

LA DISCAPACIDAD: UNA APROXIMACIÓN TERMINOLÓGICA

Patricia Madrigal Barrón
Universidad Rey Juan Carlos
patricia.madrigal@urjc.es

Resumen

La presente comunicación tiene como objeto aproximar al lector al concepto de discapacidad y al tratamiento social que han recibido y reciben las personas con discapacidad.

En la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, de la Organización Mundial de la Salud, se recoge la definición de discapacidad, y los términos relacionados, en un lenguaje unificado y estandarizado. Estas definiciones tienen un consolidado respaldo que las hace punto de referencia en el tema a tratar, por ello, serán las expuestas en este texto. En la búsqueda de una correcta utilización de los conceptos, y la erradicación de términos y definiciones de connotaciones peyorativas.

En relación a la terminología se ha producido una evolución que ha dejado atrás vocablos de evocaciones negativas. Paralelo a ese proceso, ha tenido lugar un avance en el tratamiento social de las personas con discapacidad, que estudiaremos a lo largo de la comunicación. El desarrollo lingüístico y el progreso en el tratamiento social han llevado de la exclusión social a la integración. Hoy, el énfasis está en la siguiente fase, la de inclusión social.

Palabras Clave: Discapacidad; Tratamiento social; Exclusión social; Integración; Inclusión social.

1. Concepto de Discapacidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* define la discapacidad como “un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).”

(OMS, 2001: 176). Para completar esta definición y permitir un mayor entendimiento se detallan los siguientes conceptos:

- Deficiencia: “es la anormalidad o pérdida de una parte del cuerpo (ej. estructura) o una función corporal (ej. función fisiológica). Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.” (OMS, 2001: 176).
- Limitaciones en la actividad: “son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una “limitación en la actividad” abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.” (OMS, 2001: 177).
- Condición de salud: “es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión. Una “condición de salud” puede incluir también otras circunstancias como embarazo, envejecimiento, estrés, anomalías congénitas o predisposiciones genéticas.” (OMS, 2001: 176).
- Restricciones en la participación: “son los problemas que puede experimentar un individuo para implicarse en situaciones vitales. La presencia de una restricción en la participación viene determinada por la comparación de la participación de esa persona con la participación esperable de una persona sin discapacidad en esa cultura o sociedad.” (OMS, 2001: 177).
- Factores Contextuales: “son los factores que constituyen, conjuntamente, el contexto completo de la vida de un individuo, y en concreto el trasfondo sobre el que se clasifican los estados de salud en la CIF. Los Factores Contextuales tienen dos componentes: Factores Ambientales y Factores Personales.” (OMS, 2001: 177).
- Factores Ambientales: “constituyen un componente de la CIF y se refieren a todos los aspectos del mundo extrínseco o externo que forma el contexto de la vida de un individuo, y como tal afecta el funcionamiento de esa persona. Los Factores Ambientales incluyen al mundo físico natural con todas sus características, el mundo físico creado por el hombre, las demás personas con las que se establecen o asumen diferentes relaciones o papeles, las actitudes y

valores, los servicios y sistemas sociales y políticos, y las reglas y leyes.” (OMS, 2001: 177).

- Factores Personales: “constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Están compuestos por características del individuo que no forman parte de una condición o estados de salud. Estos factores pueden incluir el sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física, los estilos de vida, los hábitos, los “estilos de afrontamiento”, el trasfondo social, la educación, la profesión, las experiencias actuales y pasadas (sucesos de la vida pasada y sucesos actuales), los patrones de comportamiento globales y el tipo de personalidad, los aspectos psicológicos personales y otras características. Tanto todas ellas en su conjunto como algunas de ellas individualmente pueden desempeñar un papel en la discapacidad a cualquier nivel. Los factores personales no se clasifican en la CIF. Sin embargo, están incluidos en las tablas para mostrar su contribución” (OMS, 2001: 15).

La definición de discapacidad de la CIF integra dos modelos conceptuales opuestos, el modelo médico y el social, utilizando un enfoque “biopsicosocial”. El modelo médico considera la discapacidad un problema originado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados y tratamientos profesionales, encaminados a conseguir la cura, o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. En este modelo, la atención sanitaria se considera razón principal, y la política debe responder en esa línea. El modelo social considera la discapacidad un problema de origen social y un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es una cualidad de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Según este modelo, la actuación social es fundamental y es responsabilidad de la sociedad en su conjunto hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todos los ámbitos de la vida social, siendo imprescindible introducir cambios sociales. El problema es más ideológico o de actitud. La discapacidad se configura como un tema de índole político que hace referencia a una cuestión de derechos humanos. (OMS, 2001: 18).

En muchas ocasiones los términos de este campo en cuestión se utilizan incorrectamente, de ahí la importancia de delimitar los conceptos. Por ejemplo, las palabras deficiencia, discapacidad y minusvalía se emplean frecuentemente en el lenguaje común como sinónimos, un error que debe subsanarse. La deficiencia es una desviación significativa de la norma aceptada o una pérdida de las funciones o estructuras corporales. No implica

necesariamente la presencia de enfermedad o la consideración de un individuo como enfermo, es un concepto más amplio que el de trastorno o enfermedad (por ejemplo, la pérdida de un brazo es una deficiencia no un trastorno o una enfermedad). El término minusvalía ha sido abandonado por su connotación inadecuada y negativa. En la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM, 1980), de la que es heredera la CIF, minusvalía hacía referencia a lo que tras la revisión se conoce como restricción en la participación. Y, la discapacidad es un término global que incluye tres perspectivas: la corporal, la individual y la social. En la CIDDDM, discapacidad hacía alusión al concepto limitación en la actividad de la CIF. La discapacidad es el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona y sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive esa persona. A causa de esa relación, los distintos ambientes pueden tener diferentes efectos en un individuo con una condición de salud. El ambiente puede influir negativamente en la realización de actividades por parte del individuo o en su implicación en situaciones vitales al existir barreras o haber ausencia de facilitadores, y positivamente si el entorno es más facilitador. (OMS, 2001: 15). Entendiendo barreras como aquellos factores ambientales que por presencia o ausencia limitan el funcionamiento y generan discapacidad. Se incluyen aspectos como que el ambiente físico sea inaccesible, la falta de tecnología asistencial adecuada, las actitudes negativas de la población respecto a la discapacidad, y los servicios, sistemas y políticas que bien, no existen o dificultan la participación de los individuos con una condición de salud en todos los ámbitos de la vida. Y, facilitadores como aquellos factores ambientales que por presencia o ausencia mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Se incluyen aspectos como que el ambiente físico sea accesible, la disponibilidad de tecnología asistencial adecuada, las actitudes positivas de la población respecto a la discapacidad, y los servicios, sistemas y políticas que intenten aumentar la participación de las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. Los facilitadores pueden jugar un papel de prevención en la transformación de un déficit o limitación de la actividad en una restricción en la participación, al mejorar el rendimiento en el desempeño de una acción, independientemente del problema del individuo respecto a la capacidad para realizar esa acción. (OMS, 2001: 178). Las barreras y facilitadores deben ser estudiadas desde la perspectiva del individuo cuya situación se está describiendo, ya que no tienen carácter universal. Un factor puede ser barrera para un individuo y facilitador para otro, por ejemplo, las rampas de los bordillos con pavimento liso son un facilitador para una persona usuaria de silla de ruedas, pero una barrera para una persona con discapacidad visual.

La discapacidad como concepto hace referencia a la condición de salud de la persona y a la interacción entre las limitaciones humanas y el medio de desenvolvimiento. El contexto social se presenta como un factor determinante en la discapacidad de una persona, en una definición de triple enfoque: biológico, individual y social.

2. El tratamiento de la discapacidad: evolución histórica.

La definición expuesta no es la que se ha utilizado a lo largo de la historia, hasta llegar a esta concepción se ha producido una evolución terminológica, de sentido paralelo a una evolución social del tratamiento dado a las personas con discapacidad.

La discapacidad ha existido siempre, nos podemos remontar a la prehistoria para encontrar pruebas que demuestran la existencia de homínidos con discapacidad. Se han encontrado restos de individuos que presentaban alguna discapacidad, por ella se verían limitados en su autonomía y tendrían dificultades para sobrevivir, pero las pruebas demuestran que algunos de ellos vivieron largos años. Según los expertos, tuvieron la ayuda del resto de individuos del clan que les proporcionarían alimento, cuidado y protección. Esto pondría en duda la extendida idea de que en aquellos tiempos solo sobrevivían los más fuertes y con perfecto estado de salud. Podríamos hablar de discapacidad como una situación de dependencia o necesitada de cuidadores. Pero estos individuos dependientes no parece que fueran pasivos, sino que aportaban su trabajo al grupo. Por ejemplo, en algunos de los restos encontrados hay pruebas que demostrarían que trabajaban las pieles para su clan. A pesar de sus enormes limitaciones eran útiles para las comunidades en las que vivían. (Ledesma Heras, 2008: 179-181).

En la antigüedad, la discapacidad se asociaba a la intervención de poderes sobrehumanos que ponían a prueba o castigaban a las personas por algún mal realizado. Un enfoque mágico-religioso, de confianza en el poder de brujos, chamanes, masajes, hierbas, etc. para solucionar los males. La discapacidad era una culpa objeto de rechazo y a veces causa de muerte. (Fundación Prevent e Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo: 3).

Del siglo XV al siglo XIX, la discapacidad se consideraba una enfermedad resultado de fenómenos naturales (accidentes) y, como tal, requería de tratamientos para su cura. En esta época, proliferaron las instituciones orientadas a la rehabilitación; hospitales, hospicios, orfanatos, manicomios, etc.; en las que las personas con discapacidad eran internadas masivamente. En una actitud más caritativa que de rehabilitación social, suponiendo en muchas ocasiones un empeoramiento de la calidad de vida por el proceso de reclusión y hacinamiento, en estancias oscuras de castigo y cadenas con falta de asistencia y hambre. Bufones de la corte, atracciones de circo, mendigos o peones en el trabajo duro de las

fábricas eran otras de las posibilidades. A pesar de algunos avances, las personas con discapacidad seguían sufriendo marginación, injusticia, abandono y en algunas ocasiones pagaban con su vida el hecho de ser diferentes. La sociedad sentía la obligación de hacerse cargo de las personas con discapacidad, aunque a la vez se les marginaba socialmente, continuando actitudes de rechazo y repulsa. (Fundación Prevent e Instituto Regional de Seguridad y Salud en el Trabajo: 3) (Ledesma Heras, 2008: 185-189).

El siglo XIX destaca por los progresos en el campo de la medicina, la educación especial y la calidad de los servicios residenciales, así como, por la mayor implicación de los gobiernos. El concepto de discapacidad siguió un enfoque médico-asistencial. Las personas con discapacidad eran objeto de políticas de atención educativa y asistencial. Se crearon variados centros especiales de educación y ocupación. Asimismo, comenzó la fundación de instituciones para el estudio y tratamiento de los problemas de las personas con discapacidad. Un sinnúmero de iniciativas fueron desarrolladas en forma de avances y reformas que facilitaron en alguna medida la vida de las personas de este colectivo: se legisló, invento, enseñó, se abrieron nuevas instituciones y se aplicaron nuevas técnicas para humanizar el tratamiento a las personas con discapacidad. La actitud de la sociedad iba cambiando. Lentamente el problema dejaba de verse desde un punto de vista sanitario y de limosna, para pensar en individuos capaces de desarrollar una vida normal si se les proporcionaban los medios necesarios para superar sus limitaciones. A pesar de ello, a lo largo del siglo XIX continuaron las actitudes negativas; subastas, ventas, esterilizaciones, internamientos en asilos u hospicios, aplicaciones de eutanasia y restricciones matrimoniales, entre otras barbaridades. (Ledesma Heras, 2008: 190-191).

En el siglo XX, continuaron los avances científicos y técnicos, se desarrollaron los movimientos asociativos de afectados y sus familias, se potenció la educación especial, aumentó el número de personas institucionalizadas, se crearon tímidos derechos sociales y los Estados participaron activamente en la solución de los problemas de las personas con discapacidad. Dio lugar a cientos de legislaciones, publicaciones y estudios de gran calado y a una importante evolución que se desarrolló en todos los campos relativos a la discapacidad. Aunque también es un siglo en el que predominaron actitudes muy negativas hacia el colectivo. Durante la Segunda Guerra Mundial, muchas personas con discapacidad murieron de hambre en instituciones, fueron trasladadas a campos y prisiones donde eran asesinadas con inyecciones o gas y se autorizaba la eutanasia para pacientes con enfermedades incurables, en una acción que se consideraba de misericordia para eliminar la vida indigna de vivir. Adolf Hitler, quien participó en las masacres que sufrió el colectivo, manifestaba que para mejorar la raza, los físicamente degenerados y los mentalmente

insanos o débiles no tenían derecho a procrear. Después de la Segunda Guerra Mundial, se intensifica el movimiento rehabilitador, fundamentalmente de discapacidades físicas muy numerosas debido a la guerra. Se potencia la rehabilitación para excombatientes y mutilados de guerra y se crean unidades de tratamiento para los soldados que han quedado con secuelas. Posteriormente, el concepto de rehabilitación se amplía participando no solo el paciente sino también la familia y la comunidad, en un proceso de recuperación integral. (Ledesma Heras, 2008: 191-194). En la primera mitad del siglo XX, la discapacidad siguió siendo una desgracia, generadora de composición e iniciativas caritativas o de benevolencia. Existía una gran disparidad en el tratamiento de las distintas discapacidades, así aquellas producidas directamente por los acontecimientos bélicos gozaban de protección, y otras que aun conservaban elementos de vergüenza para el seno familiar continuaban ocultas y desprotegidas. Las más ancladas en el pasado de rechazo y ocultación eran las discapacidades intelectuales severas y las enfermedades mentales, las discapacidades sensoriales comenzaban a evolucionar favorablemente en visibilidad e integración. Durante este periodo, pesa el movimiento asociativo como fórmula de autoprotección y de socorro para unas necesidades que repercuten exclusivamente sobre el núcleo familiar. La segunda mitad del siglo es una fase activa de reivindicación y de exigencia de derechos. Se toma conciencia de que los problemas asistenciales de las personas con discapacidad, que incumben no solo a ellos y sus familias sino a toda la comunidad. El movimiento asociativo toma fuerza y cohesión. Y las reivindicaciones encuentran respuesta normativa. Las últimas décadas del siglo se pueden denominar una etapa de integración con la consolidación del reconocimiento de derechos y el reforzamiento de las organizaciones representativas. Tiempos de enorme activismo con resultados satisfactorios y en ocasiones espectaculares, de implicación de los gobiernos y de legislación en conciencia. Se presta especial atención a la integración laboral, a los procesos de comunicación e información, a los medios de comunicación y a la presencia de las personas con discapacidad en el deporte, el ocio, la cultura, la actualidad y la vida política. (Ledesma Heras, 2008: 26-30).

El siglo XXI podemos denominarlo una etapa de igualdad con una importante evolución, “tanto desde el punto de vista legislativo como en la percepción social de la discapacidad desde múltiples ángulos. La humanización y los derechos de las personas con discapacidad parece que cada vez se cuestionan menos.” (Ledesma Heras, 2008: 194). Los planteamientos y reivindicaciones encuentran mayor aceptación política y ciudadana. Están siendo años de aumento de la visibilidad, la sensibilización, la difusión de buenas prácticas y el refuerzo de la cooperación entre las partes interesadas. (Ledesma Heras, 2008: 32). Por

último, destacar como en este nuevo siglo se han abandonado definiciones estáticas de discapacidad, en las que solo se tenía en cuenta la condición de salud de la persona, y se han asumido concepciones dinámicas en las que el factor social juega un papel esencial. Tal y como se recoge en la, ya expuesta, definición de discapacidad de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* de la OMS que data de 2001. La relevancia del factor social marca el proceso de inclusión de las personas con discapacidad, que ha de ser el protagonista principal del siglo XXI.

Algunos autores, como Palacios y Bariffi (2007) distinguen tres modelos como hitos en el tratamiento de la discapacidad, el modelo de prescindencia, el modelo rehabilitador y el modelo social. Estos modelos resumen la evolución del tratamiento de la discapacidad a lo largo de la historia. Según estos autores, un primer modelo, el de prescindencia, asume que la discapacidad tiene su origen en causas de motivo religioso, y las personas con discapacidad son consideradas innecesarias. En el modelo rehabilitador, las personas con discapacidad ya no son asumidas inútiles, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. Por ello, el objetivo principal que se persigue es normalizar, adaptar a las minorías a un patrón de comportamiento mayoritario, aunque esto suponga ocultar la diferencia que la discapacidad representa. Este modelo pone atención en la persona, específicamente en sus limitaciones, con la necesidad imperante de rehabilitar física, sensorial o psíquicamente. El tercer modelo, el social, considera que la discapacidad no tiene su origen en motivos religiosos o científicos sino en causas sociales. Por tanto, el origen de la discapacidad no está en factores individuales, como se afirma en el modelo rehabilitador, sino en colectivos. Las raíces del fenómeno no están en las limitaciones individuales, sino en las limitaciones de la sociedad para prestar servicios adecuados y asegurar que las necesidades de las personas con discapacidad sean tenidas en cuenta en el conjunto social. Según este modelo, las personas con discapacidad pueden aportar a la comunidad igual que el resto, siempre valorando y respetando su condición de personas, en ciertos aspectos, diferentes. Este paradigma está estrechamente relacionado con los valores de los derechos humanos, y potencia el respeto a la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, fin último perseguido por la evolución del tratamiento de la discapacidad. Algunos pasos ya se han dado en la consecución de ese fin, pero queda por hacer.

3. El tratamiento de la discapacidad: exclusión social, integración e inclusión social.

En la descripción hecha de la evolución del concepto de discapacidad y el tratamiento social que ha recibido el colectivo, destacan tres términos que resumen cronológicamente dicha

evolución: exclusión social, integración e inclusión social.

La explicación de estos tres conceptos sería motivo de una amplia exposición que excedería los límites de esta comunicación, pero al estimar de interés conocer la delimitación de los mismos, en este último punto se hará un breve resumen a modo de introducción.

La exclusión social supone, desde las personas que la padecen, la “imposibilidad de acceso a lo que se denomina normalidad social. Y desde el resto de la sociedad significa la desaparición simbólica, pero bien real y efectiva, de los primeros (persona, familia o grupo excluido), de las preocupaciones y prioridades de la sociedad en la que viven. Los excluidos ya no cuentan para los demás salvo en la medida en que sean percibidos como una amenaza, en particular para la estabilidad económica, política, social o cultural.” (Uña Juárez, O. y Hernández Sánchez, A., 2004: 528-529). Las personas con discapacidad son un grupo especialmente vulnerable a la exclusión social dada la multitud de factores de riesgo a los que se enfrentan.

La integración se basa en la normalización, en esa adaptación a los estándares mayoritarios. Dicho concepto “hace referencia tanto a un proceso como a una situación. Como proceso se refiere al de transformación interna que sufre una unidad menor en contacto con una unidad mayor, hasta que asimila atributos propios de esa otra unidad identificándose desde entonces como una nueva parte de ella. Todo proceso de integración implica reacomodación interna de las dos unidades, sean éstas individuos o grupos, clases o sociedades. Al final del proceso ambos elementos cambian, de no ser así estaríamos ante una situación distinta, la asimilación. Integración puede suponer, por tanto, reacomodación interna del sistema de valores, no solamente cambios en los atributos o características externas.” (Uña Juárez, O. y Hernández Sánchez, A., 2004: 732). En el caso que nos ocupa, la integración trabaja en la habilitación de determinados apoyos, recursos y profesionales, y propone adaptaciones como medidas de superación de las diferencias.

La inclusión social es un paso más allá en el tratamiento de la discapacidad. Es el reconocimiento y la valoración de la diversidad como una realidad y como un derecho humano. La inclusión supone un sistema único para todos que se adapte a la diversidad. “Cabe por tanto pensar que mientras la integración podría equipararse, metafóricamente, a encajar una pieza en un molde predeterminado y predefinido, la inclusión habría de equipararse con la creación de moldes lo suficientemente flexibles como para poder adaptarse a las características de piezas muy diversas. Simplificando, quizás en exceso, la idea, podría decirse que si en el primer caso es fundamentalmente la persona diferente la que se adapta al conjunto, en el segundo caso es el conjunto el que ha de adaptarse a las características de la persona diferente, habida cuenta además de que todas las personas

son, por definición, diferentes.” (Villalobos, E. y Zalakain, J., 2010: 34).

Una vez definidos los tres conceptos, podemos concluir que las primeras fases del repaso histórico de la evolución del tratamiento de la discapacidad, del punto anterior, eran de exclusión social. Superadas esas etapas, se puede hablar de un proceso de integración, en el que las personas con discapacidad como diferentes tienen que ser aceptadas y toleradas por lo demás. En los últimos años, se han dado los pasos que nos llevan al modelo de inclusión social, objetivo en el nuevo siglo, defiende la heterogeneidad como lo normal y la diferencia como un factor a valorar positivamente, superando fases anteriores de segregación.

4. Conclusiones.

El término discapacidad incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, con la suma de los factores contextuales que interactúan con el individuo. Esta definición sigue un modelo social en el que la discapacidad no es una realidad individual, en relación con la persona y su condición de salud, sino una realidad social, en la que se junta la individualidad y la colectividad, marcando limitaciones y creando la discapacidad.

Esta definición de marcada significación social está estandarizada hoy en día y es la propuesta por la Organización Mundial de la Salud en su *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*. Esta clasificación es resultado de la revisión de definiciones anteriores, que seguían un modelo médico, centrado en un individuo sujeto a deficiencias que precisaban de tratamiento en busca de la rehabilitación. Y, años antes, la discapacidad era otra realidad bien distinta, de connotación mágico-religiosa, asociada a maleficios y brujas.

Es relevante estudiar el modelo seguido por las diferentes definiciones porque marcan el tratamiento social que, según el modelo vigente, han ido recibiendo las personas con discapacidad. En la Edad Antigua, la discapacidad se asociaba a poderes sobrehumanos de fuerza castigadora. Las personas con discapacidad eran rechazadas y, en algunas ocasiones, asesinadas. Del siglo XV al XIX, la discapacidad fue considerada una enfermedad. Durante este periodo, las medidas acaecidas tuvieron como objeto la curación, se construyeron multitud de centros con ese fin, en un sentimiento social de necesidad de hacerse cargo de esas personas, pero a la vez, marginándolas socialmente. En la primera mitad del siglo XIX, la discapacidad continuó siendo una desgracia, vista desde la caridad y la benevolencia. Durante la Segunda Guerra Mundial, el colectivo vivió un retroceso en el tratamiento recibido, sufriendo importantes masacres por ideologías imperantes en esos tiempos. Tras la contienda, se potencian las medidas rehabilitadoras en respuesta al

aumento, consecuencia de la guerra, de personas con discapacidad. La segunda mitad del siglo XIX se resume en reivindicación, reconocimiento de derechos y normalización. La igualdad, el aumento de la visibilidad, la sensibilización, las buenas prácticas y el refuerzo de la cooperación son los imperantes en estos años de siglo XXI que llevamos.

Años pasados son los de exclusión social con la imposibilidad de acceso y desaparición de las personas con discapacidad de la organización social. El movimiento está ahora entre la integración y la inclusión social. El primero es de adaptación a los estándares mayoritarios, con la habilitación de recursos para la superación de las diferencias. El segundo es de diversidad humana con un sistema único adaptado a la misma, y la diferencia como un factor de suma positiva a valorar por el conjunto.

La inclusión social es el objetivo a alcanzar. Algunos avances ya se han hecho, pero queda trabajo por hacer. Los proyectos sociales en materia de discapacidad han de tener como meta esa inclusión que permitirá a las personas con discapacidad formar parte del conjunto de la sociedad, sujetos todos de una organización heterogénea de valor máximo por esa diversidad característica.

Bibliografía

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud. En la Red: <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.4.1-3428/8.4.1-3428.pdf> (datos obtenidos, 16/09/2013).

LEDESMA HERAS, J. A. (ed. lit.) (2008), *La imagen social de las personas con discapacidad*, Madrid, Cinca.

FUNDACIÓN PREVENT e INSTITUTO REGIONAL DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO, *Guía para una prevención de riesgos laborales inclusiva en las organizaciones. Concepto de discapacidad*, Madrid, Comunidad de Madrid.

VILLALOBOS, E. y ZALAKAIN, J. (2010), "Delimitación conceptual de la inclusión social" en PÉREZ BUENO, L. C. (dir.), *Discapacidad, Tercer Sector e Inclusión Social*, Madrid, Cinca: 25-50.

PALACIOS, A. y BARIFFI, F. (2007), *La discapacidad como una cuestión de derechos*

humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, Serie: Telefónica Accesible, n.º 4, Madrid, Cinca.

UÑA JUÁREZ, O. y HERNÁNDEZ SÁNCHEZ, A. (2004), *Diccionario de Sociología*, Madrid, ESIC.