

## **La (con)ciencia del Trabajo Social en la discapacidad: Hacia un modelo de intervención social basado en derechos<sup>1</sup>**

**Jesús Muyor Rodríguez**

Profesor - investigador

Facultad de Trabajo Social de la Universidad de Almería

### **1. Resumen**

Este artículo pretende sumergirse en los aspectos teóricos y conceptuales de la discapacidad para plantear un modelo de intervención, en Trabajo Social, basado en derechos (y la construcción) de ciudadanía.

Para ello, se realiza una aproximación de la evolución de los modelos de tratamiento social dirigidos hacia este colectivo y se identifican los aspectos conceptuales más esenciales para el abordaje del Trabajo Social desde la perspectiva de los Derechos. Llegaremos, así, a la Convención de la ONU de 2006, sobre los derechos de las personas con discapacidad, que se presenta como un instrumento jurídico vinculante a la hora de ejercer y reivindicar los derechos de ciudadanía. Este Tratado Internacional puede (y debe) servir de guía en la planificación de las intervenciones que se realicen desde el Trabajo Social. Desde esta perspectiva, se cuestiona el papel pasivo y burocrático que parece estar formalizándose en el quehacer diario de los/as trabajadores/as sociales y se plantea un modelo de intervención más activo y crítico que actúe frente a las estructuras sociales que limitan la participación de las personas con discapacidad y generan (procesos de) exclusión social.

Con el presente texto, por tanto, se quiere fomentar la reflexión sobre la forma de entender y abordar la discapacidad para apostar por un modelo de intervención desde las aportaciones del propio colectivo de personas con discapacidad y que, además, integre la perspectiva de los derechos (humanos) como punto de partida y de llegada en el Trabajo Social.

### **Palabras claves**

Discapacidad, Diversidad Funcional, Trabajo Social, Derechos Humanos, Intervención Social.

.....

<sup>1</sup> Agradezco a Javier Romañach Cabrero (Foro de Vida Independiente y Divertad) la lectura y las aportaciones realizadas sobre los contenidos fundamentales del texto. Por supuesto, los errores cometidos son sólo atribuibles a su autor.

## INTRODUCCIÓN (empezando a caminar...; Caminante ¿no hay camino?)

“Nada vale la ciencia si no se convierte en conciencia”

Carlo Dossi

La *discapacidad* es un fenómeno que está tomando un peso importante en nuestra sociedad. Las políticas públicas, los servicios, prestaciones y recursos implementados configuran una red de protección social que intentan dar respuesta a un grupo de población diverso y con necesidades, inquietudes y demandas distintas.

Las personas con discapacidad son especialmente vulnerables a la exclusión social, por diversos factores, entre otros la carencia de los bienes imprescindibles para ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía. Existe una relación bidireccional entre discapacidad y exclusión social. Por una parte, las personas que viven en contextos de privación, malnutrición, infravivienda, etc., se encuentran sometidas a un riesgo más alto de adquirir una discapacidad. A la vez, la circunstancia de la discapacidad funciona como un factor precursor de exclusión, ya que las oportunidades de acceso a los servicios son menores (Huete, Díaz y Jiménez, 2009).

Bajo este contexto, se presupone que la *discapacidad* genera sufrimiento e implica algún tipo de “tragedia personal” (Oliver, 1996). Sin embargo, debemos tener presentes, como trabajadores/as sociales, que una persona con discapacidad no tiene por qué generar en sí mismo sufrimiento, sino lo que genera sufrimiento es la discriminación permanente, el aislamiento y las restricciones sociales que impone la sociedad a las personas que tienen discapacidad. Ser *discapacitado* significa ser objeto de una discriminación, de experimentar la vulnerabilidad y asaltos abusivos a la propia identidad y estima (Barton, 1998), por lo que las actuaciones profesionales propuestas deberán ir enfocadas, en gran medida, a la erradicación de dicha discriminación (Muyor Rodríguez, 2011).

La discapacidad surge del fracaso de un entorno social estructurado a la hora de ajustarse a las necesidades y las aspiraciones de la ciudadanía con *carencias*, más que de la incapacidad de las personas con discapacidad para adaptarse a las exigencias de la sociedad.

Abberley (2008) utiliza el término *opresión* para señalar las diferencias esenciales entre las vidas de las personas con discapacidad y las de aquellos que pertenecen a otros sectores de la sociedad, incluidos los que sufren otros tipos de opresión. Para este autor, la opresión es un mecanismo que impone estereotipos y distorsionan de manera sistemática las identidades de sus posibles sujetos y los reduce únicamente a sus aspectos “problemáticos”.

*“Afirmar que las personas con discapacidad están oprimidas (...) significa afirmar que, en general, se encuentran en una posición inferior a la de otros sujetos de la sociedad, simplemente por tener discapacidad. También implica afirmar que esas desventajas están relacionadas con una ideología que justifica y perpetúa esa situación. Además, también significa aseverar que dichas desventajas y las ideologías que las sostienen no son ni naturales ni inevitables”* (Abberley, 2008: 37)

Desde esta premisa, las (nuevas) políticas relacionadas con la discapacidad como la Convención de la ONU de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, pueden suponer una oportunidad novedosa para mitigar las situaciones de exclusión para un sector de personas que presentan especialidades e

intensas necesidades de apoyo. La implantación de la Ley 39/2006 debería aspirar a una transformación de gran impacto en el modelo de servicios sociales tradicional basado en el asistencialismo y la discrecionalidad y reconocer un derecho subjetivo a determinadas prestaciones y servicios, orientados a la autonomía personal (Perez Bueno, 2010). La capacidad transformadora de esta novedosa visión de los Servicios Sociales, está fuertemente influenciada por dos aspectos concretos de los que depende: El diseño de las políticas públicas relacionadas con los Servicios Sociales y la implementación de las mismas (Muyor Rodríguez, 2011b).

Sobre este primer aspecto, se hace necesario responder a varias preguntas que actuarán como guía en la definición del problema y, por tanto, en el diseño de políticas públicas: ¿Qué entendemos por discapacidad? ¿Cómo se define? ¿Cuál es su uso? ¿Bajo qué modelos teóricos se construye el concepto? Por otro lado, y si se pretende implementar políticas públicas que garanticen el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, es obligado interrogarnos sobre el papel que desempeña el Trabajo Social y los/as trabajadores/as sociales en la implementación de estas políticas: ¿Cómo analizar desde el Trabajo Social el fenómeno de la discapacidad? ¿Qué dimensiones de la discapacidad consideramos como sociales? ¿Qué modelos teóricos justifican nuestra praxis profesional? ¿Cómo integramos los derechos y respondemos a las necesidades de las personas con discapacidad? ¿Qué recursos tenemos disponibles? ¿Se ajustan los servicios sociales a la realidad del colectivo de personas con discapacidad? ¿El papel del Trabajo Social debe limitarse a la asignación de recursos mínimos o, por el contrario, debe ejercer una función crítica, comprometida y activa hacia los derechos de ciudadanía?

Estas reflexiones necesitan ser utilizadas como marco analítico en la investigación empírica del Trabajo Social para validar su utilidad en la resolución de las situaciones o problemas prácticos. No obstante, en las páginas que siguen, intentaremos aproximarnos de forma, principalmente, teórica y metodológica a las cuestiones anteriormente planteadas.

Abordaremos este estado de la cuestión a través de los ejes que dan título al artículo: Por un lado, *la ciencia del Trabajo Social* entendida ésta como disciplina académica, científica y estructurada (dimensión teórica); Y por otro, *la conciencia del Trabajo Social* haciendo referencia al quehacer profesional del Trabajo Social, esto es, su dimensión más práctica en cuanto a intervención social.

## MODELOS TEÓRICOS QUE FUNDAMENTAN LA DISCAPACIDAD (*maneras de pensar que generan formas de hacer que –de-limitan las condiciones de vida*)<sup>2</sup>

A lo largo de los años han surgido diferentes modelos explicativos de la *discapacidad*, que abarcan ámbitos como la filosofía moral, la política, la sociología y la bioética, los cuales han tenido una notable influencia en las actuaciones políticas y en la construcción del imaginario social en torno a la *discapacidad*.

Estas diferentes maneras, formas o modelos de entender la *discapacidad* no sólo han repercutido en las respuestas institucionales y sociales que se han dado sino también en los condicionamientos, que estos modelos han ejercido y ejercen, en la propia construcción de la identidad de las personas con *discapacidad*.

.....

<sup>2</sup> Este apartado está basado en el artículo publicado: Muyor Rodríguez, Jesús (2010). "Entre bioética, biopolítica y ética profesional: sobre el proceso de discapacidad como constructo y su relación con el Trabajo Social". *Revista de Trabajo Social y Salud*, nº 66. Pp 279-314.

Desde la antigüedad hasta la época actual han existido concepciones contradictorias en la forma de *pensar la discapacidad*. Tradicionalmente ha oscilado entre dos extremos *enfermedad* y *pecado*<sup>3</sup>, sin embargo desde los años noventa diversos autores han planteado un *modelo social de la discapacidad* con críticas a las simplificaciones de los anteriores modelos (especialmente se han configurado numerosas aportaciones en el campo científico para rechazar el *modelo médico* imperante)<sup>4</sup>.

En España, desde las ciencias sociales, podemos encontrar útil, como primeros planteamientos, los realizados por Puig de la Bella Casa (1990)<sup>5</sup> y los enunciados de Demetrio Casado (1991)<sup>6</sup>. No obstante nos serviremos de los enfoques argumentados y seguidos por el propio colectivo de personas con discapacidad vinculados al movimiento de Vida Independiente en nuestro país y validados en la actualidad por la comunidad científica y social.

Desde esta perspectiva, a lo largo del tiempo pueden distinguirse claramente tres maneras o modelos de trato social a las personas con *discapacidad* (*modelo de prescindencia*, *modelo médico-rehabilitador* y *modelo social*<sup>7</sup>), y un novedoso modelo (*modelo de la diversidad*<sup>8</sup>) que se refuerza en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, parte de una visión basada en los Derechos Humanos, promueve el cambio de términos como *discapacidad por diversidad funcional* y considera el trabajo en el campo de la bioética una herramienta fundamental para alcanzar la plena dignidad de las personas discriminadas por su diversidad funcional-discapacidad- (Palacios y Romañach, 2006), considerándose como el paradigma ideológico en concordancia con el desarrollo del Trabajo Social (Muyor Rodríguez, J., 2009).

Estos modelos no son compartimentos estancos sino que coexisten en mayor o menor medida en la actualidad. Si bien, el *modelo social* y su continuación hacia el *modelo de la diversidad* se encuentran más enmarcados en discursos y paradigmas teóricos de espacios muy reducidos que en la práctica política, científica e institucional de la sociedad en general.

**En un primer modelo, prescindencia**, el origen de la discapacidad tiene motivo religioso. Las personas con discapacidad son una carga para la sociedad (no tienen nada que aportar a la comunidad, albergan mensajes diabólicos, son la consecuencia del enojo de los dioses). Por estos motivos, la sociedad decide prescindir de estas personas, ya sea a través de la aplicación de actuaciones eugenésicas (submodelo eugenésico) o situándolas en el espacio destinado para los *anormales* y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia (submodelo de marginación). Se entiende en este modelo que las vidas de las personas con discapacidad no merecen la pena ser vividas.

**Desde un segundo modelo, surgido después de la II Guerra Mundial, principalmente definido como médico-rehabilitador**, las causas que originan la *discapacidad* no son religiosas sino *científicas*. Se alude a la discapacidad en términos de *salud* o *ausencia de enfermedad*.

.....  
3 Lain Entralgo, P. (1961). *Enfermedad y pecado*, Barcelona: Toray.

4 Albrecht, Seelman y Bury, 2001; Barnes, Mercer y Shakespeare, 1997; Barton, 1998; Bradley, 1995; Corker, 1998; Davis, 1997; Imrie, 1997; Marks, 1997; Moore, Beazley y Maelzer, 1998; Oliver, 1990, 1992, 1998; entre otros de los más representativos.

5 Diferencia tres etapas: "modelo tradicional", "paradigma de la rehabilitación" y el "paradigma de la autonomía personal".

6 Enuncia cuatro modelos: el de "integración utilitaria", el de "exclusión aniquiladora", el de "atención tecnificada y especializada" y el de "accesibilidad y normalización".

7 Véase Palacios, A. (2008). "El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad". Madrid: CERMI

8 Para profundizar en este aspecto véase Palacios, A., Romañach, J. (2006). *El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España: Ediciones Diversitas-AIES.

Las personas con *discapacidad* ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean *rehabilitadas* o *normalizadas*, y logren asimilarse a las demás personas (*válidas* y *capaces*). El éxito es valorado en relación con la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo, a través de la intervención interdisciplinar del proceso de *normalización*. De esta manera pueden obtener por parte de la sociedad un valor como personas y ciudadanos/as.

La atención se centra en la discapacidad (en aquello que la persona no es capaz de realizar). Se subestiman las aptitudes de este colectivo y, así, el tratamiento social se basa en una actitud paternalista y caritativa. Estas personas se convierten en *objetos médicos*. De esta manera la atención y explicación de las necesidades se obtienen desde una visión exclusivamente medicalizado y medicalizante. Se potencia la creación de espacios *sobreprotegidos* para las personas con discapacidad y se promueven los servicios institucionalizados.

Destacamos dos puntos fundamentales en este modelo que nos servirán además para contextualizar las ideas que se irán presentando posteriormente en este texto. En primer lugar, se sitúa el “problema” de la *discapacidad* dentro del individuo; y, en segundo lugar, se considera que las causas de dicho problema son el resultado directo de sus limitaciones funcionales o pérdidas psicológicas. Estos aspectos pueden denominarse como “la teoría de la tragedia personal de la discapacidad”<sup>9</sup> que sugiere que la discapacidad es un evento fortuito terrible que sucede a algunos individuos. En consecuencia, las políticas deben tender a *normalizar* a las personas en la medida de lo posible, y de ese modo ayudar a que las mismas sean integradas en la sociedad. En este proceso de *normalización* el/la profesional adquiere una posición superior en la cual dirige la *rehabilitación* de la persona, normalmente, bajo un carácter paternalista que limita y (re)construye las forma de vida de las personas con *discapacidad*.

Sin embargo, a pesar de representar un avance respecto de consideraciones anteriores, podrá observarse que el modelo rehabilitador ha sido, y de hecho es, criticado en cuanto a la filosofía que lo sustenta, en lo que atañe a la consideración de la persona con *discapacidad* como un *ser dependiente*, inferior, que necesita ser rehabilitado (*re-habilitado*) a los efectos de recuperar su dignidad (una dignidad que se da por lesionada o perdida) (Palacios, A., 2008: 81).

**El tercer modelo, denominado social**, es aquel que considera que las causas que originan la *discapacidad* no son ni religiosas, ni científicas, sino que son sociales (por la manera en la que se encuentra diseñada la sociedad). No son las limitaciones individuales el centro del *problema* sino las limitaciones de la sociedad para prestar servicios apropiados y para asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta dentro de la organización social. Esto no supone negar el aspecto individual de la discapacidad sino situarlo dentro del contexto social. Las respuestas, dentro de este modelo, no deben dirigirse individualmente a las personas con discapacidad sino a la sociedad, de manera que ésta llegue a estar pensada y diseñada para atender las necesidades de todos. Así, este colectivo puede contribuir a la sociedad en la misma medida que el resto de las personas sin discapacidad.

La vida de las personas con *discapacidad* adquiere el mismo sentido que el de las per-

.....  
<sup>9</sup> Oliver, M. (1996). *Understanding Disability. From theory to practice*, Palgrave, Malasia.

sonas sin discapacidad. El objetivo que se encuentra reflejado en este paradigma es rescatar las capacidades en vez de acentuar las discapacidades, es decir, seguir con el binomio *capacidad-discapacidad* invirtiendo su peso (Romañach, 2009: 22).

Se puede considerar el “*movimiento de vida independiente*”<sup>10</sup> como el antecedente inmediato del modelo social. Éste se opone a la provisión burocrática de los servicios sociales, derivada del modelo rehabilitador, y aboga por servicios autogestionados en base a sus propios objetivos, acentuando la capacidad de elección y de control del interesado (Muyor Rodríguez, J., 2010b). Este movimiento social surge en los años 70 del pasado siglo, al principio en los Estados Unidos y, posteriormente, en otros países. Sus principios fueron levantados por personas con diversidades funcionales notables (discapacidades), que no aceptaban quedar al margen de la sociedad a voluntad de las instituciones, especialistas y familiares, que decidirían todo por ellos (Nóvoa Romay, 2008).

El modelo social parte de la premisa de que la *discapacidad* es una construcción y un modo de opresión social. Esto lleva a reivindicar la autonomía de las personas con *discapacidad*, en un ejercicio político-activista, para decidir respecto de su propia vida con el fin de brindar una igualdad de oportunidades.

Siguiendo a Palacios (2008), y en lo que interesa para los aspectos principales de este texto, podría afirmarse que el modelo bajo análisis parte de tres supuestos básicos:

En primer lugar, toda vida humana, con independencia de la naturaleza o complejidad de la diversidad funcional (discapacidad) que le *afecte*, goza de igual valor en dignidad. Debe destacarse, sin embargo, que esta afirmación resulta muy difícil de ser llevada a la práctica, dado que la misma fundamentación de la idea de dignidad humana actual parte desde un modelo de ser humano capaz. Es por ello que quizás se requiera una nueva definición de la idea de dignidad que no deje a nadie afuera, ni dé lugar a interpretaciones que supongan que determinados seres humanos pueden ser más dignos que otros.

En segundo lugar, desde el modelo social se defiende que toda persona, cualquiera sea la naturaleza o complejidad de su diversidad funcional, debe tener la posibilidad de tomar las decisiones que le afecten en lo que atañe a su desarrollo como sujeto moral, y por ende debe permitírsele tomar dichas decisiones. Por ello, desde este modelo, se esbozan ciertas herramientas encaminadas al desarrollo de la autonomía aunque sin perder de vista que siempre será en la medida de lo posible. No obstante, argumenta Palacios, no debemos pasar por alto que todas las personas somos interdependientes, y necesitamos apoyo para el desarrollo de nuestra autonomía. Este planteo, añade la autora, probablemente nos conduzca a que la misma noción de independencia deba ser replanteada.

En este sentido, nos enfrentamos a un grave problema cuando el significado de dependencia asignado por los profesionales y el asignado por las propias personas con discapacidad es diferente. Los profesionales tienden a definir la independencia en términos de actividades de autocuidado, tales como bañarse, vestirse, asearse, cocinar y comer sin asistencia. Las personas con discapacidad, sin embargo, definen la independencia de manera diferente, considerándola como la capacidad de autocontrol y de tomar las decisiones sobre la propia vida, más que realizar actividades sin necesidad de ayuda<sup>11</sup>. De este modo, la noción de independencia debería ampliarse, desde la consideración de logros o realiza-

10 Véase sobre este tema Vidal García, J. (2003). *El movimiento de Vida Independiente. Experiencias Internacionales*. Madrid: Ed. Fundación Luis Vives. Marañón, J.J. (2004). *Vida Independiente. Nuevos modelos organizativos*. España: Asociación Iniciativas y estudios sociales.

11 Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres: Macmillan.

ciones físicas hacia la valoración de decisiones sociopsicológicas. La vida independiente no solo debe incluir la calidad de las tareas físicas que las personas con discapacidad pueden realizar, sino más bien la calidad de vida que pueden llevar. Por otro lado, destaca Palacios, hay muchas otras formas en las que la dependencia es creada, como por ejemplo las actitudes sociales condescendientes, la inaccesibilidad del entorno y otras, que constantemente fuerzan a las personas con discapacidad a buscar ayudas. Esto, le lleva a la experta a una tercera cuestión dentro de este modelo;

Las personas etiquetadas con *discapacidad* gozan del derecho a participar plenamente en todas las actividades: económicas, políticas, sociales y culturales, en definitiva, en la forma de vida de la comunidad, del mismo modo que sus semejantes sin discapacidad. Esta afirmación o reclamo de igualdad, no obstante, no se encuentra dirigida, tal como se planteaba desde un modelo rehabilitador, a que las personas con discapacidad deban encubrir sus diferencias para acceder a ciertos espacios de participación, supuestamente, al igual que los demás. Precisamente desde una perspectiva opuesta, se reclama una igualdad inclusiva de la diferencia (Palacios, 2008: 156).

En la dimensión normativa y ética actual, los paradigmas conceptuales para entender el fenómeno de la diversidad funcional (discapacidad) se encuentran dentro de una dialéctica integrada por los dos últimos modelos junto con una sutil invasión moderna del modelo de prescindencia a raíz de los avances genéticos (Palacios, A. y Romañach, J., 2008: 38). Aun así, todavía, se detecta una importante discriminación que afecta a la realidad cotidiana y participación social -el acceso a la educación, la cultura, la formación profesional, el trabajo, el ocio- (Vidal García, 2003), y que asciende a los marcos jurídicos y teóricos, que indican la falta de evolución de los modelos teóricos en nuestro país (Romañach, 2008).

Por estos motivos, en la actualidad, está desarrollándose un nuevo modelo denominado **“Modelo de la Diversidad funcional”** surgido desde el propio colectivo de las personas con diversidad funcional, a través del Foro de Vida Independiente y Divertad.

El modelo de la diversidad (Palacios y Romañach, 2006), pretende complementar el modelo social y dar respuesta y solución a las discriminaciones que no remiten y que sufre el colectivo de personas con diversidad funcional. Va más allá del eje teórico de la capacidad, ya que éste no da respuesta a los nuevos retos bioéticos y además ha sido impuesto por los modelos anteriores en un vano intento de ser como el otro, de aspirar a una normalidad estadísticamente incompatible con la diversidad que caracteriza a las personas con diversidad funcional.

Desde el Foro de Vida Independiente se realiza un “Giro epistemológico” que propone el uso del nuevo término “diversidad funcional”, como sustituto de los peyorativos “discapacidad”, “minusvalía”, “invalidez”, etc. tradicionalmente utilizados para designar al colectivo. De esta manera la persona puede encontrar una identidad que no sea percibida como negativa.

El Modelo de la Diversidad manifiesta la necesidad del trabajo en el marco bioético intentando romper con la percepción social que adjudica a la vida de una persona con diversidad funcional un diferente valor y el teórico sufrimiento que la convivencia con la diversidad funcional supone a un individuo por el mero hecho de ser diferente. De esta manera la bioética deja de ser una amenaza para este colectivo y pasa a ser la palanca de cambio necesaria para crear un nuevo modelo.

Los principios básicos en los que se sustentan son la *dignidad humana* (*intrínseca* -libertad, autonomía, integridad, respeto- y *extrínseca* -derecho, disfrute, goce y ejercicio en condiciones de igualdad-) y la *diversidad*. Todas las personas tienen un mismo valor moral, independientemente de sus capacidades o dis-capacidades, y por tanto tienen que tener garantizados los mismos Derechos Humanos. Por ello, el modelo plantea la necesidad de utilizar dos campos de debate dialéctico y conceptual: la bioética y el derecho, con el fin de conseguir la plena dignidad de todo el colectivo y, por extensión, de toda la sociedad (Romañach, 2009: 34).

Si bien, estos campos mencionados por el autor se consideran necesarios, creemos que se debe añadir, además, un tercer campo que deriva inevitablemente y directamente de los anteriores, esto es la praxis profesional. Este aspecto no sólo deviene del campo de la bioética sino que además, en la actualidad, (debido a que, mayoritariamente hoy en día, los otros organizan y estructuran las condiciones de vida de las personas con discapacidad), puede, y debe, ser utilizado para garantizar el ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad. Ya que, recuérdese, el simple reconocimiento de los derechos no garantiza que los derechos sean efectivos (Palacios, 2004).

Dentro de este modelo se reclaman políticas que consideren que la discapacidad es una cuestión de dignidad y de derechos humanos y por tanto la sociedad ha de trabajar para garantizar estos derechos. Esto implica reconocer la voz de las personas con discapacidad en todos los ámbitos sociales, políticos y académicos. Esta participación se debe hacer de forma directa y vinculante a través de los implicados y no de forma representativa y consultiva por parte de personas sin discapacidad. Para tal fin se exige la eliminación de cualquier terminología negativa para referirse al colectivo, la supresión de las prácticas discriminatorias en los temas bioéticos, la difusión de una imagen positiva de la discapacidad y, en general, la incorporación de los pilares fundamentales de este modelo en todas las políticas desarrolladas por los propios representantes de las personas con *diversidad funcional* y en todas las políticas institucionales (Palacios y Romañach, 2006).

## DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA (conceptos en uso y prácticas en desuso)

En la actualidad los/as profesionales del Trabajo Social convivimos diariamente con conceptos que actúan como unidades de análisis, fundamentaciones y/o evaluaciones de nuestras intervenciones. Además, estos usos nos sirven para definir a las personas, categorizar grupos y asignar recursos. Pero ¿hablamos de lo mismo? ¿Manejamos diferentes palabras para definir una misma realidad? ¿Utilizamos correctamente y de manera unificada estos conceptos?

Siguiendo a Campello García (2007), la Organización Mundial de la Salud (OMS), según la anterior Clasificación de 1980 (modificada en 2001), reducía el fenómeno de la *discapacidad* a los aspectos psicobiológicos:

- **Deficiencia:** toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad:** toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o margen que se considera normal.



- **Minusvalía:** situación de desventaja social como consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso, en función de edad, sexo, factores sociales y culturales.

La discapacidad, en la actualidad, es denominada por la OMS en su Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de 2001, como un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social. La discapacidad, en estos términos, se produce por la interacción de las características de la salud con los factores contextuales. Para ello se sigue el siguiente esquema conceptual:

- **Déficit en el funcionamiento** (sustituye al término “deficiencia”, tal y como se venía utilizando), como la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término “anormalidad” se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población) Representa la perspectiva del cuerpo respecto a la discapacidad.
- **Limitación en la actividad** (sustituye al término “discapacidad” según se entiende en la anterior clasificación de la OMS): son las dificultades que una persona puede tener en la ejecución de las actividades. Las limitaciones en la actividad pueden clasificarse en distintos grados, según supongan una desviación más o menos importante, en términos de cantidad o calidad, en la manera, extensión o intensidad en que se esperaría la ejecución de la actividad en una persona sin esa condición de *salud*. Representa la perspectiva de la persona respecto a la discapacidad.
- **Restricción en la participación** (sustituye al término “minusvalía): como los problemas que una persona puede experimentar en su implicación en situaciones vitales. La presencia de restricciones en la participación es determinada por la comparación de la participación de un determinado individuo con la participación esperada de un individuo sin discapacidad en una determinada cultura o sociedad. Representa la perspectiva social respecto a la discapacidad.

En esta línea, intentar relacionar la discapacidad con la dependencia en una tarea compleja que requiere diversas connotaciones y puntos de vista. La dependencia desde un plano médico puede entenderse como la falta de autonomía funcional que afecta a una persona para realizar las actividades de la vida diaria. No obstante, la situación de dependencia, puede ser vista también desde un plano social que implica, por otro lado, que la atención normativa no se proyecte únicamente y exclusivamente en el ámbito de la asistencia sanitaria. Así, el objetivo básico de cualquier protección contra las situaciones de dependencia debe ser, en primer lugar, el hacer desaparecer, en el mayor grado posible, aquellas circunstancias sociales que pueden provocarlas o aumentarlas y, a partir de ahí, proporcionar a la persona la asistencia, ayudas y auxilios que necesita para poder realizar, adecuada y dignamente, las actividades de la vida diaria para las que necesita ayuda (PALACIOS, 2008).

Desde estas consideraciones podemos decir que no existen “personas dependientes” y “personas independientes”, sino situaciones en las que una persona puede perder o ver limitada, en mayor o menor grado su autonomía para la realización de determinadas actividades. Por tanto el tratamiento de la situación de dependencia no se produce por rasgos propios de un grupo sino por la situación de insatisfacción de derechos en la que se en-

cuenta dicho grupo (de Asís y Palacios, 2007: 19-22).

La dependencia puede entenderse según la clasificación de la OMS como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de la enfermedad o accidente. Esta clasificación no contempla específicamente la dependencia como consecuencia de la pérdida de autonomía atendiendo a la edad bajo determinadas circunstancias físicas y personales, exclusivamente. Sólo cita la enfermedad y los accidentes como causas del déficit de funcionamiento corporal. Este déficit comporta una limitación de la actividad. Cuando esta limitación no puede superarse mediante la adaptación del entorno, genera una restricción de la participación que conlleva a la dependencia (ayuda) de otras personas para realizar las actividades.

La dependencia es un concepto más amplio que radica en no poder vivir de manera autónoma y necesitar de forma duradera la ayuda de otros para actividades ordinarias de la vida cotidiana. Generalmente la definición de dependencia contiene tres características fundamentales:

- La limitación física, psíquica o intelectual que merma determinadas capacidades de la persona necesarias para vivir de forma autónoma.
- La incapacidad de la persona para realizar por si misma las actividades básicas de la vida diaria.
- La necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Sin embargo, en la actualidad parece existir un reduccionismo del concepto a su esfera más funcional. Esto hace que la dependencia se asocie a la autonomía física y la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria (aseo, alimentación, vestido...). No obstante hay que tener en cuenta la concepción de *autonomía moral* en relación a la dependencia. Por ello, la *autonomía moral* que es la capacidad de elegir, decidir cuándo levantarse, cómo asearse, qué ponerse, es también decisivo a la hora de valorar la autonomía/dependencia de las personas.

Estas dos concepciones son mezcladas y confundidas en la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* (LAAD) bajo un único término de *autonomía*.

Dicha confusión puede extraerse de lo siguiente:

*“Artículo 2. Definiciones*

*Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.”*

Como se aprecia, y siguiendo los argumentos estructurados por Romañach (2009), se habla sólo de autonomía moral sin diferenciar de la autonomía física. Se podría afirmar, así, que en la LAAD la idea de *autonomía* está contemplada haciendo uso de la acepción *“autonomía moral”*. No obstante, este argumento no puede sostenerse al seguir leyendo el contenido de la Ley. En este sentido encontramos en el artículo 2.3. la definición de *“actividades de la vida diaria”*, aspecto esencial para entender en su conjunto el concepto de autonomía propuesto en la LAAD:

*“Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona,*

que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.”

Como se observa, se mezclan, a la hora de definir el “mínimo de autonomía”, aspectos relacionados con la autonomía moral: “reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas” y aspectos relacionados con la autonomía física: “el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial”<sup>12</sup>.

De acuerdo con las ideas tratadas en este apartado, cabría preguntarse cuál será la consecuencia ideológica que puede tener el proporcionar ayudas individuales a la persona para que pueda subir escaleras y no desarrollar actuaciones que garanticen el diseño para todos y la accesibilidad universal. Los/as trabajadores/as sociales deberíamos traducir la política social en sentido operativo desde los supuestos ideológicos de nuestra profesión. Esto es, favorecer el desarrollo de la política social en la medida que sabemos contribuye a la superación de los obstáculos a los que se enfrentan las personas a las que atendemos. Por el contrario, parece que las intervenciones que realizamos, en muchos casos, generan situaciones de dependencia de la prestación o del servicio y no desarrolla el correspondiente sentido de nuestro deber profesional<sup>13</sup>.

## LAS (NUEVAS) POLÍTICAS SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD, AUTONOMÍA Y DEPENDENCIA *(sobre cómo se crea Dis-ciudadanía)*

Si pretendemos abordar la discapacidad desde el modelo social y de la diversidad, debemos volver la mirada hacia las estructuras sociales y agentes cuya influencia y actividades inciden en las vidas de estas personas. Desde este punto de partida, la discapacidad surge de la negación de ciudadanía, una negación de creación social, que hace evidente la necesidad de que la investigación (y la práctica diaria) se realice en el ámbito social y político, más que en el individual (Drake, 1998).

La ciudadanía debe entenderse tanto como un estatus formal (el conjunto de derechos civiles, políticos y sociales que otorga el ordenamiento jurídico) como una condición sustantiva (la práctica efectiva de esos derechos). Asimismo, ha de concebirse como proceso social instituido en el que resalta la importancia de la participación en las prácticas sociales relacionales que configuran la ciudadanía (accesibilidad y universalidad de los espacios de participación).

Las personas con discapacidad han ocupado un papel destacado en las políticas sociales democráticas. No obstante, se han desarrollado históricamente ocupándose de la protección y provisión de unos recursos mínimos (en muchos casos insuficientes) y no a la accesibilidad real. Esto se debe, fundamentalmente, a la concepción social adoptada conforme a unos parámetros rehabilitadores, en los que lo fundamental es favorecer la adaptación. La noción de dependencia ha orientado las políticas sociales dirigidas al colectivo, por lo que *han disfrutado* de una ciudadanía de segunda clase- pasiva, receptiva, dependiente- (Díaz, Jiménez y Huete, 2009: 297-298).

Las políticas sociales pueden colaborar en la producción de un estigma basado en la

.....  
<sup>12</sup> A modo de ejemplo, la posibilidad de tomar la decisión de levantarse a una hora determinada (autonomía moral) por una persona que tenga tetraplejia, no está relacionada con la movilidad esencial para poder *llevar a cabo* la tarea de levantarse (autonomía física) (Romañach, 2009: 196).

<sup>13</sup> Trataremos estos aspectos en los próximos apartados.

imposibilidad de que las personas con discapacidad se desarrollen plenamente en la sociedad en la que viven. La definición de la realidad en la que se conceptualiza (de forma ideológica) el fenómeno condiciona las formas de vida de estas personas. Las personas con *diversidad funcional* han sido definidas mediante conceptos que son el polo negativo de categorizaciones dicotómicas: son personas discapacitadas (sin capacidad), anormales (sin normalidad), enfermas, (sin salud), dependientes (sin independencia); en definitiva, personas defectuosas (Rodríguez Díaz y A.V. Ferreira, 2010: 154).

Cuando hablamos *sociológicamente* de discapacidad estamos hablando de personas; dichas personas constituyen un colectivo que experimenta ciertas condiciones de existencia relativamente homólogas, debido, fundamentalmente, a las imposiciones de las que son objeto por los entornos en los que conviven. Es decir, su constitución como colectivo no es consecuencia de una homogeneidad intrínseca, sino fruto de una homologación impuesta; y en ella, juega un papel fundamental la catalogación médica de la que son objeto esas personas (Rodríguez Díaz y A.V. Ferreira, 2010b: 292). La construcción del concepto de *discapacidad* a través del modelo médico-rehabilitador repercute en la orientación de las políticas públicas y en la praxis profesional de los/as Trabajadores Sociales. La tendencia a los servicios institucionalizados (residencias) es un claro ejemplo de la repercusión de este discurso *medicalizante* y *medicalizado* de la *diversidad funcional*. Es imprescindible darse cuenta que este modelo basado en categorías médicas y clasificación de deficiencias tiene una utilidad parcial o sesgada a la hora de entender la *diversidad funcional* como una cuestión de Derechos Humanos. Es en este aspecto donde vemos la necesidad de desarrollar los servicios y recursos de protección social de la discapacidad y las situaciones de dependencia destinados a este colectivo en el marco del modelo de la diversidad y la filosofía del movimiento de vida independiente que legitima la Convención de la ONU.

En este sentido, la política social y la práctica de los agentes sociales requieren también una visión integrada y holística en la comprensión de la identidad de las personas con *diversidad funcional*. Por lo tanto el Trabajo Social ha de ejercer un papel crítico y transformador en la sociedad tratando de comprender los discursos de estas personas y dar respuesta a sus demandas. Puesto que, como hemos visto, la «*discapacidad*» es también una construcción social que implica las representaciones simbólicas que la sociedad posee del colectivo, el Trabajo Social debe de implicarse no sólo en los aspectos más prácticos de las demandas (atención, cuidados, recursos) sino también en influir en la dimensión política que ineludiblemente condiciona el imaginario social en torno a la *diversidad funcional* y determina sus condiciones de vida aún en situación de desigualdad, exclusión social y *dis-ciudadanía* (Muyor Rodríguez, 2011b).

En el marco del desarrollo de los derechos de ciudadanía, la *Convención de la ONU de 2006 sobre los derechos de las personas con discapacidad*, ofrece un instrumento jurídico para garantizar la *ciudadanía (social) de la discapacidad* y, además, servir de marco para el diseño e implementación de políticas, planes y proyectos relacionados con este colectivo.

## LA CONVENCIÓN DE LA ONU DE 2006 SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD *(un cambio en la manera de comprender y actuar en el ámbito de la discapacidad)*

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (en adelante Con-

vención) y su Protocolo Facultativo fueron aprobados el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma el 30 de marzo de 2007. Fue aprobada y ratificada por España y entró en vigor en Mayo de 2008.

Una Convención o Tratado internacional es un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional que tiene fuerza vinculante. Consta de un preámbulo, 50 artículos y un Protocolo Facultativo.

La Convención no crea ningún derecho nuevo. No obstante, lo que hace es expresar los derechos existentes en una forma que atiende a las necesidades y la situación de las personas con discapacidad.

En el caso de España, implica cambios en las leyes -cuestiones del Código Civil, del Penal, de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de la de Enjuiciamiento Criminal, normativa en materia de educación y al menos siete leyes orgánicas- (De Asís, 2008).

El propósito de la presente Convención es *promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad, y promover el respeto de su dignidad inherente* (art.1)

### **PRINCIPIOS GENERALES**

- Dignidad y Autonomía
- No Discriminación
- Participación e inclusión
- Respeto y aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad humana
- Igualdad de oportunidades
- Igualdad entre hombre y mujer
- Respeto a las capacidades en evolución e identidad de los niños

***¿Cuáles son las principales consecuencias de la aprobación y posterior entrada en vigor de la Convención para las personas con discapacidad?***

***En lo que atañe a la forma de abordar la discapacidad:***

\* La discapacidad es una cuestión de derechos humanos. Que las personas con discapacidad no son “objeto” de políticas caritativas o asistenciales, sino que son “sujetos” de derechos humanos.

***En lo que atañe a las obligaciones por parte de los Estados***

\* Realizar las modificaciones legislativas necesarias en el ámbito nacional para implementar sus obligaciones legales derivadas de este nuevo instrumento internacional.

***En lo que atañe a las vías de reclamo de derechos***

\* Convención Internacional como herramienta jurídica, a la hora de presentar o iniciar acciones legales o reclamos judiciales.

***En lo que atañe a la educación a la sociedad respecto de los derechos de las personas con***

## **discapacidad**

\* En un primer nivel, la difusión de la Convención como herramienta jurídica y su utilidad en el ámbito del movimiento asociativo –ONG de discapacidad y sus familias-

\* Un segundo nivel sería el nivel de educación para la ciudadanía. Acercar el fenómeno de la discapacidad, y del modo contemplado en la Convención Internacional, a la educación de los niños y niñas y adolescentes

\* Un Tercer nivel sería el académico. Esto implica incorporar las consecuencias y derivaciones de la Convención dentro de los diferentes programas de estudios académicos (en especial Derecho, Arquitectura, Ciencias Políticas, Psicología, Trabajo Social, Ciencias Empresariales, Urbanismo, entre otros).

### **¿Por qué es importante la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad?**

\* Porque es el primer tratado de derechos de la discapacidad “vinculante”.

\* Las anteriores normas de discapacidad de las Naciones Unidas, como el Programa de Acción y las Normas Uniformes, eran sólo recomendaciones de políticas.

\* En la práctica las normas anteriores funcionaban como listas de buenas intenciones.

\* No había un mecanismo de control o supervisión que las hiciera obligatorias.

A continuación sigue un resumen de las provisiones más importantes de la Convención<sup>14</sup>:

Los países que se unen a la Convención se comprometen a elaborar y poner en práctica políticas, leyes y medidas administrativas para asegurar los derechos reconocidos en la convención y abolir las leyes, reglamentos, costumbres y prácticas que constituyen discriminación (Artículo 4).

Habida cuenta de que es esencial que cambien las percepciones para mejorar la situación de las personas con discapacidad, los países que ratifican la convención deben combatir los estereotipos y prejuicios y promover la conciencia de las capacidades de esas personas (Artículo 8).

Los países deben garantizar que las personas con discapacidad disfruten del derecho inherente a la vida en condiciones de igualdad con otras personas (Artículo 10), asegurar la igualdad de derechos y el adelanto de las mujeres y las niñas con discapacidad (Artículo 6) y proteger a los niños con discapacidad (Artículo 7).

Los niños con discapacidad tendrán igualdad de derechos, no serán separados de sus padres contra su voluntad, excepto cuando las autoridades determinen que ello es en el interés superior del niño, y en ningún caso serán separados de sus padres debido a una discapacidad del niño o de los padres (Artículo 23).

Los países deben reconocer que todas las personas son iguales ante la ley, prohibir la discriminación basada en las discapacidades y garantizar igual protección de la ley. (Artículo 5).

Los países deben asegurar la igualdad de derechos a poseer y heredar propiedad, controlar los asuntos financieros y tener igualdad de acceso a los préstamos bancarios, el crédito y las hipotecas (Artículo 12).

.....  
<sup>14</sup> Extraído de <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/convention.html>

Deben garantizar el acceso a la justicia en condiciones de igualdad con otros (Artículo 13) y asegurar que las personas con discapacidad disfruten del derecho a la libertad y la seguridad y no sean privadas de su libertad ilegal o arbitrariamente (Artículo 14).

Los países deben proteger la integridad física y mental de las personas con discapacidad (Artículo 17), garantizar que dichas personas no sean sometidas a la tortura, a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes o a castigos, y prohibir los experimentos médicos o científicos sin el consentimiento de la persona interesada (Artículo 15).

Las leyes y medidas administrativas deben garantizar el derecho a no ser explotado o sometido a violencia o abusos. En caso de abuso, los países deben promover la recuperación física y psicológica, la rehabilitación y la reintegración de la víctima e investigar el abuso (Artículo 16).

Las personas con discapacidad no deben ser objeto de injerencia arbitraria o ilegal en la vida privada, la familia, el hogar, la correspondencia o la comunicación. Debe protegerse la confidencialidad de su información personal y en materia de salud (Artículo 22).

En cuanto a la cuestión fundamental de la accesibilidad (Artículo 9), la Convención requiere que los países identifiquen y eliminen los obstáculos y las barreras y aseguren que las personas con discapacidad puedan tener acceso a su entorno, al transporte, las instalaciones y los servicios públicos, y tecnologías de la información y las comunicaciones.

Las personas con discapacidad deben tener la opción de vivir en forma independiente, ser incluidas en la comunidad, elegir dónde y con quién vivir y tener acceso a servicios de apoyo en el hogar, en residencias y en la comunidad (Artículo 19). Debe promoverse la movilidad personal y la independencia, facilitando la movilidad personal asequible, la capacitación al respecto y el acceso a ayudas para la movilidad, aparatos, tecnologías de asistencia y asistencia personal (Artículo 20).

Los países reconocen el derecho a un nivel de vida y de protección social adecuado, incluso viviendas, servicios y asistencia públicos en lo que respecta a las necesidades relacionadas con las discapacidades, y asistencia para el pago de los gastos conexos en caso de pobreza (Artículo 28).

Los países deben promover el acceso a la información, proporcionando la información prevista para el público en general en formatos y tecnologías accesibles, facilitando el uso del Braille, el lenguaje por señas y otras formas de comunicación y alentando a los medios de comunicación y a los proveedores de Internet a ofrecer información en línea en formatos accesibles (Artículo 21).

Es menester eliminar la discriminación relacionada con el matrimonio, la familia y las relaciones personales. Las personas con discapacidad disfrutarán de igualdad de oportunidades de tener relaciones sexuales e íntimas, experimentar la procreación, contraer matrimonio y fundar una familia, decidir el número y el espaciamiento de sus hijos, tener acceso a educación y medios en materia reproductiva y de planificación de la familia, y disfrutar de igualdad de derechos y responsabilidades con respecto a la tutela, el pupilaje, el régimen de fideicomiso y la adopción de niños (Artículo 23).

Los Estados deben asegurar la igualdad de acceso a la educación primaria y secundaria, la formación profesional, la enseñanza de adultos y el aprendizaje permanente. La educación debe emplear los materiales, las técnicas educacionales y las formas de comunicación

adecuados. Los alumnos que las necesiten deben recibir las medidas de apoyo pertinentes, y los alumnos ciegos o sordos deben recibir su educación en las formas más apropiadas de comunicación, de maestros con fluidez en el lenguaje por señas y el Braille. La educación de las personas con discapacidad debe promover su participación en la sociedad, su sentido de dignidad y valor personal y el desarrollo de todo su potencial en lo que se refiere a la personalidad, los talentos y la creatividad (Artículo 24).

Las personas con discapacidad tienen el derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad, y no ser discriminadas en el suministro de seguro de salud (Artículo 25).

Para que las personas con discapacidad logren la máxima independencia y capacidad, los países deben proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación (Artículo 26).

Las personas con discapacidad tienen igualdad de derechos a trabajar y a ganarse la vida. Los países deben prohibir la discriminación en cuestiones relacionadas con el empleo, promover el empleo por cuenta propia, la capacidad empresarial y el inicio del negocio propio, emplear a personas con discapacidad en el sector público, promover su empleo en el sector privado y asegurar que se proporcione una comodidad razonable en el lugar de trabajo (Artículo 27).

Los países deben garantizar la igualdad de participación en la vida política y pública, incluso el derecho al voto, a ser candidato a elecciones y a ocupar puestos públicos (Artículo 29).

Los países deben promover la participación en la vida cultural, el recreo, el tiempo libre y los deportes, asegurando el suministro de programas de televisión, películas, material teatral y cultural en formatos accesibles, haciendo accesibles los teatros, los museos, los cines y las bibliotecas, y garantizando que las personas con discapacidad tengan oportunidad de desarrollar y utilizar su capacidad creativa no sólo en su propio beneficio sino también para enriquecimiento de la sociedad. Los países deben garantizar su participación en las actividades deportivas generales y específicas (Artículo 30).

Los países deben proporcionar asistencia para el desarrollo para apoyar los esfuerzos de los países en desarrollo para poner en práctica la convención (Artículo 32).

Con objeto de asegurar la aplicación y la vigilancia de la convención, los países deben designar un centro de coordinación local en el gobierno y crear un mecanismo nacional con ese fin (Artículo 33).

Un Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, compuesto de expertos independientes, recibirá informes periódicos de los Estados Partes sobre las medidas que estos hayan adoptado para cumplir sus obligaciones conforme a la convención (Artículo 34-39).

Un Protocolo Facultativo permite a personas o grupos de personas presentar peticiones al Comité una vez que esos hayan agotado todos los recursos internos disponibles.

Por todo ello, podemos concluir que, sus dispositivos de garantía, protección y amparo están vigentes y ahora corresponde darla a conocer y difundirla, para que las personas con



discapacidad, familiares y profesionales tomen conocimiento y conciencia de que cuentan con un nuevo instrumento para la eficacia de los derechos.

## EL TRABAJO SOCIAL CONSTRUYENDO CIUDADANÍA (*la intervención social desde la dimensión social*)

El Trabajo Social debe de seguir un modelo de intervención que sirva de guía para desarrollar sus actuaciones. El “modelo en Trabajo Social” es definido, según la literatura especializada, como un conjunto coherente de conceptos y pensamientos (teorías y actitudes) de acciones que dibujan una forma de hacer y ordenar la intervención social.

Tradicionalmente el Trabajo Social ha seguido, y sigue, en muchos casos, el modelo médico como una manera de afrontar la intervención social. A continuación veremos las características del modelo médico diferenciándolas del modelo de Trabajo Social en la intervención social:

Siguiendo a Cristina de Robertis y Henri Pascal (1994), el modelo médico se basa en un *saber teórico* acumulado que se traduce en términos de conocimientos (biología, psicología y patología). Conoce el cuerpo sano, las diferentes funciones y las distintas enfermedades. De estas últimas conoce las causas, las manifestaciones o síntomas y los medios de tratamiento. Estos conocimientos están limitados a lo que la investigación y la práctica médica producen. Este *saber* se articula en torno a la noción de *norma*. La norma en el modelo médico es la frontera que separa la “salud” de la “enfermedad”. La enfermedad es tratada con arreglo a la concepción de lo que es la salud, el cuerpo en buen funcionamiento. El modelo que se desprende de estos conocimientos acumulados y de la utilización de la escisión enfermedad-salud es de orden diverso: en primer lugar se trata de aplicar la norma y el saber a la situación “particular” del paciente. A continuación, se trata de decir de qué sufre la persona, de “diagnosticar su enfermedad”. Después de lo cual, apoyándose siempre en estos conocimientos, se prescribirá un tratamiento al enfermo que tiene como fin curarlo, y por tanto, reconducirlo a la norma. El médico es en esta coyuntura *aquel que sabe*, el que prescribe y el que curará los males que el otro sufre.

Este modelo es cuestionado en la actualidad por ciertos miembros del cuerpo médico que buscan otra relación entre médico y persona enferma: considerar a la persona en el conjunto de sus facetas biológicas, psicológicas y sociales y no solamente la enfermedad que ella sufre.

Siguiendo a De Roberis y Pascal (1994) podemos añadir que el modelo médico en el que se han inspirado los/as trabajadores/as sociales desde hace décadas, implicaba la transposición de las ideas, actitudes y acciones del dominio físico al dominio social. Cogiendo los términos médicos se ha realizado un *diagnóstico social* y *tratamiento social*. Hemos intentado elaborar un saber organizado de las “enfermedades sociales”. Pero además esta transferencia implica posicionarse con respecto al otro. El/la profesional del Trabajo Social se le presupone como aquél que tiene el poder de “curar” al otro. A fuerza de buscar la norma que nos permitiría distinguir al enfermo del sano (*al inadaptado del adaptado, al loco del cuerdo, al marginal de los que no se separan de la norma*) tal vez se ha dejado de ver un aspecto esencial: el movimiento que existe en toda sociedad con sus mecanismos propios, y sus repercusiones sobre los individuos y los grupos que la componen.

El modelo de Trabajo Social en la intervención social se distingue del modelo médico

por dos elementos de fondo: primero, el lugar y el poder atribuidos al trabajador/a social, y segundo, la consideración prioritaria de los aspectos positivos y dinámicos de la situación del/a usuario/a, cliente/a, ciudadano/a.

La acción del/a trabajador/a social no comienza después del diagnóstico. Su intervención se inicia desde el primer contacto con el usuario/a. La mirada, la acogida, la manera de presentarse, la calidad de la escucha, las preguntas planteadas, modifican ya algo, cambian la imagen que el usuario/a tiene de sí mismo y de su entorno. La intervención social se inicia inmediatamente, sin esperar las etapas de recolección de datos, sin que el profesional haya tenido tiempo de reconocer las personas o las situaciones de manera profunda. El/la trabajador/a social puede llegar un poco como *intruso* en un contexto del que no conoce previamente las circunstancias. Los/as usuarios/as no solamente son los que conocen la situación, también son ellos/as los/as que conocen las soluciones más apropiadas para sus problemas, y las que convienen mejor a sus deseos y proyectos.

La situación del/a trabajador/a social no es, entonces, la de la persona que sabe, que va a aportar remedio, que va a curar. Se ha convertido en aquel que va a descubrir una situación desconocida, que va a examinar esta realidad con los interesados, que va a interpelarlos para encontrar las soluciones más adaptadas y que en el curso de ese proceso va introducir cambios, pero va también a ser él mismo modificado gracias al intercambio y al juego de reciprocidades.

El segundo elemento importante que se distingue de la intervención del modelo médico es la toma en consideración prioritaria de los aspectos positivos y dinámicos de la situación de la persona a la que atendemos. La herencia del modelo médico y psicoterapéutico nos ha condicionado fuertemente a analizar toda la situación social en términos de patología y de enfermedad. Nos hemos vuelto capaces de percibir todo lo que se aleja de las normas sociales admitidas en un lugar y en un tiempo dado.

Esta manera de poner de relieve la “patología social” implica la existencia de una idea de “salud social”, de la vida social que se ha conocido, que no se tiene ya, que se ha perdido, que se añora aún y que se desea reencontrar.

El modelo de intervención social desde el Trabajo Social toma como base de apoyo los elementos positivos y dinámicos existentes, tanto en una intervención con individuos y familias como con unidades de vida social más amplias. En lugar de centrar la acción en los puntos “enfermos” o “desorganizados”, se centra en los cambios en curso, en las modalidades particulares de la comunicación y de relación entre las personas y los grupos, en las potencialidades, en sus dinanismos. Esta voluntad de enfocar lo positivo constituye un cambio radical de aproximarnos en Trabajo Social y necesita de una nueva perspectiva por parte de los/as profesionales.

Este modelo de Trabajo Social preconiza ponerse de entrada en una posición activa y optimista, y arrastrar hacia esta perspectiva a los/as usuarios/as. Se trata de valorar los aspectos positivos, de utilizar un pequeño cambio, por mínimo que sea, como palanca de dinanismos nuevos (De Roberis y Pascal, 1994: 18-22).

El quehacer profesional en la acción-intervención social puede y debe articularse de modo que constituya una verdadera mediación entre las personas y los grupos sociales, las instituciones y la ciudadanía. Esto supone, de un lado, que las prácticas sociales que promuevan participen de una visión holística e integral, asegurando el máximo aprovecha-

miento posible de las potencialidades inherentes a los sujetos y de los recursos existentes en un determinado medio; y, de otro, que sus realizaciones se inscriban en un proceso donde las personas sean vistas como agentes activos y potenciales y no como pacientes de problemas o receptores de soluciones diseñadas por los/as profesionales.

Los derechos y los deberes que “regulan” los códigos deontológicos, en los que presuponen de compromisos y responsabilidades de los/as profesionales en y con la sociedad, son elementos fundamentales en este proceso, al invocar expresamente a la coherencia de actuar profesionalmente sin vulnerar la dignidad de los implicados, con criterios de libertad, justicia y equidad (Caride Gómez, 2007:298-300).

## LOS PRINCIPIOS DEL TRABAJO SOCIAL (*una brújula para el/la profesional*)

Como nos muestran Lázaro Fernández et. al (2007:149-162), en los comienzos de la profesión los valores y la ética del Trabajo Social se resumían en la enumeración de los principios acerca de cómo el/la trabajador/a social debía de tratar a las personas que requerían sus servicios. En la actualidad la intervención se ha diversificado mucho, y como hemos visto, requiere tener en cuenta multitud de puntos de vista y paradigmas ideológicos para una correcta actuación profesional.

No obstante es conveniente tener en cuentas estos principios a la hora de trabajar:

- Reconocer el valor de las personas cualesquiera que sean sus circunstancias, condición, opinión política, creencias, conducta, haciendo lo posible por fomentar en ellas el sentimiento de dignidad y de respeto propio.
- Respetar las diferencias entre los individuos, grupos y comunidades tratando de conciliarlas con el bienestar común.
- Fomentar el propio esfuerzo como medio de desarrollo en las personas, del sentimiento de confianza en sí mismas y su capacidad para afrontar situaciones.
- Promover oportunidades para una vida más satisfactoria en las circunstancias particulares en que se encuentre las personas, los grupos y las comunidades.
- Aceptar el deber profesional de trabajar en pro de la aplicación de medidas sociales, con objeto de brindar a toda persona la posibilidad de hacer mejor uso posible de su medio y de sus propias actitudes.
- Respetar la confidencia de la relación profesional.
- Utilizar la relación profesional para ayudar a los individuos, a los grupos y a las comunidades a alcanzar su libertad y la confianza en sí mismos, y no se tratar de manejarlos para que se adapten a un sistema preestablecido.
- Hacer un uso responsable de la relación profesional con mirar a promover el mayor bien para las personas y para los intereses de la sociedad.

Muy relacionado con los principios del Trabajo Social, encontramos los *principios éticos*. Estos principios intentan ser regulados por los códigos profesionales que orientan de forma estructurada y sistemática aquellos aspectos que se refieren a las relaciones del profesional consigo mismo, con la institución para la que trabaja y con la sociedad. En ellos están contenidos los derechos y los deberes específicos. Suelen incorporar en su articulación

dos niveles, por una parte están los valores y los principios generales, con un alto grado de “abstracción” y que sirven para guiar la conducta profesional a grandes trazos, y por otra parte ofrecen un nivel de “concreción” en el que se sitúan las normas y obligaciones que sirven para explicitar lo necesario en cada una de las áreas en las que se desarrolla la acción profesional. Entre los principios generales destacan los siguientes (Lázaro Fernández et. al 2007: 148-153):

1. *Principio de Beneficencia:* La palabra beneficencia se podría traducir como “hacer el bien”. El profesional quiere actuar beneficiosamente buscando obtener determinados bienes para la sociedad a la que pertenece y que son inherentes a su propia actividad. Este principio puede ser considerado como la expresión normativa de la finalidad de la profesión y hace referencia a la intención fundamental de todo/a profesional. A cada profesión le es asignada la búsqueda de ciertos bienes y para conseguirlo cuenta con ciertos medios que son los conocimientos e instrumentos técnicos disponibles para que los/as profesionales puedan alcanzar el fin que se proponen, en su práctica específica. En el Trabajo Social, la actuación profesional ha de beneficiar a las personas a quienes se dirige y al mismo tiempo contribuir a incrementar el bienestar general de la sociedad.

2. *Principio de Autonomía:* Articula los derechos de las personas a tomar decisiones, a no ser considerados como sujetos pasivos que se limitan a aceptar las decisiones tomadas por el/la profesional, sino a ser sujetos, agentes de derecho, ser informados y a que sus puntos de vista sean tenidos en cuenta en la toma de decisiones que les afectan particularmente. Cuando este principio es respetado se establece una buena relación profesional, seleccionando las estrategias junto con los interesados implicados en el proceso. Se ha de tener en cuenta que para que se pueda tomar una decisión autónoma son necesarias ciertas condiciones: querer, saber y poder.

- La persona debe querer hacer algo, conseguir una cosa, tener una motivación para mejorar sus condiciones de vida.

- La persona ha de contar con la información precisa para llevar a cabo su propósito, conocer varias alternativas para seleccionar la más pertinente y prever las consecuencias si no toma la decisión prevista.

- La persona debe tener la *capacidad* para realizarlo. No basta con saber y querer sino también poder. Son necesarias determinadas habilidades y en adquirirlas los/as trabajadores/as sociales pueden prestar una ayuda decisiva trabajando la autoestima, la motivación y acompañando a la persona para que lleve a cabo la decisión tomada.

Los/as trabajadores/as sociales, en gran medida, son percibidos como meros distribuidores de recursos públicos y con poca relación profesional.

Existe una perspectiva de carácter “general” en la que se articulan las necesidades de las personas con los recursos disponibles. En la gestión de los recursos, el/la trabajador/a social ve limitada sus posibilidades de actuación ya que no es el responsable último (por lo general) de fijar los criterios de su distribución. Se encuentra coartado por las condiciones impuestas por la institución y por las presiones de unos destinatarios que, desde una situación de precariedad, a veces extrema, no pueden entender ni admitir las condiciones impuestas por quienes sustentan el poder político. Todo ello crea un serio conflicto al profesional que conoce de cerca la necesidad que se plantea y pese a ello se ve obligado a recortar o denegar una prestación en virtud de unas directrices administrativas determinadas o por un recorte presupuestario en las partidas destinadas a tal fin.

El/la trabajador/a social sabe que el contexto político e ideológico influyen en la profesión y sabe también que con su ejercicio profesional contribuye “lentamente” a la transformación de la sociedad en su conjunto que es el marco en donde se generan las injusticias contra las que está trabajando desde su implicación profesional.

Una de las señas de identidad de la profesión es, o debería ser, el compromiso con la justicia social, ello supone la lucha por construir una sociedad donde:

- Quepan todas las personas (diseñada para la diversidad),
- Haya igualdad,
- Una distribución equitativa de los recursos,
- Un acceso generalizado a los bienes básicos,
- Disminuyan las desigualdades sociales.

En este sentido, no podrá obviarse que en las profesiones sociales y en las iniciativas que promueven late un decidido afán reivindicativo: cohesionar a personas y sociedades en torno a iniciativas y valores que promuevan una mejora significativa del bienestar colectivo y, por extensión, de todas aquellas circunstancias que posibiliten su participación en la construcción de una ciudadanía más inclusiva, plural y crítica.

De lo que se deduce y espera que el Trabajo Social ha de ser una profesión que debe hacerse *en, con, por y para* la sociedad. En cualquier caso, asumiendo que se trata de una tarea profundamente desafiante y comprometida, exponente de un ejercicio profesional que debe mirar al futuro enfatizando el protagonismo a la ciudadanía y a los principios que sustentan la ética pública y la deontología profesional.

El Trabajo Social no puede limitar la definición de su identidad a los aspectos técnicos e instrumentales, ni tampoco, únicamente relacionando su quehacer con la puesta en práctica de una serie de competencias y destrezas aprendidas durante la formación y práctica profesional. Además se precisa disponer de metas internas, valores, actitudes, principios y comportamientos que son propios del ejercicio de la profesión en su relación con la ciudadanía, especialmente cuando dicho ejercicio se articula en torno a sus derechos a una vida digna y de calidad (Caride Gómez, 2007).

Como trabajadores/as sociales, es el momento de reflexionar sobre el papel que estamos desempeñando y nuestra parte de responsabilidad en la (re)producción de las limitaciones y desconciertos que esta reestructuración del sistema de protección social de la dependencia y la reorganización del cuidado está desencadenando (Fuentes Gutiérrez, Muyor Rodríguez, Galindo Zamora, 2010).

## A MODO DE CONCLUSIONES (*haciendo camino al andar*)

En primer lugar, tal y como se ha intentado mostrar, antes de analizar desde el Trabajo Social la discapacidad, es imprescindible partir desde las consideraciones epistemológicas o teóricas. Interrogarnos sobre cómo definimos la discapacidad (representación simbólica) y qué usos prácticos se le dan a ese constructo (representación estructural), nos permite posicionarnos sobre los procesos sociales a través de los cuales se llega (o no) a garantizar los derechos de ciudadanía de las personas con discapacidad.

La discapacidad se establece como un concepto relativo cuyos significados dependen

del contexto histórico, social y cultural en el que se estudie. En este sentido hemos visto cómo la discapacidad se ha fundamentado en lo biológico, centrando la atención sobre el individuo y sus *deficiencias*, o en lo social donde la *discapacidad* representa un sistema complejo de restricciones sociales discriminatorias impuestas a este colectivo (Oliver 1990). Bajo estos dos supuestos hemos podido identificar, históricamente, unos modelos teóricos de la discapacidad que han originado diversas maneras de tratar a este colectivo.

La perspectiva social de la discapacidad no ha evolucionado lo suficiente como para orientar las políticas sociales y eliminar las discriminaciones que sigue sufriendo el colectivo. Por tanto, tomando las ideas establecidas en el modelo social, pero conscientes al mismo tiempo de su limitación teórica, Palacios y Romañach, (2006) presentan un modelo algo más avanzado. Se trata del *modelo de la diversidad*, basado en la riqueza de la diversidad y en el concepto de dignidad. El paso más importante que introduce este nuevo modelo es el cambio del discurso desde el concepto de capacidad (modelo social), al concepto de dignidad como elemento clave para la plena participación y aceptación social, y el uso de la bioética como herramienta fundamental del cambio. Los principios del modelo social coinciden plenamente con este modelo, ya que ambos parten de la idea de que la diversidad funcional (discapacidad) es una cuestión de Derechos Humanos (Iáñez, 2009). No obstante creemos oportuno resaltar que si bien el modelo social fundamenta su ideología normativa, en base a la igualdad de oportunidades y la accesibilidad universal, el modelo de la diversidad, partiendo de estos fundamentos, eleva la discriminación por motivos de discapacidad como una cuestión de vulneración de los Derechos Humanos.

Estos modelos, si bien sus orígenes se pueden identificar históricamente, conviven en la actualidad y son usados para orientar las filosofías de las políticas públicas sobre discapacidad. En relación a esto, encontramos el segundo de los planteamientos principales de este trabajo. A través del análisis de las políticas públicas de discapacidad relacionadas con los Servicios Sociales también podemos conocer las formas de responder a las necesidades de este colectivo en un contexto determinado.

*La Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad* de 2006 puede considerarse como un instrumento de cambio en la visión social y el papel que desempeñan las personas con discapacidad en la actualidad. Este enfoque es importante para el Trabajo Social ya que puede (y debe) orientar los Servicios Sociales y las actuaciones que en ellos se lleven a cabo con este colectivo.

Los/as trabajadores/as sociales tenemos que desarrollar nuestra labor como agentes activos de cambio de la realidad social, teniendo como perspectiva los derechos de ciudadanía. Este planteamiento nos sitúa ante el reto de transformar la mentalidad tradicional (representaciones simbólicas) de la sociedad (en la que se incluyen los propios profesionales e incluso, las familias y personas con discapacidad). Debemos superar la ideología en clave de *guetos* o categorizaciones estancas para pensar en políticas y actuaciones que incluyan la diversidad de la sociedad en la que (con)vivimos (Muyor Rodríguez, 2011c).

Realizar una praxis profesional desde la mirada de los derechos humanos, la dignidad de las personas y los principios de la profesión es un objetivo primordial para mejorar las condiciones de vida de las personas con discapacidad en igualdad que el resto de personas.

En cualquier caso, estas reflexiones no son una propuesta cerrada e imperativa, sino que deseamos acercar a los/as profesionales del Trabajo Social a un (¿nuevo?) modo de intervención basado en derechos y que genere derechos. Un quehacer profesional que actúe

contra los factores estructurales que forjan la exclusión social. El Trabajo Social es capaz de destruir, construir e instruir. El reto, hoy, es elegir el papel que queremos desempeñar.

## BIBLIOGRAFÍA

Abberley, P. (2008). El concepto de opresión y el desarrollo de una teoría social de la discapacidad. En Barton, L. (Comp.), *Superar las barreras de la discapacidad*. (pp. 34-50). Madrid: Morata.

Albrecht, G., Seelman, K., & Bury, M. (Eds) (2001). *Handbook of Disability Studies*. London. Sage Publications.

Barnes, C., Mercer, G. Y Shakespeare, T. (1997). *Exploring disability. A sociological introduction*. Cambridge, United Kingdom. Polity Press.

Barton, L. (Comp.) (1998). *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata/Fundación Paideia.

Bradley, E. (1995). "The ICIDH: Format, application in different settings and distinction between disability and handicap". *International Disability Studies*, 9, 122-125.

Campello García, L. (2007). "La Dependencia en el contexto actual". En Zabaleta Beraza, Rodríguez González y Muradás López (ed.) *Experto en Atención a la Dependencia*. Santiago de Compostela.

Caride Gómez, J.A. (2007). "Los profesionales de la acción-intervención social". En Zabaleta Beraza, Rodríguez González y Muradás López (ed.) *Experto en Atención a la Dependencia*. Santiago de Compostela.

Corker, M. (1998). *Deaf and disabled or deafness disabled?* Buckingham, UK. Oxford University Press.

Davis, L.J. (1997). *The disability studies reader*. NewYork. Routledge.

De Asís Roig, R. y Palacios, A. (2007). *Derechos Humanos y Situaciones de Dependencia*. Madrid: DYKINSON S.L.

De Asís, R. (2008, Diciembre 10). La convención sobre discapacidad obligará a España a cambiar al menos siete leyes orgánicas. *Servimedia*. Extraído de <http://www.convenziondiscapacidad.es/noticias.html>

De Robertis, C. y Pascal, H. (1994). *La intervención colectiva en trabajo Social: La acción con grupos y comunidades*. Buenos Aires: El Ateneo.

Díaz, E. Jiménez, A. y Huete, A. (2009). Sociología de la discapacidad: ciudadanía, diversidad e igualdad. Fundamentos teóricos y metodológicos. En Verdugo Alonso, M.A. (Coord.) *Mejorando resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. (pp-289-307). Salamanca: Armarú.

Drake, R.F. (1998). Una crítica del papel de las organizaciones benéficas tradicionales. En Barton, L. (com) *Discapacidad y Sociedad*. Pp. 161-180. Madrid: Morata.

Fuentes Gutiérrez, V., Muyor Rodríguez, J. y Galindo Romero, Z. (2010). "El Trabajo Social y las nuevas formas de reorganización del cuidado. Una aproximación a propósito de la -ley de Dependencia". *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*. 17, pp. 83-102.

Huete, A., Díaz, E. y Jiménez, A. (2009). Discapacidad en contextos de multiexclusión. En Verdugo Alonso, M.A. (Coord.) *Mejorando resultados personales para una vida de calidad: VII Jornadas científicas de investigación sobre personas con discapacidad*. (pp-271-288). Salamanca: Armarú

Iáñez Domínguez, A. (2009). *Prisioneros del cuerpo. La construcción social de la diversidad funcional*. A Coruña: Diversitas Ediciones.

Imrie, R. (1997). "Rethinking the relationships between disability, rehabilitation and society". *Disability and Rehabilitation*, 19, 263-271.

Laín Entralgo, P. (1961) *Enfermedad y pecado*, Barcelona. Toray

Lázaro Fernández, S., Rubio, E., Juárez, A. Martín, J. y Paniagua, R. (2007). *Aprendiendo la práctica del Trabajo Social*. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía y Atención a las personas en situación de dependencia.

Maraña, J.J. (2004). *Vida Independiente. Nuevos modelos organizativos*. España. Asociación Iniciativas y estudios sociales.

Marks, D. (1997). "Models of disability". *Disability and Rehabilitation*, 19, 85-91.

Muyor Rodríguez, J. (2009). Envejecimiento y Diversidad Funcional (discapacidad). En Funes Jiménez, Barranco Carrillo, Muyor Rodríguez Y Pérez Morcillo (coords). *El Trabajo Social en la Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia con Personas Mayores*. Jaén. España: Colegio Oficial de Diplomados/as en Trabajo Social de Jaén. pp. 108-136.

Muyor Rodríguez, J. (2010). "Entre bioética, biopolítica y ética profesional: Sobre el proceso de discapacidad como constructo y su relación con el Trabajo Social"; En *Revista de Trabajo Social y Salud*. Nº 66, pp 279-314.

Muyor Rodríguez, J. (2010b). "Aproximaciones a la figura del Asistente Personal: Elemento clave para la Vida Independiente y la Promoción de la Autonomía de las personas con diversidad funcional (discapacidad)". *Revista Trabajo Social Difusión*, nº 78, pp. 16-21.

Muyor Rodríguez, J. (2011). "Intervenir en la vida de otros: Trabajo Social, Discapacidad y Derechos Humanos". *Trabajo Social Difusión*, nº 87, pp.17-22.

Muyor Rodríguez, J. (2011b). *Los (¿nuevos?) escenarios del Trabajo Social en la discapacidad: Derechos Humanos, Política Social y Servicios Sociales*. Manuscrito enviado para su publicación.

Muyor Rodríguez, J. (2011c). La práctica profesional del Trabajo Social ante las situaciones de Dependencia. En Muyor Rodríguez, J. y Funes Jiménez, E. *Especialización en Trabajo Social Gerontológico: Políticas, Gestión e Intervención en Autonomía y Dependencia*. Jaén: Colegio Oficial de Diplomados/as en Trabajo Social de Jaén.

Moore, M., Beazley, S. Y Maelzer, J. (1998). *Researching disability issues*. Buckingham. Open University Press.

Naciones Unidas. (2006). *Convención Internacional sobre los derechos de las Personas con Discapacidad*. Extraído el 18 de Marzo, 2009 de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/rights/convtexts.htm#convtext>



Nóvoa Romay, J.A. (2008). "Reflexión sobre el nuevo trato social para los derechos humanos (asentado sobre la Convención de Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad)". Disponible en web: [http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/reflexion\\_sobre\\_nuevo\\_trato\\_social.html](http://www.minusval2000.com/relaciones/vidaIndependiente/reflexion_sobre_nuevo_trato_social.html)

Oliver, M. (1990). *The politics of disablement*. Londres. Macmillan

Oliver, M. (1992). "Changing the social relations of research production". *Disability, Handicap, and Society*, 7(2), 101-114.

Oliver, M. (1996). *Understanding Disability. From theory to practice*, Palgrave, Malasia.

Oliver, M. (1998). "¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada?" En L. Barton (Ed.), *Discapacidad y sociedad*. Madrid. Morata/Fundación Paideia. pp. 34-58.

Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Madrid: IMSERSO.

Palacios, A. y Romañach. J. (2006). *El Modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. España. Ediciones Diversitas-AIES.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasma-ción de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*. Madrid. CERMI

Pérez Bueno, L. C. (2010). *Discapacidad, Derecho y Políticas de inclusión*. Madrid: CINCA.

Puig De La Bella Casa, R. (1990). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la Discapacidad. En Casado et al. *Discapacidad e información*. Madrid: Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías, pp. 63-96.

Rodríguez Díaz, S. y A.V. Ferreira, M. (2010). "Diversidad funcional: Sobre lo normal y sobre lo patológico en torno a la condición social de la discapacidad". *Cuadernos de Relaciones Laborales*. Vol. 28. Nº 1. Pp 151-172.

Rodríguez Díaz, S. y A.V. Ferreira, M. (2010b). "De la dis-capacidad hacia la diversidad funcional. Un ejercicio de dis-normalización. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*. Vol. 68, nº2. Pp 289-309.

Romañach, J. (2009). *Bioética al otro lado del espejo: la visión de las personas con diversidad funcional y el respeto a los derechos humanos*. Santiago de Compostela. Diversitas Ediciones.

Vidal García, J. (2003). "Introducción". En Vidal García Alonso, J. (coord.), *El movimiento de Vida Independiente. Experiencias Internacionales*. Madrid. Ed. Fundación Luis Vives. pp. 29-51.