicago Press.

- Hillis, Ken (1999) *Digital sensations: space, identity, and embodiment in virtual reality*, Minneapolis, University of Minnesota Press.
- Hughes, Bill y Paterson, Kevin (2008) “El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento”, en L. Barton (comp.) *Superar las barreras de la discapacidad*, Madrid, Morata, pp. 107-123.
- Ingstad, Benedicte y Whyte, Susan Reynolds (eds.) (1995) *Disability and Culture*, University of California Press.
- Kafer, Alison (2003) “Compulsory Bodies: Reflections on Heterosexuality and Able-bodiedness” en *Journal of Women’s History*, vol. 15, nº 3, pp. 77-89.
- Lévi-Strauss, Claude (1987) *Antropología estructural*, Barcelona, Paidós.
- MacIntyre, Alasdair (2001) *Animales racionales y dependientes*, Barcelona, Paidós.
- McLuhan, Marshall (1967) *Understanding Media: The Extensions of Man*, London, Sphere Books.
- McRuer, Robert y Bérubé, Michael (2006) *Crip Theory: Cultural Signs of Queerness and Disability*, New York, New York University Press.
- Merleau-Ponty, Maurice (2000) *Fenomenología de la percepción*, Barcelona, Península.
- Morris, Jenny (1993) “Feminism and Disability” en *Feminist Review*, nº 43, pp. 57-70.
- Moscoso, Melania (2009) “La “normalidad” y sus territorios liberados” en *Dilemata. Revista Internacional de Éticas Aplicadas*, nº 1, pp. 57-70. Disponible en <http://www.dilemata.net/revista/index.php/Dilemata/article/view/12/28>
- Oliver, Mike (1996) *Understanding Disability: From Theory to Practice*, London, Macmillan.
- Palacios, Agustina (2008) *El modelo social de la discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Ediciones Cinca. Disponible en <http://www.cermi.es/NR/rdonlyres/71F353B1-DDB9-4217-A2C8-99F4D7876EBD/20212/Elmodelosocialdediscapacidad2.pdf>
- Palacios, Agustina y Romañach, Javier (2007) *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Madrid, Diversitas. Disponible en <http://www.asoc-ies.org/diversitas/docs/modelo%20diversidad.pdf>
- Parens, Erik y Asch Adrienne (eds.) (2000) *Prenatal Testing and Disability Rights*, Georgetown, Georgetown University Press.

Rich, Adrienne (2003) "Compulsory Heterosexuality and Lesbian Existence" en *Journal of Women's History*, vol. 15, nº 3, pp. 11-48.

Rodríguez, Susana y Ferreira, Miguel (2010) "Diversidad funcional: sobre lo normal y lo patológico en torno a la condición social de la *dis-capacidad*" en *Cuadernos de Relaciones Laborales*, vol. 28, nº 1 (en prensa).

http://www.um.es/discatif/TEORIA/DF_SRDyMAVF.pdf

Samuels, Ellen (2002) "Critical Divides: Judith Butler's Body Theory and the Question of Disability" en *NWSA Journal*, vol. 14, nº 3, pp. 58-76.

Shakespeare, Tom (1998) "Social Constructionism as a Political Strategy" en Velody, I. y Williams, R. (eds) *The Politics of Constructionism*, Londres, Sage, pp. 168-182.

Shakespeare, Tom y Watson, Nicholas (2002) "The Social Model of Disability: An outdated ideology?" en *Research in Social Science and Disability*, vol. 2, pp. 9-28.

Singer, Peter (1984) *Ética práctica*, Barcelona, Ariel.

-- (2002) "De compras por el supermercado genético" en *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, nº 27, pp. 19-40.

Smith, Bonnie G. y Hutchison, Beth (2004) *Gendering Disability*, New Brunswick, NJ, Rutgers University Press.

Smith, Marquard y Morra, Joanne (2006) *The prosthetic impulse: from a posthuman present to a biocultural future*, Cambridge, Mass., MIT Press.

Snyder, Sharon L. y Mitchell, David T. (2001) "Re-engaging the Body: Disability Studies and the Resistance to Embodiment" en *Public Culture*, vol. 13, nº 3, pp. 367-389.

Stiker, Henri-Jacques (1999) *A History of Disability*, The University of Michigan Press.

Thomas, Carol (1999) *Female Forms: Experiencing and Understanding Disability*, Buckingham, Open University Press.

Toboso, Mario y Guzmán, Francisco (2010) "Cuerpos, capacidades, exigencias funcionales... y otros lechos de Procrusto" en *Política y Sociedad*, vol. 47, nº 1 (en prensa).

Üstün, T. Bedirhan; Chatterji, Somnath; Rehm, Jurgem; Saxena, Shekhar; Bickenbach, Jerome E; Trotter, Robert T. y Room, Robin (eds.) (2001) *Disability and Culture: Universalism and Diversity*, Seattle (WA), Hogrefe & Huber.

Wendell, Susan (1996) *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*, New York, Routledge.