

INSTITUTO TECNOLÓGICO Y DE ESTUDIOS
SUPERIORES DE MONTERREY

ESCUELA DE GRADUADOS EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA Y
POLÍTICA PÚBLICA, CAMPUS CIUDAD DE MÉXICO

***FORTALECIMIENTO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE
ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD***

***Impacto del Instituto Nacional de Rehabilitación y
Propuesta de Mejora***



Lic. Héctor Fernando Ortega Padilla

Proyecto de Investigación Aplicada

Maestría en Administración Pública y Políticas Públicas

Asesor: Dr. Oscar de los Reyes Heredia

Mayo de 2006

I. INDICE

	Página
Resumen Ejecutivo.	1
1. Introducción.	2
2. El problema de la discapacidad en México.	7
2.1 Concepto de discapacidad.	7
2.2 Índices de discapacidad en México.	11
2.3 Importancia del Análisis Cualitativo Sobre los Efectos de la Discapacidad en el Desarrollo Humano.	13
3. La Política Social para la atención de la discapacidad en México.	15
3.1 El Plan Nacional de Desarrollo.	15
3.2 Programa Nacional de Salud.	20
3.3 Principales acciones de atención a la discapacidad en el Sexenio 2001 – 2006.	23
4. El Instituto Nacional de Rehabilitación.	35
4.1 Las Políticas Sociales en México y el Desarrollo Humano.	35
4.2 Marco de atribuciones del Instituto Nacional de Rehabilitación.	38
4.3 Incidencia de las acciones del Instituto Nacional de Rehabilitación en la política social de atención a la discapacidad.	40
4.4 El Instituto Nacional de Rehabilitación y el Desarrollo Humano.	43
5. Conclusiones y Alternativas de Política Pública.	45
6. Bibliografía.	56
7. Anexos.	59

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo se centra en una de las vertientes de Política Social en materia de Salud, que es la atención de las personas con discapacidad, aspecto que ha sido considerado, como un grave Problema de Salud Pública. Para atender los objetivos específicos que se establecieron originalmente, se analizó información referente al problema de discapacidad en México, a la Política Social para la atención de la discapacidad, a las principales acciones realizadas en el Sexenio 2001-2006 y a las atribuciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y a la incidencia de sus acciones en la atención a la discapacidad.

Dentro de las principales conclusiones, se advierte que las Políticas Públicas en materia de discapacidad no han sido suficientes, que los objetivos y atribuciones del Instituto Nacional de Rehabilitación son congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo y con el capítulo de salud de la Nueva Ley General de Personas con Discapacidad, que el Instituto es un instrumento sólido de Política Pública de atención a la discapacidad, por lo que se recomienda replicarlo en los Estados. Asimismo, se señala la importancia de reconocer los derechos humanos de las personas con discapacidad y de su desarrollo inclusivo, como principios que deberán observar las nuevas Políticas Públicas en la materia y la necesidad de que las personas con discapacidad participen en la elaboración y puesta en marcha de las mismas.

Finalmente, se propone la instrumentación paralela de tres alternativas de Política Pública: La Primera, se refiere al diseño institucional para la transición del Instituto Nacional de Rehabilitación como un organismo rector en materia de discapacidad, otorgándole mayores atribuciones e incorporándolo como un miembro más del Consejo Nacional para las personas con discapacidad; la Segunda, corresponde al diseño de un programa educativo en coordinación con la Secretaría de Educación Pública para sensibilizar y crear una cultura de respeto a este grupo de la población y la Tercera, establece la necesidad de crear, conjuntamente con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, un sistema de información que permita promover la ocupación de personas con discapacidad a través de otorgar un estímulo para las empresas, que las incorporen al mercado laboral.

1 INTRODUCCIÓN

El presente trabajo, se centra en una de las vertientes de Política Social en materia de salud que se refieren a la atención de las personas con discapacidad en tanto a la incorporación de dicho sector en un marco de equidad. Se subraya la falta de consistencia y congruencia entre las instituciones e instrumentos de atención a la discapacidad como freno para la eficacia de dichas políticas.

Se define a la discapacidad desde su perspectiva social, a partir de lo que la Organización de los Estados Americanos ha expresado al respecto, entendiéndola como una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social.

A esta concepción se le suma el análisis de la discapacidad como un producto social, condicionada por la relación existente entre la deficiencia (sea física o mental) de una persona y el entorno social, político, económico y cultural, en el cual habita y se desarrolla (o deja de hacerlo). Dicho de otro modo, demostraremos que la discapacidad no es inherente a la persona que tiene alguna deficiencia, sino que es la sociedad la que le discapacita.

El Programa Nacional de Salud, señala que la discapacidad constituye un serio problema de salud pública, esto debido entre otros factores, a que estos forman parte de la historia natural de enfermedades y lesiones y a que los mejores recursos para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como la ampliación de la cobertura de los servicios de salud, han permitido disminuir las tasas de mortalidad general e infantil, pero sin evitar secuelas que causan discapacidad de grado variable.

El ejemplo es como en base a los avances científicos y tecnológicos se reduce la mortalidad por hipoxia severa perinatal, por malformaciones congénitas, errores del metabolismo, genopatías, etc., pero los niños que sobreviven sufren de parálisis de las extremidades, alteraciones de la audición, del lenguaje, epilepsia y deficiencia mental.

Asimismo, se ha conseguido que adolescentes y adultos jóvenes sobrevivan a accidentes graves con traumatismos craneoencefálicos, lesiones raquímedulares,

machacamiento de extremidades, etc., pero muchos de ellos quedan hemipléjicos, cuadripléjicos, parapléjicos o amputados, con severas limitaciones funcionales.

Se sabe que en el país más de cuatro millones de personas padecen diabetes mellitus y están en riesgo de sufrir neuropatía, retinopatía, necrobiosis y nefropatía, que dan por resultado paresias, ceguera, amputaciones o insuficiencia renal crónica, todas ellas enfermedades discapacitantes. Se señala que hay más de 13 millones de personas con hipertensión arterial, de las cuales un elevado número sufren de hemorragia cerebral, que les ocasiona hemiplejia y afasia. Además, se está incrementando la población de adultos mayores, los cuales con frecuencia sufren de alteraciones del envejecimiento, tales como osteoporosis, osteoartritis, otosclerosis, catarata senil, etc., todas ellas condicionantes de discapacidad en grado variable.

A la problemática anterior hay que sumarle los fenómenos sociales relacionados con la discriminación y falta de oportunidades para las personas con discapacidad, por lo que el beneficio esperado por parte de los servicios de salud tiene un efecto paradójico, ya que la discapacidad no solamente daña a quien la sufre sino que afecta a su familia y a la sociedad.

La discapacidad, de acuerdo a las áreas de desempeño en que una persona desarrolla sus actividades cotidianas puede ser: Visión (incluso con lentes, si procede); Audición (incluso con un aparato para la audición, si procede); Habla (facultad para hablar); Movilidad caminar, subir escaleras, permanecer de pie); Asir / sostener (utilizar los dedos para sir o manipular objetos); Aprendizaje (dificultades intelectuales, retraso); dificultades de la conducta (problemas psicológicos o emocionales); Cuidado personal (bañarse, vestirse, alimentarse); Otros (especificar).

En la encuesta Nacional de Salud 2000, se encontró discapacidad motriz en el 46.6% de la población; mental en el 16.5%; auditiva en el 16.4%; visual en el 14.6% y de lenguaje en el 2.2%. Un elemento importante en la definición de la discapacidad es el grado en que ésta se presenta y puede ser: Leve (25%), cuando la reducción de la capacidad del individuo para desempeñar sus actividades cotidianas es mínima y no interfiere en su productividad; Moderada (32.7%), cuando la reducción de la capacidad del individuo limita parcialmente sus actividades cotidianas y su productividad y Grave (34.7%) y Muy Grave

(3.7%), cuando la reducción de la capacidad del individuo es tal que lo hace completamente dependiente y poco productivo.

Son numerosas las causas u orígenes, identificadas como relevantes: factores genéricos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, sedentarismo, tabaquismo, educación incompleta, creencias culturales, accesibilidad a servicios de salud, complicaciones perinatales, traumatismos –intencionales o no-, adicciones al alcohol y las drogas, problemas nutricionales, estrés y características del entorno físico, entre otro. La discapacidad, según el INEGI es causada por problemas al nacimiento en el 19% de los casos; por enfermedad, en el 31%; por accidente, en el 18%; por edad avanzada en el 23%, y otras causas en el 9%.

Estudios realizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) arrojan una caracterización de la discapacidad como problema social que puede ser válido para nuestro país:

- El riesgo y la presencia de la discapacidad y la minusvalía aumenta con la edad.
- La Prevalencia de la discapacidad es más alta en zonas rurales que en las urbanas.
- La mayoría de los servicios son otorgados por el sistema gubernamental.
- La cobertura de los servicios es insuficiente.
- El acceso al trabajo remunerado es restringido, por lo cual la autosuficiencia económica de las personas con discapacidad no es significativa.

La problemática según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países como México el 10% de la población vive con algún tipo de discapacidad, esto es, aproximadamente 10 millones de habitantes.

El Programa Nacional de Salud, señala que la discapacidad constituye un serio problema de salud pública. Se estima que 2.3 millones de mexicanos sufren de discapacidad grave y, aún cuando la información es insuficiente, se calcula que el año se producen 125 millones discapacidades como resultados de fracturas graves, ocurren 67 mil malformaciones congénitas, se generan 43 millones secuelas de enfermedad vascular-cerebral, 20 mil secuelas de trauma craneo-encefálico y 12 mil casos de parálisis cerebral

infantil. Las discapacidades son el producto de enfermedades o lesiones, pero también son resultado de los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

Otro problema es que la información sobre el volumen de la población con discapacidad y sus principales características, no ha sido tan completo como se desearía, lo cual suponemos ha impedido fundamentar políticas públicas que redunden en beneficio de la población.

De igual forma, se traduce la falta de coordinación entre el Poder Ejecutivo, el Legislativo y los Gobiernos Estatales. Ejemplo de lo anterior, es la reciente Ley General de Personas con Discapacidad, la cual fue aprobada en las Cámaras, pero sin presupuesto para su ejecución, lo que generó que posteriormente se buscarán fuentes de financiamiento.

Los efectos de la discapacidad se manifiestan de manera diferente y con graves consecuencias, van desde la afectación física o mental que le limita su desarrollo personal e intelectual, al que tiene derecho como cualquier individuo, hasta el efecto económico en el desarrollo del país, pasando por el deterioro económico de la familia y la carga presupuestal siempre insuficiente para el Estado en beneficio de ellos mismos.

El problema se enmarca con claridad como un asunto de política social, entendida esta como aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, es decir, al desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado y de las autoridades locales, en aspectos tales como salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios sociales (Montagut, Teresa, 2000).

Asimismo, asistencia social se define como un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva (Cámara de Diputados, 2004).

De ahí que la investigación identifique las Políticas Públicas disponibles sobre la materia para, en su caso, conocer las limitaciones y alcances que permitan proponer ajustes y recomendaciones que, en la práctica, se traduzcan en la incorporación de las personas con discapacidad a la actividad económica y, consecuentemente, no sólo al desarrollo nacional, sino también en su propio desarrollo humano.

Por otro lado, se revisan los objetivos y alcances del Instituto Nacional de Rehabilitación, no sólo como un instrumento de política pública para reducir la discapacidad, sino para promover la prevención de la misma. Asimismo, determinar cuál es su influencia hacia los Gobiernos de los Estados y a las organizaciones de la sociedad civil (ONG'S), que hoy día deben participar activamente en su esfuerzo por fortalecer las condiciones para el desarrollo humano. Su nuevo estatus, a partir del 22 de junio del 2005 como un organismo público descentralizado, lo ubica en una circunstancia diferente para promover medidas a favor de la discapacidad, de ahí lo conveniente de su revisión.

Por lo tanto, el objetivo general y específico de la investigación serán:

Objetivo General:

Analizar las políticas del Gobierno Federal de atención a la discapacidad física, ejecutadas a través del Instituto Nacional de rehabilitación y propuesta de mejora para el fortalecimiento de la institución en beneficio de las acciones gubernamentales a favor del desarrollo social y humano.

Objetivo Específico:

1. Identificar los programas, acciones, estrategias e instituciones de atención a la discapacidad en las políticas de desarrollo social en el Gobierno Federal.
2. Analizar los objetivos en el Instituto Nacional de Rehabilitación como instrumento de política social del Gobierno Federal.
3. Revisar los alcances de los servicios públicos que ofrece el Instituto Nacional de Rehabilitación y su contribución al desarrollo humano.
4. Analizar la vinculación de las tareas del Instituto Nacional de Rehabilitación en cuanto a su fortalecimiento de las condiciones para el desarrollo humano.
5. Proponer los ajustes al instrumento de Política social para la atención a la discapacidad (Instituto Nacional de Rehabilitación) a fin de garantizar su contribución al desarrollo humano.

Finalmente, el lector podrá transitar y conocer a través de los capítulos, el Problema de la Discapacidad en México, las Acciones de Política Social en la Materia, las Atribuciones y alcances del Instituto Nacional de Rehabilitación como un instrumento de Política Social, otras instituciones que tienen ingerencia en la discapacidad y finalmente las

conclusiones que espero sean de utilidad para este sector de la población que demandan las acciones del Estado y sociedad con urgencia.

2 PROBLEMA DE LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO

2.1 Concepto de discapacidad.

Hay quienes definen discapacidad como una deficiencia, sin embargo, en la práctica significaría cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo, lo cual ubica la discapacidad en la persona o el individuo, como una condición propia y no como resultado del entorno socio-cultural.

La Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, define discapacidad como una causa o como una condición que se agrava de acuerdo con el entorno económico y social:

El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (Astorga Gatjens, Luis Fernando, 2004).

Una visión aún más amplia, propone el definir la discapacidad como un producto social, condicionada por la relación existente entre la deficiencia (sea física o mental) de una persona y el entorno social, político, económico y cultural, en el cual habita y se desarrolla (o deja de hacerlo). Dicho de otro modo, la discapacidad no es inherente a la persona que tiene alguna deficiencia, sino que es la sociedad la que le discapacita.

Por otro lado en las Reglas Estándar sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de la ONU se afirma que *la rehabilitación es un proceso que tiene la finalidad de que las personas con discapacidad logren alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes (ONU, 1996).*

Lo anterior es importante, porque sino se toman en cuenta el entorno físico y las condiciones intelectuales y sensoriales las políticas públicas estarían limitadas para

conclusiones que espero sean de utilidad para este sector de la población que demandan las acciones del Estado y sociedad con urgencia.

2 PROBLEMA DE LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO

2.1 Concepto de discapacidad.

Hay quienes definen discapacidad como una deficiencia, sin embargo, en la práctica significaría cualquier deficiencia física, mental o sensorial que limite, sustancialmente, una o más de las actividades principales de un individuo, lo cual ubica la discapacidad en la persona o el individuo, como una condición propia y no como resultado del entorno socio-cultural.

La Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, define discapacidad como una causa o como una condición que se agrava de acuerdo con el entorno económico y social:

El término discapacidad significa una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social (Astorga Gatjens, Luis Fernando, 2004).

Una visión aún más amplia, propone el definir la discapacidad como un producto social, condicionada por la relación existente entre la deficiencia (sea física o mental) de una persona y el entorno social, político, económico y cultural, en el cual habita y se desarrolla (o deja de hacerlo). Dicho de otro modo, la discapacidad no es inherente a la persona que tiene alguna deficiencia, sino que es la sociedad la que le discapacita.

Por otro lado en las Reglas Estándar sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de la ONU se afirma que *la rehabilitación es un proceso que tiene la finalidad de que las personas con discapacidad logren alcanzar y mantener un estado funcional óptimo desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida y ser más independientes (ONU, 1996).*

Lo anterior es importante, porque sino se toman en cuenta el entorno físico y las condiciones intelectuales y sensoriales las políticas públicas estarían limitadas para

promover el bienestar económico y social. Por otro lado, cuando las personas con diferente nivel de funcionamiento se les impide o limita el acceso a los servicios médicos, educativos, empleo, etc., se genera una condición de discapacidad, de ahí que las políticas en la materia deben ser de carácter integral, para que la sociedad no sea quien provoque o estimule la misma discapacidad.

Considerando a las áreas de desempeño en que una persona desarrolla sus actividades cotidianas (INEGI, 2001).

Tipo de Discapacidad

Se han elaborado distintas tipologías respecto a la discapacidad, a continuación se transcribe la que se considera una de las que más se ajustan a la visión que, sobre el tema, se tiene en nuestro país:

- Visión (incluso con lentes, sí procede);
- Audición (incluso con un aparato para la audición, sí procede);
- Habla (facultad para hablar);
- Movilidad (caminar, subir escaleras, permanecer de pie);
- Asir/sostener (utilizar los dedos para asir o manipular objetos);
- Aprendizaje (dificultades intelectuales, retraso);
- Dificultades de la conducta (problemas psicológicos o emocionales);
- Cuidado personal (bañarse, vestirse, alimentarse);
- Otros (especificar).

Como se advierte, se puede identificar a una persona como discapacitada si presenta una o más de las discapacidades que figuran en la lista.

Asimismo, la tipología que se presenta se ubica dentro de las categorías que considera la OMS (Organización Mundial de la Salud), respecto a las dificultades presentadas por las personas con discapacidad, que son (INEGI, 2001):

- De comportamiento,
- Comunicación,
- Cuidado personal,
- Locomoción,

- Disposición, personal,
- Destreza,
- Situación,
- Aptitudes particulares,
- Otras restricciones de la actividad.

Es de destacar que las Políticas Públicas en la materia se inician con la formulación de Normas Oficiales Mexicanas, como es el caso de la Secretaría de Salud que ha aportado un anteproyecto para la atención de las personas con discapacidad, y que recogió para la calificación del grado de la discapacidad el que se clasifique a una persona según el desempeño de sus actividades, teniendo en cuenta las ayudas, los instrumentos y la asistencia que necesite para alcanzar el nivel de realización de la actividad de que se trate (ONU, 1996).

Grado de Discapacidad (INEGI, 2001)

Tipo Grado	Motriz	Mental	Sensorial	
			Visual	Auditiva
Leve	Realiza sus actividades de la vida diaria con dificultad o lentitud. Es de cualquier forma independiente.	Puede adquirir habilidades prácticas, aptitudes aritméticas y de lectura funcionales si recibe la educación especial; y puede orientarse hacia la integración social. Manifiesta un C.I. de 50 a 70.	Realiza tareas visuales de detalle, con ayuda de corrección óptica, adaptaciones o ayudas adicionales con la iluminación o magnificaciones (lupas, telescopios, circuito cerrado, etc.). Su rango de agudeza visual con su corrección es de 20/80 – 20/400	Establece comunicación por sí sólo, ya sea por lenguaje de señas o lectura de señas o lectura de labios. Pérdida auditiva de 20 a 40 decibeles.
Moderada	Realiza sus actividades de la vida diaria con apoyo o ayuda de una órtesis, prótesis o ayuda funcional	Puede aprender pautas simples de comunicación, hábitos elementales de salud, seguridad y habilidades manuales sencillas, pero no progresa en la lectura funcional ni en la aritmética. Manifiesta un C.I. de 35 a 49.	Realiza tareas visuales de poco detalle sólo con ayuda de corrección óptica de gran poder, de un lazarillo o de alguna persona que lo conduzca. Su rango de agudeza visual con su corrección óptica es de 20/400 – 20/800	Establece comunicación sólo a través de la ayuda de un apoyo auditivo o un intérprete. Pérdida auditiva de 40 a 70 decibeles.
Grave	Es dependiente total o de custodia.	Puede responder a un adiestramiento de habilidades en la utilización de piernas, manos y mandíbulas.	Sólo puede ver bultos o sombras y percibir luz o carece de la visión. Es dependiente total en tareas visuales. Su rango de	No se comunica. Pérdida auditiva de más de 70 decibeles.

		Manifiesta un C.I. de 34 o menos.	agudeza visual es dl 20/800 a percepción de luz. Ciego es aquella persona que no percibe luz.	
--	--	-----------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------	--

FUENTE: Secretaría de Salud, Anteproyecto de Norma Oficial Mexicana para la Atención de Personas con Discapacidad.

Nota: La Clasificación por grado de discapacidad se sustenta en tres categorías sustantivas:

1. Potenciación: Cuando la persona es capaz de realizar actividades sin ayuda y por su propia cuenta, pero sólo con dificultades.
2. Suplementación: Cuando la persona es capaz de realizar actividades si cuenta con ayuda, incluida la de otros.
3. Sustitución: Cuando la persona no puede realizar actividades incluso con ayuda.

Aún cuando pareciera irrelevante para el presente trabajo, el describir las causas de la discapacidad no parece excesivo señalarlas ya que desde esa perspectiva podríamos entender mejor la importancia de promover Políticas Públicas para su atención.

Las causas de la discapacidad así como el número de personas varían, dependiendo de las condiciones socioeconómicas y de las medidas que se emprenden a favor del bienestar de la población, asimismo, constituyen una herramienta fundamental para planear y evaluar los programas de prevención.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), son numerosas las causas identificadas como relevantes: factores genéticos, enfermedades agudas o crónicas, violencia, sedentarismo, tabaquismo, educación incompleta, creencias culturales, accesibilidad a servicios de salud, complicaciones perinatales, traumatismos –intencionales o no-, adicciones al alcohol y a las drogas, problemas nutricionales, estrés y características del entorno físico, entre otros (OMS, 2001).

Durante los primeros años de vida la discapacidad se nutre principalmente con problemas del sistema músculo esquelético, como consecuencia de enfermedades infecciosas, de la incompatibilidad materno fetal, de la prematurez. A medida que la edad avanza, las causas de la discapacidad son de diversa índole.

En el mismo sentido, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), señala que las causas que con más frecuencia producen alguna discapacidad son, en términos porcentuales, las siguientes: enfermedades transmisibles de tipo crónico degenerativo con alteraciones de los sistemas locomotor, cardiovascular y/o respiratorio, incluyendo el cáncer: 19.3%; malformaciones con déficit calórico proteico: 19.3%; discapacidad intelectual: 15.4%; accidentes y violencia: 15.1%; enfermedades transmisibles: 10.8%; trastornos psiquiátricos: 7.7%; alcoholismo y drogadicción: 7.7%; trastornos congénitos no

genéticos relacionados con enfermedades o alteraciones durante el embarazo, parto y puerperio: 3.9%; otros casos 0.4% (ONU, 1996).

Por su parte, también las prácticas erróneas sobre el embarazo y el parto, junto a la cada vez más reconocida incidencia de los factores de deterioro ambiental, se constituyen en elementos conducentes a la discapacidad. Con todos estos factores, se hace imperiosa la necesidad de considerar las recomendaciones internacionales para asegurar la comparabilidad en cifras y conceptos entre países y regiones.

Se desprende de lo anterior, que aún cuando en las regiones desarrolladas la discapacidad aumenta, por la utilización de los accidentes en el uso de la maquinaria y automóviles y la mayor ingenuidad de las personas, en las regiones subdesarrolladas, esto se incrementa de manera importante por la falta de higiene, drogadicción, alcoholismo, violencia, limitados servicios de salud, entre otros.

2.2 Índices de discapacidad en México

Inclusión del tema de discapacidad en el censo de población y vivienda del año 2000 (INEGI, 2001)

De acuerdo al propio estudio realizado por el INEGI, aún cuando se han realizado diversos esfuerzos por conocer no sólo el volumen de la población con discapacidad sino también sus principales características, los resultados hasta el momento no han sido incompletos.

Asimismo, señala que hasta el momento, la ausencia de información estadística de carácter exhaustivo ha impedido fundamentar diversas iniciativas de ley que redundarían en beneficio de la población con discapacidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en países como México el 10% de la población vive con algún tipo de discapacidad, esto es, aproximadamente 10 millones de habitantes.

El Programa Nacional de Salud, señala que la discapacidad constituye un serio problema de salud pública. Se estima que 2.3 millones de mexicanos sufren de discapacidad grave y, aún cuando la información es insuficiente, se calcula que al año se producen 125 millones discapacidades como resultados de fracturas graves, ocurren 67 mil

malformaciones congénitas, se generan 43 millones secuelas de enfermedad vascular-cerebral, 20 mil secuelas de trauma cráneo-encefálico y 12 mil casos de parálisis cerebral infantil. Las discapacidades son el producto de enfermedades o lesiones, pero también son resultado de los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades (Secretaría de Salud, 2001).

Otro problema es que la información sobre el volumen de la población con discapacidad y sus principales características, no ha sido tan completos como se desearía, lo cual suponemos ha impedido fundamentar políticas públicas que redunden en beneficio de la población.

Dentro de las limitaciones de información ya señalados y con base en el censo de población 2000 (ver anexos), se obtienen los siguientes datos: del total de personas con discapacidad el 52.5% corresponde a hombres y el 47.4% a mujeres; el 13.1% a personas entre los 0 y 14 años, el 50.1% entre 15 y 64 años y el 35.0% a más de 65 años; el 45.2% a discapacidad motriz, el 15.7% auditiva, el 4.9% al lenguaje, el 26% visual y el 16.1% mental.

En relación a las causas de la discapacidad el 19.4% al nacimiento, 31.6% a enfermedad, el 17.7% accidentes, el 22.7% a edad avanzada, el resto a otras causas. Por lo que se refiere a personas con discapacidad por entidad federativa, destacan Yucatán con el 10.4%, Zacatecas con 9%, Colima con 8.6%, Nayarit y Campeche con 8.4%, Michoacán con 8.3%, Jalisco con 8.2%, etc., lo que podría corroborar la afirmación de que en el área rural la discapacidad es mayor.

Otra estadística que, aunque imperfecta, que dimensiona la poca capacidad de atención médica es el hecho de que sólo el 44.9% de personas con discapacidad son derechohabientes y el resto 55.1% están sujetos a los gastos catastróficos.

Cuando se habla de poca participación de las personas con discapacidad en la vida económica, es porque el 86.6% de las mujeres y el 62.6% de los hombres no participan en el desarrollo del país y cuando lo hacen una cantidad importante de ellas realizan actividades agropecuarias, de artesanía y de comercio.

Por otro lado, se desprende que un número importante de personas con discapacidad no forma parte de la población económicamente activa, lo cual limita las posibilidades de

participar en la generación y distribución de la riqueza nacional y del desarrollo humano de dicha población.

Es evidente la necesidad de elaborar estadísticas e informaciones más actualizados y confiables que ayuden a la actualización de los programas y estrategia que enmarquen las políticas públicas de atención a personas con discapacidad.

2.3 Importancia del Análisis Cualitativo Sobre los Efectos de la Discapacidad en el Desarrollo Humano

Como se señaló en el inciso anterior, la información estadística no permite conocer con mayor precisión el número de personas con discapacidad, pero se puede afirmar que estas van en aumento, no sólo por el simple crecimiento de la población, sino también por el proceso de cambio que atraviesa el país. De ahí que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia de algunas de las circunstancias que explican el aumento de los casos de discapacidad: (DIF, 1983)

Si bien se desconoce con precisión el número de personas con discapacidad, existen elementos para afirmar que tiende a aumentar, no solo de manera absoluta como resultado del crecimiento de la población, sino en forma relativa como consecuencia del proceso de cambio por el que atraviesa el país: demográfico, epidemiológico y social. Algunas de las circunstancias que explican el aumento de los casos de discapacidad son los siguientes (DIF, 1983):

- **Disminución de la mortalidad.-** *La medicina curativa se ha ocupado de abatir y en algunos casos erradicar enfermedades que en otras épocas producían una mortalidad muy elevada entre la población. El avance de la tecnología médica ha logrado disminuir la mortalidad causada por un número importante de enfermedades, pero a expensas de aumentar el número de individuos con deficiencias y discapacidades; es decir, en la actualidad mueren menos individuos pero los que sobreviven lo hacen en muchas ocasiones con deficiencias de grados variables de severidad.*
- **Modificaciones en el patrón de morbilidad.-** *La disminución relativa de los padecimientos transmisibles y los estilos de vida tienden a aumentar los*

problemas crónico-degenerativos, que aunados a los accidentes propician un gran número de personas con discapacidad.

- ***Incremento de la esperanza de vida al nacer.-*** Con el abatimiento de enfermedades que antaño eran altamente letales, por un lado, y con las mejoras de la tecnología médica por el otro, se ha logrado que las personas vivan más años, dándose así la posibilidad que se presenten enfermedades degenerativas que la mayoría de las veces conllevan alguna discapacidad.
- ***Reducción de la fecundidad.-*** El descenso de la fecundidad en los últimos 20 años determinará que en las próximas décadas habrá pocos cambios en el tamaño de la población de los menores de 15 años; en contraste, la población adulta aumentará considerablemente. Este cambio de estructura por edad condicionará un aumento en las enfermedades crónicas, propiciando con ello mayores riesgos de discapacidad.
- ***Industrialización y mecanización.-*** Los cambios que nuestro país ha observado en estos renglones han originado que el número de accidentes tanto de trabajo, como de tránsito y en el hogar, aumenten en forma considerable, así como las deficiencias y discapacidades consecuentes.
- ***Mayor acceso a los servicios de salud.-*** La extensión cada vez más amplia de los servicios médico asistenciales ha propiciado la existencia de un mayor número de personas que ahora sobreviven con lesiones muchas veces irreversibles que producen deficiencias que propician discapacidad.

Por lo tanto, la discapacidad resulta un problema con tendencia ascendente que presenta tasas más elevadas en los países desarrollados, debido al aumento de las enfermedades crónico degenerativas, a los accidentes y a las alteraciones del envejecimiento.

La discapacidad se ha constituido ya en un problema de salud pública y social de magnitud mundial que se incrementará en la medida en que los recursos de la medicina permitan disminuir la mortalidad y aumentar la esperanza de vida.

Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una pérdida económica que se ha calculado en 75 mil millones de pesos anuales.

3 LA POLÍTICA SOCIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO

3.1 El Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo dentro de su política social, señala que la salud está ligada al destino de la nación y que no puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos.

La Política Social

La emancipación, objetivo de la política social

La acción de gobierno descrita en el Plan Nacional de Desarrollo tiene por fin último mejorar la calidad de vida de los mexicanos, asegurar el pleno ejercicio de su libertad personal en un entorno de convivencia humana y de respeto a la naturaleza que multiplique las oportunidades de progreso material, favorezca el desenvolvimiento intelectual y propicie el enriquecimiento cultural de cada uno de los ciudadanos del país. El desarrollo que se propone tiene a las personas como su origen y destino; un desarrollo en el cual la sociedad es vista como la suma e interacción de los hombres y las mujeres que la componen, todos y cada uno de ellos de importancia para el resultado colectivo.

La fuerza del Plan radica en su estrecha vinculación con los seres reales que integran la nación, sin perder de vista las estructuras, instituciones, fundamentos y conceptos que les dan unidad y sentido.

La riqueza económica que promueve la política para un crecimiento con calidad, así como la estabilidad que se propicia de orden y respeto, tienen por objetivo mejorar las condiciones de la sociedad y de los individuos de este país. Es claro, igualmente, que el desarrollo social y humano representa un factor invaluable para alcanzar tanto niveles superiores de riqueza y bienestar, como de seguridad y justicia.

Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una pérdida económica que se ha calculado en 75 mil millones de pesos anuales.

3 LA POLÍTICA SOCIAL PARA LA ATENCIÓN DE LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO

3.1 El Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo dentro de su política social, señala que la salud está ligada al destino de la nación y que no puede haber progreso general sin un sistema de salud que atienda las legítimas aspiraciones de los mexicanos.

La Política Social

La emancipación, objetivo de la política social

La acción de gobierno descrita en el Plan Nacional de Desarrollo tiene por fin último mejorar la calidad de vida de los mexicanos, asegurar el pleno ejercicio de su libertad personal en un entorno de convivencia humana y de respeto a la naturaleza que multiplique las oportunidades de progreso material, favorezca el desenvolvimiento intelectual y propicie el enriquecimiento cultural de cada uno de los ciudadanos del país. El desarrollo que se propone tiene a las personas como su origen y destino; un desarrollo en el cual la sociedad es vista como la suma e interacción de los hombres y las mujeres que la componen, todos y cada uno de ellos de importancia para el resultado colectivo.

La fuerza del Plan radica en su estrecha vinculación con los seres reales que integran la nación, sin perder de vista las estructuras, instituciones, fundamentos y conceptos que les dan unidad y sentido.

La riqueza económica que promueve la política para un crecimiento con calidad, así como la estabilidad que se propicia de orden y respeto, tienen por objetivo mejorar las condiciones de la sociedad y de los individuos de este país. Es claro, igualmente, que el desarrollo social y humano representa un factor invaluable para alcanzar tanto niveles superiores de riqueza y bienestar, como de seguridad y justicia.

Al colocar a los individuos en el primer plano de su política social, la administración reconoce también la conveniencia de involucrar a la gente en la conformación de la política nacional para el desarrollo social y humano y en la ejecución de las acciones que de ella se deriven. Al incluir a personas, grupos, organizaciones civiles y asociaciones privadas en los asuntos públicos, la Administración Pública Federal libera la energía y creatividad de la sociedad mexicana, fomenta su interés y corresponsabilidad en la solución de los problemas nacionales, aumenta su exigencia hacia el gobierno y su solidaridad con sus semejantes. Al contar con la colaboración de la sociedad en su conjunto –además de la acción de los otros poderes de la Unión y de los otros órdenes de gobierno- el Ejecutivo Federal puede concentrar sus esfuerzos en las tareas y responsabilidades que sólo él puede hacer y que sólo a él le competen.

Se destacan en la política social del Gobierno de la República el propósito fundamental y último de mejorar la calidad de vida de los mexicanos como un derecho a la salud. Asimismo, la vinculación con los seres reales, es decir, con el individuos como eje rector de la política que busca el desarrollo social y humanos como fin último. De igual forma, es de rescatar la conveniencia de involucrar a las personas, grupos, organizaciones civiles y privadas en los asuntos públicos que refuerza y da salida a nuestro juicio en la elaboración de la política pública.

En este sentido, se acerca a la definición de Política Social *la definición más corriente de política social es la que la define como aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, es decir, al desarrollo y dirección de los servicios específicos del Estado y de las autoridades locales, en aspectos tales como salud, educación, trabajo, vivienda, asistencia y servicios sociales (Montagut, Teresa, 2000).*

El Plan Nacional de Desarrollo también señala en materia de salud que:

El reto de la salud (Secretaría de Economía, 2001)

La educación y el desarrollo de los mexicanos depende de la salud que posean. La salud ha sido uno de los pilares en el desarrollo de México. Los progresos en este sector han sido determinantes para conformar las características demográficas actuales en nuestro país, y las instituciones de salud han sido fundamentales en el desarrollo de

México en muy diversos campos, como la investigación, la educación y la organización administrativa y financiera.

Por otro lado, el perfil epidemiológico nacional se está transformando como consecuencia de la mayor urbanización, del cambio en las actividades ocupacionales y de la educación. Hoy, las enfermedades crónicas y los traumatismos se están convirtiendo en las principales causas de incapacidad y muerte, y están emergiendo enfermedades y padecimientos como el sida, hasta muy recientemente de poca importancia nacional.

La política de desarrollo social y humano que se presenta en el Plan Nacional de Desarrollo, pretende responder a los objetivos específicos que en esos temas plantea la problemática actual de México y se plasma en diversas estrategias que se describirán más adelante.

Para facilitar y reforzar la cabal comprensión de esta política emancipatoria, a continuación se presentan los ejes rectores de la política nacional en materia de desarrollo social y humano.

Los ejes de la política

- *El primer eje de la política de desarrollo social y humano se refiere, precisamente, a los niveles de bienestar de los mexicanos, y está orientado a evitar que existan grupos de la población mexicana cuyas condiciones de vida, oportunidades de superación personal y de participación social, se encuentren por debajo de ciertos umbrales.*
- *La emancipación real de México y de los mexicanos demanda políticas y acciones que tomen en cuenta las distintas necesidades, posibilidades y capacidades de los ciudadanos. Es por ello que el segundo eje de la política de desarrollo social y humano es la **equidad en los programas y la igualdad en las oportunidades**.*
- *El tercer eje, **capacidad e iniciativa**, pretende fomentar la actitud emprendedora e independiente de los ciudadanos, dotándolos de una educación de vanguardia y una preparación de avanzada, para lo cual se promoverán y crearán proyectos que mejoren la preparación, escolaridad y los conocimientos de la población, conduzcan al desarrollo de sus habilidades y destrezas, fomenten la innovación y el avance tecnológico, induzcan el interés por la ciencia y apoyen la difusión*

cultural, aseguren el manejo efectivo de la información y propicien la educación continua, el adiestramiento constante y la actualización permanente.

- *Para propiciar, conservar y alentar la riqueza social de México, la política de desarrollo social y humano incluye la cohesión social como el cuarto de sus ejes fundamentales, porque propone acciones y programas tendientes a aumentar la solidaridad de todos los mexicanos entre sí y con el bien común; a acrecentar su compromiso con la nación, mediante el fomento y la elaboración de políticas y proyectos incluyentes que descansen en la mayor participación de los grupos que conforman la sociedad; a disminuir la presencia del Estado en los aspectos y áreas en los que las organizaciones no gubernamentales pueden tener una contribución efectiva; a propiciar la integración social de sujetos agrupados en asociaciones con distintos fines, construyendo modalidades que refuercen su sentido de pertenencia en menoscabo de su identidad; a reivindicar el respeto a los derechos reconocidos y a los emergentes que se manifiestan de manera diversa en las distintas regiones, estados, ciudades, poblaciones, grupos y asociaciones del país, dando lugar así a un desarrollo regional equilibrado acorde con el federalismo.*
- *El último eje, **confianza en la capacidad del gobierno y en las instituciones del país**, tiene por objeto diseñar estrategias de respuesta eficaz ante situaciones no previstas de orden natural y social, ampliar la capacidad de respuesta del Estado, crear condiciones institucionales que permitan anticipar riesgos y establecer esquemas de coordinación de las organizaciones sociales que refuercen su sentido de compromiso en la continuidad de los programas sociales.*

Como se advierte, este instrumento rector coloca como eje funcional de la política social el reto de la salud. Lo cual, aún cuando a primera vista se apunta como retórica política, en estricto sentido de convierte en la estrategia más importante para provocar el cambio de dicha política social hacia el desarrollo humano.

El compromiso con la salud

El Plan señala que no puede haber progreso general sin un sistema que atienda las aspiraciones de los mexicanos y para ello, se requiere de buena salud, de buena educación,

de políticas saludables que abarquen a todos los sectores y protección de la salud, como un valor compartido que fortalece el tejido de la sociedad.

Otro mensaje del Plan es que para mejorar la salud y los niveles de bienestar de los mexicanos, es necesario democratizar la atención de la misma, lo cual supone aplicar las normas y procedimientos de la ciudadanía a instituciones que estaban regidas por la tradición y viejas prácticas administrativas.

Para enfrentar los nuevos retos, el Plan marco cuatro objetivos principales: *Elevar el nivel de población y reducir las desigualdades; garantizar un trato adecuado a los usuarios de los servicios de salud; ofrecer protección financiera en materia de salud a todos los mexicanos, apoyando de manera prioritaria el financiamiento público y fortalecer el sistema de salud (Secretaría de Economía, 2001).*

Finalmente, el Plan Nacional de Desarrollo, en sus políticas sociales, considera como prioridad la atención de las necesidades de los individuos y familias que se encuentran en condiciones de mayor desventaja y que resultan más vulnerables en el proceso de desarrollo, como los indígenas, los migrantes, las mujeres, los adultos mayores y los niños.

Señala que con el fin de reducir las desigualdades que más afectan a la población, los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados a estimular e impulsar la superación del nivel de vida de los grupos y personas vulnerables – los indígenas, los niños, ancianos y las personas con discapacidad.

Por eso, lo que dentro del objetivo de acrecentar la equidad e igualdad de oportunidades, el Plan establece la estrategia de: *promover el desarrollo de las personas con discapacidad para equiparar y facilitar su integración plena con todos los ámbitos de la vida nacional impulsar y promover la ampliación de la cobertura y una mejoría en las políticas públicas encaminadas a fomentar la integración social de las personas con discapacidad. Con este fin, se fortalecerán los programas institucionales mediante una coordinación intersecretarial que cuente con un sistema de evaluación y seguimiento. Se propondrán modificaciones al marco jurídico y se estimulará la participación de las organizaciones de la sociedad civil mediante la aplicación de proyectos ciudadanos autosustentables para mejorar la calidad de vida de los ciudadanos con discapacidad.*

Asimismo, se elaborará el registro nacional con discapacidad (Secretaría de Economía, 2001).

Se podría afirmar que la política social del Gobierno de la República recoge aquellos conceptos prioritarios que la definen como un estado de bienestar. No hay duda que es Política porque es una estrategia del gobierno para un logro de un fin dado y es social por que va dirigida al individuo, al ser social. Igualmente, enfatiza el principio de igualdad, el de política social redistributiva, así como el satisfacer una de las necesidades básicas de carácter universal que es la salud y la autonomía personal.

3.2. Programa Nacional de Salud 2001-2006

El Programa Nacional de Salud, adquiere que el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la buena salud de nuestra población y retoma el principio considerado en el Plan Nacional de Desarrollo respecto a la democratización de la salud como un desafío que debe contribuir al cambio en el país bajo cuatro premisas (Secretaría de Salud, 2001):

- *La buena salud es uno de los objetivos del desarrollo y una condición indispensable para alcanzar una auténtica igualdad de oportunidades.*
- *La salud es junto con la educación, el componente central del capital humano, que es el capital más importante de los individuos y las naciones. Mejorar la salud y asegurar la educación significa fortalecer la capacidad del individuo y la sociedad para procurarse y acrecentar sus medios de vida.*
- *Dados el valor que en sí misma tiene y su potencial estratégico, es necesario dejar de ver a la salud solamente como un sector específico de la administración pública y empezar a considerarla también como un objetivo social que todos los sectores pueden y deben perseguir; así, se requiere complementar las políticas de salud con políticas saludables.*
- *Finalmente, la protección de la salud es un valor compartido por prácticamente todas las sociedades, todos los sistemas ideológicos y todas las organizaciones políticas. La buena salud, por lo tanto, es un valor que puede fortalecer el tejido de nuestra sociedad.*

Para lograr este proceso de democratización, el programa considera que se deben crear las condiciones para que la población pueda acceder a los bienes y servicios sociales, con independencia de su capacidad de pago o de la facilidad de acceder al lugar donde habita. También significa estimular la participación de los ciudadanos en todos los niveles del sistema, es decir, desde su propia salud hasta el participar en el diseño de la agenda y la toma de decisiones. En el mismo sentido, implica desarrollar un sistema que responda con calidad a las propias necesidades y expectativas del ciudadano y que permita contar con una gama de posibilidades para su elección.

Para enfrentar cada uno de los retos señalados, se plantean cinco objetivos, consistentes con los objetivos del área de desarrollo social y humano del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (Secretaría de Economía, 2001):

1. *Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos.*
2. *Abatir las desigualdades en salud.*
3. *Garantizar un trato adecuado en los servicios públicos y privados de salud.*
4. *Asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.*
5. *Fortalecer al sistema de salud, en particular sus instituciones públicas.*

Asimismo, el programa aborda el problema de la pobreza como un elemento que contribuye directamente a enfermar y morir, advierte que una persona sin acceso a servicios de salud tarda más en curarse o no se cura, además de que su familia se trastorna, no puede reincorporarse a su vida productiva y, por lo tanto, se genera una dinámica de empobrecimiento que no acaba, a estos gastos los denomina catastróficos y se convierten en la forma más grave del ciclo enfermedad-pobreza.

Por lo tanto, considera relevante el identificar a las personas pobres para destinar a ellos los beneficios de los programas y que deben ser impulsados por los tres niveles de gobierno: Federal, Estatal y Municipal. Centra su atención en las personas con discapacidad al enfrentar con frecuencia gastos catastróficos, ya que las enfermedades y los accidentes graves generan gastos mayores y secuelas que requieren, no sólo la rehabilitación de largo plazo, sino la compra de prótesis órtesis y sillas de ruedas de alto costo.

El programa menciona que las discapacidades son producto de enfermedades o lesiones pero también son resultado de los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades. No se tiene cifras precisas sobre incidencia pero se calcula que al año se producen 125 mil discapacidades, como resultado de fracturas graves, malformaciones congénitas y se generan 75 mil secuelas por enfermedad vascular cerebral, trauma craneoencefálico y parálisis cerebral infantil.

En cuanto a recursos, el programa reconoce que los discapacitados sufren una falta de equidad en la distribución de los mismos ya que de los casi mil hospitales públicos, sólo 152 cuentan con servicios de rehabilitación y, además, tienden a estar subequipados y con personal no especializado.

Se ha diseñado un esquema de atención integral para esta población mediante acciones multisectoriales en colaboración con el sector privado y la sociedad civil. Estas acciones deben dirigirse a (Secretaría de Economía, 2001):

- *Prevenir, tratar, limitar y rehabilitar las discapacidades.*
- *Ampliar la infraestructura pública destinada a facilitar la movilización y la atención de las necesidades especiales de los discapacitados.*
- *Promover y facilitar la reincorporación de la persona a la vida social y laboral.*

Las principales metas que se plantean en el programa para este grupo de la población son:

- *Implantar y desarrollar un Programa de Prevención y Rehabilitación de Discapacitados.*
- *Diseñar e implantar una campaña de prevención de discapacidades.*
- *Crear un Sistema Nacional de Registro de Discapacidades.*
- *Promover y realizar la certificación anual de 100 servicios de rehabilitación médica y de 500 técnicos en rehabilitación.*
- *Establecer un servicio de rehabilitación médica hospitalaria por cada entidad federativa.*
- *Gestionar el apoyo financiero a 20000 personas con discapacidad para la adquisición de prótesis, órtesis y ayudas técnicas.*

- *Promover la participación de la Comisión y del Consejo Consultivo en los órganos directivos de las instituciones del sector salud, las instituciones académicas, y los organismos y representaciones de la sociedad civil, para atender los factores causales de las discapacidades y promover la mejora en los servicios.*

Al igual que en el Plan Nacional de Desarrollo, el Programa Nacional de Salud establece, a través de sus premisas, objetivos, estrategias y metas, las condiciones óptimas para política social al recoger principios básicos como el derecho a la salud, la igualdad para todos, el trato justo, el financiamiento justo, el fortalecimiento de las instituciones, todo esto en búsqueda del bienestar de la población y, en particular, de las personas con discapacidad. Quedará en un segundo análisis valorar en qué medida se habrán alcanzado en la práctica los objetivos y metas propuestos.

3.3 Principales acciones de atención a la discapacidad en el Sexenio 2001-2006

A continuación se describen brevemente las principales acciones o programas que se desarrollan hoy día, de los cuales muchos de ellos han sido promovidos por la actual administración:

1. **Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.-** El Estatuto Orgánico señala que es un organismo público descentralizado y coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública. Dentro de sus diversas atribuciones en materia de discapacidad tiene las de (DIF, 2005):

- *Llevar a acabo acciones en materia de prevención de discapacidad de rehabilitación de personas con discapacidad, en centros no hospitalarios, con sujeción a la Ley General de Salud y*
- *Promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional.*

Política o Estrategias de Operación

- *Elaborar, establecer y dar seguimiento a los sistemas y procedimientos operativos de las acciones de prevención.*

- *Operar el programa en todas las unidades y centros de rehabilitación del Sistema Nacional DIF.*
- *Instrumentar acciones de prevención de las 10 principales causas de atención en los centros de rehabilitación.*
- *Llevar a cabo acciones permanentes de detección temprana de procesos discapacitantes.*
- *Incorporar el programa a las instituciones de atención médica tanto públicas como privadas.*
- *Ofrecer a las familias y a la comunidad asesoría, orientación e información permanentes.*

Para atender los aspectos de discapacidad el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF, 2005) cuenta con diversos centros como el de Tecnología para atender los aspectos de discapacidad, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, cuenta con 34 Centros de Tecnología (CTA) distribuidos a lo largo de la República, con médicos en comunicación humana, psicólogos, pedagogos, etc., quienes ofrecen tratamientos de rehabilitación, asimismo, cuenta con el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación de Personas Ciegas y Débiles Visuales, donde se atiende a los pacientes y se capacita a profesionales afines.

Por otro lado, también tiene el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa *Gaby Brimeer* y el Centro, instalado en Iztapalapa, para la Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral, este último ofrece rehabilitación neuromotora y de comunicación humana, así como de integración laboral y con ellos pretende reducir los efectos de la discapacidad en el desarrollo humano de diversos grupos de la población. Queda pendiente de revisar la eficacia de este organismo.

1. **Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (Presidencia de la República, 2000).**- El Acuerdo para la creación de la Oficina ORPISPCD, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el día 4 de diciembre del año 2000, como respuesta a los requerimientos planteados por las organizaciones de personas con

discapacidad y sus familias, teniendo como funciones impulsar y dinamizar la atención de este sector de población, así como de planeación, coordinación, gestión, apoyo y promoción de los asuntos que le encomienda directamente el Presidente de la República.

A su vez, también le corresponde interactuar con las dependencias oficiales y las organizaciones de la sociedad civil, para promover y agilizar las acciones tendientes a lograr el bienestar social de las personas con discapacidad a nivel nacional, así como desarrollar, fortalecer y consolidar las políticas públicas de atención a la discapacidad, y obligar a la sociedad a ser más respetuosa y sensible para consolidar esa nueva cultura de la equidad, es de resaltar que la oficina promueve la elaboración de los programas.

2. **CODIS (Presidencia de la República, 2001).- Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad.-** El Presidente Vicente Fox Quezada, emitió el Acuerdo para la constitución del Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad, el 13 de febrero de 2001, integrado por los titulares de las Secretarías de Desarrollo Social, de Comunicaciones y Transportes, de Educación Pública, de Salud y del Trabajo y Previsión Social, así como del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y del titular de la propia Oficina de Representación, quien lo preside.

El Consejo Nacional Consultivo constituye la instancia máxima para impulsar, orientar y vigilar que los programas sectoriales e institucionales a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, encaucen sus esfuerzos y actividades hacia la atención y resolución de los problemas y necesidades de las personas con discapacidad, en el marco de sus respectivas atribuciones y en coordinación con la Oficina de Representación de la Presidencia de la República.

Al publicarse, la Ley General de las Personas con Discapacidad, el pasado 10 de julio del 2005, tanto la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, así como el Consejo

Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS), dejaron de existir para dar paso a la Ley y al Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, que seguirán promoviendo e impulsando las políticas públicas en la materia.

3. Programa Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad 2001-2006

(Programa Especial).- De acuerdo a lo señalado en el programa, este se concibe como un instrumento técnico normativo para orientar el cumplimiento de los objetivos, programas y acciones de la propia Oficina durante el actual período de gobierno. Así como un documento orientador y de trabajo común entre gobierno y sociedad, bajo una perspectiva integral al año 2025, a fin de asegurar la permanencia, institucionalidad y continuidad de las acciones como una política consubstancial del moderno Estado Mexicano. Con la puesta en marcha de este Programa de alcance nacional, el gobierno Federal instaura en el país una política especial de carácter integral para la atención, promoción e integración social de las personas con discapacidad, a la dinámica del acontecer general de la Nación, ampliando desde el más alto nivel de la Administración Pública, los espacios y oportunidades para que las personas con discapacidad incrementen su participación en la toma de decisiones y en la conducción de los programas y asuntos que a todos nos conciernen en materia de discapacidad.

4. Programa Nacional de Accesibilidad (Secretaría de la Función Pública 2004).

- Presentado el 18 de septiembre de 2001 y tiene como objetivos: promover, difundir y realizar acciones que tengan como finalidad lograr la adecuación e implementación de políticas públicas en materia de accesibilidad tanto física, arquitectónica y urbana como en transporte y comunicaciones.

En enero 12 de 2004 se publicó el Acuerdo por el que se establecen los *Lineamientos para la Accesibilidad de las Personas con Discapacidad a Inmuebles Federales*, por parte de la Secretaría de la función Pública, a través de INDAABIN. Se emitieron los *Criterios de Diseño para vivienda Adaptable y Accesible* y se firmó el convenio *Vivienda Accesible*. El 3 de diciembre de 2004 se firmó el Convenio de Colaboración, entre la Secretaría de

Comunicaciones y Transportes y los Concesionarios, Permisarios y Operadores Aeródromos Civiles de Servicio al Público y de Servicio de Transporte, estableciéndose los lineamientos técnicos para dar accesibilidad a las personas con discapacidad. El total de inmuebles diagnosticados por este Instituto es de 1,564 inmuebles.

- 5. Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa (SEP, 2002).**- Presentado el 23 de septiembre de 2002 y tiene como objetivo el garantizar una atención educativa de calidad para los niños, las niñas y los jóvenes con necesidades educativas especiales, otorgando prioridad a los que presentan discapacidad, mediante el fortalecimiento del proceso de integración educativa y de los servicios de educación especial.

En junio de 2005 se publicaron las Reglas de Operación del Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Especial y de la Integración Educativa, se crearon 96 Centros de Recursos e Información para la Integración Educativa (CRIE) en el país, se han transferido ente 2002 y 2005 a las entidades federativas alrededor de 15.3 millones de pesos, se elaboraron las normas de inscripción, reinscripción y acreditación para los alumnos con necesidades especiales educativas integrados en los jardines de niños, se realizó la reforma de los planes de estudio de la Licenciatura en Educación Especial para el ciclo escolar 2004-2005, 623 Centros de Atención Múltiple participaron en el Programa Escuelas de Calidad y se capacitó a 177 mil maestros y maestras de educación especial y regular.

- 6. Programa de Integración Laboral para Personas con Discapacidad 2001-2006 (Senado de la República, 2002).**- Presentado el 3 de diciembre de 2002 y tiene como objetivo: lograr a nivel nacional la integración o la reintegración de las personas con discapacidad en actividades productivas, a través de la coordinación de las diferentes instancias de los sectores público, privado y social.

Se efectuó la sensibilización a empresarios mediante 48,909 materiales distribuidos mediante el cual se genera una nueva cultura de integración hacia

las personas con discapacidad, 7,497 personas con discapacidad fueron atendidas por CHAMBAPAR, se otorgaron 2,469 becas de capacitación a personas con discapacidad, 1,365 personas con discapacidades fueron colocadas laboralmente en diferentes puestos dentro del mercado laboral formal, se establecieron 19 Redes de Vinculación Especializada para la Integración Laboral de Personas con Discapacidad y Adultos Mayores en 15 Estados. La Secretaría del Trabajo y Previsión Social distribuyó 19 mil impresos como Cartas de Derechos y Obligaciones para las Personas con Discapacidad, se entregó a 12 empresas y cuatro corporativos el Reconocimiento Empresa Incluyente, por una Nueva Cultura Laboral y se celebró un convenio de colaboración con el sector empresarial para la Integración Laboral de personas con discapacidad.

7. Programa de la Subcomisión de Economía (Senado de la República, 2002).-

Tiene como objetivo: promover a nivel nacional los programas específicos para las personas con discapacidad en actividades productivas, a través de la coordinación de las diferentes instancias de los sectores público, privado y social.

El Programa *Emprendedores con Discapacida* del FONAES apoyó el financiamiento hasta del 80 por ciento del valor de 14 proyectos productivos de personas con discapacidad a través de un monto de un millón 692 mil pesos. Se creó el fondo de garantía para microempresarios con discapacidad por un monto de 2.5 millones de pesos, el cual busca beneficiar al menos a 100 microempresarios con discapacidad en la operación y administración de tiendas de conveniencia, se publicaron en dos Acuerdos de la Secretaría de Economía, en el Diario Oficial de la Federación los días 25 de abril de 2003 y 26 de mayo de 2004, los listados que comprenden 34 artículos exentos del pago del impuesto. La PROFECO realizó el primer foro de análisis de *PROFECO y el consumo de las personas con discapacidad* en donde asistieron 101 personas. La Secretaría de Economía distribuyó en todo el país 32 mil folletos con información de los productos y servicios dirigidos a personas con discapacidad,

se publicó la *Guía Empresarial para Personas con Discapacidad* con la finalidad de que incrementen los microcréditos destinados a estas personas. La Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO) transmitió cuatro programas de radio, tres programas de televisión y tres artículos en la Revista del Consumidor en donde se busca sensibilizar a la población consumidora en el tema de discapacidad. Asimismo, la PROFECO atendió a 79 organizaciones de consumidores y constituyó a 45 organizaciones y se elaboró el documento *Acciones Institucionales para la Integración Económica de las Personas con Discapacidad*, la Dirección General de Normas elaboró el Proyecto de Norma Mexicana *Accesibilidad al Medio Construido de Servicio al Público Especializaciones de Seguridad*.

- 8. Programa de Apoyo a Personas con Discapacidad en el Medio Rural (Secretaría de Agricultura, 2003).**- Presentado el 5 de septiembre de 2003 y tiene como objetivo: brindar atención integral a las personas con discapacidad del medio rural, primordialmente a las ubicadas en zonas marginadas, para impulsar su capacidad económica y productiva.

Se elaboraron y distribuyeron 400 Memorias, distribución de 1000 ejemplares del Programa, 4000 folletos denominados *Apoyos para Grupos Prioritarios en el Medio Rural* y 300 CD de Experiencias Exitosas de Grupos Prioritarios y 350 videos promocionales. Se conformaron 16 Comités Técnicos Estatales, se apoyó al Instituto Guadalupe, A.C., de Educación Especial en Linares, Nuevo León, con un proyecto de carpintería por un monto de \$27,035.18 y un proyecto para equipar el taller de industrias con un monto de \$43,681.62 y se autorizó el proyecto de producción de hortalizas orgánicas para personas con discapacidad con un monto de \$240,000.00 para la adquisición de un invernadero y los padres de familia aportaron \$60,000.00

- 9. Instituto Nacional de Rehabilitación (Secretaría de Salud, 2000).**- Por último, y por ser el eje central de la investigación, el Instituto Nacional de Rehabilitación tiene los siguientes objetivos:

- a. *Contribuir a enfrentar el problema emergente de la discapacidad en México y a fomentar la integración a la vida social y productiva de la población que la padece.*
- b. *Desarrollar investigación científica del más alto nivel en materia de discapacidad.*
- c. *Formar profesionales altamente especializados en el ámbito de su competencia.*
- d. *Consolidar al Instituto como la unidad médica del más alto nivel del Sistema Nacional de Salud en materia de servicios de rehabilitación.*
- e. *Contar con infraestructura y tecnología de punta, con una amplia y completa red de informática que lo conviertan en un Hospital Inteligente.*
- f. *Contar con, y guiar bajo un enfoque gerencial, a un equipo de trabajo altamente capacitado y comprometido que garantice la operación del Instituto con el más alto grado de calidad y eficiencia técnica.*
- g. *Mantener el intercambio permanente con universidades, institutos, hospitales y organizaciones nacionales e internacionales vinculadas con la atención a la discapacidad.*
- h. *Optimizar el manejo y aplicación de recursos y promover las oportunidades de diversificación de alternativas de financiamiento para incrementar la sustentabilidad financiera del Instituto.*

El Instituto Nacional de Rehabilitación tiene bajo su coordinación los siguientes programas:

a. Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis).

El Programa de Acción *Prevención y Rehabilitación de Discapacidades* surge de la necesidad de dar cauce a las múltiples y diversas acciones para prevenir y controlar todas aquellas circunstancias, de la más variada índole, susceptibles de generar discapacidad, que límite o impida las actividades rutinarias de las mujeres y los hombres de nuestro país (Secretaría de Salud, 2001).

Objetivos Generales

- *Atender la discapacidad como problema emergente de salud pública.*
- *Impulsar y fortalecer el desarrollo de los programas de prevención y de atención a la discapacidad mediante la participación de las instituciones de los tres niveles de gobierno y de la sociedad civil en general.*
- *Reducir la incidencia de las discapacidades, apoyar la rehabilitación médica de las personas con discapacidad, disminuir sus desventajas, mejorar su funcionamiento y facilitar su incorporación a la vida social y productiva.*
- *El Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (Prever-Dis), ha iniciado su implementación en los estados de Tlaxcala y Zacatecas, mediante la firma de los convenios respectivos, siendo necesario su desarrollo en todas las entidades federativas. Asimismo, se firmó el convenio con el Sistema nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF-Nacional), para su participación a través de los DIF Estatales y Municipales.*

Se continúa el desarrollo de Discapacinet, ampliándose a otras áreas brindando mayor información a las personas con discapacidad y sus familias, a la fecha el portal tiene 25,077 visitantes registrados dentro de la estrategia e-México, se firmó el Convenio DIS-INR para fortalecer la prestación de servicios de rehabilitación de alta complejidad, capacitación de recursos humanos e investigación científica en enero de 2004.

- b. **Discapacinet.-** Como parte de las acciones de divulgación, información y orientación, se desarrolló y se lanzó el portal Discapacinet, el cual fue adoptado por la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social de las Personas con Discapacidad, como una herramienta para difundir las actividades de sus diferentes subcomisiones y programas.

Discapacinet en materia de salud y seguridad social es operado desde el Instituto Nacional de Rehabilitación. Actualizándose y creciendo permanentemente. Por este medio, la población mexicana dispone de información de interés y recibirá asistencia en línea a través de los servicios con los que dispone el portal: www.discapacinet.gob.mx

Por otro lado, se realizó el proyecto Discapacitel, el cual está pendiente de presupuesto para su implementación.

- c. **Fideicomiso Fideprótesis.-** En el año de 1994 se creó el Fideicomiso Fideprótesis por la Secretaría de Desarrollo Social, el IMSS y el ISSSTE, con el propósito de otorgar ayudas para la adquisición de prótesis, órtesis y otros auxiliares para la rehabilitación de pensionados y jubilados de estas últimas instituciones. La presidencia del comité técnico recae en el Secretario de Salud y este designó al Director del Centro Nacional de Rehabilitación (ahora Instituto Nacional de Rehabilitación) secretario ejecutivo de dicho comité, el cual durante la presente administración ha otorgado ayuda a 24,629 personas por un monto de \$56'264,495.00.
- d. **Fideprótesis Popular.-** Con el propósito de beneficiar también a la población no asegurada con la ayuda de adquisición de prótesis, órtesis y auxiliares diversos para la rehabilitación, el Instituto Nacional de Rehabilitación desarrolló el Fideicomiso Fideprótesis Popular, el cual fue puesto en marcha por el Presidente de la República.

Posteriormente, este fideicomiso fue transferido al Seguro Popular, como parte del Fondo de Gastos Catastróficos, estando pendiente la puesta en marcha de su funcionamiento.

El Instituto Nacional de Rehabilitación cuenta, en diferentes especialidades médicas, con una sólida infraestructura de investigación básica, clínica, epidemiológica, sociomédica y de desarrollo tecnológico, entre la que se encuentran 168 investigadores registrados en el Sistema Interinstitucional de Investigadores (SII) y más de 25 líneas de investigación, orientados hacia problemas de discapacidades motoras, sensoriales e intelectuales. Dentro de estas líneas se encuentran la: osteoporosis, osteoartritis, reemplazos articulares, deformidades de nacimiento, infecciones óseas, parálisis cerebral, regeneración y sustituciones de tejido nuevo músculo-esquelético, amputaciones, traumatismos raquímedulares, histomorfología de los órganos de la comunicación y plasticidad cerebral, entre otros.

Los servicios que presta son de Consulta Externa, hospitalización, cirugía, rehabilitación, urgencias ortopédicas y auxiliares de diagnóstico, anualmente se dan

más de 250,000 consultas, 600,000 terapias de rehabilitación, 7,000 cirugías, 8,000 atenciones de urgencias y 125,000 auxiliares de diagnóstico.

En cuestiones de ortopedia, se atienden: deformidades neromusculares, infecciones óseas, ortopedia pediátrica, del deporte y artroscopia, reconstrucción articular, reumatología, tumores óseos, traumatología del sistema músculo-esquelético y cirugía de columna y mano. En materia de rehabilitación, se atiende rehabilitación de amputados, cardíaca, de columna, del deporte, neurológica, osteoartricular, geriátrica, pediátrica, respiratoria, laboral e integral, estimulación temprana, parálisis cerebral infantil, distrofias musculares y electromiografía.

En aspectos de la comunicación humana: audiología, neuropsicología infantil y de adultos, neurofisiología, foniatría, otoneurología, otorrinolaringología, oftalmología, terapia de la audición, electroencefalografía, potenciales evocados y mapeo de diagnóstico cuentan con imagenología, radiografía, tomografía computada, resonancia magnética, medicina nuclear, desintometría ósea, además de sus laboratorios clínicos y de sangre.

Finalmente, el Instituto realiza actividades docentes para la formación de personal médico y paramédico, abarcando el pregrado de medicina, cursos de especialización médica, postgrado para médicos especialistas, diplomados médicos, cursos posttécnico en enfermería ortopédica y de rehabilitación, además de sus escuelas de terapia del lenguaje y de rehabilitación para terapeutas físicos, ocupacionales y prótesis-ortésistas.

Lo anterior, ubica al Instituto Nacional de Rehabilitación en una de las instituciones de mayor complejidad del Sistema Nacional de Salud para enfrentar el problema de Salud Pública, constituido por las discapacidades del aparato locomotor, audición, voz, lenguaje, de tipo respiratorio y la única para la atención de deportistas con discapacidad y de alto rendimiento.

A partir de junio del año 2005, el entonces Centro Nacional de Rehabilitación, pasó a ser un Órgano Desconcentrado a un Organismo Público Descentralizado, lo cual no sólo le dio personalidad jurídica y patrimonio propio, sino que le permitió convertirse en el doceavo Instituto Nacional de Salud, dándole el reconocimiento

como una institución de alto nivel en materia de investigación y de atención médica especializada.

10. **Ley General de las Personas con Discapacidad (Cámara de Diputados, 2005).**- El pasado 10 de julio de 2005, se publicó la Ley que reconoce a las personas con discapacidad, sus derechos humanos y mandato el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio. Se establece con claridad cuáles serán los principios que deberán observar las políticas públicas, así como las facultades del Ejecutivo Federal en la materia.

De igual forma, se precisan los derechos y garantías para las personas con discapacidad en materia: de salud, de trabajo y capacitación, de educación, de las facilidades arquitectónicas, de desarrollo urbano y de vivienda, de transporte público y los convencionales, del desarrollo y la asistencia social, del deporte y la cultura, de la seguridad pública y de la concurrencia. Finalmente, el objeto y atribuciones del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, que sustituye el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS).

De este breve repaso sobre las acciones a favor de la atención de la discapacidad se desprenden lo siguiente: El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral y el Instituto Nacional de Rehabilitación se consolidan como dos instrumentos de política pública para la atención de la discapacidad. Los años de servicio y experiencia le da la fortaleza para conservarse y continuar en esta magna cruzada.

La Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad y el Consejo Nacional Consultivo, creados en la presente administración, cumplieron con su propósito al servir como promotores de las políticas públicas en la materia, promoviendo los programas de fortalecimiento de la educación especial y de la integración educativa, el de integración laboral para personas con discapacidad, el de apoyo a personas con discapacidad en el medio rural, el de accesibilidad, el de la Subcomisión de Economía y el de atención a personas con discapacidad que sientan las bases para la promulgación de la Ley de las Personas con Discapacidad, que reconoce los derechos humanos de este grupo de la población y

establece el mandato para la elaboración o establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio.

Aún cuando analizar el resultado de los programas no es motivo de este trabajo, el problema de la discapacidad es de tal magnitud, que los esfuerzos realizados en algunos de ellos, parecen en la práctica insuficientes, sin embargo, es de reconocer que la actual administración sentó las bases para el establecimiento de una Política de Estado que, sumada a la voluntad de los próximos gobiernos, fortalezcan dichos programas y se elaboren nuevas Políticas Públicas que impulsen y promuevan el desarrollo humano de las personas con discapacidad.

Es el Presidente a la República quien, asesorado por la Oficina de la Presidencia para las Políticas Públicas, promueve la creación de la Oficina de representación Social para las Personas con Discapacidad, que es la impulsora, desde la propia Presidencia de la República, de muchas de las acciones antes descritas. Sin embargo, se considera que el cliente potencial para presentarle los resultados de este reporte de Política Pública, es el Secretario de Salud, a la luz de las siguientes consideraciones: Que el Programa Nacional de Salud declara que la discapacidad es un serio problema de salud pública, que la Nueva Ley General de Personas con Discapacidad señala que el Secretario de Salud es quien presidirá el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad, el cual tiene dentro de sus objetivos contribuir al establecimiento de una Política de Estado en la materia, que pueda convenir y concertar acciones con las otras dependencias del Gobierno Federal y de los Gobiernos de los Estados y que finalmente pueda gestionar ante la globalizadora los recursos necesarios para tal fin.

4 EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

4.1 Las Políticas Sociales en México y el Desarrollo Humano

En la actualidad, los países que se consideran democráticos cuentan con una Política Social y México, en su transición a la democracia, no se queda atrás. Veamos algunos conceptos técnicos de la política social y comparemos con la establecida en nuestro país, por lo menos en el marco teórico.

establece el mandato para la elaboración o establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio.

Aún cuando analizar el resultado de los programas no es motivo de este trabajo, el problema de la discapacidad es de tal magnitud, que los esfuerzos realizados en algunos de ellos, parecen en la práctica insuficientes, sin embargo, es de reconocer que la actual administración sentó las bases para el establecimiento de una Política de Estado que, sumada a la voluntad de los próximos gobiernos, fortalezcan dichos programas y se elaboren nuevas Políticas Públicas que impulsen y promuevan el desarrollo humano de las personas con discapacidad.

Es el Presidente a la República quien, asesorado por la Oficina de la Presidencia para las Políticas Públicas, promueve la creación de la Oficina de representación Social para las Personas con Discapacidad, que es la impulsora, desde la propia Presidencia de la República, de muchas de las acciones antes descritas. Sin embargo, se considera que el cliente potencial para presentarle los resultados de este reporte de Política Pública, es el Secretario de Salud, a la luz de las siguientes consideraciones: Que el Programa Nacional de Salud declara que la discapacidad es un serio problema de salud pública, que la Nueva Ley General de Personas con Discapacidad señala que el Secretario de Salud es quien presidirá el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad, el cual tiene dentro de sus objetivos contribuir al establecimiento de una Política de Estado en la materia, que pueda convenir y concertar acciones con las otras dependencias del Gobierno Federal y de los Gobiernos de los Estados y que finalmente pueda gestionar ante la globalizadora los recursos necesarios para tal fin.

4 EL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN

4.1 Las Políticas Sociales en México y el Desarrollo Humano

En la actualidad, los países que se consideran democráticos cuentan con una Política Social y México, en su transición a la democracia, no se queda atrás. Veamos algunos conceptos técnicos de la política social y comparemos con la establecida en nuestro país, por lo menos en el marco teórico.

El término *Política Social*, según Teresa Montagut, se usa para definir ciertas características de los actuales estados de bienestar y ella misma la define como *aquella política relativa a la administración pública de la asistencia, es decir, al desarrollo y dirección de los servicios específicos del estado y de las autoridades sociales, en aspectos tales como: salud, educación, trabajo y vivienda, asistencia y servicios sociales.*

También ella destaca que la política social es redistributiva, es decir, que debe haber una reasignación entre los pobres y los ricos y resalta el alto contenido de objetivos morales como la igualdad entre los hombres y los derechos humanos o de la ciudadanía. Enmarca que los objetivos últimos de la Política Social son la cobertura de las necesidades y la reducción de las tensiones o problemas sociales.

Veamos ahora que aspectos recupera el Plan Nacional de Desarrollo como el gran instrumento de planeación democrática en materia de Política Social, que parte de tres postulados fundamentales: Humanismo, Equidad y Cambio. En el primero, Humanismo, señala que cada persona es un ser único y por lo tanto debe lograr su máximo desenvolvimiento material y espiritual, es decir, su desarrollo integral. En cuanto a Equidad, menciona que los ciudadanos son iguales ante la luz y deben tener las mismas oportunidades para desarrollarse y en materia del Cambio, establece que es necesario para el establecimiento de un sistema democrático y de responsabilidad compartida entre las instituciones públicas y las organizaciones de la sociedad.

En cuanto a los criterios para el desarrollo de la nación, advierte que el Plan busca ofrecer oportunidades a toda la población para aprovechar las que ofrece el desarrollo, en este sentido, menciona que la situación de inequidad existente demanda hoy una política de desarrollo incluyente y plural, considerando las opiniones e ideas de los distintos grupos de población y regiones.

Cuando habla de gobernabilidad democrática, enfatiza que la Administración Pública Federal ejercerá el poder público a través de una democracia, siendo el ser humano la razón del ser del Estado, teniendo al ciudadano como el origen y destino de sus secciones, respetando siempre los derechos humanos.

Por otro lado, precisa que la acción del gobierno *tiene por último mejorar la calidad de vida de los mexicanos, asegurar el pleno ejercicio de su libertad personal en un entorno*

de convivencia humana y de respeto a la naturaleza que multiplique las oportunidades de progreso material, favorezca el desenvolvimiento intelectual y propicie el enriquecimiento cultural de cada uno de los ciudadanos del país. El desarrollo que se propone tiene a las personas como su origen y destino; un desarrollo en el cual la sociedad es vista como la suma e interacción de los hombres y las mujeres que la componen, todos y cada uno de ellos de importancia para el resultado colectivo (Secretaría de Economía, 2001). Por lo tanto, el desarrollo social y humano representa alcanzar niveles superiores de riqueza y bienestar. Para ser consistente con lo anterior, propone involucrar a la gente en la conformación de la política nacional para este propósito.

Concentra la atención de la política social en la educación y la salud, señalando en el caso de la primera que es el instrumento más importante para aumentar la inteligencia individual y colectiva y para lograr la emancipación de las personas. En el caso de la segunda, que la educación y el desarrollo de los mexicanos depende de la salud que posean, considerando a esta última como uno de los pilares para el desarrollo de México.

En materia de desarrollo humano, menciona que *debe ser incluyente para ofrecer a todos los mexicanos las oportunidades que necesitan para su crecimiento como personas, se requiere una nueva relación entre el gobierno y la sociedad. Se necesita una considerable expansión de los mecanismos que permitan ampliar las capacidades de todos los mexicanos, especialmente los más desfavorecidos, al tiempo que se incrementan las oportunidades y se garantizan que cada persona tenga acceso a ellas, lo que le permitirá ser sujeto de su propio desarrollo, al poseer los medios para progresar por su propio esfuerzo. Debemos asegurar que todos estén incluidos en el proceso de desarrollo creando nuevas formas de inclusión y reconstituyendo el tejido social (Secretaría de Economía, 2001).* En cuanto a desarrollo regional, propone fortalecer el federalismo para atender la demanda social por una distribución más equitativa de oportunidades entre regiones mediante la distribución adecuada de atribuciones y recursos.

Por último, establece los ejes de la política de desarrollo social y humano, dejando claro, la atención a: los niveles de bienestar, la equidad de los programas y la igualdad de oportunidades; la capacidad e iniciativa de los ciudadanos; la cohesión social; el desarrollo

en armonía con naturaleza y la confianza en la capacidad del gobierno y en las instituciones.

De este breve ejercicio, se podría afirmar que la política social del gobierno de la República, plasmado en el Plan Nacional de Desarrollo, considera aquellos principios teóricos que dan sustento y consistencia a dicha política y al compararlo con las condiciones que señala Teresa Montagut en su libro *Política Pública*, se confirma dicha afirmación.

Es cierto que se da prioridad a las políticas de educación y salud, esenciales en la lucha contra la pobreza, como lo establece el Premio Nobel de Economía, Amartya Sen, sin embargo, los alcances reales de la política social en México, aún cuando esta bien enmarcada teóricamente, en la práctica requiere de grandes esfuerzos de coordinación y de recursos para alcanzar a toda la población y ofrecer igualdad de oportunidades.

Es claro que el desarrollo de un país no puede ser entendido solamente como crecimiento económico general, el desarrollo se muestra en su habitantes y en las posibilidades que ellos tienen para alcanzar a plenitud su potencial como seres humanos. Si el desarrollo humano consiste en la libertad que tienen los individuos para elegir entre distintas opciones y formas de vida, nuestro país esta muy lejos de esa condición.

4.2 Marco de Atribuciones del Instituto Nacional de Rehabilitación

Considerando que el Instituto Nacional de Rehabilitación es un instrumento importante de política pública para la atención de la discapacidad, el pasado 23 de junio del año 2005, por acuerdo del C. Presidente de la República pasó de ser un órgano desconcentrado a un organismo público descentralizado (OPD) y se convirtió en el doceavo Instituto Nacional de Salud.

Es en el mes de septiembre del mismo año su Junta de Gobierno, recién instalada, aprobó el Estatuto Orgánico del cual se desprenden las siguientes atribuciones (Secretaría de Salud, 2005):

- I. *Publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice, así como difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre;*

- II. *Promover y realizar reuniones de intercambio científico, de carácter nacional e internacional, y celebrar convenios de coordinación, de intercambio o cooperación con instituciones afines;*
- III. *Formar recursos humanos en sus áreas de especialización, así como aquellas que le sean afines;*
- IV. *Formular y ejecutar programas de estudio y cursos de capacitación, enseñanza, especialización y actualización de personal profesional, técnico y auxiliar, en sus áreas de especialización y a fines, así como evaluar y reconocer el aprendizaje;*
- V. *Otorgar constancias, diplomas, reconocimientos y certificados de estudios, grados y títulos, en su caso, de conformidad con las disposiciones aplicables;*
- VI. *Prestar servicios de salud en aspectos preventivos, médicos, quirúrgicos y de rehabilitación en sus áreas de especialización;*
- VII. *Proporcionar consulta externa, atención hospitalaria y servicios de urgencias a la población que requiera atención médica en sus áreas de especialización, hasta el límite de su capacidad instalada;*
- VIII. *Asesorar y formular opiniones a la Secretaría cuando sea requerido para ello;*
- IX. *Actuar como órgano de consulta, técnica y normativa, de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en sus áreas de especialización, así como prestar consultorías a título oneroso a personas de derecho privado;*
- X. *Asesorar a los centros especializados de investigación, enseñanza o atención médica de las entidades federativas y, en general, a cualquiera de sus instituciones públicas de salud;*
- XI. *Promover acciones para la protección de la salud, en lo relativo a los padecimientos propios de sus áreas de especialización;*
- XII. *Coadyuvar con la Secretaría a la actualización de los datos sobre la situación sanitaria general del país, respecto de las especialidades médicas que le correspondan, y*
- XIII. *Realizar las demás actividades que le corresponda conforme a la Ley y otras disposiciones aplicables.*

4.3 Incidencias de las Acciones del Instituto Nacional de Rehabilitación en la Política Social de Atención a la Discapacidad

Una vez conocida la Política Social y, en particular, la de Salud, para la atención de la discapacidad, tanto en el Plan Nacional de Desarrollo, como en el Programa Nacional de Salud, intentaré identificar de que manera el Instituto Nacional de Rehabilitación incide como instrumento de política pública en la política social de atención a este grupo de la población.

- Las atribuciones y objetivos del Instituto Nacional de Rehabilitación son afines al propósito de la política social del Gobierno de la República, de mejorar la calidad de vida de los mexicanos como un derecho a la salud.
- En cuanto a los ejes de la política social, el Instituto Nacional de Rehabilitación colabora en el mejoramiento de los niveles de bienestar, al ofrecer mediante la rehabilitación de las personas, oportunidades de superación personal y de participación social.
- En cuanto a los compromisos con la salud, el Instituto Nacional de Rehabilitación participa en los cinco objetivos principales, al mejorar las condiciones de salud, al reducir las desigualdades, al garantizar un trato de calidad y calidez a los usuarios, al ofrecer protección financiera (Seguro Popular) y fortalecer a través de su servicio de excelencia el Sistema de Salud.
- Su quehacer va íntimamente ligado a la estrategia considerada en el Plan Nacional de Desarrollo de promover el desarrollo de las personas con discapacidad para facilitar su integración a cualquier ámbito de la vida nacional.
- Para atender a las personas con discapacidad, el Instituto Nacional de Rehabilitación ofrece servicios de atención médica, que incluye el concepto de la prevención secundaria de la discapacidad que permite limitar o prevenir las diversas secuelas discapacitantes, tanto de enfermedades como de accidentes.

Para ello ofrece los servicios de Consulta Externa en Medicina de Rehabilitación: pediátrica ortopédica, neurología, geriátrica y cardiorrespiratoria, integral y del deporte. En Medicina Ortopédica: traumatología, deformidades neuromusculares, ortopedia pediátrica,

reconstrucción articular, ortopedia del deporte y artroscopia, cirugía de mano, cirugía de tumores óseos, cirugía de columna vertebral, infecciones óseas y reumatología. En Medicina de Comunicación Humana, audiología, lenguaje y aprendizaje, otoneurología, foniatría, otorrinolaringología, neuropsicología y oftalmología.

El Instituto Nacional de Rehabilitación cuenta con 226 camas para la atención hospitalaria en las tres áreas antes mencionadas, se ofrece el servicio de cirugía ortopédica pediátrica, traumatología, cirugía de la columna vertebral, cirugía de mano y microcirugía, cirugía de tumores óseos, infecciones óseas y pseudoartrosis, reconstrucción articular, ortopedia del deporte y artroscopia y cirugía de deformidades neuromusculares; para lo cual cuenta con 15 quirófanos que a su vez están equipados con tecnología de punta.

También ofrece los servicios de auxiliares de diagnóstico y tratamiento, para lo cual se cuenta con 6 salas de Rayos X, tomografía axial computada, resonancia magnética, medicina nuclear, ultrasonido, desintometría ósea, laboratorio de análisis clínico y banco de sangre, así como estudios electrofisiológicos.

Se ofrecen terapias físicas, ocupaciones y del lenguaje, elementos fundamentales en la rehabilitación, contribuyendo a la prevención de discapacidades, así como a la más pronta recuperación. Existe el Programa de Terapia Múltiple que incluye los tres antes mencionados más el psicológico, con la participación activa de la familia.

También, ofrece los servicios de estimulación temprana, plasticidad cerebral, rehabilitación de columna vertebral, rehabilitación respiratoria, rehabilitación cardíaca, laboratorio de órtesis y prótesis, clínica de osteoporosis y de distrofia muscular. Finalmente, se cuenta con una división de rehabilitación integral que abarca los aspectos físico, psicológico, social, educativo y laboral, este último, en coordinación con la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

- En materia de investigación, es consistente con la política social al canalizar sus esfuerzos a la investigación básica de vanguardia, investigación clínica, epidemiológica, socio-médica y desarrollo tecnológico en las diferentes especialidades médicas de la rehabilitación de la discapacidad y otros campos relacionados. Para esto cuenta con 168 investigadores en 25 líneas de investigación y

con una infraestructura de laboratorios como el de morfología celular y molecular, de neurofisiología, de informática médica, entre otros.

- La enseñanza es también una tarea prioritaria del Instituto Nacional de Rehabilitación, ya que esta orientada a la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud en materia de rehabilitación. Para esto, tiene instrumentados cursos de especialización médica, de postgrado para médicos especialistas, diplomados médicos de pregrado en medicina, postécnico en enfermería ortopédica, de especialización en enfermería de rehabilitación, maestrías en lenguaje y audiolología y en orientación familiar, y en educación médica continua para garantizar la calidad de desempeño del propio personal del Instituto. Finalmente, se tiene la Escuela de Terapia del Lenguaje y la Escuela Superior de Rehabilitación, para la formación de terapeutas del lenguaje, físicos ocupacionales y protesistas ortesistas.
- El Instituto Nacional de Rehabilitación realiza diversas acciones o programas extramuros, tendientes a la prevención y rehabilitación de discapacidades, algunos de ellos descritos anteriormente y que sólo enunciaremos para efectos de ubicación: campañas de cirugía extramuros, fideprótesis y fideprótesis popular, discapacinet y discapacitel. Mención particular se hace del programa de acción para la prevención y rehabilitación de discapacidades (PreveR-Dis) el cual ya se ha suscrito convenio en los Estados de Tlaxcala y Zacatecas.

Después de este breve repaso de los servicios que ofrece el Instituto Nacional de Rehabilitación, tanto al interior de la institución como al exterior y de haber revisado la política social y los alcances del Programa Nacional de Salud, así como de las principales acciones de atención a la discapacidad, se puede afirmar, que el Instituto es uno de los instrumentos de política pública de mayor impacto en lucha por la prevención y atención a la rehabilitación de la discapacidad.

También, es cierto que sus atribuciones y el papel que juega en atención de la discapacidad lo ubica como una de las instituciones más sólidas, no sólo para promover sino para participar en la elaboración de las políticas públicas que se desprendan como resultado de la Ley para Personas con Discapacidad, que fue promovida en julio del 2005.

4.4 El Instituto Nacional de Rehabilitación y el Desarrollo Humano

Como se vio al inicio del presente trabajo, existen más de una definición sobre discapacidad, sin embargo, hay quien la define como un producto social, que condiciona la relación entre la deficiencia de una persona (física o mental) y el entorno social, político, económico y cultural en el cual habita y se desarrolla, de ahí que la discapacidad no es inherente a la persona que tiene alguna deficiencia sino que es la sociedad la que la discapacita. En otro sentido, también se dice que *la Discapacidad es una interacción entre el funcionamiento humano y un ambiente que no toma en cuenta los diferentes niveles de funcionamiento (OEA, 1999)*.

En el documento *Incluyendo a las Personas con Discapacidad en las Políticas de Desarrollo*, señala que es necesario que la discapacidad se redimensione como parte de la diversidad humana y no como una condición de subestimación marginal o de exclusión. Por lo tanto, surge el concepto de desarrollo inclusivo que se considera como *la formulación y puesta en práctica de políticas, planes, programas, proyectos y acciones para el desarrollo socioeconómico y humano, que se orientan, garantizan y hacen posible la igualdad de oportunidades y el disfrute y goce de los derechos –civiles y políticos, económicos, sociales y culturales- para todas las personas, independientemente de su estatus social, su género, su condición física o mental y su raza (Astorga Gatjens, Luis Fernando, 2004)*.

Por otro lado, se dice que la pobreza, la extrema pobreza y la exclusión social afectan a millones de personas. Bengt Lindqvist (ONU, 2000), exrelator de Naciones Unidas, subraya que hay una íntima relación entre pobreza y discapacidad y que en los países en desarrollo se profundiza el hecho de que la discapacidad produce pobreza y las condiciones de pobreza aumentan el riesgo de obtener una discapacidad.

Partiendo de esta condición de exclusión que prevalece para las personas con discapacidad, es que se surge esta nueva idea de incluir a las personas con discapacidad en los proyectos de desarrollo de los países.

En uno de los ejes rectores del Plan Nacional de Desarrollo, se señala que para reducir las desigualdades que más afectan a la población, los recursos públicos deberán estar orientados a estimular la superación del nivel de vida de los grupos y personas más

vulnerables entre los que destacan las personas con discapacidad, así mismo, establece como objetivo la necesidad de incrementar la equidad y la igualdad de oportunidades, mediante el reconocimiento de las diferencias y desigualdades sociales. Para el logro de este objetivo, la estrategia es promover y fortalecer el desarrollo social y humano de las personas con discapacidad, para facilitar su integración plena a todos los ámbitos de la vida nacional, impulsando la cobertura y las políticas públicas encaminadas a fomentar la integración social de este grupo de la población.

Consistente con lo anterior, el Instituto Nacional de Rehabilitación contribuye en la redistribución de los recursos al ofrecer servicios de atención médica de calidad a costos muy por debajo de los reales y de acuerdo al nivel socioeconómico de los pacientes, existiendo la posibilidad de que pueda ser exentado del pago por su condición de indigente. Adicionalmente, contribuye a que las familias no incurran en gastos catastróficos que pongan en riesgo la estabilidad económica de las mismas.

Asimismo, si partimos de que el Desarrollo Humano es entendido como el proceso de expansión de las capacidades de las personas para ampliar sus opciones y oportunidades, el Instituto Nacional de Rehabilitación ofrece al paciente discapacitado opciones de desarrollo, al brindarle una rehabilitación integral que va desde la física, ocupacional, del lenguaje, psicológica, educativa, hasta la laboral, lo que permite reintegrarlo a la vida productiva y realizar a plenitud su potencial como seres humanos.

Si pretendiéramos evaluar al Instituto Nacional de Rehabilitación mediante la nota metodológica *Desarrollo Social y Desarrollo Humano*, se puede afirmar que cubriría satisfactoriamente los conceptos de *alcance*, *amplitud* y *apropiación*. En el primer caso, porque su eje de atención es el individuo a quien se abre las posibilidades de elección de vida y de una mayor libertad individual. En el segundo, porque promueve acciones intersecretariales dirigidas a la población de escasos recursos con el fin de potenciar sus capacidades y ampliar sus alternativas para alcanzar mejores niveles de bienestar a través del mejoramiento de la salud. Por último, existe un convencimiento de la población respecto al beneficio que trae consigo la atención médica del Instituto Nacional de Rehabilitación, de ahí el crecimiento de la demanda por sus servicios.

5 CONCLUSIONES Y ALTERNATIVAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Conclusiones:

- El presente trabajo se enmarca en el concepto pleno de Política Social, al abordar una problemática que plantea un conflicto de desigualdad, no sólo en términos de capacidades físicas, mentales o intelectuales, sino también de recursos económicos, es decir, de pobreza, ya que un alto porcentaje de personas con discapacidad se encuentran en esta condición. Con ella se busca un Estado de Bienestar Social a través de mejores condiciones de vida y de desarrollo humano de las personas con discapacidad, entendiendo esto último, como el mejoramiento de capacidades y la libertad para decidir sobre las opciones y oportunidades que ofrece dicho Estado.
- La discapacidad es considerada un Problema de Salud Pública, provocada por diversas causas que van desde factores genéticos hasta por adicciones al alcohol y las drogas, pasando por traumatismos, complicaciones perinatales, enfermedades, etc. Según la Organización Mundial de la Salud, en México el 10% de la población vive con algún tipo de discapacidad y se estima que 2.3 millones de personas sufren discapacidad grave. Sólo el 44% de las personas con discapacidad son derechohabientes y el resto 55% están sujetos a gastos catastróficos. Un número importante de las personas con discapacidad no forma parte de la población económicamente activa, por lo tanto, no participa en la generación y distribución de la riqueza nacional y menos el de su propio desarrollo humano.
- El problema de la discapacidad ha pasando de ser un problema privado a uno colectivo y hoy día a un problema público, lo que obligó a ser incluido puntualmente en la *Agenda de Gobierno* al estar considerado en el Plan Nacional de Desarrollo y en el Programa Nacional de Salud, como una prioridad ante el hecho de ser calificado un serio problema de salud pública, por lo que el Gobierno se compromete a tomar decisiones sobre el particular. En este mismo sentido, la Política Social en materia de salud, combina una política redistributiva del ingreso y regulatoria del quehacer público en la materia.
- Un paso trascendente fue la creación de las Oficinas de Representación para la Formación e Integración Social para Personas con Discapacidad y del Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad, que impulsaron la instrumentación de los programas ya señalados, pero principalmente a cuatro años de

distancia, a la promulgación de la Ley General de las Personas con Discapacidad, publicada el pasado 10 de junio del año 2005. Destacando que su propósito fundamental es *establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad, en un marco de igualdad y de equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida*, asimismo, la Ley reconoce, de manera enunciativa y no limitativa, a las personas con discapacidad, sus derechos humanos y mandato del establecimiento de las Políticas Públicas necesarias para su ejercicio (Cámara de Diputados, 2005). Lo anterior en congruencia con la posición de México en diferentes foros internacionales, respecto de la necesidad de establecer claramente los derechos humanos de las personas con discapacidad.

– El impacto negativo en el desarrollo económico del país, al tener imposibilitados en diferentes grados al 10% de la población, se puede considerar como una falla del Gobierno o una falla de mercado, que obligó la intervención del Estado y la promulgación de la Ley General de Personas con Discapacidad, la cual promueve la formulación de las Políticas Públicas orientadas a ofrecer condiciones de igualdad a este grupo de la población, para que los incorpore al desarrollo.

– Los objetivos y atribuciones del Instituto Nacional de Rehabilitación son congruentes con el Plan Nacional de Desarrollo cuando establece en uno de sus retos que la educación y el desarrollo humano depende de la salud, así como con el eje de Política de Desarrollo Social y Humano que busca los mejores niveles de bienestar y la superación personal, particularmente, con el objetivo de acrecentar la equidad e igualdad de oportunidades y a la estrategia de promover el desarrollo de las personas con discapacidad, para facilitar su integración plena a todos los ámbitos de la vida nacional.

Corre similar suerte con el Programa Nacional de Salud, cuando en una de sus premisas establece que la buena salud es uno de los objetivos del desarrollo, condición indispensable para alcanzar la igualdad de oportunidades, así como las acciones multisectoriales orientados a promover y facilitar la reincorporación de las personas con discapacidad a la vida social y laboral.

– El artículo 7 de la Ley General de Personas con Discapacidad, precisa que este grupo de la población tiene derecho a servicios públicos para la atención de la salud y la rehabilitación integral, dichos servicios los ofrece de manera especializada el Instituto

Nacional de Rehabilitación, al acumular en sus objetivos y atribuciones, la mayor parte de las acciones que establece el capítulo de la salud de la propia Ley, como se observa a continuación:

- a. Participa en los programas para orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación, no sólo a través de su propia infraestructura que le permite dar directamente más de 250,000 consultas, más de 600,000 terapias y realizar más de 7,000 cirugías, sino también mediante el programa que coordina denominado Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis).
- b. Promueve, a través del programa antes mencionado, centros responsables de la ejecución en los estados.
- c. Contribuye en la promoción de bancos de prótesis y órtesis y ayudas técnicas, facilitando la obtención de ellos a las personas de escasos recursos, a través de su propio banco, donde se producen de acuerdo a las necesidades propias de las personas con discapacidad. Pero no sólo eso, sino que también cuenta con un grupo especializado de Ingenieros Biomédicos que realizan investigaciones en la materia.
- d. Celebra convenios de colaboración con instituciones educativas públicas y privadas en México y en el extranjero, para impulsar la investigación y promueve la capacitación y actualización del personal médico a favor de la calidad y calidez de la atención para las personas con discapacidad.
- e. Ofrece, dentro de sus servicios, la atención y tratamiento psicológico, tanto a las personas con discapacidad como a sus familias.
- f. Finalmente, realiza como ninguna otra instalación hospitalaria en el país, investigación básica de vanguardia, clínica, epidemiológica, sociomédica y de desarrollo tecnológico, que lo pone al frente en materia de rehabilitación integral, a la vez que participa en la elaboración de normas técnicas para la atención de personas con discapacidad.

Esta coincidencia, con relación a las acciones que realiza hoy día el Instituto Nacional de Rehabilitación, respecto de las que establece para el sector salud la propia Ley, lo convierte con independencia de su cobertura, en uno de los

instrumentos más importantes de la Política Pública en materia de atención a la discapacidad.

- Ante la deficiente información estadística que existe en materia de discapacidad, aún con los esfuerzos realizados por el INEGI en el año 2000 y considerando a esta como un bien público global indispensable para la formulación de las Políticas Públicas, es necesario continuar ampliando y sistematizando dicha información, ya que de otra suerte sus propias limitaciones impedirán que dichas Políticas tengan el soporte necesario para garantizar su instrumentación y operación eficiente, además de dificultar la obtención del costo-efectividad o costo-beneficio de la política.

Además de la información estadística antes mencionada, también es indispensable obtener y concentrar la relativa a los aspectos médicos y técnicos que existen a hoy día y los que se vayan generando a través de la investigación, tanto en el mundo como en el propio Instituto Nacional de Rehabilitación, quien deberá ser el gran concentrador de la misma y a la vez quien lo difunda a las unidades médicas de especialización.

- Se da importancia, en la presente administración, a la incorporación plena de la vida social, laboral y política de aquellos mexicanos que tienen alguna discapacidad, como una prioridad para desarrollar, fortalecer y consolidar las Políticas Públicas de atención a la discapacidad, sin embargo, esto se vería obstaculizado, si la sociedad no toma conciencia de su obligación de ser más respetuosa y sensible con este grupo de la población, por lo que se sugiere desarrollar una campaña permanente de sensibilización, desde las escuelas y a través en los medios de comunicación masiva.

Es importante que la sociedad civil o sector privado, relacionada con el cumplimiento de Ley, sean informados de la situación de exclusión que enfrenta la mayoría de las personas con discapacidad para que actúen sobre la base de una conciencia inclusiva que contribuya a una mayor accesibilidad y apertura de oportunidades productivas y de empleo.

- A las personas con discapacidad se les impide, en la práctica, disfrutar de sus derechos fundamentales como los civiles, los económicos, los culturales, etc., por ello es que la misma discapacidad tiene un efecto sobre los derechos humanos de las personas, por lo tanto, deberá prevalecer en la elaboración de las Políticas Públicas este principio, ya que de otra forma, sería continuar con la condición de exclusión de este grupo de la población.

- La Ley General de Personas con Discapacidad, establece ya los principios que deberán observar las Políticas Públicas en la materia, como son: la equidad, la justicia social, la equiparación de oportunidades, el reconocimiento de las diferencias, la desigualdad, la integración, el respeto y la accesibilidad, elementos que no podrá olvidar el hacedor de la política, con independencia del lugar donde se genere y en la materia que sea, laboral, educativa, de salud, etc. Por lo tanto, es deseable que estos principios se consideren al momento de elaborar las Políticas Públicas que se ejecuten, para que tengan impacto en las condiciones de vida de estas personas.
- El Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad, instrumento de coordinación intersecretarial e interinstitucional, que tiene por objeto contribuir al fortalecimiento de una Política de Estado, se integra por 5 Secretarías de Estado y el DIF Nacional, sin embargo, es necesario incluir a las personas con discapacidad y a las Organizaciones No Gubernamentales (ONG'S), no sólo en la elaboración de las Políticas Públicas, sino también en los mecanismos de implementación de las mismas, es decir, involucrarlos en el proceso de toma de decisiones. Para garantizar la eficacia de la Política Pública, será indispensable la interacción con la ciudadanía, de otra manera la Ley será letra muerta.
- La elaboración de las Políticas Públicas en materia de discapacidad, se enfrenta a dos problemas que demandan la voluntad política del gobierno: la escasez de recursos y la gran cantidad de actores involucrados (states holders) en el proceso, tanto del propio gobierno (salud, trabajo, educación, desarrollo social y vivienda, comunicaciones y transporte, etc.) como de los particulares.

Son tantos y variados los problemas sociales en México, que los recursos federales son insuficientes para su atención, sin embargo, la discapacidad a sido incluida en la Agenda de gobierno, como un Problema de Salud Pública y esa condición obliga al Estado a canalizar recursos crecientes y a convocar a la sociedad civil a participar en este asunto.

Se propone, además, dar mayor flexibilidad al Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad para promover, a través de los tiempos oficiales y por conducto de la Secretaría de Estado conducente, diferentes mecanismos que canalicen recursos a los diversos programas. Un ejemplo de lo que la sociedad civil puede hacer, por sus

resultados, es el TELETON que promueve la empresa Televisa, aún que no lo sea por la forma, ya que es una manera de explotar el dolor humano a cambio de miles de millones de pesos de ingresos por la venta de tiempos comerciales.

De igual forma, el Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad deberá ser fortalecido política e institucionalmente, para que juegue un papel más activo y exija a los responsables de la aplicación de la política, su correcta instrumentación y los resultados deseados.

– La atención a la discapacidad, exige la consolidación y la elaboración de políticas públicas en materia de educación, del trabajo, del desarrollo urbano, del transporte y las comunicaciones y del deporte y la cultura, entre otros, sin embargo, para que muchos de estos tengan sentido práctico, es necesario que la persona con discapacidad este en posibilidades de ir a la escuela, de ir al trabajo o de simplemente salir a la calle y para eso son indispensables acciones como las que realiza el Instituto Nacional de Rehabilitación: la prevención y la rehabilitación propiamente dicha.

De que sirve que haya fuentes de empleo, butacas en las escuelas o medidas de accesibilidad, si el discapacitado esta recluso en su casa, por no estar en posibilidad de valerse por si mismo. Si la rehabilitación es un proceso que tiene la finalidad de que las personas con discapacidad logren alcanzar y mantener un estado funcional óptimo, desde el punto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico o social, de manera que cuente con medidas para modificar su propia vida y ser más independiente, los objetivos y atribuciones del Instituto Nacional de Rehabilitación convergen con la Política Social del Gobierno de la República y con el propósito de promover el desarrollo humano de este grupo de la población.

– El Instituto Nacional de Rehabilitación ofrece al paciente discapacitado opciones de desarrollo, al brindarle una rehabilitación integral que va desde la física, ocupacional, del lenguaje, psicológica, educativa, hasta la laboral, lo que permite reintegrarlo a la vida productiva y a realizar a plenitud su potencial como ser humano, al expandir sus capacidades y ampliar sus opciones y oportunidades de crecimiento, Sin embargo, la capacidad del Instituto para ofrecer esta Rehabilitación Integral, se ve limitada por sus instalaciones, ubicadas sólo en el Distrito Federal y por lo tanto, insuficientes para una

demanda creciente de atención, además de que la rehabilitación que ofrecen otras instituciones del Gobierno y privadas, no garantizan que el paciente discapacitado se reintegre a la vida productiva, de ahí que se proponga el Diseño de una Política Pública que recoja este concepto de Rehabilitación Integral y se reproduzca en los estados de la república.

El esfuerzo estaría dado, para que en un proceso de aproximaciones sucesivas el Gobierno Federal y los Gobiernos de los Estados comprometieran la construcción, en una primera etapa, de una unidad hospitalaria que cumpliera con todas las condiciones para atender de manera integral, las discapacidades más comunes, y refiriendo a los pacientes de mayor complejidad, al Instituto Nacional de Rehabilitación.

El Instituto sería la instancia que señalara las condiciones mínimas necesarias de infraestructura y las características del personal médico y paramédico, para lograr verdaderamente la Rehabilitación Integral, además de proporcionar todas aquellos resultados derivados de la investigación, con la consecuente retroalimentación en la materia. Esta acción se daría en paralelo al Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis), que coordina el propio Instituto.

– El reconocimiento otorgado al Instituto Nacional de Rehabilitación el pasado mes de junio, fecha en la cual dejó de ser un Organismo Desconcentrado de la Secretaría de Salud, para convertirse en un Organismo Público Descentralizado, con autonomía y recursos propios, además de considerarlo como el doceavo Instituto Nacional de Salud, lo ubica en la condición no sólo de vanguardia en materia de discapacidad, sino también le otorga la suficiente autoridad para convertirse en uno de los promotores más importantes, de apoyo a las personas con discapacidad, por lo que es recomendable fortalecerlo como uno de los instrumentos de Política Pública de mayor impacto en la lucha por la prevención y atención a la rehabilitación de la discapacidad, ofreciéndole mayores recursos humanos y financieros que le permita ampliar su cobertura de atención.

– Por último, y considerando que es la Institución del país que realiza la mayor investigación en materia de rehabilitación y de atención médica especializada, así como de coordinar el Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis) se propone que sea también miembro permanente, con voz y voto, del

Consejo Nacional de las Personas con Discapacidad para conocer y, en su caso, opinar sobre las Políticas Públicas que se generen con motivo de la nueva Ley.

ALTERNATIVAS DE POLÍTICA PÚBLICA

Las alternativas que a continuación se proponen serán planteadas al Secretario de Salud a la luz de las siguientes consideraciones: Que el Programa Nacional de Salud declara que la discapacidad es un grave problema de salud pública; que la Nueva Ley General de Personas con Discapacidad señala que el Secretario de Salud es quien presidirá el Consejo Nacional para Personas con Discapacidad, el cual tiene dentro de sus objetivos el contribuir al establecimiento de una Política de Estado en la materia; que tiene facultades para convenir y concertar acciones con las otras dependencias del Gobierno Federal y de los Gobiernos de los Estados y que finalmente puede gestionar ante la globalizadora los recursos necesarios para tal fin.

En esta propuesta se descarta la Política Pública de *no hacer nada*, toda vez que el problema identificado, demanda una atención inmediata ya que de otra forma continuaría creciendo de manera desmedida a la vez que reduciría la posibilidad de incorporar a las personas con discapacidad a su propio desarrollo.

En virtud de que el problema de la discapacidad demanda: conciencia plena de la población; acciones coordinadas con el Gobierno Federal y los Gobiernos de los Estados; participación de la sociedad civil; mayor información y recursos presupuestales crecientes, a continuación se proponen tres alternativas de Política Pública que, a nuestro juicio, deben instrumentarse de manera paralela, sobre la base de que estas son parte de un proceso gradual en los que se irán instrumentando otras, conforme se vayan consolidando las primeras y se disponga de mayores recursos presupuestales.

Primer Alternativa

Diseño institucional para la transición del Instituto Nacional de Rehabilitación como un organismo rector de la Política Pública en materia de discapacidad.

- a. Se propone modificar la Ley General de Personas con discapacidad para conferirle al Instituto Nacional de Rehabilitación mayores atribuciones en la materia y además integrarlo como un miembro permanente con voz y voto al Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad.

- b. Establecer, en coordinación con el INEGI, la información estadística que se requiere ampliar y sistematizar, para soportar cualquier Política Pública, así como el inventario de instituciones públicas y privadas, ONG'S, y grupos voluntarios sin registro, de atención a la discapacidad.
- c. Conferirle al Instituto Nacional de Rehabilitación la capacidad para establecer un mecanismo, que no sólo permita convenir protocolos de investigación coordinadamente con otras instituciones, sino que además sea el propio Instituto el que concentre la información de todos los esfuerzos que existan en el país, para en su caso, hacerlos congruentes con la línea de investigación correspondiente, evitando así desperdicio en esfuerzos aislados, que en ocasiones ni se conocen ni trascienden. Será importante el dar el debido acreditamiento a la institución investigadora, ya que de otra manera se podría desestimular dichas acciones.

Segunda Alternativa

Diseño por parte del Instituto Nacional de Rehabilitación de un programa educativo, en coordinación con la Secretaría de Educación Pública, en torno a la discapacidad.

- a. El programa deberá contener por lo menos la siguiente información:
 - 1. Que es la discapacidad, sus causas y consecuencias.
 - 2. La condición de exclusión (discriminación) que viven las personas con discapacidad y la necesidad de su inclusión inmediata.
 - 3. Los derechos de las personas con discapacidad y su desarrollo humano.
 - 4. Medidas de carácter preventivo consecuentes con el Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis).
- b. Para la difusión y sensibilización de la sociedad en su conjunto se propone lo siguiente:
 - 1. Integrar al libro de texto gratuito un apartado sobre las personas con discapacidad, que sensibilice y cree en los niños una cultura de respeto hacia este grupo de la población.
 - 2. Utilizar los tiempos oficiales en la televisión y radio para lanzar spots permanentes, aunque no necesariamente masivos.

3. Inducir, a través de otorgar estímulos fiscales, que las empresas de acuerdo con el destino de sus productos, incorporen en su publicidad y embalaje información sobre el particular, además de los aspectos de accesibilidad, en aquellas empresas de servicios (teatros, cines, estadios, centros culturales y comerciales, etc.) que se verían beneficiadas, a su vez, atrayendo a las personas con discapacidad, que de otra forma no asistirían a estos puntos de atracción.

Tercera Alternativa

Establecer, en coordinación con la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, un sistema de información que permita promover la ocupación de personas con discapacidad, dando a conocer los incentivos que se otorguen para quienes incorporen a estas personas al mercado laboral.

Para un país como el nuestros con condiciones de alto desempleo, pareciera difícil promover y buscar alternativas de empleo para personas con discapacidad, sin embargo, no se puede dejar de reconocer que son parte de la propia exigencia y del potencial económico del país, por lo que el esfuerzo debe darse.

1. Crear el sistema que permita identificar a las personas, que después de una rehabilitación integral, estén en posibilidades de incorporarse a la vida productiva.
2. Establecer un programa de incentivos que permitan alentar la contratación de personas con discapacidad, ejerciendo su derecho a la seguridad social, como al resto de los trabajadores.
3. Promover y fortalecer la bolsa de trabajo que permita la colocación selectiva de personas con discapacidad.

Factibilidad de las Alternativas

Existe factibilidad económica de las alternativas ya que con excepción de la construcción de los hospitales en los estados, no representan un gasto extraordinario requiriendo solo la racionalización de los recursos ya existentes, a través de una acción coordinada, que permita eficientar el destino y aplicación de los mismos.

Para el caso de la construcción, que implica una inversión mayor, es preciso señalar que en cada Estado existan instalaciones que eventualmente podrían integrarse en un solo

proyecto o buscar financiamiento a través de los Proyectos de Prestación de Servicios (Private Public Partnership) en el que el inversionista-proveedor, que es un particular, financia la construcción y operación del hospital, en un convenio con el Gobierno Federal a 25 años.

Desde el punto de vista organizacional, el esfuerzo fundamental estaría orientado a fortalecer las facultades del Instituto Nacional de Rehabilitación, sin que impliquen un cambio brusco de su estructura, al tiempo que se aprovecharía la existente en las otras dependencias del Gobierno Federal.

La factibilidad política no sólo existe, sino que podría ser fácilmente capitalizable a favor del Gobierno, ya que las alternativas serían bien recibidos por los millones de personas que padecen alguna discapacidad, así como por sus familias. Similar respuesta se tendría de las ONG'S, medios de comunicación y la sociedad civil en su conjunto, que eventualmente se sumarían a esta cruzada nacional.

6 BIBLIOGRAFÍA

- Astorga Gatjens, Luis Fernando (2004). Incluyendo a las Personas con Discapacidad en las Políticas de Desarrollo. Citado por Instituto Interamericano sobre Discapacidad (IID). Banco Interamericano de Desarrollo.
- Cámara de Diputados. Ley de Asistencia Social, Artículo 3 D.O.F. 2 de septiembre de 2004.
- Cámara de Diputados. Ley General de las Personas con Discapacidad. D.O.F. 10 de julio de 2005.
- DIF. Diagnóstico de la Discapacidad en México, Documento Interno, 1983.
- DIF. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.- Acuerdo por el que se expide el Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. D.O.F. 10 de noviembre de 2005. www.dif.gob.mx
- INEGI, México (2001). Manual de Elaboración de Información Estadística para Políticas y Programas Relativos. Pág. 4.
- INEGI, México (2001). Presencia del Tema de Discapacidad en la Información Estadística, Marco Teórico – Metodológico.
- INEGI. XII Censo de Población y Vivienda 2000. Base de Datos. www.inegi.gob.mx
- Montagut, Teresa (2000). Política Social, Una introducción: ¿Qué es la Política Social?. Editorial Ariel, S.A. Barcelona.
- OEA. Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad. 7 de julio de 1999.

- OMS (2001). www.who.int/es/index/html Investigaciones en Salud Pública, Documentos Técnicos.
- ONU. Informe del Año 2000 del Relator de Naciones Unidas en Discapacidad, Bengt Lindqvist. Citado por Rosángela Berman Bieler en su trabajo “Incluyendo el Tema de Discapacidad la Agenda de la Política de Desarrollo”.
- ONU. Principios y Recomendaciones para los Censos de Población y Vivienda, Noviembre 1996.
- ONU. Reglas Estándar Sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad. Editorial LUMEN, BS. AS. Argentina, 1996. Pág. 31.
- Presidencia de la República. Acuerdo para la constitución del Consejo Nacional Consultivo para Personas con Discapacidad. D.O.F. 13 de febrero del 2001.
- Presidencia de la República. Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad. D.O.F. 4 de diciembre del 2000.
- Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (2003). Programa de Apoyo a Personas con Discapacidad en el Medio Rural. www.sagarpa.gob.mx
- Secretaría de Economía. Plan Nacional de Desarrollo 2001 – 2006. D.O.F. 30 de mayo de 2001.
- Secretaría de la Función Pública.- Acuerdo por el que se establecen los Lineamientos para la Accesibilidad de las Personas con Discapacidad a Inmuebles Federales. D.O.F. 12 de enero de 2004.
- Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, La Democratización de la Salud en México.

- Secretaría de Salud (2001). Programa Nacional de Salud 2001 – 2006, Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades PreveR-Dis.
- Secretaría de Salud, Oficialía Mayor. Salud para el Futuro de México. Centro Nacional de Rehabilitación. Noviembre 2000.
- Secretaría de Salud. Estatuto Orgánico del Instituto Nacional de Rehabilitación. Aprobado el 9 de septiembre de 2005.
- Secretaría de Salud. Instituto Nacional de Rehabilitación. www.inr.gob.mx
- Senado de la República (2002). Programa de Integración Laboral para Personas con Discapacidad 2001-2006. www.senado.gob.mx
- SEP (2002). Programa Nacional de Fortalecimiento de la Educación Social y de la Integración Educativa.

7 ANEXOS

Población con discapacidad por grupos de edad según sexo, 2000 (INEGI, 2000)

Grupos de edad	Total	Hombres	Mujeres
Total	1 795 300	943 717	851 583
0 a 4 años	44 629	24 047	20 582
5 a 9 años	89 159	49 345	39 814
10 a 14 años	102 181	56 135	46 046
15 a 19 años	91 396	51 552	39 844
20 a 24 años	88 444	50 834	37 610
25 a 29 años	83 611	49 348	34 263
30 a 34 años	83 081	49 307	33 774
35 a 39 años	82 503	48 980	33 523
40 a 44 años	85 135	49 288	35 847
45 a 49 años	89 698	50 155	39 543
50 a 54 años	98 213	53 516	44 697
55 a 59 años	97 126	52 469	44 657
60 a 64 años	115 935	59 907	56 028
65 a 69 años	122 802	61 286	61 516
70 y más años	506 023	230 484	275 539
No especificado	15 364	7 064	8 300

Población con discapacidad por entidad federativa según grandes grupos de edad, 2000(INEGI, 2000)

Entidad federativa	Total	0 a 14 años	15 a 64 años	65 y más años	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	1 795 300	235 969	915 142	628 825	15 364
Aguascalientes	17 021	2 707	8 227	5 977	110
Baja California	35 103	5 255	18 967	10 669	212
Baja California Sur	6 835	919	3 709	2 159	48
Campeche	15 778	1 998	8 204	5 479	97
Coahuila de Zaragoza	46 558	5 949	24 635	15 656	318
Colima	13 022	1 532	6 659	4 731	100
Chiapas	49 823	8 412	26 162	14 826	423
Chihuahua	56 187	6 520	28 997	20 273	397
Distrito Federal	159 754	17 015	82 399	59 772	568
Durango	32 052	4 100	16 092	11 592	268
Guanajuato	88 103	12 780	42 297	32 099	927
Guerrero	50 969	6 864	24 766	18 357	982
Hidalgo	47 176	6 654	23 634	16 385	503
Jalisco	138 308	17 695	67 551	51 811	1 251
México	189 341	29 702	106 035	52 414	1 190
Michoacán de Ocampo	85 165	10 904	40 412	32 639	1 210
Morelos	30 195	3 536	14 925	11 417	317
Nayarit	21 600	2 747	10 723	7 996	134
Nuevo León	69 765	8 108	37 007	24 332	318
Oaxaca	65 969	8 594	31 850	24 651	874
Puebla	82 833	11 666	40 709	29 808	650
Querétaro Arteaga	22 165	3 573	10 788	7 614	190
Quintana Roo	12 186	2 199	6 939	2 989	59
San Luis Potosí	48 190	6 338	22 838	18 408	606
Sinaloa	48 370	6 284	25 398	16 368	320
Sonora	42 022	5 499	21 646	14 644	233
Tabasco	38 558	4 929	21 230	12 075	324
Tamaulipas	52 484	5 850	26 884	19 303	447
Tlaxcala	12 498	1 861	6 130	4 458	49
Veracruz de Ignacio de la Llave	137 267	16 567	71 403	47 669	1 628
Yucatán	47 774	5 204	23 316	18 998	256
Zacatecas	32 229	4 008	14 610	13 256	355

Porcentaje de la población con discapacidad según tipo de discapacidad para cada entidad federativa, 2000(INEGI, 2000)

Entidad federativa	Motriz	Auditiva	Del lenguaje	Visual	Mental	Otra
Estados Unidos Mexicanos	45.3	15.7	4.9	26.0	16.1	0.7
Aguascalientes	49.5	14.7	3.6	21.5	18.1	1.1
Baja California	55.7	12.0	3.4	16.3	17.6	0.7
Baja California Sur	48.0	13.9	4.3	22.2	18.9	0.6
Campeche	40.5	15.0	5.3	37.7	13.9	0.6
Coahuila de Zaragoza	51.3	13.8	3.4	21.4	16.1	0.6
Colima	46.0	15.4	3.9	29.2	14.6	1.1
Chiapas	40.3	14.9	8.7	28.0	15.7	0.5
Chihuahua	51.8	15.2	3.6	20.7	15.6	0.5
Distrito Federal	50.3	16.2	3.1	19.8	17.2	0.9
Durango	51.3	14.1	3.7	23.9	14.7	0.5
Guanajuato	47.6	15.4	4.1	26.1	15.2	0.8
Guerrero	42.1	16.6	7.8	27.6	15.4	0.3
Hidalgo	38.8	19.0	6.4	31.2	14.5	0.8
Jalisco	48.5	14.6	3.4	22.3	18.2	0.9
México	45.2	15.4	4.5	23.8	17.5	1.2
Michoacán de Ocampo	44.9	17.2	4.8	26.8	14.9	0.8
Morelos	43.5	17.8	4.8	28.1	15.1	1.1
Nayarit	43.1	16.5	4.6	28.1	16.9	0.7
Nuevo León	50.9	13.1	3.6	21.8	17.3	0.6
Oaxaca	37.8	18.7	7.4	31.2	13.8	0.4
Puebla	43.1	17.6	6.5	26.8	14.6	0.6
Querétaro Arteaga	45.6	15.6	4.5	25.5	16.1	1.2
Quintana Roo	37.8	14.5	6.5	34.6	15.6	0.6
San Luis Potosí	42.4	17.8	5.4	29.5	15.1	0.8
Sinaloa	45.7	13.9	5.2	23.0	19.8	0.6
Sonora	50.1	13.9	4.1	21.7	17.4	0.6
Tabasco	33.3	12.8	6.0	43.5	15.4	0.4
Tamaulipas	48.0	14.0	4.9	24.9	15.9	0.5
Tlaxcala	45.5	17.4	5.7	25.9	14.0	0.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	38.3	16.9	6.5	32.7	15.0	0.4
Yucatán	41.3	15.1	4.5	37.0	14.1	0.7
Zacatecas	46.1	17.0	4.3	26.3	15.3	0.4

NOTA: La suma de los distintos tipos de discapacidad puede ser mayor a cien por la población que presenta más de una discapacidad.

Distribución porcentual de la población con discapacidad según causa de la discapacidad para cada entidad federativa, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Población con discapacidad	Nacimiento	Enfermedad	Accidente	Edad avanzada	Otra causa	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	2 241 193	19.4	31.6	17.7	22.7	1.9	6.7
Aguascalientes	23 147	23.1	28.5	15.0	23.3	2.1	8.0
Baja California	44 707	19.6	30.8	20.4	14.6	3.1	11.5
Baja California Sur	8 338	22.5	32.6	19.9	14.5	2.7	7.8
Campeche	21 012	18.1	29.7	17.2	25.8	2.8	6.4
Coahuila de Zaragoza	50 299	19.9	33.2	19.0	18.7	2.3	6.9
Colima	17 742	19.2	31.1	20.6	20.6	1.8	6.7
Chiapas	61 597	21.7	31.8	14.6	20.3	1.7	9.9
Chihuahua	68 137	18.9	30.5	20.0	21.6	1.4	7.6
Distrito Federal	188 443	18.8	32.5	19.5	20.9	2.2	6.1
Durango	41 905	17.2	32.7	18.1	21.8	1.4	8.8
Guanajuato	115 001	19.2	30.3	16.4	25.7	2.0	6.4
Guerrero	67 936	17.3	29.5	16.8	28.6	1.4	6.4
Hidalgo	59 845	19.7	31.3	16.9	25.0	1.8	5.3
Jalisco	162 257	19.7	30.7	18.9	22.6	1.7	6.4
México	240 498	21.9	30.2	20.5	18.3	2.0	7.1
Michoacán de Ocampo	104 555	18.3	31.4	16.6	25.0	1.6	7.1
Morelos	41 153	19.0	29.1	18.3	24.8	1.8	7.0
Nayarit	29 551	18.3	33.8	15.2	25.3	1.7	5.7
Nuevo León	81 463	19.0	35.0	17.4	19.5	2.0	7.1
Oaxaca	85 357	17.1	30.0	15.0	30.8	1.6	5.5
Puebla	110 922	20.3	29.6	16.9	25.5	1.4	6.3
Querétaro Arteaga	28 187	19.2	30.5	17.4	24.6	1.7	6.6
Quintana Roo	14 473	24.8	28.5	15.3	22.6	3.1	5.7
San Luis Potosí	62 698	18.5	30.8	16.8	26.4	2.0	5.5
Sinaloa	59 035	20.5	35.3	16.1	18.7	1.8	7.6
Sonora	51 073	20.5	35.3	16.1	16.1	1.7	10.3
Tabasco	58 609	16.2	33.4	14.0	26.2	4.4	5.8
Tamaulipas	59 974	19.2	33.1	19.2	20.5	1.9	6.1
Tlaxcala	18 652	19.8	30.3	19.1	24.3	1.2	5.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	172 835	19.2	32.8	17.6	22.7	2.0	5.7
Yucatán	55 836	17.8	33.4	14.3	27.0	2.2	5.3
Zacatecas	35 956	18.5	32.9	15.8	24.9	1.0	6.9

Hogares cuyo jefe es persona con discapacidad por entidad federativa según sexo del jefe, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Total	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	711 464	501 435	210 029
Aguascalientes	6 402	4 557	1 845
Baja California	13 783	9 437	4 346
Baja California Sur	2 504	1 806	698
Campeche	6 290	4 801	1 489
Coahuila de Zaragoza	18 869	13 824	5 045
Colima	5 556	3 763	1 793
Chiapas	18 029	13 512	4 517
Chihuahua	23 503	16 327	7 176
Distrito Federal	64 088	40 019	24 069
Durango	13 294	9 451	3 843
Guanajuato	34 223	24 470	9 753
Guerrero	20 834	13 954	6 880
Hidalgo	18 720	13 735	4 985
Jalisco	56 048	38 406	17 642
México	69 623	51 499	18 124
Michoacán de Ocampo	35 713	24 727	10 986
Morelos	12 803	8 673	4 130
Nayarit	9 119	6 103	3 016
Nuevo León	27 535	20 238	7 297
Oaxaca	26 838	19 196	7 642
Puebla	31 650	22 371	9 279
Querétaro Arteaga	8 511	6 112	2 399
Quintana Roo	4 371	3 466	905
San Luis Potosí	19 007	13 957	5 050
Sinaloa	18 267	12 878	5 389
Sonora	16 457	11 485	4 972
Tabasco	15 635	11 748	3 887
Tamaulipas	21 532	14 994	6 538
Tlaxcala	4 863	3 703	1 160
Veracruz de Ignacio de la Llave	54 686	38 228	16 458
Yucatán	19 308	14 479	4 829
Zacatecas	13 403	9 516	3 887

Porcentaje de hogares con presencia de personas con discapacidad por entidad federativa, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Porcentaje
Estados Unidos Mexicanos	7.0
Aguascalientes	7.0
Baja California	5.4
Baja California Sur	5.5
Campeche	8.4
Coahuila de Zaragoza	7.4
Colima	8.6
Chiapas	5.3
Chihuahua	6.6
Distrito Federal	6.5
Durango	8.4
Guanajuato	7.6
Guerrero	6.6
Hidalgo	8.1
Jalisco	8.2
México	5.9
Michoacán de Ocampo	8.3
Morelos	7.2
Nayarit	8.4
Nuevo León	6.7
Oaxaca	7.5
Puebla	6.8
Querétaro Arteaga	6.3
Quintana Roo	5.0
San Luis Potosí	8.2
Sinaloa	7.2
Sonora	6.8
Tabasco	7.6
Tamaulipas	6.7
Tlaxcala	5.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	7.3
Yucatán	10.4
Zacatecas	9.0

NOTA: Se refiere a los hogares donde reside al menos una persona con discapacidad.

Población con discapacidad de 6 a 29 años y su distribución porcentual por grupos de edad para cada condición de asistencia escolar y sexo, 2000 (INEGI, 2000)

Sexo Edad	Población con discapacidad de 6 a 29 años	Asiste		No asiste		No especificado
		Total	Porcentaje	Total	Porcentaje	
Hombres	249 199	85 207	100.0	159 757	100.0	4 235
6 a 14 años	97 465	61 827	72.6	33 728	21.1	1 910
15 a 19 años	51 552	15 609	18.3	35 137	22.0	806
20 a 24 años	50 834	5 384	6.3	44 667	28.0	783
25 a 29 años	49 348	2 387	2.8	46 225	28.9	736
Mujeres	191 092	66 943	100.0	120 991	100.0	3 158
6 a 14 años	79 375	49 447	73.9	28 429	23.5	1 499
15 a 19 años	39 844	11 994	17.9	27 268	22.5	582
20 a 24 años	37 610	3 943	5.9	33 084	27.4	583
25 a 29 años	34 263	1 559	2.3	32 210	26.6	494

Distribución porcentual de la población con discapacidad de 15 años y más según nivel de escolaridad para cada entidad federativa, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Población con discapacidad	Sin instrucción	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria o equivalente incompleta	Secundaria o equivalente completa	Posbásica	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	1 543 967	35.5	27.8	15.6	2.5	7.2	9.3	2.1
Aguascalientes	14 204	28.6	30.1	19.1	2.8	8.1	9.3	2.0
Baja California	29 636	28.6	25.8	18.6	3.9	10.1	12.3	0.7
Baja California Sur	5 868	31.1	26.4	17.8	3.6	7.9	12.0	1.2
Campeche	13 683	38.9	29.7	14.2	2.4	5.5	7.9	1.4
Coahuila de Zaragoza	40 291	25.3	29.5	20.3	2.6	9.1	10.4	2.8
Colima	11 390	33.4	30.9	15.3	3.0	7.2	8.7	1.5
Chiapas	40 988	51.2	25.6	9.8	1.6	4.1	5.4	2.3
Chihuahua	49 270	24.1	34.3	20.0	3.0	7.5	7.9	3.2
Distrito Federal	142 171	19.3	20.2	22.1	4.0	11.8	20.4	2.2
Durango	27 684	27.0	37.9	17.0	2.5	6.6	6.9	2.1
Guanajuato	74 396	47.0	24.5	13.2	2.1	5.6	5.5	2.1
Guerrero	43 123	53.2	22.5	10.0	1.8	4.2	6.1	2.2
Hidalgo	40 019	42.9	29.3	12.4	1.8	6.0	5.8	1.8
Jalisco	119 362	34.3	29.9	16.3	2.6	6.7	8.2	2.0
México	158 449	30.3	24.2	18.2	3.3	10.4	11.2	2.4
Michoacán de Ocampo	73 051	47.6	27.1	11.2	1.9	4.8	5.6	1.8
Morelos	26 342	37.0	25.9	14.3	2.4	8.0	10.4	2.0
Nayarit	18 719	36.9	32.9	12.2	2.1	6.9	7.9	1.1
Nuevo León	61 339	24.3	27.1	19.8	2.6	10.3	12.8	3.1
Oaxaca	56 501	50.8	28.0	9.8	1.3	3.7	4.0	2.4
Puebla	70 517	42.3	26.6	14.2	1.8	5.7	7.2	2.2
Querétaro Arteaga	18 402	44.1	20.5	13.6	2.4	8.0	9.1	2.3
Quintana Roo	9 928	32.6	28.0	14.3	3.1	9.0	10.7	2.3
San Luis Potosí	41 246	41.4	29.9	12.8	2.2	5.7	6.1	1.9
Sinaloa	41 766	38.1	31.4	13.4	2.3	5.4	9.1	0.3
Sonora	36 290	29.9	31.2	17.1	3.7	8.3	9.1	0.7
Tabasco	33 305	35.3	34.4	13.4	1.9	5.7	7.6	1.7
Tamaulipas	46 187	30.6	31.1	16.7	2.8	6.7	9.3	2.8
Tlaxcala	10 588	32.8	29.8	17.7	2.1	7.9	8.0	1.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	119 072	41.2	28.7	13.5	2.2	5.4	7.2	1.8
Yucatán	42 314	32.0	36.5	12.5	2.2	5.7	8.8	2.3
Zacatecas	27 866	36.7	38.6	12.2	1.8	4.2	4.5	2.0

Promedio de escolaridad de las personas con discapacidad por entidad federativa, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Años promedio
Estados Unidos Mexicanos	3.8
Aguascalientes	4.2
Baja California	4.6
Baja California Sur	4.4
Campeche	3.4
Coahuila de Zaragoza	4.5
Colima	3.8
Chiapas	2.5
Chihuahua	4.3
Distrito Federal	6.2
Durango	3.8
Guanajuato	2.9
Guerrero	2.6
Hidalgo	3.0
Jalisco	3.7
México	4.5
Michoacán de Ocampo	2.7
Morelos	3.9
Nayarit	3.4
Nuevo León	4.9
Oaxaca	2.3
Puebla	3.2
Querétaro Arteaga	3.6
Quintana Roo	4.1
San Luis Potosí	3.1
Sinaloa	3.5
Sonora	4.2
Tabasco	3.4
Tamaulipas	4.0
Tlaxcala	3.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	3.2
Yucatán	3.7
Zacatecas	2.9

Distribución porcentual de la población con discapacidad según condición de derechohabencia a servicios de salud para cada entidad federativa, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Población con discapacidad	Derechohabiente	No derechohabiente	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	1 795 300	44.9	53.9	1.2
Aguascalientes	17 021	58.6	40.5	0.9
Baja California	35 103	59.0	38.2	2.8
Baja California Sur	6 835	62.0	37.0	1.0
Campeche	15 778	44.9	54.3	0.8
Coahuila de Zaragoza	46 558	70.4	28.8	0.8
Colima	13 022	49.7	49.6	0.7
Chiapas	49 823	25.5	72.7	1.8
Chihuahua	56 187	58.1	40.4	1.5
Distrito Federal	159 754	60.8	37.7	1.5
Durango	32 052	53.8	44.9	1.3
Guanajuato	88 103	35.4	63.2	1.4
Guerrero	50 969	25.0	73.8	1.2
Hidalgo	47 176	30.5	68.6	0.9
Jalisco	138 308	45.1	53.6	1.3
México	189 341	46.2	52.7	1.1
Michoacán de Ocampo	85 165	30.3	68.6	1.1
Morelos	30 195	43.4	55.3	1.3
Nayarit	21 600	46.3	53.0	0.7
Nuevo León	69 765	69.0	29.4	1.6
Oaxaca	65 969	23.4	75.1	1.5
Puebla	82 833	29.2	69.9	0.9
Querétaro Arteaga	22 165	45.0	53.8	1.2
Quintana Roo	12 186	45.9	52.8	1.3
San Luis Potosí	48 190	39.0	59.9	1.1
Sinaloa	48 370	57.4	41.6	1.0
Sonora	42 022	60.5	38.2	1.3
Tabasco	38 558	31.8	67.4	0.8
Tamaulipas	52 484	51.4	47.0	1.6
Tlaxcala	12 498	34.1	64.7	1.2
Veracruz de Ignacio de la Llave	137 267	38.7	60.5	0.8
Yucatán	47 774	53.4	45.9	0.7
Zacatecas	32 229	31.8	67.1	1.1

Porcentaje de la población derechohabiente con discapacidad por entidad federativa según institución de derechohabiencia, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	En el IMSS	En el ISSSTE	En PEMEX, SDN o SM	En otra institución
Estados Unidos Mexicanos	81.4	14.7	2.6	2.1
Aguascalientes	88.5	12.1	0.4	0.1
Baja California	85.2	11.0	0.6	3.8
Baja California Sur	66.9	32.3	2.2	0.2
Campeche	75.6	21.2	4.7	1.0
Coahuila de Zaragoza	89.5	9.7	0.3	1.2
Colima	83.4	15.4	2.0	0.6
Chiapas	72.8	21.0	2.0	4.5
Chihuahua	85.0	8.9	0.6	6.1
Distrito Federal	71.5	26.1	2.3	1.5
Durango	81.4	19.1	0.4	0.3
Guanajuato	85.5	12.5	2.3	0.3
Guerrero	66.3	31.4	3.2	0.1
Hidalgo	79.0	19.3	2.1	0.2
Jalisco	92.9	6.5	0.8	0.3
México	80.5	12.6	2.4	4.9
Michoacán de Ocampo	80.9	18.7	0.7	0.4
Morelos	79.8	19.8	1.5	0.2
Nayarit	78.2	22.9	0.7	0.0
Nuevo León	91.6	5.1	0.6	3.1
Oaxaca	73.6	22.5	4.4	0.3
Puebla	82.3	12.9	1.8	3.4
Querétaro Arteaga	88.4	11.6	0.7	0.3
Quintana Roo	79.6	19.5	2.1	0.2
San Luis Potosí	84.2	14.0	1.7	1.1
Sinaloa	86.7	13.6	0.6	0.3
Sonora	83.2	10.8	0.6	6.2
Tabasco	50.3	17.9	15.1	17.8
Tamaulipas	76.4	16.4	7.7	0.3
Flaxcala	79.8	18.7	1.2	0.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	78.2	10.9	11.7	0.1
Yucatán	88.3	11.3	1.0	0.8
Zacatecas	81.8	18.6	0.4	0.2

NOTA:

La suma de los derechohabientes de las distintas instituciones de salud puede ser mayor a cien por aquella población que tiene derecho a este servicio en más de una institución de salud.

- a. Incluye las instituciones de seguridad social de los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud públicas o privadas.

Distribución porcentual de la población con discapacidad por condición de uso de servicios de salud y distribución porcentual de los usuarios de servicios de salud por institución para cada sexo, 2000 (INEGI, 2000)

Condición de uso	Población con discapacidad	Hombres	Mujeres
Total	2 241 193	1 172 499	1 068 694
Usuarios	95.2	94.8	95.7
En el IMSS	33.4	34.3	32.4
En el ISSSTE	5.8	5.4	6.3
En PEMEX, SDN o SM	1.2	1.1	1.3
En la SSA	21.9	22.2	21.6
En el IMSS - Solidaridad	3.7	3.7	3.6
Otra institución privada ^a	31.9	31.2	32.7
Otra institución pública ^b	2.1	2.1	2.1
No usuarios	3.8	4.2	3.4
No especificado	1.0	1.0	0.9

NOTA:

Los porcentajes del primer nivel están calculados en relación con el total de personas con discapacidad, mientras que los del segundo nivel están calculados en relación con el total de usuarios.

- a. Incluye a las personas que son atendidas por médicos particulares.
- b. Incluye las instituciones de seguridad social de los gobiernos estatales.

Tasa de participación económica y de participación no económica de la población con discapacidad por entidad federativa según sexo, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Tasa de participación económica			Tasa de participación no económica		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Estados Unidos Mexicanos	25.0	36.4	12.6	74.0	62.6	86.6
Aguascalientes	24.1	34.9	12.6	74.9	64.0	86.5
Baja California	25.1	34.7	14.0	73.2	63.6	84.2
Baja California Sur	26.5	36.8	14.4	72.0	61.3	84.5
Campeche	30.9	44.7	15.0	68.4	54.5	84.5
Coahuila de Zaragoza	21.5	31.3	9.9	77.4	67.6	89.0
Colima	28.4	41.1	14.6	70.9	58.1	84.8
Chiapas	28.2	41.9	12.3	70.8	57.1	86.7
Chihuahua	23.0	33.1	11.6	75.8	65.8	87.2
Distrito Federal	25.4	36.1	15.5	73.7	62.9	83.7
Durango	21.6	32.6	9.4	77.5	66.5	89.7
Guanajuato	23.1	33.8	11.5	76.0	65.2	87.7
Guerrero	23.7	34.5	12.3	75.3	64.4	86.9
Hidalgo	26.6	39.1	12.3	72.6	60.0	87.0
Jalisco	24.8	35.8	12.8	74.5	63.4	86.5
México	27.3	38.6	14.2	71.7	60.3	84.9
Michoacán de Ocampo	24.2	35.8	11.7	75.1	63.4	87.6
Morelos	25.7	35.9	14.8	73.5	63.2	84.5
Nayarit	25.5	37.3	12.5	73.9	61.8	87.2
Nuevo León	21.2	30.7	10.2	77.8	68.3	88.8
Oaxaca	28.4	40.7	14.8	70.7	58.3	84.4
Puebla	26.0	38.1	13.1	72.8	60.7	85.7
Querétaro Arteaga	24.3	35.9	11.6	74.7	63.1	87.4
Quintana Roo	35.3	49.2	17.5	63.9	49.8	81.9
San Luis Potosí	23.4	35.6	10.0	75.9	63.6	89.4
Sinaloa	22.0	32.0	9.9	77.0	66.9	89.2
Sonora	22.0	31.8	10.7	76.9	67.0	88.4
Tabasco	29.0	43.2	12.3	70.1	55.8	86.9
Tamaulipas	21.4	31.5	10.3	77.4	67.2	88.6
Tlaxcala	26.1	36.6	13.2	73.0	62.7	85.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	26.3	39.2	12.6	72.9	59.9	86.8
Yucatán	28.2	41.5	13.8	71.2	57.7	85.7
Zacatecas	18.4	28.8	7.3	80.7	70.2	92.0

Distribución porcentual de la población ocupada con discapacidad por ocupación principal para cada sexo, 2000 (INEGI, 2000)

Ocupación principal	Población ocupada con discapacidad	Hombres	Mujeres
Total	397 183	301 623	95 560
Profesionistas	2.0	1.9	2.3
Técnicos	2.3	2.1	2.8
Trabajadores de la educación	2.3	1.6	4.6
Trabajadores del arte	0.8	0.9	0.4
Funcionarios y directivos	1.3	1.3	1.1
Trabajadores agropecuarios	23.4	28.5	7.3
Inspectores y supervisores en la industria	0.9	1.0	0.6
Artesanos y obreros	17.1	18.7	12.2
Operadores de maquinaria fija	3.3	3.1	3.7
Ayudantes, peones y similares	4.5	5.3	2.1
Operadores de transporte	3.3	4.3	0.1
Jefes y supervisores administrativos	1.4	1.4	1.3
Oficinistas	3.7	2.8	6.9
Comerciantes y dependientes	13.0	10.3	21.3
Trabajadores ambulantes	4.1	3.9	5.0
Trabajadores en servicios personales	6.6	6.1	7.9
Trabajadores domésticos	4.8	1.2	16.2
Trabajadores en protección y vigilancia	2.5	3.2	0.4
No especificado	2.7	2.4	3.8

Distribución porcentual de la población ocupada con discapacidad según sector de actividad para cada entidad federativa, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Población ocupada con discapacidad	Sector primario	Sector secundario	Sector terciario	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	397 183	23.8	24.5	48.5	3.2
Aguascalientes	3 537	11.7	29.7	55.4	3.2
Baja California	7 644	7.1	32.4	53.9	6.6
Baja California Sur	1 586	12.9	20.2	60.9	6.0
Campeche	4 369	35.8	17.9	44.5	1.8
Coahuila de Zaragoza	8 860	10.1	34.7	51.4	3.8
Colima	3 314	21.5	24.1	51.7	2.7
Chiapas	12 036	52.6	13.0	31.8	2.6
Chihuahua	11 533	14.6	32.9	47.7	4.8
Distrito Federal	36 563	0.8	22.8	73.0	3.4
Durango	6 126	21.3	27.7	47.3	3.7
Guanajuato	17 704	20.8	31.5	44.0	3.7
Guerrero	10 535	36.1	21.1	40.1	2.7
Hidalgo	11 022	42.7	22.0	33.1	2.2
Jalisco	30 403	15.8	28.7	52.1	3.4
México	44 599	9.0	29.8	57.3	3.9
Michoacán de Ocampo	18 159	30.7	21.9	43.9	3.5
Morelos	6 914	19.1	23.5	54.6	2.8
Nayarit	4 909	31.9	18.1	47.8	2.2
Nuevo León	13 233	5.8	32.2	57.7	4.3
Oaxaca	16 619	55.1	16.9	26.0	2.0
Puebla	19 026	38.9	22.8	35.9	2.4
Querétaro Arteaga	4 631	18.8	31.6	45.5	4.1
Quintana Roo	3 653	21.5	18.0	57.9	2.6
San Luis Potosí	9 986	36.8	22.2	38.1	2.9
Sinaloa	9 419	29.5	18.7	48.0	3.8
Sonora	8 197	20.8	25.8	49.5	3.9
Tabasco	9 923	38.5	16.9	42.6	2.0
Tamaulipas	10 064	17.0	25.3	53.6	4.1
Tlaxcala	2 843	33.3	27.7	36.5	2.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	32 238	38.6	18.2	41.4	1.8
Yucatán	12 252	27.4	23.0	48.1	1.5
Zacatecas	5 286	29.6	24.2	42.8	3.4

Distribución porcentual de la población ocupada con discapacidad según posición en el trabajo para cada entidad federativa, 2000 (INEGI, 2000)

Entidad federativa	Población ocupada con discapacidad	Dependientes	Independientes	Trabajadores (as) sin pago en el negocio o predio familiar	No especificado
Estados Unidos Mexicanos	397 183	53.6	35.8	6.4	4.2
Aguascalientes	3 537	65.5	27.0	4.0	3.5
Baja California	7 644	65.2	27.2	1.5	6.1
Baja California Sur	1 586	59.6	29.5	3.3	7.6
Campeche	4 369	45.6	43.8	7.4	3.2
Coahuila de Zaragoza	8 860	62.0	30.4	2.7	4.9
Colima	3 314	59.2	33.3	3.5	4.0
Chiapas	12 036	35.9	49.1	9.6	5.4
Chihuahua	11 533	59.8	31.0	4.0	5.2
Distrito Federal	36 563	60.8	33.4	2.1	3.7
Durango	6 126	56.2	31.7	7.5	4.6
Guanajuato	17 704	56.6	31.7	7.0	4.7
Guerrero	10 535	39.7	44.5	10.5	5.3
Hidalgo	11 022	48.3	36.6	11.0	4.1
Jalisco	30 403	57.3	34.2	4.5	4.0
México	44 599	58.7	33.0	4.4	3.9
Michoacán de Ocampo	18 159	48.1	38.8	8.3	4.8
Morelos	6 914	53.7	36.9	5.2	4.2
Nayarit	4 909	50.9	38.7	6.9	3.5
Nuevo León	13 233	62.9	30.3	2.2	4.6
Oaxaca	16 619	31.0	50.3	14.3	4.4
Puebla	19 026	46.2	38.1	11.4	4.3
Querétaro Arteaga	4 631	59.6	29.0	6.8	4.6
Quintana Roo	3 653	54.6	37.1	4.9	3.4
San Luis Potosí	9 986	49.0	36.5	10.6	3.9
Sinaloa	9 419	61.4	30.3	3.7	4.6
Sonora	8 197	62.5	30.2	2.7	4.6
Tabasco	9 923	51.5	36.5	8.8	3.2
Tamaulipas	10 064	58.4	32.6	4.2	4.8
Tlaxcala	2 843	50.4	32.9	11.7	5.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	32 238	49.8	38.3	8.5	3.4
Yucatán	12 252	50.6	41.2	5.1	3.1
Zacatecas	5 286	48.5	35.1	11.1	5.3

- a. Incluye a empleados, obreros, jornaleros y peones.
b. Incluye a patrones y trabajadores por su cuenta.

Distribución porcentual de la población ocupada con discapacidad por grupos de ingreso por trabajo para cada sexo, 2000 (INEGI, 2000)

Grupos de ingreso	Población ocupada con discapacidad	Hombres	Mujeres
Total	397 183	301 623	95 560
No percibe ingresos	13.9	14.7	11.4
Menos de 1 Salario Mínimo (SM)	22.6	19.7	31.7
De 1 hasta 2 SM	28.2	29.2	25.4
Más de 2 hasta 3 SM	15.1	16.5	10.7
Más de 3 hasta 5 SM	7.4	7.7	6.5
Más de 5 hasta 10 SM	4.1	4.2	3.6
Más de 10 SM	1.9	2.1	1.2
No especificado	6.8	5.9	9.5