

OPINIONES, DEBATES Y CONTROVERSIAS

Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad

Conceptual referents to the understanding of disability

Olga Luz Peñas-Felizzola¹

Recibido: 21/12/2012 / Aceptado: 18/05/2013

¹ Terapeuta ocupacional, especialista en Análisis de políticas públicas y magíster en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia; candidata a Doctora en Estudios políticos, de la Universidad Externado de Colombia. Profesora asociada del Departamento de la Ocupación Humana, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de investigación Ocupación e inclusión social.

Correspondencia: olpenasf@unal.edu.co

| Resumen |

El presente trabajo se enfoca en explicar los principales referentes conceptuales que se han construido en torno a la discapacidad, según lo expuesto en la literatura nacional e internacional especializada en tal tema. Para cada uno de los cinco modelos: de caridad, médico, social, relacional y universalizante, se describen sus principales características, limitantes y respuestas frente al manejo de la discapacidad. También se muestra un panorama estadístico general de la discapacidad en el mundo y se da cuenta de las implicaciones de adoptar una u otra posición conceptual. Entre los aspectos más destacados del análisis de los modelos conceptuales están: cada uno de ellos coexiste actualmente, pues el surgimiento de uno no implica la supresión de los anteriores, sino su reconceptualización; la mayoría de ellos plantea que las condiciones de salud del individuo pueden derivar en situaciones discapacitantes; las definiciones de discapacidad de tipo relacional se basan en fundamentos sociológicos y de las teorías políticas, mientras que aquellas centradas en el individuo, por lo general son producto de categorizaciones médicas; todos los modelos mencionan al contexto social como condicionante de la discapacidad, pero resulta ser el aspecto menos especificado; aunque actualmente hay más aceptación frente a la importancia del ambiente, no hay acuerdo frente a su rol específico como factor determinante de discapacidad; cada uno de los enfoques enfatiza en una dimensión particular de la discapacidad, por lo cual no se pueden plantear como categorías excluyentes.

Palabras clave: personas con discapacidad, Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud; evaluación de la discapacidad (DeCS).

Peñas-Felizzola OL. Referentes conceptuales para la comprensión de la discapacidad. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 205-212.

Summary

This paper focuses on explaining the main conceptual referents that have been built around the disability, as outlined in the national and international literature on this specialized topic. For each of the five models of charity, medical, social, relational and universalizing, describes its main characteristics, constraints and responses to disability management. Also shown is a general statistical overview of disability in the world and realize the implications of adopting one or another conceptual position.

Among the highlights of the analysis of the conceptual models are: each currently coexist, since the emergence of one does not involve the removal of the above, but its reconceptualization, most of them states that the health conditions of the individual can result in disabling situations; disability definitions of relational foundations are based on sociological and political theories, while those focusing on the individual, usually result from medical categorizations, all models mentioned social context as a condition of disability, but turns out to be the most poorly specified aspect, although there are now more acceptance to the importance of the environment, there is no agreement against its specific role as a determinant of disability, each one approach emphasizes a particular dimension of disability and therefore cannot be implemented as exclusive categories.

Key words: disabled persons, International Classification of Functioning, Disability and Health, disability evaluation (MeSH).

Peñas-Felizzola OL. Conceptual referents to the understanding of disability. Rev. Fac. Med. 2013; 61: 205-212.

Antecedentes

Las dimensiones de la discapacidad

En América Latina, para inicios del segundo milenio, había cerca de 85 millones de personas en situación de discapacidad, caracterizadas por condiciones de pobreza extrema, altos niveles de desempleo y exclusión del acceso a servicios básicos, lo que perpetúa en ellos el círculo vicioso de la pobreza (1). Recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó el primer reporte mundial de discapacidad (2), el cual detectó una creciente prevalencia de ésta, principalmente en los países de menores ingresos: en los años setenta equivalía al 10% de la población mundial; finalizando los noventa se estimaba en el 12%. El reporte mundial de discapacidad 2011 calculó la prevalencia de discapacidad en el 15%: más de mil millones de personas (2,3). Algunas de las cifras consignadas en dicho informe se resumen en la tabla 1.

Tabla 1. Prevalencia de la discapacidad en algunos países.

País	Año	Prevalencia nacional de discapacidad
Países Bajos	2002	25,6%
Suecia	2002	19,9%
Dinamarca	2002	19,9%
Estados Unidos	2000	19,3%
Canadá	2001	18,5%
Reino Unido	2001	17,6%
Noruega	2002	16,4%
Suiza	2007	14%
Alemania	2007	8,4%
Colombia	2005	6,4%
Australia	2006	4,4%

Según el informe, alrededor de 785 millones de personas con discapacidad tienen 15 años o más de edad; 110 millones tienen discapacidades que afectan ampliamente su funcionamiento; 190 millones enfrentan discapacidades severas; y cerca de 100 millones tienen menos de 14 años de edad, de los cuales 13 millones son de grado severo (2).

Más preocupante aún es que se confirma el círculo vicioso de la pobreza, que atrapa especialmente a las personas con discapacidad y actúa como una variable estadísticamente significativa al medir las necesidades básicas insatisfechas de los hogares (2).

Se proyecta que a futuro se enfrentará un aumento considerable de esta situación, denominada “emergencia global de la discapacidad”, producto del “envejecimiento de la población, degradación ambiental y violencia social” (1). Además, “durante el curso de los próximos 30 años, el número de personas de 65 años de edad y mayores, podría doblarse en los Estados Unidos, triplicarse en Alemania y Japón, y avanzar rápido en, virtualmente, todas las naciones desarrolladas del mundo” (1), lo que representaría un incremento de los casos de discapacidad, específicamente de aquellos derivados del envejecimiento poblacional.

La importancia de un concepto

“Los conceptos sirven como componentes o bloques de construcción de definiciones, modelos y teorías y, por tanto, son elementos críticos de explicación y predicción (...) Ellos son las bases de la comunicación o los símbolos del fenómeno bajo investigación” (4). Por tanto, es necesaria la revisión de los conceptos alrededor del término discapacidad, no sin antes advertir que coexisten diversas conceptualizaciones, incluso sobrepuestas o contrarias entre sí. Es amplio el volumen de la literatura que en las últimas tres décadas reporta esta heterogeneidad y complejidad de modelos conceptuales cambiantes que definen la discapacidad, hasta el punto de que ha sido definida desde perspectivas tan variadas como la médica, salubrista, económica, política, administrativa y jurídica (4-8).

Como ejemplo de lo anterior, el trabajo de Bernell (9) encontró que la literatura norteamericana frecuentemente utiliza diversos términos para referirse a la discapacidad -“health”, “impairment”, “disability-, lo cual dificulta hacer análisis comparativos y disminuye el impacto de los estudios en la formulación de adecuadas políticas públicas. Agrega la autora que, frecuentemente, las personas que se identifican a sí mismas como con discapacidad, defensores de derechos, académicos, profesionales de la rehabilitación y sociedad en general, difieren en sus posturas frente a dicho concepto. También han sido utilizados para este propósito términos como inválido, impedido, incapacitado, minusválido, discapacitado, persona con discapacidad y, más recientemente, persona en situación de discapacidad. En el contexto colombiano, por ejemplo, el trabajo de Moreno (6) reporta que la categoría discapacidad tiene poca aceptación por parte de poblaciones con limitación auditiva e invidente.

La discapacidad es un concepto complejo y multidimensional, debido a la variedad de factores que conjugan y que determinan la naturaleza del problema, condiciones de salud asociadas, factores demográficos o imaginarios sociales que la matizan, así como enfoques filosóficos y políticos de trasfondo (4,6,10). Según diversos autores (5,6,9,11,12), la definición

del término tiene implicaciones más allá del lenguaje, que trascienden a nivel práctico y político, por cuanto condiciona la medición de la prevalencia e incidencia, sustenta sistemas de información, focaliza grupos poblacionales susceptibles de recibir beneficios sociales, clasifica personas y grupos, determina el tipo de atención o servicios que deben proporcionarse, condiciona la asignación de recursos públicos e influye en los enfoques y alcances de la política pública. Por ello se considera “un término sombrilla”, referido a múltiples problemas que van desde el orden corporal y personal, hasta el social (5).

En últimas, dependiendo del concepto que se asuma, una persona puede ser considerada con discapacidad o no (5). Esto trae implicaciones directas a nivel de política pública (2), tal como lo ejemplifica Bernell (9) con el Censo de Estados Unidos de 1991, que estimó la población con discapacidad en 3,5 millones -entre 16 y 64 años de edad-, considerando el criterio de limitaciones en la movilidad. El mismo año, la Encuesta de ingresos y participación en programas estimó en 27 millones las personas con discapacidad, entre 21 y 64 años, basada en las limitaciones funcionales en cualquier actividad.

A partir de los años setenta se encaminaron esfuerzos por aclarar y establecer definiciones de discapacidad y demás términos relacionados. Resultado de este interés, en 1980, la OMS publicó la primera versión de su Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), donde se acuña el término discapacidad (8,9), entendido como restricción o ausencia de la capacidad de un individuo para desarrollar una actividad en el margen considerado normal para su grupo social.

Objetivos

Como derroteros del presente trabajo se trazaron los siguientes: aportar elementos para la comprensión de la complejidad del concepto discapacidad, describir los principales modelos conceptuales que se han formulado en torno a la discapacidad, orientar frente a la importancia e implicaciones de adoptar referentes conceptuales más incluyentes y abarcativos alrededor de la temática de la discapacidad.

Resultados

Modelos conceptuales de discapacidad

Según Bernell (9), “el primer paso al definir el término discapacidad es la identificación de un marco teórico desde el cual la actual definición pueda estar basada”. Los distintos conceptos que se han dado históricamente pueden agruparse

en cinco grandes modelos, de los cuales se explican sus principales planteamientos, a continuación.

El modelo de caridad

También conocido como modelo tradicional o cultural. Prioriza la compasión y, por tanto, las actividades derivadas de este enfoque se relacionan con la beneficencia y asistencialismo hacia la persona con discapacidad, quien es vista como carga o castigo y, desde esta mirada, pasa por el encierro, castigo o la muerte (5,13). El trato hacia la persona discapacitada durante la edad media, refleja esta concepción.

En el contexto colombiano actual -así como en otros doce países latinoamericanos: México, Chile, Brasil, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, Uruguay, Nicaragua y Puerto Rico-, el modelo de caridad es explícito en actividades tales como las denominadas Teletones -impulsadas por la Fundación Teletón, de la Organización internacional de Teletones-Oritel- (23), que invocan la lástima y la compasión públicas para la recaudación de fondos, dirigidos a entidades prestadoras de servicios de rehabilitación. Estas Teletones -calificadas por las mismas personas discapacitadas como asistencialistas, de “venta” de la discapacidad y retroceso en los logros de la movilización social- se desarrollan con regularidad en Colombia, a pesar de que diversas organizaciones sociales se han pronunciado en su contra por el carácter asistencialista y por acudir explícitamente a la lástima como estrategia para conseguir aportes, como cuando la versión 2010 utilizó el mensaje promocional: “500 pesos para el futuro de las personas con discapacidad” (24).

Por el contrario, en Estados Unidos la movilización social de personas con discapacidad desde la década de los años setenta, rechazó las Teletones por considerarlas de índole “paternalista, orientadas a la lástima hacia las personas con discapacidad para recaudar fondos” (1). Este movimiento logró la suspensión de las Teletones desde entonces.

El modelo médico

Recibe las denominaciones de modelo biomédico, modelo individual de la discapacidad o aproximación de la limitación funcional. Algunos autores (9) explican una sutil diferencia entre la denominación de modelo médico -evalúa una condición médica o de salud- y la aproximación de la limitación funcional -más compleja que la anterior, pues implica valoración de capacidades funcionales-. Este modelo es descrito inicialmente en el trabajo de Nagi (14), donde la discapacidad es la condición resultante de una patología activa -aunque distingue claramente los conceptos de enfermedad y discapacidad, a la vez que reconoce la mayor complejidad de la

valoración de ésta-, incluso cuando la condición de salud ya se haya superado.

Se debe tener en cuenta que el modelo de Nagi no se enmarca en los postulados del modelo médico, sino que dicho autor hace explícitos los alcances de este último como base para el trabajo de su autoría que terminará por reconocer la importancia de incorporar elementos de la Sociología para avanzar en las implicaciones sociales de una deficiencia -más allá del mero análisis del individuo, y que será un postulado del modelo social-.

Define la discapacidad como “una inhabilidad o limitación en el desempeño de roles socialmente definidos y tareas esperadas de un individuo en un ambiente dado” (9). Las limitaciones funcionales son resultantes de deficiencias, pero aclara que no todas las deficiencias llevan a limitaciones en la función del individuo. Con frecuencia, una valoración de la persona, desde esta perspectiva de las limitaciones, está acompañada de la evaluación del grado de independencia en las actividades de la vida diaria (9).

En el modelo médico la discapacidad es entendida como un problema corporal -ausencia, alteración o trauma sobre alguna parte- que afecta a la persona, derivado de enfermedades o condiciones de salud, y cuyo manejo es médico y rehabilitativo proporcionado por profesionales en estos campos, quienes definen discrecionalmente y por su carácter experto, las prioridades de cada caso y formas de intervención. La persona con discapacidad ocupa un rol pasivo, de “paciente”, mientras sigue las instrucciones de los profesionales (6,9,13). La clínica y la institución son los contextos de intervención que caracterizan este enfoque (9).

Sin embargo, esa mirada inicial centrada en la deficiencia del individuo ha trascendido a un enfoque más amplio que, hoy día, reconoce la existencia de múltiples dimensiones en la manifestación y consecuencias de los procesos patológicos (5). De todas maneras, “la consideración de discapacidad como un problema individual centrado en el cuerpo hace que las respuestas se orienten a suplir los problemas corporales” (5).

A manera de ejemplo, se puede citar la CIDDDM, desarrollada por la OMS (20), que consiste en un nomenclador de consecuencias de las enfermedades (15). Por tanto, esta aproximación concibe la discapacidad como desviación de la persona, y los esfuerzos se encaminan a evaluar las capacidades del individuo para proporcionarle los mecanismos para suplir su carencia; es decir, la discapacidad como “toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano” (16).

La CIDDDM está centrada sólo en el individuo y están ausentes las categorías ambientales, lo que se considera

como gran debilidad del enfoque (9,15). La perspectiva de la discapacidad asumida por la CIDMM será una de las críticas esgrimidas por el movimiento que dio paso al modelo social, al cuestionar el modelo médico (15).

Sin embargo, según Bernell (9), “el marco de las limitaciones funcionales, el cual enfatiza las limitaciones en la actividad del individuo, es el punto de inicio más común”, pues, según la autora, muchas de las definiciones de discapacidad utilizadas hoy día, derivan de esta concepción. Incluso, tal como lo estableció el trabajo de Wasserman, “el término personas con deficiencias, más que personas con discapacidad, es el término que prevalece en el contexto legal americano” (22). Además las definiciones más frecuentemente utilizadas en los estudios empíricos se basan especialmente en este enfoque de las limitaciones.

La política pública colombiana deja ver el modelo conceptual del cual se han derivado sus disposiciones. Por ejemplo, la Ley 100 de 1993, que crea el actual Sistema General de Seguridad Social, adopta una postura coincidente con los postulados del modelo individual. La 115 de 1993 o Ley General de Educación, trata el tema de las poblaciones y establece el tipo de servicios que deberán prestarse para los grupos en situación de discapacidad, relacionados con integración educativa y disposición de aulas especializadas (5). Tales contenidos normativos tienden a estar más identificados con los postulados del modelo médico, dado su énfasis en las limitaciones individuales, en el manejo de las deficiencias de la persona y en ver la rehabilitación funcional como la solución.

Otros análisis (5,6,25) también coinciden con que, en general, la práctica y la política en el campo de la discapacidad, en Colombia, se enmarcan principalmente bajo el modelo individual o médico. Desde una perspectiva internacional, el estudio de Bernell (9) identificó una tendencia similar en Norteamérica.

El modelo social

Es denominado con ese nombre en la mayoría de países, también es conocido como modelo de grupo minoritario, particularmente en Estados Unidos (8), o como aproximación sociopolítica (9). En los años sesenta, el movimiento norteamericano de derechos civiles consideraba “demasiado médica” la actuación de la sociedad hacia las personas con discapacidad, y se oponía a la marginación de que eran objeto, reclusos en instituciones, en la pobreza, exaltaba la necesidad de disfrutar de su libertad y autonomía como individuos, al tiempo que señalaba que eran factores del contexto social, físico los que llevaban a marginarlos y estigmatizarlos. Fue en 1976, en el Reino Unido, cuando se publicó el trabajo de la Union of Physically Impaired Against Segregation que más

tarde, en los años ochenta, fue bautizado con el nombre de modelo social de la discapacidad, según el trabajo de Oliver (8,26).

Este modelo retoma el trabajo inicial de Bernell S. (9) que explica la “discapacidad como el producto de la interacción entre los humanos y su alrededor”. Más adelante menciona que (9), “los proponentes de esta aproximación sociopolítica buscan cambiar el foco de atención del individuo y dirigirlo hacia un más amplio ambiente social, cultural, económico y político”.

Desde mediados del siglo XX, algunos textos ya señalaban que el problema de la población invidente radicaba en las condiciones sociales y del contexto físico, como generadores de discapacidad. “Las bases intelectuales de estas ideas con respecto a la interacción entre discapacidad y sociedad fueron poderosamente sustentadas en el Tratado de Sociología de Berger y Luckman. Su visión socio constructivista fue un presagio del modelo social de discapacidad que surgiría más tarde en la investigación de Saad Nagi y en los estudios de discapacidad y el movimiento de vida independiente de los 70” (1). En una posición que confronta a la del modelo médico -centrado en el cuerpo-, el modelo social define la discapacidad como resultado de la opresión y la exclusión social hacia estas personas (1,15).

Este modelo “se centra en la opresión social como el medio de la experiencia de la discapacidad” (4), por lo que reivindica la toma de decisiones y el empoderamiento de los individuos y el colectivo con discapacidad (6); tampoco considera las patologías o enfermedades como causales de ésta. Atribuye la culpa a la sociedad como responsable de no disponer de mecanismos económicos, físicos y sociales que garanticen la completa inclusión y participación de todos los individuos (5). En consonancia con ello, Bernell (9) explica que “desde esta perspectiva, la discapacidad es considerada la consecuencia de un ‘ambiente discapacitado’”.

Ejemplo de definiciones que se apoyan en este enfoque, es la consignada en Americans with Disabilities (Act-ADA) (9). Esta ley entiende que una persona tiene discapacidad si hay (4,9):

“A. Una deficiencia física o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida,

B. Un registro del(los) impedimento(s), o

C. La percepción de que tiene tal impedimento”

El radical señalamiento hacia la sociedad como generadora de discapacidad, y el negar las implicaciones de las condiciones individuales –deficiencias- en los procesos de inclusión social, han sido fuertemente criticados para este modelo (5,17). También ha sido objetada la amplitud del concepto de

discapacidad -ahora centrado en el contexto-, pues no permite establecer diferencias claras entre casos, como tampoco evita que, por azar, otros puedan dejarse por fuera de la categoría discapacidad (9). Esta ambigüedad en la conceptualización de la discapacidad tiene múltiples implicaciones a nivel político y económico, como es de suponerse.

El modelo relacional

También conocido como modelo biopsicosocial o enfoque ecológico. Busca conciliar los modelos social y médico ubicando la discapacidad en un punto intermedio, resultado tanto de la condición de salud del individuo como de las características del contexto social y físico en el cual se desenvuelve (18).

El modelo relacional se refleja en los postulados de los trabajos de la OMS, particularmente la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y La Salud (CIF) (3) y del Institute of Medicine Committee on Disability Prevention, de los Estados Unidos -también denominado Modelo IOM, por sus siglas en Inglés- (19), desde los cuales, la discapacidad se explica en función de la interacción de la persona con el ambiente. En dicha relación median factores de transición -por ejemplo, el ambiente físico, las actitudes, los estilos de vida o las políticas públicas- que pueden derivar en condiciones capacitantes o discapacitantes para que la persona participe en las actividades de la vida cotidiana (5).

El trabajo desarrollado por Nagi -nacido de una conferencia preparada para la Asociación Americana de Sociología y la Administración de Rehabilitación Vocacional- proporcionará posteriormente las bases al modelo IOM (4,14). Este trabajo aportó la diferenciación entre los conceptos de patología, discapacidad, limitación funcional y deficiencias, por lo cual arrojó insumos tanto para el modelo médico, como para el relacional.

Para el modelo IOM (19) la discapacidad resulta de la interacción del individuo, con los factores del ambiente. La propuesta norteamericana agrega elementos adicionales a tal postulado, explicando que el ambiente está compuesto por dos categorías: un ambiente de orden social -con componentes psicológicos, de relaciones interpersonales, políticos- y un ambiente de tipo físico -geografía, construcciones-. Señala que el ambiente deberá proporcionar a la persona los soportes necesarios para compensar aquellas deficiencias que ésta presente, de forma que pueda reducir las situaciones discapacitantes. No sobra aclarar que el modelo sentó fuertemente sus bases sobre los aportes y avances del trabajo de Nagi (14) y sobre los planteamientos que, a ese momento, reportaba la OMS (9,20).

El modelo IOM representa el ambiente a manera de una malla sobre la cual se apoya la persona. En la medida en que

dicha malla sea fuerte, el individuo contará con soportes que compensen las condiciones que éste pueda presentar -estados capacitantes-. La discapacidad, bajo ese esquema, se representa como el grado de desplazamiento que hace el individuo sobre la malla, capaz o no de soportarlo (6). El énfasis del modelo IOM en los movimientos de la malla, el contexto limitado al “efecto trampolín”, es la principal crítica a esta mirada, según se reporta en la literatura (4). La segunda versión de la CIDDM, se sustenta en este modelo (18).

Esta propuesta conceptual cuenta con detractores y defensores de sus planteamientos. Los primeros, especialmente activistas, argumentan el ‘etiquetamiento’ de las personas en el marco de un nomenclador oficial de y para profesionales. De otro lado, quienes lo defienden, explican que, de todas formas, el modelo logró trascender las debilidades fundamentales de los modelos médico y social, y avanzar hacia una propuesta más universalista (18).

Para la CIF, que reemplaza la anterior CIDDM (3), la discapacidad resulta de la interacción de la persona con su ambiente, donde el grado de discapacidad se da en función de la posibilidad de dicho entorno para brindar a la persona los soportes necesarios para su participación, en los diferentes escenarios de la vida cotidiana.

La CIF responde a una perspectiva ecológica de la discapacidad, desde la cual ésta se entiende como situaciones que derivan de la interacción de la persona, en un determinado ambiente físico, social, político y cultural. En este sentido, la respuesta a la discapacidad -incluyendo respuestas políticas- debería darse sobre ambos componentes: persona-ambiente, potenciando los recursos de la persona y garantizando un contexto inclusivo.

Otra propuesta conceptual sobre discapacidad, en el espectro del modelo relacional, es ofrecida por Fox y Kim (21) quienes introducen el paradigma de las discapacidades emergentes, entendidas éstas como producto de la ampliación de los conceptos tradicionales de discapacidad o asociadas a situaciones de salud recientemente identificadas -por ejemplo, derivadas de movimientos repetitivos, del abuso de drogas, del aumento en la expectativa de vida o de la violencia-. Esta nueva categoría de discapacidades -derivadas de la relación exclusión social-pobreza- con frecuencia enfrenta dificultades para su atención, debido a que pueden ser difíciles de reconocer o ser de corta duración -y por tanto no encajan en la imagen tradicional de la persona con discapacidad-, y porque las políticas y servicios de atención se encaminan a las discapacidades tradicionales, con lo cual pueden no recibir la atención debida. En este punto, se debe llamar la atención frente a la relevancia que, desde esta perspectiva, cobran las problemáticas sociales como generadoras de discapacidad. Así, el modelo relacional, tiende a descentrar

la discapacidad del individuo y su cuerpo, y a prestar mayor atención a factores de orden social.

Este paradigma contempla cuatro dimensiones de análisis de la discapacidad: la limitación funcional, los soportes individualizados, el bienestar personal y la competencia personal (21). Según los datos de Fox y Kim (21), las personas con discapacidades emergentes enfrentan mayor precariedad en sus condiciones de vida, comparadas con quienes tienen discapacidades tradicionales. Sin embargo, este planteamiento podría ser cuestionable, pues el trabajo de los autores no arroja resultados concluyentes.

La mirada relacional amplía el perfil de quienes pueden considerarse discapacitados, por cuanto considera que dicha situación es producto de la interacción individuo-contexto (5). También abre los ámbitos de intervención en la discapacidad más allá del solo individuo, abarcando la familia, la comunidad, la sociedad y los distintos entornos en los cuales se desenvuelva (13). Según Bernell (9), son las respuestas y cambios políticos los principales motores de una sociedad más incluyente, sin embargo, reconoce las dificultades que ello implica, por cuanto instituciones y programas de atención a la discapacidad, tradicionalmente han sido resultado de políticas centradas en individuos.

El modelo relacional de la discapacidad es señalado por distintos autores como el que, en la actualidad, refleja de manera más integral la complejidad de ese fenómeno y cuenta con mayor aceptación en su uso (5,6). Contrario a ello, otros autores, cuestionan una posible hipertrofia de la categoría ambiente en estas definiciones de la discapacidad, que puede dificultar la clara identificación de las poblaciones en dicha situación (5).

El modelo universalizante

Este modelo concibe la discapacidad como fenómeno universal, pues parte de que todos los seres humanos son susceptibles de enfrentar situaciones de este tipo; es decir, que todos están en riesgo de experimentar situaciones discapacitantes como parte de su experiencia de vida, por el deterioro natural del cuerpo o producto de factores que alteren su integridad (5,18). Esta perspectiva comparte las objeciones formuladas para el modelo relacional, enunciadas en el aparte correspondiente.

Un ejemplo de este enfoque se encuentra en el trabajo de Turner (18) cuando defiende la importancia de formular políticas públicas que den cuenta del universalismo de la discapacidad y las deficiencias. En este sentido plantea que, “en el largo plazo, necesitamos apoyar políticas universales que reconozcan que la población entera, en algún sentido, está ‘en

riesgo', en términos de enfermedades crónicas y discapacidad" (18). Este autor justifica su posición a la luz de crecientes fenómenos tales como el envejecimiento de la población, la prevalencia de enfermedades crónicas y la "globalización de los riesgos en salud" (18).

Otro ejemplo está en las definiciones "académicas" de discapacidad que tienden a reconocer la multidimensionalidad del fenómeno y la conjugación de diversos factores -salud, contexto, desempeño de la persona, características sociales- en la dinámica de un proceso que termina denominándose discapacidad. Para este tipo de formulaciones, la discapacidad no es vista como condición intrínseca de la persona (4), sino que se enmarca en un continuum multidimensional, tal como lo plantea también la definición de la OMS, en su más reciente Informe Mundial de Discapacidad (2).

Conclusiones

La anterior clasificación de concepciones sobre discapacidad permite organizar los diferentes aportes, mas no establecer categorías excluyentes. Los modelos relacionales reconocen que las condiciones de salud pueden derivar en situaciones discapacitantes. El modelo social no (4).

Las definiciones de discapacidad de tipo relacional se basan en fundamentos sociológicos y de las teorías políticas, mientras que aquellas centradas en el individuo, por lo general son producto de categorizaciones médicas (8).

"Aunque todos los modelos se refieren al amplio contexto social como muy importante en la producción de la discapacidad, éste es el aspecto que menos especificado está en los modelos" (4). Ni siquiera el modelo social llega a explicar los mecanismos de la estructura social que producen discapacidad y opresión. Según Fougeyrollas y Beauregard (15), aunque hay más aceptación de la importancia del ambiente, no hay acuerdo frente al rol específico de esta dimensión como factor determinante de discapacidad (15).

El estudio realizado por Jongbloed (11), analizó los cambios de paradigma de la discapacidad en la política pública canadiense y a partir de ello puso en evidencia la insuficiencia individual de dichos modelos conceptuales para responder integralmente a la problemática que de ella se deriva. Según la autora, cada uno de los enfoques enfatiza en una dimensión particular del tema, por lo cual la política pública debe reconocer las distintas dimensiones de la discapacidad y dar cuenta de ellas. Coincidente con ello, Mitra (12) afirma que cada modelo de la discapacidad se ha desarrollado desde una mirada particular -en tiempo, en sus intenciones-, por tanto cada uno, por separado, resulta insuficiente para explicar la discapacidad.

De todas maneras, la multiplicidad de conceptos sobre discapacidad también permite contar con opciones, según el tipo de uso que se le quiera dar. Por ejemplo, para la selección de la población a atender en un programa específico -prestación de servicios rehabilitativos o entrega de algún tipo de recursos-, se requerirá una definición operativa, acorde con las intencionalidades de éste -teniendo en cuenta que la política pública refleja el deber ser, pero los programas que la operativizan exigen unas herramientas técnicas, por ejemplo definiciones operativas, susceptibles de aplicar en la realidad, limitaciones del contexto y con la mirada individual de las actuales políticas (focalización)-. En tal caso, las miradas universalizante, relacional o emergente de la discapacidad, podrían no ser las más atractivas. Asumir una definición amplia de discapacidad en la política pública -defendida por dichos enfoques- va de la mano con una mayor asignación de recursos para la atención de las poblaciones así definidas, lo cual podría mermar el interés de quienes las diseñan, por asumir conceptos amplios o políticas más incluyentes.

Conflicto de interés

Me permito declarar que: el trabajo presentado es independiente con respecto a la institución de apoyo, y que durante la ejecución del trabajo o la redacción del manuscrito no incidieron intereses o valores distintos a los que usualmente tiene una investigación. La autora no tiene ningún conflicto de interés que pueda interferir en la calidad u objetividad del artículo, o que deba ser considerado en la evaluación de pares.

Financiación

La autora contó con el apoyo institucional de la Universidad Nacional de Colombia para la elaboración del presente documento, el cual retoma contenidos del trabajo realizado durante el año sabático. Dicha situación administrativa tuvo vigencia durante el periodo del 02 de mayo de 2011 a 01 de mayo de 2012, y fue concedida mediante resolución de Decanatura 00320 de 2011. También se recibió apoyo institucional de la Universidad Externado de Colombia, particularmente del Doctorado en Estudios políticos, con las orientaciones y asesorías profesionales para llevar a cabo este análisis.

Referencias

1. **Braddock D, Parish S.** An Institutional History of Disability. Chapter 1. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:11-68.

2. World Health Organization [Internet]. World Report on Disability. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf. Consultado el 06 de diciembre de 2011.
3. Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales de España. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Madrid: Editorial Grafo; 2001.
4. **Altman B.** Disability definitions, models, clasifications schemes and applications. Chapter 3. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:97-122.
5. **Gómez C, Cuervo C.** Conceptualización de discapacidad: reflexiones para Colombia. Bogotá: Editorial Unibiblos. 2007.
6. **Moreno M.** Políticas y concepciones en discapacidad: un binomio por explorar. Bogotá: National Graphics. 2007.
7. **Parmenter T.** Intellectual disabilities- Quo vadis?. Chapter 10. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:267-96.
8. **Williams G.** Theorizing disability. Chapter 4. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:123-44.
9. **Bernell S.** Theoretical and applied issues in defining disability in labor market research. *J Disabil Policy Stud.* 2003;14:36-45.
10. **Schriner K.** A disability studies perspective on employment issues and policies for disables people: An international view. Chapter 28. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:642-62.
11. **Jongbloed L.** Disability policy in Canada: An overview. *J Disabil Policy Stud.* 2003;13:203-9.
12. **Mitra S.** The capability approach an disability. En: *J Disabil Policy Stud.* 2006;6:236-47.
13. Fundación Saldarriaga Concha, Fundación Santa Fe de Bogotá [Internet]. La discapacidad en el contexto del Sistema general de seguridad social en salud: lineamientos, epidemiología e impacto económico. Disponible en: <http://www.saldarriagaconcha.org/NewsDetail/470/1/PublicacionesPropias>. Consultado en octubre de 2011.
14. **Nagi S.** Some conceptual issues in disability and rehabilitation. In: Sussman M, eds. *Sociology and rehabilitation.* Washington: American Sociological Association. 1965:100-13.
15. **Fougeyrollas P, Beauregard L.** An interactive person-environment social creation. Chapter 6. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:171-94.
16. Presidencia de la República, Consejería Presidencial de Programas Especiales, Red de Solidaridad Social. Bases para la formación de política pública en discapacidad. Bogotá: Autor; 2003.
17. **Shakespeare T, Watson N.** Making the difference: dissability, politics and recognition. Chapter 23. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:546-64.
18. **Turner B.** Disability and the Sociology of the body. Chapter 9. In: Albrecht G; Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:252-66.
19. **Brandt E, Pope A.** Enabling America: Assessing the role of rehabilitation science and engineering. Washington: National Academic Press. 1997.
20. Organización Mundial de la Salud. Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. Washington: Organización Mundial de la Salud; 1980.
21. **Fox M, Kim K, Ehrenkrantz D.** Developing comprehensive statewide disability information system. *J Disabil Policy Stud.* 2004;13:171-9.
22. **Wasserman D.** Philosophical issues in the definition and social response to disability. Chapter 8. In: Albrecht G, Seelman K, Bury M, eds. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage Publications. 2001:219-51.
23. Organización Internacional de Teletones-ORITEL. (2012). ¿Quiénes somos?. Consulta realizada el 16 de abril de 2012. Disponible en: <http://www.oritel.org/quienes-somos/>
24. Dissnet. (2010). Teletón 2010, Nota editorial. Consulta realizada el 15 de abril de 2010. Disponible en: <http://disnetprensasocial.blogspot.com/2010/12/teleton-2010-editorial-disnet-dps.html>.
25. **González A.** Disability and social policy: an evaluation of the Colombian legislation on disability. Thesis submitted as requirements for the degree of Master of Science in Disability and Human Development. University of Illinois at Chicago. 2004. Consulta realizada el 16 de abril de 2012. Disponible en: http://www.dnp.gov.co/Portals/0/archivos/documentos/DEE/Archivos_Economia/268.pdf.
26. **Massala P.** Models of Disability. En: JH Stone, M Blouin (edit.) *International Encyclopedia of Rehabilitation.* 2012. Consulta realizada el 16 de abril de 2012. Disponible en: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/135/>.