

Guía de apoyo

## Accesibilidad en la vivienda social

### Capítulo 2. Funcionamiento, discapacidad y salud

# Guía de apoyo

## Accesibilidad en la vivienda social

Registro de propiedad intelectual: 2023-A-2292

ISBN: 978-956-9111-01-3

Derechos reservados.

Primera edición, julio 2023.

Este capítulo forma parte de la publicación "*Guía de apoyo: Accesibilidad en la vivienda social*", disponible para descarga en [www.teleton.cl](http://www.teleton.cl)

### Autores

Aldo Orrigoni Díaz | [aorigoni@teleton.cl](mailto:aorigoni@teleton.cl)

Director nacional de gestión social y voluntariado Teletón Chile.

Daniel Prado Valenzuela | [daniel@dpradoarquitecto.cl](mailto:daniel@dpradoarquitecto.cl)

Arquitecto UC.

Sebastián Saldaña Aguilera | [hola@sebastiansaldana.cl](mailto:hola@sebastiansaldana.cl)

Diseñador gráfico / Ex voluntario del programa Abre Teletón Chile.

Rodrigo Cubillos Bravo | [rcubillos@teleton.cl](mailto:rcubillos@teleton.cl)

Coordinador nacional de tecnologías de apoyo a la rehabilitación y la inclusión Teletón Chile.

Ex responsable técnico programa Abre Teletón Chile.

Docente asistente de la carrera de Terapia Ocupacional, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### Diseño de la publicación

Sebastián Saldaña Aguilera

### Ilustraciones

Sebastián Saldaña Aguilera

Daniel Prado Valenzuela



Usted es libre de:

*Compartir* — copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato

*Adaptar* — remezclar, transformar y construir a partir del material

Bajo los siguientes términos:

*Atribución* — Usted debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante.

*NoComercial* — Usted no puede hacer uso del material con propósitos comerciales.

*CompartirIgual* — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original.

[Más información sobre la licencia.](#)

## **2.**

# **Funcionamiento, discapacidad y salud**

En este capítulo expondremos cómo ha evolucionado el concepto de discapacidad –desde el modelo de prescindencia hasta el modelo social– para llegar a un análisis más universal del concepto desde lo convenido en la Clasificación Internacional de Funcionalidad, junto con los factores importantes para el desarrollo de las personas con discapacidad y de quienes las rodean.

## 2.1 Funcionamiento, discapacidad y salud

La conceptualización de discapacidad ha tenido distintos modelos y enfoques a lo largo de su historia, considerada en un principio como una variable biomédica, lejana a la inclusión social, centrada en la patología y distanciando al sujeto de toda circunstancia sociocultural. Este era el postulado del llamado modelo individual, que conceptualizaba a la discapacidad como “una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia, que limita o impide el desempeño de un rol que, en su caso, debiera ser normal, en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales” (Organización Mundial de la Salud, 1980).

Aunque en el siglo XVI ya se habían desarrollado las primeras prótesis de mano y el trabajo y la educación se habían considerado métodos de rehabilitación, es en el siglo XX, luego de dos guerras mundiales y otros enfrentamientos bélicos, cuando el número de personas con secuelas físicas y mentales aumenta de forma exponencial, lo que hizo patente los requerimientos de este grupo de personas y la necesidad de crear instituciones que resguardaran su cuidado y rehabilitación. Es por ello que en 1955 se aprueba el Programa Internacional de Rehabilitación de Minusválidos Físicos y, en 1980, la Organización Mundial de Salud (OMS) aprueba la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, lo que hoy se ha convertido en la Clasificación Internacional de Funcionalidad (CIF) (Organización Mundial de la Salud, 2001).

A continuación, se exponen los principales modelos mediante los que se ha definido la discapacidad.

---

### 2.1.1 Modelo de prescindencia

El primer modelo conocido fue nombrado de prescindencia, que consideraba que la discapacidad tenía su origen en causas religiosas. Las personas con discapacidad eran una carga para la comunidad, sin mucho que aportar a la sociedad. En este modelo se encuentran dos submodelos que están de acuerdo en el origen de la discapacidad, pero no en la respuesta social hacia ella, el submodelo eugenésico y el de marginación (Toboso & Arnau Ripollés, 2008).

En el submodelo eugenésico, originario de la antigua Grecia y Roma, el nacimiento de un niño o niña con discapacidad era el resultado de un pecado cometido por los padres –en el caso de Grecia– o una advertencia de que la alianza con los

dioses se encontraba rota, en el caso de Roma. El factor común es que la vida de una persona con discapacidad no merecía la pena ser vivida, y la consideración acerca de su condición de carga (para los padres y para la sociedad) llevaba a prescindir de estas personas mediante prácticas eugenésicas, como el infanticidio en el caso de los niños y niñas (Garland, 1995).

El submodelo de marginación se caracteriza por una constante histórica; un ejemplo puede encontrarse en el tratamiento dado a las personas con discapacidad durante la Edad Media, a quienes se incluía dentro del grupo de los pobres y de los marginados (Geremek, 1989).

La principal característica de este submodelo es la exclusión, ya sea como consecuencia de subestimar a las personas con discapacidad y considerarlas objeto de compasión o del temor y el rechazo, por considerarlas objeto de maleficios y advertencia de un peligro inminente. Es decir, ya sea por menosprecio o por miedo, la exclusión es la respuesta social hacia la discapacidad.

---

## 2.1.2 Modelo médico

En sus inicios y durante muchos años, el modelo médico de la discapacidad, era aceptado tanto en lo académico como en lo social, definido por Bourdieu como un modelo “...inculcado por un discurso experto, el de la medicina, que procede a una “normalización” de los cuerpos que implica la catalogación de la persona con discapacidad como poseedora de un cuerpo enfermo” (Ferreira, 2008). El mismo autor señala que dicho modelo conlleva a un prejuicio respecto de las posibilidades de participación en actividades de la vida cotidiana y social, basándose en el déficit de la condición médica.

Bajo este modelo surgen numerosos avances en el área de la rehabilitación, pero muchas veces se continúa minimizando la voluntad de las personas con discapacidad, que eran objeto de práctica y experimentación de tratamientos.

---

## 2.1.3 Modelo biopsicosocial

Dicho modelo fue creado en 1977 por George Engel, quien luego de años de predominancia del modelo médico, logra ampliar el planteamiento dando una mirada holística de la salud. Este modelo “considera al individuo un ser que participa de las esferas biológicas, psicológicas y sociales, cada sistema influye en los otros y a su vez está influido por los demás considerando a la persona como un ser dinámico que se compone de tres esferas, física, psicológica y social” (Vanegas García & Gil Obando, 2007).

---

## 2.1.4 Modelo social

La visualización de la discapacidad a nivel social y la comprensión de que las personas en situación de discapacidad están en igualdad de derechos con aquellas que no se encuentran en dicho escenario, promueve la formulación de un modelo social de la discapacidad, para el que Palacios afirma que “... las causas que originan la discapacidad, no son ni religiosas ni científicas, sino sociales o al menos, preponderantemente sociales” (Victoria Maldonado, 2013). La responsabilidad de la problemática ya no se encuentra en las limitaciones individuales, sino que en la necesidad de responder de forma apropiada como sociedad a sus requerimientos; para asegurar una participación en la comunidad, se hace indispensable la elaboración de políticas públicas que aseguren ese derecho y respondan a las necesidades de este grupo de personas, considerando que el aporte a la inclusión y a la aceptación de la diferencia está estrechamente relacionado con el que las personas en situación de discapacidad pueden otorgar.

## 2.2 Definición legal actual

La definición establecida por la ley vigente en nuestro país da énfasis a la importancia de otorgar un contexto físico, social y cultural apropiado que permita la plena participación y desempeño tanto en espacios privados como públicos:

“Persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” (Ley 20.422, Art. N°5, 2010).

El contexto histórico, político y social ha modificado la visión de las personas en situación de discapacidad al igual que sus necesidades; estas definiciones han avanzado en el entendimiento del ser humano como un ser multifactorial, pero dichas corrientes han tenido un cambio progresivo, lo que genera en muchas ocasiones una superposición de conceptos; invalidez, minusvalía, diversidad funcional y personas con necesidades de accesibilidad son términos que se han utilizado para definir una condición que hoy se concibe como un concepto dinámico. Sin embargo, aún en la actualidad el tipo de discapacidad y su estigmatización repercuten en el cumplimiento de sus derechos fundamentales y en ser considerados como sujetos de derecho.

## 2.3 Discapacidad en el Modelo de la Clasificación Internacional de la Funcionalidad (CIF)

En 1980, la OMS publica el Manual de Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), que se encuentra basado en aspectos médicos y conceptos de enfermedad que dificultan el desempeño de la persona en su contexto cotidiano, dando respuesta al contexto histórico y social de la década. La mejor comprensión de las barreras que enfrentan las personas con discapacidad modificó el concepto, considerando la dimensión ambiental/social de la discapacidad, basando su definición en los criterios de la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) publicada en 2001.

La CIF define la discapacidad como un término genérico, que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y factores personales y ambientales (por ejemplo, transporte y edificios públicos inaccesibles, vivienda y un apoyo social limitado) (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La CIF es una metodología que busca aportar un lenguaje común, fiable, estandarizado y aplicable transculturalmente que permita describir el funcionamiento humano y la discapacidad, utilizando una visión universal de la discapacidad. Forma parte de las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud que proporcionan un marco conceptual uniforme de categorización. La mayor virtud es que provee un abordaje integral del paciente, estableciendo un paradigma que aborda la problemática de las personas, enlazando los diferentes componentes de la funcionalidad en forma circular, donde un sistema influye sobre el otro (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Es complejo hablar de accesibilidad sin hablar de la CIF: básicamente, esta refuerza el concepto de que la condición de salud no está dada por la enfermedad, sino más bien por la interacción con factores ambientales que pueden resultar en barreras o en facilitadores de la participación. Para comprender mejor la CIF, se puede explicar como un esquema de clasificación que identifica y describe las relaciones entre los diversos factores que interactúan para afectar la salud y la función. Sus clasificaciones revisadas de discapacidad son la estructura y función del cuerpo a nivel de órgano, la actividad a nivel de persona y la participación a nivel social. Los factores ambientales se incorporan a la conceptualización de la discapacidad para ampliar el alcance del modelo y permitir la descripción de experiencias positivas como facilitadores y experiencias negativas como barreras (Organización Mundial de la Salud, 2001).

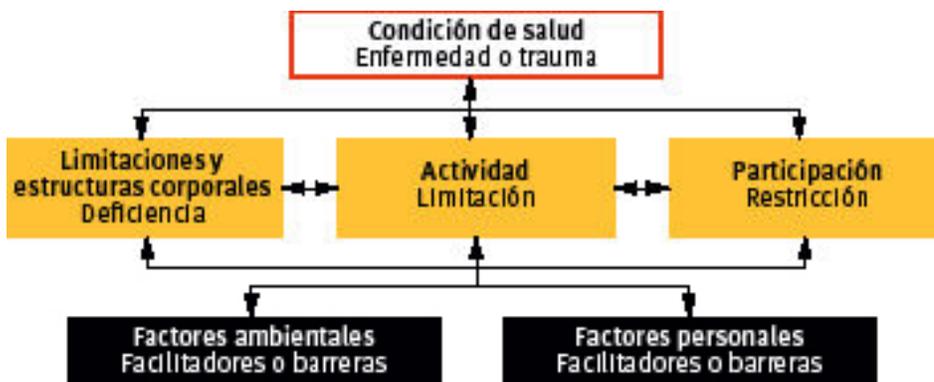
Específicamente, la CIF conceptualiza el funcionamiento de un individuo como la interacción entre su condición de salud, factores ambientales y factores personales. La información en la CIF se organiza en dos partes: funcionamiento y discapacidad y factores contextuales.

El funcionamiento y la discapacidad consisten en:

- ▶ Funciones y estructuras corporales.
- ▶ Actividades.
- ▶ Participación.

Por su parte, los factores contextuales consisten en:

- ▶ Factores ambientales.
- ▶ Factores personales.



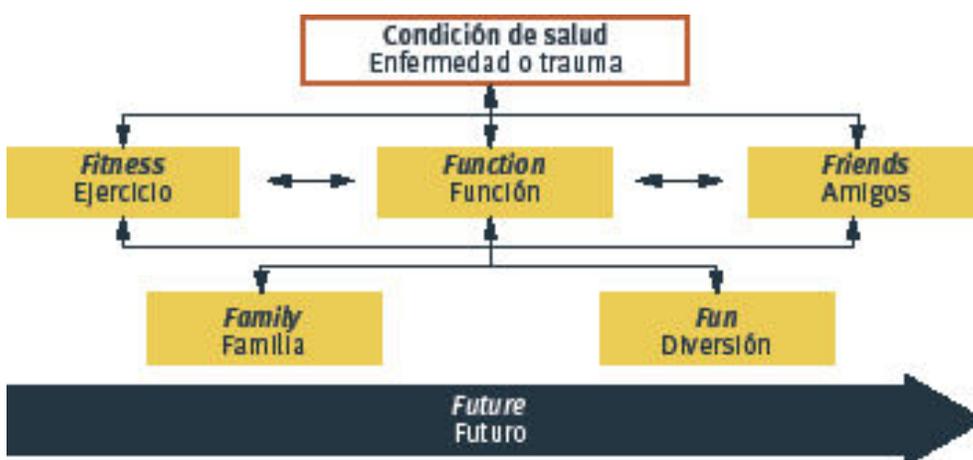
**Figura 1.** Componentes de la CIF. Se observan las relaciones recíprocas, bidireccionales y jerárquicas entre los diversos factores que interactúan para afectar la condición de salud y la función

*Fuente: elaboración propia.*

Para un mejor entendimiento de cada uno de los componentes de la CIF, en el año 2011 los Doctores Rosenbaum y Gorter acuñan el término *F-Words* o Palabras F; cada una representa factores importantes para desarrollar en las personas con discapacidad, primordialmente niños y niñas con discapacidad de origen motor y quienes les rodean (Rosenbaum & Gorter, 2011).

Las *F-Words* son:

- ▶ **Function (función)**, las actividades que una persona puede realizar sin importar de qué manera sean realizadas.
- ▶ **Family (familia)**, parte esencial del entorno si pensamos en niños. La familia es el núcleo de desarrollo primario; en términos de tiempo debieran ser quienes están más presentes, los que más lo conocen, educan y apoyan y, por ende, deben ser incorporados activamente durante todo el proceso de rehabilitación.
- ▶ **Fitness (ejercicio)**, referido a toda actividad física que el niño o niña realiza durante su jornada, ya sea en el hogar, en el colegio, en la plaza con sus amigos o mascotas, etc. Se incluyen también actividades de rehabilitación, como visita a su kinesiólogo.
- ▶ **Fun (diversión)**, probablemente sea el principal interés o motivación del niño o niña, son actividades que se realizan de manera voluntaria, sin presiones, en las que se divierte y obtiene placer. En el caso de que alguna de las actividades de interés no se pueda realizar a causa de alguna limitación, se deben hacer los esfuerzos para adaptarla y que pueda ser llevada a cabo de la forma más independiente posible.
- ▶ **Friends (amigos)**, los amigos se encuentran en las relaciones con otras personas de su entorno. La amistad en esta etapa de la vida influye poderosamente en el desarrollo personal y social, y es determinante en la niñez.
- ▶ **Future (futuro)**, lo más típico es plantear el escenario realizando la pregunta ¿qué quieres ser cuando grande? Si bien esto no necesariamente representa un pensamiento sobre el futuro, permite conocer expectativas, proyecciones y la capacidad de plantearse esos escenarios hipotéticos.



**Figura 2.** Esquema relacional entre las F-Word o Palabras F y sus comparativos con los componentes de la Clasificación Internacional del Funcionamiento

Fuente: elaboración propia con base en Rosenbaum y Gorter (2011).

## Referencias

- Ferreira, M. A. (2008). La construcción social de la discapacidad: Habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Critical Journal of Social and Juridical Sciences*, 17(1). <http://revistas.ucm.es/index.php/NOMA/article/view/NOMAAo8o812o221A>
- Garland, R. (1995). *The eye of the beholder. Deformity & Disability in the Graeco-Roman world*. Duckworth.
- Geremek, V. B. (1989). *La Piedad y la Horca. Historia de la miseria y de la caridad en Europa*. Alianza.
- Ley 20.422, de 03 de febrero de 2010, que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. *Ministerio de Planificación*. Santiago, Chile, 10 de febrero, 2010, N° 20.422. <http://bcn.cl/31h4u>
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. IMSERSO.
- Rosenbaum, P. & Gorter, J. W. (2011). The 'F-words' in childhood disability: I swear this is how we should think! *Child: care, health and development*, 38(4), 457-463. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01338.x>
- Toboso, M. & Arnau Ripollés, M. S. (2008). La discapacidad dentro del enfoque de capacidades y funcionamientos de Amartya Sen. *Araucaria. Revista iberoamericana de filosofía, política y humanidades*, 10(20), 64-94. <https://editorial.us.es/es/ano-10-no-20-2008>
- Vanegas García, J. H., Gil Obando, L. M. (2007). La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12, 51-61 Universidad de Caldas.
- Victoria Maldonado, J. (2013). El modelo social de la discapacidad: Una cuestión de derechos humanos. *Revista de Derecho de la UNED (RDUNED)*, (12). <https://revistas.uned.es/index.php/RDUNED/article/view/11716>