UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN DE AREQUIPA

FACULTAD DE CIENCIAS HISTÓRICO SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE SOCIOLOGÍA

"ESPACIO SOCIAL Y HABITUS DE LA DISCAPACIDAD EN LA CIUDAD DE MOQUEGUA 2017"

Tesis presentada por el Bachiller:

William Freddy Laura Huaman

Para obtener el Título Profesional de:

Licenciado en Sociología

AREQUIPA – PERU

2018

DEDICATORIA

A mis padres que me apoyaron incondicionalmente.

William

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de San Agustín por brindarme la oportunidad de realizar estudios de pregrado y permitir de esta manera mi formación profesional.

A los docentes de la Escuela Profesional de Sociología de Facultad de Ciencias Históricos Sociales de la Universidad Nacional de San Agustín quienes con la enseñanza, sus conocimientos, la dirección, y el apoyo, hicieron que pueda crecer día a día como profesional.

A las Asociaciones de personas con discapacidad de la ciudad de Moquegua, y a las instituciones públicas involucradas en temas de discapacidad, por brindarme su apoyo en el desarrollo de este trabajo de investigación.

El Autor

PRESENTACIÓN

Señor Decano de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales
Señor Director de la Escuela Profesional de Sociología
Señores miembros del jurado

Con el objetivo de obtener el Título de Licenciado en Sociología, de conformidad con las disposiciones y normas establecidas por el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias Histórico Sociales, se presenta la tesis titulada: Espacio Social y Habitus de la Discapacidad en la ciudad de Moquegua, 2017. La investigación tiene como objetivo analizar el funcionamiento del espacio social y el habitus de la discapacidad. Planteado bajo la modalidad de tesis, el cual permite estudiar, desde un enfoque social, a la población en situación y condición de discapacidad física, y de qué manera se manifiesta las condiciones personales y del entorno de las personas que experimentan la discapacidad.
Asimismo, la presente investigación presenta un tema de interés a nivel institucional y profesional, aportando conocimientos para el desarrollo social de futuras investigaciones.

El Autor

ÍNDICE

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Presentación	iv
Índice	v
Índice de Tablas	vii
Índice de Figuras	viii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
INTRODUCCIÓN	12
CAPITULO I	13
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	13
1.1. Formulación del problema de investigación	13
1.2. Justificación	14
1.3. Objetivos	16
1.4. Marco Metodológico	16
1.5. Escenario de estudio	18
1.6. Caracterización de sujetos	19
1.7. Trayectoria metodológica	20
1.8. Población, muestra y muestreo	20
1.9. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos	22
1.10. Tratamiento de la información	23
1.11. Método de análisis de datos de los instrumentos	24
1.12. Matriz metodológica	24
1.13. Rigor científico y aspectos éticos	27
CAPITULO II	28
MARCO TEÓRICO	28
2.1. Antecedentes	28
2.2. Aportes teóricos	31
2.3. El sistema de Clasificación Internacional y el Concepto de la Discapacidad	40

2.4. Tipos de discapacidad 45
2.5. Normatividad desarrollada sobre discapacidad 46
2.6. Modelos de la discapacidad y aproximaciones teóricas 57
2.7. Concepto de espacio social y habitus de la discapacidad 71
CAPITULO III 72
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS 72
3.1. Variable Espacio Social de la Discapacidad 73
3.2. Variable Habitus de la discapacidad 101
3.3. Asociación del Espacio Social y el Habitus de la Discapacidad 126
CONCLUSIONES
RECOMENDACIONES
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS
VIII.ANEXOS

INDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1	Matriz metodológica	26
Tabla 2	Partes, componentes y dominios de la CIF	44
Tabla 3	Condición y situación de discapacidad	67
Tabla 4	Variable Espacio Social de la discapacidad	74
Tabla 5	Dimensión Capital	88
Tabla 6	Dimensión Posición Social	92
Tabla 7	Dimensión Mercado de Bienes	99
Tabla 8	Variable Habitus de la discapacidad	102
Tabla 9	Porcentaje de Personas con discapacidad según tipo de diagnóstico más frecuente, sexo y numero de limitaciones	105
Tabla 10	Dimensión Esquema social	108
Tabla 11	Dimensión Condiciones objetivas	121
Tabla 12	Dimensión Reproducción de practicas	123
Tabla 13	Coeficientes para la Rho de Spearman	126
Tabla 14	Comprobación de hipótesis	127

INDICE DE FIGURAS

		Pág.
Figura 1	Flujo de la Determinación Social	62
Figura 2	Variable Espacio Social de la discapacidad	75
Figura 3	Porcentaje de personas con discapacidad según Grupo de edades en departamento de Moquegua	76
Figura 4	Porcentaje de Personas con discapacidad física según Grupo de edades en distrito de Moquegua, 2017	77
Figura 5	Porcentaje de Personas con discapacidad física según nivel educativo en distrito de Moquegua, 2017	78
Figura 6	Porcentaje de Población económicamente activa (PEA) de la población con discapacidad en el departamento de Moquegua	79
Figura 7	Porcentaje de Personas con discapacidad física según ocupación en distrito de Moquegua, 2017	80
Figura 8	Porcentaje de Personas con discapacidad física según ingreso promedio mensual familiar en distrito de Moquegua, 2017	81
Figura 9	Porcentaje de Personas con discapacidad física según participación en la actividad económica en distrito de Moquegua, 2017	82
Figura 10	Porcentaje de Personas con discapacidad física según tenencia de propiedad en distrito de Moquegua, 2017	83
Figura 11	Porcentaje de Personas con discapacidad física y el número de miembros que conviven en la vivienda en distrito de Moquegua, 2017	84
Figura 12	Porcentaje de Personas con discapacidad física según pertenencia a alguna organización en distrito de Moquegua, 2017	85
Figura 13	Dimensión Capital	89
Figura 14	Porcentaje de Personas con discapacidad física según su limitación permanente en el departamento de Moquegua	89
Figura 15	Porcentaje de Personas con discapacidad física según origen de la limitación en distrito de Moquegua, 2017	90
Figura 16	Porcentaje de Personas con discapacidad física según el tipo de dificultad que presentan, en el departamento de Moquegua	91
Figura 17	Dimensión Posición Social	92
Figura 18	Porcentaje de Personas con discapacidad según tenencia de certificado y registro de discapacidad en departamento Moquegua, 2017	94

Figura 19	Porcentaje de Personas con discapacidad física según tipo de seguro de salud en distrito de Moquegua, 2017	96
Figura 20	Porcentaje de Personas con discapacidad según tratamiento y/o terapias de rehabilitación en departamento de Moquegua	97
Figura 21	Dimensión Mercado de Bienes	100
Figura 22	Variable Habitus de la discapacidad	103
Figura 23	Porcentaje de Personas con discapacidad física según el uso de productos de apoyo en distrito de Moquegua, 2017	104
Figura 24	Dimensión Esquema Social	108
Figura 25	Porcentaje de Personas con discapacidad física según dificultad en la accesibilidad, en distrito de Moquegua, 2017	109
Figura 26	Porcentaje de Personas con discapacidad física según sujeto quien discrimina en distrito de Moquegua, 2017	112
Figura 27	Porcentaje de Personas con discapacidad física según percepción de vulneración de derechos en distrito de Moquegua, 2017	114
Figura 28	Porcentaje de Personas con discapacidad física según percepción de sobreprotección, en distrito de Moquegua, 2017	115
Figura 29	Porcentaje de Actividades que dejan de hacer las personas que apoyan a la persona con discapacidad, departamento de Moquegua	118
Figura 30	Porcentaje de Personas con discapacidad física que les afecta lo que piensen de ellos, en distrito de Moquegua, 2017	119
Figura 31	Dimensión Condiciones Objetivas	122
Figura 32	Porcentaje de Personas con discapacidad física según usos de tiempo libre en distrito de Moquegua, 2017	123
Figura 33	Dimensión Reproducción de Practicas	124
Figura 34	Ocupación y tipo de discapacidad física distrito de Moquegua, 2017	127
Figura 35	Sobreprotección y discapacidad física, distrito de Moquegua, 2017	128
Figura 36	Emprendimiento, nivel educativo y accesibilidad, distrito de Moquegua, 2017	129

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo: Analizar el funcionamiento del espacio social y el habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017. Por este motivo se ha realizado una investigación mixta, con un diseño no experimental, transversal. Para responder a los problemas de investigación y cumplir con los objetivos de la investigación, se utilizan las técnicas de: la encuesta, entrevista y observación. El cuestionario elaborado para cada variable de estudio, es aplicado a 290 personas con discapacidad en la ciudad del distrito de Moquegua, para conocer los niveles de funcionamiento del espacio social de la discapacidad y el habitus de la discapacidad. Asimismo, se aplica una guía de entrevista para conocer la vivencia subjetiva de la persona a partir de su experiencia individual mediante la selección de 4 casos de estudio. Por último, se utiliza una guía de observación que recoge los datos de los escenarios de la zona urbana de la ciudad del distrito de Moquegua. Las muestras que se utilizan son de dos tipos: una probabilística con un muestreo al azar y otra no probabilística con un muestreo por conveniencia.

El resultado de la investigación ha reportado que el espacio social y el habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, en el año 2017, funciona en una lógica de dominación, dinamizada por la puesta en práctica de estrategias y representaciones relacionadas al tipo y grado de discapacidad física; a la trayectoria social colectiva (familiar) y a la búsqueda de legitimidad, tiene un nivel de funcionamiento de autonomía regular (59.7%), caracterizada por las relaciones objetivas que las personas con discapacidad han establecido en su trayectoria de vida, la posesión de capital es limitada a la tenencia de propiedad, nivel educativo primaria, y establecen una baja red de relaciones relacionadas a la pertenencia a una organización social. En cuanto, al habitus, se distingue que las personas con discapacidad, han incorporado las prácticas sociales a través del cuerpo discapacitado que se inculcan las estructuras de dominación. Esta incorporación de habitus se encuentra en un nivel regular (65.5%), las cuales están integralmente relacionadas con el espacio social y las posiciones de los agentes social dentro del campo. Finalmente, se ha probado que la relación que existe entre ambas variables, corresponde a una relación positiva media (coeficiente rho de Spearman 0.354).

Palabras clave: habitus, espacio social, campo social, discapacidad, cuerpo, capital social.

ABSTRACT

The present investigation has like objective: To analyze the operation of the social space and the habitus of the disability in the city of Moquegua, year 2017. For this reason a mixed investigation has been realized, with a non-experimental, transversal design. To answer the research problems and meet the research objectives, the following techniques are used: the survey, interview and observation. The questionnaire prepared for each study variable is applied to 290 people with disabilities in the city of the district of Moquegua, to know the levels of functioning of the social space of the disability and the habitus of the disability. Likewise, an interview guide is applied to know the subjective experience of the person based on their individual experience through the selection of 4 case studies. Finally, an observation guide is used that collects data from the scenarios of the urban area of the city of the Moquegua district. The samples used are of two types: a probabilistic one with a random sampling and another non-probabilistic one with a convenience sampling.

The result of the investigation has reported that the social space and habitus of disability in the city of Moquegua, in the year 2017, work in a logic of domination, energized by the implementation of strategies and representations related to the type and degree of physical disability; to the collective (family) social trajectory and to the search for legitimacy, has a functioning level of regular autonomy (59.7%), characterized by the objective relationships that persons with disabilities have established in their life trajectory, the possession of capital is limited to property ownership, primary education level, and establish a low network of relationships related to belonging to a social organization. Regarding the habitus, it is distinguished that people with disabilities have incorporated social practices through the disabled body that are instilled in the structures of domination. This incorporation of habitus is at a regular level (65.5%), which are integrally related to the social space and the positions of the social agents within the field. Finally, it has been proved that the relationship between both variables corresponds to a mean positive relationship (rho coefficient of Spearman 0.354).

Keywords: habitus, social space, social field, disability, body, social capital.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación titulada “Espacio social y habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, 2017”, tiene como objetivo analizar la lógica de funcionamiento de la discapacidad a partir de la perspectiva analítica – de los dos modos de existencia de lo social: las estructuras sociales externas y las estructuras sociales internalizadas – de la teoría de Pierre Bourdieu: espacio social y habitus.

La discapacidad es una construcción social e implica conocer la realidad social en la que viven las personas con discapacidad donde se muestre la situación y condición de la discapacidad que sigue invisibilizada por las autoridades y sus instituciones. Por ello, conocer la problemática de la discapacidad en su contexto social permitirá generar un enfoque inclusivo en la sociedad, en el que se reconozca que las diferencias y se promueva la accesibilidad para todos, y, de esa manera, se contribuya a mejorar la elaboración e implementación de política pública sobre discapacidad en el distrito.

En la primera parte, se desarrolla el diseño de la investigación donde se formula el problema de investigación a partir de interrogantes, la justificación y se establece los objetivos del estudio. La metodología utilizada corresponde a un enfoque mixto, se hace uso de técnicas e instrumentos de recolección de datos como: la entrevista, encuesta y la observación, los que han permitido analizar las características objetivas de la discapacidad tanto en sus condiciones generales como en la experiencia corporal individual de la personas con discapacidad en contexto particular del distrito de Moquegua.

La segunda parte, corresponde al marco teórico sobre la cual se sostiene la investigación conformada por algunos conceptos que forman parte del bagaje teórico de Pierre Bourdieu, tales como: espacio social, campo, tipos de capital (económico, social, cultural), posición social, mercado de bienes; y, habitus (como esquemas sociales, condiciones objetivas y reproducción de prácticas); seguidamente, se presenta antecedentes realizados en los ámbitos internacional, nacional, regional y local; el sistema de clasificación y el concepto de la discapacidad; para luego, profundizar en los modelos y aproximaciones teóricas.

La investigación concluye con la presentación de conclusiones y recomendaciones, como respuesta a los objetivos planteados sobre la problemática de la discapacidad en el contexto especifico de la ciudad del distrito de Moquegua.

CAPITULO I
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Formulación del problema de investigación

La realidad social de la discapacidad en el mundo ha sido estudiada por diferentes disciplinas (corrientes sociológicas y jurídicas) que aportaron al establecimiento de modelos de interpretación de la discapacidad y a la producción y reproducción de prácticas sociales (opresoras o emancipadoras) según la época y lugar en el que se desarrollaron. Sin embargo, en países de América Latina, como en el caso de Perú, la experiencia de la discapacidad en las personas es distinta, donde la influencia de los modelos de la discapacidad en las políticas públicas se corresponde con los procesos históricos divergentes e influyentes (endógenos y exógenos) de la dinámica económica, política y social de cada departamento y sus distritos.

La influencia del modelo médico y el modelo social ha permitido que, se identifiquen y evidencien la función que tienen las barreras sociales y físicas para las personas con la discapacidad, así como, se reconozcan que, relativamente, las personas son consideradas doblemente discapacitadas: por un lado, por sus propios cuerpos, y por otro, principalmente, por la sociedad en la que viven. Por ello, creemos que los factores ambientales impactan – por lo general, de manera negativa – sobre la experiencia según el tipo y grado de discapacidad de la persona (OMS, 2011), ya que si a estos factores ambientales inaccesibles como: servicios básicos limitados (agua potable y saneamiento), condiciones laborales inadecuadas, servicios especializados de salud costosos o limitados y, sobre todo, si se cimientan en la desigualdad social, se configura la discriminación y la inclusión inaccesibles. La discapacidad de las personas es asunto de los derechos humanos, (igualdad de acceso; dignidad y violencia; y autonomía) pero también es un tema de desarrollo, ya que la discapacidad puede aumentar el riesgo de la pobreza y viceversa, según la incidencia de factores asociados como, el grado de instrucción, empleo, salud, entre otros.

Pocos son las investigaciones sociales que se han realizado en Perú y sobretodo en el distrito de Moquegua, que aborden la problemática de: el inadecuado uso de términos para nombrar la discapacidad de las personas; la accesibilidad limitada (justicia, educativa,

administrativa, transporte, lugares públicos, etc.); barreras físicas (rampas, accesos, vías, tecnología, comunicación, señalizaciones, etc.); barreras sociales; los limitados servicios y profesionales especializados de salud; la escasa producción normativa local relacionada a la discapacidad; la baja participación de las organizaciones de personas con discapacidad; y, la subvaloración de las capacidades de las personas. La problemática de las personas con discapacidad es múltiple y polisémica.

Por ello, a partir de un estudio secuencial explicativo mixto se busca conocer el funcionamiento social de la discapacidad, y de qué manera se manifiesta las condiciones personales y del entorno que experimentan las personas con discapacidad (condición y situación de la discapacidad). La primera etapa de la investigación cuantitativa consiste en describir los elementos que hacen posible el funcionamiento del espacio social de la discapacidad, tales como: tipo de capital, la posición social, y el mercado de bienes), y el funcionamiento del habitus de la discapacidad: Esquemas sociales, condiciones objetivas y reproducción de prácticas; así como la asociación que existe ambas variables, Los resultados de esta etapa son complementados con una segunda fase cualitativa que consiste en la explicación de las experiencias de la discapacidad, mediante el estudio de casos. Por lo expuesto, se ha planteado el siguiente problema de investigación:

Problema principal:

¿Cómo es el funcionamiento del espacio social y el habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017?

Problemas Secundarios:

a) ¿Cómo es el funcionamiento del espacio social de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017?
b) ¿Cómo es el funcionamiento del habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017?
c) ¿Cómo están relacionados el espacio social y el habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017?

1.2. Justificación

La discapacidad es una construcción social e implica conocer la realidad social en la que viven las personas, los grupos sociales, y sus experiencias globales adecuadas al contexto

específico, donde se muestre la situación y condición de la discapacidad que parece estar invisibilizada por las autoridades y sus instituciones. En la práctica, las convenciones y acuerdos internacionales sobre discapacidad y derechos humanos a los que el Perú se ha adscrito, y por ende, alinean a los gobiernos regionales y locales, no han hecho más que evidenciar la brecha social que aún existe, y lo mucho que falta por reconocernos iguales y aceptar las diferencias. Brecha social que nos recuerda: lo poco que se ha logrado en la accesibilidad universal para todos; el desinterés de las autoridades; y, la latente sensación y percepción de la población por "tratar" con la discapacidad. A ello, se suma, la vejez y la pobreza como elementos que también influyen en la condición de vida de las personas con discapacidad (OMS, 2011).

La presente investigación mixta se propone mostrar la realidad social de las personas con discapacidad física en cuanto al funcionamiento de un espacio social y un habitus de la discapacidad, a partir de la recolección y análisis de datos cuantitativos y cualitativos. Según la primera Encuesta Nacional especializada sobre la discapacidad del INEI (2015), de 11519 personas con alguna discapacidad, representan el 59.6% de personas que tienen una limitación permanente para mover o caminar y/o para usar brazos y piernas. Se analiza las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad física en el distrito de Moquegua, a partir de la identificación de las condiciones personales y del entorno de las personas que experimentan la discapacidad.

El empleo de los modelos de la discapacidad (principalmente, el modelo médico-rehabilitador, y el modelo social) está presente en la evaluación y la gestión política, administrativa y normativa del ámbito local. Por ello, conocer la discapacidad en su contexto social permite generar un enfoque inclusivo en la sociedad, en el que se reconozca que la discapacidad en las personas trasciende tanto en los factores ambientales como en el cuerpo, donde se promueva la accesibilidad para todos, y, de esa manera, se contribuya a mejorar la elaboración e implementación de política pública sobre discapacidad en el distrito.

Las investigaciones que abordan la temática de la discapacidad a nivel nacional o regional, bajo un análisis macrosocial, son estudios con enfoques jurídicos o médicos, pero muy pocas son las investigaciones sociales desarrolladas en el ámbito local, y desde la Sociología.

En tal sentido, la presente investigación puede servir de base para el desarrollo de nuevas investigaciones con enfoque sociológico en otros contextos locales y contribuir a entender los problemas de discriminación, desigualdad y accesibilidad relacionados a la discapacidad. Asimismo, puede corregir ambigüedades en la aplicación de los conceptos y enfoques teóricos en contextos locales del Perú.

Por otro lado, puede utilizarse como base teórica y práctica en la elaboración de instrumentos de gestión, planes y proyectos que realicen las instituciones, empresas y organizaciones, en los distritos del departamento de Moquegua.

1.3. Objetivos

Objetivo General:

Analizar el funcionamiento del espacio social y el habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017.

Objetivos Específicos:

a) Describir el funcionamiento del espacio social de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017.
b) Describir el funcionamiento del habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017.
c) Analizar la relación entre el espacio social y el Habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017.

1.4. Marco Metodológico

El presente estudio se enmarca dentro del enfoque de investigación mixta porque se "emplean las aproximaciones cuantitativa y cualitativa en el tipo de preguntas, métodos de investigación, recolección de datos, procedimientos de análisis e inferencias." (Tashakkori y Teddlie, 2009 y 2003, citado en Hernández, Fernández, y Baptista, 2010). Asimismo, según Chen (2006) la investigación mixta es "la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una 'fotografía' más completa del fenómeno" (citado en Hernández et al., 2010, p.546).

En ese sentido, se orienta a la utilización de la corriente sociológica con el propósito de "comprender o explicar rasgos de la vida social que van más allá de la vida de las personas y escenarios estudiados en particular. Utilizando los datos descriptivos para ilustrar sus teorías y conceptos" (Taylor y Bogdan, p.153).

El uso de métodos mixtos se justifica porque a través de datos cuantitativos y cualitativos se puede contrastarlos para una mayor validez interna y externa (triangulación), se puede visualizar perspectivas de ambos enfoques (compensación), se logra una mayor ilustración de los resultados de un método sobre la base del resultado del otro (complementación) y permite una mayor explicación e interpretación de los datos (Explicación) (Hernández, et al., 2010, pp.538-539).

1.4.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio corresponde a una investigación no experimental, caracterizada como la investigación "que se realiza sin manipular deliberadamente las variables independientes; se basa en categorías, conceptos, variables, sucesos, comunidades o contextos que ya ocurrieron o se dieron sin la intervención directa del investigador" (Hernández, et al., 2010, p.165).

1.4.2. Diseño

La presente investigación tiene un diseño explicativo secuencial, el cual se caracteriza por "una primera etapa en la cual se recaban y analizan datos cuantitativos, seguida de otra donde se recogen y evalúan datos cualitativos…[ésta] segunda fase se construye sobre los resultados de la primera…[sirven] para auxiliar en la interpretación y explicación de los descubrimientos cuantitativos iniciales, así como profundizar en éstos" (Hernández et al., 2010, p.554). La investigación sigue el siguiente esquema:

Para la primera etapa se caracteriza por un análisis descriptivo y para la segunda etapa se utiliza el estudio de casos, que, según Mertens (2005), es "una investigación sobre un individuo, grupo, organización, comunidad o sociedad, que es visto y analizado como una

entidad" (citado en Hernández et al., 2010). De igual manera, Yin (2009), precisa que el estudio de caso "es una indagación empírica que investiga un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto en la vida real, en especial cuando los límites entre el fenómeno y el contexto no son claramente evidentes" (citado en Hernández et al., 2010). Cabe precisar que con este diseño se presentan el contexto y los significados de los hechos sociales, como "una imagen fiel a la realidad", de lo que los sujetos dicen y el modo en el que actúan, denominándose también descripción etnográfica (Taylor y Bogdan, p.153).

Según el alcance temporal, el diseño del estudio es transversal en el que se "recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único. Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado" (Hernández et al., 2010, p. 151).

1.5. Escenario de estudio

La investigación se desarrolla en el distrito de Moquegua, provincia de Mariscal Nieto, Departamento de Moquegua, al sur del Perú (distrito conformado por 107 centros poblados rurales y 04 centros poblados urbanos), destacándose cuatro centros poblados: Chen Chen, Los Ángeles, San Antonio y Cercado de Moquegua (INEI, 2010).

Se ha considerado como ciudad al área urbana – de los cuatro centros poblados – del distrito de Moquegua., caracterizada por ser zonas: 1) donde se realizan las principales actividades económicas (agricultura, ganadería, construcción, comercio, servicios, y administración pública); 2) donde se concentra la mayor población (zonas de media y alta densidad; y 3) con una composición en la estructura social diferenciada. Se ha tomado en cuenta el área urbana que se encuentra establecido en el Plan de Desarrollo Urbano Sostenible Moquegua 2016-2026, para ello se ha considerado: la zona residencial, la zona comercial, la zona de recreación pública y la zona de usos especiales (áreas destinadas a actividades político/administrativas, locales institucionales y culturales, cementerios, terminales de transporte, locales de infraestructura de servicio, etc.). No se ha tomado en cuenta: la zona industrial, la zona de protección ecológica, la zona agrícola y de otros usos (plantas de tratamiento de agua, subestaciones eléctricas, etc.).

La población con discapacidad del distrito se encuentra distribuida en la zona urbana de la periferia de la ciudad (centros poblados urbanos), según la Encuesta Nacional

Especializada sobre la Discapacidad (INEI, 2012) y la consulta al Registro de personas con discapacidad de la OMAPED. La población con discapacidad se organiza en asociaciones y lo hacen de manera libre y voluntaria, agrupadas sin distinción de edad, origen étnico, nivel socio económico, ocupación, estado civil o tipo de discapacidad. Los casos de estudio de la presente investigación son miembros de una asociación.

Asimismo, para la aplicación de la ficha de observación se ha identificado dos escenarios de estudio para la observación, Primer escenario: principales vías y accesos del espacio público (parques, mercados, plazas, ferias, etc.), para este escenario se ha considerado elementos tales como: accesos, rampas, señalizaciones, áreas de parqueo para personas con discapacidad. Segundo escenario: las instituciones públicas y privadas, tales como: establecimientos de salud, hospitales, municipalidades, instituciones educativas, instituciones financieras y bancarias, oficinas del gobierno regional entre otros. Cada elemento que conforma el escenario de estudio es recopilado en la guía de observación y material fotográfico para su análisis.

1.6. Caracterización de sujetos

Los sujetos, caso de estudio, son personas con discapacidad física motora, que pertenezcan a una asociación de personas con discapacidad, mayores de 30 años de edad, hablen español, y tengan más de 5 años de residencia en el distrito de Moquegua. El uso o no de algún "producto de apoyo" o "ayuda técnica", o que no hayan recurrido a terapias o sesiones de rehabilitación en aseguradoras de salud pública o privada, la tenencia o no del certificado de discapacidad, o estado civil, no son factores de exclusión.

Según INEI, para el año 2015, la población estimada del distrito asciende a 57,243 habitantes (la segunda de mayor población después del distrito Ilo, con 66,876 habitantes), con una esperanza de vida al nacer de 77 años, un ingreso per cápita de 1151.30 soles, y un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.6619 (PNUD, 2013). La economía del distrito – capital del departamento – se sustenta en la actividad agricultura, ganadería, construcción, comercio, servicios, y administración pública. Sin embargo, estos índices poco se reflejan en la calidad y condiciones de vida de las personas con discapacidad. La discapacidad puede presentarse en cualquier estrato socioeconómico, sin distinción de sexo, edad o religión. Estos elementos no son factores de exclusión.

Por otro lado, las personas que participan en la presente investigación, se muestran visiblemente en uso de sus razones, escuchan, se comunican y se expresan de manera coherente. Estas características son fundamentales para la aplicación de la entrevista y encuesta.

1.7. Trayectoria metodológica

Los procedimientos metodológicos que se siguieron para el desarrollo de la investigación fueron: primero, se realizó una revisión bibliográfica a través de las diferentes fuentes de recolección de información (fuentes primarias y secundarias) relacionadas al tema de la discapacidad. Segundo, se presentó solicitud a la OMAPED de la Municipalidad provincial de Moquegua y al CONADIS de la unidad territorial de Moquegua, a fin de obtener el registro de personas con discapacidad e información estadística del distrito, respectivamente. A partir del registro de personas con discapacidad se ha identificado y seleccionado los casos de estudio, así como, se ha calculado la muestra probabilística. Luego, se aplicó una encuesta piloto (12 personas con discapacidad) a fin de mejorar las preguntas y enunciados de los instrumentos de recolección de datos como: el cuestionario, la guía de Entrevista y la guía de Observación. En una primera etapa se ha aplicado la encuesta y realizado el análisis de los datos cuantitativos; y en una segunda etapa se ha aplicado una entrevista (semiestructurada) y realizado el análisis de datos cualitativos.

El apoyo y coordinación de los representantes de la OMAPED y el CONADIS ha sido trascendental para la investigación en la etapa de selección e identificación de participantes (casos de estudio). Para la aplicación del cuestionario y la guía de Entrevista se ha coordinado con los representantes de cada asociación definiéndose el lugar y fecha para la aplicación de los instrumentos.

1.8. Población, muestra y muestreo

Para la presente investigación mixta se utiliza dos tipos de muestra: una probabilística y otra no probabilística, que corresponde a la etapa cuantitativa y etapa cualitativa, respectivamente.

La etapa cuantitativa utiliza una muestra probabilística, en una población conformada por las personas con discapacidad física motora que pertenecen a una de las siguientes

asociaciones: Asociación de personas con discapacidad de San Antonio; Asociación civil de personas con discapacidad de la Región Moquegua; y Asociación de personas discapacitadas Chen – Chen. A partir de los datos de la Encuesta Nacional Especializada sobre la Discapacidad (INEI, 2015) que muestran un porcentaje de 45.6% de la población entre 30 a 69 años de edad, se ha estimado, que la población con discapacidad física motora es de 1186 personas.

Por consiguiente, la muestra probabilística se conforma por 290 personas que cumplen las características ya definidas. Se utiliza un nivel de confianza valor Z=1.96, y un error de estimación del 5%. Cabe mencionar que, el muestreo que se utiliza es un muestreo probabilístico simple. Para lo cual se aplica la siguiente fórmula para calcular la muestra:

$$n = \frac{z^2.\,p.\,q.\,N}{e^2.\,(N-1) + (z^2.\,p.\,q)}$$

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(0.5)(1186)}{(0.05)^2.\,(1186-1) + ((1.96)^2(0.5)(0.5))}$$

$$n = \frac{1139.03}{3.92}$$

$$n = 290.35$$

De esta forma:

n = tamaño de muestra

z = nivel de confianza elegido (correspondiente con los valores de Z=1.96)

p = porcentaje de la población que tiene el atributo deseado (50%)

q = porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado (50%)

N = tamaño de la población (N=1186)

e = error de estimación máximo aceptado (5%)

La etapa cualitativa utiliza una muestra no probabilística por conveniencia, determinándose el tamaño de muestra por: el número de casos que respondieron a las preguntas de investigación, los recursos que se dispone, el tiempo y al acceso a la información de los

casos de investigación (Hernández et al., 2010, p. 394). Por consiguiente, la muestra que se utiliza es de 4 casos de estudio.

1.9. Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Las técnicas utilizadas para la recolección de datos son: la entrevista (semiestructurada), la encuesta y la observación.

En cuanto a la técnica de observación consiste en "el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos y situaciones observables, a través de un conjunto de categorías y subcategorías" (Hernández et al., 2010, p. 260) que implica mantener un papel activo y reflexivo. Por ello, se ha elaborado como instrumento una Guía de Observación que recoge los datos de los escenarios de estudio identificados, y complemente a las demás técnicas.

La técnica de la entrevista semiestructurada se basa "en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para precisar conceptos u obtener mayor información sobre los temas deseados" (Hernández et al., 2010, p.418). Bonilla-Castro y Rodríguez (1997), precisa que la entrevista cualitativa "es un instrumento muy útil para indagar un problema y comprenderlo tal como es conceptualizado e interpretado por los sujetos estudiados…[y] tiene como propósito conocer en detalle lo que piensa o siente una personas con respecto a un tema o una situación particular" (p.93). La guía de entrevista se aplica a los casos de estudio seleccionados.

Por otro lado, se ha utilizado la técnica de la encuesta, para lo cual, se ha elaborado un cuestionario que recoge datos para las dos variables:

Variable "espacio social de la discapacidad" a partir de las dimensiones: el tipo de capital; la posición social; y, el mercado de bienes.

Variable "Habitus de la discapacidad" a partir de las dimensiones: Esquemas sociales; condiciones objetivas; y, Reproducción de prácticas.

1.10. Tratamiento de la información

***Entrevista*:** Primero: se realiza el recojo de datos, a través de la guía de entrevista semiestructurada siendo aplicada a las personas con discapacidad en sus domicilios o centro de trabajo. Se ha previsto que el ambiente para la entrevista no haya elementos perturbadores endógenos, tales como: ruido, música, presencia de otros familiares, instruyéndole previamente las condiciones ambientales para la entrevista. Sin embargo, al no poder controlar todos los escenarios, algunas entrevistas se hicieron en ambientes de trabajo y espacios públicos. Se hizo uso de una grabadora de voz y con consentimiento del entrevistado (caso de estudio) se procedió a grabar la entrevista, en un tiempo promedio de 40 minutos.

Segundo: Se procedió a la transcripción de las audios de cada entrevista registrándolos con iniciales, fecha y código correlativos (por ejemplo: E001-JPM_01-12-17, E002-ESV_06-12-17, etc.) guardando la confidencialidad y anonimato de cada entrevistado; c) posteriormente, se procedió a "la categorización de los datos recogidos conforme a patrones y tendencias que se descubren tras la lectura repetida [de las entrevistas]" (Sandoval, 1996, p.86), organizándolos a través, de agrupamientos, conteo, contrastación y comparación a través de una codificación descriptiva y axial (Sandoval, 1996, pp. 150 – 160). Finalmente se realiza el reporte descriptivo que es presentado en el capítulo de Resultados y discusión.

La investigación – cualitativa – es un proceso de construcción, en ese sentido, los datos adicionales que surgieron del trabajo de campo han servido para complementar el análisis de las dimensiones.

***Observación*:** Se elabora una guía de observación estructurada, a partir de preconceptos identificados y adaptados de investigaciones y estudios previos, tales como: ficha de recojo de información para la accesibilidad propuesta por Huerta (2006) y Ficha de diagnóstico de accesibilidad desarrollado por CONADIS para el plan de Incentivos 2016. El ámbito de aplicación de la guía de observación es aplicada en la zona urbana de la ciudad de Moquegua (establecida en el Plan de Desarrollo Urbano Sostenible Moquegua 2016-2026 considerándose: la zona residencial y la zona comercial), según los dos escenarios de estudio ya establecidos.

***Encuesta*:** se aplica el cuestionario a las personas con discapacidad física motora, se realiza la codificación a las respuestas en cada ítem, luego, se genera una base de datos y se analiza los datos. Finalmente se realiza el reporte estadístico que es presentado en el capítulo de Resultados y discusión.

1.11. Método de análisis de datos de los instrumentos

Los métodos de análisis de datos utilizados son:

- Estadística descriptiva: Tablas de frecuencias, gráficos y el cálculo de medidas descriptivas según las variables de estudio.
- Análisis de correspondencia múltiple.
- Coeficiente de correlación lineal de Rho Spearman para determinar la relación de las variables.

En general, para el análisis estadístico se ha utilizado el software estadístico IBM-SPSS y hojas de cálculo de Excel.

1.12. Matriz metodológica

La presente investigación tiene como objetivo analizar del funcionamiento de la discapacidad, a partir de dos variables: 1) Espacio social de la discapacidad; y, 2) Habitus de la discapacidad.

Para la primera variable se ha establecido como categoría de análisis el "Funcionamiento del espacio social de la discapacidad". Esta categoría describe los tipos y estructura de capital global que posee cada persona con discapacidad y el intercambio de bienes de capital en disputa, que determinan la posición que ocupa en la red de relaciones del campo de la discapacidad. Se conforma por tres (03) dimensiones o subcategorias: 1) Tipo de capital (Económico, cultural y social); 2) Posición social (tipo de discapacidad, origen, años con discapacidad, grado de discapacidad); y, 3) Mercado de bienes (Diagnostico de discapacidad, registro de discapacidad, seguro social de salud, tipo de seguro).

Para la segunda variable se ha establecido como categoría de análisis el "Funcionamiento del habitus de la discapacidad". Esta categoría describe los esquemas generadores de prácticas y percepciones de prácticas que las personas con discapacidad incorporan y que

está relacionada a la posición que ocupa en el sistema de relaciones dentro del campo de la discapacidad. Se conforma por tres (03) dimensiones o subcategorias: 1) Estructura estructurada; 2) Interiorización de la exterioridad); y, 3) Estructura estructurante. A partir de la definición conceptual a éstas subcategorías se les ha llamado: Esquemas sociales; Condiciones objetivas; y Reproducción de prácticas, respectivamente.

Asimismo, en la segunda categoría de análisis, se destaca a la subcategoría “Estado de accesibilidad” que describe el estado de accesibilidad física del espacio público urbano, tales como: Vías de accesos principales y principales Instituciones públicas y privadas (bancarias y comerciales). La identificación de las áreas accesibles, permite establecer las zonas con necesidad de ajustes razonables y diseño universal y la percepción que genera la accesibilidad.

Tabla 1

Matriz metodológica

Categoría (Variable)	Subcategoría (dimensión)	Unidad de análisis	Indicador	Item (encuesta)	Técnica	Instrumento
Espacio social de la discapacidad	Tipo de capital.	Sistema de posiciones ocupadas por Personas con discapacidad física motora	Económico (ingreso, actividad económica, cargo)	3, 23, 24, 25, 26, 20	Encuesta/ Entrevista	Cuestionario/ Guía de entrevista semiestructurada
			Cultural (nivel educativo)	4, 5		
			Social (carga familiar, personas con la que vive, pertenencia a algún grupo, red de contactos)	18, 19, 21, 42, 43, 1, 2		
	Posición social.		tipo y grado de discapacidad, origen, años con discapacidad	6,7,8,9, 17		
	Mercado de bienes.		Diagnóstico y registro de discapacidad, seguro de salud, tipo de seguro de salud	10, 11, 12, 13		
Habitus de la discapacidad	Esquemas sociales.	Prácticas y percepciones de las Personas con discapacidad física motora	Uso y tipo de aparatos de apoyo; aparatos, necesidad de uso.	14, 15, 16	Encuesta/ Entrevista	Cuestionario/ Guía de entrevista semiestructurada
	Condiciones objetivas.		Accesibilidad*, percepción de discriminación, persona que discrimina, vulneración de derechos, sobreprotección, percepción sobre lo que piensa la gente de la discapacidad	22, 35, 37, 38, 39, 40, 41		
	Reproducción de prácticas.		Limitación para el trabajo, motivo por el que no trabajo, emprendimiento, actividad que me gustaría hacer, necesidad de apoyo, actividad de tiempo libre	27, 28, 29, 30, 31, 32, 33,34, 36		
	*Estado de la Accesibilidad.	(Espacios públicos)	Vías y accesos principales		Observación	Guía de Observación
			Principales Instituciones públicas y privadas			
			Instituciones bancarias y comerciales			

1.13. Rigor científico y aspectos éticos

Para lograr un adecuado rigor científico se han validado los resultados con los participantes quienes han reconocido como "verdaderos" y creíbles. Asimismo, el uso de los instrumentos metodológicos nos ha servido en la triangulación –metodológica y de fuentes de datos – para determinar la congruencia entre los resultados (Alvarez-Gayou, 2003, p.32). La descripción individualizada de las características del contexto y de los sujetos de investigación – como resultados emergentes – nos permitió revisar, comparar y precisar en las categorías temáticas lo común y específico con otros estudios similares realizados, para evitar el sobredimensionamiento textual y una falsa tendencia holística**.** La objetividad se ha logrado, por un lado, contrastando continuamente los resultados con la literatura existente, y por otro, trascribiendo textualmente las entrevistas, garantizando la veracidad del discurso de los entrevistados. Cabe mencionar que durante el proceso de investigación se ha querido mantener la consistencia y correspondencia entre los presupuestos teóricos y el marco metodológico, lo cual esperemos haber logrado la coherencia epistemológica de la investigación (Flick, 2004).

Finalmente, los participantes han sido informados sobre el objeto y fines de la investigación, explicándoles que los resultados del estudio no genera ningún perjuicio o daño personal, profesional o institucional, en tal sentido, han expresado su consentimiento informado y en todo momento se ha respetado sus derechos asegurándoseles confidencialidad y anonimato. Por la naturaleza del estudio, la investigación no conlleva riesgos para los participantes ya que no habrá recurrido a la experimentación y manipulación de las variables. Igualmente, se ha seguido pautas de responsabilidad ética respecto a los datos recogidos, antes, durante y después de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos tanto para la fase de observación, de encuesta, y de la entrevista, guardando discreción y privacidad en los contextos observables, así como, evitando interrupciones, juicios de valor y condicionamientos a las respuestas del entrevistado.

CAPITULO II
MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Dentro de los antecedentes internacionales se encuentra Conde (2013), en su tesis doctoral titulada *La accesibilidad de la persona con discapacidad a la administración electrónica: análisis sociológico de estudio de caso en el proyecto ASTIC*, Universidad de Sevilla-España, se plantea como objetivo analizar los problemas de accesibilidad de las personas con discapacidad motora a la administración pública electrónica desde un punto de vista sociológico. Esta investigación de estudio de casos, tiene como unidad de análisis a las personas con discapacidad, y para el recojo de información se aplicó cuestionarios, entrevistas y fichas de observación, llegando a las siguientes conclusiones: la perspectiva sociológica aporta como herramienta practica al análisis de la accesibilidad. Asimismo, es la socialización el factor que influye en la accesibilidad.

Para Vélez (2016), en su tesis de maestría en Políticas Públicas para el Desarrollo con Inclusión Social titulada *Educación inclusiva para personas con discapacidad en la provincia de Buenos Aires*, de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales - Argentina, se propone como objetivo explorar las representaciones sociales que frente a la educación inclusiva de personas con discapacidad tienen diversos actores educativos de la Escuela Santa Julia, mediante una investigación cualitativa de un estudio de casos, se llegó a las siguientes conclusiones: los actores educativos tienen una representación positiva frente a los procesos de educación inclusiva generada a partir de la acumulación de experiencias; sin embargo, la falta de información y de conocimiento, permite la utilización indistinta de categorías para resaltan la discapacidad. Asimismo, se reconoce que se trabaja por logros y metas de aprendizaje en función al grado y tipo de discapacidad pero depende de las habilidades y competencias de los actores educativos.

Así también, Pérez (2013), en su tesis de maestría en Gestión y desarrollo social, titulada *La política pública en el Ecuador y su incidencia en el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas con discapacidad*, de la Universidad Técnica particular de Loja-Ecuador, se propone como objetivo analizar la política del Ecuador entre 1998 y el 2012 determinando su incidencia en las personas con discapacidad, comparando con los

objetivos del Plan nacional del buen vivir, mediante una investigación mixta se ha aplicado encuestas a 70 personas y entrevistas a 30 personas relacionadas con las personas con discapacidad, llegando a las siguientes conclusiones: el cumplimiento de la normativa es limitado, y su aplicación como un solo cuerpo legal debe generar movilidad social, la ampliación de la sensibilidad y la reducción de la exclusión.

En el ámbito nacional se encuentra, Resurrección (2015) en su tesis de maestría en Derecho Constitucional, titulada *La "discriminación múltiple" como concepto jurídico para el análisis de situaciones de discriminación*, de la Escuela de Posgrado, Pontificia Universidad Católica del Perú, se plantea como objetivo analizar la discriminación múltiple en el marco constitucional para su aplicabilidad en la resolución de casos y en la política pública, llegando a las siguientes conclusiones: La igualdad y la prohibición de discriminación están consagradas en el art. 2 inciso 2; artículo 3 y artículo 43 de la Constitución vigente. La "discriminación múltiple" es el conjunto de opresiones simultáneas que sufre un colectivo por distintos motivos y es utilizado en el ámbito del Derecho internacional de los Derechos humanos y los relacionados a la discapacidad. En el Perú no ha sido reconocido expresamente pero se encuentra tácita en el artículo 1 y el artículo 2 inciso 2, y su aplicación en la resolución de casos ha sido limitada. Finalmente, la aplicación del concepto en las políticas públicas es un desafío a mediano plazo ya que supone una crítica y corrección de los enfoques y estrategias de igualdad usados a la fecha.

De igual modo, Del Águila (2011) en su tesis de maestría en Gerencia Social, titulada *Análisis y Evaluación del Plan de Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*, de la Escuela de Posgrado, Pontificia Universidad Católica del Perú, se plantea como objetivo identificar y analizar los factores limitantes en el diseño, implementación, monitoreo y evaluación del PIO que impiden o han impedido que este plan sea eficiente y eficaz para reducir los niveles de pobreza y exclusión que afecta a las personas con discapacidad (PCD), a partir de una investigación cualitativa haciendo uso de encuestas, focus group, entrevistas y revisión documental, llegó a las siguientes conclusiones: existe un débil funcionamiento del aparato técnico de la Comisión multisectorial e instituciones relacionadas para implementar y dar seguimiento al PIO que impulsen el desarrollo inclusivo en los niveles de gobierno. Los escasos compromisos presupuestales sectoriales no permiten la ejecución de actividades de la PIO. Hay una

limitada participación y compromiso de las organizaciones de PCD para vigilar y proponer iniciativas que presionen el cumplimiento de la PIO cada nivel de gobierno.

Por otro lado, Constantino (2017) en su tesis de maestría en Derechos humanos, titulada *La otra consulta: el derecho a la consulta de las personas con discapacidad,* de la Escuela de Posgrado, Pontificia Universidad Católica del Perú, se plantea como objetivo probar la necesidad y existencia del derecho a la consulta de las personas con discapacidad para poder participar efectivamente en la formulación e implementación de políticas públicas, a partir de una investigación cualitativa cuya metodología corresponde a un enfoque basado en derechos humanos, llegó a las siguientes conclusiones: los sistemas de justicia tienen que adaptarse a las necesidades de las personas con discapacidad, se debe cumplir con el acceso a la información y el derecho a la participación debe tenerse en cuenta el derecho a la consulta en la formulación de políticas públicas contenidas en el artículo 29 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (CDPD) que el Estado garantiza el derecho al voto, el acceso a la función pública, a la representación y a la asociación. Finalmente, es necesario que el derecho a la consulta de las personas con discapacidad, como forma de participación política en espacios de toma de decisión, exista en el ordenamiento jurídico, así como, en el ejercicio práctico de las instituciones públicas, pese a que la CDPD no lo reconoce como un derecho sino como una obligación estatal.

A nivel local, Guillen (2016) en su tesis de licenciatura, titulada *Servicios públicos de rehabilitación y calidad de vida en la personas con discapacidad del distrito de Moquegua, año 2015*, Escuela profesional de Gestión Pública y desarrollo Social, de la Universidad Nacional de Moquegua, se plantea como objetivo determinar el grado de relación entre los servicios públicos de rehabilitación con la calidad de vida en las personas con discapacidad del distrito de Moquegua para el año 2015, a partir de una investigación aplicada de tipo correlacional, llegó a la conclusión de que existe una relación directa significativa, según la prueba estadística chi cuadrado, donde las dimensiones de los servicios públicos de rehabilitación funcional como factor terapia, entorno, factor médico, y el factor recepción ejercen influencia en la calidad de vida de las personas con discapacidad.

2.2. Aportes teóricos

La acción social desde una perspectiva sociológica debe ser explicada no solamente por la descripción de sus condiciones objetivas sino también, por quienes la practican y forman parte del proceso de producción respectivo. Esta relación dialéctica, contraria a la relación entre individuo y sociedad del modo de pensamiento objetivista y subjetivista, en la perspectiva de Bourdieu, se nos presenta como una doble existencia relacional de lo social: lo social hecho cosas y lo social hecho cuerpo. El pensamiento relacional es superar el pensamiento sustancialista:

> "…la lectura 'sustancialista' e ingenuamente realista considera cada una de las prácticas (por ejemplo la práctica del golf) o de los consumos (por ejemplo la cocina china) en sí y para sí, independientemente del universo de las prácticas sustituibles y que concibe la correspondencia entre las posiciones sociales (o las clases pensadas como conjuntos sustanciales) y las aficiones o las prácticas como una relación mecánica y directa […] El modo de pensamiento sustancialista que es el del sentido común – y del racismo – y que conduce a tratar las actividades o las preferencias propias de determinados individuos o determinados grupos de una sociedad determinada en un momento determinado como propiedades sustanciales, inscritas de una vez y para siempre en una especie de esencia biológica o – lo que tampoco mejora – cultural, conduce a los mismos errores en la comparación ya no entre sociedades diferentes, sino entre periodos sucesivos de la misma sociedad" (Bourdieu, 1997, pp. 14-15).

Por lo tanto, las prácticas sociales, al ser un "producto de la relación dialéctica entre la acción y la estructura [que] no están objetivamente determinadas ni son el producto del libre albedrio" (Ritzer, 1996, p.501), deben ser analizadas en términos relacionales considerándose la dimensión histórica sincrónica y diacrónica, es decir, no solo importa para el análisis los sistemas de relaciones objetivas, también, se analiza la dinámica de los campos de posiciones sociales, así como, los procesos – históricos – de incorporación de habitus. Por ello:

> "…el análisis de las estructuras objetivas – las de los diferentes campos – es inseparable del análisis de la génesis en el seno de los individuos biológicos de las estructuras mentales que son por una parte el producto de la incorporación de las estructuras sociales y del análisis de la génesis de estas estructuras sociales mismas: el espacio social, y los grupos que en é1 se distribuyen, son el producto de luchas históricas (en las cuales los agentes se comprometen

> en función de su posición en el espacio social y de las estructuras mentales a través de las cuales aprehenden ese espacio)" (Bourdieu, 2000, p.26).

Cabe indicar que, en este sistema de relaciones y de condiciones objetivas, el agente social ocupa una posición determinada, donde, a partir de estrategias basadas en una lógica de costo-beneficio, fundamenta sus propios intereses y su capital global. Interés – o *illusio* – no debe ser entendida como gratuidad e indiferencia. Aquí, los conceptos de interés y capital, trascienden lo económico y se extienden al análisis de toda práctica social, por cuanto, en el campo de juego de intercambios simbólicos, los agentes sociales – parecen "desinteresados" – son recompensados por beneficios no materiales ni monetarios – mas, sí simbólicos –, a lo que Bourdieu (1997) llamó "la economía de los bienes simbólicos":

> "Si el desinterés es posible sociológicamente, sólo puede deberse a la coincidencia entre unos habitus predispuestos al desinterés y unos universos en los que el desinterés está recompensado. Entre estos universos, los más típicos son, junto con la familia y toda la economía de los intercambios domésticos, los diferentes campos de producción cultural, campo literario, campo artístico, campo científico, etc., microcosmos que se constituyen sobre la base de una inversión de la ley fundamental del mundo económico, y en los que la ley del interés económico está en suspenso. Lo que no significa que no conozcan otras formas de interés." (Bourdieu, 1997, p.155).

La noción de campo se corresponde a la de espacio social, entendida como el sistema de posiciones sociales que se definen las unas en relación con las otras, con diferencias sociales jerarquizadas, caracterizadas por la distancia social entre posiciones. El alto grado de diferenciación y complejidad de las sociedades genera multidimensiones o conjuntos de campos con autonomía relativa a través de la propia historia construidos sobre la base de principios de diferenciación o distribución y relaciones de fuerza (Jiménez, 2005). "El espacio social es en efecto la realidad primera y última, puesto que sigue ordenando las representaciones que los agentes sociales puedan tener de él" (Bourdieu, 1997, p.25). Por consiguiente:

> "…el espacio social es un espacio pluridimensional de posiciones, donde toda posición actual puede definirse en función de un sistema con multiplicidad de coordenadas, cada una de ellas ligada a la distribución de un tipo de capital diferente. El espacio social es una construcción que […] define acercamientos y distancias sociales. Ello quiere decir que no se

> puede `juntar a cualquiera con cualquiera", que no pueden ignorarse diferencias objetivas fundamentales…" (Bourdieu, 2011, p. 20).

En cuanto a los campos sociales, Bourdieu (2000) afirma que "hay tantos intereses como campos, como espacios de juego históricamente constituidos con sus instituciones específicas y leyes de funcionamiento propias" (p.108), y se establecen como "la red de relaciones entre las posiciones objetivas que hay en él [donde] Los ocupantes de las posiciones pueden ser agentes o instituciones, y están constreñidos por la estructura del campo[…] todos tienen su lógica específica y generan entre los actores una creencia sobre las cosas que son importantes en el campo" (Ritzer, 1996, p.503). En la estructura de un campo encontramos: el capital específico distribuido que está en juego, relaciones de fuerza (luchas históricas para conservar o transformar el campo de fuerzas) entre agentes o las instituciones comprometidas en el juego, quienes redefinen las reglas de juego, y tienen en común intereses comprometidos. Así, los campos sociales pueden ser considerados como mercados de capitales específicos de bienes, donde nace y dinamiza una forma específica de interés: una *illusio* específica. No obstante, la posesión y acumulación de estos bienes deben generar la dinámica interna del campo (Gutiérrez, 2005, pp. 31-33).

Al respecto, Gutiérrez (2005), precisa que:

> "…no todo bien constituye necesariamente un campo, tiene que ser un bien apreciado, buscado, que, al ser escaso, produzca interés por su acumulación, que logre establecer cierta división del trabajo entre quienes lo producen y quienes lo consumen, entre quienes lo distribuyen y quienes lo legitiman. En otras palabras, tiene que constituirse un mercado en torno a ese bien para que surja un campo específico" (p.36).

Las principales especies de capital que Bourdieu distingue son: el capital económico, el capital cultural (presentes en tres formas: estado incorporado, estado objetivado y en estado institucionalizado), el capital social y el capital simbólico. Las propiedades del capital cultural, supone un proceso histórico (desde la adquisición conocimiento, aprendizaje, consumo, acumulación, etc.) de incorporación constitutiva del cuerpo, que implica costo de tiempo y trabajo para "cultivarse", sumada a la legitima administración del bien por parte de las instituciones reconocidas. Por otro lado, el capital social se define como:

> "…el conjunto de recursos actuales o potenciales ligados a la posesión de una *red durable de relaciones* más o menos institucionalizadas de interconocimiento y de interreconocimiento; o, en otros términos, a la *pertenencia a un grupo*, como conjunto de agentes que no sólo están dotados de propiedades comunes (susceptibles de ser percibidas por el observador, por los otros o por ellos mismos), sino que también están unidos por *vínculos* permanentes y útiles. Estos vínculos son irreductibles a las relaciones objetivas de cercanía en el espacio físico (geográfico) o incluso en el espacio económico y social porque se fundan sobre intercambios indisolublemente materiales y simbólicos cuya instauración y perpetuación suponen el reconocimiento de esa cercanía" (Bourdieu, 2011, p.221).

En la red de relaciones, se reconoce el honor, el prestigio y el respeto, como elementos simbólicos de pertenencia a un grupo social, producto de la producción y reproducción de vínculos útiles que procuren beneficios tanto materiales como simbólicos. El reconocimiento y pertenencia a un grupo, homogeneiza, delimita y favorece los intercambios distinguiendo los legítimos de los no legítimos. Aquí, las instituciones facilitan la concentración de capital social, en la medida en que los agentes estén dispuestos a compartir el – volumen de – capital poseído en forma colectiva. Los elementos simbólicos mencionados, llamados capital simbólico, se refiere a:

> "…cualquier propiedad (cualquier tipo de capital, físico, económico, cultural, social) cuando es percibida por agentes sociales cuyas categorías de percepción son de tal naturaleza que les permiten conocerla (distinguirla) y reconocerla, conferirle algún valor. (Un ejemplo: el honor de las sociedades mediterráneas es una forma típica de capital simbólico que sólo existe a través de la reputación, es decir de la representación que de ella se forman los demás, en la medida en que comparten un conjunto de creencias apropiadas para hacerles percibir y valorar unas propiedades y unos comportamientos determinados como honorables o deshonrosos.)" (Bourdieu, 1997, p.108).

Los principios de distinción y diferenciación, y los otros capitales, se ponen en juego en el campo social, por ende, el capital simbólico es poder simbólico. El ejercicio de esta fuerza – violencia simbólica - que se impone de unos a los otros, es reconocida y socialmente aceptada con total complicidad, como la creencia explicita y voluntaria del agente dentro del espacio de juego, dispuesto a jugar el juego en la lucha por aumentar o conservar su capital. Al respecto se debe distinguir dos dimensiones del capital: volumen global de capital y estructura del capital, donde:

> "La primera hace referencia al conjunto de recursos (poderes) efectivamente utilizables – es decir, la suma del capital económico, cultural, simbólico y social – del que puede disponer un agente o grupo de agentes determinado. La segunda, consiste en formas diferentes de distribución del capital global entre las distintas especies de capital. Es decir, es la especial estructura patrimonial que se constituye según el peso relativo de cada uno de los capitales que la forman. Ambas nociones, […] representan las dimensiones fundamentales según las cuales se distribuyen los agentes en el espacio social global" (Gutiérrez, 2005).

Aquí, la distribución desigual del capital especifico, define la posición social dentro de cada campo, además, de las relaciones –de poder: relaciones de dominación-dependencia – que se establecen entre esas posiciones sociales (mas no de individuos). Cabe indicar, que el volumen global de capital y la estructura del capital se constituyen como factores en la construcción de las clases sociales. Si bien, cada campo tiene sus propias leyes de funcionamiento, una jerarquía relativamente establecida, y una variedad de capitales en juego, el predominio del capital económico se constituye como capital dominante, por ende, hace que el campo económico domine al conjunto de los campos.

Habitus es otro de los conceptos, desarrollados por Bourdieu, mediante el cual los agentes aprehenden y dan sentido al mundo social, donde "las personas están dotadas de una serie de esquemas internalizados por medio de los que perciben, comprenden, aprecian y evalúan el mundo social. Mediante estos esquemas las personas producen sus prácticas y las perciben y evalúan" (Ritzer, 1993, p.502). La práctica es la aleación entre las estructuras sociales (campo) y estructuras mentales (habitus). El habitus, en todo agente, es adquirido y fortalecido según el ejercicio y tiempo que ocupa en la posición dentro del campo social; consecuentemente, es parte de su proceso histórico: historia hecha cuerpo; por ello, se dice que:

> "…el habitus, producto de la historia, produce prácticas individuales y colectivas y, por tanto, produce la historia de acuerdo con los esquemas que ella misma ha engendrado. El sistema de disposiciones – un pasado que sobrevive en el presente y tiende a perpetuarse en el futuro al hacerse presente en prácticas estructuradas según sus principios, una ley interna que transmite el ejercicio continuo de la ley de necesidades externas (irreductible a la restricciones coyunturales inmediatas) – es el principio de la continuidad y regularidad […] capaz de transformar prácticas objetivamente coordinadas porque están subordinadas a

> necesidades objetivas parcial o totalmente idénticas, en acción colectiva…[traducción mía]" (Bourdieu. 1977, p. 82).

El habitus involucra las formas de pensar y actuar, sentir y percibir que se incorpora al individuo en un determinado espacio y tiempo, y se forma por procesos complejos de socialización consciente e inconsciente – estructura estructurada –, es decir, "como principios generadores y organizadores de prácticas y de representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer el propósito consciente de ciertos fines ni el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos…" (Bourdieu, 2007, p. 86). Así, las regularidades inherentes a una condición arbitraria, en el mundo práctico, son percibidas como naturales y necesarias – interiorización de la exterioridad –, en el esquema de percepción interiorizada del agente, que a la vez, produce, organiza y reproduce exteriorizándola en la red de relaciones de los campos – estructura estructurante– frente a las (nuevas) condiciones sociales actuales del habitus:

> "Historia incorporada, naturalizada, y de ese modo olvidada en cuanto tal, el habitus es la presencia actuante de todo el pasado del cual es el producto: por lo tanto, es lo que confiere a las prácticas su *independencia relativa* con referencia a las determinaciones exteriores del presente inmediato. Esa autonomía es la del pasado actuado y actuante que, al funcionar como capital acumulado, produce historia a partir de la historia y asegura así la permanencia en el cambio que hace al agente individual como mundo en el mundo" (Bourdieu, 2007, pp. 91-92).

La dimensión del habitus, no es cerrada, está en relación dinámica con otras dimensiones, con historicidades propias, a partir de las prácticas en común entre los agentes sociales. El carácter individual, subjetivo, personal, es social, es producto de la misma historia colectiva que se deposita en los cuerpos y en las cosas (Gutiérrez, 2005). Complementario al tema, resulta importante el aporte de Elías al referirse a "que los microprocesos biográficos deben vincularse a los macroprocesos históricos: cada persona es parte de un proceso social y, a la vez, su vida es un proceso a menor escala" (citado en Zabludovsky, 2016, p.65). La noción del tiempo es imperativo en la sociedad de los individuos – en la que se conforman múltiples interrelaciones entre el *yo* y el *nosotros*/o los otros: denominadas figuraciones –, donde sus personalidades responden a *habitus* específicos de una sociedad y de una etapa histórica (Zabludovsky, 2016).

Ahora bien, el contexto en el cual se desarrolla las prácticas y las representaciones generadas por el habitus plantea de manera recurrente: una lógica de funcionamiento sistemática y estructurada; un sentido del juego social – incorporado –, que otorga libertad de invención y de improvisación de jugadas bajo coerciones y reglas de juego tácitamente aceptadas; y con una lógica propia caracterizada por la irreversibilidad temporal del juego y la acción practica inmediata para tomar decisiones instantáneas en el juego y por el juego: el sentido práctico, que "es producto de las estructuras objetivas del juego (de las relaciones objetivas que implican los campos y de las posibilidades y limitaciones allí inscritas) y de las experiencias de los agentes en ese juego (de lo que ellos sienten, de lo que piensan y de la significación que le otorgan al juego)" (Gutiérrez, 2005). Aquí, el concepto de juego connota toda actividad regulada, que obedece a ciertas regularidades sin ser necesariamente el producto de la obediencia a reglas. Estas reglas que pueden estar referidas:

> "a un principio de tipo jurídico más o menos conscientemente producido y dominado por los agentes, como las distintas normas que regulan los comportamientos sociales, que constituyen el punto de partida de ciertas perspectivas de análisis. Otro significado en cambio, alude a regularidades objetivas que se imponen a todos aquellos que entran en un juego." (Gutiérrez, 2005, p 73).

Al respecto, las regularidades objetivas, aluden a las prácticas como estrategias que "obedecen a regularidades y forman configuraciones coherentes y socialmente inteligibles" (Gutiérrez, 2005). La estrategia no es más que el producto del sentido práctico como sentido del juego históricamente definido, de esa manera, el jugador juega el juego porque ha aprehendido el juego, lo ha internalizado y externalizado en la práctica, en el marco de normas explicitas, en el campo de fuerzas, donde persigue fines explícitos o no, en situaciones previstas o no previstas:

> "En cada uno de nosotros, según proporciones variables, está el hombre del ayer; es el hombre de ayer quien, por la fuerza de las cosas, predomina en nosotros, pues el presente es bien poca cosa comparado con ese largo pasado durante el que nos hemos formado y del cual somos el resultado. Pero a este hombre del pasado no lo sentimos, porque es inveterado, es la parte inconsciente de nosotros mismos. Por consiguiente, se ha llegado a no tener en cuenta sus exigencias legítimas. Por el contrario, de las adquisiciones más recientes de la

> civilización tenemos vivo sentimiento porque, siendo recientes, no han tenido aun tiempo de organizarse en el inconsciente.” [en pie de página] (Bourdieu, 2007, pp.91-92).

Cierto es, que las disposiciones y condiciones sociales no siempre son idénticas o se ajusten a las estructuras objetivadas. En estos casos, el habitus opera con una falsa anticipación y desmedida administración de opciones objetivas. Por lo general, siempre son homólogas, ya que los agentes sociales tienden a concentrarse en espacios con similares características. En consecuencia, frente a situaciones nuevas, es posible la reformulación de las disposiciones en los agentes sociales. Asimismo, se puede recurrir a un proceso de autosocioanálisis a partir del análisis reflexivo del sistema de disposiciones, y, con trabajo, modificar su acción. El habitus es una subjetividad socializada:

> "La racionalidad está limitada no solamente porque la información accesible sea reducida y la mente humana genéricamente limitada, carente de medios para figurarse la totalidad de las situaciones, especialmente durante la urgencia de la acción, sino también porque la mente humana está *socialmente* limitada, socialmente estructurada. El individuo esta siempre, le guste o no, atrapado – salvo en la medida en que se vuelva consciente de ello –'dentro de los límites de su cerebro', como dijo Marx, es decir dentro de los límites del sistema de categorías que debe a su crianza y formación." (Bourdieu y Wacquant, 2005, pp.186-187).

Existe un habitus de grupo o de clase cuando los agentes, que están en posiciones similares – en el espacio social –, tienen en común el sistema de disposiciones; y se reconocen semejantes en prácticas y comparten la experiencia de enfrentarse a condiciones objetivas parecidas, por lo tanto, hay una homogeneización objetiva de los habitus de grupo o de clase que es el resultado de similares condiciones sociales de existencia – condiciones objetivas de vida o condiciones de clase –. Cabe indicar que, la experiencia de vida nunca es igual para todos, tal igual sucede con el orden en que son experimentadas: cada agente que forma parte del grupo social se diferencia de los otros por la singularidad de la trayectoria social. Por eso se dice que:

> “…es una relación de *homología*, vale decir de diversidad en la homogeneidad que refleja la diversidad en la homogeneidad característica de sus condiciones sociales de producción, que une los habitus singulares de diferentes miembros de una misma clase: cada sistema individual de disposiciones es una variante estructural de los otros, en la que se expresa la singularidad de su posición en el interior de la clase y de la trayectoria. El estilo "personal", es decir esa marca particular que llevan todos los productos de un mismo habitus, prácticas u

> obras, no es nunca otra cosa que una *desviación* con respecto al *estilo* propio de una época o de una clase, en la medida en que remite al estilo común…" (Bourdieu, 2007, p.98).

La trayectoria social individual es diferente en cada agente social, al igual que, el orden cronológico en que suceden las experiencias sociales. Es a partir de las primeras experiencias que el habitus asegura su puesta en marcha y la defensa ante la nueva información (Gutiérrez, 2005). En efecto:

> "El habitus que es el principio generador de respuestas más o menos adaptadas a las exigencias de un campo es el producto de toda la historia individual, pero también, a través de las experiencias formadoras de la primera infancia, de toda la historia colectiva de la familia y de la clase; en particular a través de las experiencias donde se expresa la pendiente de la trayectoria de todo un linaje y que pueden tomar la forma visible y brutal de una quiebra. O manifestarse al contrario solo en regresiones insensibles." (Bourdieu, 2000, p.112).

Estas diferencias han de ser un elemento importante en la diferenciación de las clases sociales, tal cual ocurre con los gustos y hábitos como expresión de los estilos de vida, que no es más que la jerarquización de clases sociales. Este sentido estético como "expresión distintiva de una posición privilegiada en el espacio social, cuyo valor distintivo se determina objetivamente en la relación con expresiones engendradas a partir de condiciones diferentes." (Bourdieu, 2002, p.53). El gusto une y separa. Por ello, quienes comparten condiciones semejantes se distinguen de los que no, y se clasifican, y son clasificados como tal por los otros, constituyéndose un habitus de clase.

Para Bourdieu, la lucha de clases en las sociedades actuales está expresada en la lucha de estilos de vida, y puede ser analizada a partir de la diferenciación de los consumos culturales de las clases sociales. De esta manera la construcción del mundo social se expresan a través de jerarquías de estilos de vida (Bourdieu, 2002).

Hasta aquí, se ha presentado los elementos teóricos requeridos para el análisis de la discapacidad. Para tal efecto, también, será necesario conocer la naturaleza histórica de la discapacidad y las categorías relacionados a ella, así como, las aproximaciones teóricas a la sociología de la discapacidad.

2.3. El sistema de Clasificación Internacional y el Concepto de la Discapacidad

La complejidad para definir la discapacidad tiene un origen histórico, según el tiempo y el espacio, en períodos y culturas, continuamente asociado al tratamiento de las deficiencias físicas y psíquicas. De manera consecuente, desde las primeras culturas antiguas hasta la actualidad, se puede encontrar dos términos relacionales vigentes – igual de históricos – que acompañan a la definición de discapacidad: primero, el estigma: personificado por el "diferente", que es objeto de múltiples acepciones y formas de (mal)trato – incluidas el castigo y la muerte –, por parte de aquel que goza de poder legítimo, quien periódicamente determina las diferencias y la posición que deben ocuparse en la estructura social. Segundo, la pobreza-dependencia: en la que se encuentran históricamente los sujetos diferentes – con alguna deficiencia – donde sus necesidades de vida requieren asistencia y atención de especialistas e instituciones: educativas, beneficencias, religiosas o gubernamentales (hospitales, albergues, asilos, orfanatos, manicomios, centros de salud, entre otros).

Para Foucault (2002), éstas instancias funcionan de "doble modo: como división binaria y de marcación (loco-no loco; peligroso-inofensivo; normal-anormal); y el de la asignación coercitiva, de la distribución diferencial (quién es; dónde debe estar por qué caracterizarlo, cómo reconocerlo; cómo ejercer sobre él, de manera individual, una vigilancia constante, etc.)", estableciéndose, en consecuencia, en un sistema panóptico. Cabe resaltar que, las relaciones de poder y dominación, de manera recurrente, sustancian al cuerpo y operan sobre él (la economía política de los cuerpos), de la misma manera que, las prácticas incorporadas, a partir del saber y del dominio, permiten su funcionamiento (denominada la tecnología política del cuerpo). En tal sentido binario, la discapacidad, o el cuerpo discapacitado, se encuentra en correlación a la capacidad, o el cuerpo capacitado. Al respecto:

> "La división constante de lo normal y de lo anormal, a que todo individuo está sometido, prolonga hasta nosotros y aplicándolos a otros objetos distintos, la marcación binaria […]; la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, hace funcionar los dispositivos disciplinarios [...]. Todos los mecanismos de poder que, todavía en la actualidad, se disponen en torno de lo anormal, para marcarlo, como para modificarlo, componen estas dos formas…" (Foucault, 2002, p.204).

En el trascurso de los años, a la discapacidad se le ha asociado con términos diferentes: impedidos, incapaz, inválido, deficiente, especial, minusválido, limitado, discapacitado, entre otros. Es con los estudios de las ciencias sociales y corrientes psicológicas, a finales del siglo XIX, que la comprensión de la discapacidad tomará otros rumbos complementando a los estudios de las deficiencias. A la par, el término "discapacidad" ha seguido desarrollando su léxico en el campo de la adjetivación, con connotaciones y significados valorativos – negativos – hacia la persona diferente, siempre, relacionadas a sus dificultades y limitaciones para las actividades cotidianas.

Ahora bien, para que el uso del término "discapacidad" logre su eficacia necesita ser reconocido por quienes tienen y no tienen la discapacidad. Del Aguila (2007) identifica bien la ambigüedad del uso del término, cuando indica que puede referirse: a las deficiencias físicas sensoriales o mentales de los individuos; a sus actividades o capacidades que se ven limitadas; o, al ámbito social de las desventajas que les afectan o de la discriminación que experimentan en su vida diaria. En ese sentido, la discapacidad se constituye como parte inherente del ser humano en la trayectoria de su vida, y aceptar o no la condición que acarrea conllevaría a potenciar o limitar su integración social.

En los últimos 30 años de finales del siglo XX, la Organización Mundial de la Salud [OMS], con el interés de establecer una clasificación técnica-conceptual de los estados funcionales asociadas a los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones, etc.), que proporcione un lenguaje estandarizado y único; así como, de permitir la comunicación en el mundo de la salud y sus disciplinas, desarrolla dos herramientas de clasificación asociados a los estados de salud: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), sobre la base de la experiencia adquirida durante el Decenio de las Naciones Unidas para los Impedidos (1983-1992)[1].

[1] Las Naciones Unidas a través de la Resolución 48/96 del 20 de diciembre de 1993 presentaba las "Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad" donde se indicaba que la palabra discapacidad "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". Asimismo, se indicaba que "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

El documento de Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) que surge el año 1980, tuvo como finalidad facilitar información estadística mediante la cual se promovía la elaboración y evaluación de políticas y programas relacionados a la discapacidad. En este documento se puede encontrar tres conceptos que caracterizan la naturaleza de los datos recopilados: Deficiencia (Impairment) como "toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica" (OMS, 1997, p 62). Discapacidad (Disability) como "toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano" (OMS, 1997, p. 64). Minusvalía (Handicap) como "una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia, o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)" (OMS, 1997, p 65). Así, el modelo teórico de la CIDDM se centró en un enfoque orgánico de la discapacidad, focalizado – en la salud – en la consecuencia de la enfermedad o trastorno debiendo evaluarse la perdida de funcionamiento, las limitaciones en la actividad y la desventaja social.

Tanto el clasificador CIE-10 como el CIDDM en su versión beta 2 se complementan y hacen referencia a – la deficiencia en – los sistemas corporales: el primero "diagnostica" la enfermedad, el proceso y sus implicancias, mientras que el segundo, amplía la información sobre el funcionamiento en los niveles corporal, individual y social asociados al estado de salud, como consecuencia propia de la enfermedad. (OMS, 1999). La visión unidireccional (Enfermedad-Deficiencia-discapacidad-Minusvalía) con la que se analiza la discapacidad en la CIDDM va cambiando a una visión multidireccional que incluye factores del entorno físico y social (Egea y Sarabia, 2001, pp. 18-19), materializada, – a partir de aportaciones y experiencias aplicadas en muchos países de Europa (Francia, España, etc.), producto de reuniones, acuerdos y convenciones internacionales, – en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF) del año 2001: ahora, el enfoque médico tradicional incorpora de manera integral, aspectos sociales, de participación social, y reconocimiento de derechos, concordada con los aportes de otras disciplinas.

---

deficiencias de diseño del entorno físico y de muchas actividades organizadas de la sociedad, por ejemplo, información, comunicación y educación, que se oponen a que las personas con discapacidad participen en condiciones de igualdad. Para más detalle de la Resolución 48/96 puede revisar la página web http://www.un.org/spanish/disabilities/standardrules.pdf

La CIF (OMS, 2001) es el documento oficial donde se define y clasifica la discapacidad, basada en una clasificación de “componentes de salud”: dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”, presentándose como un modelo bio-psico-social con el propósito de superar los enfoques (o modelos) anteriores relacionados con la enfermedad (modelo médico). Asimismo, se incorpora “Las Normas Uniformes para la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad” de 1994 y se muestra en un amplio rango de aplicaciones, como “en la seguridad social, en la evaluación de la atención médica y en estudios de población de ámbito local, nacional e internacional. Ofrece un marco de referencia conceptual… [y] es relevante para el estudio de los sistemas de atención a la salud, tanto para la formulación como para la evaluación de políticas” (OMS, 2001, p.7). La CIF está conformada por dos partes, componentes y dominios (ver Tabla 1).

La CIF (OMS, 2001) considera el Funcionamiento: como un “término genérico que incluye funciones corporales, estructuras corporales, actividades y participación. Indica los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una “condición de salud”) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)” (p.231). Asimismo, se considera a la condición de salud como “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. Las "condiciones de salud" se codifican utilizando la CIE-10” (OMS, 2001, p.231).

La discapacidad, considerado un término técnico, se constituye como un contenedor o “paraguas” – de términos usados en la CIDDM –, y en base a los conceptos declarados en la CIF, se define como “los aspectos negativos del funcionamiento humano, es decir limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, a partir de un estado o condición de salud de una persona en interacción con el contexto” (Pantano, 2007a, p.106).

Tabla 2

Partes, componentes y dominios de la CIF

<table>
<tr><th></th><th colspan="2">Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad</th><th colspan="2">Parte 2: Factores Contextuales</th></tr>
<tr><td>Componentes</td><td>Funciones y Estructuras Corporales</td><td>Actividades y Participación</td><td>Factores Ambientales</td><td>Factores Personales</td></tr>
<tr><td>Dominios</td><td>Funciones Corporales
Estructuras Corporales</td><td>Áreas vitales (tareas, acciones)</td><td>Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad</td><td>Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad</td></tr>
<tr><td>Constructos</td><td>Cambios en las funciones corporales (Fisiológicos)
Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)</td><td>Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme
Desempeño/ realización
Realización de tareas en el entorno real</td><td>El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal</td><td>El efecto de los atributos de la persona</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aspectos positivos</td><td>Integridad funcional y estructural</td><td>Actividades Participación</td><td rowspan="2">Facilitadores</td><td rowspan="2">no aplicable</td></tr>
<tr><td colspan="2">Funcionamiento</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Aspectos negativos</td><td rowspan="2">Deficiencia</td><td>Limitación en la Actividad
Restriccion en la Participación</td><td rowspan="2">Barreras/obstáculos</td><td rowspan="2">no aplicable</td></tr>
<tr><td>Discapacidad</td></tr>
</table>

Fuente: OMS. (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF* (p.12). Madrid: IMSERSO

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de ellas creadas por el contexto social, por ello, la participación social y la responsabilidad colectiva de la sociedad y de las instituciones deben garantizar las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. Los cambios y transformaciones deben

surgir en el nivel político bajo el marco de los derechos humanos y de nuevos modelos que aborden la discapacidad (OMS, 2001).

La CIF (OMS, 2001) utiliza el termino discapacidad – como un término genérico global –, para "denominar a un fenómeno multidimensional, resultado de la interacción de las personas con su entorno físico y social… [y]…cuando se hace referencia a individuos, algunos prefieren la utilización del término 'personas con discapacidades' ". Asimismo, resalta que la clasificación – que no es una clasificación de personas – está orientada a:

> "las características de la salud de las personas dentro del contexto de las situaciones individuales de sus vidas y de los efectos ambientales. La interacción de las características de la salud y de los factores contextuales, es la que produce la discapacidad. Es importante que los individuos no sean reducidos o caracterizados sólo sobre la base de sus deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones en la participación. Por ejemplo, en lugar de referirse a 'una persona mentalmente discapacitada', la clasificación utiliza la frase 'persona con una limitación en las actividades de aprendizaje' " (OMS, 2001, p. 262).

Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el 2015 en el libro titulado "Perú, Características de la Población con Discapacidad" define a la Persona con discapacidad, como "aquella que tiene una o más deficiencias físicas, sensoriales, mentales o intelectuales de carácter permanente que, al interactuar con diversas barreras actitudinales y del entorno, no ejerza o pueda verse impedida en el ejercicio de sus derechos y su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones que las demás" (p.11).

2.4. Tipos de la discapacidad

Se puede identificar cuatro tipos de discapacidad: 1) Discapacidad física, las que comprenden desordenes neuromusculares, secuelas de poliomielitis, lesión medular (cuadros parapléjicos) y perdida de algún órgano externo; 2) Discapacidad sensorial, comprende deficiencias visuales, de audición, y problemas en la comunicación y el lenguaje; 3) Discapacidad intelectual, se caracteriza por una disminución de las funciones intelectuales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así dentro de este tipo de incluye el retardo mental, el Síndrome de Down y el autismo, entre otros; y, 4) Discapacidad psíquica o mental: comprende a las alteraciones neurológicas y trastornos

cerebrales como el mal de Alzheimer o desordenes de conducta como la esquizofrenia (MIDIS, 2015).

Asimismo, las discapacidades se pueden clasificar en grupos, como: sensoriales y de la comunicación, motrices, mentales, así como múltiples y otras. Las discapacidades sensoriales y de la comunicación incluyen deficiencias y discapacidades oculares, auditivas y del habla. El grupo de las motrices incluye deficiencias y discapacidades para caminar, manipular objetos y coordinar movimientos, así como para utilizar brazos y manos. Por lo regular, implica la ayuda de otra persona o de algún producto de apoyo. El grupo de las mentales incluye las deficiencias intelectuales y conductuales que representan restricciones en el aprendizaje y el modo de conducirse, por lo que la persona no puede relacionarse con su entorno y tiene limitaciones en el desempeño de sus actividades. Finalmente, el grupo de las múltiples y otras contiene combinaciones de las restricciones antes descritas, así como aquellas no consideradas en los grupos anteriores, como los síndromes que implican más de una discapacidad, que involucra órganos y sistemas (corazón, los pulmones, el riñón, etc.); así como enfermedades crónicas o degenerativas ya avanzadas que implican discapacidad como es el cáncer invasor, la diabetes grave, y enfermedades cardiacas graves, entre otras. (ENEGI, 2010, p. 6).

En el Perú, la normatividad desarrollada a nivel nacional, regional y local se sustenta en el marco normativo internacional. Por ello, detallaremos los acuerdos y convenciones internacionales más resaltantes a los cuales estamos adscritos.

2.5. Normatividad desarrollada sobre discapacidad

A nivel internacional

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las personas con Discapacidad aprobada el 13 de diciembre de 2006, que entró en vigor el 3 de mayo del 2008, en uno de sus acápites indica que los Estados partes reconocen que la discapacidad[2] "es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con

[2] La definición de "persona con discapacidad" tuvo un largo debate en el proceso de elaboración de la Convención, véase: Palacios, A. (2008) Concepto de persona con discapacidad. En *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (p.340-350). CERMI, España, Madrid: Editorial CINCA. Recuperado de https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf

deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás" (Preámbulo del Anexo I, inciso e). Asimismo, reconocen la diversidad de las personas con discapacidad y que toda discriminación vulnera la dignidad y a la participación en igualdad de condiciones y se reconoce el valor de las contribuciones que puedan realizar a la comunidad (Preámbulo del Anexo I). En el caso del Estado Peruano, la Convención fue suscrita y aprobada el año 2007, con Resolución Legislativa N° 29127.

La Convención tiene como propósito "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". Los principios fundamentales del enfoque de derechos humanos respecto de la discapacidad son: 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 plenas y efectivas 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 humana; e) La igualdad de oportunidades; f) La accesibilidad; g) La igualdad entre el hombre y la mujer; y, 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 (Organización de las Naciones Unidas, 2014, pp.16-18).

Para lograr un ejercicio y disfrute pleno de los derechos humanos, la Convención[3], presenta una serie de obligaciones a los Estados, a partir de las siguientes medidas: toma de conciencia y lucha contra los estereotipos de la discapacidad (art. 8); Accesibilidad al espacio público para una vida independiente (art. 9); garantías y seguridad a las personas con discapacidad en situación de riesgo y emergencias humanitarias (art. 11); acceso a la justicia para el ejercicio del derecho a una reparación, para ello se debe ajustar el ordenamiento jurídico (art. 13); la independencia implica facilitar el acceso a ayudas para la movilidad personal y tecnologías de apoyo según las necesidades de las personas con discapacidad (art. 20); para alcanzar el alto grado de independencia se debe ampliar los servicios de habilitación y rehabilitación, no solo de salud, sino de empleo, la educación y los servicios sociales (art. 26); recopilación de datos y estadísticas para ayudar a la

[3] Para más detalle sobre la Convención puede revisar la documentación en la página web de las Naciones Unidas. http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html

formulación de políticas en un marco de derechos humanos y normas éticas (art. 31); y, los beneficios de la cooperación internacional deber ser inclusiva y accesible en el intercambio de información, tecnología, y asistencia técnica y económica (art.32) (ONU, 2014, pp.36-37).

Cabe precisar que, en relación a la discriminación, la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad, adoptada en Guatemala, el 06 de julio de 1999, y ratificada por el Perú el 2001, señala que la discriminación contra las personas con discapacidad significa "toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, antecedente de discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales" (art. I-2a).

La Convención (OEA, 1999) para lograr los objetivos de prevención y eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad los Estados parte se comprometen a: Adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole; promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración; que las construcciones y fabricaciones, faciliten el acceso al transporte edificaciones y la comunicación para las personas con discapacidad; eliminar los obstáculos arquitectónicos, de transporte y comunicaciones que existan, con la finalidad de facilitar el acceso y uso para las personas con discapacidad; y, la capacitación de las personas encargadas de aplicar la legislación interna relacionadas al Convenio. Todo ello, debe asegurar un nivel de independencia y de calidad de vida para las personas con discapacidad; así como, a través de campañas de educación, el respeto y la convivencia con las personas con discapacidad (art. II y art. III).

Las medidas legislativas y orden legal en la promoción y protección de los derechos humanos que los países en el mundo promueven y garantizan emanan de la suscripción y

ratificación en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (también llamada Pacto de San José de Costa Rica) que entró en vigencia el año de 1978. Por ello, estos tratados multilaterales de Derechos Humanos tienen como fin establecer el orden público común y la protección de los derechos de los seres humanos, sin distinción de nacionalidad, garantizando el ejercicio pleno de las personas y las obligaciones de sus autoridades dentro de cada Estado.

A nivel nacional

La Constitución Política del Perú presenta un marco general de los derechos de toda persona garantizando el ejercicio pleno. Así se puede resaltar cuatro artículos que magnifican su aplicación referente a: la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad como el fin supremo de la sociedad y del Estado (Art. 01); al derecho a la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar (Art. 02, num.1); asimismo, al derecho que toda persona tiene a la igualdad ante la Ley sin ser discriminado por motivos de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica (Art.02, num.2) contemplándose el proceso constitucional de amparo (Art. 200, inc.2) en el caso se procede en defensa del derecho a la igualdad y de no ser discriminado por razón de origen, sexo, raza, orientación sexual, religión, opinión, condición económica, social, idioma, o de cualquier otra índole (Código Procesal Constitucional, art37, inc.1). En cuanto a la protección de la salud, toda persona tiene derecho a la prevención, atención y recuperación de su salud de manera integral bajo ningún tipo de discriminación antes mencionado (Art. 07). Todo ello, también, garantizado en normas supranacionales.

La discriminación ha sido tipificada como delito en nuestro Código Penal disponiendo que "el que, por si o mediante terceros, discrimina a una o más personas o a grupos de personas, o incita o promueve en forma pública actos discriminatorios, por motivo racial, religioso, sexual, de factor genético, filiación, edad, discapacidad, idioma, identidad étnica y cultural, indumentaria, opinión política o de cualquier otra índole, o condición económica, con el objeto de anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos de la persona, será reprimido con pena privativa de la libertad no menor de dos años, ni mayor de tres o con prestación de servicios a la comunidad de sesenta a ciento veinte jornadas (Art.323, parr.1)". Esta prescripción puntualiza que "si el agente es

funcionario o servidor público, la pena será no menor de dos, ni mayor de cuatro años… (Art.323, parr.2)".

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), tiene adscrito como órgano rector en materia de discapacidad al Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (CONADIS), el que fue creada con Ley N° 27050, Ley General de la persona con discapacidad en el año de 1999 (modificada por Ley 28164), y cumple funciones de normar, promover, coordinar, dirigir, supervisar, fiscalizar, registrar información, monitorear y realizar evaluaciones de las políticas, planes, programas, proyectos y servicios a favor de las personas con discapacidad. La labor de CONADIS, desde su creación, ha sido de contribuir a que: el tema de la discapacidad esté presente en el marco jurídico; se apruebe justos presupuestos para la atención a nivel nacional; los Gobiernos Regionales y Locales estén alineados en las políticas e involucrados en su desarrollo; la articulación e inclusión llegue a todas las instituciones pública y privada en el marco de los derechos humanos y la promoción del trabajo. En ese sentido, se puede destacar: la denominación del periodo 2007-2016 como el "Decenio de las personas con discapacidad en el Perú", según el Decreto Supremo N°015-2006-MIMDES; el Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad [PIO] 2009-2018; y, la Ley Nº 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad del año 2012.

El PIO 2009-2018, publicada en el diario Oficial el Peruano el 23 de diciembre del 2008, es un documento técnico-político de planificación que articula el compromiso de diversos ministerios en la implementación de acciones que busca promover el ejercicio y disfrute pleno de los derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones, identificándose las siguientes áreas de intervención: salud (prevención de discapacidad, acceso a servicios de salud y rehabilitación, etc.); educación (acceso al sistema educativo, diseño de políticas educativas de inclusión e igualdad de oportunidades, eliminación de barreras en establecimientos públicos y privados, diseño e implementación de medidas especiales para la admisión en instituciones de educación superior, etc.), desarrollo social (desarrollo de capacidades y emprendimiento, generación de empleo, mejora de la infraestructura básica y productiva, etc.); trabajo (acceso al mercado laboral, difusión de normas legales laborales y discriminatorias, promoción, búsqueda e inserción laboral, atención preferente, etc.) (MIMDES, 2009).

La Ley Nº 29973, de fecha 13 de diciembre del 2012, actualiza el "Marco legal para la promoción, protección y realización, en condiciones de igualdad, de los derechos de la persona con discapacidad, promoviendo su desarrollo e inclusión plena y efectiva en la vida política, económica, social, cultural y tecnológica" (art. 1); y crea el Sistema Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad (SINAPEDIS) como sistema funcional encargado de asegurar el cumplimiento de las políticas públicas que orientan la intervención del Estado en materia de discapacidad (art. 72). Tanto en la Ley N° 27050 como en la Ley Nº 29973, se establecen las entidades competentes para la certificación (que emite las entidades de salud) y Registro Nacional de personas con discapacidad (a cargo de CONADIS). "El certificado de discapacidad acredita la condición de persona con discapacidad. Es otorgado por todos los hospitales de los ministerios de Salud, de Defensa y del Interior y el Seguro Social de Salud (EsSalud). La evaluación, calificación y la certificación son gratuitas" (Ley Nº 29973, art. 76).

En cuanto a la información estadística, la Ley precisa que, el INEI y todas las organizaciones públicas sectoriales en cada nivel de gobierno, incorporan un rubro sobre la situación de la persona con discapacidad en sus instrumentos de recojo de información. Asimismo, el INEI y el registro Nacional de identificación y Estado Civil (RENIEC) registran y actualizan el Registro Nacional de personas con discapacidad en coordinación con CONADIS, las Oficinas regionales de atención a las personas con discapacidad (OREDIS) y las Oficinas municipales de atención a las personas con discapacidad (OMAPED) (art.79). Finalmente, la cuota de empleo obliga a las entidades públicas a contratar personas con discapacidad en "una proporción no inferior al 5% de la totalidad de su personal, y los empleadores privados con más de cincuenta trabajadores en una proporción no inferior al 3%", debiendo considerárseles en todo proceso de convocatoria laboral (art.49).

La "Creación y funcionamiento del Observatorio nacional de la discapacidad en el Perú" a través de la Resolución de Presidencia N°096-2014-CONADIS/PRE, es una de la iniciativas del CONADIS, que busca consolidar la información generada por los sectores en los diferentes niveles de gobierno relacionados a la temática de discapacidad, mediante el seguimiento, análisis, sistematización y difusión de logros de las políticas, programas y proyectos en materia de discapacidad. Para ello, se cuenta con una Plataforma de sistema de información, recursos humanos capacitados, y articulación y estandarización de

información de otras plataformas institucionales. Asimismo, el Observatorio tiene identificado una lista de indicadores temáticos prioritarios, mediante el cual cada Grupo de Análisis Temático (GAT) se encarga de desarrollarlas, para que posteriormente la información sea analizada y publicada.

Por otro lado, en cuanto a las normas creadas por el Ministerio de Salud tenemos: la Resolución Ministerial 072-99-SA, que emite las "Normas técnicas para el diseño de elementos de apoyo para personas con discapacidad en los establecimientos de salud". En ese sentido, la Dirección de Normas Técnicas para Infraestructura en Salud de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud ha considerado conveniente formular un conjunto de Normas Técnicas que servirán para el planeamiento, diseño, remodelación, ampliación y adecuación de los espacios físicos para facilitar a la población con discapacidad el acceso, tránsito y estancia a los establecimientos de salud. Estos espacios físicos comprenden: accesos, circulaciones, áreas de atención al público, teléfonos públicos, sala de espera, vestidores, servicios higiénicos, unidad de hospitalización, auditorios y sala de uso múltiple, comedores, y estacionamiento.

La Resolución Ministerial N°300-2009/MINSA, que aprueba la NTS N°079-MINSA/DGSP-INR.V.01 "Norma técnica de salud de la unidad productora de servicios de medicina de rehabilitación", es un documento técnico que se acoge a los conceptos y metodologías de la CIDDM y CIF. Tiene como objetivo establecer los criterios técnico-administrativos para la organización y funcionamiento de la Unidad Productora de Servicios de medicina de Rehabilitación (UPS-MR), según niveles de complejidad en los establecimientos de salud públicos y privados, con la finalidad de mejorar la calidad de atención de las personas con discapacidad. Cabe resaltar que, si bien la rehabilitación sigue siendo el fin de los establecimientos de salud, los procesos de promoción, prevención y atención – que incluye detección y rehabilitación – de los usuarios con discapacidad, ahora se interrelacionan con procesos externos que corresponden a otros sectores (OMAPED, Wawa Wasi, vaso de leche etc.) para facilitar la efectiva integración o reintegración en relación a educación, salud, trabajo, recreación y actividad social (iniciada en la Rehabilitación basada en la comunidad-RBC); manteniendo la contrarreferencia ascendente en los niveles de atención según el grado de discapacidad y especialización que

demande la intervención. Por lo tanto, a cada nivel de atención le corresponde infraestructura, equipamiento y recursos humanos más especializados.

La Resolución Ministerial N°981-2016/MINSA, de fecha 21 de diciembre del 2016, que aprueba la NTS N°127-MINSA/2016/DGIESP: Norma Técnica de Salud para la evaluación, calificación y certificación de la Persona con discapacidad, que establece los procedimientos técnicos administrativos para la expedición del Certificado de discapacidad que otorgan los establecimientos de salud autorizados a nivel nacional de categorías I-4, II-1, II-2, III-1, III-2, II-E y III-E del Ministerio de Salud, de los Gobierno Regionales, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como de las instituciones prestadoras de Servicios de salud (IPRESS) del Seguro Social de Salud – EsSalud.

Otras normas anteriores relacionadas a la discapacidad y que merecen ser mencionadas son: La Resolución Ministerial N° 1379-78-VC-3500 del 21 de agosto de 1978; NTE. A–060 "Adecuación Arquitectónica para Limitados Físicos"; Ley N° 23347 de 18 de Diciembre de 1981 "Obligatoriedad de rampas para impedidos físicos que utilicen sillas de ruedas"; y la Resolución Ministerial Nº 482-96-SA/DM., de 8 de Agosto de 1996. "Aprueba las Normas Técnicas para Proyectos de Arquitectura Hospitalaria". La Ley N°27751, Ley que elimina la discriminación de las personas con discapacidad por deficiencia intelectual y/o física en programas de salud y alimentación a cargo del Estado; la Ley 27471, Ley del Uso de Medios Visuales adicionales en Programas de Televisión y de Servicio Público por Cable para personas con discapacidad por deficiencia auditiva; Ley N° 27408, Ley que establece la atención preferente a las mujeres embarazadas las niñas, niños, los adultos mayores y las personas con discapacidad, en los lugares de atención pública, ampliada con la Ley N°28735 que incluye aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos, fluviales y medios de transportes; la Ley N° 28530, Ley de promoción de acceso a internet para personas con discapacidad y de adecuación del espacio físico en cabinas públicas de internet; y la Ley N°28084, Ley que regula el Parqueo Especial para vehículos ocupados por personas con discapacidad.

Cabe mencionar, al INEI y sus instrumentos estadísticos, que desde el año 1940, realiza esfuerzos significativos para cuantificar a las personas con discapacidad (INEI, 2012), lográndose mediciones y resultados como: 1) la Encuesta Nacional Especializada sobre la

Discapacidad, 2012 (ENEDIS) realizada por INEI, que toma como base el CIE-10 y la CIF, estima que en el país 1 millón 575 mil 402 personas padecen de alguna discapacidad la cual representa el 5,2% de la población nacional. De este total, el 52,1% son mujeres y el 47,9% hombres; y, 2) El Programa piloto en discapacidad "Tumbes accesible" denominado "Estudio Biosicosocial de la discapacidad" realizado entre marzo 2012 y diciembre 2013, fue un modelo innovador de Política Pública en Discapacidad, iniciada por la sinergia multisectorial y los niveles de gobierno, en colaboración con la Misión Solidaria "Manuela Espejo" de Ecuador, cuyo fin fue mejorar la política pública sobre discapacidad en el Perú, compartiendo lo aprendido en esta primera experiencia de investigación e inclusión social de las personas con discapacidad que residen en Tumbes. Tuvo tres fases de intervención: 1) Censo Regional a cargo de INEI; 2) Estudio Biosicosocial de la Discapacidad: mediante la aplicación de procedimientos a cargo de un equipo técnico, médico rehabilitador, evaluador social y personal técnico de CONADIS; 3) Estrategia de Respuesta, a partir de los compromisos interinstitucionales entre los niveles de gobierno.

Normativa presupuestal: Programa Presupuestal y Plan de incentivos

La Ley N°30518, Ley de presupuesto del sector público para el año fiscal 2017, indica que los gobiernos locales y gobiernos regionales están autorizados para utilizar hasta el 0.5% de su presupuesto institucional para: 1) "la realización de obras, mantenimiento, reparación o adecuación destinadas a mejorar o proveer de accesibilidad a la infraestructura urbana de las ciudades incluyendo el acceso a los palacios y demás sedes municipales y regionales que están al servicio de todos los ciudadanos y prioritariamente a los que presenten algún tipo de discapacidad" (artículo décima cuarta). 2) "financiar los gastos operativos, planes, programas y servicios que por ley deben realizar las OMAPED y las Oficina Regional de atención a las Personas con Discapacidad (OREDIS) a favor de la población con discapacidad de su jurisdicción" (artículo décima quinta).

El Programa Presupuestal (PP) es "una unidad de programación de las acciones de las entidades públicas, las que integradas y articuladas se orientan a proveer productos (bienes y servicios), para lograr un Resultado Específico a favor de la población y así contribuir al logro de un Resultado Final asociado a un objetivo de la política pública. Además es una categoría presupuestaria que constituye un instrumento de Presupuesto por Resultados."

(MEF, 2017). En tal sentido, CONADIS, desarrolla una estrategia multisectorial de atención a la discapacidad que se enfoca en la intervención temprana, educación, empleo, salud/rehabilitación, y accesibilidad urbanística y arquitectónica. Al respecto, los sectores de Salud y Educación vienen implementando los PP respectivos.

El Ministerio de Salud – Dirección General de Salud de las personas, desde el 2015, ejecute el PP 0129 "Prevención y manejo de condiciones secundarias de salud en personas con discapacidad" en los niveles nacional, regional y local. Entre los productos que pertenecen a nivel local se encuentran: 1) Personas con discapacidad reciben servicios de promoción de salud (capacitaciones a establecimientos de salud, municipios, e instituciones educativas); 2) Personas con discapacidad reciben servicios de rehabilitación basada en la comunidad (capacitación a agentes comunitarios y visitas a familias (MEF, 2018).

Asimismo, desde el 2013, el Ministerio de Educación ejecuta en los niveles nacional, regional y local el PP 0106 "Inclusión de niños, niñas y jóvenes con discapacidad en la educación básica y técnico productiva", que contempla, el acondicionamiento de infraestructura, adquisición de materiales pedagógicos y tecnológicos, contratación de bienes y servicios para la atención a estudiantes con necesidades educativas especiales asociadas a discapacidad (MEF, 2018).

El Plan de Incentivos a la mejora de la Gestión y Modernización Municipal es un instrumento de Presupuesto por Resultados (PpR), cuyo objetivo principal es impulsar reformas que permitan lograr el crecimiento y el desarrollo sostenible de la economía local y la mejora de su gestión, en el marco del proceso de descentralización y mejora de la competitividad, creado mediante Ley Nº 29332 y modificado mediante Decreto de Urgencia Nº 119-2009; se incorpora en las Leyes de Presupuesto del Sector Público de cada año y se reglamenta anualmente mediante Decreto Supremo (MEF, 2017). La clasificación municipal (según tipo y jurisdicción distrital o provincial) se ha establecido a partir de criterios sociales, demográficos y geoeconómicos.

A partir del año 2014, todas municipalidades para lograr los incentivos, se establecieron dos metas: Meta 02 del año 2014, para ciudades de tipo A, según Decreto supremo N° 015-2014-EF; y meta 07 del año 2016, para ciudades de tipo B (caso del distrito de Moquegua),

según Decreto supremo N°400-2015-EF. Para el cumplimiento de cada meta se evaluó las siguientes actividades: Diagnostico de accesibilidad para personas con discapacidad, para ciudades principales de tipo B, siendo los contenidos de la meta: 1) Conformación de un equipo técnico; 2) Estudio del diagnóstico; 3) Elaboración de propuesta de adecuación urbanística; 4) Presentación del perfil del plan de Accesibilidad; 5) Aprobación del plan de accesibilidad mediante Acuerdo de Concejo; adicionalmente, 6) Incorporación de la OMAPED en la estructura Orgánica del gobierno local mediante Ordenanza; y 7) Estudio de 5 cuadras adicionales en el plan de accesibilidad de personas con discapacidad.

A nivel regional y local

Se encuentran la Oficina regional y Oficinas municipales de atención a las personas con discapacidad, quienes tienen como función: formular, planificar, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar las políticas y programas regionales y locales en materia de discapacidad (en concordancia con la Ley N° 29973, art.69). En tal sentido, se ha resaltado las siguientes normas e instrumentos emitidos:

Ordenanza regional N°12-2012-CR/GRM de fecha 02 de agosto del 2012 donde se establece la "prevención y acciones de sanción contra cualquier acto de discriminación o exclusión social" por motivos de raza o etnia, identidad de género, orientación sexual, estado civil, edad, filiación, enfermedad o discapacidad, nacionalidad, situación socio económica, lugar de residencia, idioma, ideología religiosa o política, priorizando a la niñez, adolescentes, juventud, grupos vulnerables.

Ordenanza Regional N° 06-2014-CR/GRM de fecha 04 de setiembre del 2014, se crea la "Mesa por la Participación y Desarrollo Inclusivo de las personas con discapacidad" de la Región Moquegua, conformada por representantes de diferentes instituciones públicas y privadas y de la sociedad civil, siendo el objetivo de la mesa, institucionalizar la participación y ciudadanía en el diseño, toma de decisiones y fiscalización de la política social del Estado, a fin de promover el desarrollo inclusivo de las personas con discapacidad en el ámbito regional (art. tercero).

Mediante Acuerdo de concejo N° 061-2006-MUNIMOQ del 27 de diciembre del 2006, se aprueba la creación de la Oficina Municipal para la atención de personas con discapacidad – OMAPED de la provincia de Mariscal Nieto.

El Plan de Desarrollo Provincial Concertado para las personas con discapacidad 2007-2016 de la Provincia de Mariscal Nieto, del departamento de Moquegua: como instrumento de planificación territorial, presenta la estrategia de desarrollo concertada del territorio para el logro de objetivos en los aspectos: social, económico, e institucional.

Ordenanza Municipal N°008-2011-MPMN, de fecha 31 de mayo del 2011, se aprueba "El reglamento para el desarrollo integral e incorporación social de las personas con discapacidad en el ámbito jurisdiccional de la provincia de Mariscal Nieto – Moquegua".

Ordenanza Municipal N°045-2015-GM/MPMN, de fecha 11 de setiembre del 2015, se aprueba las "Normas para la elaboración de padrones de personas con discapacidad para su presentación a la municipalidad provincial de Mariscal Nieto".

Ordenanza Municipal N°015-2016-MPMN, de fecha 08 de junio del 2016: se regulariza la creación de la Oficina Municipal de atención a la personas con discapacidad – OMAPED incorporándola a la estructura orgánica de la municipalidad. Asimismo se modifica el reglamento de organización y funciones de la municipalidad provincial de Mariscal Nieto de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 29973.

2.6. Modelos de la discapacidad y aproximaciones teóricas

Modelos de la discapacidad

La evolución del concepto "discapacidad" puede ser explicada a partir de los modelos conceptuales de la discapacidad que diversos autores han desarrollo. Para Puig de la Bellacasa (1990) las clasificaciones tienen la siguiente estructura: 1) Modelo tradicional: asociado a una visión animista clásica asociada al castigo divino o la intervención del Maligno. 2) Paradigma de la rehabilitación: donde prevalece la intervención médico-profesional sobre la demanda del sujeto. 3) Paradigma de la autonomía personal: con el logro de una vida independiente como objetivo básico.

En tanto que Casado (1991) lo clasifica en: 1) El de integración utilitaria: se acepta a los sujetos con menoscabo "con resignación providencialista o fatalista". 2) El de exclusión aniquiladora: al sujeto se le encierra y oculta en el hogar. 3) El de atención especializada y tecnificada: dominan los servicios y los agentes especializados sobre los usuarios. 4) El de

accesibilidad: basado en el principio de "normalización", donde las personas con discapacidad tienen derecho a una vida tan normal como la de los demás.

Por otro lado, los modelos identificados por Palacios, A. (2008), en el proceso histórico de la discapacidad, se clasifican de la siguiente manera: 1) El modelo de la prescindencia, donde el origen de la discapacidad tiene un motivo religioso, considerada el mensaje o símbolo del enojo de los dioses, un estigma, por ello, la sociedad debe prescindir de las personas con discapacidad quitándoles la vida (denominado submodelo Eugenésico), como la práctica del infanticidio realizada en Atenas; o sencillamente, separando de los normales y confinándolas a espacios para anormales, a la pobreza, sometimiento y dependencia (denominado submodelo de marginación). 2) El modelo rehabilitador, considera que las personas con discapacidad pueden ser útiles y necesarias en la medida que se rehabiliten (psíquica, física, mental o sensorialmente) y logren "normalizarse". 3) El modelo social, considera que las causas que originan la discapacidad son sociales. Este modelo está relacionado al desarrollo normativo internacional de los derechos humanos: la igualdad y libertad personal. A partir de ello, se establecieron principios como: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. En ese sentido la discapacidad sería una construcción social y el resultado de una sociedad no inclusiva donde las barreras físicas y sociales no permiten una adecuada equiparación de oportunidades.

El Perú ha adoptado el modelo conceptual desarrollado por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas: modelo social, que implica la eliminación de diversas barreras (físicas, culturales, económicas, tecnológicas, entre otras) que pueden impedir su plena y efectiva participación en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás personas, debiéndose realizar los "ajustes razonables" y un "diseño universal" en el diseño de productos, entornos, programas y servicios que puedan utilizar todas las personas sin excluir las ayudas técnicas necesarias.

Aproximaciones teóricas

Varios autores tomando en cuenta perspectivas jurídicas y sociales han desarrollado aportaciones valiosas sobre la problemática de la discapacidad, así tenemos que, para

Palacios (2008), los modelos de la discapacidad están relacionados con los derechos humanos y al tipo de política pública desarrollado según cada modelo. Así, el modelo social se encuentra relacionado con la inclusión y la aceptación de la diferencia. El origen de la discapacidad es social, y por lo tanto, las soluciones de las políticas deben apuntar a la normalización de la sociedad, rescatando las capacidades que tienen las personas y no sus discapacidades. Las barreras sociales y ambientales discapacitan a la persona con discapacidad. Cabe mencionar que una sociedad es inclusiva, no solo por el empleo ordinario que debe promover, sino, por las medidas de igualdad de oportunidades y seguridad social.

Según el manifiesto de la Unión de Personas con discapacidad Físicas contra la Segregación (UPIAS): "la sociedad discapacita a los hombres y mujeres con diversidad funcional (discapacidad) [y] es algo que se coloca sobre la diferencia funcional (deficiencia) por el modo en que […] son aisladas y excluidas de una participación plena de la sociedad" (Palacios y Romañach, 2006, p.59).

A finales de 1960, a partir de, la movilización de movimientos y organizaciones sociales (como el movimiento de vida independiente) acentuaron la lucha por los derechos civiles, la desmedicalización y desinstitucionalización, así como, los cambios en la política social y leyes sobre derechos humanos, manifestándose contra la categorización tradicional como grupo vulnerable y la dominación tradicional de quienes proveen de servicios (paternalismo en los servicios). Así, la independencia es vista como la calidad de vida que se logra con asistencia. Se trasciende de la ayuda protectora institucional de salud a un sistema de ayuda grupal: quienes conocen de las necesidades y afectaciones son las personas con discapacidad quienes toman sus propias decisiones y desarrollan sus propios programas, no los médicos y enfermeras. Por ello, los nuevos principios que caracterizan a este modelo son: "independencia, autosuficiencia, transversalidad, y la discapacidad como problema social" (Palacios, 2008, p.113), desarrollándose leyes que prohibían la discriminación por discapacidad, promoción de la accesibilidad del entorno, igualdad de oportunidades laborales, transporte publico accesible, etc. (Palacios y Romañach, 2006).
Palacios y Romañach (2006), a partir del análisis de los modelos de discapacidad y su evolución histórica, consideran que en la actualidad el modelo social está integrándose hacia un modelo de la diversidad. Si bien, los cambios ideológicos no son de fondo, por la presencia aun en la planificación del modelo rehabilitador, algunos países como Suecia,

Canadá, Inglaterra, Estados Unidos, y España, vienen implementando importantes cambios en sus legislaciones, como en el caso estadounidense o ingles que se protege a las personas socialmente reconociendo la diversidad funcional. Sin embargo, la realidad social en el mundo, mayoritariamente, es discriminatoria para las personas con discapacidad. En el caso de España, existen leyes que amparan a otras leyes que prolongan su adecuada aplicabilidad contra la discriminación por discapacidad – funcional.

El avance tecnológico en la biología, medicina y genética ha generado la bioética, como parte de la ética que estudia los problemas morales ocasionados por las investigaciones biológicas y la actividad médica. Las percepciones de los colectivos con diversidad funcional son diversas. En ese sentido, estos colectivos sienten que la genética humana y la nueva eugenesia representan una amenaza por lo que no tratan la enfermedad o la diversidad funcional, sino solo se experimentan con ellos y se encargan de detectar características catalogadas como indeseables, percibiéndose como un atentado contra los derechos humanos. Al respecto la ONG Disabled Peoples' International Europe emitió pronunciamiento concordando con esta postura amenazadora de la bioética. (Palacios y Romañach, 2006, pp. 89-91).

El nuevo modelo de la diversidad, a partir de, los cambios logrados en el modelo social, se fundamenta en el cambio del concepto de capacidad al de dignidad y en la utilización de la bioética como herramienta de cambio. Los temas que aborda este cambio son: a) el uso adecuado de una terminología, por ello, el término diversidad funcional "se ajusta a una realidad en la que una persona funciona de manera diferente o diversa de la mayoría de la sociedad." (Palacios y Romañach, 2006, p.108) ; b) la desmedicalización de la diversidad funcional (clasificación médica); c) la valoración de la autonomía moral y funcional que justifique la desinstitucionalización de las personas con diversidad funcional; d) redefinición del concepto de dignidad, sus usos, y significados: mediante la dignidad intrínseca, relacionada con el valor de la vida, y la dignidad extrínseca que está relacionada con la igualdad de derechos y condiciones de vida; y la bioética (Palacios y Romañach, 2006).

Quinn y Degener (2002) denotan la importancia de los valores como base de los derechos humanos en la discapacidad. Analizan la invisibilidad relativa que padecen las personas con discapacidad en la estructura social contemporánea, consideradas como objetos, – desde épocas pasadas – más que como sujetos de pleno derecho, a las que se compadecía o

protegía. Esta invisibilidad es doble según sea la edad, sexo, o situación racial, étnica, etc. Por ello, abordan la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos, que implica, entre otros elementos, darles acceso al sistema de libertades fundamentales, al ejercicio pleno de sus derechos, superando la percepción de que la persona con discapacidad es un problema. Los valores esenciales de los derechos humanos es la base del sistema de libertades fundamentales, de toda persona, con o sin discapacidad: la dignidad, la autonomía, la igualdad y la solidaridad.

Palacios y Bariffi (2007), enfatizan, de manera integral, la no discriminación por motivos de discapacidad contenida en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, como objetivo fundamental concordado con los tratados de derechos humanos existentes. En tal sentido, se debe asegurar la no discriminación con el ejercicio pleno de los derechos y la promoción del valor intrínseco que poseen las personas con discapacidad. Siguiendo a Quinn, destacan que la integralidad en la aplicación de la Convención no debe restringirse solo a una visión médico-rehabilitadora, sino que responde a un enfoque multidimensional que incluya la dimensión socio-política frente a las actitudes y percepciones – prejuicios y estereotipos – discapacitantes de la sociedad. No solo distinguir la condición médica, también, la dignidad humana, el respeto y el derecho a la igualdad.

Por otro lado, la OMS (2008), para explicar las inequidades sanitarias en el mundo, desarrolla los determinantes sociales de la salud que son "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas". Los componentes que lo conforman son: a) El contexto socioeconómico y político; b) los determinantes estructurales y c) los determinantes intermediarios. En esas circunstancias:

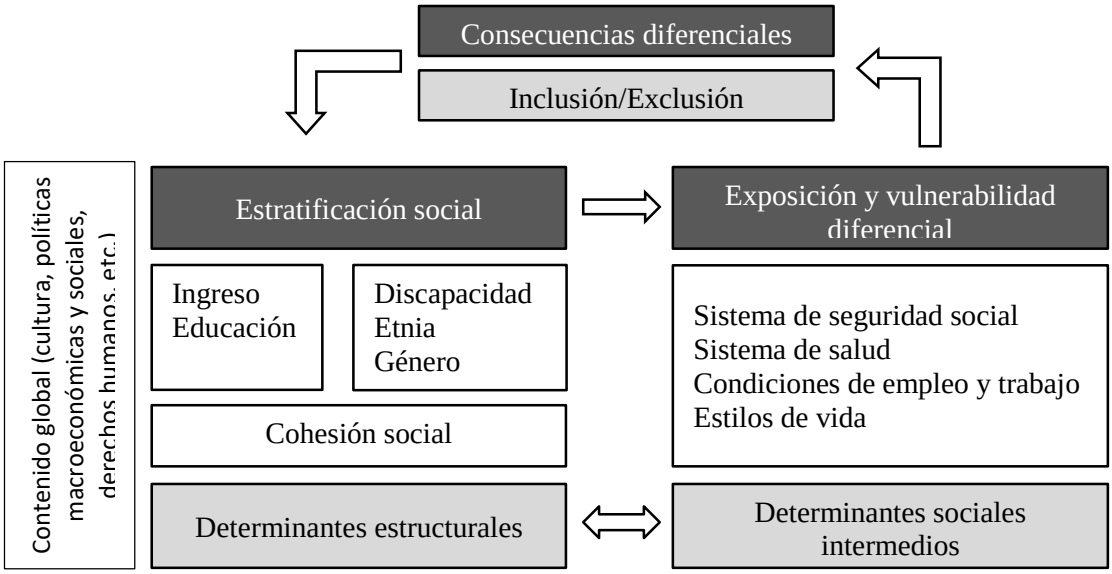
> "La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener

una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno natural." (p.14).

Al respecto, Tamayo, Besoaín y Rebolledo (2018), proponen considerar a "la discapacidad desde el modelo social, como un determinante social de la salud estructural, por ser una situación generadora de desigualdad en salud y de exclusión social" (p.97), comprendida en una conceptualización biopsicosocial de la salud. Por ello se plantean que la – inclusión e – exclusión social (consecuencia diferencial): la discriminación por sexo y edad, la pobreza, la educación incompleta, el acceso no equitativo a los servicios de salud, entre otros; deben ser analizados como resultante de la acción – de los determinantes estructurales e intermedios – de los determinantes sociales de la salud en relación con la discapacidad.

Figura 1

Flujo de la Determinación Social



Fuente: Tamayo et al (2018), Propuesta de actualización de modelo de determinantes sociales de la salud. Elaborado a partir del esquema de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, OMS (2005).

Barton (1998), desde un enfoque emancipador, reflexiona sobre los presupuestos práctico-teóricos de la Sociología y como, a partir de una imaginación sociológica, puede aportar a la temática de la discapacidad. El fin de la investigación social de la discapacidad no solo debe ser la demostración del problema (por ejemplo, las formas de discriminación) sino, ser una herramienta política de cambio. Para Harvey (1990) supone una "lucha política abierta contra las estructuras opresoras" (citado en Barton, 1998). Por eso, la relación del

investigador con el sujeto de estudio implica el compromiso con los ideales y la naturaleza del trabajo sociológico.

La hegemonía dominante del modelo médico-rehabilitador y la visión biopsicológica ha limitado el desarrollo de los trabajos sociológicos al ser considerados como una cuestión médica y psicológica. Sin embargo, en las últimas décadas se ha generado un interés por desarrollar una teoría social de la discapacidad, que ha involucrado, categorías; enfoques, corrientes ideológicas en la construcción de políticas públicas; metodologías y prácticas investigativas; y, bases para el movimiento social de la discapacidad. El desafío de un cambio social requiere que la ciencia política considere una política de la diferencia que revalore la identidad de grupos poco favorecidos, y en especial de las personas con discapacidad (Barton, 1998).

Las definiciones o clasificaciones existentes han sido creadas por grupos de poder que han definido la identidad de otros. Por ello, "la discapacidad es una forma de opresión que implica limitaciones sociales." (Barton, 1998, p.25). Entonces, el cambio social, necesita de estudios sociológicos que dispongan de una sólida base histórica y que sean relacionales a otras temáticas de grupos oprimidos (considerando la "opresión simultanea" a la que están expuestos). Necesita, que se reconozca la discapacidad como cuestión de derechos humanos; así como, de leyes contra la discriminación y una acción política. Por consiguiente, una Sociología de la discapacidad implica:

> "un análisis de las cuestiones del poder, la justicia social, la ciudadanía y los derechos humanos…de las condiciones y relaciones estructurales y sociales actuales de la sociedad, y como éstas establecen y legitiman la creación de barrearas de una forma compleja y a menudo contradictoria. Si se pretende vencer la discriminación institucional, hay que desafiar y cambiar las fuerzas económicas, materiales e ideológicas implicadas." (Barton, 1998, p.31).

Ahora bien, no toda restricción de la libertad humana es opresora. La opresión es el resultado de la acción humana. Por ello, una teoría de la discapacidad, implica un análisis ontológico de la insuficiencia y no sólo ubicar a la insuficiencia en el individuo y a la discapacidad en la sociedad. (Abberley, 1998, p.81).

Por otro lado, Oliver (1998) retoma el análisis sociológico de la discapacidad reflexionando sobre la producción teórica de los estudios sociológicos relacionados al

cuerpo, en los cuales no se ha considerado el análisis de la discapacidad, salvo como fenómeno relacionado a la enfermedad, lo que significa la reproducción del enfoque predominante sobre la discapacidad, especialmente, en países como Estados Unidos e Inglaterra.

Las teorías funcionalistas e interaccionistas en Estados Unidos, tuvieron gran influencia en la sociología de la discapacidad. Los estudios sobre discapacidad se fundamentaron en el paradigma parsoniano, en el que la responsabilidad del enfermo – relacionada a la discapacidad – es recuperar su condición "normal" mediante la ayuda de especialistas médicos. La condición de enfermo es temporal, salvo que por su insuficiencia sea considerado: 1) Impedido, cuando su condición no es probable que cambie, y le conlleve a la dependencia; o, 2) en rehabilitación, cuando debe aceptar su condición y aprender a vivir con ella. No obstante, para adaptarse al mundo normal debe someterse a programas de rehabilitación y sesiones psicológicas que ayuden a rehabilitar su identidad "discapacitada" (Oliver, 1998).

Esta visión medica – individualista –, que aplica métodos, practicas innovadoras y que agota todo los esfuerzos médico-rehabilitadores, considera a la insuficiencia como un hecho desafortunado o "tragedia personal", denominándosele la "teoría de la tragedia personal", porque recae toda la responsabilidad sobre la personas que padece la insuficiencia: el éxito o el fracaso de la rehabilitación depende de la aptitud o ineptitud de la persona, exonerándose a los profesionales médicos o a la institución, que hicieron todo por restablecer la salud del enfermo.

Las críticas a estas teorías se centran en tres aspectos:

> "primero, son esencialmente, deterministas: solo se entiende la conducta de forma positiva si es acorde con la idea de realidad que tienen los profesionales. Segundo, olvidan los factores sociales, políticos y económicos extrínsecos. Tercero, desautorizan y niegan las interpretaciones subjetivas de la insuficiencia desde la perspectiva de la persona implicada." (Oliver, 1998, p.37).

Por otro lado, la teoría interaccionista aborda la discapacidad como una desviación social. Las sociedades están fundamentadas en ideales liberales de responsabilidad individual, competición, y trabajo remunerado, y quienes no puedan cumplir esos ideales son

considerados desviados. Los estudios sociológicos bajo esta teoría, analizan: la discapacidad relacionada con la conducta social proscrita, los mecanismos de creación de la desviación y el proceso de etiquetado. Al respecto, Lemert (1962) distingue la desviación secundaria de la primaria, porque en ella, se fija la identidad (el etiquetado) y la condición social devaluada del individuo (citado en Oliver, 1998, p.38). De igual manera, Goffman (1963) usa el concepto de estigma para analizar la imperfección de los estigmatizados que resultan de la interacción de lo normal y lo anormal (citado en Oliver, 1998, p.38).

No cabe duda que, el capitalismo ha afirmado la exclusión económica y social de los discapacitados, así como el individualismo y la medicalización. Por un lado, las desventajas de las personas con insuficiencias han limitado sus desempeños y su integración a las exigencias del mercado laboral industrial, por otro lado, las personas fueron controladas, etiquetadas como enfermas e internadas en instituciones especializadas médicas, como respuesta al problema social que representaban. Al respecto, Albrecht (1992) puntualiza que, lo que llamamos “discapacidad” y “rehabilitación” se ha politizado y marcha en función de la economía hegemónica: se ha convertidos en una mercancía (citado en Oliver, 1998).

El análisis de la producción de la discapacidad que se encuentra en un proceso de cambio de paradigma, debe ser abordado de manera integral, a partir de tres niveles: 1) Ontológico, en base a la teoría sociológica y sus corrientes; 2) Epistemológico, en base a la teoría del alcance medio; y, 3) Experiencial, desde la experiencia de los propios discapacitados. En tal sentido, Oliver (1998) tomando en cuenta los tres niveles realiza el siguiente análisis: 1) desde la economía política: la exclusión de los discapacitados del mercado laboral es producto del sistema de organización del trabajo; 2) la adaptación social donde se consideren: la trayectoria social de las personas discapacitadas, la acción colectiva para capacitarse y la inclusión al lugar donde viven; y, 3) un enfoque alternativo y emancipador para que los estudios sobre discapacidad sean útiles en la vida de las personas y contribuya a la mejora de la condición de vida.

Barnes (1998) concretiza los análisis sociopolíticos de la discapacidad en dos grupos:

> "el primero asentado en las tradiciones estadounidenses del funcionalismo estructural y la teoría de la desviación, explica la ‘construcción social’ del problema de la discapacidad

> como un resultado de la evolución de la sociedad contemporánea. El segundo, se inspira con la fuerza en las teorías materialistas de Marx y Engels (1970) y sugiere que la discapacidad y la dependencia son la 'creación social' de un tipo particular de formación social; concretamente, el capitalismo industrial." (p. 60).

Autores como Shakespeare, resaltan el papel de la cultura en la opresión de los discapacitados, planteando que "las personas con insuficiencias no están discapacitadas simplemente por la discriminación material, sino también por el prejuicio [que] está implícito en la representación cultural, en el lenguaje y en la socialización." (Barnes, 1998, p.64).

Abberley (1998), resalta el papel de las personas con insuficiencia en la creación de la riqueza social y las dificultades para conseguir la integración social como resultado de las restricciones relacionadas al trabajo. A partir de conceptos de la teoría marxista, precisa que:

> "las vidas de determinadas personas con insuficiencia no pueden ser verdaderamente iguales, en cualquier sociedad, ya que se priva al individuo de la posibilidad de aquellas satisfacciones y de aquella condición de miembro de la sociedad a las que le da derecho su humanidad y que únicamente el trabajo puede proveer. Para las personas con insuficiencias, estar bien equipados en el sistema de distribución, pero excluidos del sistema de producción (es decir, en una forma superior de bienestar) seria satisfactorio…[pero] si otras necesidades de las personas con insuficiencias se pueden satisfacer, y quizá solo esto se pueda hacer de una forma no opresora, la única necesidad que no se puede satisfacer para quienes no pueden trabajar es la necesidad de trabajar." (p.85).

Por lo tanto, siendo la exclusión de la producción social el mecanismo de opresión, la lucha contra la opresión no garantiza la completa integración en la producción social: aun con una política de empleo inclusiva, los que se incorporen al mercado laboral serían pocos, en consecuencia, se intensificaría la exclusión de los muchos que no accederían. Entonces, para las personas con insuficiencias "vencer la discapacidad, aunque sería algo muy liberador, no erradicaría por completo un residuo de desventaja en relación con el poder sobre el mundo material." (Abberley, 1998, p. 90), porque el modelo de participación e identidad social continua basándose en el trabajo.

Finalmente, se precisa que los estudios sociológicos no deben limitarse a explicaciones tradicionales basadas en la producción, sino que deben ser críticos frente a la racionalidad instrumental dominante, analizando la vida social moderna forjada desde el movimiento social:

> "las personas discapacitadas han habitado en un mundo cultural, político e intelectual de cuya constitución han sido excluidas y en el que han sido relevantes solo como problema. Se ha empleado el conocimiento científico, incluido la sociología, para reforzar y justificar esta exclusión. Una nueva sociología de la discapacidad debe desafiar esta 'objetividad' y 'verdad' y sustituirla por el conocimiento que surge de la situación del oprimido y que pretende comprender esta opresión." (Abberley, 1998, p. 94).

Pantano (2007a) haciendo precisiones respecto a la discapacidad, en: la limitación de las actividades, por la dotación biológica a partir de una deficiencia; los factores innatos o adquiridos durante el curso de la vida; y la homologación conceptual del discurso; considera necesario el uso de dos términos de análisis: la condición de discapacidad y la situación de discapacidad (ver Tabla 2), donde "la primera alude al individuo con un estado o problema de salud en interacción con el contexto, y la segunda, en un sentido más estructural, a la sociedad, ambos, en interacción continua como verdaderos protagonistas del fenómeno." (p. 118).

Tabla 3

Condición y situación de discapacidad

	Personas con discapacidad	**Situación de discapacidad**
Se refiere a	Individuo	Grupo poblacional
Responde a	Necesidades individuales de atención a un problema individual	Necesidades de una población, que requiere respuesta a un problema social
Afecta a	Individuo, familia, comunidad cercana	Territorio (entorno)
Actúan	La persona con discapacidad, la familia y los profesionales	La comunidad organizada, OGs y ONGs
Que se hace	Dar respuesta institucional / sectorial a la demanda	Construcción de una Política Pública
Competencia de	Instituciones, entidades de y para	Sinergia Gobierno - Sociedad Civil

Fuente: Pantano (2007a). La palabra discapacidad como termino abarcativo. Observaciones y comentarios sobre su uso. *Cuestiones sociales y económicas*. V(9), p.119

Respecto a la homologación de uso de los conceptos relacionados a la discapacidad, Pantano (2007b), subraya que no deben emplearse indistintamente, sino por el contrario, deben usarse sin eufemismos: mencionar "personas con discapacidad" supone personas como todos. De igual manera se refiere a quien tiene una discapacidad, no que es discapacitado. Evitar los eufemismos "capacidades diferentes" o con "necesidades especiales".

Por otro lado, Pantano (2009) precisa que la medición de la discapacidad en un determinado territorios supone una interpretación cuantitativa y cualitativa que implica conocer: la prevalencia; los hogares con miembros con discapacidad; la distribución espacial ya sea rural y urbana; los factores culturales, sociales y económicos; la accesibilidad y la disponibilidad de apoyo, medio y servicios.

Ferreira (2008), toma en consideración el modelo social en el desarrollo sociológico de la discapacidad, y resalta la experiencia práctica de las personas, cuestionando la multidimensionalidad bio-psico-social de los clasificadores, como insuficiente, debido a que carecen de conocimiento de la "realidad". La actitud de las personas – y de la sociedad – hacia las personas con discapacidad, no es cuestión del uso correcto del lenguaje. La discapacidad se va construyendo socialmente, por ello, la realidad de la discapacidad implica conocer su dimensión social. Por lo tanto, la discapacidad es una realidad social, un hecho social, que se evidencia en tres ejes: la interacción práctica (la singularidad de las propias prácticas); la construcción simbólica (relacionada a la identidad social); y, la estructuración material (relativa a su posición en la estructura social); que caracteriza a la dimensión social de todo estudio sociológico de la discapacidad que desafíe las relaciones de dominación.

La lógica práctica de la dominación y la experiencia concreta de la discapacidad pueden ser analizadas con el marco teórico de Bourdieu. La existencia de un *habitus*, donde el cuerpo esta normalizado por el discurso médico, en la persona con discapacidad, involucra poseer un cuerpo enfermo. Este habitus revela la existencia de un campo de la discapacidad en el que se disputan distintos capitales en la búsqueda de legitimidad, motivados por la ilusión de la normalidad corporal (Ferreira, 2010).

La normalización médica de la discapacidad encuentra su eficacia en la estructura económica ideológica del sistema capitalista bajo el esquema de representación de cuerpos sanos, buenos y bellos, contrario a lo que representan las personas con discapacidad. Lo que es "normal" y que no, está definido por los parámetros de médicos y sus instituciones especializadas. De esa manera, se institucionaliza la discapacidad, en el campo y en el habitus, marcada por una recurrente desviación social de quienes la sufren (Ferreira, 2010). Como respuesta a ello, en base al modelo social, el movimiento de vida independiente muestra que "la minusvalía implicada en la experiencia de las personas con discapacidad no es la consecuencia natural de una deficiencia fisiológica, sino el resultado de unas estructuras sociales opresivas, excluyentes y marginalizadoras" (Ferreira, 2010, p. 57).

Consecuentemente, el movimiento de vida independiente ajustó el término "minusvalía" por el de diversidad funcional, fundamentándose en que, las personas con discapacidad no carecen de capacidades, y, las funciones que desarrollan, son las mismas a las que realizan todas las personas, pero, de un modo diverso. El desafío a la sociedad está en aceptar y reconocer esta diversidad, tal cual se ha logrado – relativamente – con otras diversidades (de creencia, de nacionalidad, étnicas, etc.). Por ello, Hughes y Paterson (2008), precisan que, el análisis de la corporalidad de la discapacidad, como marco teórico-metodológico de referencia del modelo social, implica reivindicar al sujeto y al cuerpo – con deficiencias – su historia, cultura y significado, en contraposición, al objeto no histórico, presocial y natural que defiende el modelo médico (citado en Ferreira, 2010, p. 61).

Para Ferrante (2014), la situación de las personas con discapacidad en América Latina, no es la excepción a la hegemonía del modelo médico. La implementación de este modelo ha estimulado: procesos de exclusión social, la reproducción de la desigualdad social, y la emergencia de un mercado simbólico de la lastima y la caridad: los esquemas de percepción de la discapacidad se habitúan a la condición trágica de la persona, considerándola como algo "natural". La protección social, los programas sociales asistencialistas, las instituciones de beneficencia y religiosas, la ayuda médica humanitaria, entre otras, son evidencias de la relación de dominación en la que se encuentran, las minorías, como las personas con discapacidad, lo que Scribano (2009) ha llamado la política de los cuerpos y las emociones (citado en Ferrante, 2014, p. 9). Cabe resaltar, que las relaciones de dominación para los dominados no son uniformes, sino que están singularizadas por la clase social, etnia, tipo de deficiencia, nivel económico, etc.

Por otro lado, Huerta (2006) hace referencia a la accesibilidad como la "condición necesaria para permitir a las personas participar en las actividades sociales y económicas para las que la infraestructura construida ha sido concebida" (p. 21), y se encuentra en tres formas básica de la actividad humana: movilidad, comunicación y comprensión. Para superar los problemas de accesibilidad, se recurre al "diseño universal" o "diseño para todos" que consta de 7 principios básicos: 1) Uso universal para todos; 2) Flexibilidad de uso; 3) Uso simple e intuitivo; 4) Información perceptible; 5) Tolerancia para el error o mal uso; 6) Poco esfuerzo físico requerido; y, 7) Tamaño y espacio para acercamiento, manipulación y uso (Huerta, 2006, pp. 24-25).

En Perú, existe una gama de leyes relacionadas al tema de discapacidad, pero con dificultades para su cumplimiento, tales como: inacción de las autoridades; desconocimiento de las disposiciones tanto de autoridades como de profesionales; indiferencia y falta de interés para cumplir las disposiciones; y, el costo que implica adecuarse a los criterios de accesibilidad. Cabe mencionar que, el desconocimiento y la inacción también la encontramos en la población con discapacidad (Huerta, 2006).

Salas (2015) analiza la discapacidad desde el campo de la crítica cultural, mediante 5 observaciones jerarquizantes: 1) Distinción entre discapacidad e incapacidad y su impacto como interferencia: cuando la condición de la persona interfiere con la normalidad de las actividades sociales, también se establece la discriminación. La interferencia no solo es logística (que requiere acomodaciones especiales), sino que genera un efecto psicológico aversivo (es visto como frágil, que pone en riesgo su vida); 2) la discapacidad como constructo social: mediante la institucionalización de roles se asignación a cada individuo lo que es o puede ser dentro de la comunidad. 3) La discapacidad como estratificación: relacionada a la pobreza, la discapacidad es transgeneracional y genera desventajas económicas para el entorno familiar. 4) La discapacidad contra el individualismo; y, 5) La discapacidad como posibilidad de resignificación de lo humano: la lucha por los derechos no debe restringir la investigación médica, tecnológica o sociológica, que extienden las capacidades humanas, sin embargo, se debe adoptar una actitud ética.

2.7. Concepto de espacio social y habitus de la discapacidad

Espacio Social de la Discapacidad

Danel y Katz (2011) haciendo uso del concepto de campo de Bourdieu, define al campo de la discapacidad como la "porción del espacio social delimitada a partir de una red de relaciones, intrínsecamente conflictivas, entre posiciones ocupadas por agentes sociales que se disputan nominaciones, clasificaciones y acciones sobre la discapacidad." (p. 80).

Habitus de la Discapacidad

A partir de las explicaciones de Gutiérrez (2005) sobre el concepto de habitus de Bourdieu, para la presente investigación, se puede precisar que el habitus de la discapacidad es, en el entramado de dimensiones relacionales de habitus existentes y posibles, el sistema de esquemas generadores de prácticas y de percepciones de prácticas incorporados por el agente discapacitado, adquiridos a lo largo de la trayectoria social individual y colectiva, ligadas a la posición que ocupa en el sistema de relaciones.

CAPITULO III
ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos del trabajo de campo de la investigación, son presentados mediante el análisis descriptivo y el reporte interpretativo – de las entrevistas –, representadas en tablas y figuras por cada variable de estudio, y presentada por categorías y subcategorías en coherencia con la teoría, preguntas y objetivos de la investigación organizados, que demuestran el nivel de funcionamiento del espacio social y el habitus de la discapacidad, así como la asociación que existe entre ambas variables de estudio mediante la prueba de hipótesis realizada. Cabe precisar que, con la consolidación de los resultados (en escala ordinal) y su explicación (nominal), de ninguna manera se pretende reducir a la temática de la discapacidad física como única y homogénea, por el contrario, se pone en evidencia la complejidad de las discapacidades para ser adecuada con la teoría y la práctica. De igual manera, evidencia la escasa investigación realizada y lo mucho que falta por hacer y contribuir con investigaciones desde las ciencias sociales, aclarando que la discapacidad es múltiple, dinámica y relacional, así como el uso de las aproximaciones teóricas y metodológicas que se utilicen.

El análisis de los resultados de las variables se presenta de la siguiente manera:

- Primero, los resultados de la variable (Espacio social de la discapacidad y Habitus de la discapacidad) se presenta en tabla y figura mediante niveles, según los baremos definidos. El resultado de la variable es producto de las tres dimensiones que la conforman.
- Segundo, el resultado de cada dimensión se presenta en tabla y figura mediante niveles, según los baremos definidos. El resultado de la dimensión es producto del consolidado de los indicadores que la conforman.
- Tercero, el resultado de cada indicador se presenta en tabla o figura en valores porcentuales.
- Cuarto: a los resultados de cada indicador, dimensión o variable se le complementa con la información cualitativa.

Los baremos utilizados para el análisis de los resultados (Anexos 3: Baremos), se conforman de tres niveles: nivel bajo, nivel regular, nivel alto.

Se puede considerar que la situación de las personas con discapacidad en el distrito de Moquegua es el reflejo de la precariedad existente en los distritos del Perú con similares características poblacionales. Dicha situación precaria se expresa en algunos indicadores como condiciones generales objetivas, tales como: 1) según la ENEDIS (INEI, 2012) las personas con discapacidad que no poseen el certificado asciende a 91.2%, frente al 8.6% que si lo obtuvieron. La ausencia de certificación dificulta el acceso a recursos específicos, y por otro, al ser un recurso institucionalizado, supone la deslegitimación de la persona (es como un ilegal, formalmente solo es reconocido como tal, el que tiene certificado y registro) y legitimación de la enfermedad de la persona, o sea la estigmatización; 2) el nivel educativo que las personas con discapacidad motora han alcanzado es primaria (38.3%) y secundaria (31%), de esta población aproximadamente el 50% ha concluido el nivel educativo; 3) la accesibilidad a los servicios de salud, hacen manifiesta la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad, donde el 30.9% manifiestan que tienen dificultad para ingresar y/o desplazarse en los establecimientos de salud y el 90.6% de las personas con discapacidad no recibe tratamiento y/o terapia (INEI, 2012).

Todo lo mencionado, corresponde a la "situación de discapacidad", es decir, a aquellos atributos objetivos en el contexto particular del distrito de Moquegua. Por otro lado, la vivencia subjetiva de la persona a partir de las condiciones generales objetivas evidencian la "condición de discapacidad" (Pantano, 2007a). En tal sentido, el mundo social de la discapacidad se estructura, al mismo tiempo, por procesos objetivos y subjetivos, donde el cuerpo que vive la discapacidad construye su identidad a través de condicionantes contextuales e individuales: Experiencia incorporada en forma de habitus (Bourdieu, 2007).

3.1. Variable Espacio Social de la Discapacidad

Las dimensiones: capital (económico, cultural y social), posición social, y mercado de bienes, conforman la variable espacio social de la discapacidad, y son, en términos de Bourdieu, las estructuras sociales externas a los agentes. En este espacio se desarrollan las prácticas sociales de las personas con discapacidad, y es a partir de la producción, reproducción y ejecución de prácticas que se genera una red de relación de y entre posiciones mediante la cual se van diferenciándose y clasificándose las personas con discapacidad. En tal sentido, la clasificación primaria se realiza mediante lo corpóreo, es

decir, por el tipo y grado de discapacidad incorporada (visible o no), y luego por las condiciones objetivas que las personas tienen en común (la experiencia social de la discapacidad). Otro elemento de clasificación es la posesión de capital especifico, sea cultural (el nivel educativo alcanzado), económico (ingresos, tenencia de vivienda como bienes materiales que posee), social (pertenencia a una organización social) o simbólico (el cargo que ocupa, la posesión de certificado, equipos de apoyo técnico, etc.).

Asimismo, se puede identificar instituciones específicas y leyes de funcionamiento del espacio social (campo) de la discapacidad, a través de la trayectoria individual y colectiva de la persona en relación con su discapacidad (trayectoria que muestra la manera como enfrentan la discapacidad, asumen los tratamientos y terapias; la discriminación, exclusión social y laboral, y los problemas de accesibilidad existentes), y sus reglas de juego establecidas mediante los cuales, es posible los procesos diferenciación y clasificación.

Tabla 4

Variable Espacio Social de la discapacidad

Nivel	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Alto	67	23,1	**23,1**
Regular	173	82,8	**59,7**
Bajo	50	100,0	**17,2**
Total	290		**100,0**

Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Este espacio de relaciones entre posiciones ocupadas por agentes sociales es explicado a través de los aportes del capital global acumulado, así como por la autonomía relativa del campo y la participación que tienen los agentes en el mercado de bienes de la discapacidad.

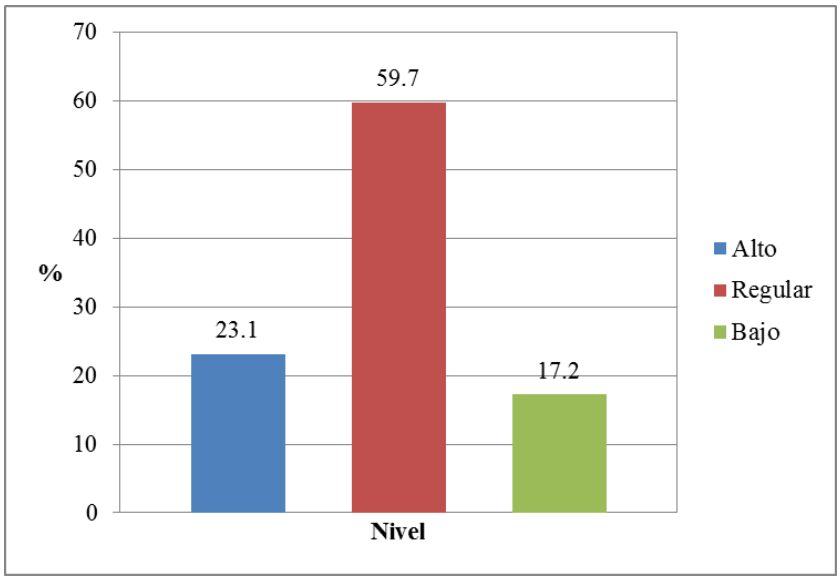
Los resultados presentados reúnen las dimensiones desarrolladas, para lo cual, se establece niveles de autonomía del campo en el espacio social de la discapacidad. Esta autonomía y diferenciación de capital se presenta más en el nivel regular con un 59.7%, seguido de 23.1% de nivel alto, y 17.2% de nivel bajo.

Cabe mencionar que lo niveles presentados, son analizados y explicados integralmente en relación con el habitus del agente social dentro del espacio social. Se puede concluir que

hay un nivel regular (59.7%) de autonomía y diferenciación de capital (52.8%) que influye en la posición social (48.3%) y la participación en el sistema de producción/consumo (68.6%) que tienen las personas con discapacidad en el espacio social.

Figura 2

Variable Espacio Social de la discapacidad



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Este espacio es conformado por las personas con discapacidad y las instituciones, donde se definen una red de relaciones dinámicas claramente diferenciadas y distribuidas (Jiménez, 2005). Definitivamente, las multidimensionalidad del espacio social de la discapacidad, (medico, familiar, político, educativo, etc.) confluye con la complejidad de la temática de la discapacidad, concordando con la definición de espacio social de Bourdieu (2011). Precisamente, en este espacio social, se encuentran atributos objetivos relacionados al capital (económico, cultural y social), a la posición social de la persona con discapacidad, y al mercado de bienes que se gesta: a lo que relacionamos con la situación de discapacidad (Pantano, 2007a).

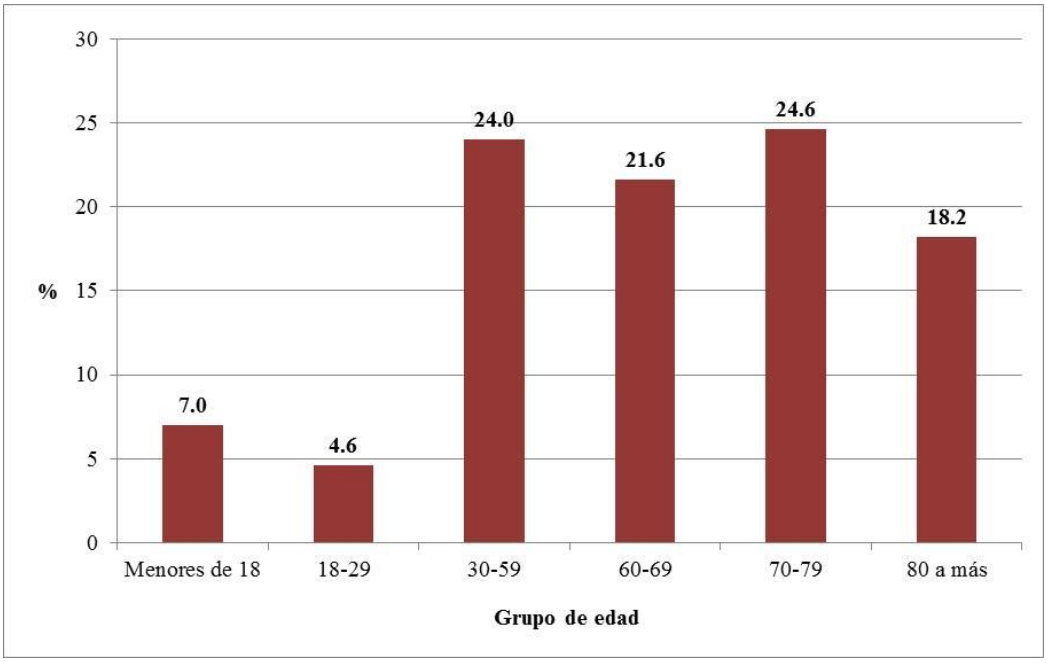
Los resultados nos permiten, comprobar que existen diferencias en la experiencia práctica de vivir con una discapacidad física relacionada a la posición que ocupada el agente en el espacio social, posición que depende del capital global y su estructura (Gutiérrez, 2005), así como de su trayectoria social.

3.1.1. Dimensión Capital

Los datos recogidos permiten comprobar la experiencia práctica de vivir con una discapacidad motora, la que está relacionada a la posición social del agente en el espacio social y a la posesión de capital global (Bourdieu, 2000). En ese sentido, la investigación encuentra que la posesión de capital económico es determinante e influye sobre los otros tipos de capital. La experiencia de la discapacidad está condicionada al capital económico: los pocos recursos económicos (menos o igual a una RMV) con los que cuenta las personas con discapacidad restringen la continuidad de las terapias, tratamientos, la compra de apoyos técnicos y los traslados a otras provincias o departamentos para recibir tratamientos que no se realizan en la ciudad Moquegua. Asimismo, cabe mencionar que, en parte los tratamientos son financiados por los familiares más cercanos. Por otro lado, se destaca el capital social, a través de los recursos afectivos y de apoyo que movilizan la red de relaciones familiares cercanas a la persona con discapacidad: el apoyo de la familia es importante en el desarrollo de la persona con discapacidad y en sus actividades.

Figura 3

Porcentaje de Personas con discapacidad según Grupo de edades en departamento de Moquegua



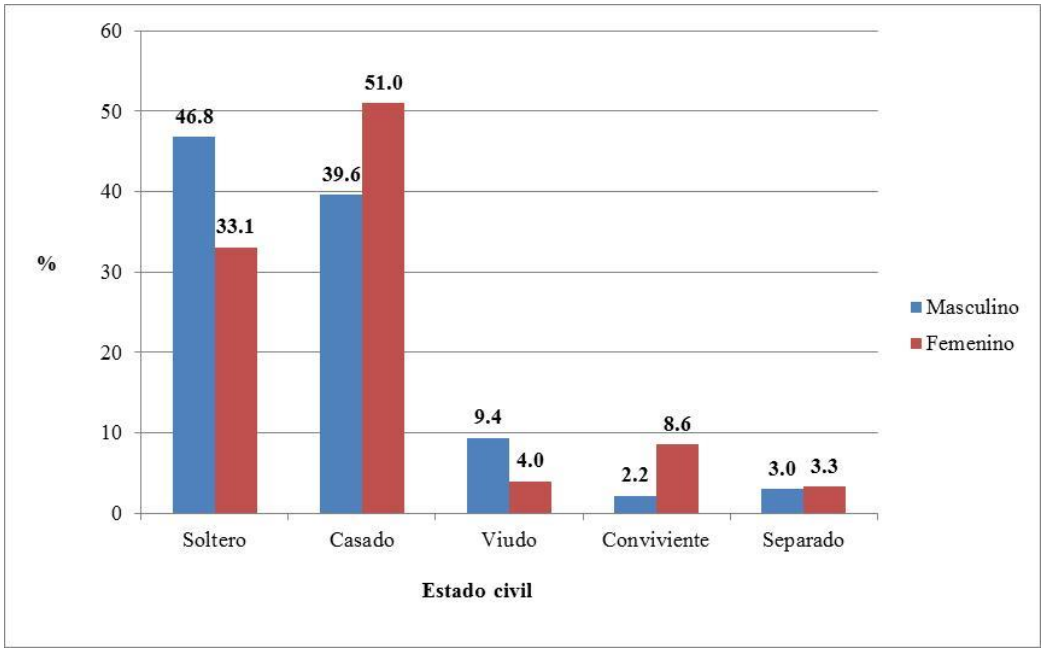
Fuente: INEI (2015) Perú características de la población con discapacidad. Cuadro Nº 1.2 Perú: población con alguna discapacidad por grupo de edad, según ámbito Geográfico, 2012 (Porcentaje respecto del total de cada grupo de edad de las personas con discapacidad de cada ámbito) p.44

Los tipos de capital que están presentes en la población de estudio son: el capital económico, el capital cultural y el capital social. Para la caracterización de esta población y sus capitales, debemos saber que según las cifras del INEI (2015), ubican al departamento de Moquegua, como uno de los departamentos que presentan mayor incidencia de población con discapacidad, por encima del porcentaje nacional (6%), conformados por: Lima, Arequipa, Moquegua, Tacna y la Provincia Constitucional del Callao.

La cifra absoluta publicada para el departamento de Moquegua, en el año 2012, fue de 11519 personas con discapacidad, registrándose un número mayor en edades de 30 a más años (88.4%), siendo el segundo departamento que tiene una incidencia alta de la discapacidad (64.3%) en población adulta mayor, donde el 51.9% corresponde a la población femenina y el 48.1% a la masculina.

Figura 4

Porcentaje de Personas con discapacidad física según Estado civil en distrito de Moquegua, 2017



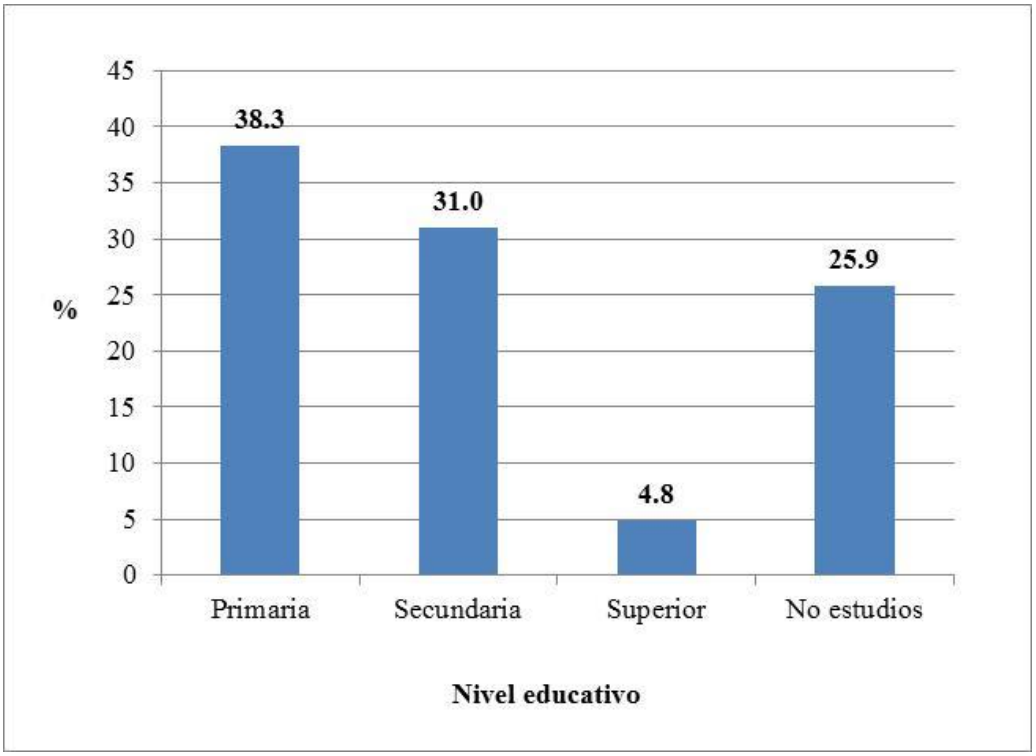
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Los resultados obtenidos de la encuesta, muestran una población femenina de 52.1% y la población masculina 47.9%, resaltando el estado civil soltero y casado con porcentajes que oscilan entre 33% y 51%.

En cuanto a la educación, como principal elemento por el cual se acumula capital cultural, el nivel educativo que más resalta es el primario (38.3%), y secundario (31%) y en menor porcentaje la educación superior (4.8%). Mientras que el nivel superior, solo el 28.6% lo concluyó. Por otro lado, el 25.9% manifiesta no tener estudios. Cabe precisar que, solo el 50.5% tiene la primaria completa, y en el caso de secundaria 52.2% que tiene la secundaria completa.

Figura 5

Porcentaje de Personas con discapacidad física según nivel educativo en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

La no culminación en los niveles educativos puede atribuirse a varios factores, principalmente a: ingresos económicos de la familiar nuclear, número de hijos, trabajo a edad temprana, y, principalmente, al tipo y grado de discapacidad. En ese sentido, la discapacidad física motora, en principio, no impide el desarrollo intelectual de la persona, más bien, son los factores externos que condicionaran el capital cultural institucionalizado, por ende, es el que determina la posición de la persona con discapacidad en el espacio social. El caso del entrevistado José, nació en Puno, tiene primaria completa con un grado de secundaria, varios hermanos, llegó a la ciudad de Moquegua de niño con algunos familiares y empezó a trabajar desde esa edad y no pudo concluir sus estudios.

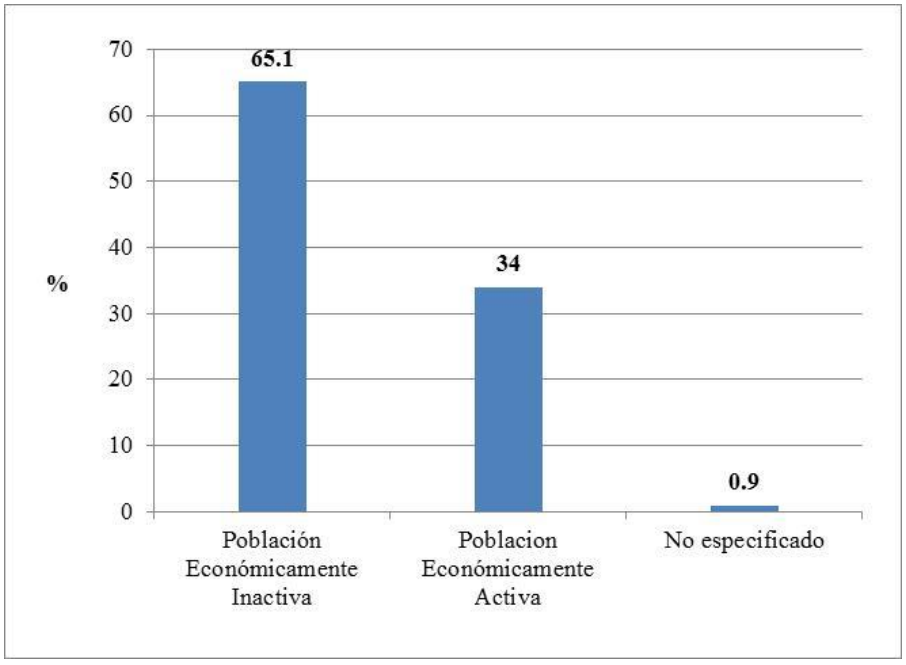
De igual manera, en el caso de María, oriunda de Acora-Puno, tuvo que migrar a la ciudad de Moquegua, teniendo que trabajar como empleada del hogar desde la edad de 11 años. El número de hermanos, el cuidado de ellos, y las limitaciones económicas y de alimentos que había en el hogar, no le permitieron realizar estudios primarios.

El caso del entrevistado Luis, natural del distrito de Cuchumbaya, pese a las limitaciones económicas, cuidados y responsabilidades que tuvo que afrontar la familia, pudo concluir sus estudios universitarios. En el caso de José y Luis, el tratamiento a la discapacidad fue el motivo de la migración, sin embargo, tal como le sucedió a María, también fue, la familia y las condiciones económicas que determinaron en el logro de un nivel educativo.

La importancia del capital social disponible que es un elemento constitutivo de la trayectoria social individual de cada persona con discapacidad se expresa a través de la experiencia de la discapacidad

Figura 6

Porcentaje de Población económicamente activa (PEA) de la población con discapacidad en el departamento de Moquegua



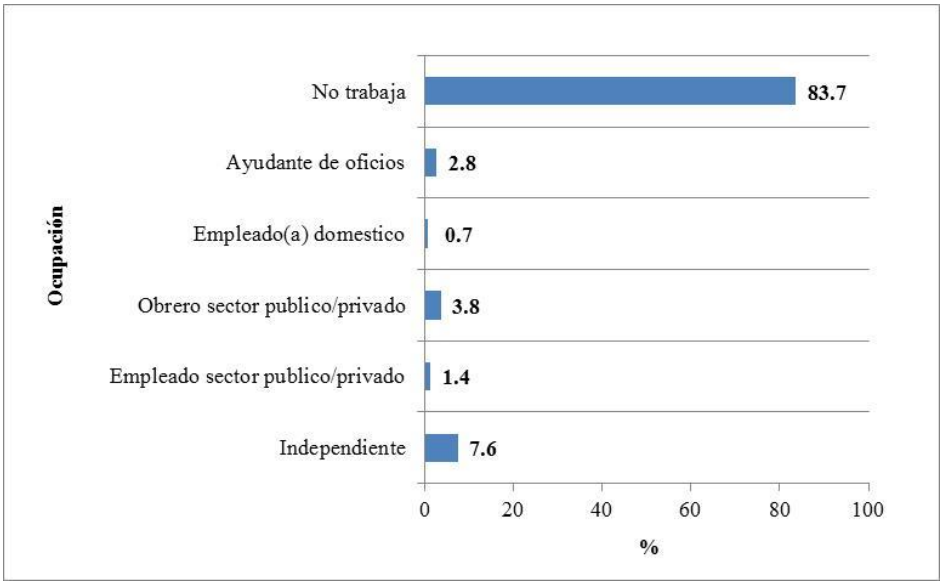
Fuente: INEI (2014) Perú características de la población con discapacidad.

El capital económico, es otro elemento importante que contribuye al capital global, y que interviene en los demás tipos de capital. En ese sentido, a nivel departamental, se puede distinguir que la participación de las personas con discapacidad en el total de su Población económicamente activa (PEA), es de 34% y en su mayoría está conformada por población masculina (44.2%) casi duplicando a la población femenina (24.6%). Respecto a la Población económicamente inactiva asciende al 65.1% (INEI, 2015, p. 65).

El informe del Observatorio socioeconómico laboral de la Dirección Regional de Trabajo y Promoción del Empleo, 2014, al respecto, presentaron datos indicando que la tercera parte (30.8%) de la población con discapacidad se encuentran ocupada en alguna actividad; el 67.9% trabajan de manera independiente y 23.6% como asalariados; asimismo, el 42.4% trabaja más de 48 horas semanales y el 48.9% no cuenta con contrato de trabajo formal. En los siguientes años, estos datos porcentuales, han variado muy poco, fluctuando en ±3%.

Figura 7

Porcentaje de Personas con discapacidad física según ocupación en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

En cuanto a los encuestados, el grupo que no trabaja es de 83.8% (encontrándose en este grupo, algunos jubilados, estudiantes, y principalmente, personas con un grado de discapacidad moderada), solamente, el 16.3% manifiesta que se encuentra en ocupaciones labores como: trabajador independiente (7.6%), obrero sector publico/privado (3.8%),

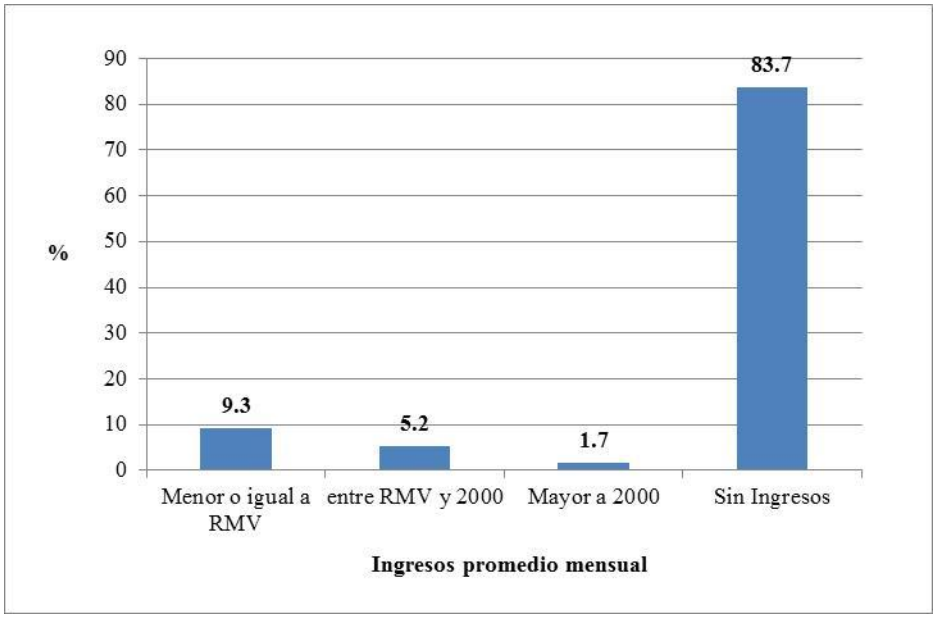
ayudante de oficios (2.8%), empleado del sector publico/privado (1.4%) y empleados doméstico (0.7%).

En el caso de María, el primer trabajo que tuvo fue de empleada del hogar, luego como obrera en un proyecto del sector público, donde, por un accidente de trabajo, dejó de trabajar hasta la fecha. En el caso de José, su ocupación es independiente, posee una pequeña tienda, desde hace muchos años atrás.

En el caso de Luis y Rubén, son empleados públicos que trabajan en instituciones públicas del Estado.

Figura 8

Porcentaje de Personas con discapacidad física según ingreso promedio mensual familiar en distrito de Moquegua, 2017



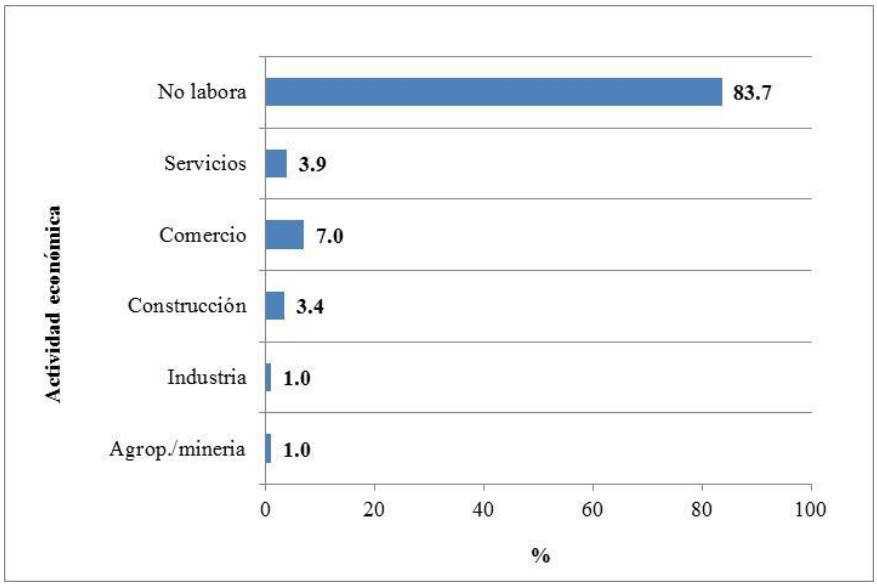
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Respecto al ingreso promedio mensual familiar, se puede distinguir que, de los encuestados que se encuentran empleados, el 9.3% perciben un ingreso menor o igual a la Remuneración Mínima vital (RMV) vigente, seguido de un 5.2% que tiene ingresos entre una RMV y 2000 soles. Sólo el 1.7% manifiesta que tiene ingresos mayores a 2000 soles. Todos los casos de estudio, indican que los ingresos económicos que tienen cada mes, no cubren las necesidades básicas de la familia y menos para los tratamientos o terapias de rehabilitación.

El caso de María, muestra las dificultades económicas que pasa con el único ingreso mensual de la pensión por invalidez:

> "cuando yo me he accidentado…de eso tengo pensión 300 soles me dan cada mes… pero nada más eso….pero mira cuantos años ya!…pero hay que papelear me dicen algunos… ¡ pero como hago! …es trabajo de accidente… ¡te están engañando! No alcanza! antes de la semana se acaba mi platita…no ves que como pensión, todo eso no alcanza… a veces cualquier cosita me antojo, ya no alcanza…!"

Figura 9
Porcentaje de Personas con discapacidad física según participación en la actividad económica en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

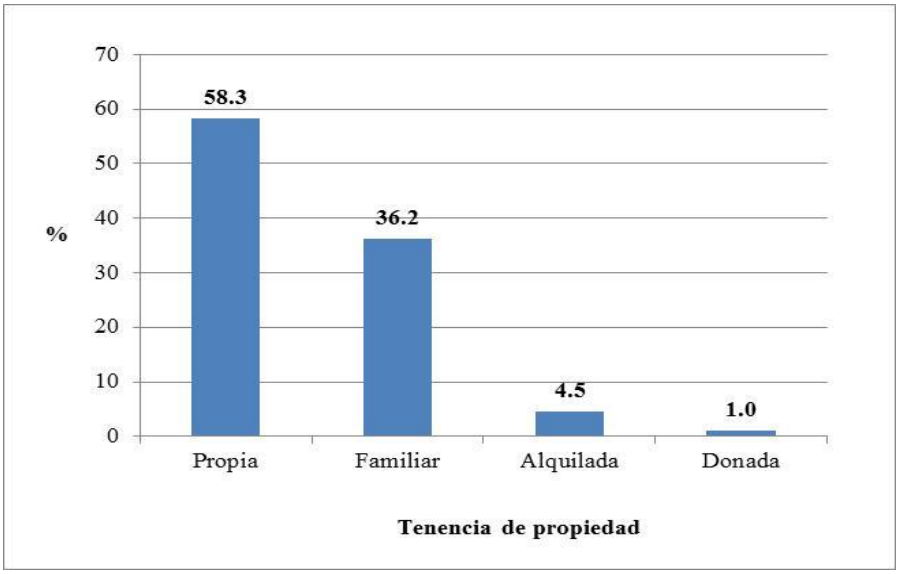
De los encuestados que trabajan, el 7% participan en el comercio, el 3.9% en servicios, el 3.4% en construcción, y en industria, agropecuaria y minería un 2%. La participación de las mujeres y varones en las actividades económicas es similar, salvo por las diferencias remunerativas y por las ocupaciones que, pareciera, se encuentran "preestablecidas". Así lo distingue Rubén, cuando manifiesta que:

> "No hay sitios adecuados para las personas con discapacidad, por ejemplo un residente de obra o un capataz te dice: ¡haz esto!…y ve que tú no puedes hacer y ve q necesitan esa clase de gente…entonces no contratan eso….o sea tiene que ser

equitativa más q nada…y darle a la persona con discapacidad esos puestos laborales …digamos pasar papeles, oficios les dan más q todo a las personas que son envaradas, son [los] que tienen conocidos …allegados….y a las personas con discapacidad q piden esos puestos no se les da…[cuando] bien lo pueden desarrollar".

Figura 10

Porcentaje de Personas con discapacidad física según tenencia de propiedad en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Del total de encuestados el 58.3% tienen una vivienda propia, el 36.2% se encuentran en una vivienda familiar, el 5.5% en una vivienda alquilada y el 1% en vivienda donada.

En el caso de Luis, vive solo, la vivienda que tiene es propia, adquirida mediante una asociación: "primero como invasores, luego como posesionarios, y actualmente como propietarios". En el caso de María, vive sola y tiene casa propia.

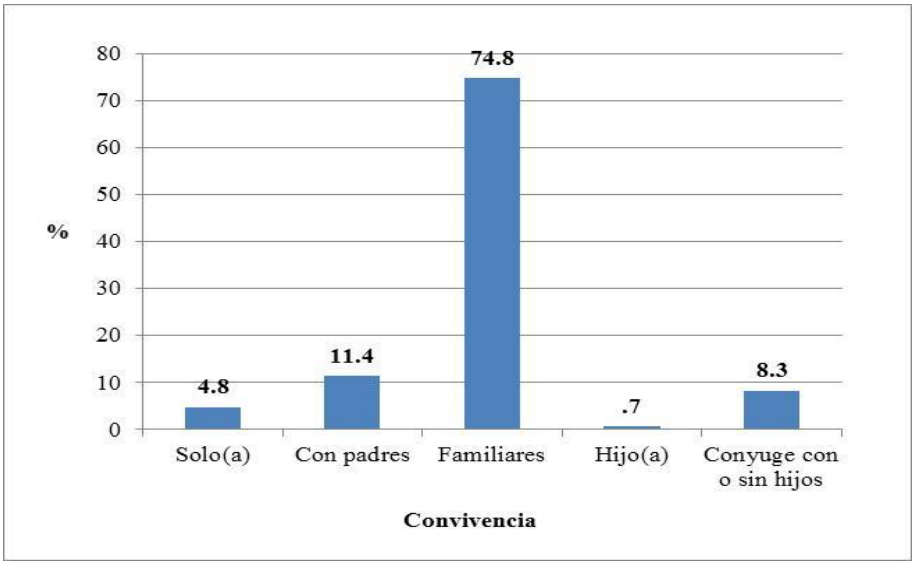
Si bien, Moquegua es uno de los departamentos que registra buenos índices de competitividad y de desarrollo humano, también tiene mayor incidencia de población con discapacidad, por encima del porcentaje nacional (6%). Esta población se caracteriza por la trayectoria social de grupo y la experiencia de llevar la discapacidad: una población empobrecida, adulta mayor, con niveles educativos mayoritariamente primarios y secundarios (capital cultural institucionalizado) y una PEA de apenas 16.3%, cuya realidad

es discordante a la economía de la población en general de la región. Esta realidad concuerda a la identificada en el Primer Informe Mundial de Discapacidad (OMS, 2011). Sin duda, el efecto que tiene el poseer un grado educativo mejora la posición del agente en el espacio social así como otorga estatus, ennobleciéndolo, o por el contrario, en ausencia, estigmatizándolo (Bourdieu, 2002).

Por otro lado, el peso que tiene la red de relaciones sociales, la pertenencia a un grupo, y aquellos vínculos permanentes y de cercanía, contribuyen a la formación del tipo de capital social distinguiéndose estos elementos en la población con discapacidad encuestada.

Figura 11

Porcentaje de Personas con discapacidad física y el número de miembros que conviven en la vivienda en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

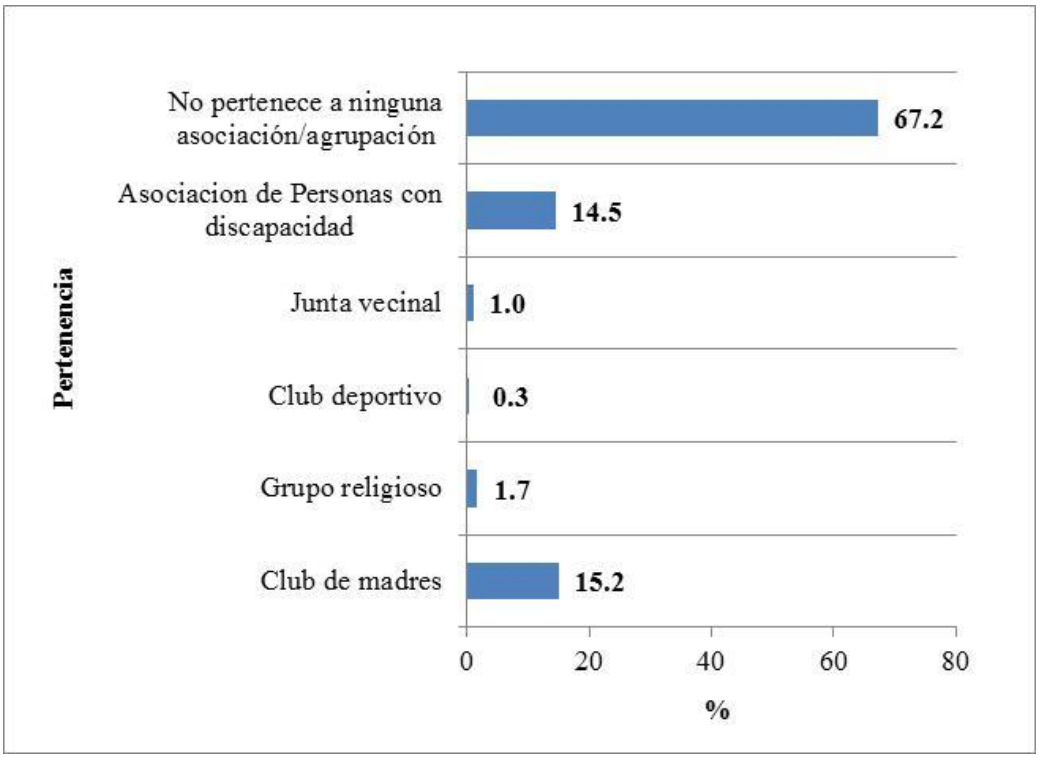
Los resultados muestran que entre los miembros presentes en la vivienda, se encuentra a: familiares (74.8%) tales como nietos, hijos, sobrinos, hermanos, y abuelos, seguido de quienes viven con sus padres (11.4%), los que viven con cónyuge con o sin hijos (8.3%), o los que manifiestan vivir solos (4.8%).

El caso de María, manifiesta que regularmente la visitan sus familiares. “Ahorita yo vivo solita noma…a veces mi sobrina me visitan así, eso noma, a veces mis hijos vienen un rato me visitan…”.

De igual manera, José, manifiesta que está soltero, que vive solo desde que su pareja falleció y que mantiene una buena relación de cordialidad con sus hermanos.

Figura 12

Porcentaje de Personas con discapacidad física según pertenencia a alguna organización en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

La red de relaciones sociales, que han creado las personas con discapacidad física, se inicia con la pertenencia a alguna organización social existente en el distrito. Así tenemos que, el 14.5% de encuestados establecen su red de relaciones sociales dentro de alguna asociación de personas con discapacidad, seguido del 15.2%, que pertenecen al Club de madres, lo identifican como un espacio de socialización y de apoyo. En menor porcentaje, se encuentran aquellas personas que pertenecen a un grupo religioso (1.7%), a la Junta vecinal (1.0%) y Club deportivo (0.3%). Si bien, el porcentaje de personas encuestadas que pertenecen a un club deportivo es bajo, el valor de la experiencia vivida para un deportista es muy alto.

La legitimidad del cuerpo la otorga, no solamente el diagnóstico médico, sino, sobre todo, el grupo social donde se desarrolla la persona con discapacidad, mediante el sistema de

percepción y representación que se generan en el grupo de pertenencia. De esa manera se cataloga médica y socialmente a los cuerpos, desviados (enfermos) o ajustados a la norma. Una desviación implica un cuerpo no apto para las actividades normales de trabajo.

Asimismo, en la narración se puede resaltar el concepto implícito de "diversidad funcional", donde las personas no carecen de capacidades sino que funcionan de modo distinto (Palacios y Romañach, 2006).

Tal como lo manifiesta Luis, miembro de la asociación deportiva Cobre:

> "…pertenezco a una asociación, soy miembro de una asociación deportiva de personas con discapacidad física, jugábamos básquet en silla de ruedas, sigo perteneciendo ahí…yo personalmente, me gusta el deporte y no hallo un deporte para mí… como tú sabes, en el deporte está el roce… te juro que cuando yo entré a esa asociación, por curiosidad, me gustó mucho…"

La dinámica del espacio social (o campo) de la discapacidad permite que las disposiciones y predisposiciones de habitus se actualicen periódicamente, en ese sentido, las expectativas subjetivas y las oportunidades objetivas se ajustan una a otra (estructura objetiva homologa), sin embargo, cuando hay una falsa anticipación se produce zozobra un mal ajuste. (Gutierrez, 2005)

En el caso de José, la pertenencia a una asociación es consecuencia de la identificación con su discapacidad, sin embargo, ello no ha limitado desarrollarse en diferentes ámbitos laborales:

> "Lamentablemente, yo anteriormente no lo tomaba en cuenta, no me sentía una persona con discapacidad, por la sencilla razón que no había necesidad, no veía más allá de lo que uno era, porque yo nunca he tenido una labor que podía desempeñarme. Yo me desempeño en cualquier campo, ya sea intelectual, ya sea en puestos laborales manuales, totalmente, yo he desempeñado cargos de instituciones públicas, puestos laborales así, aparte de eso, como obrero […] Anteriormente, yo practicaba [deporte]. Yo he sido un deportista completo me ha gustado natación, atletismo, el box, el futbol, el fulbito, todo eso. Ahora por la edad que uno tiene, el

> cuerpo ya no corresponde, pero físicamente ahora he dejado todo, pero intelectualmente sí, yo practico ajedrez".

Por otra parte, el 67.2% de los encuestados no pertenecen a ninguna asociación. En ese sentido la red de relaciones sociales lo conforman sólo miembros de la familia. Este limitado contacto social por lo general se debe al tipo y grado de discapacidad que solo es evidenciado por los factores externos, de accesos, servicios, y pocos ajustes razonables desarrollados en la ciudad, sumándose también, la situación de discriminación, exclusión, de desconfianza de las instituciones, o, simplemente, los fines organizativos que no corresponden a los intereses personales de las personas con discapacidad.

Asimismo, el 66.2% de encuestados no conocen instituciones pública o privada u organizaciones que apoyen a las Personas con discapacidad. Mientras que, el 33.8% identificaron a la OMAPED, OREDIS, CONADIS y CARITAS como instituciones que realizan actividades y capacitaciones en beneficio de las personas con discapacidad. Así, lo describen los casos de María y José:

> "El CONADIS… por el tenemos carnet,…con lo demás no se tanto. La Oredis no conoce, [es] recién[te]". (*María*)

> "…[como] parte de la asociación de las personas con discapacidad si sabemos que existen las instituciones OMAPED, que está encargado de las personas con discapacidad, como también OREDIS, igual, que es del gobierno regional y CONADIS es de la parte del gobierno central, que ellos velan justamente para hacer cumplir la ley 29973". (*José*)

Algunas personas consideran como un beneficio, a la oportunidad que le brinda aquellas asociaciones para la práctica deportiva. Al respecto, Luis expresa los beneficios y fines que logran los miembros del club deportivo:

> "…en verdad, no recibimos ningún beneficio…nosotros nos juntamos por el simple hecho de hacer deporte…queremos, a través del deporte mostrarle a muchas personas con discapacidad que si podemos desenvolvernos en la vida social y el deporte es una buena alternativa de esto, y creo lo hemos hecho porque muchos jóvenes,

también hemos pertenecido o hemos pasado por esta asociación que le ha cambiado …te juro que a mí me ha cambiado mucho la perspectiva de la discapacidad, porque me ha permitido conocer también otras personas con discapacidad, pero personas con discapacidad proactivas, que siempre están con ganas de superarse y eso creo q es muy bueno…".

Tabla 5

Dimensión Capital

	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Alto	85	29,3	**29,3**
Regular	153	82,1	**52,8**
Bajo	52	100,0	**17,9**
Total	290		**100,0**

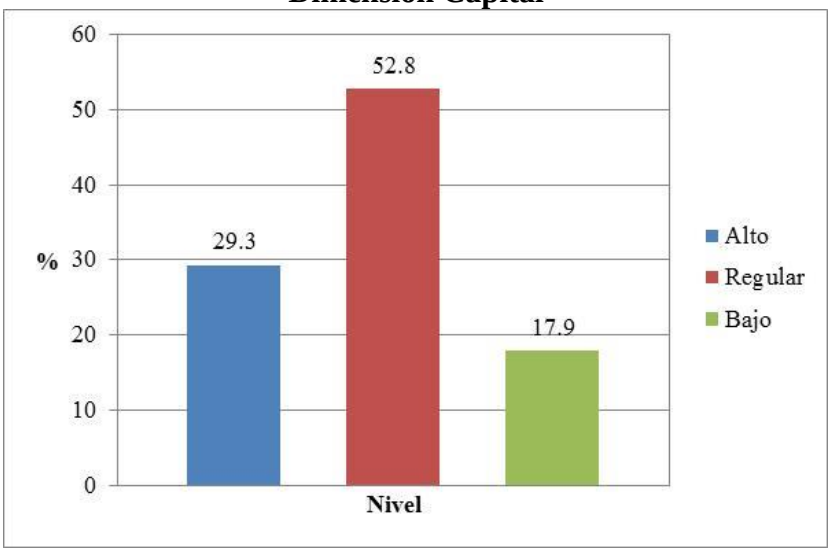
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

A partir de los resultados relacionados al tipo de capital especifico presentados (capital económico, capital cultural y capital social), se puede conocer el nivel de capital global que existe en la población de estudio. Los resultados de la tabla 5, muestran que el capital global que disponen las personas con discapacidad es de nivel regular (52.8%), seguido de un nivel alto (29.3%), y finalmente, en un nivel bajo (17.9%).

El capital global es una dimensión fundamental que aporta al espacio social de la discapacidad. Se puede concluir que las personas con discapacidad en la ciudad de Moquegua disponen de un capital global en un nivel regular (52.8%), caracterizada por ser personas mayores de 30 años, de estado civil mayoritariamente casado (33%) y solteros (51%), con un nivel educativo primario (38.3%), donde el 83.7% no tiene un empleo, frente a los que trabajan que tienen un ingreso menor o igual a una remuneración mínima vital (850 soles) empleados en actividades económicas de comercio, servicios y construcción. Este grupo de personas, viven principalmente, en casa propia (58.3%) y familiar (36.2%), y conviven con familiares (74.8%), y en su mayoría, no pertenecen a otra asociación (67.2%) identificándose con una asociación de personas con discapacidad solo un bajo porcentaje (14.5%).

Figura 13

Dimensión Capital



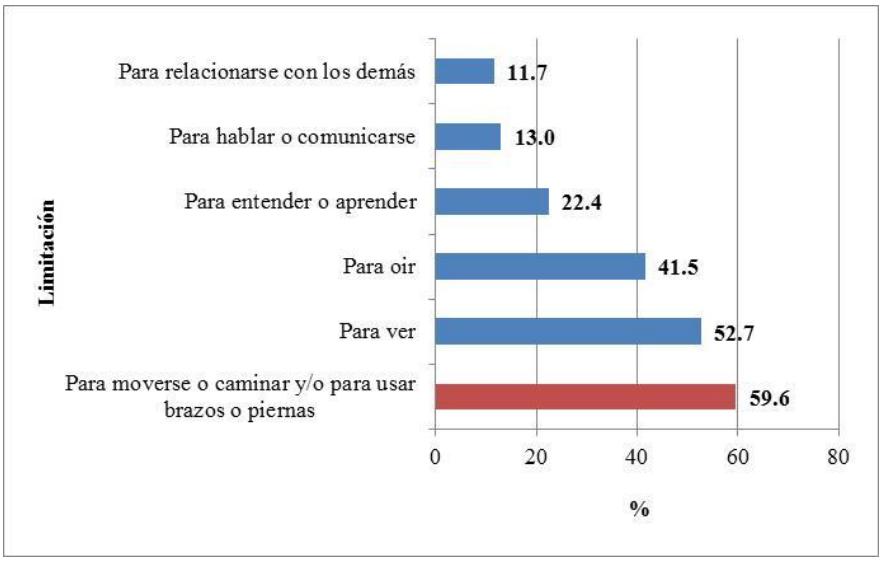
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

3.1.2. Dimensión Posición Social

La distribución desigual del capital especifico, define la posición social dentro de cada campo. Para ello, se presenta algunos elementos principales como: tipo de discapacidad, origen, grado, y trayectoria que forman parte de la posición social mediante las cuales, se establecen las relaciones objetivas dentro del campo, por consiguiente, del espacio social de la discapacidad.

Figura 14

Porcentaje de Personas con discapacidad física según su limitación permanente en el departamento de Moquegua



Fuente: INEI (2014) Perú características de la población con discapacidad.

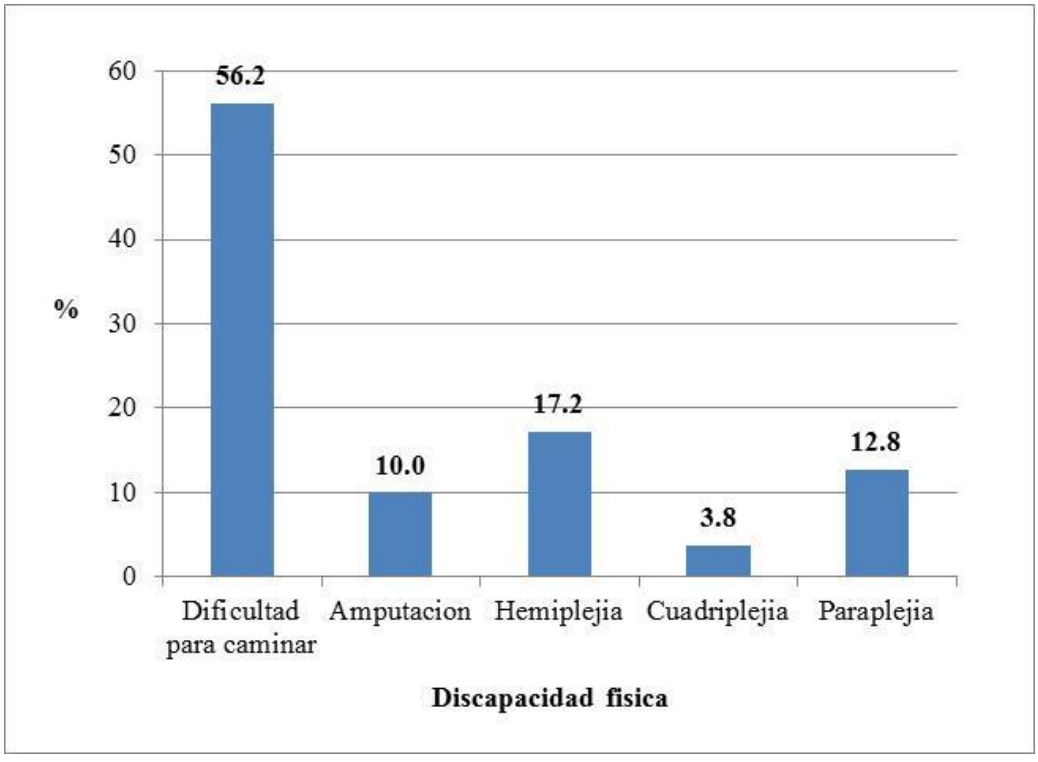
Cabe resaltar que se presentan niveles moderado (49.9%) y grave (25.3%) de severidad de la limitación de locomoción y/o destreza, que es atribuible a diversos orígenes, tales como: edad avanzada (35.9%), enfermedad crónica (15.7%), Accidente común fuera del hogar (9.1%), Genético / congénito / de nacimiento (8.3%), Accidente laboral (5.8%), Accidente común en el hogar (5.2%), Accidente de tránsito (5%), negligencia médica (2.5%), entre otros. (INEI, 2015).

Asimismo, según el registro de la OMAPED de la Municipalidad provincial de Mariscal Nieto, los porcentajes que más resaltan son: la discapacidad física (50.2%) y discapacidad sensorial (22.1%).

En cuanto al resultado de la encuesta, se presenta, en mayor frecuencia, 05 formas de la discapacidad física. Así tenemos que, el 56.2% tiene dificultad para caminar, el 17.2% es atribuible a la hemiplejia, el 12.8% a la paraplejia, el 10% a la amputación, y finalmente, el 3.8% a la cuadriplejia.

Figura 15

Porcentaje de Personas con discapacidad física según origen de la limitación en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

El origen de la discapacidad en las personas encuestadas tiene como principal causas la enfermedad (50%), seguida de accidente (39.7%) y en menor cantidad, el nacimiento (10%). El caso de Luis, se muestra claramente, cómo la enfermedad conllevó a la discapacidad:

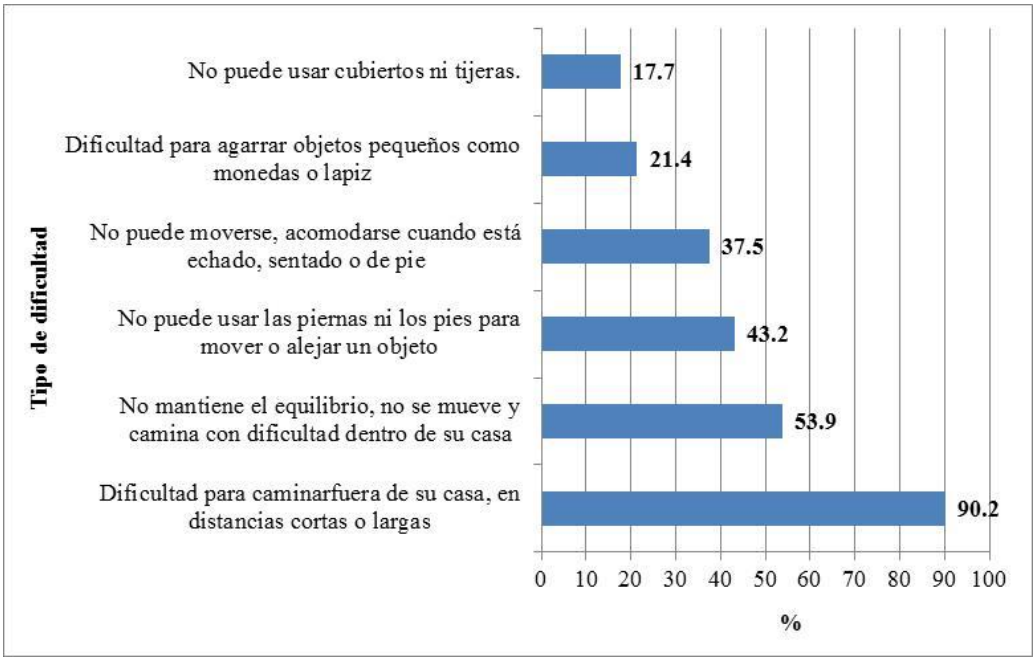
> "Mi discapacidad la adquirí muy pequeño, según mis papás me cuentan más o menos al año y 6 meses…lamentablemente, había la famosa polio…mis papás todavía, no sabían de esto, y se complicó….cuando me estaban vacunando sobre la polio …[hubo] una mala práctica…y agravó la situación y al final me generó la discapacidad".

En el caso de María, su discapacidad fue originada por un accidente en el lugar de trabajo:

> "[tuve] accidente de mi trabajo… como primera vez q ha aparecido trabajo para la mujer, primera vez! antes no había, …en ese yo me he accidentado ahí en Samegua, …ahí me he accidentado, el cerro me ha caído, todo me ha enterrado ahí adentro…entonces en Arequipa me operaron todo. La columna estoy mal no puedo caminar nada, tengo clavos".

Figura 16

Porcentaje de Personas con discapacidad física según el tipo de dificultad que presentan, en el departamento de Moquegua



Fuente: INEI (2014) Perú características de la población con discapacidad.

Según el grado de severidad de la limitación, las dificultades se presentan en: dificultad para caminar fuera de su casa, en distancias cortas o largas (90.2%); 53.9% no mantiene el equilibrio, no se mueve y camina con dificultad dentro de su casa; 43.25% no puede usar las piernas ni los pies para mover o alejar un objeto; 37.5% no puede moverse, acomodarse cuando está echado, sentado o de pie; 21.4% tiene dificultad para agarrar objetos pequeños como monedas o lápiz; y, el 17.7% no puede usar cubiertos ni tijeras (INEI, 2015).

En cuanto al grado de discapacidad, los resultados de la encuesta, muestran que el 73.4% tiene un grado moderado y el 26.6% un grado leve.

Tabla 6

Dimensión Posición Social

	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Regular	80	27,6	**27,6**
Alto	140	75,9	**48,3**
Bajo	70	100,0	**24,1**
Total	290		**100,0**

Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

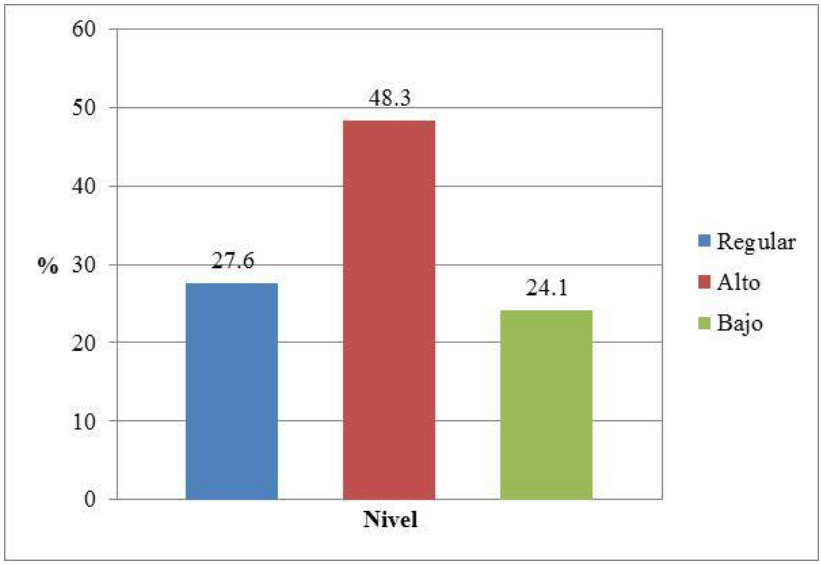
La Posición social es una dimensión que aporta al espacio social de la discapacidad. Los resultados presentados conforman la dimensión "Posición social" por el cual, se ha establecido niveles de ocupación en el campo. Así tenemos que, el nivel de la ocupación en el campo de la discapacidad está distribuido en: nivel alto (48.3%), nivel regular (27.6%) y nivel bajo (24.1%).

Cabe mencionar que los niveles presentados se encuentran en relación con el capital específico en juego y su trayectoria social. Se puede concluir que las personas con discapacidad en la ciudad de Moquegua tienen una ocupación alta (48.3%) en el campo de la discapacidad en relación con el capital especifico que las Personas con discapacidad disponen. La posición social ocupada está caracterizada por el tipo de discapacidad física motora, principalmente, aquella que tiene que ver con la dificultad para caminar (56.2%),

donde la causa de la discapacidad es por enfermedad (50%) seguida de accidente (39.7%), y en su mayoría, tienen discapacidad moderada (73.4%).

Figura 17

Dimensión Posición Social



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

El cuerpo discapacitado, tiene un carácter distintivo, valorativo dentro de las relaciones sociales de producción, de la división social del trabajo, cuyas capacidades y prácticas sociales operan bajo la "economía de los bienes simbólicos". (Bourdieu, 1997). En este intercambio simbólico se distingue los cuerpos legítimos de los no legítimos, Así, el cuerpo es socialmente descalificado, estigmatizado y rechazado. Por ello, la experiencia del cuerpo "desviado" es un producto social de las condiciones sociales, de la eficacia de las categorías de percepción y apreciación con la que se "distinga" unos de otros, establecidas en una red de relaciones de posiciones.

A la red de relaciones se integra el status obtenido, que comparten las posiciones dentro del grupo social. Sin embargo, este espacio puede favorecer o desfavorecer "la moral" en la persona con discapacidad. La razón de pertenencia y permanencia puede verse fortalecida por las cosas que comparten y las experiencias que los identifican, solo así potencian o limitan su integración social (Del Águila, 2007) al mundo social normalizado, donde el principio diferenciador y clasificador es el cuerpo sano, bueno y bello (Ferreira, 2010).

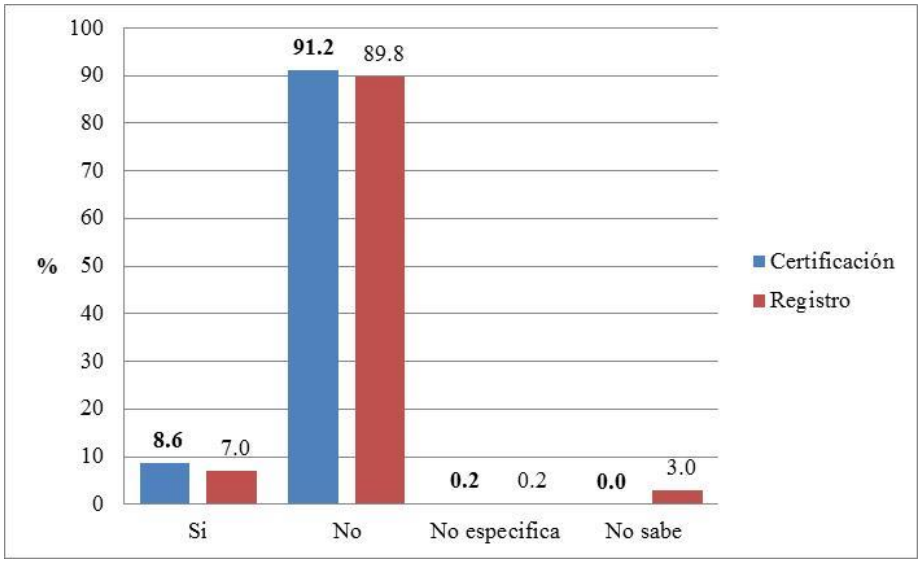
3.1.3. Dimensión Mercado de Bienes

El mercado de bienes se constituye como un espacio de intercambio de bienes valorados y de gran interés para los agentes en el campo. En ese sentido, se presenta algunos elementos principales como: el certificado y registro de discapacidad, y el tipo de seguro de salud. Aquí, las regularidades existentes en las prácticas sociales son internalizadas como naturales y necesarias por las personas con discapacidad, donde por la discapacidad y el cuerpo son percibidos y se perciben como frágiles, que necesitan protección y por consiguiente leyes que permitan su integración (Bourdieu, 1977) o su estigmatización.

La búsqueda de legitimidad del cuerpo discapacitado en el mercado de bienes posibilita la dinámica del espacio social de la discapacidad: a través de la lucha por el capital que permita la normalidad corporal o el reconocimiento de sus capacidades (Ferreira, 2010). Para ello, se moviliza un conjunto de técnicas, especialistas e instituciones (proveedores) que operan bajo una lógica de rectificación del cuerpo de las personas con discapacidad (consumidores). De cierta manera, en el distrito de Moquegua se puede observar el monopolio de la ciencia médica que identifica la enfermedad por medio del diagnóstico, y lo clasifica y legaliza en el certificado. La promesa de rehabilitarse, de una vida normal y la aceptación social son las formas en que se expresa el capital en juego en el espacio social de la discapacidad

Figura 18

Porcentaje de Personas con discapacidad según tenencia de certificado y registro de discapacidad en departamento Moquegua, 2017



Fuente: INEI (2014) Perú características de la población con discapacidad.

Según los datos a nivel departamental de ENEDIS, las personas que tienen el certificado de discapacidad solo es de 8.6%, de los cuales, el hospital del Ministerio de Salud (71.7%) y Hospital de ESSALUD (22.4%) fueron los principales emisores de este documento. Por otro lado, el 91.2% no tiene el certificado de discapacidad (INEI, 2015).

En la Figura 18, también se puede observar que solo el 7% se encuentra registrado en el Consejo Nacional para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS), frente a un 89.8% que aún no se han registrado.

Por otro lado, del total de encuestados, el 68.6% indicaron que si se realizaron un diagnóstico médico para la obtención del certificado de discapacidad, frente a un 31.4% que aún no lo ha realizado. En cuanto al registro en el CONADIS, tienen cantidades similares a los porcentajes descritos.

En cuanto a los entrevistados, manifestaron que sí tienen el certificado y registro de discapacidad. Sin embargo, la información particular que tienen de estos dos documentos en relación a su utilidad o beneficio es variable.

> "Si tengo [certificado de discapacidad]…Es para q nos atiendan, facilidades que nos den". (*María*).

> "¡Sí! Todas las personas que estamos asociadas tenemos el certificado…que nos acredita que somos personas con discapacidad, acompañado con el carnet de discapacidad" (*Rubén*).

> "…el carnet nos sirve de identidad…y si! tiene ciertos beneficios por ejemplo hoy en día ha habido cambios, actualmente, contamos con dos colores, un color plomo y un color amarillo, …la diferencia, es que el carnet amarillo a nivel nacional, donde uno persona lo presenta, no paga el pasaje…estamos hablando del pasaje urbano, mas no los de fuera por ejemplo, Moquegua Tacna Arequipa. [El] carnet amarrillo….es que si yo lo porto es que soy una persona con discapacidad severa que es uno de los requisitos para un plan o un programa que se llama contigo …que es igual que pensión 65 …que es una pensión que va a llegar un monto un dinero que va a llegar para esas personas, entonces, sí tiene beneficios , en el carnet también, quien lo muestre, saben las entidades públicas y privadas que tienen la famosa atención del

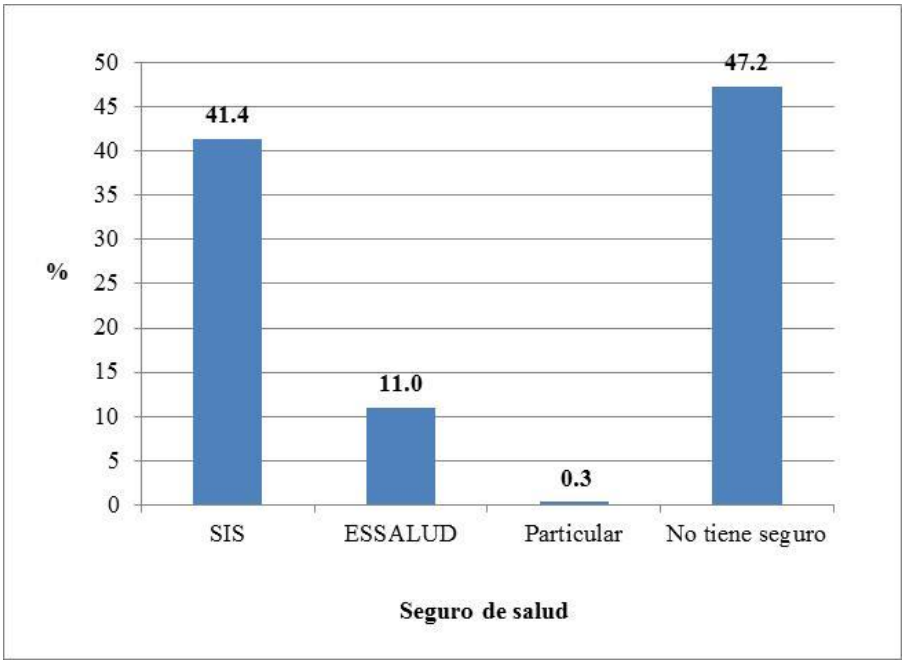
asiento preferencial, o la atención preferencial…La resolución tiene otros valores legales para diferentes procesos que la persona vea por conveniente hacerlo.” (*Luis*).

“No [me beneficia el carnet]! Solamente nos sirve para organizarnos y pedir nuestros derechos. En mi caso no lo utilizo porque no hay necesidad. …Le diré que las autoridades, en Moquegua, Mariscal Nieto, toda Región Moquegua, de nada nos sirve tener un carnet, porque en nada nos favorece.” *(José*).

Por otro lado, en salud, el 63.7% de la población con discapacidad en el departamento de Moquegua se encuentra afiliada a un seguro de salud, (55.3% tiene ESSALUD, el 41.9% el Seguro Integral de Salud y otros seguros el 3.1%).

Figura 19

Porcentaje de Personas con discapacidad física según tipo de seguro de salud en distrito de Moquegua, 2017



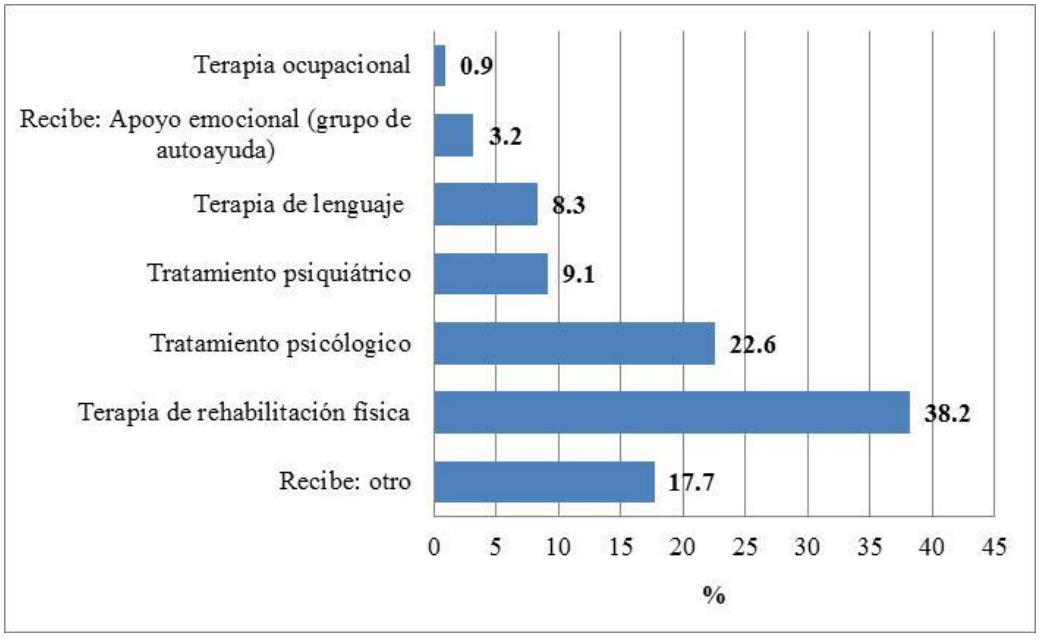
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

El 52.8% de encuestados manifestaron que si tienen seguro de salud: 41.4% tiene el SIS, el 11% ESSALUD y un 0.3% tiene un seguro particular. Casi la mitad de encuestados no cuentan con un seguro de salud (47.2%).

A nivel departamental, el 90.6% no recibe tratamiento y/o terapia. Tal como se muestra en la Figura 20, solo un 9.3% recibe un tratamiento y/o terapia relacionado a: terapia de rehabilitación física (38.2%), tratamiento psicológico (22.6%), tratamiento psiquiátrico (9.1%), terapia de lenguaje (8.3%), apoyo emocional (3.2%), terapia ocupacional (0.9%), y, otros (17.7%). Asimismo, la frecuencia que reciben la terapia de rehabilitación física es, por lo general, semanal (26.6%), seguido de interdiario (22.7%) y mensual (10.3%). (INEI, 2015).

Figura 20

Porcentaje de Personas con discapacidad según tratamiento y/o terapias de rehabilitación en departamento de Moquegua



Fuente: INEI (2014) Perú características de la población con discapacidad.

Para los encuestados, la atención a las necesidades que tiene la población con discapacidad deben estar priorizadas de la siguiente manera: el 47% indica Rehabilitación y Terapia, el 33.4% cobertura de salud; 16.2% trabajo; 2.1% educación; y 0.3% otros.

El caso de María nos muestra la manera como están establecidas las posiciones relativas de los agentes dentro del campo de la discapacidad y el campo de la salud, alrededor de la atención que uno espero y el servicio que el otro detenta.

> "La MINSA, cuando yo le digo, la posta de acá es MINSA no cierto? entonces yo le digo…ponme inyección, - *¡No, no! Tú tienes seguro* me dice, no quiere apoyarme, porque yo estoy cerquita [a la posta] y no […] *No, porque tú eres en seguro, ya tienes seguro, ya tú te has accidentado ahí, ya tienes seguro ahí noma tiene que ser*….pero yo voy a pagar aunque sea un sol [es] emergencia, [pero] no quieren. *¡No! ¡No podemos!* Dicen. Porque yo más que mis hijos acá han nacido en la posta. Todo acá cualquier enfermedad ahí estaba….ahora no sé porque no quieren…. *(pausa)* ¡[si] me conocen bien!"

Factores como la ubicación – cercanía y lejanía física – de estos servicios de salud, la pertenencia a una aseguradora de salud, la presencia de especialistas médicos-rehabilitadores, determinan la atención que reciba la persona con discapacidad. Por consiguiente, también determina en la percepción de empeoramiento de su salud que tiene la persona con discapacidad.

La forma de violencia simbólica se expresa a través de las experiencias que viven las personas con discapacidad. Así se puede notar en la institucionalización del tratamiento y la cura de la discapacidad, en el saber experto y legítimo de la ciencia médica y de sus especialistas: las prescripciones médicas son ejecutadas por el habitus, y seguirlas conlleva la creencia de lograr un estado corporal normal. Frente a la experiencia del dolor, la medicalización es una alternativa viable. Aquí la enfermedad es dolor, es una condición negativa del cuerpo atribuible a la discapacidad.

En ese sentido, poseer un cuerpo legitimo (sano, bueno y bello) permitiría a la persona con discapacidad la participación en la vida social, y el reconocimiento de su habilitación en la oferta bienes de curación del cuerpo, aun si están solo sean paliativas y temporales (Bourdieu, 1977)

> "A veces me ponen inyección, a veces me dan pastillitas…pero es calmante, ¡yo no quiero eso! …me dicen *cuándo vas tomando vas tomando después ya no va a hacer caso ya… ¡más peor vas a enfermar!* eso tengo miedo yo…porque ese calmante no más da! No es para que me cure ¡nada! Por eso, en eso estoy llorando…que tal me enfermo mal, mal, mal…y esas pastillas inyecciones que me va a poner ya no va a hacer caso."

Si bien, por un lado, existen los servicios de terapia y rehabilitación, por otro, los establecimientos de salud están poco implementados y hay pocos médicos-rehabilitadores especialistas, lo que conlleva a una preocupación continua y a recurrir a establecimientos privadas de salud. Para el caso de Rubén es cuestión de "especialistas e implementación". Así también, lo precisan los casos de Luis y José:

> "…hace como 7 u 8 años atrás,…recaigo en la discapacidad, o sea no podía caminar…estuve en una silla de ruedas, es en donde yo me di cuenta que en mi región, lamentablemente, no tienen bien implementado el tema de rehabilitación, yo estoy asegurado ¡y en essalud! …los profesionales son muy buenos, no lo puedo negar, pero les falta una implementación adecuada."

> "…la terapia es muy importante porque le permite a la persona con discapacidad, mantenerse un poco más activa que la sociedad,…yo si no seguiría una terapia, se atrofiarían mis músculos… entonces eso me generaría a mi…q me quede postrado en una silla de ruedas…esto genera gastos…" (*Luis*)

> "… no hay [en] el ministerio de salud, no hay un lugar donde haya rehabilitación salvo que por emergencia a veces recurro y de esa manera si tengo atención, para que, no me quejo. Pero no continuamente, las veces que se requiere…por la discapacidad que uno tiene necesita, justamente, se siente mal, adolorido. […] No hay medicinas, no cubren de la necesidad de una persona con discapacidad, siempre tenemos que recurrir a otro lugar…más que todo a clínicas particulares." (*José*).

Tabla 7

Dimensión Mercado de Bienes

	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Regular	199	68,6	**68,6**
Alto	81	96,6	**27,9**
Bajo	10	100,0	**3,5**
Total	290		**100,0**

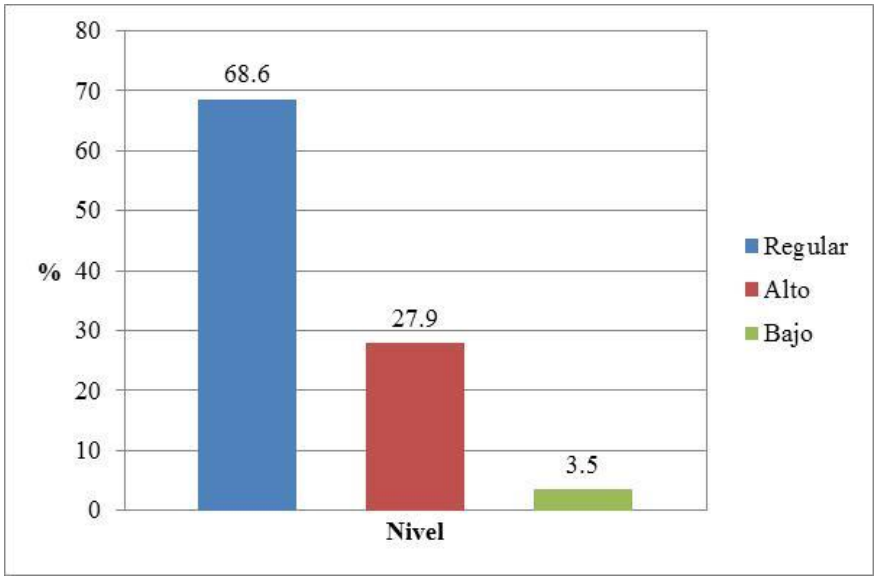
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

El mercado de bienes es una dimensión que aporta al espacio social de la discapacidad. Los resultados presentados conforman la dimensión “Mercado de bienes” por el cual, se ha establecido niveles de participación en el mercado, constituido por procesos de producción, distribución o consumo. Este desarrollo del nivel de participación son: 68.6% de nivel regular, 27.9% de nivel alto, y 3.5% de nivel bajo.

Cabe mencionar que lo niveles presentados en la Tabla 7, se encuentran en relación con el capital específico en juego y la posición que ocupa el agente social dentro del campo. Se puede concluir que las personas con discapacidad en la ciudad de Moquegua participan de manera regular (68.6%) en el mercado de bienes principalmente como consumidores de bienes, caracterizado por los bienes de consumo que toda persona con discapacidad debe tener como es: el certificado de discapacidad relacionada al diagnóstico médico. Solo quien se encuentra registrado en CONADIS puede ser reconocido como persona con discapacidad a través del carnet que le entregan. Otro bien de consumo, es el seguro de salud, donde solo un poco más del 50% se encuentra afiliado: al SIS (41.4%) seguido de ESSALUD (11%). Asimismo, el consumo de bienes como el tratamiento y terapia es mínimo, solo el 9.3% lo recibe, destacándose la rehabilitación física (38.2%)

Figura 21

Dimensión Mercado de Bienes



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

El mercado de bienes de la discapacidad ha permitido la formación de un cuerpo de especialistas: productores del bien, consumidores, e intermediarios según el bien (capital) que se encuentra en *juego*. En ese sentido, se puede identificar al cuerpo médico especializado y autorizado como el productor del bien – de la curación –; a las personas con discapacidad como consumidores de ese bien, y las instituciones y personal que labora como los intermediarios (Gutiérrez, 2005).

La evaluación, calificación y la certificación de discapacidad que acredita la condición de persona con discapacidad, se ha hecho primordial para la identificación de la persona, sin embargo, los procesos de desmedicalización y desinstitucionalización aún están postergados, manteniéndose a la discapacidad, en algunos casos, como enfermedad ligada a los tratamientos y terapias (Palacios y Romañach, 2006). Las personas con discapacidad demandan de los servicios de tratamiento y terapia que se encuentran en Moquegua, Arequipa o Tacna. En ese sentido, se puede precisar que la discapacidad y rehabilitación se han politizado, convertidas en mercaderías, coincidiendo con Albrecht (1992).

3.2.Variable Habitus de la discapacidad

El habitus está inscrito en las condiciones operativas, estructurales y funcionales, de una organización social regida por la lógica económica e ideológica del mercado (Ferreira, 2010). Es en ese contexto que el habitus se expresa, de manera objetiva, en forma de exclusión social, discriminación y no igualdad de oportunidades; y es sentida por las personas con discapacidad (mediante los esquemas de percepción y apreciación) al experimentar similares condiciones de existencia: es decir se determina la existencia de un habitus de la discapacidad. Este habitus específico implica ser poseedor de un cuerpo enfermo que necesita ser “normalizado” y encuentra su ámbito de desarrollo en el espacio social (campo) de la discapacidad

Los resultados del habitus de la discapacidad se presentan en sus tres formas o dimensiones: Esquema social (estructura estructurada); condiciones objetivas (interiorización de la exterioridad) y reproducción de prácticas (estructura estructurante).

Las dimensiones mencionadas constituyen el habitus de la discapacidad, y son, en términos de Bourdieu, las estructuras sociales incorporadas. A partir de la producción de prácticas sociales, las estructuras sociales son incorporadas por el agente. Por ello es explicado a través de las condiciones sociales, los condicionamientos externos, así como de las disposiciones duraderas formadas en el sistema de relaciones y posiciones dentro del campo y espacio social de la discapacidad.

Tabla 8

Variable Habitus de la discapacidad

	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Alto	77	26,6	**26,6**
Regular	190	92,1	**65,5**
Bajo	23	100,0	**7,9**
Total	290		**100,0**

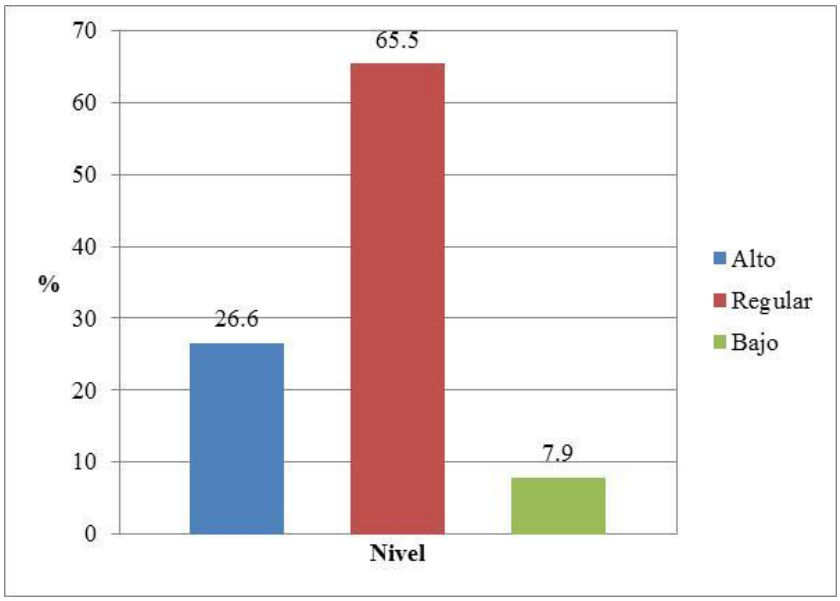
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Los resultados presentados reúnen las dimensiones desarrolladas, para lo cual, se establece niveles de disposiciones incorporadas por los agentes en el espacio social de la discapacidad. Estas disposiciones por medio del cual las personas con discapacidad perciben, comprenden, aprecian y evalúan el mundo social se encuentran incorporadas en un nivel regular de personas con discapacidad (65.5%) seguido de un nivel alto (26.6%). Solo el 7.9% manifiesta un nivel bajo de incorporación de disposiciones.

Cabe mencionar que lo niveles presentados, son analizados y explicados integralmente en relación con el espacio social y las posiciones de los agentes social dentro del campo. Se puede concluir que es regular (65.5%) el nivel de disposiciones incorporadas como habitus en las personas con discapacidad.

Figura 22

Variable Habitus de la discapacidad



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

La variable Habitus de la discapacidad, evidencia la "condición de discapacidad", a partir de la experiencia individual como vivencia subjetiva de la persona. (Pantano, 2007a). El sentido práctico como sentido del juego históricamente definido se ha aprehendido, internalizado y externalizado en la práctica: las personas han aprendido a vivir con la discapacidad (Bourdieu y Wacquant, 2005). El habitus de la discapacidad es incorporado, ejercido y fortalecido cuando las personas con discapacidad entran en interacción con el entorno social, es decir, las barreras físicas y sociales que la ciudad le muestra, y les limita su accesibilidad. Es a partir de este encuentro con la realidad social que las diferencias por sus capacidades son evidenciadas.

Es en el espacio social de la discapacidad en el que los agentes, con posiciones similares tienen en común el sistema de disposiciones; sin embargo, cada agente que forma parte del grupo social se diferencia de los otros por la singularidad de la trayectoria social (Bourdieu, 2007). En ese sentido podemos resaltar, aquellas personas que por su nivel educativo han podido tener una movilización social ascendente positiva a diferencia de quienes no tuvieron la oportunidad de realizarse, evidenciándose el habitus de la discapacidad como producto de toda la historia individual, ligadas a las experiencias formadoras de la primera infancia, de la historia familiar y de la clase a la que pertenece (Bourdieu, 2000).

3.2.1. Dimensión Esquema social

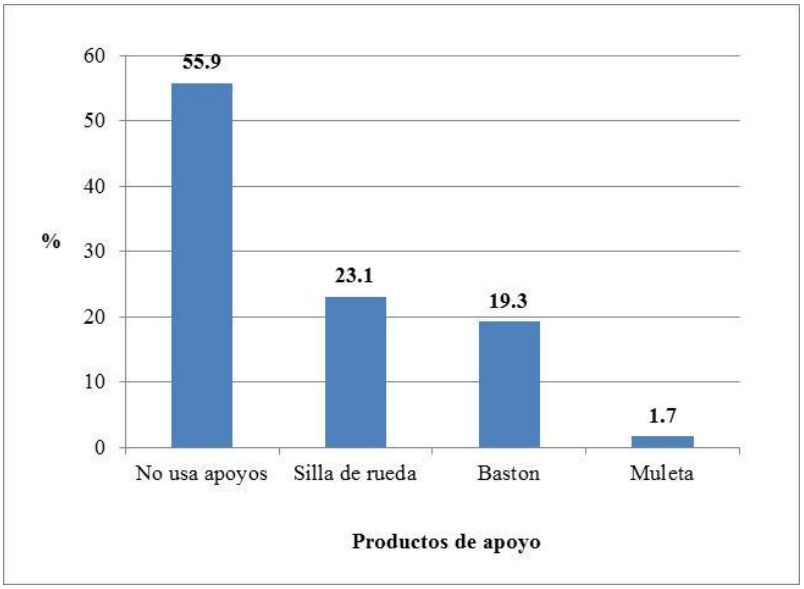
Los resultados de esta dimensión, están relacionados con aquellos elementos que forman parte estructural incorporada al agente social, así tenemos: el uso de aparatos de apoyo, tipo de aparatos, y razones de uso. Asimismo, se incluye en esta dimensión, el uso de medicamentos, y la experiencia corporal relacionada al tratamiento y terapias de rehabilitación.

A nivel departamental, menos del 50% utilizan productos de apoyo, siendo los más utilizados por las personas con discapacidad física con limitación en forma permanente para moverse o caminar y/o para usar brazos o piernas: el bastón simple (33%), la silla de ruedas (4.8%), la muleta (2%), el andador (1.8%), entre otros. Por otro lado, el 23.1% no necesita y un 31.7% no utiliza dichos apoyos. (INEI, 2015).

El 44.1% de los encuestados, indican que utilizan productos de apoyo, tales como: 23.1% usa silla de ruedas; 19.3% usa bastón y 1.7% muletas. Por su parte, del 55.9% que no usan dichos apoyos, el 72% manifiestan que es costoso mientras que, el 27.9% consideran que no es necesario. A los dos factores: el costo y la necesidad, se puede añadir la capacidad adquisitiva que tiene las personas con discapacidad para acceder a esos bienes simbólicos.

Figura 23

Porcentaje de Personas con discapacidad física según el uso de productos de apoyo en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Según el registro de personas con discapacidad de la municipalidad del año 2016, se puede apreciar que el uso de productos de apoyo, también, está relacionado con la edad, sexo, el tipo y grado de discapacidad, así como, con la cantidad de limitaciones (discapacidad múltiple). En la Tabla 9, se muestran aquellas discapacidades con diagnósticos médicos más frecuentes, distribuidos por sexo y numero de limitaciones. Las tonalidades de los colores (blanco y rojo) se corresponden a la frecuencia de casos (en porcentaje).

Tabla 9

Porcentaje de Personas con discapacidad según tipo de diagnóstico más frecuente, sexo y numero de limitaciones

Diagnóstico de la discapacidad	Sexo (%)		Número de limitaciones (%)			
	F	M	1	2	3	4
Amputación	46.7	53.3	53	40	7	0
Artritis	66.7	33.3	0	33	0	67
Ceguera de ambos ojos	63.6	36.4	100	0	0	0
Ceguera de un ojo	26.3	73.7	53	37	5	5
Coxartrosis	66.7	33.3	0	33	50	17
Cuadriplejia	75.0	25.0	50	50	0	0
Gonartrosis	77.8	22.2	0	67	33	0
Hemiplejia espástica	60.0	40.0	30	40	20	10
Hemiplejia flácida	33.3	66.7	22	33	44	0
Hipoacusia neurosensorial	66.7	33.3	33	17	25	25
Parálisis cerebral	20.0	80.0	0	20	60	20
Paraplejia	45.5	54.5	55	27	9	9
Poliarteritis	66.7	33.3	8	33	33	25
Retraso mental grave	33.3	66.7	0	50	50	0
Retraso mental leve	40.0	60.0	67	27	7	0
Retraso mental moderado	20.0	80.0	65	30	5	0
Secuelas de fractura	25.0	75.0	13	50	25	13
Síndrome de down	71.4	28.6	14	57	29	0
Visión subnormal de ambos ojos	42.1	57.9	21	47	21	11

Fuente: Registro de personas con discapacidad – OMAPED 2016. Elaborado en base a 201 registros validos con datos completos.

Por otro lado, en concordancia con Abberley (1998) y Barnes (1998) las deficiencias fisiológicas mostradas en la tabla 9, lejos de ser un hecho natural, son producidas por

factores (contextos) sociales, económicos y políticos: tal es el caso de la discapacidad de Luis es producto de la mala práctica médica que desencadenó en efectos secundarios de la polio. En el caso de María y Rubén, la discapacidad es producto de las condiciones laborales de trabajo.

Si bien, en los casos de María, José y Rubén se observa que no utilizan productos de apoyo, pero por su discapacidad si sería necesario que lo utilicen. A ello se suma, las razones económicas por las que no han podido adquirirlos.

El uso de productos de apoyo es permanente, así como lo manifiesta Luis:

> "…yo utilizo constantemente es un zapato ortopédico para caminar…que si tengo que utilizarlo hasta el….(pausa) …hasta toda mi vida…pero sin esto no me podría movilizar …sería muy difícil ….me puedo movilizar pero difícil."

La experiencia corporal de la discapacidad se relaciona al tratamiento y a las terapias de rehabilitación con la que convive permanentemente cada persona. Esta experiencia corporal de la discapacidad puede estar condicionada a la disponibilidad económica para el tratamiento, como a la información que tiene acceso la persona. El caso de María, nos indica que no recibe tratamiento y "por falta de económico no puedo ir".

> "Mis terapias son leves, no son costosos." (*José*)

> "…yo lamentablemente, por ignorancia, no he seguido una terapia, hasta hace años atrás, pero yo creo q si lo hubiese seguido, hubiese estado mucho mejor, ¡definitivamente! Pero también, lamentablemente, muchas personas con discapacidad, o bien, como fue en mi caso, la mía por desconocimiento, no la seguía, hasta hace unos 6 u 8 años atrás…" *(Luis)*

Aquí las personas con discapacidad exteriorizan y se mueven en el campo social de la discapacidad reproduciendo lo que previamente han interiorizado: la terapia como elemento simbólico de bienestar y de promesa que la rehabilitación conlleva, aun si en algún momento desconocían, la responsabilidad en forma de culpa siempre está presente. Por ello podemos decir que el ejercicio de la discapacidad se da de manera consciente o inconsciente represiva o autorizada (Bourdieu, 2007).

Asimismo, la experiencia corporal puede estar condicionada a los servicios y profesionales especializados, que no necesariamente se encuentran en el ámbito geográfico donde vive la persona.

> "¡La terapia en la Región Moquegua no hay! hay que irse a otros lugares, Arequipa de repente a Tacna, donde puedan atender pero tampoco no son pues gratuitos" (*José*)

> "[aquí en Moquegua] falta especialistas e implementación" *(Rubén)*

> "…la discapacidad esta necesariamente ligada a la terapia, […]pero muchas personas con discapacidad, tampoco siguen sus terapias porque [no] tienen implementado, los hospitales con aparatos adecuados para esta terapia, o también encontramos que existen los aparatos, pero no existen los profesionales[…] Lima o Arequipa, son los lugares mejores implementados con una terapia adecuada, obviamente que esta terapia, tiene un costo, y lamentablemente las personas con discapacidad tampoco están al alcance de estas terapias, por más mínimas que sean los costos […] la gran mayoría no están asegurados…" *(Luis)*

Por otro lado, la experiencia corporal de la discapacidad es un continuo ciclo interminable de tranquilidad e intranquilidad, de alivio y sufrimiento, de aceptación y negación, donde la medicación puede ser una alternativa para paliar el dolor.

> "[Essalud] si me atiende, pero demoran pues, no es rápido, me canso sentado estoy esperando, a veces estoy mal, mal, mal [de dolor], ahí estoy llorando ¡nada! ¡demoran! […] A veces me ponen inyección, a veces me dan pastillitas, pero es calmante ¡yo no quiero eso!" (*María*)

> "…digamos que si [uso medicamentos] porque lamentablemente, yo salgo de un lapso de estar en una silla de ruedas […] yo sufro de dolores de la columna, entonces cuando yo tengo esos dolores muy fuertes, ya las pastillas casi no me hacen efecto y me tienen que necesariamente inyectar una aguja en la columna ¡imagínate! es doloroso!! Pero esto, palia un poco el dolor, buen tiempo, puede ser…por eso yo tengo que seguir haciendo terapia, y la sigo actualmente, si yo no sigo mi terapia, esos dolores se harían más frecuente […] yo en mi discapacidad, solamente hablando de terapias, tendría que invertir algo de mil a mil doscientos soles por mes

¡imagínate! y yo camino, no necesito una silla de ruedas, un bastón, camino, me desplazo por mí mismo, imagínate para una persona con discapacidad en silla de ruedas, imagínate una persona que tenga cuadriplejia o paraplejia u otras discapacidades" (*Luis*).

Tabla 10

Dimensión Esquema social

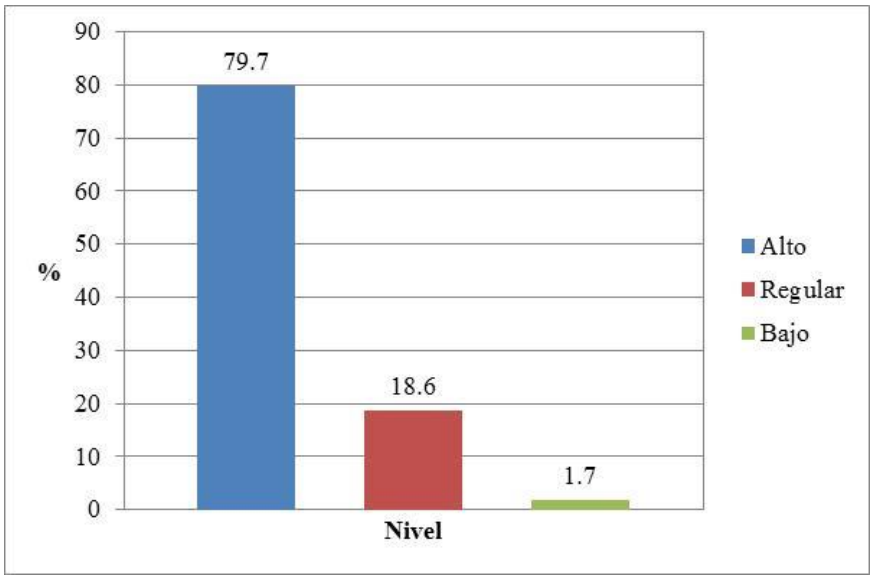
	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Alto	231	79,7	**79,7**
Regular	54	98,3	**18,6**
Bajo	5	100,0	**1,7**
Total	290		**100,0**

Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

El esquema social es una dimensión que constituye al habitus. Los resultados presentados conforman la dimensión "Esquema Social". En ese sentido se ha establecido niveles de incorporación de los esquemas sociales, distribuyéndose en: un 79.7% de nivel alto, 18.6% de nivel medio, y 1.7% de nivel bajo. Se puede concluir que es alto (79.7%) el nivel de aporte porcentual del esquema social al habitus de la discapacidad.

Figura 24

Dimensión Esquema Social



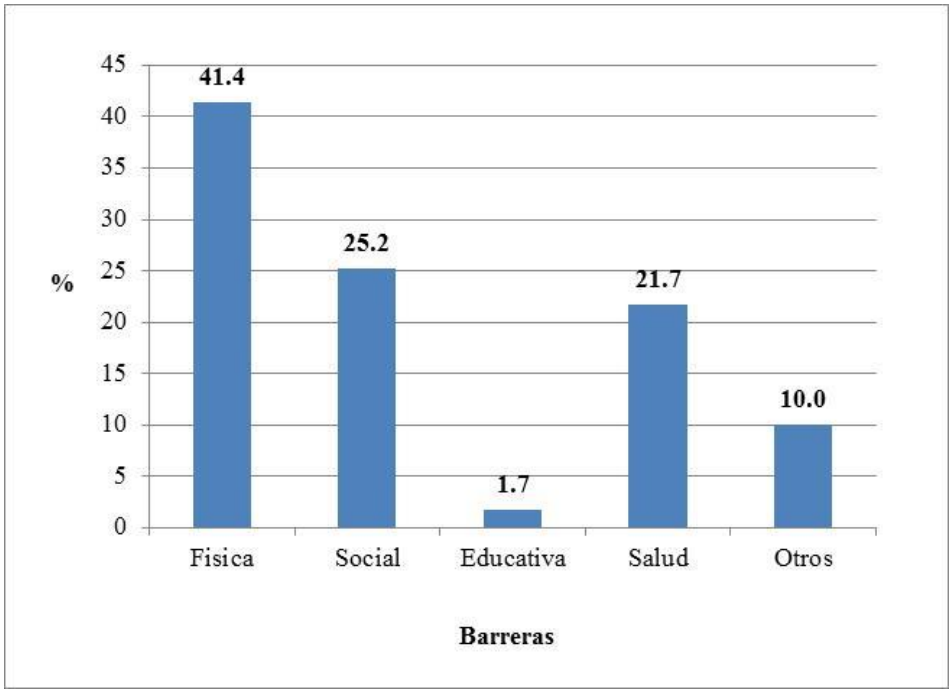
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

3.2.2. Dimensión Condiciones objetivas

Según los datos de ENEDIS a nivel departamental, los lugares públicos donde las personas con discapacidad tienen dificultad para ingresar y/o desplazarse son: los establecimientos de salud (30.9%), mercados (27.3%), oficinas públicas (24.8%), banco o entidades (23.8%), Paraderos (23.7%), farmacias y/o boticas (22.8%), terminales y estaciones (22.7%), restaurantes (22.4%), plazas y plazuelas (21.8%), parques y alamedas (21.6%), supermercados (19.7%), centros deportivos (19.6%), centros de rehabilitación (18.6%), cines/teatros (14.3%), centros educativos (14.2%), cabinas de internet (14.1%), centros comerciales (13.9%), y otros lugares (0.4%). (INEI, 2015).

Figura 25

Porcentaje de Personas con discapacidad física según dificultad en la accesibilidad, en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Respecto a las dificultades para la accesibilidad que tienen las personas con discapacidad física, tenemos que, del total de encuestados, el 41.4% encuentra barreras en la accesibilidad física-arquitectónica; el 25.2% en la accesibilidad social; el 21.7% en la accesibilidad en salud; el 1.7% en la accesibilidad educativa; y un 10% en otras barreras. (Ver Anexo 5).

Las barreras físicas y sociales están presentes en la vida diaria de las personas con discapacidad. Como se muestra en los datos observados (ver Anexo 5), las áreas de estudio con mayores barreras físicas se encuentran en los centros poblados de San Antonio y Los Ángeles. En ese sentido, la experiencia práctica con las barreras se "naturalizan" e interiorizan en la persona con discapacidad. Adecuarse es "normalizarse" e implica la aceptación implícita de sus subvaluadas capacidades a la que es objeto. Pese a las adecuaciones que realizan las personas con discapacidad para el tránsito en la ciudad y la interacción con el mundo social, la violencia simbólica que representa estas barreras siguen negándole y limitando sus capacidades.

En cuanto a los entrevistados, en el caso de Rubén, haciendo una distinción entre la atención en una institución privada y pública, con respecto a la accesibilidad social, precisa:

> "En la universidad privada he visto personas con discapacidad que están laborando, porque ellos son los que más respetan, porque cuando yo voy a la universidad privada, en caja pido mi preferencial y normal, ¡sí accedo hacia los derechos! tienen más consideración que la pública. Las financieras también, en la atención preferencial, en sacar créditos, como cualquier persona, ahí no tiene una discriminación, no porque eres una persona con discapacidad no vas a tener crédito, no vas a poder solventar ese crédito."

En cuanto a las barreras físicas, el caso de Luis y María, nos muestra el riesgo que existe en el tránsito por las calles de la ciudad, ya sea porque son estrechas o son de pendiente pronunciada:

> "…mi discapacidad es una pierna, pero si, puedo decir que se me complica un poco, cuando están construyendo ya sean veredas o pistas, tú sabes que hacen adecuaciones y ponen de repente madera como antes había, como cuando había *SUPERCONCRETO,* ¿no? Era un poco dificultoso para mí, no porque no podía desplazarme sino que era arriesgado para mi […] porque de repente era muy resbaladizo, el espacio era muy estrecho […] porque me podía caer y esas cosas […] por ejemplo una bajada, las veredas […] Obviamente cualquiera se puede caer, dirán,

es una caída!! Pero para una persona con discapacidad, una caída le puede significar mucho [y se] complica la discapacidad." *(Luis)*

"Eso también no tienen en algunos sitios, las rampas, falta eso, no es adecuado" *(María)*

De igual manera el caso de José, muestra las dificultades y barreras físicas arquitectónicas que hay en las instituciones públicas para acceder a los servicios que brindan:

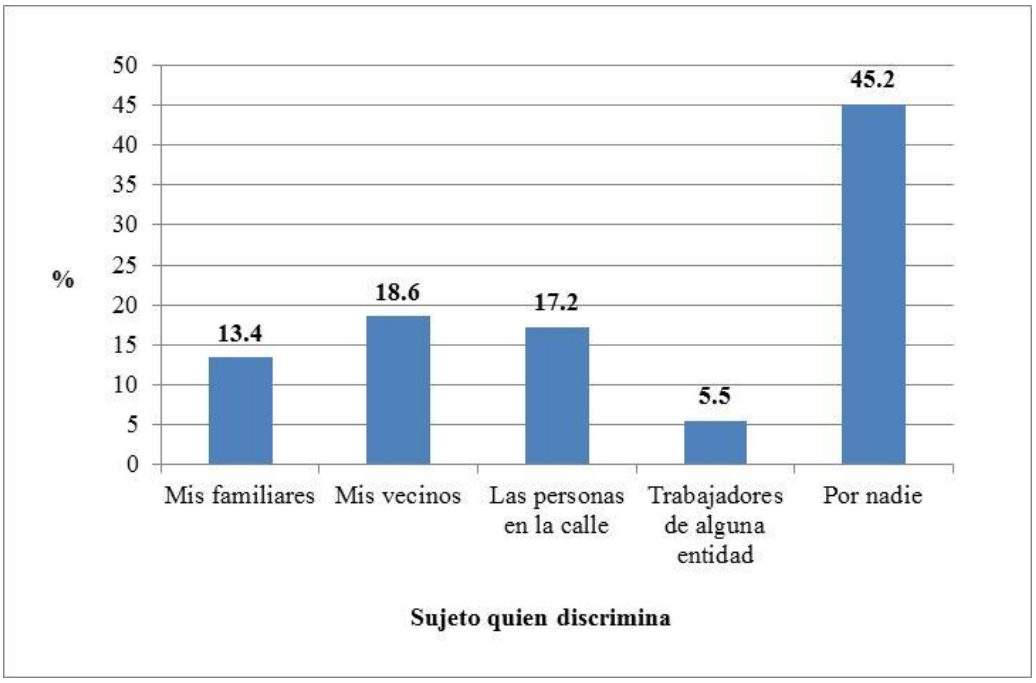
"Yo pienso que tanto las instituciones públicas como la ciudad mismo no es acorde a las personas con discapacidad, siempre hay dificultades, la accesibilidad por ejemplo, en la municipalidad, tenemos un caso bien palpable, para ingresar a la Municipalidad Mariscal Nieto, no hay ingreso para las personas con discapacidad, una persona con silla de ruedas, no puede acercarse más que a la puerta de la calle, interiormente no puede ingresar, la oficina donde está instalado el alcalde, está en el tercer piso y es difícil para las personas [con discapacidad] para conversar con el alcalde, ¡es imposible! No solamente ahí, acá en el poder judicial también tenemos el mismo caso, y así, en la Policía Nacional, igualito, la Prefectura, incluso en el Hospital mismo, no pueden ingresar, en el caso del mercado, ahora últimamente, el año pasado, tenemos un acceso al mercado, eso le estoy hablando de las personas que están en silla de ruedas, las personas que físicamente, en mi caso, yo, puedo trasladarme si, pero con dificultad, no es como tener accesibilidad a las instituciones públicas, a la ciudad, a cualquier lugar."

En el caso de José, la trayectoria social ha sido ascendente, ya que los capitales que posee le permiten disponer de los bienes que son accesibles. Aquí la experiencia particular está marcada por la condición de clase (por la trayectoria social de su grupo de pertenencia). Sin embargo, los logros obtenidos por su ascendente trayectoria, se ven disminuidos cuando se enfrenta a las condiciones sociales objetivas del espacio público, que lo descalifica. Así vemos que las rampas, veredas y accesos son realmente obstáculos que refuerzan la dependencia de las personas con discapacidad, ya que el contexto social no está adaptado a las necesidades sino a la de los otros: los no discapacitados (Ferreira, 2010). En el caso de Rubén, cuando sale a la ciudad, sus hijos están continuamente

preguntándole por medio del teléfono celular si necesita algún apoyo. (ver o analizar la guía de observación).

Figura 26

Porcentaje de Personas con discapacidad física según sujeto quien discrimina en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Respecto a la discriminación, el 45.2% no lo han sentido, frente al 54.8% que declaran que alguna vez sí se han sentido discriminados: el 18.6% por sus vecinos; el 17.2% por las personas en la calle; el 13.4%e por sus familiares; y el 5.5% por trabajadores de alguna entidad pública o privada.

Para las personas, la discapacidad implica vivir la experiencia en un cuerpo alienado, cuya experiencia está determinada por la posición ocupada en el espacio social (Bourdieu, 2002). El cuerpo discapacitado es un producto social, que logra su carácter distintivo a través de acciones de percepción y evaluación de aquel que lo reconoce y se reconoce como tal: un cuerpo socialmente descalificado (Ferrante, 2014), estigmatizado o rechazado. Por ello, el cuerpo es producto de la historia incorporada, la historia hecha cuerpo, es decir, el habitus (Bourdieu, 2007). Ahora bien, este habitus encarnado como producto de la historia colectiva (de la "perpetua" experiencia de vivir la discapacidad) halla su eficacia en la ideología predominante, que – a través del Estado y sus instituciones

– inculcan la imagen del cuerpo no legítimo, los límites de las prácticas sociales y sus regulaciones. La imagen del cuerpo sano, bueno y bello en oposición a lo enfermo, malo y feo se adscribe a la estructura económica-ideológica capitalista, la cual produce y reproduce los esquemas de representación asociados a ella (estructura estructurada y estructurante).

El caso de María, muestra la manera cómo se siente una persona con discapacidad frente a una situación de diferenciación:

> "¡Eso sí! ¡Eso sí! A veces pues, los vecinos que no me conocen, más antes peor era, por eso no salía en la casa, ahora una señorita q trabajaba en el seguro, una *doctorita* […] ella me ha sacado, de ahí, ya me he aprendido a salir…porque más antes, ¡loco no sé qué! nos insultaban antes, ¡no se! *(hay llanto de María)*...sería feo, como sería yo, así no paraba, ¡todo! mis hijos noma' me cargaban, para la cama, pa' la silla y me cargaban no podía ni parar nada sentarse también así, me sentaban, en un rinconcito, así, siempre a veces la gente pe', mal pensado son…"

Como respuesta a la discriminación que sufren, las personas con discapacidad han creado mecanismo de autoprotección producto de la eficacia y el manejo emocional en situaciones similares, sin embargo, casi siempre se termina lastimado.

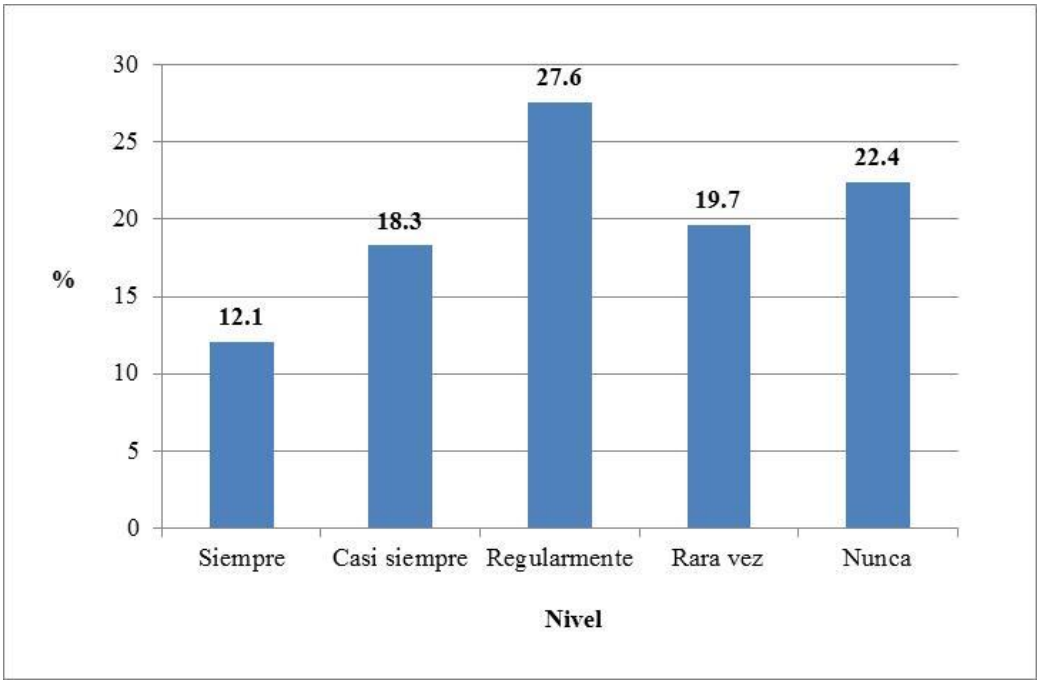
> "[me insultaban] así, lloraba no ma' yo no decía nada…porque no me gusta discutir a mí, lloraba noma'…no decía nada" (*María*).

> "…las bromas que me hacían, en verdad, en el colegio, en algunos casos lo tomaba deportivamente, de quien venía, un compañero, obviamente q si era una persona ajena, a mi entorno, y de repente me lastimaba, me insultaba, y yo no le hacía caso, pero después yo mismo le ponía el *pare* […] yo lo tomaba de quien venía, pero en casa me dolía, o sea en casa había un momento en que lloraba, pero internamente" […] he visto casos de otros jóvenes y señoritas con discapacidad, [que] se burlaron, para ellos, les marcó la vida […] ¡es una broma!…y yo le digo para ti es una broma, pero para ella no! Porque te estas burlando de repente de su discapacidad, a ti no te gustaría, y entonces recién ellos reflexionaban, pero, ya lo hicieron, ya lastimaron a esta persona." (*Luis*).

“En cuanto al trato de las personas, nunca he tenido marginación alguna, he sabido sobrellevar, no me han maltratado… he sabido ganarme la confianza de todas las amistades que he tenido, salvo, que uno u otro, raras veces […] ha sido un insulto de repente de cólera de las personas, que no estaban satisfechos… yo me hago respetar como debe ser, las personas que tratan, yo también tengo la manera de conversar de hablarles primero y hacerles entender de que una discapacidad no es de nacimiento, sino es un caso accidental, en cuanto el accidente uno cualquiera podemos llegar a ser una persona con discapacidad, hoy en día uno está sano, en cualquier momento suceden tantas cosas, desgracias, hay volcadura de autos, de carros y uno puede sentirse discapacitado…[He visto] muchas personas que maltratan, pero ellos…se puede decir, son personas que ignoran justamente las discapacidades, porque nunca la han vivido, nunca la han tenido, entonces, ¡hay! Pero no lo hacen intencionalmente, sino por desconocimiento, por ignorancia.” (*José*).

Figura 27

Porcentaje de Personas con discapacidad física según percepción de vulneración de derechos en distrito de Moquegua, 2017



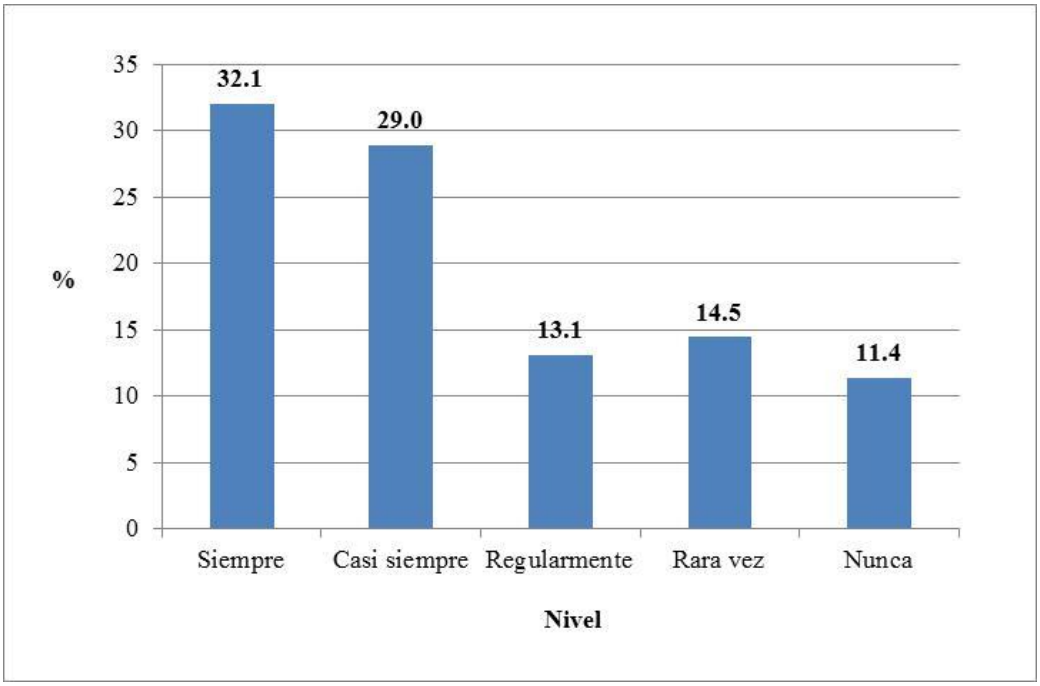
Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

En cuanto a los derechos, el 27.6% indican que regularmente; 18.3% casi siempre; el 12.1% siempre; el 19.7% rara vez, mientras que un 22.4% nunca han sentido vulnerado sus derechos.

En cuanto a la situación de dependencia, a nivel departamental, se encuentra que el 22.2% de personas con discapacidad depende de otra persona, pudiendo ser por lo general: hija (34.1%), esposa(o) o cónyuge (26.1%), mamá (25%), otro pariente (14.8%), hijo (14.4%), papá (9.3%), entre otros. (INEI, 2015).

Figura 28

Porcentaje de Personas con discapacidad física según percepción de sobreprotección, en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Con respecto, a la sobreprotección que sienten las personas con discapacidad física, según la Figura 28, del total de encuestados, el 32.1% indica siempre; el 29% casi siempre; el 13.1% regularmente; el 14.5% rara vez y 11.4% nunca se han sentido sobreprotegidos.

Aquí, podemos observar que la situación de dependencia, o que es lo mismo decir el "autovalimiento" estaría relacionada a las barreras estructurales-físicas de la ciudad, así como, a las barreras culturales de la familia. No es coincidencia que la presencia en los espacios públicos de las persona con discapacidad es mínima, como si la ciudad solo

estuviese hecha para personas “normales”, y no para personas con cuerpo socialmente descalificado. De hecho, esta situación, es generadora de desigualdad y exclusión social

Para los entrevistados, la situación de dependencia o de protección, no constituye una representación negativa, si estos “cuidados” provienen de familiares y de personas relacionadas a la discapacidad:

> “Gracias a dios, siempre he estado bajo el cuidado de mis papás, ambos, casi hasta adulto y siempre he estado al cuidado y no he necesitado de otra persona muy ajena a mi familia que me cuide” (*Luis*).

> “[…] los doctores a veces me gritan te vas a caer solita tienes que tener compañía me dicen, cualquier rato puedes caer y después peor vas a malograr la columna, porque como rompecabezas está arreglado tu columna, porque se puede malograr y después te caes otra vez, me dicen.” (*María*).

Asimismo, la dependencia/independencia que pueden experimentar las personas está relacionada con el tipo y grado de discapacidad, es decir, en las funciones que desarrollan pero de manera diversa en un entorno favorable, no aislado. Ello implica, las actividades en el hogar, el cuidado y aseo personal, etc., así lo experimenta María:

> “Eso más bien, ¡no puedo!, porque cuando vienen a veces mis sobrinas, le digo límpiame mi casita, porque no puedo, a veces también cuando estoy un poquito bien, ya me limpio también. Pero las cosas como equipos así (*señala a un equipo),* no puedo limpiar, se me caen ¡no, no puedo! No puedo alzar ni una baldesitas porque mi columna no ayuda ¡es pesante! […] mis sobrinas, a veces también mis hijos también vienen, así ya me ayudan, me bañan para una semana, y después otra vez así.”

> “Lo que es mis alimentos, en la mayoría de tiempo lo consumo fuera, pero cuando viene mi madre o mi familia, comemos en casa, hacemos la compra y comemos en casa, últimamente, estamos comiendo en casa por mi hermana, tengo mis sobrinos y ellos constantemente me visitan en casa y entonces comemos en casa. Lo que es mi cuidado personal es netamente mi persona yo me puedo cuidarme solo, lavo mi ropa, hago el aseo de mi cuarto correspondiente, ¿cocino? ¡no! Porque tengo otras

> personas que cocinan pero si estuviese solo si cocinaría o en todo caso puedo consumir fuera de casa; en lo demás súper independiente. y todo lo hago mi persona.” (*Luis*).

Por otro lado, el papel de la familia es muy importante para crear y fortalecer la autoestima. Por ello, la dimensión del habitus no es cerrada, ya que se encuentra en relación con otras dimensiones sociales familiares pero también amicales que tienen en común similares prácticas, la cual genera una historia colectiva que se deposita en los cuerpos primeramente y después los actos (Gutiérrez, 2005). La interacción con el mundo social permite actuar frente a situaciones cotidianas y nuevas, y que se establecen como herramientas en el transcurso de la vida. El caso de Luis, lo puntualiza con mucho acierto.

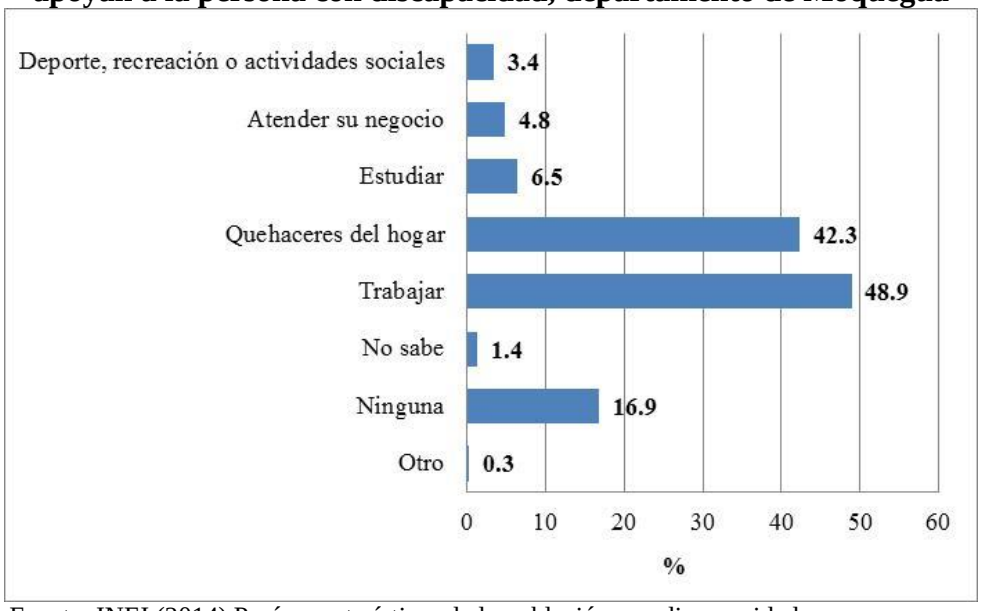
> “…no sé si mis papás me hayan educado adecuadamente, y esto que mi papá son personas humildes, mi mamá una persona que no ha tenido estudios, mi papá a las justas ha terminado primaria, pero de repente, no se!, en su forma de educarme…me pusieron al mundo, o sea, nunca me han sobreprotegido, mi papá siempre me decía, hijo, tu puedes hacerlo todo, de repente más lento pero todo, inclusive me acuerdo que cuando la primera vez q me pelee, obviamente, por no saber pelear, me habían lastimado, no me grito! Simplemente me dijo…no pues! Tu hombre debes aprender a defenderte, me hacía sentir seguro…Mi mamá, obviamente, lloraba […] Yo le diría mucho a los papás, de que tienen que hacer que sus hijos, se valgan por sí mismo, porque si vamos a estar sobreprotegidos, los papás no son eternos, los papás algún día se van, imagínese esa persona o joven que no sepan protegerse, que ante un insulto, no haya desarrollado su autoestima, se *bajonee* ¡es increíble! hasta puede causar suicidio, […] que esa persona salga, porque quien le habla, yo he estado en todo sitio, o sea, he ido a todo lugar, y si hablara vivencias.”

Asimismo, del ejercicio de las prácticas comunes surge el habitus de clase con un sistema de disposiciones en común, con prácticas semejantes y con experiencias semejantes de enfrentarse a condiciones objetivas, ya que comparten similares dolencias, similares discapacidades, tratamientos, terapeutas y procesos de discriminación, ya sea que por la posición de sus relaciones y la posesión de capital individual, la experiencia del habitus los reúne y clasifica (Bourdieu. 2007).

Las repercusiones inmediatas de la dependencia, se manifiestan en actividades que dejan de hacer las personas que las atienden. Así, en la Figura 29, se puede distinguir en actividades que están relacionadas principalmente a: trabajar (48.9%), quehaceres del hogar (42.3%), estudiar (6.5%), atender su negocio (4.8%), entre otros. (INEI, 2015).

Figura 29

Porcentaje de Actividades que dejan de hacer las personas que apoyan a la persona con discapacidad, departamento de Moquegua



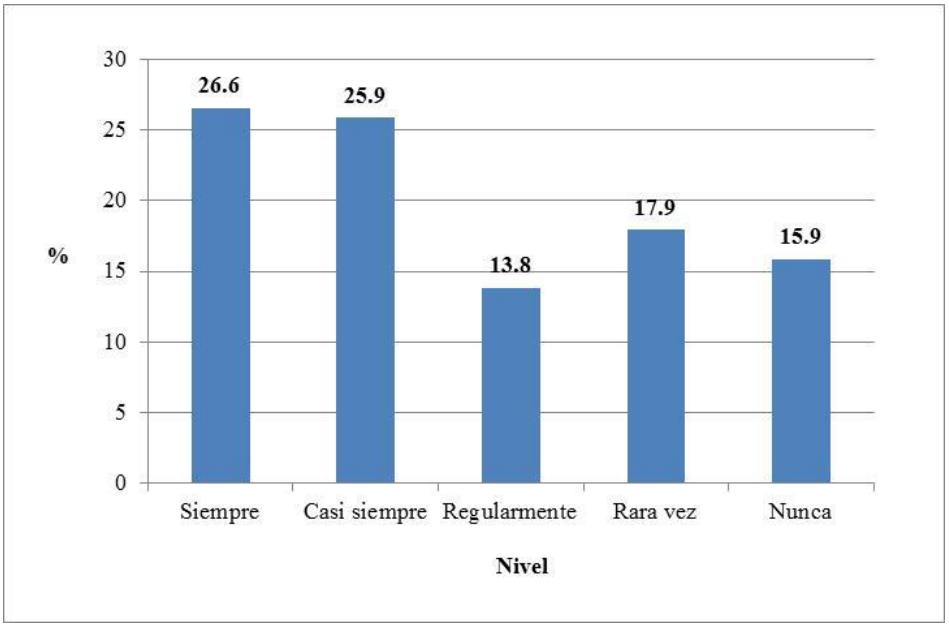
Fuente: INEI (2014) Perú características de la población con discapacidad.

En concordancia con la crítica cultural de Salas (2015), definitivamente, se genera un conflicto de intereses entre quienes forman parte de la familia y la persona con discapacidad, y el producto de ese conflicto son las situaciones de discriminación aplicadas: quebrar la normalidad de las actividades sociales de la familia tiene un costo emocional y económico. En ese sentido, es complejo estimar los costos económicos y sociales de la discapacidad, ya que repercute en una pérdida de productividad directa de quienes asumen el cuidado y protección. Lo que sí es estimable, son los costos y gastos relacionados con los servicios de salud (OMS, 2011).

La manera como se perciben a sí mismos con respecto a la discapacidad, del total de encuestados, el 26.6% indica que le afecta mucho lo que piensen las personas de él/ella; el 25.9% casi siempre; el 13.8% regularmente. Por otro lado, rara vez y nunca les afecta, el 14.5% y al 15.9% respectivamente (ver Figura 30).

Figura 30

Porcentaje de Personas con discapacidad física que les afecta lo que piensen de ellos, en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

La reflexión continua, del rol que tiene cada persona en la sociedad, independientemente de su discapacidad, permitir desarrollar sus potencialidades y comprometerse en un cambio actitudinal:

> "…los papás, siempre eduquen a sus hijos, también con el valor de salir adelante, porque si no en verdad, una persona con discapacidad, la posterguemos a que nunca salga de su casa para que este siempre metido, ese no es el plan, el plan es que las personas sepan valorarse, solas y sepa desarrollarse solo, obviamente, ante una sociedad que de repente es dura, que de repente es intolerante, que de repente te pone un estigma y piensa que la persona con discapacidad es para burla, yo creo q eso también se demuestra con la capacidad, se demuestra con la forma de ser uno mismo, porque creo que, muchos los que me conocen, de repente no les gusto, por mi forma de ser, pero sé que dicen…*¡ah ese pata como sale adelante! oye y él como sale adelante yo estando bien!* Y eso es lo que queremos, que de cierta manera causemos otra visión de la discapacidad, que nos vean con otros ojos, no con el ojo de pobrecitos, sino que somos personas que podemos aportar, obviamente nos ha pasado algo que nos marca la vida pero, podemos y somos productivos para la sociedad." (*Luis*).

La percepción de uno mismo, la autorreflexión, el cuestionamiento de la propia discapacidad, ha permitido por un lado, reconocer las posibles oportunidades postergadas, y por el otro, redescubrir las fortalezas y capacidades que tiene la persona con discapacidad, así como, los temores que implica la transgresión de lo normal.

> "…yo digo, que la vida te cambia según circunstancias, ¡no sé! si yo no hubiese tenido discapacidad, no sé si hubiese tenido estas circunstancias, pero creo que de cierta manera, ya creo yo, que mi destino estaba marcado, porque la discapacidad a mí, personalmente, no me ha quitado mucho, pero tampoco voy a decir que estoy feliz, porque siempre hasta hoy en día me pregunto por qué a mí, porque de repente hay cositas que si me hubiese gustado,[…] un sueño mío es correr, […] siempre he querido saber que es sentir que el viento te roza la cara, el pelo, sentir la velocidad, o sea, eso, que para de repente muchos personas es facilito, para mí no! Entonces eso, así, hay detalles que a mí, si me cuestan, o sea me duelen, me lastiman, pero que siempre digo, no podré correr, pero he tenido estas [otras] cosas…" (*Luis*).

> "Personalmente no [tendría una pareja con discapacidad]!. Por la sencilla razón de que dos personas no solo deben ser pareja, también deben ser compañera, una amiga, una amante, todas las cualidades que un varón necesita ¿no? entonces yo discapacitado, la pareja discapacitada, entonces ya no sería normal, ¡no habría ninguna clase de apoyo!" (*José*).

> "…no es que no les guste la persona con discapacidad, sino que tienen temor porque supuestamente, algunos, piensan que la discapacidad es contagiosa, piensan que la discapacidad… uhh ¡no se!" (*Rubén*).

Se puede observar que una forma de violencia es ejercida de manera invisible en el mundo social, en la familia, en la calle, en las instituciones públicas y privadas, e incluso entre las personas con discapacidad: aquí se puede evidenciar la manera como se reproduce la condición de dominación mediante categorías que le han sido inculcadas (lo bello, lo sano frente a lo feo, lo enfermo, lo "chancado"). En ese sentido, en una sociedad capitalista, el cuerpo con discapacidad es socialmente descalificado, ilegitimo, subvaluado: no es estético (Bourdieu, 2002). En ese sentido Luis relata cómo se establecen estas categorías distintivas entre personas con discapacidad.

".el mundo de la discapacidad…nosotros, para los que tenemos discapacidad física la llamamos "chancados" (*ella me dijo*) *tu chancado, yo chancado..no*! te juro que en mí, pero porque no ? Ella está en silla de rueda y yo la podía llevar …me dijo –*..yo no podría estar con una persona como yo, yo tengo que estar con una persona que esté bien. M*e dijo – *Yo quiero estar con una persona normal porque yo no quiero que mis hijos vean,* y en verdad es un tema de complejo, pero también lo entiendo porque obviamente, en un mundo de la discapacidad, si tú me preguntaras si mis hijos tuvieran discapacidad obviamente te diría que no! ¡Quiero lo mejor para ellos! y eso también va con el desarrollo y superación del ser humano ¿no? un ser humano siempre quiere ser mejor, y creo que la discapacidad, obviamente, no te ayuda ser mejor…" (*Luis*).

Tabla 11

Dimensión Condiciones objetivas

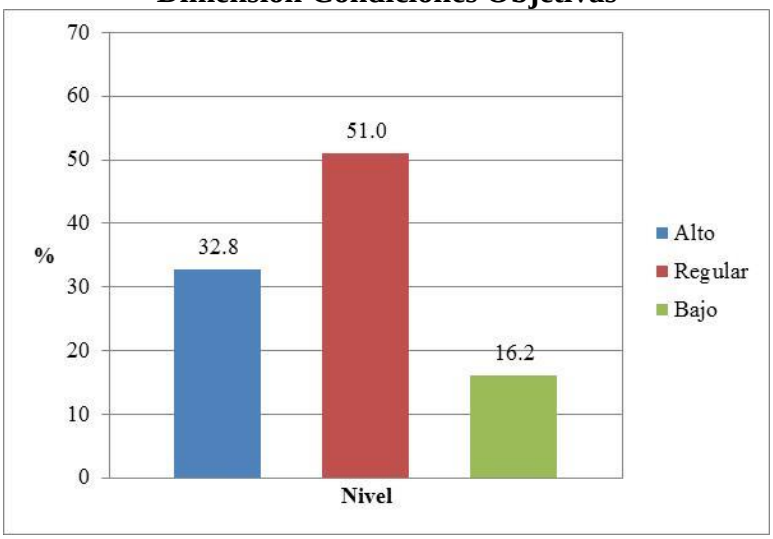
	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Alto	95	32,8	**32,8**
Regular	148	83,8	**51,0**
Bajo	47	100,0	**16,2**
Total	290		**100,0**

Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Las condiciones objetivas es una dimensión que constituye al habitus. Los resultados presentados conforman la dimensión "Condiciones objetivas". En ese sentido se ha establecido niveles de interiorización de las prácticas sociales para la participación, distribuyéndose en: un 32.8% de nivel alto, 51% de nivel medio, y 16.2% de nivel bajo. Se puede concluir que es regular (51%) el nivel de aporte porcentual de las condiciones objetivas al habitus de la discapacidad.

Figura 31

Dimensión Condiciones Objetivas



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

3.2.3. Dimensión Reproducción de prácticas

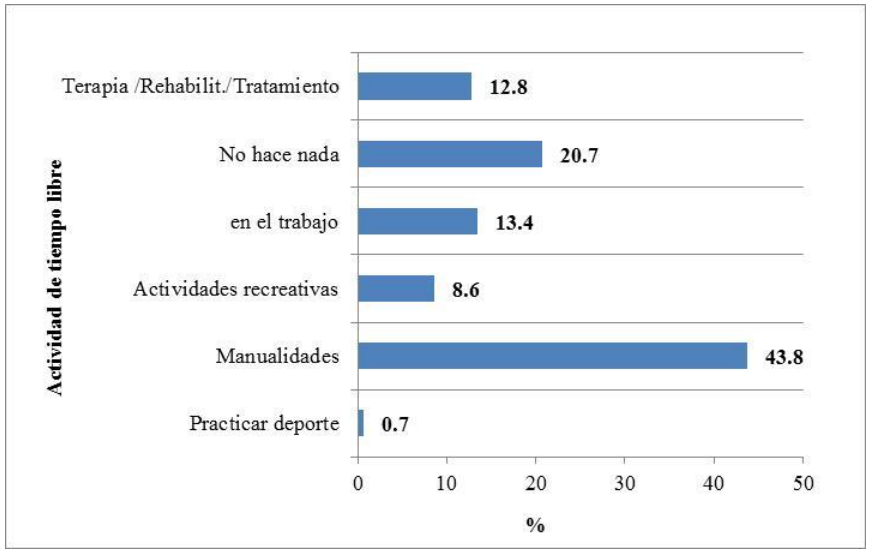
Esta dimensión se enmarca dentro de la normatividad y las políticas nacionales, regionales y locales sobre la discapacidad, por los cuales, permite a las personas con discapacidad física tener las oportunidades de accesibilidad que mejore su condición de vida.

Del total de encuestados, el 61% señalan que la discapacidad ha sido una limitante para el trabajo, mientras el 39% que señala lo contrario. Actualmente, el motivo por el que no se encuentra laborando, se relaciona a: que el 53.8% solo tiene un trabajo temporal, el 1.7% no está capacitado para desempeñarse en la demanda de empleos, el 1.4% son adultos mayores y jubilados. El 43.1% indican que no trabaja, por el tipo y grado de discapacidad o por encontrarse dentro de la población económicamente inactiva.

Las aspiraciones de empleabilidad se pueden concretar con el desarrollo de un negocio propio. En ese sentido, al 34.8% no se encuentra interesado en ningún emprendimiento laboral, mientras que el 65.2% sí le gustaría emprender su propio negocio, pudiendo desarrollarse en actividades relacionadas a: comercio/ventas (34.1%), gastronomía/panadería (10.3%), manualidades /artesanía (10%), confección (1.7%), carpintería/soldadura (3.8%), informática (3.4%), y agricultura/ganadería (1.7%).

Figura 32

Porcentaje de Personas con discapacidad física según usos de tiempo libre en distrito de Moquegua, 2017



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Respecto a las acciones y programas de mejora de la condición de discapacidad que se desarrollen en el nivel local de gobierno, del total de encuestados, el 57.2% indica que deben estar relacionadas a la salud, el 41.4% al aspecto laboral y el 1.4% a la educación. Asimismo, el 47.9% opina que se necesita apoyo en rehabilitación; 33.4% en cobertura de salud, el 16.2% en trabajo, y el 2.1% en educación.

En cuanto a la actividad que realiza en el tiempo libre, los encuestados indicaron los siguientes: 43.8% a manualidades; 12.8% a tratamientos y terapias de rehabilitación; 13.4% a actividades laborales; 9.6% a actividades recreativas; y un 0.7% a practicar deporte. Por otro lado, hay un 20.7% que no realiza ninguna actividad (ver Figura 32).

Tabla 12

Dimensión Reproducción de practicas

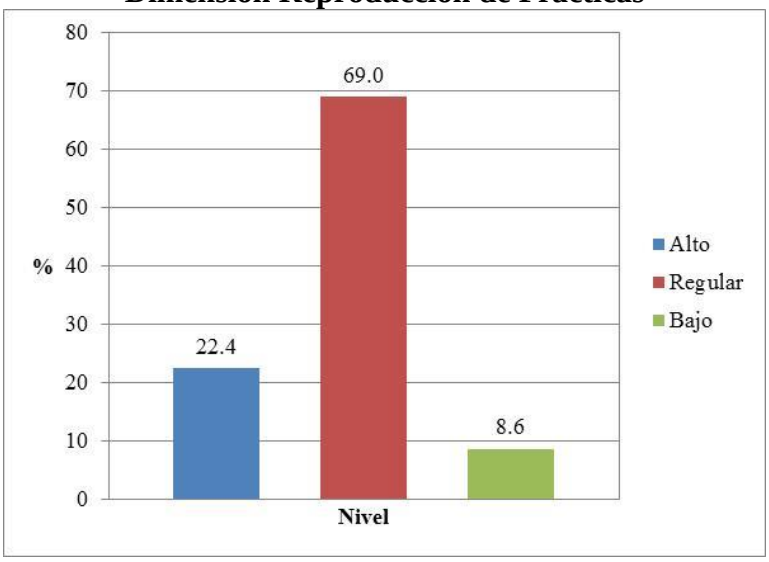
	Frecuencia	Porcentaje acumulado	**Porcentaje**
Alto	65	22,4	**22,4**
Regular	200	91,4	**69,0**
Bajo	25	100,0	**8,6**
Total	290		**100,0**

Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

La reproducción de prácticas es una dimensión que constituye al habitus. Los resultados presentados conforman la dimensión “reproducción de prácticas”. En ese sentido se ha establecido niveles de representación de estructuras sociales, distribuyéndose en: un 22.4% de nivel alto, 69% de nivel regular, y 8.6% de nivel bajo. Se puede concluir que es regular (69%) el nivel de aporte porcentual de la reproducción de prácticas al habitus de la discapacidad.

Grafico 33

Dimensión Reproducción de Practicas



Fuente: Base de datos de la investigación 2017. Elaboración propia.

Si bien, la constitución Política del Perú y los acuerdos internacionales, que garantizan el ejercicio pleno de toda persona, nos iguala jurídicamente, la sociedad los separa, la oculta, los diferencia socialmente. Ejercer el derecho a la igualdad se encuentra en el terreno de lo jurídico, de las leyes, pero, la diferencia, se encuentra en el terreno de lo social. Lo mismo sucede con la discriminación. Si bien se penaliza su actividad, sin embargo, socialmente es una práctica “aceptable”, soslayada por quienes lo sufren.

En ese sentido, el Estado, sus instituciones y especialistas en los diferentes niveles de gobierno, van legitimando las estructuras estructuradas, las barreras existentes, mediante la accesibilidad limitada de sus espacios públicos, como un espacio simbólico que domina y es desfavorable para las personas con discapacidad.

La ciudad se presenta para las personas con discapacidad como un ente orgánico – castigador – que interviene sobre el cuerpo privándolo de libertad, cuyo dolor y sufrimiento que padecen, son paliados (a través de medicamentos) por las instituciones especializadas (médicos, rehabilitadores, etc.) que hacen posible la supresión del dolor. Así la ciudad se convierte en una prisión que constantemente le procura un sufrimiento corporal al discapacitado, cuyo delito es portar la discapacidad, donde el comportamiento debe ser vigilado y controlado (desplazamientos, necesidades, tratamiento médico, rehabilitación física). Vemos que se examina al individuo no por lo que hace, sino por lo que es y será por siempre, por el carácter degenerativo que conlleva la discapacidad (Foucault, 2002).

Por ello, se concuerda con Quinn y Deneger (2002), cuando sostiene que la discapacidad es cuestión de derechos humanos, cuyo acceso a las libertades fundamentales debe ser ejercido por todas las personas. La discapacidad es un concepto social que aparta y mantiene apartadas a las personas con discapacidad, tal cual viene funcionando el espacio social y habitus de la discapacidad en el distrito de Moquegua.

3.3. Asociación del Espacio Social y el Habitus de la Discapacidad

Para establecer la asociación dialéctica entre el espacio social y el habitus se utiliza el coeficiente de correlación de Rho de Spearman. Para la comprobación de la hipótesis se utiliza los coeficientes de la Tabla 13, que oscilan entre -1.0 (correlación negativa perfecta) a +1.0 (correlación positiva perfecta), considerando el 0 como ausencia de correlación.

Tabla 13

Coeficientes para la Rho de Spearman

RANGO	INTERPRETACIÓN
-0.91 a **-1.00**	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a **+1.00**	Correlación positiva perfecta

Fuente: Elaboración propia. Adaptado de la interpretación del coeficiente r de Pearson. Sampieri, Fernández, y Baptista (2010) *Metodología de la investigación*. 5ta. ed. D.F., México: McGraw Hill, p. 312

Comprobación hipótesis:

H_0= No existe una relación entre el espacio social y el habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017.

H1= Existe una relación entre el espacio social y el habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, año 2017.

Tabla 14

Comprobación de hipótesis

		ESPACIO SOCIAL	HABITUS
ESPACIO SOCIAL	Coeficiente de correlación	1,000	0.354
	Sig. (bilateral)	.	0,045
	N	290	290
HABITUS	Coeficiente de correlación	0.354	1,000
	Sig. (bilateral)	0,045	.
	N	290	290

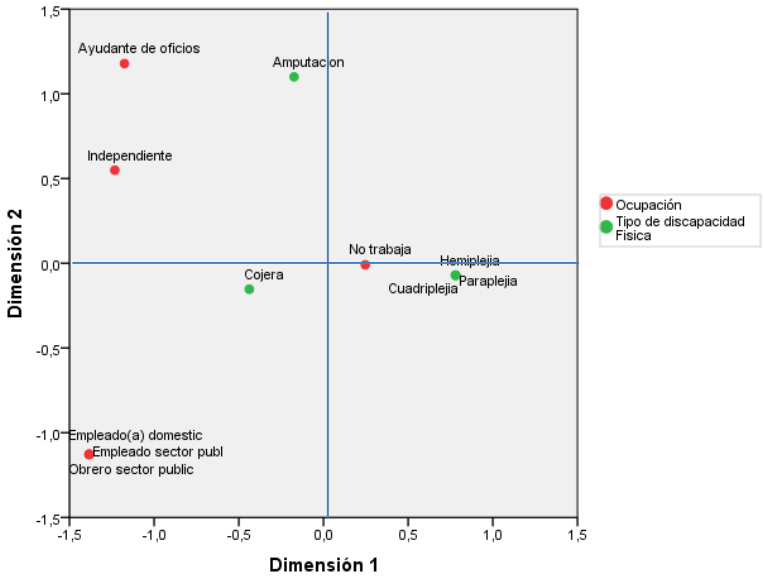
Interpretación: Los resultados encontrados muestran que si existe relación entre las variables analizadas, por lo que rechazamos la hipótesis nula (Ho) y aceptamos la hipótesis alterna (H_1). El valor del estadígrafo de la Rho de Spearman es de 0.354 la cual corresponde a una relación positiva media. Asimismo la significancia hallada es menor al límite ($p<0.05$).

Mapas Perceptuales de dependencia de Categorías

Complementariamente, se presenta mapas perceptuales mediante el análisis de correspondencia múltiple, para evidenciar las relaciones internas de dependencia de algunas categorías (dimensiones) de las variables de estudio que más destacan.

Figura 34

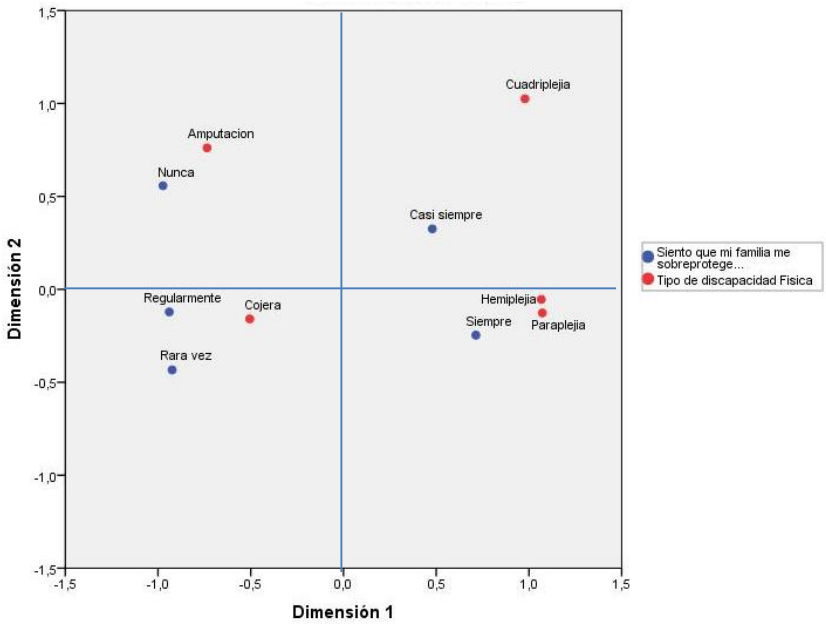
Ocupación y tipo de discapacidad física distrito de Moquegua, 2017



Se puede observar que la dimensión 1 (D1) y dimensión 2 (D2) aportan una inercia del casi del 100%. Los atributos: dificultad para caminar (cojera), hemiplejia y paraplejia juegan un rol importante en la explicación de cada dimensión ya que tienen las inercias más altas. Así tenemos que, los atributos dificultad para caminar o cojera (34%), hemiplejia (33%), y paraplejia (24%) han influido para la orientación de la D1, mientras que el atributo "Amputación" ha influido para la orientación de la D2. En cuanto a la Ocupación, el atributo independiente (36%), contribuye a la formación de la D1, así como los atributos obrero sector privado/publico (35.5%) y Ayudante de oficio (28.2%) a la formación de la D2. Se puede observar que aquellas personas que "no trabajan" están relacionadas con la discapacidad física: hemiplejia, paraplejia y cuadriplejia. Aquellas personas que se desempeñan como ayudantes de oficio o laboran de manera independiente están asociados a la discapacidad física: amputación. Finalmente, quienes laboran como empleado(a) doméstico, empleado del sector publico/privado, y obreros del sector publico/privado están asociados a la discapacidad: dificultad para caminar (cojera).

Figura 35

Sobreprotección y discapacidad física, distrito de Moquegua, 2017

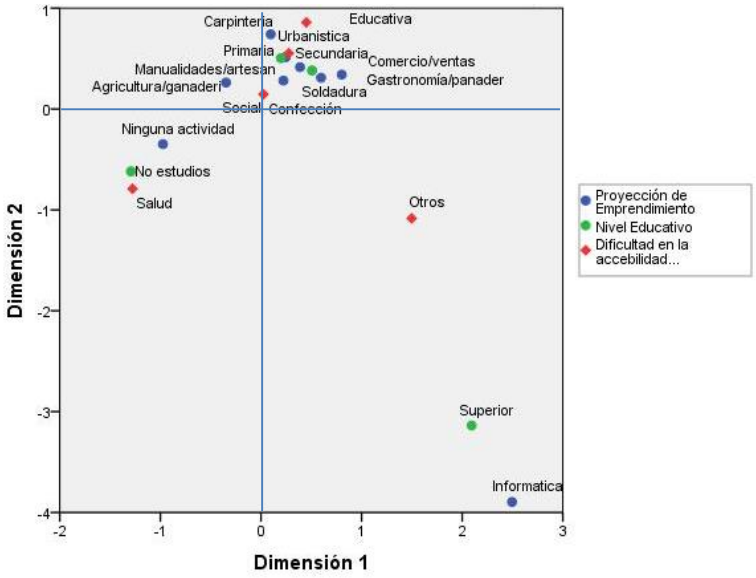


Se puede observar que la dimensión 1(D1) y dimensión 2 (D2) aportan una inercia del casi del 97.3%. Para la discapacidad física, el 84.3% de la inercia explicada se encuentra en los atributos: dificultad para caminar o cojera (24.9%), hemiplejia (34%), y paraplejia (25,4%)

han influido para la orientación de la D1, mientras que el atributo Amputación (50.5%) y cuadriplejia (34.8%) ha influido para la orientación de la D2. En cuanto a la Sobreprotección, el atributo Siempre (28.3%), contribuye a la formación de la D1, así como los atributos casi siempre (26.8%) y nunca (30.8%) a la formación de la D2. Se puede observar que aquellas personas con discapacidad física: hemiplejia, paraplejia y cuadriplejia se encuentran siempre y casi siempre en una situación de sobreprotección familiar. Mientras que las personas con discapacidad física por amputación nunca han estado sobreprotegidos por sus familiares. Finalmente, las personas con discapacidad que tienen dificultad para caminar (cojera) rara vez o regularmente se encuentran sobreprotegidas.

Figura 36

Emprendimiento, nivel educativo y accesibilidad, distrito de Moquegua, 2017



Por otro lado, se puede observar que el nivel educativo y el emprendimiento, influyen significativamente en las dos dimensiones. Quienes tienen un nivel educativo primario muestran una proyección al emprendimiento en manualidades, artesanía y comercio/ventas, sin embargo, este emprendimiento podría estar relacionado a la dificultad que encuentra la persona con discapacidad en la accesibilidad física-urbana. De igual manera quienes muestran un emprendimiento hacia la carpintería encuentran dificultad en la accesibilidad educativa. Asimismo, quienes muestran un emprendimiento hacia la confección y las actividades agrícolas y ganaderas encuentran dificultad en la accesibilidad

social. Por otro lado, aquellas personas con nivel educativo secundario muestran un emprendimiento hacia el comercio/ventas, la gastronomía/panadería, y los trabajos de metalmecánica, sin embargo, estos emprendimientos podrían estar relacionado a la dificultad que encuentra la persona con discapacidad en la accesibilidad educativa, urbana, y social. El grupo que por el grado y tipo de discapacidad resalta la necesidad de accesibilidad en salud. Finalmente, aquellas personas que tienen un nivel educativo superior, su proyección está relacionada a actividades de informática, propias de sus profesiones, pero que podrían estar limitadas por cualquiera de las accesibilidades mencionadas.

La relación que existe entre el entre el espacio social y el Habitus de la discapacidad en el distrito de Moquegua corresponde a una relación positiva moderada (rho=0,354) y un nivel de significancia de p= 0.045. La relación interna entre dimensiones de cada variable muestra asociaciones más estables, tales como: a) Discapacidad Física y Ocupación (chi2=34.42, con un nivel de confianza del 95% y grados de libertada de 20); b) discapacidad física y sobreprotección (chi2=103.116, con un nivel de confianza del 95% y grados de libertada de 16); y, c) Emprendimiento, nivel educativo y accesibilidad (con un índice de confiabilidad aceptable: alfa de Cronbach mayor a 0.7).

CONCLUSIONES

PRIMERO: El funcionamiento del espacio y habitus de la discapacidad en el distrito de Moquegua, en el año 2017, se establece por una lógica de dominación, dinamizada por la puesta en práctica de estrategias y representaciones relacionadas al tipo y grado de discapacidad física; a la trayectoria social colectiva (familiar) y a la búsqueda de legitimidad. Es a partir de la institucionalización de las personas con discapacidad y de la profesionalización médica en el que se produce y reproduce el habitus de la discapacidad. Asimismo, el espacio social y el habitus de la discapacidad tienen un funcionamiento regular, donde el conjunto de relaciones objetivas entre posiciones históricamente definidas (campo) tiene un nivel de autonomía regular (59.7%) que se encuentra en un proceso de desarrollo. De igual manera, las relaciones históricamente incorporadas a los agentes sociales (habitus) son regulares (65.5%) y están integralmente relacionadas con el espacio social y las posiciones de los agentes social dentro del campo. Ambas variables deben ser comprendidas una en relación a la otra.

Se puede concluir que hay una correspondencia entre el espacio social y habitus, donde las personas con discapacidad comparten posiciones similares y conforman un habitus a partir de las experiencias semejantes de condiciones objetivas.

SEGUNDO: El espacio social de la discapacidad en la ciudad de Moquegua, funciona con una lógica de la normalización médica generada por las instituciones especializadas y el discurso médico-rehabilitador. En ese sentido, se caracterizada por un nivel regular de capital global, cuyo peso específico se encuentra en el orden de: capital económico (ingresos y posesión de bienes materiales), capital cultural (principalmente institucionalizado) y capital social (ocupación, pertenencia a organizaciones, y el establecimiento de una red de relaciones sociales). Aquí la posición social, juega un papel importante en el espacio social de la discapacidad, ya que indica cómo se ha ido conformando y reestructurando el sistema de relaciones objetivas, permitiendo conocer como aprehenden ese espacio y

lo reproducen a través del habitus. Por ello, el nivel de ocupación y participación en el espacio social de la discapacidad es regular. La dinámica de participación en el espacio social genera un mercado de bienes en el que confluyen procesos de producción, distribución y consumo, donde el interés por la posesión del capital en juego se encuentra en un nivel regular. Se puede concluir que hay un nivel regular (59.7%) de autonomía y diferenciación de capital (52.8%) que influye en la posición social (48.3%) y la participación en el sistema de producción/consumo (68.6%) que tienen las personas con discapacidad en el espacio social

TERCERO: El funcionamiento del habitus de la discapacidad en la ciudad de Moquegua se expresa en la forma que modela, homogeneiza las trayectorias individuales a partir de condiciones estructurales y de prescripciones impuestas: se instala como natural cuando en realidad es una construcción social histórica. Es por el cuerpo que se inculcan las estructuras de dominación.

El nivel de funcionamiento del habitus de la discapacidad es regular (65.5%), caracterizada por las tres formas en las que se presenta el habitus en las personas con discapacidad: 1) como Esquema social (estructura estructurada) el nivel de incorporación de los esquemas sociales es alto (79.7%) relacionada al uso de apoyos y a la experiencia corporal del tratamiento y terapias de rehabilitación; 2) como condiciones objetivas (interiorización de la exterioridad) el nivel de interiorización de las prácticas sociales para la participación es regular (51%); relacionada a las dificultades de accesibilidad, a percepción de la discriminación y sobreprotección; y finalmente, 3) como reproducción de prácticas (estructura estructurante) el nivel de representación de estructuras sociales es regular (69%) relacionadas a las acciones que emanan de las políticas nacionales, regionales o locales sobre la discapacidad, por las cuales, permitirían a las personas con discapacidad física tener las oportunidades de la accesibilidad que mejore su condición de vida.

CUARTO: La relación que existe entre el espacio social y el Habitus de la discapacidad en el distrito de Moquegua corresponde a una relación positiva moderada, donde se muestra que a mayor consolidación del espacio social de la discapacidad hay una mayor influencia en el habitus de la discapacidad. Los elementos que más aportan a la relación entre las variables son: el tipo y grado de Discapacidad Física, la Ocupación, un nivel alto de sobreprotección, el Emprendimiento de las personas, el nivel educativo primario, y las limitadas condiciones de accesibilidad

RECOMENDACIONES

PRIMERO: Se recomienda que las políticas y acciones que desarrollen las instituciones públicas, a partir de la implementación de planes y proyectos, busquen y promuevan un enfoque inclusivo en el distrito de Moquegua, mediante la promoción del ejercicio y disfrute pleno de los derechos de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones. Asimismo se generen capacidades técnico productivas que ayuden a mejoren la calidad de vida de las personas con discapacidad.

SEGUNDO: En el discurso y normatividad se habla de modelo social, sin embargo en la práctica cotidiana sigue funcionando y diversificándose el modelo médico-rehabilitador. Por ello, se recomienda que los problemas de accesibilidad sean tomados con responsabilidad y voluntad política para que las nuevas edificaciones contengan el "diseño universal" o los ajustes razonables. Una forma de iniciar un proceso de cambio es mediante la articulación efectiva de cada institución y sociedad civil, de nivel local y regional, para enfrentar nuestros miedos, nuestras propias barreras sociales y mentales, reevaluar nuestras prácticas sociales, aceptándonos como somos, con defectos y virtudes, con discapacidad o sin discapacidad, pero sobre todo como personas.

TERCERO: Los modelos presentados y sus aproximaciones para integrar la situación y condición de discapacidad en un contexto especifico, o valga decir, los estudios del espacio social y el habitus de la discapacidad, logran su objetivo político, es necesario que parta de un análisis verdaderamente integral, sistémico, por ello, el desarrollo de capacidades debe ir relacionado con la difusión de normas legales: que regulen el diseño accesible, señalización y apoyos, relacionadas al ámbito laboral.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Abberley, P. (1998). Trabajo, utopía e insuficiencia. En L. Barton, Discapacidad y sociedad (págs. 77-96). Madrid: Morata.

Alvarez-Gayou, J. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Mexico D.F.: Paidós.

Barnes, C. (1998). Las teorias de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. En L. Barton, Discapacidad y sociedad (págs. 59-76). Madrid: Morata.

Barton, L. (1998). Sociología y discapacidad: algunos temas nuevos. En L. Barton, Discapacidad y sociedad (págs. 19-33). Madrid: Morata.

Bonilla-Castro, E., y Rodriguez S., P. (1997). *La investigación en Ciencias Sociales. Más allá del dilema de los métodos* (2 ed.). Bogotá: Norma.

Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice.* (R. Nice, Trad.) New York: Cambridge University Press.

Bourdieu, P. (1997). Razones prácticas sobre la teoria de la acción. (T. Kauf, Trad.) Barcelona: Anagrama.

Bourdieu, P. (2000). *Cosas dichas.* Barcelona: Gedisa.

Bourdieu, P. (2002). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto.* (M. Ruiz de Elvira, Trad.) México D.F.: Taurus.

Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico.* (A. Dilon, Trad.) Buenos Aires: Siglo XXI.

Bourdieu, P. (2011). *El sentido social del gusto elementos para una sociología de la cultura.* Buenos Aires: Siglo veintiuno.

Bourdieu, P. (2011). *Las estrategias de la reproducción social.* (A. Gutiérrez, Trad.) Buenos Aires: Siglo Vientiuno.

Bourdieu, P., y Wacquant, L. (2005). *Una invitación a la sociología reflexiva.* (A. Dilon, Trad.) Buenos Aires: Siglo XXI.

Casado, D. (1991). *Panorámica de la discapacidad.* Barcelona: Instituto de trabajo social y servicios sociales INTRESS.

Consejo Nacional para la Persona con Discapacidad [CONADIS]. (2013). *Tumbes accesible. Estudio Biosicosocial de la discapacidad 2013.* Tumbes: CONADIS.

Del Aguila, L. M. (2007). *El concepto de discapacidad y su importancia filosófica.* Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Dirección Regional de Trabajo y promoción del empleo. (2014). Oferta de trabajo de las personas con discapacidad en la Region Moquegua. *Triptico Socioeconómico laboral, 1(3)*. Moquegua.

Egea G., C., y Sarabia S., A. (Febrero de 2001). *Experiencias de aplicación en España de la Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías.* Obtenido de http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/15433.pdf

Ferrante, C. (2014). *Aun mucha lástima: capitalismo, exclusión y percepción de la discapacidad.* Centro de Investigaciones y Estudios sociológicos [CIES]. Buenos Aires: Estudios sociológicos Editora. Recuperado de http://estudiosociologicos.org/portal/ejemplo-entrada-documento-ocho/

Ferreira, M. (2008). Una aproximacion sociológica a la discapacidad desde el modelo social: apuntes caracteriológicos. *Revista española de Investigaciones sociológicas [REIS]*(124), 141-174. Recuperado de https://www.um.es/discatif/TEORIA/REIS_124.pdf

Ferreira, M. (2010). De la minus-valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teorico-metodológico. *Política y Sociedad, 47*(1), 45-65. Recuperado de http://www.um.es/discatif/documentos/PyS/4_Ferreira.pdf

Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa.* Madrid: Morata.

Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión.* Buenos Aires: Siglo XXI.

Goffman, E. (2006). *Estigma: la identidad deteriorada.* Buenos Aires: Amorrortu.

Gutiérrez, A. (2005). Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu. Córdoba: Ferreyra.

Hernández S., R., Fernández C., C., & Baptista L., M. (2010). Metodología de la investigación (5ta. Edición ed.). Mexico: Editorial McGraw-Hill.

Huerta, J. (2006). *Discapacidad y accesibilidad.* Lima: Fondo editorial del Congreso del Perú.

Instituto Nacional de Estadístia e Informática. (2014). *Primera Encuesta Nacional especializada sobre discapacidad 2012 [ENEDIS]*. Lima: INEI.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2010). *Sistema de consulta de centros poblados*. Recuperado el 01 de Noviembre de 2017, de Sistema de información geográfica: http://sige.inei.gob.pe/test/atlas/

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2012). *Encuesta Nacional Especializada sobre discapacidad.* (INEI, Ed.) Recuperado el 10 de Noviembre de 2017, de www.inei.gob.pe

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (Marzo de 2015). *Perú Caracteristicas de la Población con Discapacidad.* (INEI, Ed.) Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2015). *Perú: Caracteristicas de la Población con Discapacidad.* Obtenido de

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1209/Libro.pdf

Instituto Nacional de Estadistica y Geografía. (2010). *Clasificacion de tipo de discapacidad.* Recuperado el 10 de Diciembre de 2017, de http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/aspectosmetodologicos/clasificadoresycatalogos/doc/clasificacion_de_tipo_de_discapacidad.pdf

Jiménez, I. (2005). *Ensayos sobre Pierre Bourdieu y su obra.* México D.F.: Plaza y Valdés.

Lahera P., E. (2004). *Política y Políticas Públicas.* Santiago de Chile: Series Políticas Sociales CEPAL.

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. (23 de Julio de 2015). *Lineamientos y Herramientas para la transversalización del Enfoque de Discapacidad en los programas sociales del MIDIS* . (MIDIS, Ed.) Recuperado el 15 de Diciembre de 2017, de http://www.midis.gob.pe/index.php/es/centro-de-informacion/lineamientos-y-herramientas-para-la-gestion-de-los-programas-sociales-del-midis/lineamientos-y-herramientas/doc_download/5187-enfoque-de-discapacidad

Ministerio de Economía y Finanzas. (2017). *Programa de Incentivos a la mejora de la gestión municipal*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2017, de https://www.mef.gob.pe/es/modernizacion-e-incentivos-para-gobiernos-locales-y-regionales/plan-de-incentivos-municipales-a-la-mejora-de-la-gestion-y-modernizacion-municipal

Ministerio de Economía y Finanzas. (2018). *Estructura programatica de Programas Presupuestales*. Recuperado el 22 de Diciembre de 2017, de https://www.mef.gob.pe/es/presupuesto-por-resultados/instrumentos/programas-presupuestales/211-presupuesto-publico/presupuesto-por-resultados/5346-relacion-de-programas-presupuestales

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social [MIMDES]. (2009). *Plan de Igualdad de Oportunidades para las personas con discapacidad – PIO 2009-2018.* MIMDES-CONADIS, Lima.

Oliver, M. (1998). ¿Una sociología de la discapacidad o una sociología discapacitada? En L. Barton, *Discapacidad y sociedad* (págs. 34-58). Madrid: Morata.

Organización de las Naciones Unidas. (2014). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.* de Guia de formación. Serie de capacitación profesional N°19: Recuperado el 22 de Diciembre de 2017 de, www.ohchr.org/Documents/Publications/CRPD_TrainingGuide_PTS19_sp.pdf

Organización de los Estados Americanos. (06 de Julio de 1999). *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.* Recuperado el 15 de Diciembre de 2017, de http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-65.html

Organización Internacional del Trabajo. (2015). *Estrategia y plan de acción para la inclusión de la discapacidad 2014-2017.* Ginebra: OIT.

Organización Mundial de la Salud. (1997). *Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de las enfermedad.* Madrid: IMSERSO.

Organización Mundial de la Salud. (Julio de 1999). *Clasificación Internacional del funcionamiento y de la Discapacidad. CIDDM-2. Borrador Beta-2.* Recuperado de http://www.who.int/

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

Organización Mundial de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud.* Geneva: OMS. Recuperado de http://www.who.int/social_determinants/ final_report/media/csdh_report_wrs_es.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Informe mundial sobre la discapacidad* . Malta: OMS.

Palacios, A. (2008). *El modelo social de discapacidad: origenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* (CERMI, Ed.) Madrid: CINCA.

Palacios, A., y Bariffi, F. (2007). *La discapacidad como una cuestion de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad.* Madrid: CERMI-Cinca.

Palacios, A., y Romañach, J. (2006). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los derechos humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional.* Madrid: Ediciones Diversitas-AIES.

Pantano, L. (2007a). La palabra 'discapacidad' como término abarcativo. *Cuestiones sociales y económicas, V*(9), 105-126.

Pantano, L. (2007b). "Personas con discapacidad": hablemos sin eufemismos. *La fuente, 10*(33).

Pantano, L. (15 y 16 de Octubre de 2009). Magnitud de la dicapacidad en Argentina: de los dichos a los hechos. *Jornadas de difusión y Seguimiento de la Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad*. Argentina.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo [PNUD]. (2013). *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2013. Cambio climático y territorio: Desafíos y respuestas para un futuro sostenible*. (P. d. Desarrollo, Editor) Recuperado el 10 de Noviembre de 2017, de Indice de Desarrollo Humano: http://www.pe.undp.org/content/peru/es/home/library/poverty/Informesobredesarrollohumano2013/IDHPeru2013/

Puig de la Bellacasa, R. (1987). Concepciones, paradigmas y evolución de las mentalidades sobre la discapacidad. En *II seminario sobre Discapacidad e Información* (págs. 27-61). Madrid: Real Patronato de Prevención y de Atención a personas con minusvalía. Recuperado de https://www.siis.net/es/actualidad/hemeroteca/Record/7353/

Quinn, G., y Degener, T. (2002). *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.* Nueva York: Naciones Unidas.

Rada, D. (2007). El rigor en la investigación cualitativa: técnicas de Análisis, credibilidad, Transferibilidad y Confirmabilidad. *Sinopsis Educativa, 7*(1), 17-26.

Ritzer, G. (1993). Teoría sociológica contemporánea. Mexico D.F.: McGraw-Hill.

Salas, D. (2015). La discapacidad desde el análisis cultural. En E. Salmón, & R. Bregaglio (Edits.), *Nueve conceptos claves para entender la Convención sobre los Derehos de las personas con discapacidad* (págs. 35-49). Lima: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Sandoval, C. (1996). Especialización en teoría, métodos y técnicas de Investigación social. Módulo 4: Investigación Cualitativa. Bogotá: Instituto colombiano para el fomento de la educación superior-CFES.

Tamayo, M., Besoaín, A., & Rebolledo, J. (2018). Determinantes sociales de la salud y discapacidad: actualizando el modelo de determinación. *Gaceta Sanitaria, 32*(1), 96-100. Recuperado de https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.004

Taylor, S., y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados.* Barcelona: Paidós.

Zabludovsky, G. (2016). *Norbert Elias y los problemas actuales de la sociología* (2 ed.). México: Fondo de Cultura Económica.

ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO

CUESTIONARIO DE ESPACIO SOCIALY HABITUS DE LA DISCAPACIDAD

N°

Marque con un aspa (X) solo una alternativa por pregunta, según su experiencia personal. Agradecemos anticipadamente su colaboración y sinceridad al responder

1	**Sexo**	MASCULINO		FEMENINO						
2	**Estado Civil**	SOLTERO		CASADO		Viudo		Conviviente		Separado	
3	**Actividad que realiza**	ESTUDIA		TRABAJA		ESTUDIA Y TRABAJA		NI ESTUDIA NI TRABAJA		
4	**Nivel Educativo**	PRIMARIA		SECUNDARIA		SUPERIOR		No estudios		
5	**Educación completa**	COMPLETA		INCOMPLETA		Sin Estudio				
6	**Tipo de discapacidad Fisica**	COJERA		AMPUTACION		HEMIPLEJIA		Cuadriplejia		Paraplejia	
7	**Origen de la discapacidad**	NACIMIENTO		ACCIDENTE		ENFERMEDAD				
8	**Años con la discapacidad**	1 AÑO		2 AÑOS		3 AÑOS		4 AÑOS		MAS DE 4 AÑOS	
9	**Grado de discapacidad**	LEVE		MODERADA		SEVERA				
10	**Tiene diagnostico médico**	CON DIAGNOSTICO		SIN DIAGNOSTICO						
11	**Tiene registro CONADIS?**	SI		NO						
12	**Seguro de salud**	SI		NO						
13	**Tipo de Seguro de salud**	SIS		ESSALUD		PARTICULAR		NO TIENE SEGURO DE SALUD		

14	**Uso aparatos de apoyo para desplazarse**	SI		NO						
15	**Tipo de aparato que usa para desplazarse**	SILLA DE RUEDA		BASTON		MULETA		No usa aparatos		
16	**Razones por las que no utiliza aparatos de apoyo**	NO ES NECESARIO		COSTOSO						
17	**Es jefe responsable de la familia**	SI		NO						
18	**Vive con**	Solo(a)		Con padres		Familiares		Hijo(a)	Conyuge con o sin hijos	
19	**Tenencia de la propiedad**	PROPIA		FAMILIAR		ALQUILADA		DONADA		
20	**Pertenencia a alguna asociacion social (en la que participe con más frecuencia)**	Club de madres		Grupo religioso		Club deportivo				
		Junta vecinal		Asociacion de Personas con discapacidad		No pertenece a ninguna asociación/agrupación				
21	**Por lo general, encuentro dificultad para la accebilidad...**	URBANISTICA		SOCIAL		EDUCATIVA		SALUD	OTROS	
22	**Actualmente, me encuentro laborando**	SI		NO						
23	**El puesto que ocupo en el trabajo es...**	Independiente		Empleado sector publico/privado		Obrero sector publico/privado				
		Empleado(a) domestico		Ayudante de oficios		No trabaja				

24	**Promedio de ingresos en soles**	Menor o igual a RMV		entre RMV y 2000		Mayor a 2000		Sin Ingresos		
25	**El trabajo que desempeña pertenece a..**	Agro/mineria/ pesca		Industria		Construcción				
		Comercio		Servicios		No labora				
26	**Mi discapacidad limita el trabajo**	SI		NO						
27	**Le gustaria emprender algun negocio propio (microempresa)?**	SI		NO						
28	**La actividad microempresarial que desarrollaría está relacionada con...**	Comercio/ ventas		Gastronomía/pan aderia		Manualidades/artesanía		Confección		Carpinteria
		Soldadura		Informatica		Agricultura/ganaderia		Ninguna actividad		
29	**Necesidad de apoyo en**	Educación		Rehabilitación		Trabajo		Cobertura de Salud		OTROS
30	**La actividad que realizo en mi tiempo libre es...**	Practicar deporte		Manualidades		Actividades recreativas				
		En el trabajo		No hace nada		Terapia psicológica/Rehabilitaciones/T ratamiento médico				
31	**Se ha sentido alguna vez discriminado?**	SI		NO						

32	**Me he sentido discriminado por...**	Mis familiares		Mis vecinos		Las personas en la calle		Trabajadores de alguna entidad		Por nadie	
33	**He sentido vulnerado mis derechos...**	Siempre		Casi siempre		Regularmente		Rara vez		Nunca	
34	**Siento que mi familia me sobreprotege...**	Siempre		Casi siempre		Regularmente		Rara vez		Nunca	
35	**Lo que la gente piense de mi, me preocupa...**	Siempre		Casi siempre		Regularmente		Rara vez		Nunca	
36	**Conoce alguna institución (publica o privada) u organización que apoya a las Personas con discapacidad?**	SI		NO							
37	**Conoce de algún programa social que beneficie o entrege incentivos a las Personas con discapacidad?**	SI		NO							

ANEXO 2

GUIA DE ENTREVISTA

GUIA DE ENTREVISTA **N° .**

Lugar (Dirección):..... Sector (CCPP)……

Fecha Entrevista…...../...../……

- ¿Estado civil?
- ¿Hasta qué grado o nivel educativo estudió?
  Si estudió nivel técnico o superior: ¿Qué profesión tiene?
- Habla algún otro idioma (a parte del castellano):
- Cuál es su Lugar de nacimiento? y ¿lugar de nacimiento de padres? En el caso de migración reciente: Cuáles fueron los motivos por los que se trasladó (migró) a esta ciudad?
- ¿Qué discapacidad tiene?
- Desde cuando tiene la discapacidad: (nacimiento/desde la infancia/adolescencia/adultez)?

1. SITUACION DE DISCAPACIDAD

- Tiene casa propia? ¿Hace cuánto tiempo vive en esta vivienda?
- Que otros bienes tiene? (p.e. terrenos, tienda, restaurantes, autos, etc.)
- Con quienes vive en casa? ¿Quiénes están más pendiente de Ud.? ¿Y quiénes no? ¿Por qué cree q no están pendientes de Ud?
- A parte de las personas que vive en casa, tiene otros familiares en la ciudad? Donde viven? Cuál es la relación de parentesco que tiene? Cada cuanto tiempo se ve con ellos?
- Realiza actividades o tareas dentro de casa? ¿Qué actividades o tareas realiza? (p.e. cocinar, lavar, etc.)
  Si la respuesta es negativa: ¿Quien realiza estas actividades?
- ¿Ha necesitado ayuda para realizar actividades cotidianas? (p.e. bañarse, comer, etc.)
- Y para movilizarse? A que lugares generalmente se dirige? Que dificultades ha encontrado en el camino o en esos lugares?
- Cuando ha tenido la necesidad de ir al baño cuando ha salido a la ciudad, que dificultades ha tenido?
- **A que Institución pertenece?** desde hace cuánto tiempo (meses/años) pertenece a la institución?
- Ocupa algún cargo en la institución? Qué cargo ocupa en la institución?
- Ha escucha hablar de CONADIS, OREDIS o OMAPED?
- Ha asistido a alguna de sus actividades? Si la respuesta es negativa ¿Por qué no? Especifique
- Tiene Ud. carnet de discapacidad?
  Si la respuesta es negativa ¿Por qué aún no tiene su certificado?
  Si la respuesta es positiva: ¿Para qué le sirve (qué beneficios tiene) el carnet de discapacidad?
- Para usted¿¿Que es una persona con discapacidad??
- Recibe tratamiento de rehabilitación? En dónde? Cada cuanto tiempo recibe tratamiento de rehabilitación? Como es la atención (el trato) de los profesionales terapistas?
  Si la respuesta es negativa ¿Por qué no? Explique

- ¿Tiene Seguro de salud? Si la respuesta es negativa ¿Cuál es la razón por la que no tiene?
- ¿cada cuánto tiempo se hace un chequeo médico?
- Qué opina de los servicios de salud (en general) que brinda el MINSA o ESSALUD???

2. CONDICION DE DISCAPACIDAD

- Practica algún deporte? ¿Cuál? Que cuidados tiene antes, durante y después de la práctica?
  Si la respuesta es negativa: a parte de su discapacidad por que no practica un deporte?
  ¿qué deporte le gustaría practicar??
- Cree que el apoyo de la familia es importante? ¿Por qué?
- Toma medicamentos para su discapacidad? ¿Con que frecuencia?
  Si la respuesta es negativa: ¿qué opina de las personas con discapacidad que si toman medicamentos?
- Según la discapacidad que tiene, cree Ud. que deberían apoyarlo económicamente, así como pension65 o el programa Juntos? ¿Por qué?
- Cuál cree que es más importante "el físico o los sentimientos"? ¿Por qué? Para Usted ¿Qué características debe tener una pareja?
  En el caso de entrevistados casados: su pareja ¿qué opina de su discapacidad?
  En el caso de entrevistados solteros: ¿enamoraría con una persona con discapacidad? ¿Por qué?
  Para ambas: en un supuesto ¿aceptaría que su hijo(a) se case con una persona con discapacidad? ¿Por qué?
- Trabaja actualmente? ¿Qué hace en su trabajo? ¿Qué dificultades ha tenido en su trabajo?
  Si la respuesta es negativa ¿Por qué no trabaja? ¿le gustaría trabajar? ¿en qué le gustaría trabajar?
- Pide ayuda para movilizarse en el transporte público, al cruzar la pista., etc.? ¿Por qué?
- Por su discapacidad, ha sufrido robo? Que le hicieron?
- Por su discapacidad, se han burlado de Usted o le han hecho bromas de mal gusto? Que le dijeron? Si la respuesta es negativa:
- Que haría si no tuviera la discapacidad? Como cree que hubiese sido su vida si no tuviese la discapacidad.
- Conoce Ud. a alguna persona con discapacidad que ha sido premiado o ha recibido algún reconocimiento?

ANEXO 3

BAREMOS

Variable 1 y dimensiones

Nivel	Capital	Posición social	Mercado de bienes	Espacio social
Bajo	0 a 24	0 a 11	0 a 4	0 a 41
Regular	25 a 32	12 a 14	5 a 6	45 a 50
Alto	33 a más	15 a más	7 a más	51 a más

Interpretación dimensión Capital

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 24	Bajo	Personas con discapacidad disponen de un bajo capital global, que es el resultado del peso relativo de cada capital especifico (económico, cultural, y social)
25 a 32	Regular	Personas con discapacidad disponen de un regular capital global, que es el resultado del peso relativo de cada capital especifico (económico, cultural, y social).
33 a más	Alto	Personas con discapacidad disponen de un alto capital global, que es el resultado del peso relativo de cada capital especifico (económico, cultural, y social).

Interpretación dimensión Posición social

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 11	Bajo	Nivel bajo de ocupación en el campo de la discapacidad en relación con el capital especifico que las Personas con discapacidad disponen
12 a 14	Regular	Nivel regular de ocupación en el campo de la discapacidad en relación con el capital especifico que las Personas con discapacidad disponen.
15 a más	Alto	Nivel alto de ocupación en el campo de la discapacidad en relación con el capital especifico que las Personas con discapacidad disponen.

Interpretación dimensión mercado de Bienes

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 4	Bajo	Nivel bajo de participación de las personas con discapacidad en el sistema de producción/consumo de bienes en relación con el capital especifico que disponen
5 a 6	Regular	Nivel regular de participación de las personas con discapacidad en el sistema de producción/consumo de bienes en relación con el capital especifico que disponen
7 a más	Alto	Nivel alto de participación de las personas con discapacidad en el sistema de producción/consumo de bienes en relación con el capital especifico que disponen.

Interpretación Variable Espacio social de la discapacidad

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 4	Bajo	Nivel bajo de autonomía y diferenciación de capital que influye en la posición social y la participación en el sistema de producción/consumo que tienen las PCD
5 a 6	Regular	Nivel regular de autonomía y diferenciación de capital que influye en la posición social y la participación en el sistema de producción/consumo que tienen las PCD.
7 a más	Alto	Nivel alto de autonomía y diferenciación de capital que influye en la posición social y la participación en el sistema de producción/consumo que tienen las PCD.

Variable 2 y dimensiones

Nivel	Esquemas sociales	Condiciones objetivas	Reproducción de practicas	Habitus
Bajo	0 a 4	0 a 12	0 a 15	0 a 33
Regular	5 a 6	13 a 17	16 a 22	34 a 42
Alto	7 a más	18 a más	23 a más	43 a más

Interpretación dimensión Esquemas sociales

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 4	Bajo	Nivel bajo de percepción y apreciación, como estructuras cognitivas y evaluativas, adquiridas en la trayectoria social de vida.
5 a 6	Regular	Nivel regular de percepción y apreciación, como estructuras cognitivas y evaluativas, adquiridas en la trayectoria social de vida.
7 a más	Alto	Nivel alto de percepción y apreciación, como estructuras cognitivas y evaluativas, adquiridas en la trayectoria social de vida.

Interpretación dimensión Condiciones Objetivas

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 12	Bajo	Nivel bajo de producción de prácticas reproductoras de las estructuras objetivas
13 a 17	Regular	Nivel regular de producción de prácticas reproductoras de las estructuras objetivas
18 a más	Alto	Nivel alto de producción de prácticas reproductoras de las estructuras objetivas

Interpretación dimensión Reproducción de Prácticas

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 15	Bajo	Nivel bajo de generación de prácticas reproductoras de las estructuras objetivas
16 a 22	Regular	Nivel bajo de generación de prácticas reproductoras de las estructuras objetivas
23 a más	Alto	Nivel bajo de generación de prácticas reproductoras de las estructuras objetivas

Interpretación Variable Habitus de la discapacidad

Puntaje	Categoría	Descripción
0 a 33	Bajo	Nivel bajo de interiorización de disposiciones duraderas, productoras y generadoras de prácticas y representaciones objetivas
34 a 42	Regular	Nivel regular de interiorización de disposiciones duraderas, productoras y generadoras de prácticas y representaciones objetivas
43 a más	Alto	Nivel regular de interiorización de disposiciones duraderas, productoras y generadoras de prácticas y representaciones objetivas

ANEXO 4

RESULTADOS DEL ANALISIS DE CORRESPONDENCIA

1) DISCAPACIDAD FÍSICA Y OCUPACIÓN

Resumen

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación 2
1	,317	,100			,845	,845	,028	-,100
2	,136	,018			,155	1,000	,054	
Total		,119	34,425	,023[a]	1,000	1,000		

a. 20 grados de libertad

Puntos de fila generales[a]

Tipo de discapacidad Fisica	Masa	Puntuación en dimensión		Inercia	Contribución				
					Del punto en la inercia de dimensión		De la dimensión en la inercia del punto		
		1	2		1	2	1	2	Total
Cojera	,562	-,438	-,153	,036	,341	,097	,950	,050	1,000
Amputación	,100	-,174	1,100	,017	,010	,890	,055	,945	1,000
Hemiplejia	,172	,780	-,071	,033	,331	,006	,997	,003	1,000
Cuadriplejia	,038	,780	-,071	,007	,073	,001	,997	,003	1,000
Paraplejia	,128	,780	-,071	,025	,245	,005	,997	,003	1,000
Total activo	1,000			,119	1,000	1,000			

a. Normalización simétrica

Puntos de columna generales[a]

El puesto que ocupo en el trabajo es...	Masa	Puntuación en dimensión		Inercia	Contribución				
					Del punto en la inercia de dimensión		De la dimensión en la inercia del punto		
		1	2		1	2	1	2	Total
Independiente	,076	-1,232	,549	,040	,364	,168	,921	,079	1,000
Empleado sector publico/privado	,014	-1,384	-1,128	,011	,083	,129	,778	,222	1,000
Obrero sector publico/privado	,038	-1,384	-1,128	,030	,229	,355	,778	,222	1,000
Empleado(a) domestico	,007	-1,384	-1,128	,005	,042	,065	,778	,222	1,000
Ayudante de oficios	,028	-1,175	1,178	,017	,120	,282	,699	,301	1,000
No trabaja	,838	,247	-,010	,016	,162	,001	,999	,001	1,000
Total activo	1,000			,119	1,000	1,000			

a. Normalización simétrica

2) DISCAPACIDAD FÍSICA Y SOBREPROTECCIÓN

Resumen

Dimensión	Valor singular	Inercia	Chi cuadrado	Sig.	Proporción de inercia		Valor singular de confianza	
					Contabilizado para	Acumulado	Desviación estándar	Correlación 2
1	,577	,333			,936	,936	,033	,024
2	,115	,013			,037	,973	,060	
3	,098	,010			,027	1,000		
Total		,356	103,116	,000[a]	1,000	1,000		

a. 16 grados de libertad

Puntos de fila generales[a]

Tipo de discapacidad Física	Masa	Puntuación en dimensión		Inercia	Contribución				
					Del punto en la inercia de dimensión		De la dimensión en la inercia del punto		
		1	2		1	2	1	2	Total
Cojera	,562	-,506	-,159	,085	,249	,124	,974	,019	,993
Amputación	,100	-,736	,761	,041	,094	,505	,766	,163	,929
Hemiplejia	,172	1,066	-,054	,113	,340	,004	,997	,001	,997
Cuadriplejia	,038	,978	1,025	,031	,063	,348	,681	,149	,830
Paraplejia	,128	1,072	-,127	,085	,254	,018	,990	,003	,993
Total activo	1,000			,356	1,000	1,000			

a. Normalización simétrica

Puntos de columna generales[a]

Siento que mi familia me sobreprotege...	Masa	Puntuación en dimensión 1	Puntuación en dimensión 2	Inercia	Contribución: Del punto en la inercia de dimensión 1	Contribución: Del punto en la inercia de dimensión 2	Contribución: De la dimensión en la inercia del punto 1	Contribución: De la dimensión en la inercia del punto 2	Contribución: De la dimensión en la inercia del punto Total
Siempre	,321	,714	-,246	,099	,283	,170	,955	,023	,978
Casi siempre	,290	,479	,325	,045	,115	,268	,852	,078	,930
Regularmente	,131	-,939	-,121	,067	,200	,017	,996	,003	1,000
Rara vez	,145	-,924	-,433	,076	,214	,237	,943	,041	,984
Nunca	,114	-,973	,557	,069	,187	,308	,898	,058	,956
Total activo	1,000			,356	1,000	1,000			

a. Normalización simétrica

3) EMPRENDIMIENTO, NIVEL EDUCATIVO Y ACCESIBILIDAD.

Resumen del modelo

Dimensión	Alfa de Cronbach	Varianza contabilizada para: Total (autovalor)	Varianza contabilizada para: Inercia	Varianza contabilizada para: % de varianza
1	,762	2,034	,678	67,792
2	,662	1,790	,597	59,682
Total		3,824	1,275	
Media	,716[a]	1,912	,637	63,737

a. La media de alfa de Cronbach se basa en la media de autovalor.

Medidas discriminantes

	Dimensión		
	1	2	Media
Nivel Educativo	,739	,717	,728
Por lo general, encuentro dificultad para la accebilidad...	,614	,398	,506
La actividad microempresarial que desarrollaría está relacionada con...	,681	,675	,678
Total activo	2,034	1,790	1,912
% de varianza	67,792	59,682	63,737

ANEXO 5

GUIA DE OBSERVACIÓN DISTRITO DE MOQUEGUA: Principales instituciones públicas, bancarias y comerciales

Nº	ITEM DE OBSERVACION	Instituciones Gubernamentales (%)			Salud (%)			Banca (%)			Educación (%)			Otros (%)		
		Si	Regular	No	Si	Regular	No	Si	Regular	No	Si	Regular	No	Si	Regular	No
1	La institución tiene señalización interna de atención preferencial	100	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-	-	80	20	-
2	La institución ofrece asistencia humana para facilitar el acceso a sus espacios fisicos	25	12.5	62.5	16.7	50	33.3	33.3	66.7	-	-	40	60	-	-	100
3	El ingreso a las oficinas y/o ambientes son accesibles	-	100	-	-	100	-	-	100		-	60	40	-	80	20
4	los pisos (mas de un nivel) son accesibles	-	25	75	-	100	-	-	66.7	33.3	-	-	100	-	-	100
5	El ingreso principal a la Institución es accesible desde la acera correspondiente	12.5	87.5	-	-	33.3	66.7	-	66.7	33.3	20	80	-	20	60	20
6	La institución cuenta con rampas en su ingreso	12.5	87.5	-	33.3	66.7	-	-	33.3	66.7	20	80	-	20	60	20
7	Las rampas son accesibles (tienen un ancho minimo de 90cm.)	-	100	-	33.3	66.7	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-
8	Las escaleras cuentan con barandas	-	100	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-	-	100	-
9	la institucion cuenta con servicios higienicos para personas con discapacidad	-	-	100	-	100	-	-	-	100	-	-	100	-	-	100
10	Los servicios higienicos estan adecuados (ajuste razonable: barras de apoyo, ganchos, lavatorios,etc.)	-	-	100	-	33.3	66.7	-	-	100	-	-	100	-	-	100
11	Las areas comunes son accesibles (pasadizos, patios, salas de espera, etc.)		25	75	33.3	66.7	-	-	100		-	100	-	-	100	
12	Hay estacionamiento para personas con discapacidad	-	100	-	-	100	-	-	-	100	-	20	80	-	40	60
13	Los establecimientos reservados estan identificados mediante avisos individuales en el piso	-	100	-	-	100	-	-	-	100	-	20	80	-	40	60
14	Hay avisos que permita identificar a distancia la zona de estacionamiento accesible	-	100	-	-	100	-	-	-	100	-	20	80	-	40	60
15	Hay telefono publico instalado accesible a personas con discapacidad	-	100	-	-	100	-	-	-	100	-	20	80	-	40	60

Instituciones Gubernamentales

GR	Gobierno Regional
MPMN	Municipalidad provincial
MCP1	Municipalidad de Centro Poblado Menor Los Angeles
MCP2	Municipalidad de Centro Poblado Menor San Antonio
MCP3	Municipalidad de Centro Poblado Menor San Francisco
MCP4	Municipalidad de Centro Poblado Menor Chen chen
PJ	Poder Judicial
PNP	Policia Nacional del Perú

Establecimientos de Salud

ES1	Establecimiento de Salud Los Angeles
ES2	Establecimiento de Salud 28 de Julio
ES3	Establecimiento de Salud Mariscal Nieto
ES4	Establecimiento de Salud El Siglo
ES5	Establecimiento de Salud San Antonio
H1	Hospital MINSA
H2	Hospital ESSALUD

Entidades Bancarias

BN	Banco Nación
BCP	Banco de Credito del Perú
BI	Banco Interbank

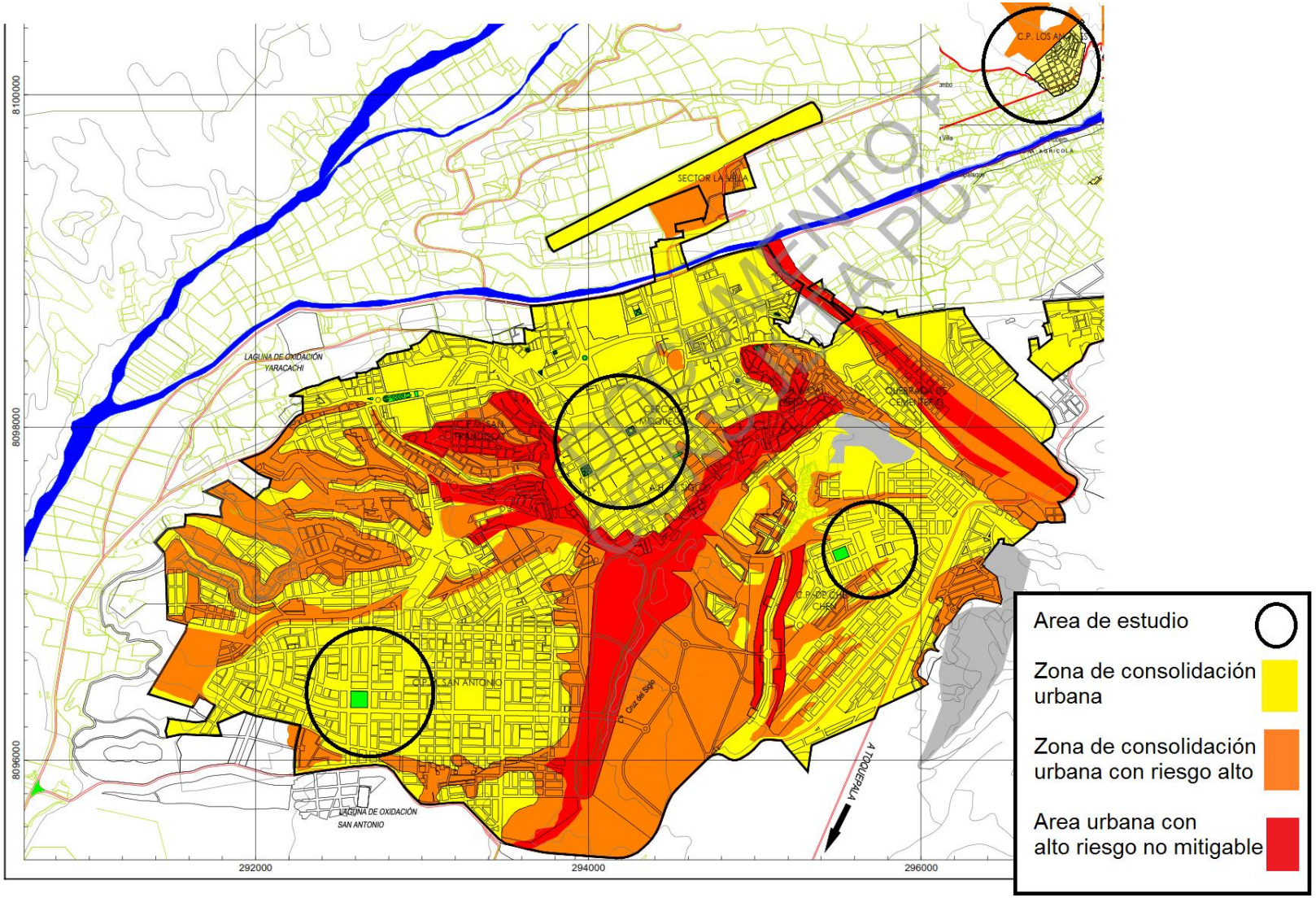
Instituciones educativas

UNAM	Universidad Nacional de Moquegua
IE1	Institución Educativa Simon Bolivar
IE2	Institución Educativa Manuel C. de la Torre
IE3	Institución Educativa San Antonio
IE4	Institución Educativa Daniel Becerra Ocampo

Otros (Infraestructura publica)

TER	Terminal terrestre de Moquegua
COL1	Coliseo 1 "Mariano Lino Urquieta"
COL2	Coliseo 2 "San Francisco"
EST	Estadio de Moquegua "25 de Noviembre"
ME	Mercado central de Moquegua

AREAS DE ESTUDIO SEGÚN ZONA DE CONSOLIDACION URBANA



GUIA DE OBSERVACIÓN CENTROS POBLADOS: Vías y Accesos Principales

N°	ITEM DE OBSERVACION	SI (%)	NO (%)
	VEREDAS		
1	la vereda tiene una superficie estable y firme	36.4	63.6
2	la vereda tiene una superficie antideslizante	-	100
3	La vereda se encuentra en buen estado	36.4	63.6
4	los pisos (mas de un nivel) son accesibles	-	100
5	La vereda tiene por lo menos 90 cm de ancho libre	66.7	33.3
6	Hay elementos que lo interrumpen el transito por la vereda (gradas, escaleras, postes, quioscos, papeleras, vendedores ambualantes, etc.)	36.4	63.6
7	Hay elementos que reduzcan el ancho de la vereda (gradas, escaleras, postes, quioscos, papeleras, vendedores ambualantes, etc.)	36.4	63.6
8	Hay vehiculos estacionados sobre las veredas obstaculizando el paso de una PCD	81.8	18.2
	ESQUINAS y RAMPAS		
9	La esquina tiene por lo menos 90 cm de ancho libre	3	97
10	Hay postes en la esquina	36.4	63.6
11	Reducen los postes el ancho de libre de la esquina	36.4	63.6
12	Hay semaforo en la esquina que reduzca el ancho libre de la esquina	-	100
13	Hay rampas en las esquinas de las veredas	-	100
14	Hay algun objeto que obstruya la llegada a la rampa (poste, cabina telefonica, etc.)	-	100
	CRUCEROS PEATONALES		
15	El crucero peatonal es facil de identificar	-	100
16	Hay semaforos peatonales instalados (con señales visuales y auditivas)	18.2	81.8

ANEXO 6

PANEL FOTOGRÁFICO

GUIA DE LA OBSERVACIÓN - Espacio público general (Diseño universal)

Acceso a Oficinas de OSIPTEL

Acceso a Banco de la Nación

Acceso a BCP

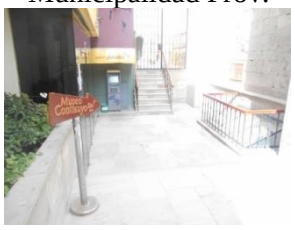
Acceso a Municipalidad Prov.

Acceso a Institucion Educ.

Acceso a Oficinas de Municipalidad Prov.

Acceso a oficinas administrativas de Universidad

Acceso a Co-catedral



Acceso a Museo Contisuyo

Acceso a Oficinas de Gobierno Regional

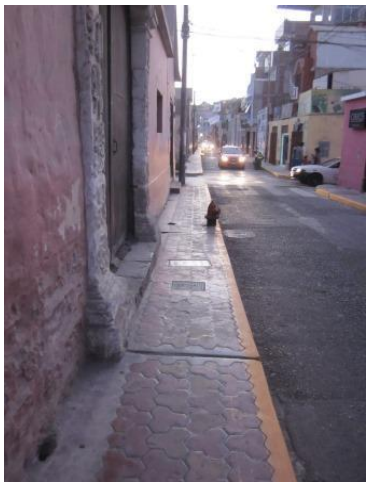
Acceso a Farmacia

Acceso a tiendas comerciales

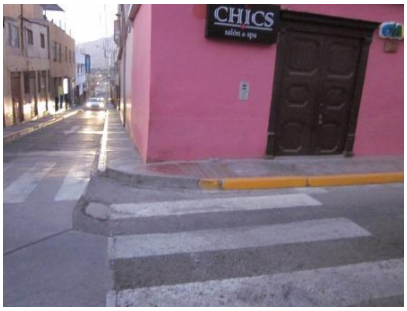
Acceso a tienda comercial

Acceso a servicios tecnico

Acceso a oficina Reg.



Veredas con elementos que obstruyen el transito



Verdeas en mal estado y esquinas que no permiten el libre transito