

# Discapacidad y hábitat residencial: una emergencia en Chile

*Mariela Gaete-Reyes<sup>1</sup>*

## **Introducción**

La discapacidad es intrínseca al ser humano y hablar de este tema es útil para ilustrar la diversidad humana. El cuerpo no es estático, ni fijo. A través del ciclo de vida el cuerpo cambia y se pueden adquirir impedimentos físicos, cognitivos y otros. Además, el cuerpo de una misma persona es diferente cuando es niño, adulto o adulto mayor. Sus dimensiones y habilidades varían en diferentes etapas y esto hace que las personas se relacionen con su hábitat residencial de manera distinta en los diferentes períodos de la vida. A pesar de que existen algunas iniciativas gubernamentales para responder al problema de la discapacidad en el ámbito del hábitat residencial en Chile, éste es aún un tema pendiente. Esto se debe, en parte, a que la discapacidad se considera como un problema individual y generalmente lejano a la experiencia de habitar. Aunque leyes como la N°20.422<sup>2</sup> han avanzado en la conceptualización de la discapacidad como un fenómeno relacional, en la práctica aún se tiende a enfrentar este tema como si fuera un problema del individuo. Es decir, gran parte de las acciones aún se focalizan en compensar a las personas por las disfunciones de su cuerpo, con rehabilitación y ayudas técnicas o de otra índole.

El objetivo de este capítulo es visibilizar un tema que ha sido considerado sólo parcialmente en Chile. El capítulo se divide en cinco partes. La primera, establece un marco conceptual que discute teorías de discapacidad. La segunda parte reflexiona sobre el tema de la corporalidad y el habitar. La tercera examina políticas públicas, como la Ley y Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones y su relación con la discapacidad y el hábitat residencial, así como otras iniciativas gubernamentales para enfrentar el problema. En cuarto lugar, el capítulo muestra dos casos de estudio que formaron parte de una investigación que abordó el tema de la discapacidad y el hábitat residencial en Santiago de Chile. Finalmente, el trabajo concluye relevando la importancia

---

<sup>1</sup> Arquitecta, Universidad Nacional de Colombia. Mg Desarrollo Urbano, PUC. PhD, King's College London, Inglaterra. Académica Instituto de la Vivienda, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Chile. Ministerio de Planificación, 2010.

del enfoque de hábitat residencial para iluminar dimensiones ciegas en política pública relacionada con la discapacidad. También propone lineamientos para nuevas investigaciones en el tema.

### **La discapacidad en términos conceptuales**

La discapacidad ha sido conceptualizada de diferentes maneras a través del tiempo y en diferentes contextos geo-políticos. Estas variaciones de conceptualización han producido diferentes respuestas en términos de política pública y de acciones para responder a las necesidades de las personas con discapacidad. En países anglosajones, en donde se ha teorizado sobre la discapacidad, se vislumbran tres grupos de modelos o teorías de discapacidad, el modelo médico o individual, los modelos sociales y los modelos relacionales<sup>3</sup>.

El *modelo médico* de la discapacidad entiende este fenómeno como una condición individual, fisiológica, la cual puede ser tratada y curada por medio de la rehabilitación<sup>45</sup>. Bajo esta perspectiva los problemas de accesibilidad son vistos como causados por las deficiencias del cuerpo/mente. En 1980 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió discapacidad en la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM) como “toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad, dentro del margen que se considera promedio para el ser humano”<sup>6</sup>. Esta definición fue criticada por las organizaciones controladas por personas discapacitadas<sup>7</sup>, porque sugiere que la ‘deficiencia’ es la variable causante de la ‘discapacidad’, negando las restricciones impuestas por la sociedad<sup>8</sup>.

El *modelo social* de la discapacidad surge como respuesta a la concepción médica y a las políticas y acciones derivadas de ella<sup>9</sup>. Los orígenes de este modelo en el Reino Unido se ligan a la definición elaborada por la Unión

<sup>3</sup> Gaete-Reyes, 2012.

<sup>4</sup> Los orígenes del modelo médico vienen del capitalismo industrial cuando quienes no podían formar parte de la cadena productiva eran categorizados como incapaces de trabajar siendo relegados en instituciones. También este modelo se relaciona con el establecimiento de la profesión médica.

<sup>5</sup> Oliver, 1990.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud, 1980.

<sup>7</sup> Utilizo el termino ‘personas discapacitadas’ en lugar de ‘personas con discapacidad’ siguiendo el modelo social de discapacidad que establece que las personas son discapacitadas por la sociedad (UPIAS, 1976).

<sup>8</sup> Barnes y Mercer, 1997.

<sup>9</sup> *Ibíd.*

de Discapacitados Físicos Contra la Segregación (UPIAS). Uno de los pilares fundamentales de esta definición es la distinción entre ‘discapacidad’ y ‘deficiencia’. En su declaración de Principios Fundamentales de la Discapacidad, UPIAS define:

“Deficiencia como la ausencia de una parte o todo un miembro, o tener un miembro, órgano o mecanismo del cuerpo ‘defectuoso’; y discapacidad como la desventaja o restricción de acción causada por una organización social contemporánea que no considera o considera poco las necesidades de las personas con deficiencias físicas y así los excluye de la participación en las actividades sociales”<sup>10</sup>.

La teorización social cambia la causa de la discapacidad desde el individuo a la sociedad. Esta visión establece que las barreras son socialmente producidas. De acuerdo con esta teorización la inaccesibilidad en las edificaciones ‘discapacita’ a las personas con ‘deficiencias’. Desde la declaración de UPIAS el modelo social fue expandido para incluir a las personas con todo tipo de ‘deficiencias’ de cuerpo/mente, y además ha sido elaborado en diferentes perspectivas. Mientras que la separación entre ‘deficiencia’ y ‘discapacidad’ ha servido para develar las barreras socialmente producidas, ha sido criticada por algunos autores porque aun si las barreras fueran removidas, algunas personas discapacitadas experimentarían restricciones por causa de las deficiencias de su cuerpo/mente<sup>11</sup>.

Visiones más completas de la discapacidad que las conceptualizaciones médicas y sociales, son los *modelos relacionales*, que reconocen las interacciones entre el cuerpo y la mente, y el entorno socio-espacial<sup>12</sup>. Por ejemplo, la OMS reemplazó en el 2001 la CIDDM por la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de La Discapacidad y de La Salud (CIF) y define la discapacidad como “los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y los factores contextuales de ese individuo (ambientales y personales)”<sup>13</sup>. Shakespeare toma como base la definición de discapacidad de la CIF y plantea que “las personas son discapacitadas por la sociedad y por sus cuerpos”<sup>14</sup>. La revisión de estos modelos muestra la

<sup>10</sup> Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976, p. 14.

<sup>11</sup> Shakespeare, 2006; Thomas, 2004.

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud, 2001; Shakespeare, 2006; Thomas, 2004.

<sup>13</sup> Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 1.

<sup>14</sup> Shakespeare, 2006, p. 2.

evolución de la conceptualización del problema de la discapacidad, desde ser considerado un tema individual hasta ser visto como un problema social y relacional. Sin embargo, aún en ámbitos anglosajones se requiere de un cambio social importante para que los conceptos sociales y relacionales de la discapacidad permeen las políticas públicas y leyes, y otras iniciativas que busquen mejorar la calidad de vida de las personas discapacitadas. Este cambio pasa por reconocer las diferentes corporalidades, tema que se aborda en la siguiente sección en relación con el hábitat residencial.

### **La corporalidad y la discapacidad como medios para comprender el habitar y la producción del espacio**

El tema de la discapacidad es fundamental para comprender el habitar (desde el punto de vista del habitante) y la producción del espacio. Los sentimientos de las personas sobre los lugares que habitan (su hogar), y sus experiencias en estos espacios, están relacionados con su corporalidad, entendida como las características físicas y el funcionamiento del cuerpo. Es por ello que “la calidad de la vida doméstica y la calidad de la vivienda en general, deben ser entendidas, en parte, con referencia al cuerpo y las concepciones de corporalidad”<sup>15</sup>. Al pensar en el habitar y en el habitante, el diseño de vivienda ha tendido a usar modelos de corporalidad que responden a biotipos europeos tales como el hombre de Vitruvio, de Leonardo Da Vinci (1487), El hombre de Ernst Neufert (1936) y El Modulor de Le Corbusier (1948) (figura 1). Estos modelos de corporalidad, así como el diseño de vivienda, no reconocen diferencias corporales asociadas a la discapacidad<sup>16</sup>, sino que más bien reflejan cuerpos masculinos con dimensiones ideales.

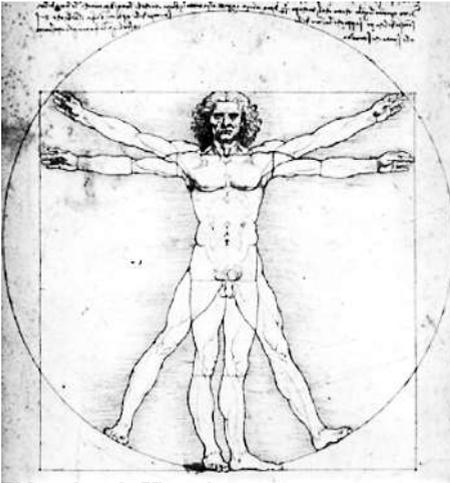
La invisibilidad de las personas discapacitadas en este contexto se relaciona con los imaginarios idealizados de la vida doméstica que se basan en condiciones percibidas positivamente, tales como tener compañía y libertad y que tienden a excluir otros aspectos de la condición humana y la vida doméstica como la enfermedad, las ‘deficiencias’ y la muerte<sup>17</sup>. El poner el tema de la discapacidad dentro de una discusión del habitar que tenga en cuenta al habitante, intenta visibilizar un tema que ha estado solo parcial-

<sup>15</sup> Imrie, 2004, p. 745.

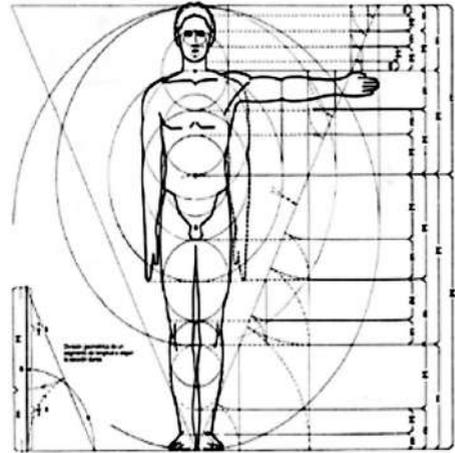
<sup>16</sup> Los modelos de corporalidad y el diseño de vivienda también tienden a ignorar diferencias culturales y fenotípicas de la variabilidad humana.

<sup>17</sup> *Ibíd.*

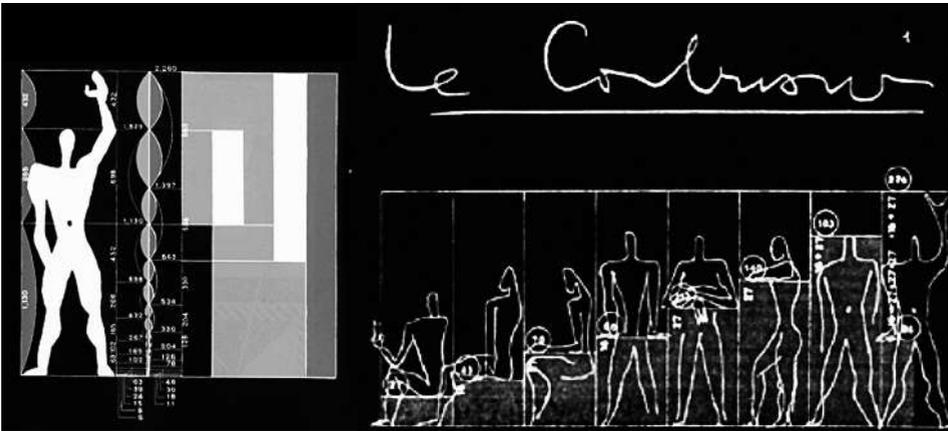
mente considerado, y que está profundamente relacionado con la calidad de vida. El bienestar físico y mental de las personas está relacionado con la calidad de su vivienda y el ambiente de su hogar. Parte importante de la calidad de las viviendas tiene que ver con su diseño y si este permite que el habitante se mueva con facilidad y use con comodidad sus espacios. Para muchas personas discapacitadas, sobre todo aquellas con problemas de movilidad y/o usuarios de silla de ruedas, el diseño de sus viviendas no se adecua a sus necesidades<sup>18</sup>.



El hombre de Vitruvio, Leonardo Da Vinci (1487)



El hombre de Ernst Neufert (1936)



El Modulor, Le Corbusier (1948)

Figura 1. Modelos de corporalidad.

<sup>18</sup> Heywood, 2005; Gaete-Reyes, 2002; 2012.

Sin embargo, no solamente las características y accesibilidad de la vivienda influyen en la calidad de vida. La calidad de vida también está influenciada por los espacios externos a la vivienda que conforman el hábitat residencial. En términos físico-espaciales, una aproximación a la definición de hábitat residencial es la noción holística de vivienda que presentan Haramoto *et al.* Ellos indican:

“En términos amplios la vivienda no sólo es el “techo”, sino un sistema que además incluye el terreno, la infraestructura y el equipamiento social –comunitario según una localización y dentro de un contexto social, cultural, económico, político, tecnológico y físico”<sup>19</sup>.

Esta definición devela la importancia del entorno de la vivienda. En el ámbito de la discapacidad no es suficiente con tener una vivienda adecuada, es importante también tener un entorno que reconozca e incluya a las personas con diferentes corporalidades. De otra forma, el hogar de una persona se puede convertir en una prisión desestabilizando la noción de hogar como espacio de libertad<sup>20</sup>.

El hábitat residencial también ha sido definido como el “producto de un proceso de construcción social en el cual los seres humanos intervienen directa, activa y progresivamente mediante la incorporación de distintas formas de organizaciones socioculturales, territoriales y políticoeconómicas”<sup>21</sup>. Sin embargo, las personas discapacitadas, y sus organizaciones, no necesariamente han influido en dichos procesos resultando en que sus necesidades no se ven reflejadas en el ámbito físico-espacial del hábitat residencial y en general en la producción del espacio. Prueba de esto es que hasta hace muy poco, la política pública no consideraba las necesidades de las personas discapacitadas en la producción del hábitat residencial. En la siguiente sección se revisarán algunas iniciativas y políticas públicas en el tema.

### **Discapacidad y hábitat residencial: La política pública y sus debilidades**

Esta sección muestra a través de algunos ejemplos la forma en que en Chile el modelo médico ha prevalecido y permeado las políticas públicas

<sup>19</sup> Haramoto et al., 1987, p. 5.

<sup>20</sup> Gaete-Reyes, 2012.

<sup>21</sup> INVI, 2015.

en este contexto, además de reconocer algunos otros aspectos problemáticos de éstas.

Uno de los énfasis de la Ley nro.19.284 de Integración Social de las Personas con Discapacidad<sup>22</sup> publicada en 1994 fue la búsqueda de la equiparación de oportunidades para ellos, a través de posibilitar su acceso al espacio físico. Para esto, la Ley modificó la Ordenanza General de Urbanismo y Construcciones (OGUC)<sup>23</sup> incluyendo la siguiente definición de persona con discapacidad:

“Para los efectos de esta ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social”<sup>24</sup>.

Esta definición es problemática, ya que se enmarca dentro del modelo médico de la discapacidad y no reconoce las causas sociales de la misma. La Ley nro.19.284 además introdujo nuevos decretos relativos al medio construido. Por ejemplo, el decreto supremo nro.40, que reemplaza el Artículo 2.2.8, busca “facilitar el desplazamiento de personas con discapacidad, por espacios de uso público”<sup>25</sup>. Aunque esto representa un avance con respecto a la situación anterior en donde no existía normativa de accesibilidad, sólo afecta a lugares que no están urbanizados, dejando intactos los espacios existentes de uso público. El decreto nro.40 también modifica al artículo 4.1.7 para “facilitar la accesibilidad y desplazamiento de personas con discapacidad” en “todo edificio acogido a la Ley de Propiedad Horizontal o que consulte atención de público”<sup>26</sup>. Sin embargo, todas las disposiciones incluidas afectan solo a las zonas comunes de los edificios, y, en los edificios de vivienda, no se refiere al interior de éstas.

Otra iniciativa incluida en la Ley nro.19.284 establecía que en un plazo de tres años desde su publicación los edificios existentes de uso público deberían ser accesibles. Aunque esta iniciativa era positiva, y afectaba a edificios

<sup>22</sup> Chile. Ministerio de Planificación, 1994.

<sup>23</sup> Chile. Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 1995.

<sup>24</sup> Chile. Ministerio de Planificación, 1994, p. 7.

<sup>25</sup> *Ibíd.*, p. 50.

<sup>26</sup> *Ibíd.*

que forman parte del hábitat residencial como colegios y servicios de salud, en la práctica nada sustancial cambió. Uno de los problemas es que no se propuso un programa sistemático de fiscalización y multas a partir de la ley. Tampoco se hizo una campaña mediática importante para concientizar a la población. Por otra parte, las denuncias por el incumplimiento eran voluntarias, demostrando que la discapacidad es vista como un problema individual. Aún en la última modificación de la OGUC permanece una definición que se enmarca dentro del modelo médico/individual de la discapacidad introducida en el año 2009<sup>27</sup>. En contraste, la Ley nro.20.422 que establece Normas sobre Igualdad de Oportunidades e Inclusión Social de Personas con Discapacidad del año 2010 define que:

“Persona con discapacidad es aquella que teniendo una o más deficiencias físicas, mentales, sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”<sup>28</sup>.

Esta definición es relacional, y por lo tanto, constituye un avance. El cambio más sustancial en relación con la discapacidad y el hábitat residencial es la inclusión del Artículo 29, que determina que el MINVU, dentro de sus programas habitacionales, contempla subsidios especiales para adquirir y habilitar viviendas destinadas a ser permanentemente habitadas por personas con discapacidad. Además, los decretos supremos. nro.1 y nro.49<sup>29</sup> para viviendas con subsidio dirigidos a los grupos emergentes y clase media y a sectores vulnerables respectivamente incluyen requerimientos de accesibilidad. Estas iniciativas representan un adelanto hacia lograr hábitat residenciales más inclusivos. Sin embargo, existen vacíos en la política pública. Por ejemplo, no existen fondos para personas que no puedan postular a subsidios habitacionales y que necesiten adecuar su casa, en caso de adquirir una discapacidad<sup>30</sup>. Tampoco hay mucha información

<sup>27</sup> “Persona con discapacidad”: toda aquella persona que ve obstaculizada su movilidad o autonomía, su capacidad educativa, laboral o de integración social, como consecuencia de una o más deficiencias o limitaciones físicas, síquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, de carácter permanente o transitorio con independencia de la causa que las hubiera originado” (Chile. Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2014, p. 14).

<sup>28</sup> Chile. Ministerio de Planificación, 2010.

<sup>29</sup> Chile. Ministerio de Vivienda y Urbanismo, 2011.

<sup>30</sup> Aunque ha habido otras modificaciones en la OGUC, como el D.S. nro.50 de 2015, estas afectan a los espacios y edificios públicos y no a la vivienda sin subsidio.

sobre cómo se definen las adecuaciones según las diferencias y necesidades corporales. Esto refleja que la discapacidad se ve como algo fijo, ajeno a las diferentes corporalidades. La siguiente sección muestra dos casos de estudio relacionados con discapacidad y hábitat residencial.

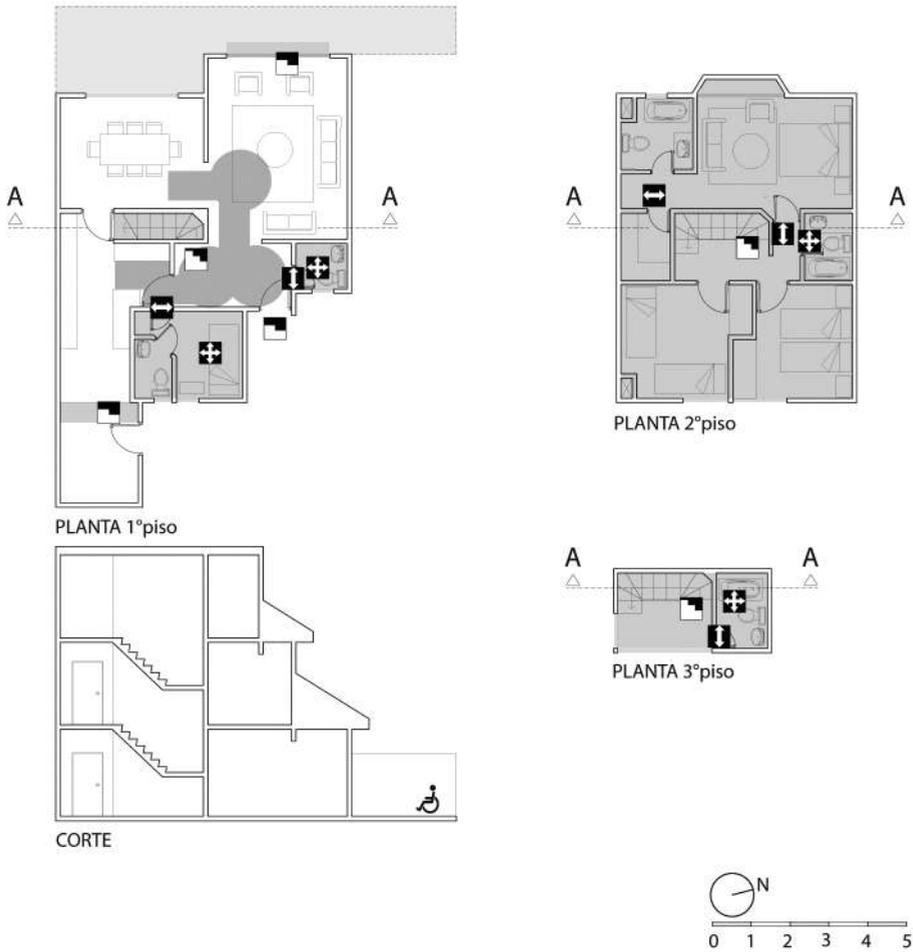
### **Discapacidad infantil y hábitat residencial**

Esta sección reseña brevemente dos casos de estudio que formaron parte de una investigación que abordó el tema de la discapacidad y el hábitat residencial. El estudio se centró en las barreras físicas y socio-comunitarias limitantes de la integración y equiparación de oportunidades para los niños usuarios de silla de ruedas que viven en la Región Metropolitana de Santiago. Los niños participantes en la investigación tenían entre 11 y 16 años y usaban silla de ruedas. La investigación tuvo un enfoque mixto, combinando métodos cuantitativos y cualitativos<sup>31</sup>. En esta sección se mostrará el tema de la accesibilidad física en el hábitat residencial en dos casos particulares pertenecientes a distintos estratos socio-económicos (figuras 2 y 3).

En la figura 2 en azul se muestran los lugares accesibles de las viviendas y en rojo los inaccesibles. El caso 1 corresponde a la vivienda de una niña de estrato socio-económico alto de 11 años, quien vive en la Comuna de Las Condes. Su vivienda es una de las que presenta mayor cantidad de barreras arquitectónicas de la muestra. Tiene tres pisos y no tiene salvaescaleras o ascensor. La niña debía arrastrarse por la escalera hasta los pisos superiores. Sus padres no habían adaptado la vivienda porque ellos querían que ella se esforzara y fuera lo más 'normal' posible. El caso 2 corresponde a la vivienda de un niño de estrato socio-económico bajo de 13 años, quien vive en la comuna de Estación Central. Este niño habita una de las viviendas más accesibles dentro de las estudiadas. Gracias a las adaptaciones físicas, costeadas por la madre del niño con esfuerzo, él puede entrar y salir de su vivienda sin ayuda.

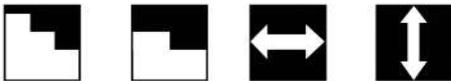
Cuando se realizó el estudio (2001-2002) no existían subsidios para adaptaciones en vivienda, y aun actualmente, las viviendas no sujetas a subsidio están exentas de cumplir con requerimientos de accesibilidad. Esto sugiere que la accesibilidad de este tipo de vivienda es vista como un tema individual y personal. Los casos presentados muestran una fuerte influencia del

<sup>31</sup> Gaete-Reyes, 2002.



### SIMBOLOGÍA BARRERAS FÍSICAS

Desnivel	Escalera	Puerta Angosta	Recinto pequeño
----------	----------	----------------	-----------------



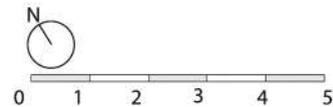
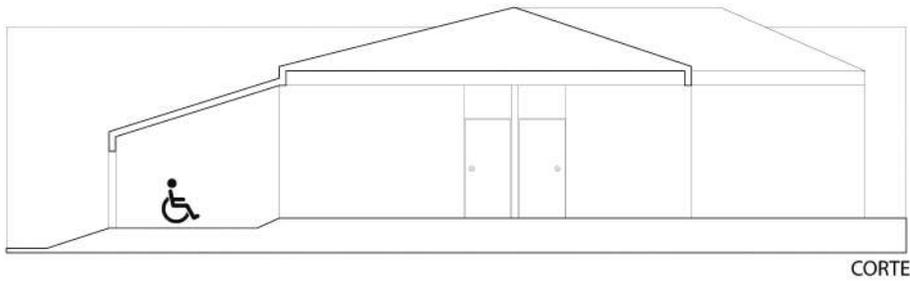
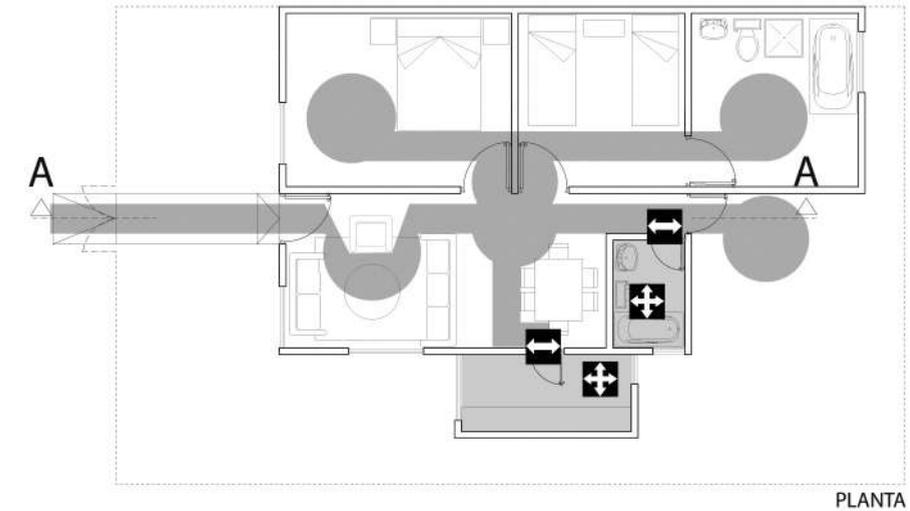
Superficie o recinto  
 Irregular transitable con dificultad.  
 Accesible - transitable.  
 Inaccesible - Intransitable.



### UBICACIÓN: LAS CONDES



Figura 2. Viviendas: Caso 1: Comuna Las Condes,



**SIMBOLOGÍA BARRERAS FÍSICAS**



**UBICACIÓN: ESTACIÓN CENTRAL**



**Figura 2. Viviendas: Caso 2: Comuna Estación Central**

modelo médico de la discapacidad, en donde se espera que las personas discapacitadas se adapten y usen las estructuras inaccesibles existentes, y si no pueden que ellas y/o sus familias corran con los gastos de adaptación. Como no hay una visión generalizada de que la discapacidad en relación con el hábitat residencial es un problema social, sino que solo se considera así en el caso de sectores que puedan postular a subsidios, queda a discreción de los individuos hacer o no adaptaciones, y por lo tanto, se generan situaciones de opresión, como en el caso de la participante que vive en Las Condes.



**Figura 3. Plazas:**

**Caso 1: Comuna Las Condes. Caso 2: Comuna Estación Central**

En el caso 1, en Las Condes, la plaza se encuentra rodeada por una reja, que impide el acceso a personas usuarias de silla de ruedas y dificulta el tránsito de personas ambulantes con movilidad reducida (figura 3). Además todas sus entradas presentan uno o varios desniveles. Esto hace que la participante no visite la plaza de su barrio. En el caso 2, en Estación Central, el participante puede transitar hasta la plaza de su barrio sin ayuda (figura 3). La plaza tiene superficies irregulares, como casi todas las estudiadas, pero el participante puede transitar por los espacios previstos para ello, aunque con alguna dificultad. Este participante se aprecia independiente y seguro de sí mismo y muestra apropiación de su hábitat residencial, es decir, tanto de su vivienda como del entorno a ella.

Los casos presentados demuestran cómo los modelos de corporalidad mencionados anteriormente influyen el diseño del hábitat residencial, tanto en las viviendas como en su entorno. Se constata que en las plazas,

así como en las viviendas, el nivel socio-económico de los lugares de la ciudad, tampoco influye dramáticamente en las condiciones de accesibilidad. Es decir, el espacio urbano y las viviendas de comunas más ricas no necesariamente son más accesibles que en comunas de menores ingresos. Esto mismo se evidenció en los colegios de estos niños<sup>32</sup>. Es necesario generar voluntad política y conciencia social sobre la discapacidad. Un modelo en práctica que reconozca las causas sociales de la discapacidad es necesario para mejorar el hábitat residencial de las personas discapacitadas.

## Conclusiones

Este capítulo muestra que el enfoque de hábitat residencial tiene el potencial de iluminar dimensiones no consideradas en el tema de la discapacidad y el habitar. El hábitat residencial visto no sólo como la vivienda, sino incluyendo la infraestructura y el equipamiento social devela las dificultades para llegar a lograr un entorno físico-espacial inclusivo. Como mostró el capítulo, hasta ahora sólo las viviendas sujetas a subsidio contemplan fondos del estado para adecuaciones físicas. Esto deja potencialmente desprotegidas a muchas personas que no califican para postular a subsidios habitacionales y cuya corporalidad y modo de vida cambia repentinamente por causa de un accidente o enfermedad. A su vez, esto refleja que la discapacidad es vista como un problema individual, como la definición de la OGUC sugiere. La mayoría de las personas discapacitadas y sus familias deben hacerse cargo de resolver los problemas espaciales en sus hogares. Por otra parte, en sectores donde la infraestructura (ej. veredas y calles) y equipamiento social están consolidados es muy difícil lograr que se hagan adecuaciones ya que la OGUC principalmente afecta a lugares no urbanizados.

El enfoque de hábitat residencial como proceso de construcción social deja al descubierto que las personas discapacitadas y sus organizaciones no han tomado parte, y no tienen voz en su producción. Esto puede tener sus orígenes en la época de la Dictadura en Chile, cuando los movimientos sociales estaban vetados, generando un ambiente individualista. En este país no hubo un movimiento social de discapacitados, que presionara por sus derechos, como en Reino Unido y, por lo tanto, no existió el modelo social de la discapacidad. El capítulo releva la importancia de considerar

<sup>32</sup> *Ibíd.*

las opiniones de las personas con discapacidad en la toma de decisiones que les afecten directamente en lo relativo a su hábitat residencial a través de procesos participativos. Por último, se requiere investigación sobre el funcionamiento de los subsidios para personas discapacitadas y sus familias en la práctica, cómo se accede a ellos y si en realidad solucionan los problemas de accesibilidad en las viviendas y que ocurre con los entornos. También se requiere investigación sobre quién y cómo se fiscaliza el cumplimiento de las normativas de accesibilidad.

### **Bibliografía:**

BARNES, Colin, ed. y MERCER, Geof, ed. *Doing disability research*. Leeds, The Disability Press. 1997.

CHILE. Ministerio de Planificación. Ley nro. 20.422. Establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. 2010.

--- Ley nro. 19.284. Establece normas para la plena integración social de personas con discapacidad. 1994.

CHILE. Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Ordenanza general de urbanismo y construcciones (OGUC). 2014.

--- Texto del D.S. nro. 1, de 2011, que aprueba reglamento del sistema integrado de subsidio habitacional. 2011.

--- Texto del D.S. nro.49, de 2011, que aprueba reglamento del programa fondo solidario de elección de vivienda. 2011.

--- Ordenanza general de urbanismo y construcciones (OGUC), 1995.

GAETE-REYES, Mariela. *Understanding access through the embodied mobility of women wheelchair users*. PhD thesis Department of Geography, King's College London, London, UK. 2012. Unpublished.

--- *La discapacidad infantil en el medio urbano: barreras físicas y socio-comunitarias limitantes de la integración y equiparación de oportunidades para los niños usuarios de silla de ruedas*. Tesis presentada al Instituto de Estudios Urbanos y Territoriales de la Pontificia Universidad Católica de Chile, para optar al grado académico de Magister en Desarrollo Urbano. Santiago, Chile. 2002.

HARAMOTO, Edwin; CHIANG, Pamela; KLIWADENKO, Iván y SEPÚLVEDA, Rubén. *Vivienda social: Tipología de desarrollo progresivo*. Santiago, Instituto de la Vivienda F.A.U. U. de Chile y Centro de Estudios de la Vivienda, F.A.B.A. U. Central. 1987.

HEYWOOD, Frances. *Adaptation: altering the house to restore the home*. *Housing Studies*. 20(4): 531-547, 2005.

IMRIE, Rob. Disability, embodiment and the meaning of the home. *Housing Studies*. 19 (5): 745-763, 2004.

INSTITUTO de la Vivienda (INVI). Diplomado hábitat residencial en contextos de vulnerabilidad social. [En línea]. *Universidad de Chile*. 2015. [Fecha de consulta: 02 febrero 2015]. Disponible en: <http://www.uchile.cl/cursos/65080/diplomado-en-habitat-residencial-en-contextos-de-vulnerabilidad-social>

NEUFERT, Ernst. El arte de proyectar en arquitectura. 16a. ed. Barcelona, Gustavo Gili. 2013.

OLIVER, Michael. The politics of disablement. London, Macmillan. 1990.

ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. 2001.

--- Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías. 1980.

SHAKESPEARE, Tom. Disability rights and wrongs. London, Routledge. 2006.

THOMAS, Carol. Rescuing a social relational understanding of disability?. *Scandinavian Journal of Disability Research*. 6(1): 22-36, 2004.

UNION of the Physically Impaired Against Segregation UPIAS. Fundamental principles of disability. London, UPIAS. 1976.