

A NEW THEORETICAL SOCIOLOGY FRAMEWORK FOR THE INTERPRETATION OF DISABILITY: CRITICAL THEORY, CITIZENSHIP AND GENDER

Miguel A. V. Ferreira¹
Carolina Ferrante²
Eduardo Díaz Velázquez³

Human body is a starting point for our analysis. If we consider that "all symbolic manipulations of body experience, beginning with the movements in a symbolically structured space, tend to impose the integration of body space, cosmic space and social space, thinking and following the same categories" (Bourdieu, 1991: 131), we may think that the absence in the public space of a great number of people with disability would show a socially disqualified body, proof of the rejection stigma⁴. It may seem that the position of any *non legitimate* body would lead to the de-possession of symbolic capital in general terms, as we must furthermore take in consideration that the experiences of possessing a *disabled body* will be different for their owners according to this social trajectories. Is it possible to suppose that the *lived* body in the capitalist world is experimented from the state's establishment of perception schemes that are guided by the categories imposed on society by a third person's language, the language of traditional medicine in Occidental world (that carries the orthodoxy of the health field)? Is it not the case that this language's taxonomies, centered in the normal/pathological opposition are transformed into guides that are bound themselves into aesthetics (beautiful/ugly opposition) and ethics (good/bad opposition)? Else, is it not the case that such imposition shows in a double way: the singular dicotomised body, whose voice sinks in practical and symbolic prescriptions, and the collective body, that projects into singular experiences, social, economic and historical structures?

We try to avoid the Cartesian dualism⁵ in order to be able to see the body, in full deepness, emotions, the key to establish a perdurable domination relation. We can also connect that experience with supra-body that tags that social and historical contexts determine: body, *disabled body*, incarnates a *habitus* (Bourdieu, 1991) that expresses the daily incorporation of practical and

¹ Sociology teacher at Universidad Complutense in Madrid (UCM, Spain).

² Researcher at the National Council of Technical and Scientific Research - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, Argentina)

³ Researcher at UCM and consultant in the company InterSocial (Spain).

⁴ We use with caution that "stigma", as a negative consideration in its application to people with disabilities has been used by several authors. The concept (Goffman, 1986) translates in terms of a perceptive and psychological evaluation a reality that is mainly defined in its constitution by practical, cultural and collective evidences that determine a structural calification of the people with disabilities group (Oliver, 1990).

⁵ Cartesian mind/body dichotomy, establishes the modern transition, a scientific view of thinking categories that belong to our greek-jew-cristian heritage: there is a a soul and a body, a man and a god, en essence and an accidente, a matter and a form (or idea), a thought and an action, etc. In social sience, this tradition is deeply instaured: individual facing society, norms in opposition to, subjetive perception in front of observed evidence, static vs. dynamic, structure and change, etc. It's a hard to break «tradition».

symbolic reference patterns, that have marked the social path of his or her carrier; in other words, the habitus is a mediation device that invades the body and forces it to be the incarnation and expression of objective and subjective determinations of the environment where it lives. At the same time, that incarnated habitus is the expression of a collective history in which economical and ideological structures determine its expression possibilities: if it is the State defines the conditions on which symbolic violence takes place, the State is itself one of the several pieces of a given historic model of social organisation. An organisation model that, despite all the transformations it has suffered through time, keeps in its structure and functional ways some guiding lines or substantive goals that express the reasons of its existence: the market, the benefit logic, the priority of individual interests; this social and economical model is both economic and ideologic, capitalist society ruled by market and ruler of a liberal-individualistic ideology.

We can then consider that a group habitus exists, the disability habitus: it is a structured structure, it's a historical product through which the State establishes a *non legitimate* body conception defined by the medical field; and, as a structuring structure it determines the limits of what may and may not be thought and generates systematic practices and judgements. On that imposition, the group is tagged with the "socially excluded" identity (a tag that was not that clear in pre-capitalist traditional societies). And it happens that way because it is "functional" for the historical and social structure: the benefit logic demands "productive" labour force and "egotistic" individual consume; it's about permanent economical maximisation for competing individuals. Disabled people's exclusion, structured in that induced group habitus, eliminates "improductive excess": non profitable labour force, non competitive individuals (Oliver, 1990).

But habitus is not destiny, but a device of potential destinies: variations in a group habitus could be explained as *class paths*, therefore the way in which disability is lived will change according to individual biographies of each particular agent. As a consequence, disability habitus can only be thought in it's relation to the *health field* as a space for fight for the imposition of a *legitimate* and *non body* definition. It is then a historical and social product, as a result of a fight against other expert knowledge, that has its own logic and cannot be thought separated from the social space. And we refer to the health field, and not to the medical field, because the legitimate body, that is a healthy, beautiful body to be able to cope with a social life in nowadays capitalism, has broadened including not only the supply of health recovery goods, but also soul recovery products⁶. A dissolution is in fact a dissolution in the health field, in which is in a constant bid of *expert systems* where medical an scientific thinking develops orthodoxy (as it's been in the field for long and has accumulated global capital) but is in an always evolving state (Giddens, 1995). In the quest to impose a good living, a good way of perceiving life and the world, expert knowledge use science to impose truths and values, and that belief is established in the body (Bourdieu, 1990).

⁶ As an analogy with the religious field dissolution that P. Bourdieu (1990) formulates, a dissolution of the medical field is happening also in capitalist societies, as its abducted by the broader health field.

As a structured structure, the habitus is a “historically constituted and arbitrary form in the sense of Saussure and Mauss, whose social origin can be rebuilt.” (Bourdieu, 1999:227). In a capitalist society context, the State contributes to the production and reproduction of the habitus as owner of symbolic violence. The habitus is a structure that relies on rational schemes, therefore, in the same fatness cannot be thought without referring to thinness (Scribano, 2002), it is not possible to think about a disabled body without referring to the legitimate body (healthy-beautiful-good): the incorporation of perception schemes, feeling and action of disability as an opposition to ability, as a useless non healthy body opposed to a healthy useful body (as “illness”- bad- as opposition to health-good-), a *negative* evaluation of disability is acquired previous to conscience order. Capitalist society, as a result of its constitutional historic relative arbitrariness (beyond objective determination of the causes that provided its existence), is based on a *body kidnapping* (Scribano, 2002) and on *experience expropriation*. Then, after the incorporation of perception, thinking and action schemes, make a healthy body a normal body and an ill body and abnormal body, detaching an interiorisation process in the subject, in which “normality” (goodness, beauty, health, ability) is incorporated as nature and perceived as virtue.

In that scenario the health field is probably where attention should be focused, as it gathers all fields that define social structure and individual and group vital paths. The choice of considering the health field, broader than the medical field, is based on the idea that it is there where the appropriation of disability orthodoxy has happened, and this has happened as a result of the capitalist society historical evolution: medicine became the expert knowledge when the already mentioned economic-ideological exclusion occurred; disabled people were excluded from society’s central order and cornered in a progressive “internment”. Specialised reclusion and treatment were created as the symbolic imposition was the deviation from the standard (useful, beauty, goodness, independence), generating a “rectification” practice; in this new social order there was no place for a divine cause (sin or unfortunate fate) as the origin of disability, as religion declined while science raised. The cause of the deviation was in a physiological anomaly, and it could be clinically treated (with science and medicine).

Nowadays the structure is shifting: the health field is invaded by new agents that threaten its hegemony. The Independent living movement started in the United States in the 70s produced a shift towards the political field (civil rights); the British “social model”, anchored in university institutions and in sociology departments pushes the field ideologically in the same direction, but it adds a new expert knowledge in determining orthodoxies: Social Science can define legitimate patterns that can reconfigure the presuppositions that would articulate disability habitus (which is not the goal of this text). But the movement is slow and non homogenous: in Spain and Latin America, the main prescriptions based on the historical medical (nowadays health) model, impose the sense of a subject’s path. We are still linked to a subordinating logic, expressed in imposed lasting predispositions in the agents and in the structural framework that defines them.

But this is not a static scenario: the struggle for capital global accumulation is a dynamic process subject to constant global readjustments. In this dynamic

scenario, agents bring their habitus inherited schemes and predispositions up to date, and that process is a perturbing mechanism, as it schemes anticipate expectatives that may not correspond to the current field (inherited schemes are defined in relation to prior field situation); objective and subjective conditions converge in a permanent unstable equilibrium and habitus inheritance does not guarantee the survival of the first ones on detriment of the second ones (Bourdieu, 1988).

Subjective expectations and objective opportunities dialectic is everywhere in the social world. Although in a majority of cases it tends to adjust the first ones to the second ones, nevertheless, disruptions appear in which behaviours become “unreasonable” and “symptoms” emerge (Freud, 1998) that show that behind the apparent naturality of things conflicts and quarrels are hidden as permanent risk processes mature; everything that is evident and assumed until it is evident that it could be radically different.

In that rupture process framework and that habitus instability, the “functional diversity” concept (Romañach y Lobato, 2005; Palacios y Romañach, 2007; Romañach y Palacios, 2008) emerges to substitute “disability”. It is promoted from the disabled people group as a conceptual argument through which they establish their own right to decide who they are. To decide too that they are not what they have been defined to be: *dis*-abled people, people without abilities.

The alternative provided by the social model is not enough for people that are still anchored in the medical-rehabilitation model. And that happens because their main critic does not address the problems core, but is more visible manifestations: the oppression suffered by functionally diverse people would demand a political action that would pursue the abilities that have been denied from the medical-rehabilitation model; abilities on community life and decision process participation. That would imply a fight legal and citizenship rights that are currently denied and an active participation in mainstream social life.

Nevertheless, that would also imply a collective consciousness that would have to overcome differences that occur within the group, differences that are derived by the singular biological condition of the people that constitute the group. The group is too diverse. It is hard to imagine that deep affinities exist that would make a blind person share the same projects as another that has a quadriplegia, Down syndrome or cerebral palsy.

This obstacle is what gives sense to the functional diversity proposal; a “radical” proposal in the sense that it faces the root of the issue. And that root exceeds the specific disability field and anchors to general reference guides that characterise the societies in which we currently live. Advanced occidental societies are installed in the “diversity logic”: we are used to live and coexist with diversity; diverse races, cultures, beliefs, religions, ideologies, politics, social labour conditions, etc. “difference” is everywhere, our daily life is full of diversity.

Nevertheless, and this is the crucial part of our documentation, and that diversity guide, long term forces operate and install strong tendencies that lead to the homogeneous. We accept diversity within a limit: functional diversity does not adjust to the pertinent determinations of the legitimate diversity, because it questions the socially imposed “normality” standard. The task is then to make explicit the presuppositions on which that normal legitimation, as opposed to of

the pathological, has been constructed and has settled in our references schemes, and translated been a practical way in our behaviours when we face certain realities like the functional diversity.

Power relations need to produce and just made effects of truth, that reproduce themselves. Medical science provides a knowledge link between individual bodies and population regulation⁷. Body medicalisation has become a tool to control people, as scientific knowledge has become sacred in our society. Science is considered non questionable and a superior knowledge category in relation to intuitive or popular knowledge. Society's progressive rationalisation has imposed scientific practices in many human life issues, that have themselves provided rational surveillance on human populations.

According to the according to the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF: 2001), the disability concept is related to "activity limitation and participation restriction, derived from a health impairment that affect an individual in his or her daily life development within his or her physical and social environment"

Disability is defined then as a *limitation* or *restriction* to develop a "normal" life, as a consequence of an *impairment* related to health. Implicit notions on what is considered normal and what is not considered normal, on what is considered healthy and not, can be found in these definitions, that are far from being universal as they are related to what is considered normal both in a statistical view and in a moral view of what a society considers good and desirable.

Michel Foucault's (1992) development on power use of technology, divides them in body disciplines (anatomy-politics) and population regulations (biopolitics). Foucault proposes that biopolitics is a factor that allows the development of a State biological racism, that considers that there is a struggle in society between a race proposed as unique and true, detents power and possesses the norm, and those who are considered dangerous.

State power, in order to govern a society in demographic and industrialisation explosion, was forced to recognise the singular by a first power mechanism adaptation (discipline, surveillance, education), that happened between XVII a XVIII centuries, beginning in schools, hospitals and factories. New parallel powers to justice would turn into surveillance institutions, police, and, psychological, psychiatric, medial, criminological, pedagogical corrective institutions, starting a social orthopaedics, with a disciplinary social power as an opposition to the prior penal power (Foucault, 2000).

A the end of XVIIIth century, a second adaptation took place, and global and mass biological power techniques were added to individual body oriented power techniques. As a consequence new and complex coordination and centralisation institutions were created. Power took in charge of man as a living being through the stationalisation of the biological. This technology is not

⁷ The importance of the *incorporation* of domination logics and their inscription in functionally diverse people's bodies has already been addressed in Ferrante y Ferreira (2008): Bourdieu's notions like *habitus* and *social trajectories* complement Foucault's analysis and propose a domination view linked directly to daily processes as articulation mechanisms on subjective and individual and structural and institutional items, a unbreakable link between individual and collective body (Ferrante y Ferreira, *op. cit.*).

disciplinary, but does not exclude discipline, it modifies it and gets installed in it. Then, discipline governs humanity as it is made of individual bodies that can be surveyed, trained and punished. This new technology is called bio-politics and is addressed to multiple humans as they are part of a global mass with living processes (birth, death, reproduction, illness). Knowledge objects and control targets for the bio-politics. Therefore new statistical measures start to observe birth, mortality and longevity problems and population adopted procedures in relation to items such as natality (Foucault: 1992).

The *norm* or standard is the element that circulates from discipline to regulation is applied both to the body that must be disciplined and to the population that needs regulation. Pedagogical and hospital reformations express a rational requirement that pops up in politics, economy as “normalization” (Foucault, 1992:262). The term “normal” dropped to popular language and became natural inherited from pedagogical and health institutions, that were reformed in the French revolution period. Normal is the word used in XIXth century to designate scholar prototypes and organic health status (Canguilhem, 1970:185).

WHO's definition of ICF in 2001 is obviously a clear expression of bio-political techniques, as it tends to be universal and is oriented to grading and sorting disabilities in relation to their distance from an “optimal” health status. This optimal status indicates no “restrictions” in daily life in a determined physical and social environment defined by a supranational institution.

Orthodox definition apparatus (expert knowledge) defines a person's place in a medical scale: in the end, bodies are classified in a way that their health degree will determine the obstacles they will find in their daily life. According to Foucault, disability becomes a knowledge object, a control goal.

Hidden under a bio-psycho-sociology pretension, ICF supports the power of medical science as a legitimate definition discourse of a given object. That object is the body, the human body; the supposedly just classificatory goal is also regulator and potentially disciplinary. ICF's universality indicates power extent of an individual collective body that rules the full collective body.

ICF is that norm applied to a collective body, that rules organic health state, which is definition field of disabilities, even if now that rule is developed on functional or development bases in given place and time. The body is nevertheless classified by its “health state”, it is medicalised and put classified in hierarchy according to its functional abilities, and thus regulated by the expert knowledge that defines the standard, the norm⁸.

Facing the practical and theoretical critic to institutions that have assumed the task to adopt measures, becomes necessary. These institutions adopt practices and measures that follow implicit normative patterns about disability: they apply bio-politics technologies. It can then be denounced that ICF, sustains traditional normative patterns that link disability to medically defined body physiology. Patterns that are based in health conditions, health considered as normal state

⁸ Even if the ICF was approved in 2001, in Spain an *impairment* (minusvalía) certificate is needed for the official recognition of functional diversity. That certificate is issued in relation to a medical report: definition comes from the medical field and indicates a lower value referred to a biological norm. (minus-válido, semantically means *less-valid*)

imposed by norm as a universal classification criteria, as a result of medicine normative ability in the health field, a field that strongly contributes to discipline and regulate ideas in our society, contributing to configure our perception, thinking and action schemes.

Functional diversity discourse must incorporate the fight for a new social and demedicalised categorisation in social abilities as a part of an alternative to the actual normative order. This breaking point will facilitate functional diversity integration, as redefining human abilities in relation to social, political, and cultural normative criteria, will show evidence of the structural affinity of all group members, affinities that are hidden in the medical body norm or standard.

Once the dissociation of ability and health has been established, this conceptual rupture must be focused specifically in adopting a health concept that goes beyond medical science orthodoxy. Health must be assumed, above all, as a human experience of the body, questioning actual normative order. An order according to which, illness and pathology are defined as an opposition to a medical norm⁹.

These are the theoretical lines that we propose as a starting point to a new interpretation of disability that promotes a structural change in their existence: the construction of a “radical” sociological analysis of the issues, a scientific analysis with clear political pretensions. These political pretensions include as a central point questions related to “citizenship” and “gender”. We cannot go further in the subject here but we have included both topics in the title of this text as we think that this proposed line of critical theoretical development does not stop only in concepts and ideas, but it also implies a clear practical position on citizen rights demands. Rights that have been denied to disabled people to a great extent. It also has differentiation implications in gender issues, as being a disabled woman is a different reality to being a woman and not being disabled and being disabled and not being a woman; and that is strongly conditioned by habitus and bio-political norms that regulate legitimate body. Citizenship and gender are two priority battle fields for this theoretical critical sociology of disability.

Bibliography

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

Bourdieu, P (1990): *Sociología y Cultura*, Grijalbo, Madrid.

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

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

⁹ Canguilhem (1970:102), proposes a way to consider pathological as normal: defining normal and abnormal by reference to relative statistical frequency. Then, a perfect continuous health becomes abnormal. The word health has two meanings. In absolute, health is a normative descriptive concept that defines ideal organic behaviour. It is also a descriptive concept. Continuously perfect health is abnormal as living experience includes illness. Abnormal means, non existent, non observable. Continuous health is a norm that does not exist. In that sense, abusive is not abnormal. Illness, pathology and abnormality must be distinguished.

- Canguilhem G. (1970): *Lo normal y lo patológico*, s.XXI, Argentina editores, Buenos Aires.
- Ferrante, C. y Ferreira M. A. V. (2008): *Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad*, Revista Argentina de Sociología (en prensa). Disponible on-line:
http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf
- Foucault M (1992):, *Genealogía del racismo*, La Piqueta, Madrid, 1992.
- Foucault M. (2000): *Vigilar y castigar*, s. XXI, Madrid.
- Freud, S. (1998): *La interpretación de los sueños* (Obras Completas, vols. 4 y 5), Amorrortu, Buenos Aires.
- Giddens, A. (1995): *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época cont*, Península, Barcelona.
- Goffman, E. (1986): *Estigma, la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Oliver, M. (1990): *The Politics of Disablement*, The MacMillan Press, London.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health*, disponible on-line:
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Palacios, A. y Romañach, J. (2007): *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Diversitas, Madrid. Disponible on-line:
<http://turan.uc3m.es/uc3m/inst/BC/documents/Modelodiversidad.pdf>
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005): "Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano", *Foro de Vida Independiente*; disponible on-line:
http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/pdf/diversidad_funcional.pdf
- Romañach, J. y Palacios, A. (2008): "El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad)", *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico* 2 (2). Disponible en <http://www.intersticios.es>
- Scribano, A. (2002): "¿Brujos o especialistas?: de gurúes, sociedad y conocimiento", en *De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía*, Edit. Copiar, Córdoba, pp. 47-52.

UN NUEVO MARCO TEÓRICO-SOCIOLÓGICO PARA LA INTERPRETACIÓN DE LA DISCAPACIDAD: TEORÍA CRÍTICA, CIUDADANÍA Y GÉNERO

Miguel A. V. Ferreira¹⁰
Carolina Ferrante¹¹
Eduardo Díaz Velázquez¹²

Tomamos como un punto de partida para nuestro análisis el *cuerpo*. Si consideramos que “todas las manipulaciones simbólicas de la experiencia corporal, empezando por los desplazamientos en un espacio simbólicamente estructurado, tienden a imponer la integración del espacio corporal, el espacio cósmico y del espacio social, pensando según las mismas categorías” (Bourdieu, 1991: 131), se puede pensar que la ausencia en el espacio público de un gran número de personas con discapacidad daría cuenta de un cuerpo socialmente descalificado, encarnación del estigma o del rechazo¹³. Parecería que la posesión de un cuerpo *no legítimo* conduciría a una desposesión de capital simbólico en términos generales ya que hay que tomar en consideración, además, que las experiencias de poseer un *cuerpo discapacitado* variarán para sus poseedores de acuerdo a las trayectorias sociales.

¿Es posible suponer que el cuerpo *vivido*, en el mundo capitalista, es experimentado homológicamente a partir de la inculcación del Estado de unos esquemas de percepción que se guían por las categorías impuestas mediante el lenguaje en tercera persona, lenguaje de la medicina tradicional de occidente (portadora de la ortodoxia del campo de la salud)? ¿no será que las taxonomías, propias de ese lenguaje, ancladas en la oposición normal/ patológico se traducen en pautas que anudan, a su vez, lo estético (oposición bello/ feo) y lo ético (oposición bueno/ malo)? Y en añadidura, ¿no será que tal imposición encuentra un doble plano de manifestación: el del cuerpo singular dicotomizado, cuya voz naufraga entre las prescripciones, prácticas y simbólicas, y el del cuerpo colectivo, que en extensión proyecta sobre las experiencias singulares estructuras históricas, económicas y societales?

Con ello, tratamos de evitar caer presa del dualismo cartesiano¹⁴ para poder ver en el cuerpo, y en lo que tiene de más hondo, las emociones, la clave del

¹⁰ Profesor de Sociología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM, España).

¹¹ Investigadora del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET, Argentina)

¹² Investigador de la UCM y consultor de la empresa InterSocial (España).

¹³ Utilizamos con no pocas reservas el concepto de “estigma” dada la negativa consideración que de su aplicación a las personas con discapacidad han hecho algunos autores: el concepto (Goffman, 1986) traduce en términos de mera evaluación perceptiva, psicológica, una realidad que en su constitución está eminentemente definida por evidencias prácticas, culturales y colectivas que determinan una calificación estructural del colectivo de las personas con discapacidad (Oliver, 1990).

¹⁴ La dicotomía cuerpo/ mente, de filiación cartesiana, marca la transición “moderna”, lectura en clave científica, de las categorías de pensamiento propias de nuestra herencia cultural greco-judeo-cristiana: hay un cuerpo y un alma, un hombre y un dios, una esencia y un accidente,

establecimiento de una relación de dominación duradera. Y además, podremos conectar esa experiencia con las marcas supra-corporales que los contextos socio-históricos determinan en ella: el cuerpo, el *cuerpo de la discapacidad*, encarna un *habitus* (Bourdieu, 1991) que expresa cotidianamente la incorporación de los patrones de referencia, tanto simbólicos como prácticos, que han marcado la trayectoria social de su portador o portadora; o dicho de otra manera, el *habitus* es un dispositivo de mediación que, atravesando al cuerpo, lo fuerza a ser expresión encarnada de las determinaciones tanto objetivas como subjetivas del campo en el que se desenvuelve. Pero, a su vez, ese *habitus* encarnado es expresión de una historia colectiva en la que las estructuras económicas e ideológicas determinan las condiciones de posibilidad para su expresión: si es el Estado el que, en gran medida, sanciona con sus prescripciones las condiciones en las que se ejerce la violencia simbólica, a su vez, como institución, el propio Estado no es sino uno de los múltiples engranajes de un determinado modelo histórico de organización colectiva. Un modelo de organización en el que, pese a todas las transformaciones que se han dado desde sus orígenes, mantiene en su estructura y funcionamiento ciertos ejes rectores o determinantes objetivos que expresan su razón de ser: el mercado, la lógica del beneficio, la primacía del interés individual; este modelo socio-histórico es un modelo económico e ideológico, la sociedad capitalista de mercado regulada por, pero también reguladora de, la ideología liberal-individualista.

Podemos considerar, entonces, que se produce un *habitus* de grupo, el *habitus de la discapacidad*: como estructura estructurada, es un producto histórico a través del cual el Estado inculca la concepción del cuerpo *no legítimo* definida por el campo médico; y como estructura estructurante determina el límite de lo pensable y lo no pensable y genera unas prácticas y unos juicios sistemáticos. Sobre esa imposición, el colectivo queda marcado con las señas de la “exclusión social” (marca que no era tan evidente, al menos, en las sociedades tradicionales pre-capitalistas); y ello es así porque resulta “funcional” para la estructura socio-histórica: la lógica del beneficio demanda fuerza de trabajo “productiva” y consumo (individual) “egoísta”; se trata de la permanente maximización económica de individuos en competencia. La exclusión de las personas con discapacidad, articulada en torno a ese *habitus* de grupo inducido, elimina “excedentes improductivos”: mano de obra poco rentable, individuos poco competitivos (Oliver, 1990).

Ahora bien, el *habitus* no es un destino sino un dispositivo de potenciales destinos: las variaciones en tal *habitus* de grupo podrían ser explicadas como variaciones en las *trayectorias de clase*; es por esto que los modos de vivir la discapacidad variarán de acuerdo a las singularidades de la biografía de cada agente en particular. En consecuencia, el *habitus* de la discapacidad sólo puede ser pensado en relación con el *campo de la salud* como espacio de lucha por la imposición de la definición del *cuerpo legítimo* y el *cuerpo no*

una materia y una forma (o idea), un pensamiento y un acto, etc., etc., etc. En ciencias sociales, como no podía ser menos, esa tradición secular ha tenido una profunda implantación: el individuo frente a la sociedad, las normas en oposición a la acción, el sentido subjetivo frente a la evidencia observable, la estática y la dinámica, la estructura y el cambio, etc., etc., etc. Es toda una «tradición» cuya quiebra no resulta sencilla.

legítimo, por lo cual es un producto social e histórico, resultado de la lucha entablada con otros saberes expertos, que si bien no puede ser pensado de modo separado del espacio social, posee una lógica propia. Y decimos campo de la salud, y no campo médico, dado que la definición del cuerpo legítimo, es decir, el cuerpo saludable, sano y bello necesario para desenvolverse en la vida social, en el capitalismo actual, se ha ampliado incluyendo en él no sólo la oferta de bienes de curación del cuerpo sino también de almas¹⁵. Lo que se da, de hecho, es una disolución del campo de la salud en la que los límites de la oferta de bienes de tratamiento de la enfermedad se encuentra en constante puja entre *sistemas de expertos* y en donde el pensamiento médico-científico desarrolla el rol de ortodoxia (por su antigüedad en el campo y su acumulación de capital global), pero que se encuentra en estado permanente de cambio (Giddens, 1995). En la lucha por la imposición de la buena manera de vivir y de ver la vida y el mundo, los saberes expertos se amparan en la ciencia para imponer verdades y valores, y esta creencia se establece por el cuerpo (Bourdieu, 1990).

En tanto estructura estructurada, el habitus es una “forma históricamente constituida, arbitraria, en el sentido de Saussure y Mauss, cuya génesis social puede reconstruirse” (Bourdieu, 1999:227). Así, en el contexto de una sociedad capitalista, el Estado, como detentador de la violencia simbólica, contribuye a la producción y reproducción de los habitus. El habitus es una estructura articulada sobre esquemas relacionales, por ello, así como no se puede pensar lo gordo sin referencia a lo flaco (Scribano, 2002), no es posible pensar al cuerpo discapacitado si no es en función del cuerpo legítimo (sano-bello-bueno): a partir de la incorporación en los esquemas de percepción, sentimiento y acción de la discapacidad como una oposición a la capacidad, como cuerpo enfermo inútil por oposición al cuerpo sano útil (como “enfermedad” —mala— por oposición a salud —buena—), se adquiere antes de todo orden conciente una valoración *negativa* de la discapacidad. La sociedad capitalista, como resultado de la relativa arbitrariedad histórica de su constitución (esto es, más allá de las determinaciones objetivas que “causalmente” han propiciado su aparición), se basa en un *secuestro corporal* (Scribano, 2002) y en la *expropiación experiencial*, con lo que, a partir de la incorporación de esquemas de percepción, pensamiento y acción que hacen que un cuerpo sano sea percibido como un cuerpo normal y un cuerpo enfermo como anormal, se da un proceso de interiorización en los sujetos según el cual la “normalidad” (bondad, belleza, salud, capacidad) es incorporada como naturaleza devenida virtud.

Pero reiteremos, en este mapa en el que el campo de la salud sea, probablemente, el terreno en disputa en el que debemos centrar nuestra atención, se conjugan la totalidad de campos que definen la estructura social, en su conjunto, en la que se trazan las trayectorias vitales de los grupos y los sujetos singulares. La pertinencia de considerar el campo de la salud, como ampliación del campo médico originario, se deriva de que ha sido en él donde se ha producido la apropiación de la ortodoxia respecto a la discapacidad, y

¹⁵ En analogía con la disolución del campo religioso que formula P. Bourdieu (1990), podemos considerar que en las sociedades capitalistas avanzadas se da una disolución del campo médico, que queda subsumido en la esfera más amplia del campo de la salud.

ello ha sido así como resultado de la evolución histórica de la sociedad capitalista: la medicina se erigió como saber experto respecto de la discapacidad tras operarse el mecanismo de exclusión económico-ideológica que mencionábamos; las personas con discapacidad, apartadas del discurrir central del orden social, fueron sometidas a un progresivo proceso de “internamiento”. Se crearon instituciones especializadas de reclusión y tratamiento; puesto que la imposición simbólica era la de desviación respecto de la norma (de utilidad, de belleza, de bondad, de independencia), se generó la práctica de la “rectificación”; en el nuevo orden social ya no tenía cabida la asunción de una causa divina (el pecado o un destino desgraciado) como origen de la discapacidad, pues el declive de lo religioso daba paso al auge de lo científico. El origen de la desviación estaba en una anomalía fisiológica, y ésta podía ser tratada clínicamente (esto es, científicamente; esto es, médicamente).

A fecha actual se está produciendo un desplazamiento en la estructura: el campo de la salud es “invadido” por nuevos agentes que amenazan su hegemonía. El movimiento por una Vida Independiente iniciado en EEUU en los años 70 está desplazando desde entonces el terreno de la disputa hacia el campo de la política (los derechos civiles); el “modelo social” británico, afincado en la institución universitaria y en los departamentos de sociología pugna en el mismo sentido ideológicamente, pero, además, incorpora en la disputa un nuevo saber experto en condiciones de dictaminar ortodoxias: la Ciencia Social está en disposición de definir patrones legítimos con los que reconfigurar las presuposiciones que articularían el habitus de la discapacidad (no es sino ésta nuestra intención con el presente trabajo). Pero ese desplazamiento es lento e irregular: en España y América Latina, todavía, las prescripciones preponderantes siguen el patrón de ese modelo histórico en el que la medicina (hoy, ampliadamente, la salud) dictamina el sentido de las trayectorias de los sujetos. Todavía estamos vinculados a la lógica de la subordinación (expresada en la inculcación de predisposiciones duraderas en los agentes tanto como en la configuración del marco estructural que las define).

Pero no todo está dado de antemano: la competencia por la acumulación global de capitales, en cualquier campo en disputa, es un proceso dinámico sometido a constantes reajustes y a reestructuraciones de conjunto. En esa dinámica dialéctica, los agentes actualizan los esquemas y predisposiciones heredados a través del habitus, pero esa actualización es a su vez un mecanismo perturbador, pues sus esquemas adelantan expectativas que pueden no corresponderse con el estado actual del campo en cuestión (los esquemas heredados se definen en función de la situación anterior del campo); condiciones objetivas y expectativas subjetivas confluyen siempre en un permanente estado de equilibrio inestable y la herencia del habitus no garantiza, en ningún modo, el mantenimiento de las primeras a costa de las segundas (Bourdieu, 1988).

La dialéctica de las expectativas subjetivas y de las oportunidades objetivas opera por doquier en el mundo social y, si bien en la mayoría de los casos tiende a asegurar el ajuste de las primeras a las segundas, sin embargo, surgen los desfases, en los cuales las conductas se vuelven “sin razón”, emergen los “síntomas” (Freud, 1998) que evidencian que tras la aparente naturalidad de las cosas se encierran conflictos y pugnas que son cristalización

de procesos en permanente riesgo de catástrofe; todo lo evidente es evidentemente asumido como tal hasta que se hace evidente que podría ser radicalmente distinto a como es.

En el marco de ese proceso de ruptura y de esa inestabilidad de los habitus ha surgido, en España el concepto de “diversidad funcional” (Romañach y Lobato, 2005; Palacios y Romañach, 2007; Romañach y Palacios, 2008) para sustituir al de “discapacidad”. Ha sido promovido por el propio colectivo de personas con discapacidad como el argumento conceptual con el que esgrimen su derecho a decidir quienes son por sí mismos/as. A decidir, en primer lugar, no ser lo que el calificativo que se les atribuye pretende denotar, *dis*-capacitados, personas sin capacidad o capacidades.

Todavía instalados en una práctica generalizada que sigue las definiciones propias del modelo médico-rehabilitador, para algunas personas, la alternativa que plantea el modelo social es insuficiente. Y lo es porque los ejes de su crítica no atacan la raíz del problema, sino simplemente sus manifestaciones más visibles: la condición oprimida de las personas con diversidad funcional reclamaría un activismo político orientado al reconocimiento de las capacidades que se les niegan desde el modelo médico-rehabilitador; capacidades de decisión y participación en la vida colectiva. Esto implicaría una lucha por el reconocimiento de los derechos legales y de ciudadanía de los que actualmente carecen y una participación activa en el discurrir general de la vida social.

Ahora bien, ello implicaría una toma de conciencia colectiva que tendría que superar las diferencias y variedades que se dan dentro del colectivo, diferencias derivadas de la singular condición de las personas que lo componen en virtud de la particular constitución biológica que las caracteriza. El “saco” es demasiado variopinto. Es difícil concebir que existan afinidades de fondo que permitan que una persona que no tiene visión comparta los mismos proyectos transformadores de vida que otra que tiene tetraplejia o bien síndrome de Downn o parálisis cerebral.

Este óbice es el que da sentido a la propuesta de la diversidad funcional; una propuesta “radical” en el sentido de que pretende ir a la raíz de la cuestión. Y la raíz excede el ámbito específico de la discapacidad y se inscribe en las pautas de referencia generales que caracterizan al tipo de sociedades en las que vivimos. Las sociedades occidentales avanzadas se han instalado en la “lógica de la diversidad”: nos hemos acostumbrado a vivir y convivir con lo diverso; diversidad de etnias, de culturas, de credos religiosos, de ideologías políticas, de condiciones socio-laborales coexisten en ellas; lo “diferente” es lo habitual, lo heterogéneo es lo cotidiano.

Sin embargo, y aquí radica un punto crucial de nuestra argumentación, bajo esa pauta diversificadora operan fuerzas de largo alcance que instalan fuertes tendencias homogeneizadoras. Diversidad sí, pero dentro de un límite: la diversidad funcional, no se ajusta a las determinaciones pertinentes en torno lo diverso legítimo; y no lo hace porque pone en cuestión los cánones de “normalidad” socialmente impuestos. La tarea, entonces, consiste en hacer explícitos los presupuestos sobre los que dicha legitimación de lo normal, por oposición a lo patológico, se ha construido, afianzado y consolidado en nuestros esquemas de referencia y, con ello, se ha traducido de manera

práctica en nuestros comportamientos frente a ciertas realidades, dentro de las cuales se encontraría la de la diversidad funcional.

Las relaciones de poder necesitan producir y transmitir efectos de verdad que, a su vez, las reproducen. La ciencia médica constituye el enlace, en el nivel del saber, entre la disciplina de los cuerpos individuales y la regulación de las poblaciones¹⁶. Así, la medicalización de los cuerpos se ha convertido en una de las herramientas utilizadas para el control de las personas. A este respecto hay que recordar, también, el carácter sagrado que tiene, en nuestra sociedad, el conocimiento científico, cuyos saberes son admitidos como algo incuestionable y de una categoría superior a los saberes más intuitivos o populares. La progresiva racionalización de la sociedad se ha servido de la imposición de prácticas científicas en muchos aspectos de la vida humana, que han servido para el desarrollo y difusión de la vigilancia racional sobre las poblaciones humanas.

Según la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (la CIF: OMS, 2001) el concepto de discapacidad remite a las "limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social".

El concepto de discapacidad se define, por tanto, como *limitación y restricción* para llevar a cabo una vida "normal" en virtud de una *deficiencia* en el orden de lo comúnmente entendido como *salud*. Implícitas están, como puede observarse, nuestras nociones acerca de lo que es normal y lo que no lo es, de lo que es saludable y lo que no lo es, definiciones que distan mucho de ser algo universal y dado, sino que más bien guardan relación con lo considerado como normal según cuestiones tanto del orden de lo estadístico como del orden de los juicios de valor, es decir, de lo que una sociedad estima como bueno y deseable.

El análisis desarrollado por Michel Foucault (1992) acerca de las tecnologías utilizadas por el poder, divide a éstas en disciplinas del cuerpo (anatómo-política) y regulaciones de la población (bio-política). Según este autor, la aparición de la *biopolítica* es uno de los factores que hace posible el surgimiento un racismo de Estado de corte biológico que considera que en la sociedad existe un combate entre una raza propuesta como verdadera y única que detenta el poder y es titular de la norma, y los que constituyen un peligro.

El poder estatal, para gobernar una sociedad en fase de explosión demográfica e industrialización tuvo que, en primer lugar, reconocer lo particular mediante una primera adaptación de los mecanismos de poder (disciplina, vigilancia, adiestramiento), que surge entre el siglo XVII y XVIII, al principio en instituciones como la escuela, el hospital, el cuartel o la fábrica. Nuevos

¹⁶ La importancia de la *incorporación* de las lógicas de dominación, su inscripción en los mismos cuerpos de las personas con diversidad funcional, ha sido analizada en Ferrante y Ferreira (2008): las nociones bourdieanas de *habitus* y de *trayectoria social*, complementan el análisis foucaultiano al proponer una visión de la dominación anclada directamente en los procesos cotidianos, como procesos articulatorios de lo propiamente individual y subjetivo y lo estructural e institucional (conexión indisoluble, en términos prácticos, entre el cuerpo individual y el cuerpo colectivo) (Ferrante y Ferreira, *op. cit.*).

poderes laterales a la justicia cristalizarían en instituciones de vigilancia — como la policía— y de corrección —psicológicas, psiquiátricas, criminológicas, médicas, y pedagógicas— dando paso así a la edad de la ortopedia social, con un tipo de poder —disciplinario— que se opone al de sociedades anteriores —penal— (Foucault, 2000).

Hacia finales del siglo XVIII tuvo lugar una segunda adaptación, y a las técnicas de poder centradas en el cuerpo individual que constituyen la tecnología disciplinaria se sumarían otro tipo de técnicas de una calidad distinta, esta vez dirigida hacia los fenómenos globales de población o procesos biológicos de las masas humanas, cuya implantación implicará la creación de complejos órganos de coordinación y centralización. El poder, mediante la estatalización de lo biológico, comienza a hacerse cargo del hombre en tanto que ser viviente. Este tipo de tecnología no es disciplinaria, pero no excluye lo disciplinario, sino que lo modifica y se instala en ello. Así, la disciplina procura regir la multiplicidad de los hombres en tanto que está formada por cuerpos individuales a los que se puede vigilar, adiestrar y castigar. La nueva tecnología, que se puede nombrar con el término de bio-política, se dirige a la multiplicidad de los hombres en la medida en que constituye una masa global, recubierta por procesos específicos de la vida (nacimiento, muerte, reproducción, enfermedad). Objetos de saber y objetivos de control de la bio-política serán, por tanto, los problemas de natalidad, mortalidad y longevidad, poniéndose en marcha las primeras medidas estadísticas para observar los procedimientos adoptados por la población en relación a fenómenos como la natalidad (Foucault: 1992).

La *norma* es el elemento que circula de lo disciplinario a lo regulador, que se aplica tanto al cuerpo que se quiere disciplinar como a la población que se quiere regularizar. Así, es posible hablar de una *sociedad de la normalización*, sociedad en la que se entrecruzan la norma de la disciplina y la de la regulación. La reforma hospitalaria y la pedagógica expresan una exigencia de racionalización que aparece en política, economía, y que luego se ha llamado "normalización" (Foucault, 1992:262). El término "normal" pasó a la lengua popular y se naturalizó en ella a partir de los vocabularios específicos de la institución pedagógica y de la sanitaria, cuyas reformas coinciden con la revolución francesa. Normal es el término mediante el cual el siglo XIX va a designar el prototipo escolar y el estado de salud orgánica (Canguilhem, 1970:185).

Resulta evidente que la CIF promulgada por la OMS en 2001, en tanto que se trata de una clasificación que se pretende universalista, que se orienta a la ordenación y gradación de las discapacidades en cuanto a su mayor o menor proximidad a un cierto estado de salud "óptimo", siendo este óptimo aquel que no supone "restricciones" en desenvolvimiento de la vida cotidiana en un cierto entorno físico y social, y que proviene de una instancia política de carácter supranacional, supone una clara expresión de tecnología bio-política. El aparato ortodoxo de definición (saber experto) que dictamina el lugar ocupado por una persona dentro de la escala es la Medicina: lo que se clasifica, en definitiva, son los cuerpos, cuerpos que en virtud de su mayor o menor grado de salud harán que sus poseedores encuentren más o menos dificultades para el

desenvolvimiento cotidiano. La discapacidad se constituye en objeto de saber y objetivo de control, según la nomenclatura foucaultiana.

Por debajo de la pretensión bio-psico-sociológica, la CIF mantiene la preeminencia de la ciencia médica como discurso legítimo de la definición de un objeto dado. El objeto es el cuerpo, el cuerpo humano; y el objetivo, presuntamente clasificatorio, es efectivamente regulatorio y potencialmente disciplinario. La universalidad de la CIF lo que indica es esa extensión del poder desde el cuerpo individual al cuerpo colectivo, al conjunto total del cuerpo colectivo.

La CIF no es sino esa *norma* aplicada al cuerpo colectivo, la que dictamina ese estado de salud orgánico que es el presupuesto definitorio de la discapacidad, pues aunque ésta se haga ahora depender de las posibilidades de funcionamiento, de desenvolvimiento, en un entorno dado, dicho funcionamiento lo es de un cuerpo clasificado por su "estado de salud", un cuerpo medicalizado, jerarquizado en sus capacidades funcionales, y por tanto regulado por el dictamen experto que erige la norma.¹⁷

Es necesario afrontar la tarea, práctica y teórica, de una crítica a las instancias cuyos discursos y prácticas han asumido la tarea, por delegación, de tomar medidas (puesto que las medidas miden aquello sobre lo que actúan según los patrones normativos implícitos en nuestros presupuestos acerca de dichas capacidades: aplican tecnologías bio-políticas). Y así se puede denunciar como la CIF, bajo una retórica pluridisciplinar, universalista y positiva, mantiene incuestionados los presupuestos normativos tradicionales, aquellos que anudan la capacidad a una condición fisiológica del cuerpo definida médicamente en virtud de un cierto sentido de salud, la salud como estado normal y normativamente impuesto como criterio clasificatorio, y de carácter universal. Pues resulta que la capacidad normativa de la medicina, del campo de la salud, es uno de los ámbitos que más poderosamente contribuyen, en el tipo de sociedades de los que somos miembros, a disciplinar y regular nuestras prácticas y nuestras ideas, a configurar, predeterminándolos, nuestros esquemas de percepción, pensamiento y acción.

El discurso de la diversidad funcional ha de incorporar en su construcción conceptual de la discapacidad, y entendido como la reclamación de un orden normativo alternativo al vigente, la exigencia de una categorización de las capacidades, sociales, de los seres humanos, desmedicalizada e inscrita en las demandas socialmente impuestas. Esa ruptura es la que propiciará la integración de la propia diversidad, interna, que caracteriza al colectivo de las personas con diversidad funcional, dado que la redefinición de las capacidades y discapacidades humanas según criterios normativos sociológicos, políticos y culturales haría evidentes las afinidades estructurales que todos los integrantes

¹⁷ Pese a la formulación de la CIF, todavía a fecha actual el reconocimiento oficial de la posesión de una diversidad funcional en España implica la obtención de un certificado de *minusvalía* emitido en función de un dictamen médico: la definición proviene del campo de la medicina y sigue implicando un *minus* respecto de una cierta norma biológica.

del colectivo poseen, afinidades que la medicalización normalizadora de sus cuerpos oculta.

Por lo tanto, esta ruptura conceptual ha de enfocarse, específicamente, una vez disociadas capacidad y salud y cuestionada su legitimidad normativa, a la apropiación del sentido de la salud más allá de los dictámenes del discurso ortodoxo de la ciencia médica: la salud debe ser asumida, ante todo, como una experiencia humana del propio cuerpo. Se trata, a su vez, de poner en cuestión el orden normativo vigente, según el cual la enfermedad y la patología se definen por oposición a una norma médica¹⁸.

Estas son las líneas teóricas que proponemos como punto de partida para una interpretación de la discapacidad que promueva un cambio estructural en la existencia de las personas que la poseen: se trata de la construcción de un análisis sociológico "radical" del fenómeno, un análisis científico con claras pretensiones políticas. Entre esas pretensiones políticas se encuentran, en un lugar central, cuestiones que tienen que ver con la "ciudadanía" y el "género". No podemos extendernos aquí en la materia pero hemos querido incluir ambos conceptos en el título de este trabajo porque creemos que esta línea de desarrollo teórico crítico que proponemos, lejos de quedarse en el puro terreno de los conceptos y las ideas, implica una clara toma de posición práctica, y en esa toma de posición, la reclamación de derechos ciudadanos (hasta la fecha negados a las personas con discapacidad en gran medida) y las evidentes implicaciones diferenciales de las medidas a adoptar en función del género (pues tener una discapacidad y, además, ser mujer, es una realidad completamente distinta tanto a la de ser mujer y no tener discapacidad, como a la de tener discapacidad y no ser mujer; y ello está fuertemente atravesado por los habitus y las normas bio-políticas de regulación del cuerpo legítimo). Ciudadanía y género son dos campos de batalla prioritarios para esta teoría sociológica crítica de la discapacidad.

Bibliografía:

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

Bourdieu, P (1990): *Sociología y Cultura*, Grijalbo, Madrid.

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

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

¹⁸ Para Canguilhem (1970:102), existe un modo de considerar a lo patológico como normal: definiendo a lo normal y a lo anormal por la frecuencia estadística relativa. Se puede decir que una salud perfecta continua es un hecho anormal. La palabra salud tiene dos sentidos. Tomada en absoluto, es un concepto normativo que define un tipo ideal de comportamiento orgánico. También es un concepto descriptivo. La salud continuamente perfecta es anormal, pues la experiencia del ser vivo incluye a la enfermedad. Anormal quiere decir inexistente, inobservable. La salud continua es una normal y esa norma no existe. En este sentido, lo abusivo no es anormal. Hay que distinguir entre enfermo, patológico y anormal.

- Canguilhem G. (1970): *Lo normal y lo patológico*, s.XXI, Argentina editores, Buenos Aires.
- Ferrante, C. y Ferreira M. A. V. (2008): *Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad*, Revista Argentina de Sociología (en prensa). Disponible on-line:
http://www.um.es/discatif/PROYECTO_DISCATIF/Documentos/Ferrante_Ferreira.pdf
- Foucault M (1992):, *Genealogía del racismo*, La Piqueta, Madrid, 1992.
- Foucault M. (2000): *Vigilar y castigar*, s. XXI, Madrid.
- Freud, S. (1998): *La interpretación de los sueños* (Obras Completas, vols. 4 y 5), Amorrortu, Buenos Aires.
- Giddens, A. (1995): *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época cont*, Península, Barcelona.
- Goffman, E. (1986): *Estigma, la identidad deteriorada*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Oliver, M. (1990): *The Politics of Disablement*, The MacMillan Press, London.
- Organización Mundial de la Salud (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health*, disponible on-line:
<http://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Palacios, A. y Romañach, J. (2007): *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Diversitas, Madrid. Disponible on-line:
<http://turan.uc3m.es/uc3m/inst/BC/documents/Modelodiversidad.pdf>
- Romañach, J. y Lobato, M. (2005): "Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano", *Foro de Vida Independiente*; disponible on-line:
http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/pdf/diversidad_funcional.pdf
- Romañach, J. y Palacios, A. (2008): "El modelo de la diversidad: una nueva visión de la bioética desde la perspectiva de las personas con diversidad funcional (discapacidad)", *Intersticios: revista sociológica de pensamiento crítico* 2 (2). Disponible en <http://www.intersticios.es>
- Scribano, A. (2002): "¿Brujos o especialistas?: de gurúes, sociedad y conocimiento", en *De Gurúes, profetas e ingenieros. Ensayos de Sociología y Filosofía*, Edit. Copiar, Córdoba, pp. 47-52.