

IV Jornadas de Jóvenes Investigadores
Instituto de Investigaciones Gino Germani
19, 20 y 21 de septiembre de 2007

Nombre y Apellido: Carolina Ferrante

Afiliación institucional: CONICET/UNSAM.

Correo electrónico: caferrante@hotmail.com

Propuesta temática: Políticas del cuerpo.

Título de la ponencia:

**Algunas reflexiones sobre la situación de las personas
con discapacidad motora en la Argentina en la actualidad.**

La Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS 2001) define a la discapacidad como las “limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación, derivadas de una deficiencia en el orden de la salud, que afectan a un individuo en su desenvolvimiento y vida diaria dentro de su entorno físico y social”.

Desde esta perspectiva, una persona con un determinado estado de salud o deficiencia se constituye en discapacitada en su interacción con el contexto en la medida en que éste no le ofrece alternativas a sus capacidades o dotación biológica y, ante la aparición de barreras a su integración en diferentes ámbitos, tanto a nivel socio cultural (mito, ocultamiento, discriminación, negación, etc.) como físico (arquitectónicas, urbanísticas, del transporte, de la tecnología o de la comunicación) que restringen su participación. En este sentido, una persona será tanto o menos discapacitada, de acuerdo a sus propias características y al medio, cultural, histórico y geográfico en que habite, se socialice y desarrolle. (L. Pantano, 2005)¹. Es por esto, que la discapacidad no puede ser entendida exclusivamente como un problema médico anclado a nivel individual, ya que la deficiencia o daño explican sólo una parte de la situación de discapacidad que se derivaría de la respuesta social a este “estado de salud”.

Entonces, para abordar la problemática de la discapacidad -como señala Liliana Pantano-, podemos distinguir dos dimensiones: existe una “situación de discapacidad”, es decir, ciertas condiciones generales –tanto cuantitativas como cualitativas- que la discapacidad adquiere en un contexto particular, y una “condición de discapacidad”, que evidenciaría el lado individual

y experiencial de la misma (L. Pantano, 2005). Condición y situación son dos caras de la discapacidad inescindibles, en otros términos, lo que llamaremos la cara “subjetiva” y la cara “objetiva” de la discapacidad.

Ahora bien, si planteamos que condición y situación no pueden ser pensadas de modo separado, nos preguntamos ¿cómo abordar la discapacidad sin subsumir una esfera a la otra? En otras palabras, ¿cómo dar cuenta de la situación de discapacidad sin que la condición aparezca como un número muerto en el cual no exista referencia a un sujeto real y sin caer en una mera reproducción de discursos?

Estos mismos interrogantes los podemos plantear pensando en términos menos abstractos: a partir de la Encuesta Nacional de Discapacidad 2002/3 (ENDI) Complementaria del Censo 2001², observamos una situación general de vulnerabilidad para el colectivo de los discapacitados que se pone de manifiesto en el siguiente dato: el 81.8 % de las personas con discapacidad³ no posee certificado y sólo el 14.6 % del total lo ha obtenido. Concretamente, nuestro interés reside en saber ¿es suficiente este dato para explicar toda condición de discapacidad? Más aún, ¿cómo esta situación de vulnerabilidad se hace visible en los cuerpos concretos, particulares? Parecería que al abordar, empíricamente, la problemática de la discapacidad, los clásicos dualismos planteados en ciencias sociales como antagónicos entre cuerpo-mente, individuo-sociedad, micro-macro, cualitativo-cuantitativo, subjetivismo-objetivismo se hacen presentes.

Consideramos que la teoría práctica de Pierre Bourdieu (1987), -a partir de la incorporación de las condiciones materiales de existencia al abordaje fenomenológico⁴-, nos ofrece un modo de acercarnos a lo social que permite superar los antagonismos antes planteados. En un primer momento, a partir de ciertos indicadores relacionados con tenencia de certificado de discapacidad, máximo nivel educativo alcanzado y uso de beneficios sociales aportados por la ENDI, nos concentraremos en observar si es dable hablar de “una” situación de discapacidad⁵. En un segundo momento, deteniéndonos en aquellos indicadores que reflejan la experiencia diaria de vivir con una discapacidad motora, trataremos de encontrar cómo las categorías abstractas que dan cuenta de la “situación de discapacidad” se hacen carne en el individuo particular y en modos diferenciales de experimentar la discapacidad. Para finalizar, esbozaremos algunas reflexiones tendientes a dar cuenta cómo discapacidad y deficiencia se derivan de un mundo cultural, según el cual, las actividades humanas se entienden como aquéllas que llevan a cabo las personas «normales» en un marco social y económico general

que las estructuran y que se encarnan a nivel de un cuerpo doliente, que no está escindido de un mundo particular (P. Bourdieu: 1999)

Como punto de partida, si tuviéramos que describir la “situación de discapacidad” para el colectivo de las personas con discapacidad motora, podríamos, señalar que la misma se caracteriza por una situación de vulnerabilidad social. Como señalábamos anteriormente, en nuestro país la gran mayoría de las personas con discapacidad, no poseen **certificado de discapacidad** (81.8 %) y sólo el 14.6 % del total lo ha obtenido, alcanzando entre las personas con discapacidad motora⁶, colectivo en el cual nos concentramos, el porcentaje de los que no poseen el 84.7 % y sólo lo poseen el 12.8%⁷. Si reconocemos que lo determinante en la condición de discapacidad es el grado en que una sociedad permite a una persona integrarse, esta cifra, revelaría una situación de precariedad para el colectivo de las personas con discapacidad, en tanto que -como señalábamos-, la falta de reconocimiento de los derechos adquiridos, constituye una de las principales barreras culturales que imposibilitan la integración social.

Otro dato que en términos colectivos, llama nuestra atención, es el **máximo nivel educativo alcanzado**, ya que comparando con la población total del país en mismo año, las diferencias son significativas, por ejemplo, entre las personas mayores de 15 años con discapacidad motora, la amplia mayoría (el 80%) poseen hasta secundario incompleto, mientras que en la población total del país este porcentaje, para el mismo grupo de edad, desciende al 66, 8 % de la población⁸. Este dato es significativo, dado que no existen impedimentos intelectuales para que una persona con discapacidad motora asista a establecimientos de enseñanza formal y además porque el *capital cultural institucionalizado* (P. Bourdieu, 1997) es uno de los principales factores que determinan la posición en el espacio social.

En cuanto a **beneficios sociales** podemos resaltar los siguientes aspectos:

- Del total de personas con discapacidad motora, el 63.2 % tiene **cobertura por obra social y/o plan de salud privado o mutual**, mientras que el 35.9% no poseen cobertura de salud. Dentro del colectivo de personas con una sola discapacidad, son los que presentan una mayor proporción de personas con cobertura de salud.
- Entre las personas con discapacidad motora, un poco menos de la mitad (46.9%) reciben **rehabilitación o estimulación temprana**. Entre estos, la tercera parte lo hace

con presupuesto del hogar, otra tercera parte por medio de la obra social y la tercera parte restante, lo hace por medio de mutual, ayuda de otro tipo, institución privada, a través de una institución estatal, con otros medios.

- Un poco más de la mitad de las personas con discapacidad motora (53, 1%), actualmente **no reciben rehabilitación pero recibieron**. Entre ellas, un 28.2% lo hacía por medio del presupuesto del hogar, un 43.1% por medio de la obra social y el resto por “otros medios”.
- Un poco más que la mitad (58,3%) de las personas con discapacidad motora que actualmente **no realiza rehabilitación, y considera que la necesita**, no lo hace por falta de recursos económicos, mientras que un 39.2% no lo hace por “otros motivos”, entre los cuales se incluyen: queda lejos de la casa, no se lo cubre la obra social, etc.
- En cuanto a uso de **ayudas técnicas externas**⁹ no hay datos por tipo de discapacidad, pero sí por cantidad de discapacidad. Dentro de las personas que poseen sólo una discapacidad podemos señalar que entre las que usan ayudas técnicas externas, el 61% cubren los gastos con presupuesto de hogar, el 23% a través de la obra social y el 24.5% por “otras formas”. Entre los que no usan (el 12.9%) pero consideran que lo necesitan, más de la mitad (56.4%) no lo hace por falta de recursos económicos y el 41% por “otros motivos”, entre los cuales –como señalábamos anteriormente- se incluye que no se lo cubre la obra social, queda lejos de la casa, etc.

En relación al **nivel de autovalimiento**, consideramos importantes resaltar los siguientes datos:

- Entre las personas con discapacidad motora, la amplia mayoría (81%) puede **lavarse y cuidar de su aspecto por sí mismo** (es el nivel más bajo entre los que tienen una discapacidad), y el 17.7% puede hacerlo con ayuda (84.8% con ayuda de la familia y otro tipo de ayuda 12.5%).
- En cuanto a capacidad para **realizar las tareas domésticas por sí mismos** vemos que, entre las personas con una sola discapacidad, las personas con discapacidad motora son los que tienen menor autonomía. Mientras que entre el resto de personas con una sola discapacidad el 73.7% puede realizar las tareas por sí mismo, entre los motores descende a 59.7%. La amplia mayoría de las personas con discapacidad motora que puede hacer las tareas domésticas con ayuda (el 77.7 %), lo hace con ayuda de la

familia y el resto con ayuda de otro tipo. El 21.3% de las personas con discapacidad motora no puede realizar tareas domésticas, duplicando la media para los discapacitados con una sola discapacidad (13.1%).

- Algo más de la mitad de las personas con discapacidad motora el (55.6%) pueden **realizar las compras por sí mismos**, mientras que entre las personas con discapacidad visual este porcentaje asciende a 79.5%, en las personas con discapacidad auditiva a 90.2%, en las personas con discapacidad del habla al 70.8% y en las personas con discapacidad mental al 59.6%. El 13.8% de las personas con discapacidad motora que pueden realizar las compras con ayuda, en la amplísima mayoría de los casos, lo hace con ayuda de la familia. Por último, el 28.9% de las personas con discapacidad motora no pueden realizar las compras.

- El 48.6% de las personas con discapacidad motora puede **viajar por sí mismo en transporte público** (mientras que el resto de discapacitados con una sola discapacidad asciende al 61.1%). El 16.2 % de las personas con discapacidad motora, pueden viajar con ayuda y en la amplia mayoría de los casos esta ayuda es otorgada por la familia (88.4%). El 34,1% de las personas con discapacidad motora no puede viajar en transporte público, mientras que para las personas con discapacidad visual, este porcentaje se reduce al 7.2%, en el caso de las personas con discapacidad auditiva al 3.6% y en las personas con discapacidad mental al 13.2%.

- En cuanto a las **veces por semana que salen de sus casas**, mientras que el para el conjunto de discapacitados con una sola discapacidad, un poco más de la mitad (53.9%) sale todos los días, en el conjunto de personas con discapacidad motora este porcentaje desciende al 41%. Resulta llamativa la diferencia con el conjunto de personas con discapacidad auditiva, dentro de los cuales el 71.6 % sale todos los días de su casa. Un 18, 3% de las personas con discapacidad motora sale al menos tres veces por semana. El 13.5% de las personas con discapacidad motora sale al menos un día por semana. El 26.6% de las personas con discapacidad motora sale sólo excepcionalmente o nunca de su casa, mientras que el colectivo de discapacitados desciende al 17.7%. Este porcentaje desciende al 5.6 % en las personas con

discapacidad auditiva, al 10% en las personas con discapacidad visual y 15.6% en las personas con discapacidad mental.

A partir de la lectura de estos datos proporcionados por la ENDI, podemos caracterizar una situación general de vulnerabilidad, como señalábamos en un principio, sin embargo, observando los indicadores referidos a uso de beneficios sociales, podemos observar que la experiencia de vivir con una discapacidad motora, varía sustancialmente de acuerdo a la posición en el espacio social ocupada por el agente¹⁰. Desde la teoría práctica de Pierre Bourdieu (1987), consideramos que la posición en el espacio social depende del capital global acumulado por un agente social. Así, en una sociedad dividida en “clases todos los productos de un agente hablan inseparablemente por una sobredeterminación esencial de su clase (o mejor de su posición en el espacio social y su trayectoria ascendente o descendente) y su cuerpo, o más precisamente de todas las propiedades, siempre socialmente calificadas de la que es portador, propiedades sexuales por supuesto, pero también físicas, alabadas como la fuerza o la belleza o estigmatizadas” (P. Bourdieu, 1991:135).

En este sentido, observamos que el *capital económico* condicionaría la vivencia de la discapacidad, desde la posibilidad de realizar tratamientos (en gran parte financiados con presupuesto del hogar) hasta la de adquirir ayudas técnicas externas. Inclusive, entre quienes no hacen actualmente tratamientos de rehabilitación, un porcentaje importantísimo lo hace por falta de recursos económicos y el resto por otros motivos, tales como: que no se lo cubre la obra social o el lugar queda lejos de sus casas. Es evidente que, en tanto que mejoran la calidad de vida, la no realización de tratamientos socava la capacidad de autovalimiento. A su vez, también podemos observar que el *capital social*, es fundamental ya que, como señalábamos más arriba, gran parte de los tratamientos son financiados por el grupo familiar, pero donde resultaba a su vez evidente, es en el nivel de autovalimiento. Gran parte de las personas con discapacidad que pueden hacer tareas cotidianas “con ayuda”, tales como hacer las tareas domésticas, bañarse, viajar en transporte público, lo hacen en la amplísima mayoría con el apoyo de la familia.

Entonces la experiencia del “cuerpo alienado” se presenta de modo diferencial de acuerdo a la posición ocupada en el espacio social. “El cuerpo para el otro” es un producto social: por un lado, sus propiedades “distintivas” se deben a las condiciones sociales de producción y, por otro lado, la mirada social no es un poder abstracto y universal sino “un poder social, que

siempre debe una parte de su eficacia al hecho de que encuentre en aquél a quien se aplica el reconocimiento de las categorías de percepción y apreciación que dicho poder le aplica” (P.Bourdieu: 1998, 204).

Pero entonces, si bien como señalábamos, la experiencia (o en términos de Liliana Pantano, la condición de discapacidad), variará de acuerdo con las *trayectorias sociales*, (y sobre todo de su carácter ascendente o descendente), el sujeto no actúa con una completa libertad, sino que existen ciertas limitaciones estructurales que parecerían atravesar al conjunto de las clases sociales y tendrían que ver con las dificultades en la movilidad en el espacio público.

Observando los indicadores relacionados a “autovaloramiento”, se puede apreciar que de cada diez personas con discapacidad motora, ocho pueden bañarse por sí misma, seis pueden realizar las tareas domésticas, cinco pueden hacer las compras y cinco pueden viajar por sí mismas en transporte público (mientras que, por ejemplo, entre las personas con discapacidad auditiva, entre las cuales las barreras arquitectónicas parecerían influir menos, dadas las particularidades de la deficiencia, nueve de cada diez pueden viajar solas). Ahora bien, habrá quien opine que estos datos no son estadísticamente relevantes, aludiendo a que las diferencias son sutiles. Sin embargo, podemos refutar tal argumento al observar la cantidad de veces por semana que las personas con discapacidad motora. A nuestro entender, es allí que se hace manifiesta la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad motora. Así, la mitad de las personas con discapacidad motora sale entre tres veces y menos por semana de su casa, y dentro de estas, el 26,6% sale sólo excepcionalmente o nunca. Parecería que estas limitaciones en la actividad estarían ligadas a las barreras estructurales, que no serían más que expresión de las barreras culturales. ¿En qué nos sustentamos para pensar esto? Al observar las diferencias en el nivel de autovaloramiento de acuerdo al tipo de discapacidad, entre el total de personas con una sola discapacidad.

Si consideramos que “todas las manipulaciones simbólicas de la experiencia corporal, empezando por los desplazamientos en un espacio simbólicamente estructurado, tienden a imponer la integración del espacio corporal, el espacio cósmico y del espacio social, pensando según las mismas categorías” (P. Bourdieu, 1991: 131), podemos pensar que la ausencia en el espacio público de un gran número de personas con discapacidad motora, daría cuenta de un cuerpo socialmente descalificado. Es interesante observar cómo la sociedad incapacita más a las personas que los efectos que produce la incapacitación sobre los individuos. Lo que

invalida no es sólo la deficiencia, sino la falta de presencia en el espacio público. En las personas con discapacidad motora, encarnarían un cuerpo socialmente estigmatizado o rechazado. Parecería que la posesión de un cuerpo no legítimo, conduciría a una desposesión en términos de *capital simbólico* en términos generales, ya que las experiencias de poseer un cuerpo discapacitado variarían de acuerdo a las *trayectorias sociales*. Pero sí podemos observar, entonces que deficiencia y discapacidad se confunden en el cuerpo discapacitado, y derivan de un mundo cultural que no está escindido de un cuerpo particular.

Retomando la pregunta que nos hiciéramos en un inicio, a modo de primer acercamiento, a un interrogante que no es cerrado y es complejo, podemos señalar que en la experiencia del cuerpo con deficiencia motora se visualizarían los efectos de una cultura discapacitante, que veíamos reflejada en esa ausencia de certificación estatal. “Las estructuras del espacio social (...) moldean los cuerpos al inculcarles, por medio de los condicionamientos asociados a una posición en el espacio social, las estructuras cognitivas que dichos condicionamientos les aplican” (P. Bourdieu: 1999, 241) Entonces, no es llamativo que esta cifra se traduzca en el cuerpo particular encerrado.

En este sentido, P. Bourdieu señalará, que “sólo puede describirse realmente la relación entre los agentes y el mundo a condición de situar en su centro el cuerpo, y el proceso de incorporación que tanto el objetivismo fisicalista como el subjetivismo marginalista ignoran” (P. Bourdieu, 1999:241). El cuerpo está socialmente marcado y jerarquizado y en este sentido, el *habitus*, como metáfora del mundo, hace referencia a una geografía corporal. La relación con el propio cuerpo es una forma de experimentar la posición en el espacio social mediante la comprobación de la distancia existente entre el cuerpo real y el cuerpo legítimo (P. Bourdieu:1982). Entonces, a partir de ciertas condiciones de existencia, el mundo se hace carne en el sujeto y se establece un *habitus* (P.Bourdieu: 1991), como sistema de disposiciones que se sedimentan en el cuerpo, y que en términos de Maurice Merleau-Ponty (1975), no cierran la experiencia, sino que permiten recrear al nivel de la experiencia corporal o individual un *mundo particular* entre todos los posibles¹¹.

Es en el cuerpo discapacitado concreto, en su desenvolvimiento en la vida cotidiana, la esfera en que situación y condición, deficiencia y discapacidad se confunden. Podemos observar como esta situación rezagada en el espacio social, se traduce en el espacio físico, y aventurarnos a pensar que la experiencia de ausencia en el espacio público tiene que ver con

la posición ocupada en el espacio social. Las barreras arquitectónicas y la ausencia del reconocimiento del Estado revelarían una situación de fuerte vulnerabilidad social que limita a un porcentaje importante de las personas con una discapacidad motora a una especie de muerte social. El no reconocimiento estatal, es fuertemente significativo para comprender la “situación de discapacidad” ya que, el Estado como detentador de la violencia simbólica, a partir de la certificación de la discapacidad determina el reconocimiento de estos sujetos como derechohabientes¹² (P. Bourdieu, 1999). Por medio del certificado de discapacidad, el cual se deriva del diagnóstico médico dotado de eficacia jurídica, se reconoce un “poder social reconocido que da acceso legítimo a ventajas o privilegios” (P. Bourdieu: 1999,245). Por medio del diagnóstico médico, que certifica la deficiencia, “acta clínica de identificación científica que puede estar dotada de eficacia jurídica por medio de la prescripción médica y participar en la distribución social de los privilegios, con lo que se establece una frontera social, la que discrimina a los derechos habientes” (P. Bourdieu, 1999: 245) poseedores del cuerpo deficiente legítimo, o, lo que podríamos expresar a través de un juego de palabras, “del cuerpo no legítimo-legitimado”. Es por esto que, si bien es cierto que en un nivel operativo, debemos recurrir a una operacionalización de la deficiencia, lo importante es explicitar que tal categoría no puede ser entendida como una categoría abstracta, ahistórica y neutra, sino como el resultado de una lucha simbólica que se da en torno a la definición del *cuerpo deficiente legítimo*, lucha que no deja de estar relacionada a la lucha por la definición del *cuerpo legítimo*. (P. Bourdieu: 1999).

Entonces, estas reflexiones sobre la situación de discapacidad, nos puede servir como un primer diagnóstico, como la probabilidad de que a cierta posición en el espacio social se dé una preponderancia a ciertas disposiciones. Lo que posee de rico la ENDI, como encuesta, es que nos permite pensar en términos relacionales y efectuar un modelo, que del modo más económico y eficaz intenta explicar ciertos fenómenos sociales, pero que no es la realidad (P. Bourdieu, 1991). Las variaciones a esta tendencia, tendrán que ver con las trayectorias sociales de cada agente. En otras palabras, la experiencia del cuerpo discapacitado no es un destino, sino que, dadas estas condiciones objetivas, es un dispositivo de potenciales destinos. No podemos caer en un reduccionismo objetivista que suponga que los datos aportados por una media estadística explican los múltiples modos de vivir la discapacidad. Pero también, sería un reduccionismo entender la condición de discapacidad descontextualizada de esta situación de discapacidad. Por eso, si bien la situación de discapacidad no es un destino, sino “un dispositivo de potenciales destinos”, el sujeto no actúa en completa libertad. Existe un *a-*

priori histórico que condicionará el límite de lo pensable y lo no pensable. Así, si bien uno puede observar una tendencia en términos estadísticos que impiden la integración y que veíamos que se traducían, por ejemplo, en diferencias en el nivel educativo, Ricardo Viotti, demuestra cómo mujeres con discapacidad motora lograron quebrar este destino y acceder a estudios universitarios. Sin embargo, en las entrevistas se reconoce que –pese al esfuerzo- lo social se hace sentir, y la mayoría menciona el problema de la accesibilidad, e inclusive de la discriminación¹³.

Así, como señala Miguel A. V. Ferreira (2007), lo cierto parece es que en el tipo de sociedades en que vivimos, condicionadas por la lógica del mercado, las personas con discapacidad están claramente en una situación de desventaja. Un dato no poco llamativo es que entre las personas con discapacidad motora mayores de 14 años y que son ocupados (el 22.4%), prácticamente la mitad son obreros o empleados y el resto trabajadores por cuenta propia, pero no se registran patronos. Sería interesante indagar, cuestión que excede a los límites de este trabajo, como sugiere Miguel A. V. Ferreira, cuál es el porcentaje de personas con discapacidad que tienen cargos jerárquicos, como un medio para observar de qué modo, “es el medio es que discapacita al discapacitado al no reconocer su diferencia como igual y catalogarla de inferior. Y no se trata sólo de una designación: esa jerarquización se concreta de manera práctica, tanto en la infinidad de obstáculos materiales que su entorno erige ante los discapacitados como por la práctica de segregación de los procesos normales de acceso a la educación o el mercado de trabajo. Se han de procurar medidas de carácter integrador, ya que las estructuras han de adaptarse a la discapacidad y no los discapacitados a los estándares prácticos y normativos que regulan dichas estructuras” (M. A. V. Ferreira, 2007: 12).

BIBLIOGRAFIA

Bourdieu, P. (1999): *Meditaciones pascalianas*, Anagrama, Barcelona.

Bourdieu, P. (1997): *Capital, cultural, escuela y espacio social*, Siglo XXI, Madrid.

Bourdieu, P (1991): *El sentido práctico*, Taurus, Madrid.

Bourdieu, P (1990): *Sociología y Cultura*, Grijalbo, Madrid.

Bourdieu, P. (1987): *Cosas Dichas*, Gedisa, Barcelona.

Bourdieu, P. (1982): “Notas provisionales sobre la percepción social del cuerpo”, en *Materiales de sociología crítica*. En C. Wrigth (Ed.), La Piqueta Madrid.

Bourdieu, P. (1995). *Respuestas*, Grijalbo, Madrid.

Couzens Hoy, D. (1999): “Critical Resistance : Foucault and Bourdieu” en *Perspectives on Embodiment. The Intersections of Nature and Culture*. H. F. Haber & G.Weiss (Ed.), Routledge, Nueva York-Londres.

Ferreira, M. A. V (2007): “Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad”, en *Revista Intersticios*, Vol. 1, Nº2.

INDEC (2003): “Encuesta Nacional de Discapacidad 2002/2003. Complementaria al Censo de Vivienda, Hogar y Población de 2001”. Argentina: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Disponible en: www.indec.gov.ar

Martinez, A. T. (2004): Pierre Bourdieu: razones y lecciones de una práctica sociológica –del estructuralismo genético a la sociología reflexiva-. Tesis de Doctorado no publicada, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Sociales, Argentina.

Merleau-Ponty, M. (1975).: *Fenomenología de la percepción*, Península, Barcelona.

OMS/OPS (2001). “International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)”. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icf/en/>.

Pantano, L. (2005): “De las personas con discapacidad y de la discapacidad. Condición y situación”. Disponible en: http://www.educared.org.ar/integrated/links_internos/noticias/discapacidad_pantano/index.asp

Pantano, L. (2003): “Atendiendo a la discapacidad. Conocimiento y acción. Incidencia en proyectos y planes” en *Boletín del Departamento de Docencia e Investigación del Instituto de Rehabilitación Psicofísica. Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires*. 7.

Pantano, L. (1993): *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*, Eudeba, Buenos Aires.

Viotti, R. (2006): “Estudio cualitativo sobre calidad de vida en mujeres médicas (y otras profesiones conexas) con discapacidades motoras”. Tesis de Maestría no publicada, Universidad del Salvador, Maestría en Salud Pública, Argentina.

¹ Según L. Pantano (2004), este nuevo esquema de la CIF, apoyándose en un modelo bio-psico-social que procura el complemento y la síntesis entre el llamado modelo médico o médico-rehabilitador y el social-integrador, entiende a la discapacidad como construida en la interacción entre una persona con un estado de salud y su entorno, siendo su principal aporte, entonces, la sistematización de los factores contextuales para su estudio y consideración en la evaluación del funcionamiento humano. Justamente, los estudios de L. Pantano han aportado en Argentina las bases para definir la discapacidad como un problema sociológico (L. Pantano 2004, 2003, 1993). Así el objetivo de *La discapacidad como problema social* (1993) es buscar desde una óptica sociológica el estudio de la discapacidad como un problema social y, en un intento por superar la visión funcionalista que veía en la misma una “fuerza desorganizadora”, propondrá estudiar el contexto de relaciones sociales que establecen una situación de desventaja para aquellos afectados por la discapacidad, en cuanto a su integración a la sociedad.

² La Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) tiene por objetivo cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad. Para ello, la ENDI relevó información sobre los siguientes temas: tipo y causa de la discapacidad; edad de origen de la misma; tipo de ayuda que reciben las personas con discapacidad por parte de obras sociales organismos estatales, organismos no gubernamentales, etc; autovalimiento; uso de beneficios legales y sociales; características sociodemográficas de los miembros del hogar y características y adaptaciones de la vivienda. Los datos aquí expuestos, corresponden al total país, es importante destacar que la muestra incluyó a aquellas localidades de más de 5000 habitantes. Disponible en www.indec.mecon.gov.ar

³ La ENDI utiliza una definición anterior a la brindada por la CIF, aunque no difiere sustancialmente. También enfatiza la importancia de los factores contextuales. La ENDI define operacionalmente a la discapacidad como “toda limitación en la actividad y restricción en la participación que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social por otra parte, esas limitaciones y restricciones no dependen solamente del individuo sino también del entorno físico y cultural que se encuentra”. La pregunta del cuestionario que en el Censo 2001 que detectaba los hogares en los cuales había al menos un discapacitado, en base a la cual se realizó luego la muestra para realizar la ENDI, era la siguiente: “En este hogar, ¿hay alguna persona sorda o que necesite audífono, ciega de uno o de los dos ojos, que le falte o tenga atrofiados brazos, manos o piernas, muda o con problemas graves para hablar, con retardo o problemas mentales, que tenga discapacidad permanente, no hay discapacitados en el hogar?”. Disponible en www.indec.mecon.gov.ar

⁴ Si bien en *El Oficio del sociólogo* (1987) P. Bourdieu rechaza la fenomenología como método para entender lo social, es indudable la influencia que sobre el pensamiento de este autor ha tenido principalmente la noción de temporalidad de Husserl y la de *hábito* de Maurice Merleau Ponty. Ana Teresa Martínez (2004) señala que justamente las dificultades que presenta la lectura estructuralista de la teoría de nuestro autor introducida en el campo académico argentino se debe a la falta de conocimiento de esta influencia fenomenológica. En esta misma línea, David Couzens Hoy (1999) sostiene que la teoría de P. Bourdieu puede ser entendida como una versión social de la teoría de la encarnación de M. Merleau Ponty. No es nuestra intención encasillar a P. Bourdieu en una corriente filosófica, sino sólo sugerir una lectura que consideramos muy provechosa para la investigación sociológica e intentar argumentar la pertinencia de dicha propuesta.

⁵ La ENDI ofrece una amplísima gama de indicadores como ya señalamos anteriormente, no es nuestro interés realizar una explicación de tipo causal, sino que sólo pretendemos, a partir de la descripción de estos poquísimos indicadores, seleccionados en virtud de nuestra pregunta de trabajo, esbozar algunas reflexiones sobre la situación de discapacidad en nuestro país que posibiliten pensar en torno al “cuerpo discapacitado”. Para un muy minucioso análisis de la situación de discapacidad en Argentina, recomendamos consultar: Pantano, L. (2005): “De las personas con discapacidad y de la discapacidad. Condición y situación”. Disponible en: http://www.educared.org.ar/integrared/links_internos/noticias/discapacidad_pantano/index.asp

⁶ Los datos expuestos en este trabajo, salvo que se indique lo contrario, se limitan a las personas con sólo discapacidad motora. La ENDI ofrece los indicadores seleccionados por cantidad de discapacidad, pero sólo entre las personas con una discapacidad, discrimina los datos por tipo de discapacidad. Dentro del conjunto de personas con una sola discapacidad el 32% posee sólo motora, el 14% sólo visual, el 12% sólo mental, el 12% sólo auditiva y el 2% sólo otra discapacidad. Fuente: Revista Aquí se cuenta-Revista informativa del Censo 2001, N° 14.

⁷ De acuerdo a los resultados de la ENDI en uno de cada cinco hogares existe al menos una persona con alguna discapacidad.

⁸Mientras que en la población total el 14,2% posee hasta primario incompleto, dentro de los discapacitados motores este porcentaje se duplica al 31%.

Mientras que para la población total del país el 24.5% ha alcanzado entre secundario completo y terciario incompleto, en la población con discapacidad motora alcanza sólo un 10.9%.

Por último, mientras en la población total el 8,7 % ha alcanzado terciario o universitario completo en la población con discapacidad motora a un 6.8%, notándose una leve pero no tan significativa diferencia. (En base a datos del Censo 2001. Disponible en www.indec.mecon.gov.ar.)

⁹Cuando se habla de “uso de ayudas técnicas externas”, se hace referencia al uso de ayudas técnicas externas de toda índole: silla de ruedas, audífonos, aparatos, bastones, computadoras adaptadas, oxígeno, sondas, que utilizan las personas con discapacidad cualquiera sea la misma, y/o necesitan diálisis o se les ha practicado un implante coclear, etc.

¹⁰ Si bien la ENDI no posee una base de usuarios al momento de redacción de este trabajo (ni pueden pedirse cruces de cuadros a la Coordinación de la ENDI, debido a la preocupante situación institucional que está atravesando el INDEC), los cuadros ofrecidos nos permiten afirmar el peso –en especial- del capital económico y social en el modo de vivir la “condición” de discapacidad.

¹¹ Consideramos que el reconocimiento, por parte de P. Bourdieu, de la tradición fenomenológica (1987) habilita a realizar un estudio paralelo entre la noción de cuerpo habitual de Maurice Merleau Ponty y la de *habitus* en P. Bourdieu. En términos de M. Merleau Ponty, en virtud de la naturaleza temporal de la existencia en el cuerpo propio se constituye un *cuerpo habitual*, existencia adquirida o cristalizada en los esquemas de acción que desaparecen en el *cuerpo actual*, existencia abierta y personal y se transforman en movimientos virtuales.

¹² En un estudio realizado por la Fundación Par, a nivel nacional a organizaciones públicas, privadas y no gubernamentales, donde se indagó sobre las principales problemáticas del área de la discapacidad, se observa que –paradójicamente- las organizaciones estatales vinculan los problemas de accesibilidad con problemas puntuales, tales como arreglar veredas, esquinas rotas, transporte público, pero no como un plan general de integración. Según Claudio Bernardelli (2005), creer que solucionar el tema de la accesibilidad se resuelve arreglando las esquinas, es seguir atendiendo a la discapacidad como un problema individual, cuando en realidad sería necesario un Plan Nacional de Accesibilidad. Claudio Bernadelli (2005): “Accesibilidad al medio físico y comunicacional” en *La Discapacidad en Argentina, Un Diagnóstico y Políticas Públicas Vigentes al 2005*, Fundación Par, Buenos Aires.

¹³ Cf. Ricardo Viotti (2006): Tesis de Maestría en Salud Pública: “Estudio cualitativo sobre calidad de vida en mujeres médicas (y otras profesiones conexas) con discapacidades motoras”.