

DISCAPACIDAD: CONTEXTO,
CONCEPTO Y MODELOS*

DISABILITY: CONTEXT, CONCEPT AND MODELS

ANDREA PADILLA-MUÑOZ**

Fecha de recepción: 1 de febrero de 2010

Fecha de aceptación: 1 de abril de 2010

PARA CITAR ESTE ARTÍCULO / TO CITE THIS ARTICLE

Andrea Padilla-Muñoz, *Discapacidad: contexto, concepto y modelos*, 16 *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, 381-414 (2010).

* Artículo de revisión desarrollado en el marco de los estudios doctorales de la autora en la Facultad de Ciencias Jurídicas de la Pontificia Universidad Javeriana.

** Abogada, Universidad de los Andes. Master of Laws, LL.M., Universidad de Londres. Máster en Mediación Europea, Suiza. Doctoranda Ciencias Jurídicas, Facultad de Ciencias Jurídicas, Pontificia Universidad Javeriana.
Contacto: pad_andrea@yahoo.com.

RESUMEN

El artículo revisa el concepto de discapacidad y sus diferentes modalidades (deficiencia, discapacidad y minusvalía), provee una contextualización del ámbito colombiano e internacional, describe brevemente el marco histórico del problema y los diversos modelos que han servido como referente para el estudio de la discapacidad, introduciendo componentes de las ciencias jurídicas que nos ayudan a pensar en la evolución del concepto y evidenciar su heterogeneidad. A lo largo del artículo se presentan algunos de los marcos jurídicos nacionales e internacionales sobre esta problemática y se introduce el tema de los derechos de las personas con discapacidad.

Palabras clave autor: Discapacidad, derechos, derecho inclusivo, historia de la discapacidad, modelos.

Palabras clave descriptor: Personas con discapacidad, derechos civiles, derechos humanos.

ABSTRACT

The Disability concept and its different forms (impairment, disability and handicap) are reviewed. The problem is studied from an international and Colombian context, and a brief historic overview of the problem is provided. The description of the models that have served as basis for disability studies are described. Legal topics are introduced as an aid to evaluate the evolution of disability concept and its heterogeneity. Finally national and international legal frames are described and the rights of people with disabilities are introduced.

Key words author: *Disability, rights, rights of inclusion, disability history, models.*

Key words plus: *People with disabilities, Civil Rights, Human Rights.*

SUMARIO

INTRODUCCIÓN.- I. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD.- *A. Apuntes desde la historia sobre el concepto de discapacidad.- B. Definición de discapacidad.-* II. MODELOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD.- *A. Modelo médico-biológico.- B. Modelo de discapacidad social.- C. Modelo de las minorías colonizadas.- D. Modelo Universal de discapacidad.- E. Modelo biopsicosocial.-* CONCLUSIONES.- BIBLIOGRAFÍA.

Queremos unir a todas las personas con discapacidades para que trabajen juntas y vayan hacia adelante. Eso, en realidad, es independencia. Nuestra filosofía es disfrutar de igualdad en la vida, tener igualdad de oportunidades y participación plena, como los demás, en todos los ámbitos de la vida. Creemos que debemos elegir por nosotros mismos. Y esperamos no tener que seguir siendo participantes pasivos o meros receptores de servicios. Deberíamos ser los organizadores activos.

KAREN NGAI, REHABILITATION ALLIANCE, HONG KONG¹

INTRODUCCIÓN

La discapacidad es una situación heterogénea que envuelve la interacción de una persona en sus dimensiones física o psíquica y los componentes de la sociedad en la que se desarrolla y vive. Incluye un sinnúmero de dificultades, desde problemas en la función o estructura del cuerpo —por ejemplo, parálisis, sordera, ceguera o sordoceguera—, pasando por limitaciones en la actividad o en la realización de acciones o tareas —por ejemplo, dificultades suscitadas con problemas en la audición o la visión—, hasta la restricción de un individuo con alguna limitación en la participación en situaciones de su vida cotidiana.

Esta situación es compleja, heterogénea, dependiente del medio y la cultura y de difícil evaluación. Tiene un gran espectro ante el cual todos somos susceptibles en mayor o menor grado: aquel que tiene un problema oftalmológico (por ejemplo, vicio de refracción) tendrá dificultades para ver una película o filminas en un aula de clase, si no lleva sus gafas, en tanto que éste se corregirá si las tiene consigo, es decir, por un momento estuvo discapacitado y en otro, no. Otros problemas pueden ser pasajeros, como la discapacidad que se produce durante unos meses después de que una persona es intervenida quirúrgicamente por una hernia discal, que le imposibilita deambular, que amerita quietud en una persona que se desempeña como conductor. Así

1 Organización de Naciones Unidas, ONU, *La ONU y las personas con discapacidad* (en línea) (3 de diciembre de 2008). Recuperado el 24 de febrero 2009 de <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled>.

mismo, otras discapacidades pueden ser incapacitantes para algunas labores y para otras, no —por ejemplo, una parálisis de la mano izquierda en una persona diestra puede ser poco incapacitante para un abogado, pero mucho más para un cirujano o un aviador—.

Los grados de discapacidad serán diferentes si existe o no rehabilitación; así mismo, estarán influidos en gran parte si la persona vive en área rural o urbana, en un país desarrollado o en uno en vías de desarrollo. Ejemplo de ello serían una persona con parálisis de ambas piernas que vive en el área rural de un país en vías de desarrollo y otra que vive en Estocolmo.

Las clasificaciones de las discapacidades han sido diversas y en pleno desarrollo. Durante la 54 Asamblea Mundial de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se optó por cambiar el nombre de la segunda edición de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2):² Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), y se insta a los Estados miembros de la OMS, cuando proceda, a usar la CIF en investigación, vigilancia y notificación.³

Ésta es una clasificación que se basa en la salud y en dominios relacionados con la salud, dispuesta desde las perspectivas del cuerpo, el individuo y la sociedad. A su vez, tiene dos listas: (a) de las funciones y estructura del cuerpo y (b) los dominios de la actividad y participación, que se desarrollan en un contexto o ambiente. La CIF fue concebida como medida estándar para evaluar salud y discapacidad tanto individual como poblacionalmente, y fue aceptada por los 191 países miembros de la OMS, el 22 de mayo de 2001, durante la citada Asamblea de la OMS.⁴ Además, se admitió como una de las clasificaciones sociales de

2 World Health Organization, WHO, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease* (WHO, Geneva, 1980).

3 Novena sesión plenaria. *54 Asamblea Mundial de la Salud (22 mayo de 2001)*. Recuperado el 22 de enero de 2009 de: <http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>.

4 World Health Assembly, *Resolution 54.21*. Recuperado el 2 de febrero de 2009 de <http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>.

las Naciones Unidas, que incorpora las *Normas uniformes para la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*.⁵

Al dar nuevas vías de interpretación a las nociones de salud y discapacidad, la CIF puso de relieve que la discapacidad no sólo le puede ocurrir a una minoría de personas, sino que es producto del declive o dificultades en la salud de cualquier persona y ante lo cual se experimenta algún grado de discapacidad. De esta manera, es un fenómeno universal, más que particular. Este concepto nos pone frente a un modelo dimensional (espectros que van desde la no discapacidad hasta la total incapacidad, por ejemplo, muerte cerebral), más que frente a uno categórico (tener o no discapacidad). Por otra parte, esta clasificación tuvo la virtud de cambiar el enfoque de la causa al efecto (impacto) y obligó a medir las consecuencias con una regla común.

Por otra parte, la CIF nos lleva a pensar más ampliamente en el fenómeno de la discapacidad (al sacarlo del modelo médico o biológico tradicional), a incorporar aspectos sociales y contextuales (medio donde se vive, etc.) y, por supuesto, a pensar esta problemática más ampliamente desde la perspectiva del derecho (principios básicos, desarrollo, social y legal). No en vano el Día Internacional de las Personas con Discapacidad (3 de diciembre de 2008) tuvo como tema central la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad: dignidad y justicia para todos.⁶

Este artículo pretende contextualizar la situación de la discapacidad, evidenciar la evolución del concepto en el marco de una breve reseña histórica, definir sus alcances, su heterogeneidad y

5 Organización Mundial de la Salud, OMS, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF*, 7 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, Madrid, 2001).

Organización de Naciones Unidas, ONU, *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad* (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1988).

6 Mensaje del Secretario General relativo al Día Internacional de las Personas con Discapacidad, 3 de diciembre de 2008. Recuperado el 13 de abril de 2009 de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1460>.

modelos comprensivos, y a lo largo del texto, esbozar los puentes de esta temática con los derechos.

I. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA DISCAPACIDAD

La magnitud del tema que nos ocupa podemos resumirla de acuerdo con algunos de los puntos reportados por la OMS, en su 58 Asamblea Mundial sobre Salud, en abril de 2005⁷ y otros escritos sobre el tema:⁸

- a. Alrededor de 600 millones de personas en el mundo (85 millones en América Latina) presentan alguna discapacidad. Esto es alrededor de 10% de la población mundial. De éstas, el 80% vive en países pobres y corresponde a personas de bajos ingresos. Muchas no tienen acceso a servicios de rehabilitación y procuran en su diario vivir llenar sus necesidades básicas, como la alimentación y la vivienda.
- b. Las personas con discapacidad están aumentando por diversos motivos: conflicto armado, minas antipersona, desnutrición, VIH-sida, enfermedades crónicas y desastres naturales, entre otros. Esta tendencia ha creado gran demanda de servicios de salud.
- c. La OMS tiene como objetivo garantizar iguales oportunidades y promocionar los derechos humanos de las personas con discapacidad. En particular, procura implementar tres reglas estándar en la equidad de oportunidades para personas con discapacidad, promulgadas como guías en salud, educación,

7 Fifty-Eight WHO Assembly, A58/17, 14 de abril de 2005, *Disability, Including Prevention, Management and Rehabilitation* (en línea). Recuperado el 2 de julio de 2008 de http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17-en.pdf.

Agenda Fifty/Eight WHO, 16 de mayo de 2005, *OMS, EB114/2004/REC/11, Resolution EB114.R3, and A58/17*. Recuperado el 5 de julio de 2008 de http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17Rev1/en.pdf.

8 Gerard Quinn & Theresia Degener, *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad* (Naciones Unidas, Nueva York, 2002).
Alicia Amate & Armando Vásquez, *Discapacidad en América Latina: lo que todos debemos saber* (Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington, 2006).

- trabajo y participación social.⁹ Éstas son: Regla 1. Cuidado médico, Regla 2. Rehabilitación, y Regla 3. Servicio de apoyo (instrumentos para rehabilitación).
- d. La OMS asesora a los Estados miembros en la implementación de políticas que favorezcan la participación de la comunidad. Esta estrategia de rehabilitación basada en la comunidad se ha implementado en 90 países. (Comité Internacional para la Revisión de la Rehabilitación Basada en la Comunidad, Helsinki, 2003).¹⁰
 - e. Los servicios de rehabilitación están descritos e incluidos en la Declaración de Alma-Ata, sobre el cuidado primario de salud, de 1978. Así, el personal de salud del nivel primario debería entrenarse para integrar actividades de rehabilitación.¹¹ Por otra parte, fomenta que los Estados miembros puedan proveer un sistema de producción, distribución y suministro de dispositivos auxiliares (sillas de ruedas, prótesis, dispositivos para audición, etc.) de buena calidad y a precios asequibles.
 - f. La OMS apoya la Convención de las Naciones Unidas de 2001 para promover y proteger los derechos y la dignidad de personas con discapacidad.¹²

En Colombia, Sarah Rodríguez-Ospina¹³ describe que en el Censo Nacional de Población y Vivienda (1993), unas 600.000 personas padecían de algún tipo de discapacidad grave, esto es, el 1,9% de la población de ese entonces. En este mismo documen-

9 United Nations General Assembly, *Resolution 48/96* (en línea), 20 de diciembre de 1993. Recuperado el 2 de julio de 2008 de <http://www.un.org/depts/dhl/spanish/resguids/resinssp.htm>.

10 World Health Organization, WHO, *International Consultation to Review Community/ Based Rehabilitation, CBR* (Helsinki, 25-28 de mayo de 2003). Recuperado el 5 de julio de 2008 de http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf.

11 Declaración de Alma Ata, septiembre de 1978. Recuperado el 5 de julio de 2008 de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>.

12 Convención Internacional Amplia e Integral para Promover y Proteger los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, 19 de diciembre de 2001. United Nations General Assembly, *Resolution 56/168*. Recuperado el 2 de julio de 2008 de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disA56168s1.htm>.

13 Sarah Rodríguez-Ospina, *Revisión de los estudios sobre la situación de discapacidad en Colombia, 1994-2001* (Red de Solidaridad Social, Asesora del Programa de Discapacidad, Bogotá, 2002).

to, la Consejería Presidencial para la Política Social estimó en 781.435 el número de personas con algún tipo de discapacidad. No obstante, estas cifras se han discutido en otros documentos.¹⁴ Por otra parte, el Censo de 2005 describió que el 6,3% de la población tenía algún tipo de discapacidad, lo que lleva a pensar que Colombia tendría alrededor de 2'651.796 personas con discapacidad (población de referencia de 42'092.000 habitantes). De éstos se estima que el 43,2% tiene limitaciones visuales (lentes), seguidos de problemas para la marcha y la movilidad (29,5%).¹⁵ Así mismo, de éstos, el 71,2% tiene sólo una limitación; 14,5%, dos limitaciones; 5,7%, tres limitaciones, y 8,7%, cuatro o más.

Según Sarah Rodríguez-Ospina, las necesidades básicas insatisfechas constituyen un factor asociado como causa o consecuencia de la discapacidad. De este modo, la incidencia (casos nuevos al año) de discapacidad definitiva es del 8%, y es mayor en los hombres; además, la mayor proporción de discapacidad se debe a deficiencias sensoriales, seguidas de deficiencias físicas y de deficiencias cognitivas. La discapacidad se incrementa al aumentar la edad, pues el rango de edad con mayor discapacidad está entre los 46 y los 50 años. En general, presentan más dificultades de acceso al sistema educativo y laboral.

Si bien en el ámbito local el panorama de las personas con discapacidad es desalentador, lo es aún más en el ámbito global. Se ha cuestionado la no inclusión de la discapacidad entre las Metas del Milenio, que incluyen la pobreza y la exclusión social, que como conocemos están íntimamente relacionadas con la discapacidad, puesto que sólo entre el 1% y el 2% de los niños con discapacidad asiste a la escuela en países en vías de desarrollo y el 80% de las personas discapacitadas vive por debajo de la línea de la pobreza.¹⁶

14 Carmen Elisa Flórez, *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX* (Banco de la República, Tercer Mundo, Bogotá, 2000).

15 Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, *Censo General 2005. Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes* (DANE, Bogotá, 2006).

16 Naciones Unidas, *Objetivos de desarrollo del milenio. Erradicar la pobreza 2015* (en línea), 25 de septiembre 2008. Recuperado el 2 de diciembre de 2008 de <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

Por otra parte, se calcula que alrededor de la mitad de las personas con discapacidad corresponde al género femenino y tiene menos acceso a servicios esenciales como salud, educación y rehabilitación vocacional que los hombres discapacitados.¹⁷ De acuerdo con la Comisión Económica y Social de las Naciones Unidas para Asia y el Pacífico, UNESCAP, por su sigla en inglés: “*muchas (personas con discapacidad) están tan excluidas y alienadas de su propia sociedad que ya no son tratados y respetados como ‘ciudadanos’ de su propia sociedad*”.¹⁸

Por último, el 13 de diciembre de 2006 se llevó a cabo la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, cuyo propósito fue “*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 a su dignidad inherente*”.¹⁹ Los principios generales de esta Convención fueron:

- a. El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones y la independencia de las personas.
- b. La no discriminación.
- c. La participación y la inclusión plena y efectiva en la sociedad.
- d. El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas.
- e. La igualdad de oportunidades.
- f. La accesibilidad.
- g. La igualdad entre el hombre y la mujer.

17 Tanya Barron & Penny Amerena (eds.), *Disability and Inclusive Development* (Leonard Cheshire International, London, 2007).

Así mismo, *The International Disability and Human Rights Network* (en línea). Recuperado el 3 de diciembre de 2008 de *Disability Awareness in Action*: <http://www.daa.org.uk/index.php?page=left-justice>.

18 United Nations Economic and Social Commission for Asia and Pacific, UNESCAP, *Disability. A Global Perspective on Rights to Education and Livelihoods* (Conference Bangkok, Thailand, October 18, 2005).

19 Naciones Unidas, *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo*, marzo de 2007. Recuperado el 10 de junio de 2008 de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.

- h. El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.

Esta Convención fue firmada por Colombia el 30 de marzo de 2007 y por otros 81 países; 44 han firmado el protocolo facultativo y 30 lo han ratificado.

A. Apuntes desde la historia al concepto de discapacidad

José Luis Fernández-Iglesias, en su artículo *Historia, discapacidad y valía*,²⁰ describe cómo la discapacidad ha existido desde tiempos inmemoriales, pero que se ha generado un nuevo elemento vinculador a su evolución desde el aspecto de la valía.²¹ En la historia de la discapacidad, hay cambios drásticos en las legislaciones que han obedecido al pensamiento y creencias de la época respecto a la discapacidad.

El Código de Hammurabi, cuerpo legislativo de Babilonia del siglo XVII a. C. (1692 a. C), ya refería en la ley 2: “*Si uno embrujó a otro y no puede justificarse, el embrujado irá al río, se arrojará; si el río lo ahoga, el que lo ha embrujado heredará su casa; si el río lo absuelve y lo devuelve salvo, el brujo es pasible de muerte y el embrujado tomará su casa*”.²²

20 José Luis Fernández-Iglesias, *Historia, discapacidad y valía* (en línea), en *La imagen social de las personas con discapacidad*, 177-210 (Juan Antonio Ledesma, ed., Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI, Ediciones Cinca, Madrid, 2008). Disponible en: <http://www.joseluisfernandeziglesias.com/wp-content/uploads/2008/07/jlfi-la-imagen-social-de-las-personas-con-discapacidad.pdf>.

21 Según la Real Academia Española de la Lengua, *Válido: firme, subsistente y que vale o debe valer legalmente. Robusto, fuerte o esforzado*. Miguel Ángel Verdugo-Alonso et al., en *Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante*, hacen referencia a la cualidad de la persona que vale: *que tiene condiciones especialmente estimables, particularmente de carácter intelectual. Valer significa ser útil*, referido a personas supone tener más o menos mérito o inteligencia. Determinar el valor de una persona es un concepto totalmente subjetivo y que varía de unas sociedades a otras y de unas épocas a otras. Miguel Ángel Verdugo-Alonso, Carmen Vicent, Maribel Campo, Francisco de Borja Jordán de Urries-Vega, *Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante* (en línea) (2001). Disponible en <http://sid.usal.es/idos/F8/8.4.1-5021/8.4.1-5021.PDF>.

22 Código de Hammurabi, *Ley 2*. Recuperado el 2 de diciembre 2008 de <http://www.historiaclasica.com/2007/06/el-codigo-de-hammurabi-leyes-1-50.html>.

Más adelante, en la antigua Grecia (siglo IV a.C.), las personas con discapacidad, malformaciones o debilidad notoria eran sacrificadas a los dioses;²³ sin embargo, no se ha respondido la pregunta sobre si ello era un privilegio o, más bien, una forma de excluirlas de la sociedad por no poder adaptarse a ella. Los romanos regularon los efectos civiles de las personas con discapacidades mentales o cognitivas al crear la *curatela*, una institución para administrar los bienes de un *sui iuris púber* o incapaz de ejercer por sí solo sus derechos. Durante aquel tiempo, los discapacitados mentales (esto es, los privados de razón) se llamaban *furiosis*, y aquellos con limitaciones o pobre desarrollo de sus facultades intelectuales se denominaban *mente captus*.²⁴

En la tabla V del Código Decenviral se establece la *curatela* para los *furiosis* (*locos* o privados totalmente de la razón) y los pródigos, siendo éstos últimos los que malgastan y dilapidan los bienes. Para los primeros, la *curatela* la llevaba a cabo el *agnado* más próximo (*curatela legítima*) o, en su defecto, el gentil (*curatela dativa*); en el segundo caso, se le prohibía administrar su patrimonio (*interdicto honorum*) y la *curatela* se realizaba sólo en el caso de negocios que podrían acarrear detrimento patrimonial. Posteriormente, esta figura se extendió a los *mente capiti* (alteración mental sin privación total de la razón) y a los sordomudos. Por otra parte, el derecho romano reconoció en los *mente captus* la exención de la pena, así como de los *furiosus* y *demens* cuando estuvieran en crisis (fuera del estado de lucidez).²⁵

La historia nos ha mostrado cómo algunas enfermedades se han considerado de diversas maneras. Por ejemplo, la epilepsia, catalogada como un “*mal divino*” o “*mal caduco*”, puesto que las

23 L. Melgar, *Por una cultura de la minusvalía*, 9 *Revista Información Científica y Tecnológica*, 129, 10 (1987).

24 Eugène Petit, *Tratado elemental de derecho romano*, 260-261 (Albatros, Buenos Aires, 1975).

Roberto Vélez & Fabián Vélez, *Derecho romano. La curatela* (en línea). Recuperado el 3 de abril de 2009 de <http://derecho-romano.blogspot.com/2006/08/la-curatela.html>.

25 Emilssen González de Cancino, *Manual de derecho romano*, 254-255 (Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2003).

Carlos Medellín-Forero, *Lecciones de derecho romano*, 69-72 (Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1985).

convulsiones se interpretaban como del más allá. Así mismo, se pasó por aquellos que recomendaban la castración, la inquisición por una supuesta posesión demoniaca,²⁶ hasta llegar a hoy, cuando existen tratamientos eficaces para este problema. No obstante, carga la estigmatización de otras épocas y la discriminación que ello puede conllevar.²⁷

Durante la Edad Media se reemplazó al médico por el monje y se conservó la creencia de que los trastornos mentales se relacionan con lo diabólico y lo demoniaco. La Inquisición apoyó la exterminación de personas con discapacidad (por ejemplo, la enfermedad mental), al creerlas poseídas por algo diabólico; así mismo, se las culpaba por epidemias o plagas que se presentaran o, en algunos casos (habitualmente discapacidades físicas), se tenían para entretenimientos en circos o cortes. Para este tiempo, y aún en la actualidad, las personas con discapacidad suscitan lástima, lo cual ha sido un medio privilegiado para recaudar limosna. Por ello, hay reportes e incluso películas premiadas.²⁸

Durante la Edad Media, con las cruzadas y demás guerras de la época, se incrementó el número de personas discapacitadas, y a pesar de que en estos tiempos era difícil sobrevivir, se crearon instituciones que en la mayoría de casos eran auspiciadas por la Iglesia. No obstante, en tales instituciones seguían siendo marginados sociales y estigmatizados. Instituciones como la Iglesia, la familia y los señores feudales tomaron partido por el cuidado de este colectivo y coincidió con el establecimiento de hospitales, asilos, cofradías o hermandades, ejemplo de ello es la de Toledo.²⁹

26 Heinrich Kramer & Jacobus Sprenger, *Malleus maleficarum. El martillo de los brujos* (Plaza, Barcelona, 2005).

27 Louis Charles Roche, *Patología médico-quirúrgica. Tema Epilepsia*, tomo II, 173 (Imprenta que fue de Fuentenebro, Madrid, 1832).

28 Película de Banny Boyle, *¿Quién quiere ser millonario?* (*Shumdog Millionaire*), 10 nominaciones, 8 premios Oscar.

29 Fernández-Iglesias cuenta: “*La cofradía de Toledo que ayuda en caso de enfermedad, vejez, invalidez. Como aquellas que forman los ex combatientes ciegos de la batalla de Navas de Tolosa en 1212 o la Cofradía de los ciegos trovadores creada en Barcelona en 1329, que agrupa a personas ciegas, músicos y poetas*”.

Durante el siglo XVI, se desarrollaron las primeras prótesis de mano y Juan Luis Vives postuló el trabajo y la educación como medios de rehabilitación. Pedro Ponce de León inició la educación especial y san Juan de Dios fundó en Granada una de las primeras instituciones para personas con discapacidad; no obstante todos estos desarrollos, en algunos ámbitos las personas con discapacidad seguían estando “*habitadas por Satanás*”, de acuerdo con Martín Lutero y Juan Calvino.³⁰ Durante la Edad Moderna, se estudió con mayor juicio la estructura y función del ser humano.³¹

En los siglos XVIII y XIX se dieron varios cambios, entre los cuales resaltamos los escritos de Denis Diderot sobre las competencias de los ciegos o las primeras escuelas para sordomudos y otras para ciegos, donde se formó Louis Braille, quien desarrolló su conocido método, que en 1878 se reconoció como un sistema universal para enseñar a personas ciegas. En esos años, Nicolás André acuñó el término *ortopedia* y se dio un gran desarrollo de esta rama, que empezó a evitar las frecuentes amputaciones que se daban por las guerras. En 1884, el canciller alemán Otto von Bismarck aprobó la primera ley que reconocía los accidentes de trabajo y se publicaron tratados de discapacidad, entre los cuales se resalta *Diagnosis and Prognosis of Idiocy and Imbecility*, de William Wetherspoon, sobre discapacidad intelectual.

Por mucho tiempo se trató a los locos (furiosos) como poseídos del demonio y se les intentaba curar por medio de exorcismos; en otras ocasiones, los trataban como criminales y los encerraban en calabozos. Fue el médico Philippe Pinel, partícipe de los ideales de la Revolución Francesa, quien en 1793 fue nombrado en París como director del Hospital de La Bicêtre (para enfermos) y más adelante, de La Salpêtrière (para enfermas), y allí instauró

30 Juan Antonio Ledesma (ed.), *La imagen social de las personas con discapacidad* (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI, Ediciones Cinca, Madrid, 2008).

31 Ann Carmichael & Richard M. Ratzan, *Medicine a Treasury of Art and Literature*, 78 (Hugh Lauter Levin Associates, New York, 1991).

que los pacientes con enfermedad mental deberían ser liberados de las cadenas que hasta entonces llevaban en los hospitales.³²

El Código de Napoleón, en su título XI sobre *La mayoría de edad y de los mayores que están protegidos por la Ley*, respecto a los discapacitados mentales, en su artículo 489 dice: “*El mayor de edad que esté en un estado habitual de imbecilidad, de demencia o de furor debe ser sujeto a interdicción, aun cuando ese estado presente intervalos lúcidos*”.

En Francia y otros países europeos describen la reclusión de los alienados y refieren respecto a la enajenación o locura que “*produce la incapacidad completa o casi completa del enajenado, incapacidad comparable algunas veces a la del menor ordinario*”. En el sistema civil español se consideraban incapacidades la locura y la sordomudez, la prodigalidad y la interdicción civil.³³

Refieren Ambroise Colin y Henri Capitant: “*La condición y régimen jurídico de los alienados pertenecen al mismo tiempo al derecho privado y al derecho público. Suscitan al mismo tiempo cuestiones de capacidad y de protección legal y cuestiones de policía y de libertad individual*”. Finalmente, durante aquel tiempo se utilizaban de manera indiferente los términos *demente, enajenado, alienado o loco*.

En el siglo XX se recrudeció la persecución contra los discapacitados, aun cuando la más visible fue la perpetrada por Adolf Hitler, bajo el pretexto de mejorar la raza; así mismo, las dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos (guerras de Corea, Vietnam, etc.) dejaron un sinnúmero de personas discapacitadas física y mentalmente que indujeron a crear cierta conciencia sobre el problema.

En 1948, se dio la Declaración Universal de los Derechos Humanos; en 1955 se aprobó el Programa Internacional de Rehabilitación de Minusválidos Físicos; en 1971, la Asamblea

32 Luis Alejandro Cárdenas-Reyes, *Historia de la psiquiatría*, en *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos*, 3-6 (Carlos Gómez-Restrepo, Guillermo Hernández-Bayona, Alejandro Rojas-Urrego, Hernán Santacruz-Oleas & Miguel Uribe-Restrepo, eds., Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2008).

33 Ambroise Colin & Henri Capitant, *Curso elemental de derecho civil. Tomo II: Incapacidad civil - Personas jurídicas*, 275-277 (Reus, Madrid, 1923).

General de las Naciones Unidas, mediante la Resolución 2856, proclamó la Declaración de los Derechos del Retrasado Mental. Este mismo organismo, en 1975, en su Resolución 3447, adoptó la Declaración de los Derechos de los Impedidos. Por su parte, en 1980, la OMS aprobó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. En 1982, en la Resolución 37/52, las Naciones Unidas lanzaron el Programa de Acción Mundial para los Impedidos; en 1983, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) lanzó el Convenio 159, *Sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas*, y la Subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección de Minorías de las Naciones Unidas elaboró *Los principios, directivas y garantías para la protección de las personas detenidas que padezcan o sufran trastornos mentales*. En 1991, las Naciones Unidas adoptaron los *Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental*, y en 1993, mediante la Resolución 48/96, publicó las *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*.³⁴ En el ámbito regional y local se adoptó la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, suscrita en 1999 en Guatemala e incorporada a nuestra legislación por medio de la Ley 762 de 2002, y declarada exequible en 2003.³⁵ En Colombia, mediante la Resolución 2417 de 1994, del Ministerio de la Protección Social, *por la cual se adoptan los derechos de las personas con trastorno mental*, y por la Ley 361 de 1997, *por la cual se establecen mecanismos de integración social de las personas con limitación y se dictan otras disposiciones*.

Todo ello conlleva el inicio cada vez más fuerte de agrupaciones de personas con diferentes tipos de discapacidades, en diferentes partes del mundo, que además de propender por su bienestar, crean conciencia acerca de sus derechos. Así mismo,

34 Carlos Alberto Parra-Dussan (ed.), *Derechos humanos y discapacidad* (Universidad del Rosario, Bogotá, 2004).

35 Sentencia C-401 de 2003, Magistrado ponente Álvaro Tafur-Galvis.

se evidencia cómo a través de la historia se han ido incorporando los derechos de las personas discapacitadas en lo civil, lo penal, lo laboral, la seguridad social y la educación, al igual que en el ámbito de los derechos fundamentales, con un predominio de los derechos a la dignidad, igualdad y solidaridad.³⁶ El Premio Nobel de Economía Amartya Sen dice:

*Una comprensión de las demandas morales y políticas de la discapacidad es importante, no sólo porque es un rasgo de la humanidad tan amplio y deficitario, sino también porque las consecuencias trágicas de la discapacidad pueden ser superadas sustancialmente con una ayuda social determinada e intervenciones creativas. Las políticas que trabajen con esta habilidad pueden tener un dominio grande, incluyendo el aminoramiento de los efectos de la minusvalía, por un lado, y programas para prevenir el desarrollo de las discapacidades por el otro. Es extremadamente importante el poder comprender que la mayoría de las discapacidades son prevenibles, y mucho puede hacerse no sólo para disminuir el sufrimiento de la discapacidad, sino también para reducir la prevalencia de la discapacidad.*³⁷

Todo lo anterior nos debe llevar a profundizar en la percepción que las personas con discapacidad tienen o pueden tener acerca de sus derechos, cómo experimentan su condición como individuos o como grupo. Así mismo, es definitivo ahondar cómo al aplicarse los derechos se obtiene o no lo deseado, cómo influyen variables socioeconómicas, de identidad de la persona con discapacidad, de la sociedad receptora y del tipo de discapacidad sobre ello. Cómo se da la relación entre derecho y discapacidad, qué influye sobre qué, qué es unidireccional o bidireccional o qué establece una relación en espiral y cómo, al parecer, pocos discapacitados reclaman y exigen sus derechos con base en lo legislado.³⁸ Es preciso profundizar en la

36 Sentencia T-401 de 1992, Magistrado ponente Eduardo Cifuentes-Muñoz.
Sentencia C-478 de 2003, Magistrado ponente Clara Inés Vargas-Hernández.
Sentencia C-1088 de 2004, Magistrado ponente Jaime Córdoba-Triviño.
Sentencia T-611 de 2006, Magistrado ponente Humberto A. Sierra-Porto.
Sentencia T-759 de 2008, Magistrado ponente Nilson Pinilla-Pinilla.

37 Amartya Sen, *Discapacidad y justicia*, ponencia presentada en la Segunda Conferencia Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo (Banco Mundial, diciembre de 2004). Recuperado el 2 de enero de 2009 de http://latinamerica.dpi.org/ISENAMARTYA-DISCAPACIDADYJUSTICIA_001.doc.

38 David Engel & Frank Munger, *Rights of Inclusion. Law and Identity in the Life Stories of*

percepción que las personas con discapacidad tienen sobre sus derechos, y por qué algunas personas con discapacidad tienen acceso a sus derechos, en tanto que otras requieren reclamarlos o inclusive los desconocen.³⁹

Finalmente, es importante tener en cuenta la heterogeneidad de la discapacidad. Por ejemplo, física frente a sensorial y frente a cognitiva (mental), y que en algunos casos pueden llevar a respuestas diferentes ante la sociedad y de ésta hacia ellos, en diversas oportunidades para trabajar, ser autosuficiente y en poseer diferentes tipos de identidad. A la vez, surgen otras preguntas: ¿Cómo se plantea la educación alrededor de la discapacidad y su heterogeneidad? ¿Influye esto sobre la inclusión o no de las personas con discapacidad? En un marco diádico, personas con discapacidad y sociedad receptora, ¿qué tanto influye cada una de las partes al momento de darse una inclusión?

B. Definición de discapacidad

Como observamos, el concepto de discapacidad ha evolucionado a través de la historia. Así mismo es diferente su evolución de acuerdo con el tipo de discapacidad y posiblemente de acuerdo con la posición y aceptación (estigmatización) de la sociedad respecto a cada una de ellas. Alrededor de esta situación se ha procurado dar una definición de discapacidad que permita comunicarnos de una manera uniforme. Para ello, la OMS, entidad rectora en salud en el mundo, elabora la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, hoy Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), que distingue entre deficiencia, discapacidad y minusvalía, definidas por esta organización de la siguiente manera, en la *Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas*:⁴⁰

Americans with Disabilities (University of Chicago Press, Chicago, 2003).

39 David Engel & Frank Munger, *Rights of Inclusion. Law and Identity in the Life Stories of Americans with Disabilities* (University of Chicago Press, Chicago, 2003).

40 Organización de las Naciones Unidas (ONU), *¿Qué significa discapacidad?*, en *Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas* (en línea). Recuperado el 6 de diciembre de 2008

- a. La deficiencia (*impairment*) se refiere a “*Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Las deficiencias son trastornos en cualquier órgano, e incluyen defectos en extremidades, órganos u otras estructuras corporales, así como en alguna función mental, o la pérdida de alguno de estos órganos o funciones*”. Ejemplos de estas deficiencias son la sordera, la ceguera o la parálisis; en el ámbito mental, el retraso mental y la esquizofrenia crónica, entre otras.
- b. Discapacidad (*disability*) se define como la “*restricción o falta (debido a una deficiencia) de la capacidad para realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se consideran normales para un ser humano. Engloba las limitaciones funcionales o las restricciones para realizar una actividad que resultan de una deficiencia*”. Las discapacidades son trastornos definidos en función de cómo afectan la vida de una persona. Algunos ejemplos de discapacidades son las dificultades para ver, oír o hablar normalmente; para moverse o subir las escaleras; para bañarse, comer o ir al servicio.
- c. Una minusvalía (*handicap*) hace referencia a una “*situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que lo limita o le impide desempeñar una función considerada normal en su caso (dependiendo de la edad, del género, factores sociales y/o culturales)*”. El término es también una clasificación de “*las circunstancias en las que es probable que se encuentren las personas discapacitadas*”. La minusvalía describe la situación social y económica de las personas deficientes o discapacitadas, desventajosa en comparación con la de otras personas. Esta situación de desventaja surge de la interacción de la persona con entornos y culturas específicos.

La Clasificación posee dos componentes: parte 1, sobre funcionamiento y discapacidad, y parte 2, sobre factores contextuales.

de <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y10.htm>.

La primera, a su vez, se subdivide en: (a) funciones y estructuras corporales y (b) actividades y participación. Y la segunda se subdivide en: (a) factores ambientales y (b) factores personales.⁴¹ Globalmente, la CIF expresa una nueva visión por parte de la OMS.

Tabla 1
Deficiencias, discapacidades y minusvalías

Deficiencias	Intelectuales. Psicológicas. Lenguaje. Órgano de la audición. Órgano de la visión. Músculo-esqueléticas. Sensitivas y otras.
Discapacidades	Conducta. Comunicación. Cuidado personal. Locomoción. Disposición del cuerpo. Destrezas y aptitudes.
Minusvalías	Orientación. Independencia física. Movilidad. Ocupacional. Integración social. Autosuficiencia económica. Otras minusvalías.

Fuente: Francisco Vaz-Leal & María Ángeles Cano-Carrasco, *Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías* (en línea). Recuperado el 2 de octubre de 2008 de <http://www.proyectoiojuvenalis.org/docs/clasificacion.pdf>.

Teniendo en cuenta la definición de la OMS, en Colombia desde 1991 observamos la temática de discapacidad desde el punto de vista de protección de los derechos. El inciso 3 del artículo 13 de la Constitución Política de Colombia dice: “El Estado protegerá especialmente a aquellas personas que por su condición económica, física o mental, se encuentren en circunstancia de debilidad manifiesta y sancionará los abusos o maltratos que contra ellas se cometan”. Respecto al papel del Estado, en la Sentencia T-307/93, la Corte Constitucional se refiere:

El deber del Estado de promover la igualdad sustancial y de proteger especialmente a las personas que se encuentren en circunstancias de debilidad

41 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, CIF, 12 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO, Madrid, 2001).

Así mismo, Tevfik Bedirhan Üstün & Nenad Kostanjsek, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Revision Meeting in Madrid. Classification, Assessment Surveys and Terminology*, 2 *Brotos*, 1, 59-62 (2001).

*manifiesta (Constitución Política, art. 13 y 47), debe necesariamente traducirse en las leyes sobre seguridad social cuyas reglas sustantivas y procedimentales tienen que dispensar un régimen diferenciado de favor que encarne las políticas de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos.*⁴²

La Resolución 48/96 del 20 de diciembre de 1993, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, sobre *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, definió separadamente los términos, así:

*Con la palabra **discapacidad** se resume un gran número de diferentes limitaciones funcionales que se registran en las poblaciones de todos los países del mundo. La discapacidad puede revestir la forma de una deficiencia física, intelectual o sensorial, una dolencia que requiera atención médica o una enfermedad mental. Tales deficiencias, dolencias o enfermedades pueden ser de carácter permanente o transitorio.*

***Minusvalía** es la pérdida o limitación de oportunidades de participar en la vida de la comunidad en condiciones de igualdad con los demás. La palabra minusvalía describe la situación de la persona con discapacidad en función de su entorno. Esa palabra tiene por finalidad centrar el interés en las deficiencias de diseño físico y de muchas que se oponen a que las personas con discapacidad participen en condiciones de igualdad.*

Por otra parte, en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, SIDH, la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, incorporada a nuestra legislación interna mediante la Ley 762 de 2002,⁴³ representa un avance importante en la materia, por cuanto recoge, por primera vez, una definición normativa y precisa del concepto de discapacidad: “*El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social*”.

42 Sentencia T-307 de 1993. Magistrado ponente Eduardo Cifuentes-Muñoz.

43 Las cuales fueron declaradas exequibles por esta Corporación en la Sentencia C-401 de 2003, Magistrado ponente Álvaro Tafur-Galvis.

II. MODELOS EN QUE SE FUNDAMENTA LA DISCAPACIDAD

Los modos de comprender y clasificar la discapacidad han sido diversos.⁴⁴ Los más avalados son: a. Modelo médico-biológico, b. Modelo social, c. Modelo de las minorías colonizadas, d. Modelo universal de discapacidad. e. Modelo biopsicosocial.

No obstante, la CIF explica: “*Se han propuesto diversos modelos conceptuales para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento [de] esta variedad puede ser explicada en una dialéctica de ‘modelo médico’ versus ‘modelo social’*”.⁴⁵ Pasamos a describir globalmente los modelos.

A. Modelo médico-biológico

Durante muchos años, se planteó que, dado que algunas enfermedades tenían como producto final o efecto una discapacidad que inhabilitaba a la persona para desempeñarse en el mundo, el modelo médico-biológico podría extenderse para explicar estos procesos. Así, las consecuencias de la enfermedad, que se llamarían discapacidades —desviaciones de la normalidad de la estructura o función de la salud corporal o mental—, podrían entenderse y manejarse aplicando el mismo modelo. Ante esta problemática se derivaban medidas terapéuticas o compensatorias habitualmente de tipo individual. En este modelo:

La discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados mé-

44 Dimitris Michailakis, *The Systems Theory Concept of Disability. One is not Born a Disable Person, One is Observed to be One*, 18 *Disability & Society*, 2, 209-229 (2003).

Katharina Heyer, *A Disability Lens on Sociolegal Research. Readings from Disability Studies Perspective*, 32 *Law & Social Inquiry*, 1, 261-293 (2007).

Michael Oliver, *Understanding Disability. From Theory to Practice* (St. Martin's Press, New York, 1996).

José Luis Vázquez-Barquero *et al.*, *La discapacidad. Modelos interpretativos y su influencia en el Nuevo Sistema de Clasificación de Discapacidades de la OMS*, 63 *Archivos de Psiquiatría*, 1, 203-214 (2000).

45 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, CIF, 22 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO, Madrid, 2001).

*dicos prestados en forma individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está destinado a obtener la cura o una mejor adaptación de la persona o un cambio de su conducta. La atención sanitaria se considera como cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.*⁴⁶

Dado que muchas discapacidades no tienen curación o recuperación total, lo cual muestra los límites del quehacer médico, éste último debe dedicarse a buscar la adaptación de la persona a las demandas y exigencias de la sociedad.

Este modelo, a pesar de haber servido para tener una taxonomía de las discapacidades y garantizar la intervención sobre éstas, también ha llevado a producir cierta estigmatización, marginación y desviación de la persona en condición de discapacidad.⁴⁷ La naturaleza de este modelo médico envuelve el diagnóstico y la manera patologizante con la que enfoca. Por esto, ha sido criticado por centrarse en los impedimentos en lugar de la persona. Así mismo, se le asocian elementos como la permanencia, la dependencia y la pasividad.⁴⁸ Por otra parte, el modelo médico, al traducirse en políticas, privilegia la rehabilitación y las instituciones que median o reciben los efectos de la discapacidad, como las instituciones para atender u hospitalizar personas discapacitadas, colegios de educación especial, asilos para enfermos mentales, etc.⁴⁹

46 Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, CIF, 22 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO, Madrid, 2001).

47 Erving Goffman, *Estigma, la identidad deteriorada* (Ammorrortu, Buenos Aires, 1968).

48 Tanya Barron & Penny Amerena, *Disability and Inclusive Development*, 9 (Leonard Cheshire International, London, 2007).

49 Katharina Heyer, *A Disability Lens on Sociolegal Research. Reading Rights of Inclusion from a Disability Studies Perspective*, 32 *Law and Social Inquiry*, 1, 261-293 (2007).

Ralph Colp, *History of Psychiatry*, en *Comprehensive Textbook of Psychiatry*/VI, vol. 2, 2779 (Harold Kaplan & Benjamin Sadock, eds., Williams & Wilkins, Baltimore, 1995). Michel Foucault, *Historia de la locura en la época clásica*, vol. 1 (Fondo de Cultura Económica, FCE, México, 1986).

B. Modelo de discapacidad social

Al tener en cuenta las limitaciones del médico-biológico, el modelo de discapacidad social postula que la discapacidad no es solamente lo derivado de la enfermedad de la persona, sino el resultado de condiciones, estructuras, actividades y relaciones interpersonales insertas en un medio ambiente que en mucho es creado por el hombre. Éste plantea que la discapacidad nace de la interacción de una persona con un medio ambiente particular, en el cual se evidencian las limitaciones o desventajas que tiene la persona en ese ambiente y que definen su estatus de discapacitado. La CIF describe:

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales. Lo que en el ámbito de la política (y del derecho) se constituye en un tema de derechos humanos.⁵⁰

En este tipo de modelo, la discapacidad es un hecho social. El déficit de la persona se evidencia solamente en un medio social que no ha tenido la capacidad de dar respuestas a las necesidades de la persona. Por ejemplo, una persona en silla de ruedas no tendría problemas (déficits), si la sociedad tuviera todos los requerimientos (sillas, plataformas, ascensores, etc.) que harían que su déficit no fuera incapacitante. Una persona ciega no tendría inconvenientes al estudiar si toda la literatura estuviera escrita en lenguaje Braille (método de escritura y lectura táctil) y tuviera un perro guía.

50 Organización Mundial de la Salud, OMS, *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, CIF*, 22 (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, IMSERSO, Madrid, 2001).

De acuerdo con Harlan Hahn, “*El problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad*”.⁵¹ En este sentido, la discapacidad es una construcción social, no es la discapacidad de la persona en lo físico o lo mental, sino lo discapacitante del ambiente y las estructuras sociales que rodean a la persona. Al respecto, el Acta Americana para la Discapacidad (Americans with Disabilities Act [ADA]) habla sobre la discriminación de la discapacidad como un problema de derechos civiles y define a las personas con discapacidad como una minoría que debe ser protegida.⁵²

Este modelo se aproxima a la interacción individuo-ambiente. Crea la necesidad de responder a los requerimientos de las personas con discapacidad por parte de la comunidad, la sociedad y el Estado. Inicia, de alguna manera, el tema de inclusión social, en materia de acceso a la educación, trabajo, vivienda, transporte, salud, entre otros, y con ello el acercamiento a instrumentos internacionales, como la Declaración de los Derechos Humanos, y a la valoración de la persona, para ayudarla a identificar barreras y necesidades, y crear alternativas que aporten para alcanzar la igualdad de oportunidades.

C. Modelo de las minorías colonizadas

El modelo de las minorías colonizadas o político-activista de la discapacidad es semejante al de discapacidad social; no obstante, incorpora las luchas por los derechos de las personas con discapacidad. Desde esta perspectiva, se considera a la persona discapacitada como sistemáticamente discriminada, marginada y explotada por la sociedad, esto es, miembro de un grupo

51 Harlan Hahn, *The Political Implications of Disability Definitions and Data*, 4 *Journal of Disability Policy Studies*, 2, 41-52 (1993).

52 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *Guía sobre las leyes de derechos de discapacitados* (en línea), 2004. Recuperado el 10 de mayo de 2008 de http://www.ada.gov/cguide_spanish.htm.

minoritario. La posición del discapacitado dependería de la población y del abandono social y político en el que se encuentran, y el problema estaría básicamente en la incapacidad de la sociedad para responder a las necesidades de las personas con discapacidad.

Por otra parte, el modelo de las minorías colonizadas asume el modelo médico como predominante o “dominante”, que considera a la persona discapacitada como incapaz de definirse, regularse y determinarse a sí misma. La persona discapacitada no podría regularse a sí misma y no tendría derechos, lo cual haría mayor hincapié en problemáticas de índole mental y cognitiva, así como patologías en las cuales la dependencia de terceros sea mayor. Este planteamiento ha sido retomado por movimientos que favorecen los derechos civiles y luchan por su derecho a formar un colectivo integrado con una identidad definida por los mismos discapacitados. Este grupo les daría la posibilidad de plantear estructuras asistenciales, tanto como las personas con discapacidad lo requieren, y limitarían de esta forma la marginación y el estigma de los que se sienten sujetos.⁵³

D. Modelo universal de la discapacidad

El modelo universal de la discapacidad fue planteado por Irving Kenneth Zola⁵⁴ y establece que se debe ir desde una lucha para superar la marginación y la discriminación de unas minorías colonizadas en búsqueda de sus derechos hacia un planteamiento en el que la discapacidad sea un fenómeno universal y para el cual todos estamos en posición de riesgo. Por lo tanto, sin desconocer los logros de los grupos minoritarios, se debe buscar un planteamiento universal.⁵⁵

53 Paul Abberley, *The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability*, 2 *Disability & Society*, 1, 5-19 (1987).

54 Irving Kenneth Zola, *Towards a Necessary Universalizing of Disability Policy*, 67 *The Milbank Quarterly*, supplement 2 (2), 401-428 (1989).

55 Jerome E. Bickenbach, Somnath Chatterji, Elizabeth M. Badley & Tevfik Bedirhan Üstün, *Models of Disablement, Universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, 48 *Social Science and Medicine*, 9, 1173-1187 (1999).

Este modelo dice que todos los seres humanos tenemos capacidades y falencias. Ningún ser humano posee todas las habilidades que le permitan adaptarse a las diversas demandas que la sociedad y su entorno le plantean. La incapacidad es relativa y requiere ser contextualizada en un ambiente determinado y en un individuo dado. De esta manera, el paso de una capacidad a la discapacidad estaría determinado por el contexto sociopolítico y cultural, en el cual se mueve un individuo con ciertas características psicológicas, físicas y sociales. Este modelo sugiere valorar y aceptar las diferencias de las personas como una forma de estar en el mundo, pues todos estamos en riesgo y ante ello, la sociedad debe dar respuesta. En este modelo, claramente promovido por países desarrollados o aquellos con mayor historia en el tema de discapacidad, las intervenciones, más que a personas particulares, estarían dirigidas a la población en general.

E. Modelo biopsicosocial

Este modelo se basa en la interacción de una persona con discapacidad y su medio ambiente. El funcionamiento de un sujeto es una interacción compleja entre su estado o condición de salud (física y mental) y los factores ambientales. Éstos últimos interactúan con la persona e influyen en el nivel y la extensión de su funcionamiento. Este modelo ubica la discapacidad como un problema dentro de la sociedad y no como una característica de la persona. En éste se requiere integrar los modelos físico, psicológico y social con una visión universal de la discapacidad; clasificar y medir la discapacidad, y utilizar un lenguaje universal, neutro y positivo al momento de definir y clasificar la discapacidad.⁵⁶ Por esto también se refleja en la clasificación de la CIF (guía de la OMS).

Por último, los modelos descritos han evolucionado a lo largo de la historia desde el ámbito primordialmente médico hasta

56 José Hoover Vanegas-García & Lida Maritza Gil-Obando, *La discapacidad. Una mirada desde la teoría de los sistemas y el modelo biopsicosocial*, 12 *Hacia la Promoción de la Salud*, 51-61 (2007).

modelos más integrativos, que incorporan paulatinamente los derechos de las personas con discapacidad e involucran los derechos humanos. De esta manera, podríamos plantear que se requiere un modelo multidimensional, que incorpore aspectos médicos, sociales, jurídicos, movimientos sociales, posición de riesgo, marginación y el modelo biopsicosocial, que provean un mejor entendimiento de la situación de discapacidad.

CONCLUSIONES

- Desde las diferentes perspectivas, el trabajo en discapacidad persigue la evolución de la definición de este tema. El incentivo de la visión de este colectivo es mejorar las políticas y prácticas en relación con la inclusión y la participación de las personas con discapacidad.
- La discapacidad ha sido enfocada de diversas maneras a lo largo de la historia, desde el punto de vista de la sociedad y de las legislaciones. Así mismo, ha sido definida diferentemente y enfocada desde diversos modelos conceptuales.
- La discapacidad es un problema de grandes proporciones (600 millones de personas alrededor del mundo, esto es, 10% de la población) y al cual todos los ciudadanos estamos expuestos.
- Desde el ámbito internacional, se subraya el apoyo para que este grupo de personas participe en su inclusión en la comunidad, con una vida social digna y promueva y proteja sus derechos.
- El Estado debe proveer un mecanismo de trato especializado para que se dé cumplimiento al derecho de igualdad y la no discriminación.
- El concepto y el tratamiento que se han dado al tema de la discapacidad son heterogéneos. De esta manera, podríamos plantear que se requiere un modelo multidimensional, que incorpore aspectos médicos, sociales, jurídicos, movimientos sociales, posición de riesgo, marginación, y el modelo biopsicosocial, que provea un mejor entendimiento de la situación de discapacidad.
- Hay una gran interacción de la discapacidad con los derechos humanos.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

- Amate, Alicia & Vásquez, Armando, *Discapacidad en América Latina: lo que todos debemos saber* (Organización Panamericana de la Salud, OPS, Washington, 2006).
- Barron, Tanya & Amerena, Penny (eds.), *Disability and Inclusive Development* (Leonard Cheshire International, London, 2007).
- Carmichael, Ann & Ratzan, Richard M., *Medicine a Treasury of Art and Literature* (Hugh Lauter Levin Associates, New York, 1991).
- Colin, Ambroise & Capitant, Henri, *Curso elemental de derecho civil. Tomo II: Incapacidad civil - Personas jurídicas* (Reus, Madrid, 1923).
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE, *Censo General 2005. Discapacidad. Personas con limitaciones permanentes* (DANE, Bogotá, 2006).
- Engel, David & Munger, Frank, *Rights of Inclusion. Law and Identity in the Life Stories of Americans with Disabilities* (University of Chicago Press, Chicago, 2003).
- Flórez, Carmen Elisa, *Las transformaciones sociodemográficas en Colombia durante el siglo XX* (Banco de la República, Tercer Mundo, Bogotá, 2000).
- Foucault, Michel, *Historia de la locura en la época clásica*, vol. I (Fondo de Cultura Económica, FCE, México, 1986).
- Goffman, Erving, *Estigma, la identidad deteriorada* (Ammorrotu, Buenos Aires, 1968).
- González de Cancino, Emilssen, *Manual de derecho romano* (Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 2003).
- Kramer, Heinrich & Sprenger, Jacobus, *Malleus maleficarum. El martillo de los brujos* (Plaza, Barcelona, 2005).
- Ledesma, Juan Antonio (ed.), *La imagen social de las personas con discapacidad* (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI, Ediciones Cinca, Madrid, 2008).
- Medellín-Forero, Carlos, *Lecciones de derecho romano* (Universidad Externado de Colombia, Bogotá, 1985).
- Oliver, Michael, *Understanding Disability. From Theory to Practice* (St. Martin's Press New York, 1996).
- Organización de Naciones Unidas, ONU, *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad* (Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía, Madrid, 1988).
- Organización Mundial de la Salud (OMS), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, CIF (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO, Madrid, 2001).
- Parra-Dussan, Carlos Alberto (ed.), *Derechos humanos y discapacidad* (Universidad del Rosario, Bogotá, 2004).

- Petit, Eugéne, *Tratado elemental de derecho romano* (Albatros, Buenos Aires, 1975).
- Quinn, Gerard & Degener, Theresia, *Derechos humanos y discapacidad: uso actual y posibilidades futuras de los instrumentos de derechos humanos de las Naciones Unidas en el contexto de la discapacidad* (Naciones Unidas, Nueva York, 2002).
- Roche, Louis Charles, *Patología médico-quirúrgica. Tema Epilepsia*, tomo II (Imprenta que fue de Fuentenebro, Madrid, 1832).
- Rodríguez-Ospina, Sarah, *Revisión de los estudios sobre la situación de discapacidad en Colombia, 1994-2001* (Red de Solidaridad Social-Asesora del Programa de Discapacidad, Bogotá, 2002).
- United Nations Economic and Social Commission for Asia and Pacific, UNESCAP, *Disability. A Global Perspective on Rights to Education and Livelihoods* (Conference Bangkok, Thailand, October 18, 2005).
- World Health Organization, WHO, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease* (WHO, Geneva, 1980).

CONTRIBUCIONES EN OBRAS COLECTIVAS

- Cárdenas-Reyes, Luis Alejandro, *Historia de la psiquiatría*, en *Psiquiatría clínica. Diagnóstico y tratamiento en niños, adolescentes y adultos* (Carlos Gómez-Restrepo, Guillermo Hernández-Bayona, Alejandro Rojas-Urrego, Hernán Santacruz-Oleas & Miguel Uribe-Restrepo, eds., Editorial Médica Panamericana, Bogotá, 2008).
- Colp, Ralph, *History of Psychiatry*, en *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI*, vol. 2 (Harold Kaplan & Benjamin Sadock, eds., Williams & Wilkins, Baltimore, 1995).
- Fernández-Iglesias, José Luis, *Historia, discapacidad y valía* (en línea), en *La imagen social de las personas con discapacidad*, 177-210 (Juan Antonio Ledesma, ed., Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad, CERMI, Ediciones Cinca, Madrid, 2008).

REVISTAS

- Abberley, Paul, *The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability*, 2 *Disability & Society*, 1, 5-19 (1987).
- Bickenbach, Jerome E., Chatterji, Somnath, Badley, Elizabeth M. & Üstün, Tevfik Bedirhan, *Models of Disablement, Universalism and the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, 48 *Social Science and Medicine*, 9, 1173-1187 (1999).
- Hahn, Harlan, *The Political Implications of Disability Definitions and Data*, 4 *Journal of Disability Policy Studies*, 2, 41-52 (1993).
- Heyer, Katharina, *A Disability Lens on Sociolegal Research. Reading Rights of Inclusion from a Disability Studies Perspective*, 32 *Law & Social Inquiry*, 1, 261-293 (2007).

- Melgar, L. *Por una cultura de la minusvalía*, 9 *Revista Información Científica y Tecnológica*, 129 (1987).
- Michailakis, Dimitris, *The Systems Theory Concept of Disability. One is not Born a Disable Person, One is Observed to be One*, 18 *Disability & Society*, 2, 209-229 (2003).
- Üstün, Tevfik Bedirhan & Kostanjsek, Nenad, *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Revision Meeting in Madrid, Classification, Assessment Surveys and Terminology*, 2 *Brotos*, 1, 59-62 (2001).
- Vanegas-García, José Hoover & Gil-Obando, Lida Maritza, *La discapacidad. Una mirada desde la teoría de los sistemas y el modelo biopsicosocial*, en 12 *Hacia la Promoción de la Salud*, 51-61 (2007).
- Vázquez-Barquero, José Luis *et al.*, *La discapacidad. Modelos interpretativos y su influencia en el Nuevo Sistema de Clasificación de Discapacidades de la OMS*, 63 *Archivos de Psiquiatría*, 1, 203-214 (2000).
- Zola, Irving Kenneth, *Towards a Necessary Universalizing of Disability Policy*, 67 *The Milbank Quarterly*, supplement 2 (2), 401-428 (1989).

JURISPRUDENCIA COLOMBIANA

- Sentencia C-401 de 2003, Magistrado ponente Álvaro Tafur-Galvis.
- Sentencia C-478 de 2003, Magistrado ponente Clara Inés Vargas-Hernández.
- Sentencia C-1088 de 2004, Magistrado ponente Jaime Córdoba-Triviño.
- Sentencia T-401 de 1992, Magistrado ponente Eduardo Cifuentes-Muñoz.
- Sentencia T-307 de 1993, Magistrado ponente Eduardo Cifuentes-Muñoz.
- Sentencia T-611 de 2006, Magistrado ponente Humberto A. Sierra-Porto.
- Sentencia T-759 de 2008, Magistrado ponente Nilson Pinilla-Pinilla.

SITIOS WEB

- Agenda Fifty/Eight WHO, 16 de mayo de 2005. OMS, EB114/2004/REC/1, resolution EB114.R3, and A58/17. Recuperado el 5 de julio de 2008 de http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_1Rev1/en.pdf.
- Código de Hammurabi, Ley 2. Recuperado el 2 de diciembre 2008 de <http://www.historiaclasica.com/2007/06/el-cdigo-de-hammurabi-leyes-1-50.html>.
- Convención Internacional Amplia e Integral para Promover y Proteger los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad, 19 de diciembre de 2001. Disponible en <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/cc59136f524706b6c1256b8400512d16?Opendocument>.
- Declaración de Alma Ata, septiembre de 1978. Recuperado el 5 de julio de 2008 de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>.
- Departamento de Justicia de los Estados Unidos, *Guía sobre las leyes de derechos de discapacitados* (en línea), 2004. Recuperado el 10 de mayo de 2008 de http://www.ada.gov/cguide_spanish.htm.

- Fifty-Eight WHO Assembly, A58/17, 14 de abril de 2005. *Disability, Including Prevention, Management and Rehabilitation* (en línea). Agenda Fifty/Eight WHO, 16 de mayo de 2005. Recuperado el 2 de julio de 2008 de http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_17-en.pdf.
- Mensaje del Secretario General relativo al Día Internacional de las Personas con Discapacidad, 3 de diciembre de 2008. Recuperado el 13 de abril de 2009 de <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1460>.
- Novena sesión plenaria, 54 Asamblea Mundial de la Salud (22 mayo de 2001). Recuperado el 22 de enero de 2009 de <http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo, marzo de 2007. Recuperado el 10 de junio de 2008 de <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, *La ONU y las personas con discapacidad* (en línea) (3 de diciembre de 2008). Recuperado el 24 de febrero 2009 de <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled>.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, *Objetivos de desarrollo del milenio. Erradicar la pobreza 2015* (en línea), 25 de septiembre 2008. Recuperado el 2 de diciembre de 2008 de <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.
- Organización de las Naciones Unidas, ONU, *¿Qué significa discapacidad?*, en *Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas* (en línea). Recuperado el 6 de diciembre de 2008 de <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y10.htm>.
- Organización Mundial de la Salud, OMS, EB114/2004/REC/1, Resolution EB114.R3, and A58/17. Recuperado el: 5 de julio de 2008 de http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/A58_1Rev1/en.pdf.
- Sen, Amartya, *Discapacidad y justicia*, ponencia presentada en la Segunda Conferencia Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, Banco Mundial, diciembre de 2004. Recuperado el 2 de enero de 2009 de http://latinamerica.dpi.org/ISENAMARTYA-DISCAPACIDADYJUSTICIA_001.doc.
- The International Disability and Human Rights Network (en línea). Recuperado el 3 de diciembre de 2008 de <http://www.daa.org.uk/index.php?page=left-justice>.
- United Nations General Assembly, Resolution 48/96 (en línea), 20 de diciembre de 1993. Recuperado el 2 de julio de 2008 de <http://www.un.org/depts/dhl/spanish/resguids/resinssp.htm>.
- United Nations General Assembly, Resolution 56/168. Recuperado el 2 de julio de 2008 de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disA56168s1.htm>.
- Vaz-Leal, Francisco & Cano-Carrasco, María Ángeles, *Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías* (en línea). Recuperado el 2 de octubre de 2008 de <http://www.proyectojuvenalis.org/docs/clasificacion.pdf>.
- Vélez, Roberto & Vélez, Fabián, *Derecho romano. La curatela* (en línea). Recuperado el 3 de abril 3 de 2009 de <http://derecho-romano.blogspot.com/2006/08/la-curatela.html>.

Verdugo-Alonso, Miguel Ángel, Vicent, Carmen, Campo Maribel & Jordán de Urriés-Vega, Francisco de Borja, *Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante* (en línea) (2001). Disponible en <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.4.1-5021/8.4.1-5021.PDF>.

World Health Assembly, Resolution 54.21. Recuperado el 2 de febrero de 2009 de <http://www.who.int/classifications/icf/wha-sp.pdf>.

World Health Organization, WHO, *International Consultation to Review Community-Based Rehabilitation, CBR* (Helsinki, 25-28 de mayo de 2003). Recuperado el 5 de julio de 2008 de http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/who_dar_03.2.pdf.