



Atención institucional a las personas con discapacidad: hacia un modelo integral (Parte II)

María del Carmen Díaz Peralta*

Resumen

En esta segunda entrega la autora presenta un análisis histórico sobre las diferentes formas de atención de la discapacidad en México, y en particular expone la evolución institucional que se ha dado en la materia. Asimismo, propone un nuevo modelo integral para dar respuesta a este problema público en el país, teniendo como referente las experiencias exitosas de Chile y España que se abordaron en el primera parte de su artículo.

Palabras clave

Discapacidad, derechos humanos, inclusión social, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

1. Evolución de la atención institucional de la discapacidad en México

En México, el pensamiento prehispánico se instaló en mitologías desarrolladas a partir de lo sagrado y lo profano “donde el mago y sacerdote se convierte en un conocedor, capaz de administrar hierbas curativas que combina con la fuerza de la magia, sin la cual no hay virtud en las medicinas ni en las intervenciones”. Las causas de las deficiencias y las enfermedades en las comunidades prehispánicas (azteca) se encontraban asociadas a

* Maestra en Administración Pública por el Instituto Nacional de Administración Pública (INAP). Médico en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

razones naturales, castigo divino, maleficios y por influencia de los astros. En la cultura náhuatl por ejemplo, se asociaba a supersticiones y la práctica terapéutica se basó en la herbolaria para tratamientos contra la epilepsia, la ceguera y la sordera, y sus avances quedaron manifiestos en los Códices Florentino y Badiano, donde se plasmaron complejos tratamientos para las enfermedades (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2004).

La preocupación por atender a la población con discapacidad no sólo se limitó a los aspectos médicos. Fray Juan de Torquemada asentó que el señor Nezahualpilli de Texcoco mandó que todos los niños huérfanos, viejos imposibilitados y los impedidos por enfermedades largas y contagiosas, acudiesen a su palacio a recibir socorro; el mismo Torquemada narra cómo Moctezuma II (Xocoyotzin) ordenó que los terrenos de Culhuacán, cercanos a Tenochtitlán, fueran utilizados para que ahí se recogiesen todos los hombres viejos e impedidos que se habían ocupado en guerras o en su servicio. La organización de los pueblos prehispánicos se modificó diametralmente con la llegada de los españoles, dando lugar a una nueva estructura social guiada por principios caritativos fuertemente apegados a la doctrina católica.

Durante la Colonia -ante la ausencia de un estado tutelar- las instituciones de beneficencia conformadas principalmente por religiosos se encargaron de brindar protección y asistencia a los enfermos, viudas, huérfanos, necesitados y desprotegidos. Estas organizaciones fundamentaron su acción en el pensamiento europeo, que da pie a una interpretación racional de la presencia de Dios en el mundo, con lo que cobraron relevancia la bondad, la caridad y la asistencia a los desprotegidos (Toledo, 2003).

En 1566 se funda en la Ciudad de México el Hospital de San Hipólito, dedicado al cuidado de las personas con enfermedades mentales. Con el crecimiento de las ciudades se incrementó esta necesidad y se fundaron otros hospitales: José Sáyo fundó el Real Hospital del Divino Salvador en 1794, en Guadalajara el Hospital de Belén y en Monterrey el Hospital Civil, donde se ubicó una sección dedicada a las personas con deficiencias mentales.

Durante la época de la Reforma los bienes eclesiásticos, incluyendo las instituciones de beneficencia, pasaron a manos del Estado, así como la responsabilidad de una serie de

actividades que tradicionalmente habían sido realizadas por la iglesia, lo que significó el cambio de concepto, pues se transitó de la idea de caridad a una de solidaridad y apoyo por parte de las instituciones gubernamentales para ayudar a la población (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2004).

En 1861 Juárez ordenó el establecimiento de una escuela de sordomudos en la capital de la República en 1866, y la educación se dividió en dos: una de conocimientos generales y otra para el aprendizaje de oficios. Posteriormente, en 1870 se inaugura la Escuela de Ciegos ubicada en un convento, siendo ambas instituciones el pilar de la educación especial en México. Para 1881, por la falta de continuidad administrativa en los centros de asistencia y beneficencia que se encontraban bajo la responsabilidad de los ayuntamientos, pasaron a formar parte de la Dirección de Beneficencia Pública a cargo de la Secretaría de Gobernación. (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2004).

Durante el Porfiriato se decreta que la beneficencia pase a formar parte de la Salubridad General y se empieza a conceptualizar y a poner en práctica el Sistema de Asistencia Social Pública y Privada. Los sujetos de asistencia eran los indigentes, huérfanos, enfermos mentales, menores que incurrieran en alguna falta a la ley y mujeres en trabajo de parto. Proliferaron las organizaciones privadas, algunas unidas al sector eclesiástico, que dirigieron sus esfuerzos a la atención de la población necesitada entre las que se encontraban las personas con discapacidad. Finalmente, antes del estallido de la Revolución Mexicana, en 1910 Porfirio Díaz inauguró en la Hacienda de la Castañeda como un manicomio general. (Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, 2004)

Posteriormente, por el propio contexto de inestabilidad militar y política, el gobierno surgido de la revolución armada a finales de la década de los años 20, no fue capaz de poner en práctica un programa de desarrollo económico y social que ejerciera, más allá de la legislación y de lo declarativo, la atención a la población más pobre y a los indigentes en el país. Por tanto, no fue sino hasta el periodo de Álvaro Obregón (1920-1924) que surge la Sociedad Protectora del Niño y La Secretaría de Educación Pública da inicio al reparto de desayunos escolares.

En el gobierno de Plutarco Elías Calles (1924-1928) se realizan escasas obras de Asistencia Social, y se abre un Dormitorio para Niños y se conforma la primera Red de Comedores Infantiles de México.

Con Emilio Portes Gil (1928-1930) se crea un Comité Nacional de Protección a la Infancia para amparar al niño física, social y moralmente y se crea la Asociación Nacional de Protección a la Infancia, por lo que se puede señalar que la asistencia social en nuestro país inició su formación institucional en 1929 mediante este organismo no gubernamental pero estrechamente vinculado a la personalidad de la esposa del presidente de la república, que realizó funciones de asistencia a la niñez mediante el trabajo de un voluntariado social con criterio de caridad cristiana, acciones en las que la atención al niño implicaron la asistencia a la madre. Así, desde el principio, uno de los ejes operativos de la asistencia social en México fue la atención materno-infantil (Secretaría de Salud, 2007).

Pascual Ortiz Rubio (1930-1932), por su parte, continuó con el Programa “La Gota de Leche” y se incrementaron las casas hogar para niños, además, se agregó un sistema dominical exclusivo para niños indígenas y se transformó la Casa de Salud del Periodista en Maternidad Pública.

Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas del Río (1934-1940), la beneficencia pública (con una óptica de justicia e igualdad social) se convierte en Asistencia Social. Y para 1937 el Gobierno Federal creó la Secretaría de Asistencia Pública, asumiendo por medio de ella responsabilidades asistenciales y de rehabilitación no hospitalaria (Toledo, 2003).

En el sexenio de Manuel Ávila Camacho (1940-1946), la Asistencia Social adquirió una orientación clientelar. Se repartían raciones alimenticias, desayunos y meriendas a indigentes. En 1943 se integran la Secretaría de Asistencia Pública y el Departamento de Salubridad, dedicado hasta entonces a la atención médica hospitalaria y ambulatoria, y también a las actividades de salubridad pública (higiene y control sanitario). Esta fusión dio origen a la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA). Los grupos más desprotegidos -niños, mujeres, ancianos, discapacitados- fueron el principal objeto de atención de estas acciones gubernamentales.

Miguel Alemán Valdés (1946-1952) da inicio a “La Seguridad Social” como método moderno y universal para garantizar el bienestar de las mayorías, el cual era superior a la Asistencia Social. Se reconoce a la familia como célula básica de la sociedad y se crea el Instituto de Bienestar de la Infancia.

Años después se registra el primer esfuerzo contemporáneo para institucionalizar las acciones de asistencia social, pues en 1961 el gobierno del Presidente Adolfo López Mateos creó el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), con un Patronato cuya Presidencia desempeñó la Profesora Eva Sámano de López Mateos. Entre los programas de atención asistencial a la madre y al niño, el INPI estableció el de Desayunos Escolares para Escuelas Primarias con cobertura nacional, al mismo tiempo se impulsó ampliamente la rehabilitación y la educación especial y múltiples acciones asistenciales ejercidas por profesionales calificados, apoyados por un dinámico voluntariado (Toledo, 2003).

Con Gustavo Díaz Ordaz (1964-1970), el INPI amplió su atención en alimentación, capacitó y educó a los padres para lograr la integración familiar. Otra decisión gubernamental relacionada con la atención a la niñez, como respuesta a la necesidad de proteger al menor desamparado y darle atención médica especializada, fue la instalación de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) en 1968, misma que estableció un gran Hospital Pediátrico, hoy transformado en el Instituto Nacional de Pediatría.

En el sexenio de Luis Echeverría Álvarez (1970-1976), se establecieron nuevos objetivos a la Asistencia Social, pues se aludió a no solo de remediar los males, sino a combatir las causas de las carencias. Se definió entonces a la política social como un instrumento de desarrollo social, pasando de acciones aisladas a una visión global de la asistencia social. El INPI por su parte, se transformó por Decreto Presidencial del 2 de enero de 1976 en el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI), y con ello amplió sus campos de acción dirigidos a la madre y al niño, a los desamparados e indigentes, a la rehabilitación física no hospitalaria y a la educación especial, con un claro propósito de fomentar acciones integrales de apoyo a la infancia y a la familia, al mismo tiempo que profundizó en la profesionalización de sus programas.

En el periodo de José López Portillo y Pacheco (1976-1982), la Secretaría de Salubridad y Asistencia volvió a replantear la asistencia social, con base en una clasificación sobre las clases de marginación aglutinadas en dos tipos: la del campo o rural y la urbana, localizada en los cinturones de miseria de las grandes urbes. En 1977 el IMPI e IMAN se fusionan para crear el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuyo objetivo expreso es la promoción del bienestar social. El DIF incluyó en sus programas uno de Desarrollo de la Comunidad para el medio rural y asimiló prácticamente todas las acciones básicas de los organismos que se fusionaron, con énfasis en las de rehabilitación, educación especial y atención médica integral (Secretaria de Salud, 2007). Asimismo surgió en este periodo el Patronato Nacional de Promotores Voluntarios a fin de institucionalizar la labor social que encabezaba la Primera Dama.

Con Miguel de la Madrid Hurtado (1982-1988) se publicó la Ley General de Salud, en la cual se establecieron las facultades de la federación en la materia. La Integración del DIF al Sector Salud se dio por Decreto Presidencial el 21 de diciembre de 1982, respetando su condición de organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio y como el organismo responsable de la asistencia social en el país. Es también este el momento histórico en el que se produjo una definición institucional y a la vez operativa de la asistencia social. Se puede señalar que este hecho formó parte de los resultados producidos por las demandas e iniciativas planteadas durante las tres décadas anteriores a los gobiernos en turno para crear un sistema nacional de salud, cuya expresión más relevante fue el Movimiento Médico Nacional (1964- 1965). Así, se dio inicio al proceso de réplicas del DIF nacional con el establecimiento de instancias estatales y municipales, cuyo objeto era ampliar la cobertura. Además, se constituyó una Junta de Gobierno como autoridad y se puso en marcha un plan de rehabilitación de discapacitados y educación especial.

Como se observa, el desarrollo histórico de la institucionalización de la asistencia social culmina con la creación del Sistema Nacional para el Desarrollo integral de la Familia. En efecto, en el DIF se consolidan los fundamentos legales, la normatividad técnica, las políticas operativas y los objetivos prácticos de la asistencia social. Al llevarse a la práctica los nuevos mandatos legales, el DIF cedió a otras dependencias de la administración pública instalaciones, recursos humanos y equipo, “cuyo campo de acción

caía fuera del ámbito de este concepto de la asistencia social”. Por ejemplo, una acción de gran relieve fue la atención médica a niños, adolescentes y otros grupos de edad, quedando a su cargo sólo la rehabilitación no hospitalaria. Y con el fin de garantizar la eficiencia y la continuidad del Sistema DIF, el 31 de agosto de 1983 fueron establecidos los nueve programas de trabajo, a través de los cuales prestó sus servicios (Toledo, 2003): 1. Programa de Integración Social y Familiar; 2. Programa de Asistencia Social a Desamparados; 3. Programa de Asistencia Educativa; 4. Programa de Rehabilitación; 5. Programa de Asistencia Social Alimentaria; 6. Programa de Promoción del Desarrollo Comunitario; 7. Programa de Asistencia Jurídica; 8. Programa de Desarrollo Cívico, Artístico y Cultural; 9. Programa de Formación y Desarrollo de Recursos Humanos e Investigación.

Posteriormente, durante el sexenio de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994) se incrementó la creación de organizaciones civiles para la atención de la Asistencia Social, aplicando preferente a niños, ancianos, menores minusválidos, comunidades de escasos recursos y familias pobres. El DIF desarrolló entonces el Programa de Asistencia a Minusválidos, que tuvo como objetivo proporcionar servicios de rehabilitación no hospitalaria a personas que por circunstancias de marginación o económicas son sujetos de asistencia social, con el propósito de facilitar la integración a su familia y a la sociedad y atender demandas y necesidades de personas discapacitadas por causas de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuro-musculoesquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje, entre otras (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad, 2007).

Con Ernesto Zedillo Ponce de León (1994- 2000), la Política Social estuvo marcada por la falta de recursos, no interesaban las acciones sociales y se manifestó un intenso esfuerzo por redefinir la asistencia social como parte de la Política Social del Estado, ya que por su naturaleza integra a un cuerpo de acciones de carácter promocional, educativo, de protección jurídica, de atención directa y de rehabilitación física y social de los grupos de población en situaciones de déficit social. Se creó en este sexenio la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE), que en su tiempo diseñó un programa de acción para orientar las tareas a favor de este sector de la población y se planteó como objetivo “promover la

integración de la personas con alguna discapacidad y su incorporación al desarrollo, a fin de garantizar el pleno respeto y ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, recreación, deporte e infraestructura que permitan la movilidad y el transporte, y de todo aquello que contribuya al bienestar y mejora de su calidad de vida, así como a difundir la cultura de la integración social basada en el respeto y en la dignidad, considerando que la participación plena de las personas con discapacidad enriquece a la sociedad en su conjunto y fortalece los valores de la unidad de la familia”.

Posteriormente, en febrero de 1995 desaparece el Patronato Nacional de Promotores Voluntarios, se desmantela la planta de integración de raciones alimenticias e hidratación del DIF Nacional y se realiza una reestructuración de éste organismo, generando la creación del DIF para el Distrito Federal. Asimismo, en el Senado de la República se presentó una iniciativa de Ley de Asistencia Social, misma que no prosperó (Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad, 2007).

Durante la administración de Vicente Fox Quezada (2000-2006), hubo un replanteamiento de la política establecida en el sexenio anterior, por lo que en el año 2000 se creó la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS), y en el 2001 se integró el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS). Para el año 2005 fue publicada la Ley General de las Personas con Discapacidad, que atribuye al Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS) el establecimiento de una política de Estado en la materia donde se promueva, apoye, fomenta, vigile y evalúe las acciones, estrategias y programas derivados de la Ley. En consecuencia, se dispuso la derogación de la ORPIS junto con el CODIS (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2012).

Con Felipe Calderón Hinojosa (2006-2012) el CONADIS elabora y coordina el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad en el marco del Plan Nacional de Desarrollo, y se elabora el Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012, el cual reorientó las estrategias para transitar hacia un modelo social centrado en el ejercicio pleno de los derechos de las personas con

discapacidad. Finalmente en mayo del año 2011, se publicó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2012).

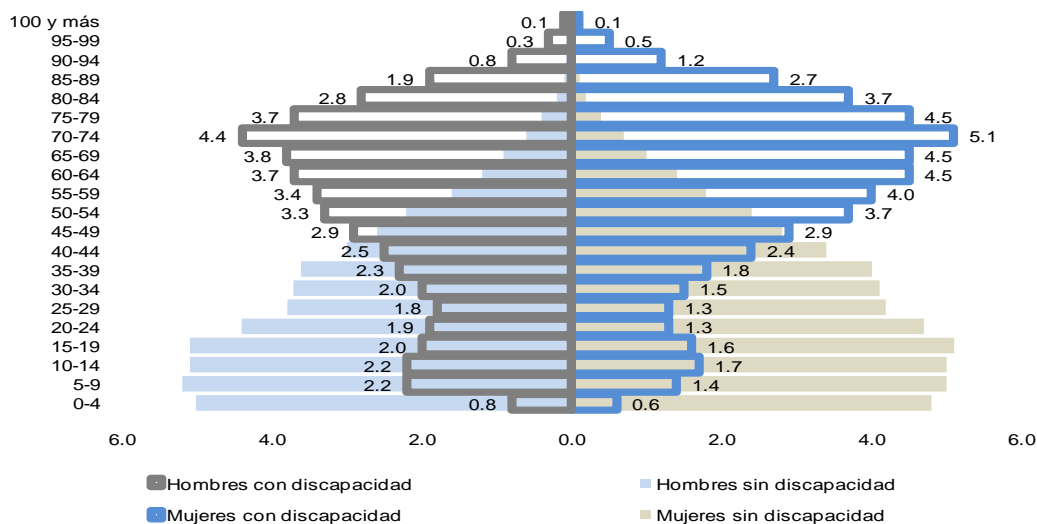
2. Situación actual de la discapacidad en México

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México para el 2010, las personas que presentaron algún tipo de discapacidad fueron **5 millones 739 mil 270**, es decir, el **5.1% de la población total**. Por otro lado, en 2008, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, se estimaba que alrededor del 10% de la población mundial vivía con algún tipo de discapacidad, esto es aproximadamente 650 millones de personas. Estas cifras están por debajo de las estimaciones hechas por el Banco Mundial, que refieren que las personas con discapacidad representan 15% de la población mundial, equivalente a mil millones de personas. Por otra parte, aunque el número de mujeres con discapacidad es ligeramente superior al de los hombres (2.9 millones frente a 2.8 millones), como efecto de que en el país hay más población femenina, el porcentaje al interior de cada sexo es el mismo: 5.1 por ciento. La gráfica siguiente muestra el peso demográfico de los adultos mayores y adultos en la población con discapacidad. Comparados con los jóvenes y los niños, el grueso de la población se concentra a partir de los 30 años de edad, existe una predominancia en los hombres en edades más jóvenes y para las mujeres en las adultas antes de los 40 años, la imagen está cargada del lado de los varones y después de esa edad, del lado de ellas.

La distribución en el territorio nacional es igual que la población en su totalidad, es decir, las entidades federativas con mayor cantidad de habitantes concentran también el más alto número de gente con discapacidad. Así, los estados con más personas en esta situación son: México, Distrito Federal y Veracruz, y en el extremo opuesto se encuentran: Campeche, Colima y Baja California Sur. De acuerdo con el Censo de 2010, el tipo de discapacidad más frecuente es la relacionada con la movilidad (caminar o moverse), 58% señala presentarla. Le siguen las limitaciones para ver (27.2%), escuchar (12.1%), mental (8.5%), hablar o comunicarse (8.3%), atender el cuidado personal (vestirse, bañarse o comer) (5.5%) y, finalmente, para poner atención o aprender (4.4 por ciento). Es decir, la

dificultad para caminar o moverse y para ver concentran el 85.5% de las discapacidades en el país.

Estructura de población^a por grupos quinquenales de edad y sexo, según condición de discapacidad 2010



Nota: No se grafica el no especificado de edad para cada sexo; alrededor de 0.1%.

^a Distribución porcentual para cada condición de discapacidad.

Fuente: INEGI. Censo de Población y Vivienda 2010. Base de datos de la muestra.

Las discapacidades mental, así como para hablar, poner atención o aprender tienen su origen principalmente en problemas de nacimiento y en enfermedad, concentrando alrededor de 80% de los casos. En cambio, en el origen de las dificultades para caminar, ver y atender el cuidado personal predominan la enfermedad y la edad avanzada, ya que juntas concentran entre 64 y 68% de las discapacidades. Finalmente, en escuchar, 44 de cada 100 casos se deben a la edad avanzada.

Por otra parte, se estima que 68.8% de población con discapacidad es derechohabiente a algún servicio de salud, porcentaje ligeramente superior al de la población sin discapacidad (66.4 por ciento). De ellos, 46.7% están afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 37.2% al Seguro Popular o para una Nueva Generación, 10.9% al Instituto de Seguridad y Servicios para los trabajadores del Estado (ISSSTE), 2.7% a una institución privada, 2.4% a otra institución no definida y 1.5% a Pemex, Defensa o Marina,

es decir, la gran mayoría está afiliado a IMSS y al Seguro Popular. Por su parte, los tipos de discapacidad que reportan menor porcentaje de derechohabientes son aquellos con dificultades mentales (62%), para hablar o comunicarse (63.7%) y poner atención o aprender (65.4%), en cambio, las proporciones más altas se ubican en los individuos con dificultad para caminar o moverse (70.6%), atender el cuidado personal (70.3%), ver (69.8%) y escuchar (68.3 por ciento).

De la población con discapacidad en edad escolar (3 a 29 años) sólo 45% asiste a la escuela, un porcentaje inferior al de la población sin discapacidad (56 %). La población con dificultad para ver se encuentra entre la que más asiste a la escuela (53.2%), le sigue las personas con limitaciones para poner atención o aprender (51.8%), escuchar (47.1%), hablar o comunicarse (44.8%), caminar o moverse (39.4%), atender el cuidado personal (29.4%) y mentales (28.9 por ciento). En otras palabras, las personas con limitaciones cognitivas y de movilidad tienen al parecer un acceso a la educación más restringido.

En cuanto a la población de 15 años y más, el Censo 2010 reporta que 24.8% de las personas con discapacidad son analfabetas (no saben leer y escribir); porcentaje cinco veces superior que el de su contraparte sin discapacidad (5.5 por ciento). En relación al logro académico alcanzado, que para este grupo de población se relaciona con el acceso y la infraestructura; de la población con discapacidad mayor de 15 años, 27.9% no tiene estudios, 45.4% terminó al menos un año de primaria, 13.3% uno de secundaria, 7.3% alguno de media superior, 5.2% uno en moverse (70.6%), atender el cuidado personal (70.3%), ver (69.8%) y escuchar (68.3 por ciento). Las personas con dificultad mental, para hablar o comunicarse y poner atención o aprender son las que concentran los promedios de escolaridad más bajos (3.4 y 3.3 años), mientras aquellas con dificultades para caminar o moverse, ver, escuchar y, en cierto grado, atender el cuidado personal, presentan los promedios más altos.

La Población Económicamente Activa (PEA) de la población con discapacidad medida a través de la tasa de participación económica, es decir, el porcentaje de población que trabaja o busca trabajar alcanza 29.9%, valor considerablemente bajo comparada con la de su contraparte sin discapacidad (53.7 por ciento). De ellos, la gran mayoría declara dedicarse a los quehaceres del hogar (37.3%) o tener una limitación permanente para

trabajar (29.9%), seguida de aquéllos que realizan otra actividad no definida (14.6%), están pensionados o jubilados (13%) o estudian (5.2 por ciento). De la PEA con discapacidad, 95.1% está ocupada, es decir, tienen trabajo; porcentaje similar al de las personas sin discapacidad (95.4%). De ellos, 39% son empleados u obreros, 38% trabajadores por cuenta propia, 6% jornaleros o peones, 6% ayudantes, 5% trabajadores familiares sin pago y 3% patrones o empleadores, el resto no especificó su posición en el trabajo. Igualmente, de la PEA con discapacidad que declara trabajar, el Censo reporta que 14% no recibe ingresos por su trabajo, 18.7% gana menos de un salario mínimo mensual, 24.9% de uno a menos de 2 salarios mínimos; 16.5% de 2 a menos de 3 salarios mínimos; 11.2% de 3 a menos de 5; 5% de 5 a menos de 10; y sólo 2% 10 y más salarios mínimos, es decir, cerca del 60% gana menos de 2 salarios mínimos.

En este contexto, de cada 100 personas con discapacidad de 12 años y más, 30 reciben dinero derivado de programas de gobierno (Oportunidades, Procampo, becas, ayudas a madres solteras y adultos mayores, entre otros), 15 de jubilaciones o pensiones, 8 de personas dentro del país, 4 de personas fuera del país y 2 de otras fuentes de ingreso, lo que muestra que las transferencias del gobierno, más que las jubilaciones, pensiones o los apoyos de otras personas dentro y fuera del país, son más importantes para este grupo de población.

En resumen, las personas con discapacidad son una población conformada de manera importante por adultos y sobre todo adultos mayores. A nivel nacional, se concentran precisamente en las entidades federativas más habitadas. Los tipos de discapacidad más reportados son aquellas para caminar o moverse, ver y escuchar (presentes principalmente en adultos y adultos mayores), seguido de las limitaciones mentales, hablar o comunicarse, atender el cuidado personal y poner atención (de mayor frecuencia en los niños y jóvenes). Las principales causas de discapacidad son la enfermedad y la edad avanzada.

A la par, las personas con discapacidad presentan un escenario socioeconómico complejo. En términos de percepción de discriminación, un alto porcentaje consideran que sus derechos no son respetados y sus principales preocupaciones son: el desempleo, la discriminación, la autosuficiencia y los apoyos gubernamentales. Por su parte, el nivel de

afiliación y uso de servicios de salud se concentran principalmente en el IMSS y el Seguro Popular. En términos educativos, las personas con discapacidad en edad escolar (3 y 29 años) asisten menos que su contraparte sin discapacidad, su nivel académico y/o promedio de escolaridad es más bajo. Laboralmente, tienen una baja participación en actividades económicas y de los que laboran, la mayoría lo hace como empleado u obrero y trabajador por cuenta propia. De la población asalariada la mayor parte gana menos de dos o tres salarios mínimos. Es decir, la población con discapacidad en México presenta grandes desventajas en comparación con las personas sin discapacidad.

3. Atención del las personas con discapacidad en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) es un organismo público descentralizado del Gobierno Federal. Fue creado mediante Decreto Presidencial el 13 de enero de 1977. Es el encargado de coordinar la Asistencia Social Pública y Privada en los términos señalados por los artículos: 172 de la Ley General de Salud y 27 de la Ley de Asistencia Social (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, 2012).

Sus objetivos institucionales son:

- Coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada para brindar servicios en la materia por medio de programas, lineamientos y mecanismos de seguimiento y operación.
- Fortalecer e impulsar el desarrollo integral de la familia a través de la promoción y aplicación de políticas públicas, programas y acciones.
- Promover la igualdad de oportunidades para el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad, en situación de riesgo o vulnerabilidad social.
- Prevenir los riesgos y la vulnerabilidad social con la participación corresponsable del individuo, la familia y la comunidad, bajo el principio del desarrollo humano sustentable.

- Profesionalizar los servicios de asistencia social mediante el diseño y la aplicación de modelos de atención, criterios normativos de calidad, competencias laborales, investigaciones y sistemas de información.
- Difundir y promover el respeto a los derechos de la infancia en coordinación con organismos internacionales, gobiernos, iniciativa privada y organizaciones de la sociedad civil.

La atención se brinda en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia a las personas con discapacidad mediante tres subprogramas:

1. Atención a Personas con Discapacidad.
2. Prestación de Servicios a las Personas con Discapacidad y sus Familias en los Centros de Rehabilitación.
3. Formación de Recursos Humanos y Educación Continua al Personal Médico y Paramédico que brinda atención en los Centros de Rehabilitación.

En el tema específico de discapacidad, el SNDIF tiene como objetivo general: prestar servicios de prevención, rehabilitación e inclusión social a las personas con discapacidad y en riesgo de presentarla, así como a sus familias; con la finalidad de facilitar el pleno goce de sus derechos humanos, su inclusión y participación en la comunidad con igualdad de oportunidades, a través del otorgamiento de subsidios para proyectos sobre prestación de servicios especializados de rehabilitación, y de la profesionalización de los recursos humanos para mejorar la atención de las personas con discapacidad.

4. Conclusiones: hacia un modelo integral

A pesar de lo amplio que es el objetivo del SNDIF en materia de discapacidad, en México la respuesta institucional a la realidad que viven las personas en esa situación consiste en un ejercicio de intervención más centrado en las consecuencias (modelo médico) que en las causas y procesos, lo que conlleva a la ejecución de una gran cantidad de acciones y de presupuestos que van enfocados hacia la asistencia y la solución de las problemáticas

demandantes de la población con discapacidad, dejando profundas insatisfacciones en el terreno social.

Ante ello, se propone un Modelo de Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad centrado tanto en el sujeto como en su entorno para favorecer la precisión de acciones, y así integrar el modelo médico y el social en relación a la atención de las personas con discapacidad.

Este modelo debe considerar a la rehabilitación e inclusión social como un “proceso” de gestión estratégica que debe contar con la participación de las personas con discapacidad, pues el objetivo final está enfocado a su proyecto de vida. De esta forma, el Modelo no sólo generará cambios en las personas con discapacidad, sino también en el exponencial desarrollo de su entorno. Este proceso se comprende entonces como una intervención social, coordinada con el conjunto de sistemas de bienestar y protección social que ofertan los sectores gubernamentales y no gubernamentales.

El modelo que se propone, por tanto, debe estructurarse sobre la base de las siguientes consideraciones:

1. No hay una definición única de persona con discapacidad capaz de dar completa y cabal cuenta de la complejidad de este proceso.
2. Las tres definiciones propuestas en esta investigación de persona con discapacidad pueden ser adecuadas para generar directrices particulares en el proceso de Rehabilitación e Inclusión Social de las Personas con Discapacidad.
3. Los programas deberán elaborarse y ejecutarse con la participación del Gobierno Federal, los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios en el ámbito de sus respectivas competencias, debiendo observar las responsabilidades y obligaciones con relación a las personas con discapacidad establecidas en la Ley.
4. Basarse en los lineamientos establecidos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y en la misma Ley General.
5. Cumplir con la normatividad vigente para la elaboración de programas, supervisión, rendición de cuentas y mecanismos de transparencia.

6. Incluir lineamientos e indicadores, estadística, presupuestos, impacto social y todos aquellos que se estimen necesarios para una correcta y eficiente aplicación.

En consecuencia, el Modelo de Rehabilitación e Inclusión Social para las Personas con Discapacidad debe ir de la mano del enfoque de los derechos humanos, pues ello permitirá considerar a las personas con discapacidad como individuos que requieren se les habilite para desempeñarse como ciudadanos activos y participantes. Esto significa crecer dentro de una familia, asistir a la escuela con compañeros, trabajar y participar en la toma de decisiones sobre aquellas políticas y programas que más los afectan. Esta es entonces, una invitación a proponer un mecanismo en el que los derechos de las personas con discapacidad no sean vistos como el resultado de intereses particulares, o como un conjunto desarticulado de buenas intenciones o buenos deseos.

7. Fuentes de Información

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con Discapacidad, *Programa Sectorial de Salud 2007-2011*, Evaluación enero 2007–septiembre-2011.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (2004), *Las personas con discapacidad en México: una visión censal*.

Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática, *Censo de Población y Vivienda 2010*.

Secretaría de Salud, *Programa Sectorial de Salud 2007 – 2012*.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (2012), *Una nueva visión del DIF, fiel a su origen*, SNDIF, México

Toledo Ocampo, Ezequiel (2003), *El sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF): Expresión de una política social del estado mexicano*, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.



ENCUCIJADA
REVISTA ELECTRÓNICA DEL
CENTRO DE ESTUDIOS EN
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

16° NÚMERO
ENERO-ABRIL 2014

Revista Electrónica del Centro de Estudios en
Administración Pública de la Facultad de Ciencias
Políticas y Sociales, Universidad Nacional
Autónoma de México



Centro de Estudios en
Administración Pública
FCPYS UNAM



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Rector: *Dr. José Narro Robles*

Secretario General: *Dr. Eduardo Bárzana García*

Secretario Administrativo: *Lic. Enrique Del Val Blanco*

Abogado General: *Lic. Luis Raúl González Pérez*

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Director: *Dr. Fernando Castañeda Sabido*

Secretario General: *Lic. Claudia BodekStavenhagen*

Secretario Administrativo: *Lic. José Luis Castañón Zurita*

Jefa de la División de Estudios de Posgrado: *Dra. María Cristina Puga Espinosa*

Jefa de la División de Educación Continua y Vinculación:
Lic. Alma Iglesias González

Jefa de la División del Sistema Universidad Abierta y Educación a
Distancia: *Lic. María de Lourdes Durán Hernández*

Jefe de la División de Estudios Profesionales: *Mtra. Consuelo Dávila*

Coordinador del Centro de Estudios en Administración Pública:
Dr. Ricardo Uvalle Berrones

Coordinador de Informática: *Ing. Alberto Axcaná de la Mora Pliego*

LA REVISTA

Director de la Revista:
Ricardo Uvalle Berrones

Secretario Técnico de la Revista:
Maximiliano García Guzmán

Consejo Editorial:
Erika Döring González Hermsillo
Eduardo Guerrero del Castillo
Omar Guerrero Orozco
Elena Jeannetti Dávila
Roberto Moreno Espinosa
Raúl Olmedo Carranza
Nicolás Rodríguez Perego
Gerardo Torres Salcido

Diseño, integración y publicación electrónica:
Coordinación de Informática, Centro de Investigación e
Información Digital, FCPYS-UNAM.

Coordinación de producción: Alberto A. De la Mora Pliego.
Diseño e Integración Web: Rodolfo Gerardo Ortiz Morales.
Programación y plataforma Web: Guillermo Rosales García.

ENCUCIJADA REVISTA ELECTRÓNICA DEL CENTRO
DE ESTUDIOS EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Año 5,
No.16, enero-abril 2014, es una publicación cuatrimestral
editada por la Universidad Nacional Autónoma de México a
través de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales y el
Centro de Estudios en Administración Pública, Circuito
Mario de la Cueva s/n, Ciudad Universitaria, Col. Copilco,
Del. Coyoacán, C.P. 04510, México, D.F., Tel.
(55) 56229416 y (55) 56229426,
<http://ciid.politicas.unam.mx/encrucijadaCEAP/>,
maximiliano_unam@yahoo.com.mx. Editor responsable: Dr.
Ricardo UvalleBerrones. Reserva de Derechos al uso
Exclusivo No. 04-2011-011413340100-203, ISSN: 2007-
1949. Responsable de la última actualización de este
número, Centro de Estudios en Administración Pública de la
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Dr. Maximiliano
García Guzmán, Circuito Mario de la Cueva s/n, Ciudad
Universitaria, Col. Copilco, Del. Coyoacán, C.P. 04510,
México D.F., fecha de la última modificación, 1 de julio de
2014.

www.politicas.unam.mx

Las opiniones expresadas por los autores no
necesariamente reflejan la postura del editor de la
publicación. Se autoriza la reproducción total o parcial de
los textos aquí publicados siempre y cuando se cite la
fuente completa y la dirección electrónica de la publicación.