



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Las personas con discapacidad y la protección social
en México. La salud

Dr. Abraham Daniel Manríquez Santiago



Ciencia Nueva
DOCTORADOS UNAM

Dra. Reyna Briz Franco Ortiz
Asesor



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE POSGRADO EN DERECHO
FACULTAD DE DERECHO

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y LA PROTECCIÓN SOCIAL EN MÉXICO. LA SALUD

T E S I S
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO
DE
DOCTOR EN DERECHO

PRESENTA:
**MTRO. ABRAHAM DANIEL MANRÍQUEZ
SANTIAGO**

DRA. REYNA BRIZ FRANCO ORTIZ
FACULTAD DE DERECHO
DR CÉSAR BENEDICTO CALLEJAS HERNÁNDEZ
FACULTAD DE DERECHO
DR. OSCAR DE LOS REYES HEREDIA
FACULTAD DE DERECHO

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX., MARZO 2016

AGRADECIMIENTOS

De manera muy especial quiero agradecer a la **Dra. Reyna Briz Franco Ortiz**, directora de esta tesis; a las: **Dra Julieta Avendaño Díaz** y **Dra. Eugenia Paola Carmona Díaz de León**, a los: **Dr. Oscar de los Reyes Heredia** y **Dr. César Benedicto Callejas Hernández**, asesores de tesis quienes aportaron conocimiento, orientación, criterios y tiempo valiosos para la culminación de este trabajo. Para todos ustedes mi gratitud, respeto y admiración.

A la **Universidad Nacional Autónoma de México**, institución educativa de primer nivel que me permitió realizar esta investigación bajo la tutela de tan reconocidos profesionales del Derecho.

A mi **familia y amigos**, por estar siempre presentes a lo largo del trayecto en la realización de esta investigación. Por apoyarme y alentarme.

DEDICATORIA

A mi hermano **Javier Isaac Manríquez Santiago**, inspiración y gran maestro de vida, quien me ha enseñado a valorarla y ser la voz de quienes no tienen.

A mi madre **María del Carmen Santiago Vasconcelos** y mi padre **Javier Manríquez Torres**, pilares de mi formación como ser humano quienes me dieron todo lo necesario para cumplir mis objetivos y compartir mis logros.

A mi esposo, **Javier Solís González**, ser humano maravilloso que decidió compartir el espectacular camino llamado vida junto a mi lado, de quien nunca termino de sorprenderme y quien siempre me brinda su apoyo y cariño.

Abraham Daniel Manríquez Santiago

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Página
ÍNDICE DE CONTENIDO	1
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I:	
DISCAPACIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL.	
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. MARCO HISTÓRICO-CONTEXTUAL DE LA DISCAPACIDAD.....	14
1. <i>Edad primitiva: primeros intentos de curación – rehabilitación</i> ...	15
2. <i>Edad antigua: la discapacidad es un “castigo divino”</i>	17
3. <i>Edad media: el principio del asistencialismo</i>	20
4. <i>Edad moderna: los esbozos de la institucionalización</i>	24
5. <i>Edad contemporánea: la plena institucionalización</i>	26
III. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LA DISCAPACIDAD.....	29
1. <i>Enfoque médico – rehabilitador: el aspecto físico y tangible de la discapacidad</i>	29
2. <i>Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y la OMS-FIC</i>	31
3. <i>Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-1)</i>	33
4. <i>Enfoque interrelacional – Liberal: Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2)</i>	35
5. <i>Enfoque radical-sociopolítico: lo discapacitante de la “normalidad”</i>	39
6. <i>Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS)</i>	41
7. <i>Definición y marco teórico a adoptar de discapacidad</i>	43
IV. MARCO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	45
1. <i>La seguridad como esencia del hombre</i>	45
A. <i>Inseguridad de subsistencia y fin de la supervivencia</i>	46

B. <i>Inseguridad social, necesidad de reglas y principios</i>	46
C. <i>Inseguridad espiritual y creencias firmes</i>	47
D. <i>Inseguridad metafísica y “más allá del ser”</i>	47
2. <i>Enfoque restringido y seguridad social</i>	48
A. <i>Edad primitiva: el clasismo</i>	48
B. <i>La caridad en la edad antigua</i>	49
C. <i>La beneficencia en la edad media</i>	51
D. <i>La asistencia social en la modernidad: los gremios y Monte Pío</i>	53
E. <i>Institucionalización de la seguridad social</i>	54
F. <i>Alemania y el modelo de Bismarck</i>	57
3. <i>Enfoque amplio: la protección social</i>	58
A. <i>Inglaterra y el modelo de William Beveridge</i>	59
4. <i>La seguridad social en México</i>	65
5. <i>Definición y marco teórico de la protección y seguridad social para las personas con discapacidad</i>	68

CAPÍTULO II:

MARCO NORMATIVO.

I. INTRODUCCIÓN.....	71
II. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL.....	79
1. <i>Declaración Universal de los Derechos Humanos</i>	81
2. <i>Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial</i>	82
3. <i>Convenio 169 y Organización Internacional del Trabajo</i>	83
4. <i>Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias</i>	84
5. <i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>	85
6. <i>Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>	86

7. <i>Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad</i>	88
8. <i>Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad</i>	89
9. <i>Conferencia Mundial contra el Racismo y la Discriminación Racial, la Xenofobia y las formas conexas de Intolerancia</i>	91
10. <i>Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad</i>	93
11. <i>Programa de Acción para el Decenio de las Américas: por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad</i>	99
III. MARCO NORMATIVO INTERNO.....	100
1. <i>Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos</i>	102
2. <i>Ley General de Salud</i>	103
3. <i>Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad</i>	107
4. <i>Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad</i>	109
5. <i>Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012</i>	113
IV. MÉXICO: UNA VISIÓN ENFOCADA A DERECHOS HUMANOS.....	114
V. LA SOCIEDAD CIVIL.....	116

CAPÍTULO III:

DERECHO COMPARADO.

I. INTRODUCCIÓN.....	121
II. ARGENTINA.....	122
1. <i>Constitución de la Nación Argentina: reconocimiento de la Seguridad Social y las personas con discapacidad</i>	122
2. <i>Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad</i>	124
3. <i>Marco normativo interno de seguridad social y</i>	

<i>discapacidad</i>	125
A. <i>Certificado Único de Discapacidad</i>	126
B. <i>Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad</i>	127
4. <i>Consejo Federal de Discapacidad y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS)</i>	129
5. <i>Datos estadísticos de la Discapacidad en Argentina</i>	131
6. <i>Conclusión del panorama argentino</i>	133
III. CHILE.....	134
1. <i>Constitución Política de la República de Chile: reconocimiento de la Seguridad Social y las personas con discapacidad</i>	135
2. <i>Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad</i>	137
3. <i>Marco normativo interno de seguridad social y discapacidad</i>	137
4. <i>Calificación y Certificación de la Discapacidad</i>	140
A. <i>Registro Nacional de la Discapacidad</i>	140
B. <i>Comité de Ministros de la Discapacidad</i>	141
C. <i>Servicio Nacional de la Discapacidad</i>	141
5. <i>Datos estadísticos de la Discapacidad en Chile</i>	145
6. <i>Conclusiones del panorama chileno</i>	146
IV. ESPAÑA.....	147
1. <i>Constitución española: reconocimiento de la seguridad social y las personas con discapacidad</i>	148
2. <i>Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad</i>	149
3. <i>Marco normativo interno de seguridad social y discapacidad</i>	150
4. <i>Sistema de prestaciones sociales y económicas</i>	153

A. <i>Prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades</i>	153
5. <i>Protección social</i>	154
6. <i>Datos estadísticos de la Discapacidad en España</i>	157
7. <i>Conclusiones del panorama español</i>	158
V. FRANCIA.....	159
1. <i>Constitución francesa: reconocimiento de la seguridad social y las personas con discapacidad</i>	160
2. <i>Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad</i>	160
3. <i>Marco normativo interno de seguridad social y discapacidad</i>	161
4. <i>Datos estadísticos de la discapacidad en Francia</i>	166
5. <i>Conclusiones del panorama francés</i>	168

CAPÍTULO IV:

PROBLEMÁTICA Y PROPUESTA.

I. INTRODUCCIÓN.....	169
II. DATOS ESTADÍSTICOS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO.....	171
1. <i>Por zona y entidad federativa</i>	174
2. <i>Por rango de edad y derechohabiencia</i>	174
3. <i>Por uso de los servicios de salud</i>	175
III. PROPUESTA.....	186
1. <i>Fondo Único del Sistema de Salud para las Personas con Discapacidad</i>	188
CONCLUSIONES	193
ABREVIATURAS	205
GLOSARIO	207
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	213

ANEXOS..... 233

INTRODUCCIÓN

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) afirma que en el mundo existen aproximadamente 650 millones de personas con discapacidad;¹ y si además se toma en cuenta a sus cuidadores o familiares, la cifra se incrementa a 2,000 millones de personas que se encuentran con diversas desventajas en múltiples aspectos de la vida social, comparándolos con personas que disponen de plenitud de facultades para desempeñarse en su vida cotidiana. De hecho, las personas con discapacidad representan la tercera parte de la población total.²

En el caso de México y conforme al Censo de Población y Vivienda 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se contabilizaron 5 millones 739 mil 270 personas que presentan alguna discapacidad única o múltiple (5.1% de la población total),³ cifra que sigue en constante aumento.

Las personas con discapacidad son un grupo poblacional que aunque pequeño en número, es muy grande en importancia ya que han tenido que experimentar una multiplicidad de antecedentes; tales como el rechazo, la discriminación y los estigmas sociales que los han apartado para desenvolverse óptimamente en su vida diaria. Dichos obstáculos han sido generadores de una diversidad de tipos de exclusión y desventajas, por ejemplo: de carácter laboral, educativo, en el ámbito de los servicios, en la esfera jurídica con relación al respeto a sus Derechos Humanos en comparación con los demás integrantes de la población.

No cabe duda que el tema de la discapacidad refleja una realidad social, que recientemente ha sido considerado una prioridad en distintos países; debido al

¹ Organización de las Naciones Unidas. *Algunos datos sobre las personas con discapacidad*. [en línea]. 4 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/overview.html>.

² Comisión de Derechos Humanos del Estado de Yucatán (CODHEY). *Encuesta: Personas con Discapacidad y Derechos Humanos*. [en línea]. 4 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.codhey.org/sites/all/documentos/Doctos/Investigaciones/Discapacidad.pdf>.

³ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Discapacidad en México*. [en línea]. 4 de mayo de 2015. Disponible en: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>.

grado de complejidad y heterogeneidad del grupo en situación de vulnerabilidad del que se trata. Las barreras internas y externas que la misma sociedad ha creado, consciente o inconscientemente, hacia las personas con alguna discapacidad limita o inclusive elimina el conocer por consecuencia el ejercicio de sus derechos, tomar libremente sus propias decisiones y gozar de la posibilidad de tener una vida plena a través de sí mismos o de sus cuidadores o familiares.

A partir de estos referentes se puede apreciar que la discapacidad va más allá del ámbito individual, es decir, es un conjunto de condiciones de distinta índole que no sólo se relacionan con las cuestiones de salud de una persona, sino que es una condición integral, profundamente dinámica, múltiple y relacional que compete a la sociedad en general atenderla de manera oportuna. Debido a la poca información que se tiene con respecto al tema de la discapacidad por parte de la sociedad, es imprescindible analizar de forma clara y sencilla lo relativo a ella. Esto con el objetivo de sensibilizar y concientizar a la población de la importancia que tiene actuar en beneficio o perjuicio de las personas con discapacidad; a fin de que puedan alcanzar una calidad de vida digna, con respeto a sus Derechos Humanos y sin discriminación alguna.

En tal orden de ideas, el presente trabajo de investigación doctoral consta de cuatro capítulos y conclusiones: en primer lugar, estudia un marco histórico-contextual y los enfoques teórico-conceptuales respecto a las categorías analíticas de la *Discapacidad* y la *Seguridad Social*, junto con sus interrelaciones y las visiones sociológicas más importantes; lo que trae implícito una investigación con aportaciones de diversas disciplinas.

En el segundo capítulo se revisa el marco normativo internacional y nacional vigente a efecto de ponderar el Derecho a la Salud en relación con los Tratados Internacionales y el Derecho Positivo Mexicano.

El tercer apartado refiere a un análisis enfocado en el Derecho Comparado de los siguientes países: Argentina, Chile, España y Francia. Esto con el propósito metodológico de plasmar un diagnóstico fundamental de la situación jurídica de la discapacidad en cada una de esas naciones a fin de referenciar los casos de éxito que más se asemejan al modelo mexicano en esa específica temática.

Finalmente, en el cuarto capítulo se establece mediante un estudio estadístico el contexto institucional que guarda la prestación de los servicios de salud para las personas con discapacidad en México, a efecto de visualizar la realidad de la problemática existente y proponer las posibles soluciones a partir de establecer un proyecto de política pública sustentado en un análisis detallado de gestión estratégica (que se construye desde un contexto histórico, un marco teórico-conceptual definido, las visiones sociológicas más relevantes sobre el tema, un estudio del marco normativo vigente y las herramientas metodológicas del Derecho Comparado) para dar forma y coherencia a un proceso de investigación empírica basado en argumentos jurídicos y estadísticos que me permita establecer los lineamientos fundamentales de mi proyecto de protocolo de una posible política pública sobre el tema de la discapacidad en nuestro país. Sin olvidar que cada una de estas herramientas e instrumentos de análisis están enfocados a sanear en algo el retraso que se tiene en cuestiones de Derechos Humanos.

Este trabajo de investigación es de tipo documental, descriptivo, bibliográfico y pretende ser una aportación en beneficio de la sociedad y como referente de estudios posteriores.

**CAPÍTULO I:
DISCAPACIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL.**

El normal y el estigmatizado no son personas, sino, más bien perspectivas.

Erving Goffman, *Estigma*.

I. INTRODUCCIÓN.

Aristóteles define en esencia al ser humano como un “*animal social*”⁴. Entre otras cosas, busca conservar su vida y desarrollarse plenamente con sus congéneres para lo cual establecerá modos de colectividad y de ayuda mutua. Esta acción comunitaria se ha presentado desde el origen de la humanidad, la cual según Recaséns Siches⁵ se debe a dos razones: 1) la interpretación de la vida a través de sus prójimos; y 2) la incapacidad de satisfacer todas sus necesidades por sí mismo, dando así un voto de confianza a estos últimos. Es a través de la conciencia de sus inquietudes que el ser humano se motiva a lograr el propósito de satisfacerlas, para lo cual buscará los medios o acciones propicias para alcanzar su objetivo.

Al analizar la vida humana en sociedad, se percata de la importancia de valores como: la libertad, la dignidad, la igualdad, la equidad, el bienestar y la seguridad, los cuales al final hacen sentir protegido al ser humano. Según Recaséns Siches, “se podría decir que el hombre se siente amenazado por unas posibles conductas de sus semejantes y esto le incita a elaborar normas jurídicas de inexorable cumplimiento, que le propicien certeza y seguridad”.⁶ Una razón del Derecho,

⁴ARISTÓTELES. *La Política* [en línea]. trad. de Nicolás Estévez. París, Francia. Garnier Hermanos, 1932 [fecha de consulta: 19 de septiembre 2012]. p. 5. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=766>.

⁵RECASÉNS Siches, Luis. *Introducción al estudio del Derecho*. 12ª ed. México. Porrúa, 1997. pp. 63 y 64.

⁶*Ibidem*. p. 19.

dentro del cual encontramos al Derecho Social, mismo que Gustav Radbruch define como “el resultado de una nueva concepción del hombre por el Derecho, del hombre sujeto a un vínculo social”,⁷ a la vez de llevar a cabo un claro énfasis en la importancia de entender los orígenes tanto históricos, como jurídicos del mismo (equiparando al término *hombre* como *ser humano*, sin distinción al género masculino o femenino), segmentando las partes involucradas en el tema que me atañe, como lo son, la discapacidad y la protección social. Un ejemplo de ello lo encuentro en las medidas asistenciales de caridad, las previsionales sociales y de aseguramiento; todas ellas, antecesoras de la institución de la *seguridad social*. El ser humano por medio del trabajo busca su subsistencia y la de su familia intentando a través de ello obtener los insumos que garanticen la plena satisfacción de sus necesidades básicas. Sin embargo, factores como la pérdida del trabajo, la insuficiencia de recursos económicos, situaciones de salud o de *discapacidad* lo ponen en estado de riesgo para su subsistencia. Es en estas condiciones que a través de la asistencia comunitaria puede resolver dichas problemáticas. Por lo tanto, mi primera intermediación es considerar que la *protección social* implica garantizar al hombre un acceso a los medios indispensables para su subsistencia tanto a nivel individual como de grupo, cuyo fin debe ser alcanzar la calidad de vida; por lo cual más adelante se verá la distinción conceptual entre la *seguridad social en sentido estricto* y la *seguridad social en sentido amplio o protección social*.

¿Qué pasa, si se tiene alguna discapacidad?, ¿existe alguna diferencia en alcanzar dicha calidad de vida?, para dar respuesta a lo anterior, es necesario conocer los antecedentes teórico-conceptuales. Siendo la *discapacidad* una condición humana que ha estado presente a lo largo de la historia del hombre hasta nuestros días; no se ha llegado a un consenso para definirla por parte de los estudiosos del tema, ya sea los organismos internacionales, los Estados, los grupos de personas con discapacidad, la sociedad civil y demás actores sociales.

⁷ RADBRUCH, Gustav. *Introducción a la Filosofía del Derecho*. s.f. México. Fondo de Cultura Económica de España, 2002. p. 157.

Lo anterior debido a varias razones: como la heterogeneidad que existe entre las personas con discapacidad; los contextos económicos, sociales y culturales de los países en diversos periodos históricos, así como los juicios de valor creados por la sociedad ya sea por falta de información o rechazo, entre otros más; lo cual en consecuencia, promueve entre las personas con discapacidad a no sentirse con una identidad reconocida dentro de las concepciones propuestas.

Son múltiples las manifestaciones histórico-contextuales, categoriales y conceptuales que me dan un panorama de las diversas apreciaciones de la discapacidad que las diferentes culturas tenían en determinado tiempo y lugar. Como destaca Aguado Díaz:

Por razones de lo más variado, por su carácter atípico, incluso sorprendente y hasta divertido, o repelente y repulsivo, por ignorancia, por prejuicios, por superstición, por altruismo, por razones de tipo humanitario, o religioso, por compasión, por temor, por conveniencia, por egoísmo, por necesidad de mano de obra escasa y/o barata, por motivos de mantener el orden social, por la inercia de la costumbre, por la fuerza de la sangre, a requerimiento de mandatos legales, por falta de otras alternativas, etcétera, el caso es que en todas las culturas siempre ha habido, por un lado, individuos diferentes que, bajo las aún más variadas denominaciones, han sido objeto de las todavía más variadas concepciones y formas de trato, y por otro lado, unos también muy variados expertos encargados por las instituciones dominantes en el momento de definir qué es la diferencia, quiénes son los diferentes, cuál es el lugar que les corresponde en la sociedad y cuál es el trato que deben recibir.⁸

⁸ AGUADO Díaz, Antonio León. *Historia de las deficiencias*. Madrid. Escuela Libre Editorial Fundación Once, 1995. p. 19.

Tal afirmación coincide con la idea de Patricia Brogna, al mencionar que “el presente no escapa de su pasado”. Como dice Durkheim “para comprender adecuadamente una práctica o una institución, una regla jurídica o moral, resulta necesario remontarse en lo posible hasta sus orígenes primeros, pues existe un fuerte vínculo entre lo que es actualmente y aquello que fue con anterioridad”.⁹

Esta investigación busca formar parte del sentimiento que tan acertadamente Liliana Pantano manifiesta en su contribución que estimula a “reflexionar sobre las actuaciones en materia de discapacidad, de modo que no sólo se atienda a un grupo poblacional identificable, sino que se mejore la calidad de vida de todos y de todas, es decir, de personas con y sin discapacidad”.¹⁰ Al ver a continuación el marco histórico y conceptual de la *discapacidad*, así como de la *seguridad social* para fundar las bases sobre las cuales procederé a realizar un análisis de la normatividad nacional e internacional de la materia *ad hoc*, apoyándome en las herramientas metodológicas del Derecho Comparado.

II. MARCO HISTÓRICO-CONTEXTUAL DE LA DISCAPACIDAD.

La misma humanidad, por sus propios defectos y virtudes, los cuales en ocasiones pueden ser favorables; pero en otros totalmente trágicos, ha creado para las personas con discapacidad una historia cambiante y contrastante desde los primeros acontecimientos que se tienen registrados a lo largo de la historia del hombre.

⁹BROGNA, Patricia. *Las representaciones de la discapacidad: la vigencia del pasado en las estructuras sociales presentes. Visiones y revisiones de la discapacidad*. Trad. de Mariano Sánchez Ventura, México. Fondo de Cultura Económica, 2009, pp. 157 – 187.

¹⁰PANTANO, Liliana. *Nuevas miradas en relación con la conceptualización de la discapacidad*. Condición y situación de discapacidad. pp. 73-97.

1. *Edad primitiva: primeros intentos de curación-rehabilitación.*

Es una época caracterizada por el empirismo de los antepasados, relativo a la forma de entender y atender las enfermedades, deficiencias, lesiones y malformaciones entre sus semejantes; acciones que fluctuaban desde la simpatía y el cuidado hasta la barbarie. La principal preocupación del hombre primitivo era su subsistencia; por todos los riesgos que había era necesario tomar decisiones sobre aquellas cosas o situaciones que los constreñían; por consiguiente si se consideraba una carga u obstáculo se eliminaba a la persona.¹¹ Sin embargo, existen evidencias que no siempre era ese el resultado final.

Es hacia finales del siglo XIX cuando se tienen las primeras referencias que tratan sobre aspectos de *seguridad social para personas con discapacidad*. En el norte de Irak (cerca de Shanidar), se descubrieron restos fósiles de individuos *Homo neanderthalensis* de hace 45,000 años; uno de ellos, *Shanidar I* presentó "atrofia de omóplato, clavícula y húmero derechos; amputación probablemente en vida del brazo derecho por debajo del codo; ceguera en el ojo izquierdo y una lesión en la parte derecha del cráneo".¹²

Del mismo modo, en la península danesa de Jutlandia se encontraron fragmentos de cráneo que revelaron una trepanación realizada a un niño con hidrocefalia. Sobre este tipo de hallazgos Scheerenberger señala: "parece que la tribu lo favoreció, lo protegió de males indebidos y encontró para él un puesto productivo en la sociedad".¹³

En la sierra de Atapuerca, España, se encontraron restos de 32 individuos *Homo heidelbergensis* de hace 300,000 años; uno de ellos presentaba un crecimiento anormal óseo que afectaba su oído, convirtiéndolo en la persona sorda más

¹¹Revista de las Naciones Unidas. *El derecho a una vida normal: ayuda internacional en la rehabilitación de personas con defectos físicos*. México, D.F. X (284), Marzo 1956, p. 27.

¹²AGUADO Díaz, Antonio León. *Op. cit.* p. 37.

¹³SCHEERENBERGER, R.C. *Historia del retraso mental*. España, San Sebastián. Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, 1984. p. 8.

antigua conocida; por lo cual puedo considerar que estos especímenes al no ser encontrados en forma aislada representan en la historia del hombre los primeros intentos de cuidados médicos de aquellos grupos sociales de los que formaban parte.

Al hacer referencia al artículo “Historia, discapacidad y valía” del periodista José Luis Fernández Iglesias, en 1908 en La Chapelle-aux-Saints (al sur de Francia) se descubrió un *Homo neanderthal* con discapacidad conocido como “Anciano” por tener más de 35,000 años de antigüedad, quien en vida alcanzó una edad cercana a los 50 años; mostrando que durante ese tiempo fue cuidado y protegido por su grupo, a pesar de padecer artritis, una fractura de costilla, pérdida generalizada de dientes y abscesos. Hay que tener en cuenta que el promedio de vida de esa época era aproximadamente de 30 años.

Ante tales hechos, se demuestra lo erróneo de la teoría del paleontólogo francés Marcellin Boule, quien afirmaba que “la bestia había caminado con las rodillas flexionadas y arrastrando los pies, con la cabeza inclinada hacia delante sostenida por un cuello rechoncho y con su dedo pulgar extendido a un lado como los chimpancés”.¹⁴ Llegando Fernández a la conclusión de que a pesar de las enormes limitaciones de “Anciano” era útil a la comunidad.

Por otro lado, una prótesis de 2,300 años a. C. muestra el intento por solventar la falta de la extremidad inferior izquierda de una mujer que fue hallada en Kazajstán, quien conforme a la referencia realizada por Aguado Díaz, Hernández Gómez comenta que:

Se trata de una prótesis tibial confeccionada con una pata de morueco, utilizando la piel del animal como elemento de encaje y su esqueleto como elemento de soporte [...] unos restos óseos

¹⁴ Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). *La imagen social de las personas con discapacidad*. España, CINCA, 2008. p. 180.

femeninos, cuyo estudio demostró que la mujer vivió varios años utilizando la ingeniosa prótesis con la que suplía la ausencia de su pie izquierdo.¹⁵

Es así que tengo claros ejemplos donde el grupo social del cual se formaba parte, podía brindar la asistencia para integrar a la persona con discapacidad dentro de las actividades necesarias para la vital subsistencia de todos los miembros del grupo.

2. Edad antigua: la discapacidad es “un castigo divino”.

Durante la antigüedad en la que se manifestaba un profundo fervor religioso, las personas con insuficiencias o defectos físicos eran tratadas con desprecio y a su vez excluidas; esto debido al atribuir a su condición “pecados cometidos” o “muestras de maldad interna”.

Un ejemplo de lo anterior lo encuentro en la cita a Laín Entralgo (que realiza Aguado Díaz), al explicar que tanto en Mesopotamia como en Persia, la enfermedad y deficiencia mentales eran “castigos divinos” o “posesiones por espíritus malignos” y en Asiria, la palabra “enfermedad” (*shêrtu*) significaba “a la vez pecado, impureza moral, cólera de los dioses, castigo y enfermedad”;¹⁶ lo que me hace pensar en lo arraigado e importante que era en dichas regiones la visión negativa de la enfermedad y las deficiencias mentales. Es así como en la religión persa nace la denominada “tradición demonológica” que considera a la enfermedad como “una posesión de los espíritus del mal”, adoptándola posteriormente la tradición judeo-cristiana; tal doctrina rechazaría a las personas con discapacidad como “hijos del pecado”. Ejemplo de esto lo encuentro en el *Antiguo Testamento*:

¹⁵ AGUADO Díaz, Antonio León. *Op. cit.* p. 38.

¹⁶ *Ibidem.* p. 41.

Yahvé habló a Moisés y dijo: habla a Aarón y dile: ninguno de tus descendientes en cualquiera de sus generaciones, si tiene un defecto corporal, podrá acercarse a ofrecer el alimento de su Dios; pues ningún hombre que tenga defecto corporal ha de acercarse: ni ciego ni cojo ni deforme ni monstruoso, ni el que tenga roto el pie o la mano; ni jorobado ni raquíptico ni enfermo de los ojos, ni el que padezca sarna o tiña, ni el eunuco. Ningún descendiente de Aarón que tenga defecto corporal puede acercarse a ofrecer los manjares que se manifiestan en honor de Yahvé. Tiene defecto, no se acercará a ofrecer el alimento de su Dios. Sin embargo, podrá comer el alimento de su Dios, las cosas sacratísimas, y las sagradas; en cambio, no entrará hasta el velo ni se acercará al altar, porque tiene defecto, para no profanar mi santuario, pues yo soy Yahvé el que los santificó. Moisés dijo esto a Aarón y a sus hijos y a todos los israelitas.¹⁷

Por otro lado, puedo apreciar en la cultura egipcia una mayor aceptación de la discapacidad ya que existían diversas manifestaciones del tratamiento de las enfermedades y atenciones médicas con el fin de solventar algunas discapacidades y deformidades físicas; mediante la utilización de prótesis y procedimientos ortopédicos para mejorar la condiciones de las personas que la padecían, pues se consideraba como “don especial” que los faraones podían tener a su alcance.¹⁸

En la tumba del faraón Tutankamón de la dinastía XVIII, en el siglo XIV a. C. se encontró un típico barco funerario, en el cual figuraba una mujer pequeña acondroplásica. También señalaré que en el bajorrelieve egipcio que se encuentra en la gliptoteca de Carlsberg (en Copenhague) se plasma a un príncipe o

¹⁷ Levítico 21, 16 – 24.

¹⁸ INZÚA Canales, Víctor. “Una consciencia histórica y la discapacidad”. *Revista Trabajo Social*. UNAM, México, D.F. IX (3), 2001, p. 77.

sacerdote con la extremidad inferior derecha atrófica (poliomielitis), auxiliándose de un bastón largo.

En Esparta donde el ideal de belleza corporal se enfocaba en la fuerza y en la excelente salud física. Aquellos niños que nacían con ciertos defectos o debilidad notoria eran arrojados al monte Taigeto.¹⁹ Al respecto el mito de Hefesto,²⁰ quien al nacer fue considerado impedido y deforme puede ejemplificar claramente la postura del rechazo de las civilizaciones antiguas respecto a la discapacidad.

Sin embargo, como proceso de transición hacia otra visión de la discapacidad tengo lo que menciona Aguado Díaz acerca de Scheerenberger al referirse sobre el filósofo griego Hipócrates de Cos, médico de la Antigua Grecia, como:

Autor que describe prácticamente todos los cuadros clínicos relevantes hoy, que propone una etiología biológica con sus tratamientos correspondientes y que quita el carácter sagrado de la epilepsia al incluirla en su teoría de los humores y relacionarla con la flema y recalcar su origen biofísico. En consonancia con tal concepción, recomienda para esta enfermedad tratamientos naturales, ejercicio, masaje, baños, dieta y preparados médicos.²¹

De lo anterior cabe resaltar que de ser considerada la epilepsia una “enfermedad sagrada”, con los estudios y pensamientos hipocráticos se logró su humanización al comprenderse como un desorden de la *physis*, separando a la vez esta enfermedad de la *hysteria* que es considerada, hasta entonces, como un

¹⁹ MELGAR, L. “Por una cultura de la minusvalía. Información científica y tecnológica”. México, 1987,9 (129), p.10. En Parra Dussan, Carlos, *et al. Derechos Humanos y Discapacidad*. Bogotá, Centro Editorial Universidad del Rosario, 2004. p. 221.

²⁰ El mito de Hefesto, Dios de Fuego y las Herrerías, hijo de Zeus y Hera describe como al nacer la diosa, su madre, al darse cuenta que era enano, causándole mucha ofensa lo expulsa del Olimpo, arrojándolo al mar.

²¹ AGUADO Díaz, Antonio León. *Op. cit.* p. 43.

padecimiento exclusivo del género femenino (*hysteros* = útero); comprobando la existencia de diferentes tipos de ataques epilépticos.²²

Al heredar este conocimiento los romanos. Ellos comenzaron a ver a la discapacidad de una forma más humana, abusando de la misma, para fomentar la mendicidad y hasta llegar a exagerar las deformidades intencionalmente para dicho fin; tal es el caso que conforme al cuarto principio de las *Leyes de las XII Tablas* se permitía al padre matar a su hijo deforme, venderlo o no reconocerlo para abandonarlo a su suerte en una cesta en el río Tíber, donde alguien podría recogerlo y utilizarlo como esclavo o también explotarlo como “objeto de compasión” para pedir limosna.²³

En síntesis, se ha visto como en esta etapa las personas con discapacidad han transitado de ser tratados con desprecio, a matarlos conforme a la ley, mutilarlos para fines lucrativos hasta concederles ciertos derechos en muy determinadas circunstancias por el surgimiento y consolidación del cristianismo.

3. Edad media: el principio del asistencialismo.

Durante el medioevo la economía rural era la base de la sociedad de esa época y en ese entorno se puede encontrar tres grandes actores sociales: 1) el señor feudal propietario de la tierra; 2) la Iglesia que dominaba la vida espiritual; y 3) el surgimiento de los siervos a los que el señor feudal les brindaba protección y al que le debían lealtad y trabajo.

En la sociedad medieval, periodo histórico de grandes desigualdades, la Iglesia jugó el papel de benefactora a través de una de las virtudes teológicas del

²² VILLAREJO Ortega, Francisco. *Tratamiento de la epilepsia*. Madrid, Díaz de Santos, S. A. 1998, pp. 4 y 5.

²³ QUISBERT, Ermo. *Historia del Derecho Penal a través de las escuelas penales y sus representantes*. Madrid, Centro de Estudios de Derecho, 2008, p. 8.

cristianismo:²⁴ la caridad.²⁵ Si bien dicha dogmática religiosa marca parte del comportamiento de la sociedad medieval; es también en este periodo de la historia donde a las personas con discapacidad (principalmente los enfermos y aquellos con alguna deformidad física) se les apartaba y eran marginados; teniendo como única opción el vivir de recursos asistenciales como la limosna.²⁶ Su condición ya fuera física o mental se confundía con “la locura”, “la herejía”, “la brujería” o se les consideraba “delincuentes”, “vagos”, “seres prostituidos”, “hijos del pecado y del demonio”. Por consecuencia, no todo fluyó adecuadamente para las personas con discapacidad; así como se les reconocían factores valorativos relacionados “con el bien o el mal”. Eso derivó en el auge (durante la sociedad del medioevo) de las “ideas demonológicas”.

Cabe señalar que dentro del pontificado establecido durante la Baja Edad Media surge una institución como la Inquisición que se transformó en un medio de control y proceso judicial para localizar, procesar, sentenciar y eliminar a los “herejes”. Todos ellos se habían convertido en “enemigos públicos” del Estado y eran castigados de forma brutal. A pesar de ello y en contraste a estos hechos, se crearon los primeros hospitales como orfanatos y hospicios atendidos por agrupaciones religiosas. Como bien lo señala Pérez Gallardo “se consideraban trastornadas a las personas que tenían una discapacidad mental y debían ser internadas en orfanatos y manicomios, sin recibir ningún tipo de atención

²⁴ La regla de San Benito de Nursia instituye: “a todos los huéspedes que se presenten en monasterio ha de acogerseles como a Cristo, porque él lo dirá un día: era peregrino, y me hospedastéis”. En Sierra López, Miguel Alfonso. *El espíritu de la seguridad social*. México, D.F. Porrúa, 2012. p. 97.

²⁵ Son consideradas virtudes teologales la fe, la esperanza y la caridad; esta última es definida por la Iglesia Católica como aquella por la cual se ama a Dios sobre todas las cosas y al prójimo como a mí mismo. La caridad exige la práctica del bien, suscita la reciprocidad, es desinteresada y generosa. Conlleva un sentimiento de goce, paz y misericordia.

²⁶ TORRICO Tejeda, Fernando. “Historia de la discapacidad y derecho romano”. Bolivia, 1999. En Santander, Carlos Eduardo. *Necesidad de reformar el Código Civil a fin que en su normatividad se prevea la pertinencia del consentimiento para celebrar el matrimonio en los casos de incapacidad*. [en línea]. Tesis (Título de Abogado). Loja, Ecuador. Universidad Nacional de Loja, 2013. [Fecha de consulta: 13 de noviembre de 2012] p. 28. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6161/1/Carlos%20Eduardo%20Santander.pdf>.

específica. Se denominaban imbéciles, dementes, débiles mentales, locos”.²⁷ También surgen las cofradías que se constituían como agrupaciones de personas del mismo oficio que brindaban asistencia a sus asociados en situaciones de enfermedad, invalidez, vejez o muerte.²⁸ Estas acciones basadas en el principio de la caridad cristiana representan un claro ejemplo de atención social.

Lo contrastante de esta época es que debido a la hegemonía eclesiástica, las personas con alguna discapacidad, generalmente eran aquellos grupos con más escasos recursos y nula posibilidad de obtener una remuneración regular. Eran ese tipo de individuos los que más tendrían que beneficiarse de las palabras de la Biblia; tal cual lo señala Aguado Díaz al mencionar:

Recuérdese el mensaje de Jesucristo de que todos los hombres son iguales ante Dios, las bienaventuranzas (Lucas, 6:20-21), las consideraciones sobre el juicio final (Mateo, 25:34-40), la respuesta de Jesús a la pregunta de "¿Quién ha pecado para que este hombre esté ciego, él o sus padres? Ni él ni sus padres" (Juan, 9:1-3), los principios de amor, misericordia, entrega y sensibilidad hacia los niños, las curaciones de sordos, ciegos, epilépticos, parálíticos, leproso, la exorcización de las influencias demoníacas y el "principio de los humildes" (Lucas, 9:46-48), citado frecuentemente en relación con los deficientes mentales. Parece oportuno reflejar textualmente algunas de estas citas evangélicas (36):

"Bienaventurados los pobres, porque vuestro es el reino de Dios.
Bienaventurados los que tenéis hambre ahora, porque seréis

²⁷ PÉREZ Gallardo, Leonardo. "La protección legal de los discapacitados". *Revista General de Legislación y Jurisprudencia*, (1), p. 101. 2006.

²⁸ Un ejemplo de cofradías que es conformada por personas con discapacidades adquiridas es la que forman en Toledo los excombatientes ciegos de la batalla de las Navas de Tolosa en 1212, o la Cofradía de los Ciegos Trovadores creada en Barcelona en 1329 que agrupaba a personas ciegas, músicos y poetas. En CERMI. *Op. cit.*, pp. 177 – 210.

saciados. Bienaventurados los que lloráis ahora, porque reiréis" (Lucas, 6:20-21).

Entonces dirá el Rey a los de su derecha: "Venid, benditos de mi Padre, recibid la herencia del Reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre y me disteis de comer; tuve sed, y me distéis de beber; era forastero y me acogisteis; estaba desnudo, y me vestisteis; enfermo, y me visitasteis; en la cárcel, y vinisteis a visitarme" [...] "En verdad os digo que cuanto hicisteis a uno de estos hermanos míos más pequeños, a mí me lo hicisteis" (Mateo, 25:34-40).

Vio, al pasar, a un ciego de nacimiento. Y le preguntaron sus discípulos: "Rabí, ¿quién pecó, él o sus padres, para que haya nacido ciego?". Respondió Jesús: "Ni él pecó, ni sus padres; es para que se manifiesten en él las obras de Dios" (Juan, 9: 1-3).

Se suscitó una discusión entre ellos sobre quién de ellos sería el mayor. Conociendo Jesús lo que pensaban, tomó a un niño, lo puso a su lado, y les dijo: "El que reciba a este niño en mi nombre a mí me recibe; y el que me reciba a mí, recibe al que me envió; pues el más pequeño de entre todos vosotros, ése es el mayor" (Lucas, 9: 46- 48).²⁹

En todas las citas anteriores, se tiene un claro ejemplo de cómo en ocasiones la Iglesia al ser uno de los poderes hegemónicos de la época lleva a cabo, de cierta manera, un proceso de sensibilización hacia las personas con discapacidad a través de las lecturas bíblicas del Nuevo Testamento.

²⁹ AGUADO Díaz, Antonio León. *Op. cit.*, p. 54.

4. *Edad moderna: los esbozos de la institucionalización.*

Es durante la modernidad con el proceso ilustrado y la Reforma que se manifiesta el surgimiento del Estado moderno en el que se muestran los primeros esbozos que me ha llevado a considerar a la discapacidad como un tipo de condición humana; para la cual, se tomarían en cuenta las enfermedades dentro de las responsabilidades de salud a tratar por el aparato estatal. Ello no implicó que la atribución negativa a esta condición desapareciera instantáneamente, sin embargo, había una mayor preocupación por estas personas. Manifestaciones como la literatura y las artes plásticas dan un claro ejemplo de ello.

En la pintura se puede citar la obra de *Santa Isabel de Hungría curando a los niños* (Murillo, 1672) en donde el artista introduce aspectos descarnados del cuerpo humano como la llaga en la pierna del pobre o bien en *San Juan de Dios transportando a un enfermo* del mismo autor, dando énfasis a las virtudes heroicas de los santos.

En 1645, el cuadro *El bufón Don Sebastián de Morra* (de Velázquez) retrata a uno de los enanos bufones de la corte de Felipe IV, el cual se encuentra lisiado de nacimiento; siendo objeto de burla y abuso.

Es en el siglo XVIII donde la interpretación del dolor y la invalidez plasma un acercamiento hacia lo divino en *La piscina de Siloé* (de Marco Ricci), el pintor representa el pasaje bíblico de como una serie de hombres con extrema dificultad se incorporan o se acercan a la orilla a tocar las aguas, entre ellos, uno con muletas y la pierna flexionada e inmovilizada. Es una obra centrada en el milagro de la sanación.

En lo concerniente a la literatura, en el siglo XVI, aparece *Lazarillo de Tormes* (anónimo) acerca de un ciego que se presenta como un maestro de vida de su lazarillo para guiarlo por el camino de la hipocresía, la mentira y la venganza.

Durante el siglo XVII, en 1605, se publica una de las grandes obras literarias de todos los tiempos: *El ingenioso hidalgo Don Quijote de la Mancha* (de Miguel de Cervantes Saavedra). Esta obra relata las aventuras de Don Alonso Quijano, hidalgo pobre, que enloquece leyendo libros de caballerías. El personaje principal de la novela es un hombre con una discapacidad intelectual y una condición que lo lleva a crear aventuras de fantasía.

En la modernidad se comienzan a generar dos grandes fenómenos en torno a las personas con discapacidad: 1) desde un punto de vista filosófico-social; y 2) a partir del ámbito de la salud. Al respecto Juan Luis Vives (filósofo y humanista español) reclama un trato humano a los más desvalidos; defendiendo la educación y el trabajo como elementos de rehabilitación social para las personas con discapacidad. Por su parte, San Juan de Dios funda el primer hospital para personas con discapacidad en Granada (España); siguiéndole otros como Antón Martín en Madrid y Córdoba; Pedro Pecedor en Sevilla y Frutos de San Pedro en Lucena.³⁰

En los siglos XVI y XVII en Inglaterra, se crearon las *Leyes de Pobres* que estaban encaminadas a terminar con la mendicidad. En este tipo de reglamentos se incluía a las personas con discapacidad, quienes se volvieron un tema relevante de estudio para la medicina; ello propició que en países como Alemania, se crearan las primeras prótesis y aparatos ortopédicos; además del incremento en el interés por los procedimientos en cirugía que fueron impulsados por el francés Ambroise Paré. Al mismo tiempo comenzaron a aparecer asilos de carácter religioso en donde se atendía a personas ciegas, paráliticas e inclusive a los enfermos de lepra.

³⁰ ARENAL DE GARCÍA Carrasco, Concepción. *La beneficencia, la filantropía y la caridad: memoria premiada por la Real Academia de Ciencias, Morales y Políticas en el concurso de 1860*. [en línea]. Madrid, España. Colegio de sordo-mudos y ciegos, 1861. [fecha de consulta: 14 de noviembre de 2012] p. 26.
Disponible en: <http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/es/consulta/registro.cmd?id=4716>.

5. Edad contemporánea: la plena institucionalización.

Es durante el siglo XVIII que se puede encontrar el precedente de un avance en la forma en que son tratadas las personas con discapacidad. Si bien es cierto que ha sido un proceso lento y enfocado en su mayoría desde el punto de vista médico; también se ha comenzado a verlos como sujetos de derecho.

Durante este periodo se impulsan importantes avances en el estudio de la anatomía humana y, a su vez, la ortopedia se enfoca en atender las diversas problemáticas de las personas con discapacidad. Nicholas Andry de Boisregard en su libro *Orthopédie*³¹ define el término “*orthos-recto*” y “*paidós niño*” esencialmente como las deformidades, enfermedades y disfunciones del aparato locomotor del infante.

Para el siglo XIX se vienen logros importantes en el entendimiento y atención a las personas con discapacidad; principalmente en áreas como la educación, la legislación y la medicina. En Europa, las clínicas y hospitales modifican el precedente de la amputación de miembros por cirugías más orientadas a la rehabilitación. Para 1812 Prusia abre su primer hospital para personas con discapacidad y posteriormente en 1816 crea el Instituto Ortopédico de Würzburg. De igual modo, en 1822, Alemania establece el Instituto Técnico Industrial de Múnich para brindar atención médica, teniendo como fin la reeducación para actividades cotidianas de la vida y la reinserción profesional.³²

En aspectos educativos se puede hacer referencia al Colegio Nacional de Sordomudos que es fundado en 1802 en la ciudad de Madrid. Por otro lado,

³¹ DE BOISREGARD, Nicolás Andry. *L'orthopedie ou l'art de prevenir et de corriger dans les enfans, le difformités du corps*. [en línea]. París, Chez la veuveAlix, 1741. [Fecha de consulta: 14 de noviembre de 2012] Disponible en: https://books.google.com.mx/books/about/L_orthopedie_ou_l_art_de_prevenir_et_de.html?id=2-UKHHqipfAC&redir_esc=y.

³²AGUADO Díaz, Antonio León. *Op. cit.*, p. 123.

Barcelona abre la primera escuela para ciegos y México la Escuela Nacional de Ciegos y Débiles Visuales.

Todos estos acontecimientos no pasaron desapercibidos para numerosos artistas de la época, quienes mediante sus obras plasmaron con suma maestría su realidad circundante. Un ejemplo de ello son las artes plásticas y la literatura, pues a finales del siglo XVIII y principios del XIX cuando las manifestaciones artísticas comienzan a tomar distancia de las interpretaciones religiosas, muestran las primeras influencias provenientes de la ciencia. De esta manera Goya en uno de sus autorretratos (1820) se representa siendo curado por un doctor, dando a la ciencia esa capacidad racional para curar la enfermedad. Por su parte, Federico de Madrazo en *La enfermedad de Fernando VII* (1833) plasma de una forma relevante a un grupo de médicos que vigilan a un enfermo. En la literatura, Benito Pérez Galdós escribe *Marianela* (1878) en la que cuenta la vida trágica de la niña Nela por su discapacidad física, “considerándola fea y deforme”. En 1895, Giacomo Balla en su cuadro *La loca* se puede apreciar una mujer disipada en una actitud de pedir silencio que representa claramente una discapacidad intelectual.

Estas transformaciones médicas, sociales, legales y artísticas que se suscitaron hicieron más fácil la vida de las personas con discapacidad. Sin embargo, a pesar de ello, se continuaron presentando conductas discriminatorias hacia los individuos con dicha condición. En algunos casos se les subastaba o vendía, en otros se les confinaba en asilos u hospicios insalubres y sin las condiciones adecuadas para una vida digna. También se les practicaban esterilizaciones, eutanasias y en el sentido legal tenían restricciones matrimoniales.

En la época Victoriana y conforme a sus tradiciones culturales se marcaba una tendencia muy fuerte a presentar:

Imágenes veladas de personas con insuficiencias que reflejan y amplían las ideas sociales dominantes. Lo que predomina en estas

imágenes sin lustre es la caracterización de los discapacitados como personas impotentes, inútiles, indeseables y dignas de lástima. Dependientes, carentes de la plenitud corporal y de las expresiones básicas de la personalidad. Las mujeres discapacitadas son sumisas, asexuales, amargadas y llenas de aversión hacia ellas mismas. En pocas palabras, todos los discapacitados, hombres y mujeres, son víctimas de las ideas sociales erróneas y de su propia incapacidad de rechazar y trascender del prejuicio de los demás.³³

En el siglo XX se presentan grandes cambios a nivel económico, político y social en los cuales la atención a la discapacidad se vio claramente beneficiada. Socialmente poco a poco se han logrado quitar esos estigmas a las personas con discapacidad, aunque en la primera parte del siglo se les ve como personas enfermas o inválidas.

Durante el nazismo se fomentaron profundas conductas racistas hacia las minorías: judíos, cristianos, gitanos, homosexuales y particularmente personas con discapacidad que, según sus creencias, no formaban parte del concepto de “raza superior”. Estos últimos se consideraban inútiles para la sociedad por lo cual no merecían seguir con vida. Ello desató la persecución de personas con determinados padecimientos, retrasos mentales y problemas físicos que al final de cuentas desembocaban en el exterminio.³⁴

Después de la *Segunda Guerra Mundial* se buscó entender con mayor profundidad analítica el problema de la discapacidad desde un enfoque más

³³ PASTOR Fayos, Ana. *Enfoque multidisciplinario sobre el discapacitado*. 2ª ed. España Formación Alcalá, 2007. p. 32.

³⁴ Hitler manifiesta: “...para mejorar la raza, los físicamente degenerados y los mentalmente insanos o débiles no tienen derecho a procrear...”. En 1939 autoriza las llamadas “matanzas de misericordia” y en 1940 las personas con discapacidad son trasladadas a campos de concentración y asesinadas. Consúltese, Hitler, Adolf. *Mein Kampf*. [en línea]. USA. Reynal and Hitchcock, 1941 [fecha de consulta: 18 de noviembre de 2012] p. 609. Disponible en: <https://archive.org/details/meinkampf035176mbp>.

científico-racional que se alejara de todo tipo de prejuicio; esto con el fin de determinar una mejor manera de atenderla. A partir de estos referentes, las diversas perspectivas científicas deciden partir de la premisa de que el sujeto tiene un déficit donde radica el problema, teniendo una base biológica (física, fisiológica o funcional) y es a través de las ciencias naturales que se trata de explicar este problema por medio de investigaciones de carácter clínico y psicométrico; utilizando métodos experimentales desde un punto de vista empírico-positivista.

III. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL DE LA DISCAPACIDAD.

Para poder entender la conceptualización que a lo largo de la historia ya vista se ha tenido sobre lo que son las personas con discapacidad, se tiene que partir del análisis de las diversas propuestas teóricas encaminadas a definir esta problemática; comienzo con los enfoques *médico-rehabilitador* (de carácter individual y biológico),³⁵ pasando por el *interrelacional-liberal* hasta el *radical-sociopolítico* (de carácter social e incluyente)³⁶ para cumplir con la finalidad metodológica de estructurar un marco teórico multidisciplinario en relación con el problema de la discapacidad, el cual aplicaré a lo largo del desarrollo de la presente investigación.

1. *Enfoque médico-rehabilitador: el aspecto físico y tangible de la discapacidad.*

Es durante el siglo XVIII que se puede encontrar el precedente del *enfoque médico-rehabilitador*, pues desde el momento que se habla de discapacidad me refiero a las deficiencias en el aspecto físico que están íntimamente relacionadas con la movilidad. Esta asociación categorial se explica por su mayor índice de

³⁵ Limita el concepto a la capacidad funcional física o mental.

³⁶ Adiciona factores personales y ambientales.

prevalencia y visibilidad en nuestra vida cotidiana; además para la gente es común relacionar una deficiencia física con una cuestión médica. Es así que los primeros estudios serios de la segunda mitad del siglo pasado enfatizaron y condicionaron al concepto de discapacidad dentro del universo de la medicina.

Se considera fundamental en este enfoque teórico designar una categorización a través de una correspondencia de datos; por ejemplo, Robert Bogdan en 1989 denomina *hándicap* al término de discapacidad. De manera que el conocimiento científico obtenido responda a confirmar o clarificar las causas del déficit, los síntomas característicos de cada tipo de discapacidad y las formas específicas del tratamiento que le corresponde.³⁷

La clasificación también ayuda a orientar la investigación científica y sirve para guiar la práctica médica, ya que con base en ésta se organizan los sistemas de servicios para las personas con discapacidad que, entre otras, pueden ser: rehabilitación, psicoterapia, educación especial, etcétera. Se considera que el progreso en el área práctica deriva directamente de los resultados de la investigación y los recursos aportados para el diagnóstico, la intervención y la aplicación de la tecnología.

Uno de los principales cuestionamientos que se le hace al modelo teórico *médico-rehabilitador* es el enfatizar los déficits o deficiencias del individuo y de esta manera imponerle una discapacidad.

³⁷ BOGDAN, Robert. "La sociología de la educación especial". En Morris, Richard y Batt, Burton (Eds.). *Educación especial. Investigación y tendencias*. Buenos Aires. Médica Panamericana, 1989. pp.277-291.

2. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) y la OMS-FIC.

Como ya se ha mencionado, al momento de clasificar o categorizar las deficiencias les permite a los estudiosos del tema enfocar los esfuerzos para la atención a las personas con discapacidad. Existe un interés de los Estados y de los organismos internacionales en conocer la cantidad y tipos de discapacidad más frecuentes que presenta la población; poniendo especial énfasis en la comprensión de las causas de la mortalidad, la incidencia y prevalencia de enfermedades y otros problemas de salud. Para ello el primer instrumento con que los profesionales de la salud pudieron establecer referentes estadísticos a partir de sus diagnósticos fue la denominada *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE)*.³⁸

A partir del surgimiento de la CIE, los gobiernos y los organismos internacionales tuvieron una base para obtener datos estadísticos que les permitieran dirigir sus esfuerzos a los diferentes grupos de personas con discapacidad. Para 1959 la Organización Mundial de la Salud (OMS) fue tomando como base la CIE y otras clasificaciones de índole social y económica; conformando la OMS-FIC que es un conjunto interrelacionado de clasificaciones denominado *Familia de Clasificaciones Internacionales de la OMS*, cuya primera formulación se presenta en 1989.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) es el organismo internacional que proporcionó mayor énfasis al reconocimiento pleno de las personas con discapacidad. Es así que la Asamblea General declara a 1981 como el *Año*

³⁸ Esta clasificación se actualiza cada diez años y actualmente se cuenta con la décima versión CIE-10. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. [En línea]. S. A. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=category&id=2641&layout=blog&Itemid=40395&lang=es.

*Internacional de las Personas con discapacidad*³⁹ y se formula el *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*; aprobándose el 3 de diciembre del año siguiente en la *resolución 37/52*.⁴⁰ Estas acciones logran consolidar una estrategia mundial enfocada a prevenir la discapacidad, rehabilitar a quien la padece y defender la igualdad de oportunidades; haciendo énfasis en la observancia de la discapacidad desde el ámbito de los Derechos Humanos. El enfoque principal es la plena participación e igualdad que es un derecho que les permite gozar junto con los demás ciudadanos de semejantes condiciones y oportunidades de vida. Con la creación del concepto de *Derechos Humanos* se fue teniendo otro tipo de visión basada en los modelos sociales. Se percibe a la persona con discapacidad interactuando con su ambiente; comenzando a verse actitudes diferentes ante dicha situación y creándose normas de accesibilidad para favorecer a estas minorías.

Los acercamientos que dieron la CIE y la OMS-FIC para entender el fenómeno de la discapacidad han sido muy importantes, no obstante, quedaron profundas limitaciones. En su momento ofrecieron un diagnóstico e información sobre mortalidad, pero no lograron abarcar todos los elementos esenciales del concepto de salud; por lo cual resultaron insuficientes para predecir las necesidades que, en términos de políticas, programas y servicios, deberían facilitar los Estados en sus prestaciones de salud. Las limitaciones en las clasificaciones obligaron a la OMS a buscar subsanarlas por medio de una nueva categorización, en la cual se recogieran los aspectos relacionados con las repercusiones de las enfermedades y el funcionamiento humano.

³⁹Organización de las Naciones Unidas. *Año Internacional de los Impedidos 1981*. [En línea]. S.A. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=529>.

⁴⁰Organización de las Naciones Unidas. *Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad*. [En línea]. S. A. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=500#1>.

3. Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-1).

La OMS inició los trabajos para tener una nueva clasificación en los años setenta y para el año de 1980 creó la *Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM-1); tal tipología introduce tres principales conceptos que la constituyen y son:

- 1) *Deficiencia*: toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- 2) *Discapacidad*: toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.
- 3) *Minusvalía*: una situación de desventaja para un individuo determinado que es consecuencia de una deficiencia o discapacidad, la cual limita o impide el desempeño de una actividad que es normal en su caso (en función de su edad, sexo, factores sociales y culturales).⁴¹

Estas tres categorías se muestran en el modelo teórico adoptado por la CIDDM que esquematiza de manera lineal a la discapacidad como una secuencia que va desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la discapacidad y la deficiencia (véase figura 1).

FIGURA 1. RELACIONES HACIA DENTRO DE LA CIDDM-1.⁴²



⁴¹ EGEA García, Carlos y Sarabia Sánchez, Alicia. *Clasificación de la OMS sobre discapacidad*. [En línea]. Murcia, Universidad de Murcia, 2001. p. 16. [Fecha de consulta: 20 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf.

⁴² *Ídem*.

Esta nueva clasificación permitió a los Estados establecer medidas legislativas y de actuación en el campo de la previsión de servicios para personas con discapacidad. De esta manera se aplicó la CIDDM-1 para analizar la atención médica prestada en el diagnóstico, tratamiento y evaluación de resultados. También se utilizó para evaluar la situación de los pacientes en los centros de rehabilitación, en las instituciones de convalecencia y en los establecimientos para personas de edad avanzada.

En los sectores relativos a la seguridad social, a la higiene de trabajo y al empleo la CIDDM-1 permitió o facilitó diversas actividades para la toma de decisiones sobre subsidios, orientación individual y la denominación de las discapacidades para la evaluación de las aptitudes para el empleo y el acceso a la asistencia institucional.

La CIDDM-1 fue utilizada durante 20 años en los que se pudieron ver varios avances, principalmente desde el conocimiento mismo de la discapacidad ya que se llevaron a cabo mediciones de la cantidad y tipo de deficiencias de las personas con discapacidad que crearon una serie de cambios legislativos y de carácter político-social en su beneficio.

Las investigaciones de la CIDDM-1 también significaron un gran avance desde el ámbito médico y la rehabilitación; no obstante, los cambios sociales en la última parte del siglo XX y el desarrollo de la conciencia de Derechos Humanos revelan las limitaciones de este enfoque teórico. Esto debido a que particularmente se centra en el individuo con discapacidad y no considera aquellos factores relacionados con su entorno social y cultural. Por ejemplo, una deficiencia como la dislexia no es considerada del mismo modo en un contexto rural como en el urbano. Para unos no representará un problema, mientras que para otros será una falta de habilidad lingüística o dificultad en el aprendizaje. Esta falta de

reconocimiento de las diferencias del entorno social puede crear en la comunidad barreras para la inclusión de la personas con discapacidad.⁴³

A partir de las necesidades de integrar aspectos de la esfera social, es que en 1993 la OMS inició el proceso de revisión de la CIDDM-1; solicitando el acopio de las observaciones realizadas por las agrupaciones de discapacitados y de todos los profesionales *ad hoc* relacionados. De esta manera fue posible integrar aspectos transculturales y de Derechos Humanos para dar un *enfoque interrelacional-liberal* que se discutirá a continuación.

Es necesario aclarar que este enfoque teórico no tiene un carácter necesariamente negativo u opresivo por estar orientado a contribuir en la mejora de las personas con alguna deficiencia o enfermedad mediante estudios médicos sobre rehabilitación física, desarrollo de mejores medicamentos, tratamientos, intervenciones quirúrgicas, entre otros. Lo que se critica es el utilizar el presente *enfoque médico-rehabilitador* (básicamente fundamentado en cuestiones individuales y biológicas) para la atención, investigación y explicación de factores sociales.

4. Enfoque interrelacional-liberal: Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM-2).

La mejor manifestación de este enfoque teórico lo puedo encontrar en el último intento de la OMS para redefinir a la discapacidad mediante la denominada *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*⁴⁴ que es el resultado de la evolución de los estudios realizados por parte de

⁴³BARNES, Colín. “Un chiste Malo: ¿Rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que es discapacitada?” En Brogna, Patricia. *Visiones y revisiones de la discapacidad*. Trad. de Mariano Sánchez Ventura. México, Fondo de Cultura Económica, 2009, pp. 101 – 122.

⁴⁴ En el año 2001 se presentó la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*, acordando adoptarla los 191 países miembros de la OMS en donde México forma parte, cuyas personas con discapacidad tienen los siguientes objetivos: “proporcionar una base

la OMS de la CIDMM-1 a la CIDDM-2; tomando a la discapacidad como un término que debe de cubrir tres dimensiones: el individual, el personal y el social.⁴⁵

Aquí se mantienen presentes elementos de la CIDDM-1 como la deficiencia,⁴⁶ pero agregando factores como la actividad desde un nivel personal; refiriéndose a las tareas o acciones que un individuo puede llevar a cabo. La participación vista como el grado en el que la persona se desempeña en situaciones específicas, en relación con las condiciones de salud, deficiencias en las estructuras y funciones corporales, actividades y factores contextuales (véase figura 2).

científica para la comprensión, el estudio de la salud y los estados relacionados con ella. Los resultados y los determinantes para establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con ella, así como mejorar la comunicación entre distintos usuarios; tales como los profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población en general; incluyendo a las personas con discapacidades. Permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios y en diferentes momentos a lo largo del tiempo para proporcionar un esquema de codificación sistematizado y ser aplicado en los sistemas de información sanitaria. En Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. [En línea]. España, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2001. p. 6. [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2012]. Disponible en:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.

Es así que más adelante, el 3 de diciembre del año 2010 es reconocido como el *Día Internacional de las Personas con Discapacidad* por parte de la OMS, con el lema: “mantener la promesa de incorporación de la discapacidad en los objetivos de desarrollo del milenio hacia 2015 y más allá”. Organización de las Naciones Unidas. *Día Internacional de las Personas con discapacidad*. 3 de diciembre de 2010. [En línea]. s.f. [Fecha de consulta: 24 de noviembre de 2012] Disponible en:

<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1542>.

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud. *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. [En línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999. [Fecha de consulta: 25 de noviembre de 2012], p. 10. Disponible en:

http://www.insor.gov.co/descargar/ciddm_deficiencia_minusvalias.pdf.

⁴⁶ Hace una distinción entre las funciones corporales (fisiológico, psicológico o visión) y las estructuras del cuerpo (piezas anatómicas, ojo y sistemas relacionados).

- Experimentar lo anterior en algún grado y en dirección contraria. Por ejemplo, padecer de atrofia muscular debido a una lesión o nervio que conecte al músculo o por un largo período de inactividad.⁴⁸

Dentro del análisis detallado de esta postura se encuentra que es resultado de la mezcla entre el enfoque teórico *médico-rehabilitador* con su visión individualista y el enfoque *radical-sociopolítico* (que se verá más adelante), el cual se presenta como una clasificación de carácter universal para el funcionamiento humano. Una de sus principales críticas es que se encuentra más encaminada a calificar el problema de la discapacidad desde una perspectiva estrictamente de salud.

Además de lo anterior, es de considerar que al existir una gran diversidad cultural en cuanto a la conceptualización, es difícil lograr la universalidad al cien por ciento, debido a la carga de un profundo pensamiento occidentalizado que tiene la CIF en sus definiciones.

La visión individualista que maneja la CIF es una referencia constante que marca este tipo de enfoque teórico ya que continúa percibiendo aisladamente al sujeto en clasificación, vinculándolo a circunstancias muy personales; en vez de hacerlo desde una perspectiva que incluya el aspecto social y político.

La vertiente liberal de esta orientación se concentra en la rehabilitación para crear más conciencia y herramientas útiles que vayan más encaminadas no sólo a cuidados iniciales de las personas que lo necesitan; se debe exigir a los gobiernos garantías para que se implementen políticas públicas más efectivas y que estén enfocadas a este tipo de grupos sociales.

Por lo tanto, es claro que los problemas que enfrentan las personas con discapacidad también son cuestiones de carácter político en donde se deben conseguir cambios profundos tanto estructurales como culturales; además de una

⁴⁸*Ibidem.* p. 23.

mayor redistribución de los recursos y evolución de una cultura más acorde a la realidad social actual, una que acepte y visualice la diversidad humana en vez de mancillarla.

5. Enfoque radical-sociopolítico: lo discapacitante de la “normalidad”.

El concepto de “*L’homme moyen*” acuñado por el experto francés en estadística Adolphe Quetelet afirma que ese “hombre medio” es: “un ser humano abstracto, constituía el promedio de todos los atributos humanos en un país dado [...] era una combinación de “*L’homme moyen physique*” y el “*L’homme moyen morale*” que es la integración combinada del promedio físico y del moral”.⁴⁹ Siguiendo este orden de ideas, el ser humano y la sociedad en general, están programados a buscar y perseguir aquello que imaginan “ideal”, deseable para un “modo de vida medio” en el que todo lo que se considera es “normal”. Esto me hace cuestionarme acerca de si la discapacidad es un “problema” o si nosotros como sociedad lo creamos para esas personas que lo experimentan. El concepto de “normalidad”, si lo atribuimos a un “cuerpo ideal” es lo que hemos establecido como “punto medio” que podemos ejemplificar con un dibujo de las proporciones del cuerpo humano, considerándolo como símbolo de la simetría perfecta y que Leonardo da Vinci muestra en su estudio *El hombre de Vitruvio* para tener en cuenta el interés por saber cómo se compone el “cuerpo perfecto”, es decir, “ideal” y que para todo aquello que no cumple con tales requisitos es calificado como “anormal”, “negativo”, “no apto” o como postulan las ideas del darwinismo: “enfermo”.

El modelo de Parsons menciona que desde el momento en que surge la enfermedad en la persona, quien puede presentar una multiplicidad de dolencias, deficiencias físicas y psicológicas se le categoriza como una condición

⁴⁹ DAVIS, Lennard J. *Enforcing normalcy: disability, deafness and the body*. Londres-New York, Verso, 1995. p. 26.

“indeseable”. Debe asumir su papel de “anormal”, requiriendo la ayuda de especialistas médicos para recuperar su estado de salud anterior. Todas estas ideas persisten debido a la enorme influencia del enfoque médico *tradicional-individualista* que previamente se ha analizado.⁵⁰

Por lo anterior, se puede advertir que la sociedad asigna un juicio de valor de carácter negativo, es decir, fomenta una serie de prejuicios en contra de las personas con discapacidad.

Según la postura sociologista, también genera una interpretación negativa de fondo que desemboca en la denominada *identidad discapacitante*. Así lo afirmó el activista Paul Hunt (1966) al aseverar que: “las personas con discapacidad son vistas como seres enfermos, que sufren, que sienten dolor, desventurados y desgraciados porque no pueden disfrutar de los bienes de la sociedad moderna, [...] inútiles, por no contribuir al bien de la comunidad, [...] en resumen, representan todo aquello que más teme el mundo “normal”: la tragedia, la pérdida, lo oscuro y lo desconocido”.⁵¹

En este sentido, se observa una influencia de las ideas de la *hegemonía cultural* ya que son los grupos sociales en el poder los que asignan valores para determinar lo que se debe de esperar y creer en la sociedad; siendo sus intereses los que rigen a través de normas de carácter universal. De acuerdo con Pastor Fayos:

El concepto de *normalidad*, lejos de describir un estado de cosas natural o predeterminado, representa un reconocimiento de los valores que han terminado por imponerse en una comunidad concreta en un momento dado. Por tanto, la formación de la

⁵⁰ PARSONS, Talcott. *The social system*. [En línea]. Londres, Routledge and Kegan Paul, 1951. [Fecha de consulta: 29 de Noviembre de 2012], p. 429. Disponible en: <https://archive.org/stream/socialsystem00pars#page/n3/mode/2up>.

⁵¹ HUNT, Paul. *Stigma: the experience of disability*. Londres, Geoffrey Chapman, 1966. p. 155.

normalidad es el resultado y la representación de un ejercicio de poder (Gaventa, 1980; Lukes, 1974; Grenson, 1971). Las normas sociales dominantes influyen en la forma en que actuamos con los individuos y con los grupos. Se recompensa la conformidad, en cambio, a quienes no consiguen cumplir las expectativas de la sociedad se les adscribe la calidad de desviados (Becker, 1963) y se les castiga normalmente con sanciones que se aplican mediante un proceso que Goffman (1964) llamó *estigmatización*.⁵²

Un ejemplo de dichas propuestas ideológicas lo encontramos claramente en la asociación binaria que cotidianamente utilizamos como: heterosexual/gay, hombre/mujer, negro/blanco, rico/pobre, etcétera.⁵³

6. *Union of Physically Impaired Against Segregation (UPIAS)*.

A partir de las críticas que realiza la *Union of Physically Impaired Against Segregation* (UPIAS), formado por grupos de personas con discapacidad (en la Gran Bretaña), se comienza a evidenciar que: “es la sociedad quien discapacita a las personas con alguna deficiencia física. La discapacidad es algo que se impone encima de la deficiencia mediante la forma en que se aísla y excluye innecesariamente de una participación cabal en la vida social. Por lo tanto, las personas con discapacidad integran un grupo social oprimido”.⁵⁴ Ante tales posturas, se separa la *deficiencia* de la noción de *discapacidad*, pues se entiende la primera como “la carencia de una parte de una extremidad o de toda ella, o la posesión de una extremidad, órgano o mecanismo corporal defectuoso”.⁵⁵ Por otro lado, la discapacidad es vista como: “las desventajas o las restricciones en

⁵² PASTOR Fayos, Ana. *Op. cit.* p. 41.

⁵³ DAVIS, Lennard J. *Op. cit.* p. 4.

⁵⁴ Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS). *Fundamental principles of disability*. [En línea]. Londres, 1976. [Fecha de consulta: 29 de Noviembre de 2012]. p. 3. Disponible en: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>.

⁵⁵ *Ibidem*. p. 14.

las actividades, causadas por una organización social contemporánea que no toma en cuenta, o lo hace de manera mínima, a las personas con alguna deficiencia física, excluyéndolas, por lo tanto, de la participación en las actividades sociales de la mayoría de la gente”.⁵⁶ Tomando en cuenta esta conceptualización sociopolítica de la discapacidad se puede apreciar que es la que deja más en claro la diferencia entre el problema desde un punto de vista físico y social. En conclusión el término *personas con discapacidad* refleja un sentido más *humanizado*.

La perspectiva anterior hace notorios otros factores dentro del concepto y su entorno entre los que se puede destacar las barreras culturales, económicas y políticas (o también denominadas *hándicaps*).⁵⁷ Por ejemplo, la imposibilidad de ver es una *deficiencia*, pero el impedimento de transitar de un lugar a otro de forma autónoma (por no existir los medios de transporte adecuados, accesibles, con ayudas técnicas apropiadas) es lo que se puede llamar una *discapacidad*.

La última distinción terminológica que se acaba de efectuar da cuenta de la experiencia limitante generada por una sociedad que no participa de la empatía por las personas con discapacidad. Para la UPIAS es trascendental acabar con ese *proceso de estigmatización* impuesto; por lo tanto, impulsa el empoderamiento como un conjunto de facultades que generen una alta autoestima y autoconfianza, acabando con el sentimiento de culpa y vergüenza al que se les ha confinado. Como resultado se puede pensar en cambios positivos que logren el desarrollo e integración de estas personas.

Es importante precisar que el presente modelo teórico multidisciplinario no es un antagonista del enfoque *médico-individualista*; sino todo lo contrario, lo trata de fortalecer ya que mantiene lo relativo a la deficiencia y sus consecuencias; así

⁵⁶ *Ídem*.

⁵⁷ SWAIN, John, *et al. Disabling barriers enabling environments*. Londres, The Open University, 1993. Consideran que las “hándicaps” son las actitudes, el lenguaje, la cultura, la organización y distribución de los servicios de asistencia e instituciones, junto con las relaciones y estructuras de poder que constituyen la sociedad.

como también las atenciones y cuidados médicos pertinentes, pero incluyendo el desentrañar los prejuicios e identidad discapacitante que culturalmente se ha impuesto a las personas con discapacidad, a fin de estar en condiciones de trascender a un cambio encaminado más a los Derechos Humanos.

7. Definición y marco teórico a adoptar de discapacidad.

Los enfoques teóricos presentados previamente han logrado grandes avances en la manera en que la sociedad en general y los profesionales involucrados conciben la discapacidad. Por supuesto que resulta difícil obtener una definición que englobe todos los consensos, ya que la discapacidad misma constituye una realidad compleja y multifacética inscrita en un contexto sociocultural específico en el que se desarrolla cada individuo. Por lo tanto, se puede sugerir que es casi imposible tener una definición transcultural de la misma porque existe una gran multiplicidad de características a considerar de una sociedad a otra y de una época a otra; lo que hace que dicho concepto y marco teórico vaya evolucionando con el tiempo.⁵⁸

Se puede afirmar que la discapacidad es única para cada individuo. Primero porque la enfermedad, desorden o lesión tiene sus propias particularidades en cada caso y, por otro lado, porque la condición de salud dependerá de una compleja combinación de factores externos e internos. Con tales condicionantes, es lógico que influyan en el contexto sociocultural en el que habita cada individuo (valores y entornos históricos con sus propias características), derivando en percepciones, prejuicios y actitudes hacia la misma discapacidad; pero que por su misma existencia como ser humano, conoce, tiene y exige su estricto cumplimiento en un contexto de integración y Derechos Humanos.

⁵⁸ USTUN, T. Bedirhan, *et al. Disability and culture: universalism and diversity*. Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001. pp. 324.

Por su parte, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*⁵⁹ explica esta temática como una: “cuestión que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con discapacidad y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad; en igualdad de condiciones con las demás.”⁶⁰ Lo expuesto anteriormente, no implica un concepto rígido, sino uno dinámico y flexible que al consentir que como todo conocimiento tenga la posibilidad de repensarse se enriquezca para evolucionar a lo largo del tiempo, tomando en cuenta los diversos entornos socioeconómicos de cada época.

Derivado de lo propuesto por la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, en México (durante el 2011) el Congreso de la Unión expide y publica la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*⁶¹ postulando que: “toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social pueda impedir su inclusión plena y efectiva, tratando de buscar mejores condiciones de igualdad con los demás”. Al respecto se considera que la definición anterior sobre la persona con discapacidad contiene elementos más completos. Sin embargo, sigue sin tener una visión que integre a los Derechos Humanos, para que así permita llegar a una conveniente sensibilización en la percepción social y gubernamental que, a su vez, genere la aplicación efectiva de adecuadas políticas públicas para satisfacer las necesidades de este sector.

⁵⁹ *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. [En línea]. Naciones Unidas, Estados Unidos, Nueva York, 2006. [Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tcccconv.pdf>.

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*. Diario Oficial de la Federación, México, 30 de mayo de 2011. [Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2012] Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=5191516&fecha=30/05/2011&cod_diario=237536.

Es indudable que todas las definiciones expuestas son relevantes en su contexto histórico y sociocultural, pero concluyo que para el presente trabajo de investigación adoptaré una conceptualización propia en la que se abarcará de manera amplia la coincidencia de los diferentes enfoques teóricos ya presentados; además de aportar lo que para mí es importante: la condición humana de las personas con discapacidad.

Por lo tanto, *la discapacidad es una condición humana de salud que tiene determinado individuo, derivado de una o varias enfermedades, desórdenes, deficiencias o lesiones, de carácter físico, mental, intelectual, sensorial o múltiple; de razón congénita o adquirida, temporal o permanente que dependiendo de las barreras que se le presenten (factores externos e internos), dificultan o facilitan su plena y efectiva inclusión social que por Derecho Humano posee en igualdad de condiciones a los demás, en determinado tiempo y espacio.*

IV. MARCO HISTÓRICO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

1. *La seguridad como esencia del hombre.*

Para hablar de *seguridad social* es necesario reconocer que el ser humano es en esencia un “ser social” (*ubi homo, ibi societas; ubi societas, ibi ius; ergo, ubi homo, ibi ius*)⁶² y de naturaleza incierta para convivir con sus semejantes y es su afán primario el procurarse su propia conservación.⁶³ De esta manera, Sierra Miguel

⁶²La traducción es la siguiente: “Si hay hombre, hay sociedad; si hay sociedad, hay Derecho; por tanto, si hay hombre, hay Derecho”. Consúltese, Andaluz, Horacio. *Positivismo normativo y Derecho Internacional*. La Paz, Bolivia. Plural, 2005.

⁶³ “El hombre siente la urgencia de saber a qué atenerse en relación con los demás; de saber cómo se comportarán ellos con él y qué es lo que él debe y puede hacer frente a ellos”. En Recaséns Siches, Luis. *Tratado general de filosofía del Derecho*. México, Porrúa. 1970, p. 221.

considera que el hombre está expuesto a cuatro tipos principales de inseguridad: de subsistencia, social, espiritual y metafísica.⁶⁴

A. Inseguridad de subsistencia y fin de la supervivencia.

Se define como aquella donde el hombre busca satisfacer sus necesidades básicas de alimento, vestido y techo de forma individual. Se vale esencialmente de sus capacidades físicas y de su trabajo para cubrir sus más elementales prioridades para sobrevivir. Durante este proceso puede quedar expuesto a factores que no le permitan a pesar de su esfuerzo alcanzar su supervivencia.⁶⁵

Como se puede ver el entorno puede colocar al hombre en condiciones que compliquen su subsistencia. Sin embargo, sus propias facultades racionales le permiten ser capaz de transformar su entorno, eliminando los obstáculos que se le presentan; buscando como principio básico el allegarse de aquellos recursos que le permitan preservar su vida.

B. Inseguridad social, necesidad de reglas y principios.

Citado por Miguel Sierra, Henry Summer Maine afirma lo siguiente: “en pequeñas comunidades (grupos de parientes, tribus, hordas, etcétera) las relaciones no se basan en reglas preconcebidas; sino de las necesidades y de los intereses sociales, conciencia que es la gran generatriz de las costumbres; en estas costumbres se hallan confundidas y entremezcladas las normas de derecho con las de la moral, las de la religión, las de higiene, etcétera”.⁶⁶ Por lo tanto, se reafirma que es a través de las relaciones y de los ideales para satisfacer aquellas

⁶⁴ SIERRA López, Miguel Alfonso. *Op. cit.* p. 3.

⁶⁵ *Ídem.*

⁶⁶ SIERRA López, Miguel Alfonso. *Inseguridad, seguridad jurídica y seguridad social.* Boletín de Información Jurídica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. III (15). 1975.

necesidades sociales que amenacen su subsistencia, hagan vulnerable su persona; así como su entorno social y bienes materiales por lo que resulta indispensable la implantación de reglas que ordenen conforme al “deber ser” la existencia humana.

C. *Inseguridad espiritual y creencias firmes.*

Por otro lado, Francisco Romero en su *Filosofía contemporánea* nos comenta: “el hombre necesita apoyarse en convicciones sólidas, afirmar sin restricciones, creer”.⁶⁷ Es así que en su necesidad de satisfacer su “inseguridad espiritual” se vale de todo el acervo de creencias que posee; aquellas forman los cimientos firmes sobre los que se asienta y condicionan esa elección constante en la que la vida se fundamenta. En este sentido, se puede afirmar que el hombre vive a expensas de sus creencias, pues cabe reconocer que tales concepciones constituyen nuestro entendimiento del mundo circundante.

D. *Inseguridad metafísica y “más allá del ser”.*

Por último, una inseguridad más que vive en el hombre es su afán por trascenderse a sí mismo y que se denomina como “inseguridad metafísica”. Conocedor de lo limitado y finito de su existencia Basave Fernández del Valle reflexiona: “trascender lo finito, lo tangible, lo deficiente, lo mudadizo; llegar a un ser último y perfecto que nos salve definitivamente de nuestra zozobra, que colme nuestro vacío”.⁶⁸ Queda manifiesto que es una necesidad constante en el hombre luchar contra las inseguridades antes descritas; únicamente a través del tiempo es que se ha sustentado en aspectos sociales, religiosos y políticos para encontrar

⁶⁷ ROMERO, Francisco. *Filosofía Contemporánea: estudios y notas*. 2ª ed. Buenos Aires, Losada. 1944. p.17.

⁶⁸ FERNÁNDEZ Del Valle, Agustín Basave. *Filosofía del hombre*. [En línea]. México, Espasa-Calpe mexicana, 1963. [Fecha de consulta: 3 de Diciembre de 2012]. p. 96. Disponible en: <http://www.biblioteca.org.ar/libros/89958.pdf>.

ciertas certezas (como se describirá más adelante) hasta llegar a una condición de *seguridad social institucional*.

2. *Enfoque restringido y seguridad social.*

Una vez descritas las diferentes condiciones de inseguridad que enfrenta el hombre, es pertinente tener una idea general de los elementos que me llevan a responder a las siguientes preguntas: ¿qué es la seguridad social?, ¿protección social o seguridad? Para ello buscaré a través de los acontecimientos históricos para finalmente concluir con una definición como marco teórico y su proceso de institucionalización a través del mundo y en nuestro país.

Cabe mencionar que el concepto sigue en debate debido a la existencia de diversos enfoques teóricos que van desde una postura restringida que sólo procura garantizar la supervivencia del hombre hasta una totalmente ampliada en la que se indaga sobre el Estado del bienestar social.

A. *Edad primitiva: el clasismo.*

Partiendo del momento en el que el hombre se vuelve sedentario y encuentra nuevos métodos para cubrir sus necesidades básicas a partir de actividades como la agricultura, la domesticación y el pastoreo es que se considera el nacimiento del concepto de *propiedad privada*. Del surgimiento de esa idea se establece el origen de las *clases sociales* en las que determinados grupos poseían los medios de producción, constituyéndose los estratos más acaudalados y, por otro lado, también se conformaron aquellos que sólo contaban con su fuerza de trabajo para sobrevivir. Los grupos que no disponían de los recursos suficientes para subsistir podían caer en una grave situación de indigencia.

B. La caridad en la edad antigua.

La *caridad* es el primer medio utilizado para ayudar a los pobres, era utilizada como mecanismo para mantener el orden social y en un sentido estrictamente religioso se convirtió en una virtud con la cual congraciarse con Dios.

En lo que se refiere a las culturas antiguas como Mesopotamia, Egipto e Israel se estableció un nuevo orden social dividido entre ricos y pobres en el que se pudo apreciar sus primeras manifestaciones. Las clases menos adineradas aumentaban en número y con ello la presión social forzó a los grupos gobernantes a establecer ciertas medidas para proteger a los más desfavorecidos.

Durante el siglo XVIII a. C. en Mesopotamia los *ensí* que eran propietarios de la tierra y de los medios de producción establecieron en el *Código de Hammurabi* algunas leyes que buscaban defender al pobre ante los poderosos.⁶⁹ En Egipto son las cuestiones religiosas el único camino por el cual se proporcionaba alguna asistencia bajo el principio de la rendición de cuentas ante la divinidad. Como lo muestra Enrique Dussel, al citar un pasaje tomado del *Libro de los Muertos* a partir de un juicio final en presencia del Dios Osiris en el que un hombre presenta su defensa: “No cometí inequidad contra los hombres (...) No empobrecí a un pobre en sus bienes (...) No hice padecer hambre (...) No añadí peso a la medida de la balanza (...) No robé con violencia (...) No robé pan (...) Satisfice al Dios cumpliendo lo que él deseaba. Di pan al hambriento, agua al sediento, vestí al que estaba desnudo y una barca al naufrago (...)”.⁷⁰

⁶⁹En el *Código de Hammurabi* encontramos principios como: “impedir que el fuerte oprimiera al débil”, “asegurar el bienestar de las gentes”, “hacer justicia al huérfano y a la viuda”. De igual manera el código establece salarios mínimos para los trabajadores, limita las tasas de interés y determina montos de renta de animales y jornadas de trabajo. Consúltese, *Código de Hammurabi*. [En línea]. s.l.i. Luarna., s.f. [Fecha de consulta: 5 de Diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.ataun.net/BIBLIOTECAGRATUITA/Clásicos%20en%20Español/Anónimo/Código%20de%20Hammurabi.pdf>.

⁷⁰DUSSEL, Enrique. *Ética de la liberación en la edad de la globalización y la exclusión*. [En línea] Madrid, Simancas, 1998. [Fecha de consulta: 5 de Diciembre de 2012] p. 26. Disponible en:

Israel que fue un pueblo monoteísta, con un gobierno teocrático y con un profundo sentimiento religioso era regido por la interpretación de la *Torá*, junto con diversos libros sagrados, nos muestran en la ley mosaica un gran número de mandatos protectores de los pobres y de los indigentes, tales como: “no oprimir al prójimo ni despojarlo, principalmente si es pobre e indigente; pagar al jornalero cada día su salario porque es pobre y lo necesita; y uno de los fundamentos de la ley judía: amarás a tu prójimo como a ti mismo”.⁷¹

Estas formas de estratificación social también se ubican en la sociedad griega, la cual estaba fraccionada en: ricos, aristócratas, nobles y en pobres, quienes eran principalmente campesinos. La gran desigualdad entre ellos desembocó en levantamientos y rebeliones que fueron violentamente sofocados. Con el fin de restablecer la paz social, la oligarquía encargó a legisladores como Dracón y Solón⁷² redactar códigos y legislaciones que buscaran cierto grado de justicia social.

Roma también padeció la misma desigualdad social en la que tuvo que enfrentar multiplicidad de rebeliones. La alternativa del imperio para subsanar la situación fue dar acceso al poder político a algunos de sus líderes sociales.⁷³ Otro aspecto importante de la época que se debe tomar en cuenta es la existencia de agrupaciones denominadas *colegios* y *sodalitia* que son conformaciones que reunían a personas del mismo oficio como: navegantes, panaderos, médicos,

http://enriquedussel.com/txt/Textos_Libros/50.Etica_de_la_liberacion.pdf.

⁷¹Podemos encontrar varios versículos como: “¿No consiste en que compartas tu pan con el hambriento y a los pobres errantes alojes en tu casa; en que cuando veas al desnudo, lo cubras y no te escondas del que es tu propia carne?” *Torá*. 58, 7.

⁷²Solón propuso abolir las hipotecas que gravaban las tierras, prohibir los préstamos que como garantía tenían la libertad de las personas y limitar la propiedad territorial; con ello se pretendía disminuir la gran diferencia social que para mí estudio le permitirían a los pobres tener mayores recursos para solventar sus necesidades básicas.

⁷³Entre estos líderes sociales se puede ubicar a Tiberio Graco que logró una ley agraria que daba acceso a la propiedad de la tierra a algunos plebeyos. Por su parte, Cayo Graco promovió la ley frumentaria que disponía la venta a los pobres de trigo a precio reducido por parte del gobierno. Consúltese, Imperivm. *La reforma de los hermanos Graco* .[En línea]. s.l.i., Imperivm, 2005. [Fecha de consulta: 6 de Diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.imperivm.org/Articulos/hermanos-graco.html>.

sastres o zapateros que se organizaban para atender y auxiliar a integrantes de la asociación que se encontraban en una precaria situación económica o con problemas de salud.

Finalmente, el cristianismo establece en uno de sus principales mandamientos: “el amor a Dios y al prójimo”. Este precepto motiva a procurar la ayuda a nuestros semejantes “para llegar a la gracia Dios”. El camino es la bondad humana que en diferentes textos se traducirá en caridad y asistencia a los pobres. Otro de los fundamentos de la fe cristiana son aquellos que se ocupan de los marginados y excluidos para Dios.⁷⁴

La caridad intenta preservar el orden social para que a partir de ciertas motivaciones religiosas se consume esa virtud que proporciona auxilio a los más necesitados. Sin embargo, aún bajo esta acepción no existen mecanismos institucionales, controles o censos que garanticen una regularidad en su aplicación.

C. La beneficencia en la edad media.

Durante el medioevo,⁷⁵ la organización sociopolítica y económica tenía su base en el feudalismo. Un sistema en el que el clero y la nobleza concedían fracciones de tierra (feudos) a barones. Bajo la protección de ellos, se encuentran en una categoría inferior a los vasallos (muchos de ellos campesinos), quienes juraban fidelidad a su señor. El agotamiento de esta estructura se debe a varios factores. Durante la época prevalecieron enfermedades como la tuberculosis y la lepra que

⁷⁴ Así se puede encontrar en el evangelio la frase: “Bienaventurados los pobres, porque vuestro es el Reino de Dios.” Mateo 5, 7. Por otro lado, Jesús hablando del juicio final nos dice: “Venid, benditos de mi Padre, tomad posesión del reino preparado para vosotros desde la creación del mundo. Porque tuve hambre, y me disteis de comer; tuve sed, y me disteis de beber; peregriné, y me acogisteis; estaba desnudo; y me vestisteis; enfermo y me visitasteis; preso, y venisteis a verme.” Mateo 25, 34 – 36. De esta manera los cristianos al ayudar al prójimo se congraciaban con Dios.

⁷⁵ Se puede situar históricamente al medioevo entre el año 476 con la caída del Imperio Romano de Occidente y el año 1453 de nuestra era con la caída del Imperio Romano de Oriente y la toma de Constantinopla por los turcos.

generaban estados de invalidez y discapacidad, pudiendo dejar a las personas en situación de indigencia debido a su precariedad para conseguir recursos económicos. Y en segundo lugar sus poblaciones intentarían romper las desigualdades buscando mejores condiciones de vida. Si bien no se puede hablar de la seguridad social en su enfoque actual; si se pueden identificar ciertas iniciativas en donde la Iglesia asume determinadas tareas en defensa y protección de los marginados. Por ejemplo, el utilizar sus recursos para proveer de asistencia: “Bienes de Dios o Bienes de los pobres”.

Una contribución posterior que hizo la Iglesia durante el medioevo es la generación de un censo de los menesterosos; esto no era más que una lista llamada “*Matrícula de los pobres*”. Los beneficiarios eran los incapacitados, impedidos o enfermos, las mujeres con falta de recursos (especialmente las viudas) y los desempleados. Los servicios que se les prestaban consistían en hospedaje, alimentación y vestido. Surgen también los hospitales monásticos en donde siguiendo el precepto cristiano albergaban al peregrino ya fueran pobres o extranjeros. Posteriormente, se encargarían de ayudar a huérfanos y ancianos.

Hacia finales del medioevo, tras la disminución del control de las tierras por parte de los señores feudales, la economía comienza su transición hacia un comercio más intensificado y va dejando su pasado exclusivamente rural. Se desarrollan las grandes urbes y comienza a expandirse el trabajo de los artesanos; además de convertirse en el centro de la actividad económica. Son ellos quienes crean asociaciones gremiales para proveerse de asistencia en caso de enfermedad, en caso de invalidez, vejez o muerte. Si bien sus recursos eran limitados intentaron cubrir ciertas necesidades que se pueden ver reflejadas en la seguridad social contemporánea.

En la edad media se pasa de los actos de caridad a la beneficencia, que a diferencia de la primera, no es un acto voluntario de los individuos sino un compromiso social más regulado institucionalmente, siendo promovido por la Iglesia y distintos gremios.

D. La asistencia social en la modernidad: los gremios y Monte Pío.

En la época moderna⁷⁶ la sociedad es cada vez más compleja. Junto con la Iglesia y la nobleza se ha de adicionar dos nuevos grupos sociales: la burguesía y la burocracia. El primero comienza a adquirir poder a través de su capacidad económica y la constitución propia de un Estado representativo, pasando de un gran número de pequeños reinos a la conformación de enormes territorios constituidos en naciones que concentran y centralizan un poder soberano. Con ello aparece la necesidad de un ejército permanente para la protección de los ciudadanos, junto con el surgimiento de una estructura burocrática capaz de supervisar las actividades administrativas del poder político; estableciéndose así un sistema de impuestos que permite abastecerse de recursos regularmente para llevar a cabo la función pública.

Por otro lado, hablando de la pobreza y del ámbito rural donde se tiene un creciente número de campesinos que son pequeños propietarios, dada su incapacidad de producir lo suficiente para su subsistencia comienzan a emigrar a los grandes centros urbanos para convertirse en jornaleros asalariados de los propietarios de los medios de producción. De igual manera se tiene la aparición de la sociedad industrial y el ámbito citadino que conlleva a la concentración poblacional, la cual derivará en la futura problemática de la explosión demográfica. A partir de estos referentes, los pocos recursos económicos que se obtengan de los bajos salarios no serán suficientes para cubrir las necesidades más básicas y, por lo tanto, sobrevendrán graves dificultades de pobreza.

La atención a los más necesitados durante esta etapa fue prestada tanto por la Iglesia como por las asociaciones de laicos a través de limosnas, hospitales y hospicios. En el siglo XV los franciscanos crean los *Montes Píos* de préstamos prendarios, constituidos con un fondo que era descontado de los sueldos de los

⁷⁶Comprendida entre 1453 d.C. con las invasiones árabes, la caída del Imperio Romano de Oriente, Constantinopla y el año 1789 d. C. con la Revolución francesa.

trabajadores y utilizado para el pago de pensiones en caso de enfermedad, vejez, viudez u orfandad. El creciente número de pobres rebasa la capacidad de la caridad de las instituciones eclesíásticas y de las asociaciones laicales, provocando periodos de gran tensión para preservar la paz y el orden público.⁷⁷

Es así que los poderes públicos se ven obligados a atender las necesidades más básicas a través de la asistencia social y mediante la municipalización de los hospitales como el *Hotel-Dieu de París* en 1505 y el *Angers* en 1548 a cargo de las autoridades de la ciudad. En Milán el *Hospital Mayor* daba atención a ancianos, niños en abandono y enfermos pobres. En París en 1530 es fundada la *Gran Oficina* que a partir de un impuesto conformó un fondo para la ayuda a los más menesterosos.⁷⁸

Durante los siglos XVI y XVII se consolidan los gremios en los que se establecen aportaciones pecuniarias individuales que son utilizadas para hacer frente a las carencias económicas de sus integrantes; constituyendo de ese modo las primeras asociaciones de carácter asistencial con base en la solidaridad para proteger a sus agremiados.

E. Institucionalización de la seguridad social.

Recapitulando el breve recorrido histórico que se ha efectuado hasta el siglo XVII aproximadamente, se ha pasado de la *caridad* a la *beneficencia* y de allí a la *asistencia social* prestada ya por las nacientes instituciones del Estado. Perfilando el *sentido restringido* de la *seguridad social* en el que si bien se inicia con las

⁷⁷AGUADO Díaz, Antonio León. *Op. cit.* p. 86.

⁷⁸En Inglaterra en el reinado de Enrique VIII se expiden diferentes leyes en beneficio de los pobres. En 1531 tenemos la ley que da autorización para mendigar, en 1536 la ley que establece una limosna voluntaria a través de las parroquias para la asistencia a los pobres, en 1552 se estipula una limosna obligatoria y para 1572 la ley fija una contribución general, creando así un impuesto dirigido a la asistencia a los pobres y nace en el Estado moderno la obligación de la asistencia pública y, posteriormente, es la normatividad de 1601 denominada *Ley de Pobres* inglesa que aglutina las leyes antes citadas.

funciones asistenciales, las cuales solamente se han enfocado en los aspectos básicos de subsistencia de las personas que cuentan con un trabajo formal; lo anterior se encuentra relacionado con lo que afirma Sánchez Castañeda:

El derecho de la seguridad social, al igual que el derecho del trabajo, es un derecho moderno. Su regulación y seguridad social aparece con el desarrollo de la actividad laboral en las fábricas. El trabajo y la seguridad social han interactuado desde la Revolución Industrial. La introducción del maquinismo modificó drásticamente las relaciones laborales. En un principio se negó la relación entre los riesgos de trabajo y la seguridad social, pero para la segunda parte del siglo XIX se reconocerían los derechos de los trabajadores derivados de una relación laboral, y hace menos de cien años, a principios del siglo XX, se reconocerían, en algunos países europeos, los derechos de los trabajadores relativos a la seguridad social. Destacan particularmente el modelo desarrollado en Alemania por Bismarck y el implementado en el Reino Unido a partir de las ideas de Beveridge.⁷⁹

En la época contemporánea⁸⁰ realmente se inicia la estructuración de un concepto pleno de *seguridad social*. Empieza así una época de grandes transformaciones sociales, con ilustres pensadores como Juan Jacobo Rousseau con su obra *El Contrato Social* y Montesquieu con *El Espíritu de la Leyes*, quienes establecen los principios filosóficos del liberalismo con los que se inspirará la formulación de la *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano* que fueron el pronunciamiento de la Independencia de los Estados Unidos en 1776 y la Revolución Francesa en 1789.

⁷⁹ SÁNCHEZ Castañeda, Alfredo. *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*. [En línea] México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2012. [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2012] p. 5. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=3120>.

⁸⁰ Considerando que inicia con la Revolución francesa y hasta nuestros días.

Estos movimientos inspirados en los principios de libertad e igualdad estimulan mi estudio. Algunos aspectos de la seguridad social como las cajas de pensiones y los seguros privados surgen en este periodo. Con el Estado empiezan a difundirse los servicios de asistencia como asilos, hospitales, manicomios y hospicios; se imponen medidas de higiene industrial, de prevención de accidentes, disminuyen las jornadas laborales, se prohíben las actividades de alto riesgo y se impide contratar a menores de edad.

En contraste, a mediados del siglo XIX, aparecen las doctrinas socialistas conformando un proyecto que plantea que el hombre debe satisfacer sus necesidades básicas por su simple existencia y no condicionadas a que el proceso económico lo permita. De esta forma se considera la desaparición de las clases sociales, la abolición de la propiedad privada, la revolución proletaria y la destrucción del Estado. Ante la difusión de este tipo de ideas, las instituciones gubernamentales comenzarán a responsabilizarse por garantizar cierto nivel de justicia social; organizando de manera colectiva la vida urbana e incentivando una mejor redistribución de los recursos públicos.

Estos movimientos socialistas también tenían un carácter político y cultural, pues presionaban a los Estados para encontrar mejores formas de asistir a las clases trabajadoras que cada vez se encontraban en condiciones más precarias. Se puede vislumbrar el nacimiento de la seguridad social a finales del siglo XIX y principios del XX. Como se ha mencionado, la visión principal de la seguridad social ha sido para los empleados formales, es decir, aquellas personas que mantenían una relación laboral continua. Ellos estaban expuestos a diferentes riesgos laborales y enfermedades que limitaban su capacidad para trabajar. Uno de los primeros mecanismos de apoyo fue el *seguro social*. Inicialmente eran los patrones los obligados a proteger a sus empleados a través de seguros privados, persiguiendo el principio de cuidar y salvaguardar su fuerza de trabajo.

F. Alemania y el modelo de Bismarck.

Durante las últimas décadas del siglo XIX europeo aumentó la presión social de los grupos organizados, principalmente de trabajadores que obligaban a sus gobiernos a buscar mejores medios de control social. En 1881 Alemania formuló legislaciones que facilitaban la protección laboral contra enfermedades, accidentes, invalidez y carencias durante la vejez, las cuales son mejor conocidas como las “Leyes de Bismarck”.⁸¹ Esa normatividad se fue aprobando poco a poco desde un seguro de enfermedad en 1883,⁸² uno de accidentes laborales en 1884,⁸³ uno de invalidez y vejez en 1889,⁸⁴ los cuales dieron origen a lo que hoy se conoce como el esquema de “*Seguridad Social de Reparto*”. Los recursos para cubrir estas prestaciones se conformaban mediante los fondos de los trabajadores y empleadores a quienes se procuraba la seguridad social. Y aunque al inicio de su creación fue especialmente para cierto tipo de trabajadores, con el paso del tiempo y la experiencia legislativa su cobertura se fue ampliando a un mayor número de empleados.

A la par de la evolución de los seguros sociales en las primeras décadas del siglo XX se fueron agregando derechos a los trabajadores, por ejemplo: la protección en caso de muerte y maternidad. Estas facilidades se volvieron de carácter

⁸¹ Otto Von Bismarck propuso una iniciativa de ley conocida como *Carta Magna* o *Acta Constitutiva del seguro social* alemán. Dicha iniciativa influenció a Guillermo I de Alemania para expedir el 17 de noviembre de 1881 un decreto imperial para crear los seguros sociales para los trabajadores. Es así que Bismarck pronunció su reconocido mensaje diciendo: “Que del trabajador importa no solamente su presente, sino también y acaso más aún su futuro; y que era así, porque en el presente le salva su esfuerzo, en tanto que el futuro es lo imprevisto y desconocido; por ello debe asegurarse”.

⁸² Conocida como la *Ley sobre el Seguro de Enfermedad* o su traducción al alemán, *Krankenversicherungsgesetz* ha trascendido en su esencia funcional hasta la legislación alemana actual. Consúltese, Sánchez Castañeda, Alfredo. *Op. cit.*, p. 6.

⁸³ *Ibidem*. Reconocido dentro de la llamada *Unfallversicherungsgesetz-UVG*, donde se establecía que el patrón debía cotizar de forma obligatoria a las cajas con el fin de cubrir en el supuesto que así fuere, la invalidez permanente de algún trabajador a razón de algún accidente laboral. Por tal motivo, se tenían como autorizadas inspecciones en los centros de trabajo para prevenir algún tipo de accidente derivado de los riesgos de la actividad laboral.

⁸⁴ *Ibidem*. Dentro de la *Gesetz betreffend die Invalidität und Altersversicherung-IAVG* se contempló el primer sistema de jubilación con carácter de obligatorio para aquellos trabajadores que no percibieran un ingreso superior a los dos mil marcos anuales. La edad para poderse pensionar era de setenta años.

obligatorio y cubrían su costo con aportaciones (cotizaciones) realizadas por el patrón, el trabajador y en algunos casos el Estado; lo que se puede denominar como una relación bilateral de carácter proporcional. En consecuencia, también se otorgó protección a la familia de los empleados.

Cabe señalar que el seguro social, aún con sus prestaciones, en ese momento no vislumbraba y dejaba sin protección a todos aquellos trabajadores independientes, quienes efectuaban una labor no remunerada; vistos desde una perspectiva demográfica representaban a la mayoría de la población. Sin embargo, lo más relevante del modelo de Bismarck es la obligación de corresponsabilidad entre los empleados y los patrones para el pago conjunto de la seguridad social. Una de las primeras manifestaciones por la preocupación del bienestar de los trabajadores.

3. Enfoque amplio: la protección social.

Una forma común para presionar a la clase gobernante es la organización de movimientos sociales. De este modo el Estado se ve forzado a intervenir para proporcionar beneficios similares a los alcanzados por la clase trabajadora para también facilitarlos a la población en general; esto con la finalidad de preservar el orden establecido, dando paso así a un sistema de seguridad social. A partir de estos referentes, el Estado toma nuevamente el papel de asignar el ingreso obtenido por los impuestos para establecer los programas de ayuda necesarios para atender a los grupos en condiciones más vulnerables, particularmente a las clases que disponen de menos recursos.

Por su parte, en Estados Unidos de América se padecía una profunda crisis económica a la que se le llamó "*La Gran Depresión*". El presidente Franklin Delano Roosevelt, quien estuvo en el poder de 1933 a 1945, comenzó a utilizar recursos públicos para solventar la profunda crisis que había ocasionado que millones de personas cayeran en la miseria y en el desempleo.

En 1935, en el contexto del *New Deal* se promulga la *Social Security Act (Ley de Seguridad Social)* que otorgaba subsidios a los desempleados y apoyo económico a viudas, ancianos e indigentes; además de un seguro para la vejez y en caso de muerte. Es así que los bienes públicos del sistema gubernamental comienzan a considerar a la población en general y no sólo a los trabajadores formales; esto con el fin de proporcionar un Estado de bienestar a las familias americanas.⁸⁵

A. Inglaterra y el modelo de William Beveridge.

En Inglaterra el economista Sir William Beveridge presenta el *Social Insurance and Allied Services Report* en 1942. Dicho informe considera que el Estado es el principal garante de los beneficios sociales dentro del ámbito de acción de la esfera pública; además de tener como objetivo salvaguardar el bienestar de la ciudadanía inglesa mediante un sistema administrativo eficaz que proporcione cobertura a toda la población. Estos beneficios son suministrados a través de la obtención de fondos derivados de los pagos de impuestos que se establecen en la interrelación asegurados-patrones-gobierno para posteriormente ser redistribuidos por el Estado con un carácter contributivo. El informe además de considerar medidas de prevención y rehabilitación también plantea una política de salud y de pleno empleo.

Un punto importante que es necesario mencionar sobre este modelo es la influencia que tuvo tanto internacional como en varias legislaciones nacionales; así lo hace ver Sánchez-Castañeda porque menciona una serie de aspectos novedosos que le proporcionaban nuevas características a la seguridad social y a la protección social:

⁸⁵SCHWARTZ Girón, Pedro. *La Gran Depresión (1929-1940)*. [En línea]. s.l.i. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas de España, 2009. [Fecha de consulta: 10 de Diciembre de 2012] p. 463. Disponible en: <http://www.racmyp.es/R/racmyp/docs/anales/A86/A86-25.pdf>.

1. Se otorga el principio de solidaridad para ciertas prestaciones que se distribuyen sin mediar una cotización.
2. El principio de universalidad se aplica para ciertas eventualidades, procurando así una protección social para el conjunto de la población.
3. El seguro social y la asistencia son utilizados simultáneamente y de manera coordinada.
4. Existe una sola entidad administrativa.
5. La existencia de solamente una entidad que contribuye a la simplificación de la administración y a la disminución del costo en el manejo de la misma.⁸⁶

Lo anterior demuestra que la equidad y la intervención estatal son los ejes del *Plan Beveridge*, teniendo como principal objetivo brindar mayor igualdad económica y social con la redistribución del ingreso para todos los ciudadanos; considerándose de esta manera a la seguridad social como un derecho inherente a la condición humana y al principio de universalidad.

En este mismo sentido, en América Latina se celebra en 1942 la *Primer Conferencia Interamericana de Seguridad Social*, donde una de sus principales declaraciones es:

La sociedad debe encontrar en el esfuerzo solidario de todas las naciones y de todos los hombres, una nueva inspiración para abolir la miseria y garantizar la conquista digna y suficiente de los medios de vida; que el objetivo económico no basta por sí solo para consolidar una abierta y generosa cooperación si no se identifica con un orden social justo, en que se distribuyen equitativamente los rendimientos de la producción; y, que cada país debe crear, mantener y acrecentar el valor intelectual, moral y físico de sus

⁸⁶SÁNCHEZ Castañeda, Alfredo, *Op. cit.* p. 14.

generaciones activas, preparar el camino de las generaciones venideras y sostener a las generaciones eliminadas de la vida productiva.⁸⁷

Como se puede observar en el último siglo la seguridad social ha tenido una gran evolución. Asumiendo un lugar predominante en la agenda internacional como parte de los derechos sociales de los ciudadanos con un enfoque significativo hacia un Estado de bienestar en donde las instituciones gubernamentales sean las principales rectoras de dichas iniciativas. Es en esta dirección que además de la protección de salud se promueve y se amplía la propuesta de servicios imperando mejores oportunidades para el acceso al trabajo, educación, cultura, esparcimiento como medios que permitan al individuo un pleno bienestar.

Uno de los organismos internacionales que perfila una de las definiciones más utilizadas de seguridad social es la *Organización Internacional del Trabajo (OIT)* que la define como:

Aquellas medidas que representen un beneficio, ya sea en efectivo o en especie para garantizar la protección, entre otras cosas de: falta de ingresos relacionados con el trabajo (o ingresos insuficientes) causadas por enfermedad, invalidez, maternidad, accidentes de trabajo, desempleo, vejez o muerte de un miembro de la familia; falta de acceso (asequible) a la asistencia sanitaria; apoyo familiar insuficiente, sobre todo para los niños y adultos a cargo; la pobreza general y la exclusión social. La seguridad social tiene dos principios funcionales a saber como "la seguridad de ingresos" y

⁸⁷ *Seguridad social: una visión latinoamericana*. [En línea]. s.l.i., s.e., s.f. [Fecha de consulta: 11 de Diciembre de 2012] p. 40. Disponible en: <http://www.3p4.com/files/seguridadsocial.pdf>.

"disponibilidad de atención médica," reflejados en la *Declaración de Filadelfia* de 1944.⁸⁸

Como se puede apreciar dicha definición comprende la esencia de los modelos vistos con anterioridad; además de generalidades básicas en cuanto a la protección o servicios que ofrece este campo. Sin embargo, es imprescindible considerar y explorar otras nociones que permitan ampliar el espectro del bienestar social. En un sentido restringido Miguel Sierra considera a la seguridad social como: "un sistema que mediante la acción societaria protege al hombre en lo individual y en lo familiar dentro de su inevitable inserción social de las contingencias que, por impedirle la obtención de los recursos imprescindibles para su existencia a través del trabajo, lo colocan en franco riesgo de no poder sobrevivir; dándole así satisfacción a su necesidad de seguridad en este aspecto".⁸⁹ En relación con esto se puede decir que esta opinión restringe el concepto a una acción de supervivencia dejando de lado otros factores importantes a tomar en cuenta.

Por otro lado, López Valencia tiene su propia conceptualización con respecto a lo que entiende por seguridad social:

Se confunde con seguridad económica y abarca disposiciones sobre regulación de salarios, fijación de precios, reglamentación de las condiciones de trabajo, la previsión social, la educación, la protección de la familia, la consecución de un nivel decoroso y asegurado de vida y, en algunos proyectos, alcanza al bienestar, es decir, a la participación de los trabajadores en el disfrute de las ventajas que hoy están al alcance de las clases acomodadas.⁹⁰

⁸⁸ Internacional Labour Organization (ILO). *World Social Protection Report 2014/15. Building economic recovery inclusive development and social justice*. Geneva, ILO. 2014, p. 163.

⁸⁹ SIERRA López, Miguel. *Op. cit.* p. 1.

⁹⁰ LÓPEZ Valencia, Federico. *Jalones de una reforma social*. Madrid, Escuela Social de Madrid. 1946, p. 107.

La definición anterior posiciona a la seguridad social en un contexto *económico*, ya que la caracteriza por ofrecer el bienestar social a través de las herramientas derivadas de ella, por ejemplo: el seguro social, la vivienda, la educación, el trabajo, entre otras, que de forma conjunta y general justifican su existencia en la redistribución de la riqueza para garantizar un equilibrio económico, solidaridad social y una perspectiva sociológica.

Por su parte, Alberto Briceño Ruiz comenta respecto al origen de las necesidades sociales: “la variedad de actividades que desempeñamos tiene como denominador común la búsqueda de la seguridad cuando no se han adquirido aún los medios necesarios de supervivencia o cuando se han perdido; así como el incremento de esa seguridad, una vez alcanzados los satisfactores indispensables”.⁹¹ Lo anterior reitera que solamente por medio de las inquietudes sociales se generarán las acciones como medidas protectoras para el bienestar individual y colectivo.

En cuanto al sentido normativo Moctezuma Barragán comenta que: “un reto constante y ciertamente complejo del Derecho es sin duda su capacidad para mantenerse lo más cercano posible a las exigencias de los tiempos; por ello, las normas que derivan de sus distintas ramas deben ser disposiciones susceptibles de adaptarse a la dinámica y a la evolución misma de las materias que procura regular. De lo contrario, están condenadas al rezago y a la inoperancia”.⁹²

Al día de hoy, la seguridad social (entendida como una materia autónoma adscrita al Derecho Social) es tan amplia como el Derecho mismo. Su importancia radica en la prerrogativa del acceso a los medios necesarios para tener condiciones a una vida digna en el que todos los ciudadanos y habitantes de nuestro país tengan por el simple hecho de residir un conjunto de derechos y prestaciones siendo tanto nacionales como extranjeros.

⁹¹BRICEÑO Ruiz, Alberto. *Derecho de la seguridad social*. s.l.i., Oxford University Press. 2010, pp. 407.

⁹²MOCTEZUMA Barragán, Javier. *Pautas introductorias a la seguridad social y a sus regímenes normativos. Ponencia magistral*. Segundo Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social, 1990. Montevideo, Uruguay.

De acuerdo a Miguel Cordini la seguridad social es: “el conjunto de principios y normas que, en función de solidaridad regula los sistemas e instituciones destinados a conferir una protección jurídicamente garantizada en los casos de necesidad bioeconómica determinados por contingencias sociales”.⁹³ Esta propuesta presenta un enfoque equitativo por distinguir desde los estudios la influencia del comportamiento económico y de condicionantes biológicas, pues hay que recordar que la satisfacción de necesidades posee en su mayoría caracteres fisiológicos; tomando a los individuos más como consumidores que maximizan su utilidad a través de los servicios públicos.

Jarach Dino expresa que: “la seguridad social es el conjunto de medidas que tienden a asegurar un mínimo de rédito a todo hombre cuando la interrupción o pérdida de su capacidad de trabajo le impidan conseguirlo con sus propios medios”.⁹⁴ En este caso difiero con el autor ya que presenta una definición muy limitada que excluye a las personas con discapacidad, las cuales en algunos casos no tienen acceso al mundo laboral.

Por su parte, Francisco José Martone opina lo siguiente respecto a la seguridad social:

Es sinónimo de bienestar, de salud, de ocupación adecuada y segura; de amparo contra todos los infortunios y previsión. Es lucha contra la miseria y la desocupación. En fin, es la elevación de la personalidad humana en todo su complejo psicofísico, amparando a todos los riesgos fundamentales; pérdida de salud, pérdida de capacidad de trabajo (enfermedad, vejez, accidente), pérdida del salario (paro forzoso, invalidez); procurando proteger la integridad físico-orgánica de

⁹³ CORDINI, Miguel Ángel. *Derecho de la seguridad social*. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires. 1966, p. 9.

⁹⁴ DINO, Jarach. *Problemas económico-financieros de la seguridad social*. Buenos Aires, De palma. 1944, p. 196.

los hombres, conservándola o recuperándola, cuando se ha perdido; manteniendo en lo posible la capacidad de ganancia.⁹⁵

Citado por Miguel Sierra, la postura de Arthur J. Altmeyer estima que la seguridad social: “representa el deseo universal de todos los seres humanos por una vida mejor, comprendiendo la liberación de la miseria, la salud, la educación, las condiciones decorosas de vida y, principalmente, el trabajo adecuado y seguro”.⁹⁶

Esta definición se centra en un sentido amplio en la realización de los ideales humanos, aquellos que le permitan su total bienestar.

Es así que se pueden entonces encontrar diferentes enfoques teóricos. Desde una visión que busca asistir al hombre que cae en una situación en la que no puede satisfacer sus necesidades básicas hasta una perspectiva que afirma la existencia de un proceso de prosperidad que confiere al Estado la misión de mejorar el nivel de vida de la totalidad de la población.

En conclusión, la seguridad social es una visión que busca proteger a la colectividad de cualquier adversidad que se pueda presentar, permitiendo que se lleven a cabo sus objetivos en lo individual.

4. *La seguridad social en México.*

En México se observó una protección social de carácter *asistencialista* en el periodo de la colonia, pero realmente se le dio auge a la seguridad social moderna durante la Revolución Mexicana; teniendo su antecedente en el artículo 5° de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* de 1917, donde se asentaron los derechos a la libertad de trabajo a la par con una retribución justa

⁹⁵MARTONE, Francisco José. *Seguro social obligatorio*. Buenos Aires, s.e. 1951, p. 17.

⁹⁶SIERRA López, Miguel, *Op. cit.* p. 21.

por el desempeño del mismo y el artículo 123° fracción XXIX de nuestra *Carta Magna*, la cual a la letra decía: "se considera de utilidad social el establecimiento de cajas de seguros populares de invalidez, de vida, de cesación involuntaria del trabajo y de otras con fines análogos para lo cual el gobierno federal, como el de cada estado, deberán fomentar la organización de instituciones de esta índole para difundir e inculcar la previsión popular".

En 1925 se expide la *Ley General de Pensiones Civiles y de Retiro* que daba protección a los trabajadores del Estado. Este fue un antecedente de lo que se constituiría más adelante como el *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (ISSSTE); esta ley buscaba principalmente que las pensiones fueran obligatorias y que tuvieran como fondo las aportaciones de los trabajadores y de las instancias gubernamentales. Posteriormente, en 1926 se publica una ley similar para la protección del Ejército y la Armada.

Es entre 1941 y 1942 bajo el mandato del presidente Manuel Ávila Camacho que se elabora la *Ley del Seguro Social*, en la cual el principal ordenamiento era la creación del *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS). Dicha institución debería tener un carácter descentralizado con patrimonio y personalidad jurídica propia, la cual proporcionaría protección a los trabajadores en caso de enfermedad, accidentes laborales, vejez, invalidez, maternidad, muerte y cesantía por edad avanzada. Esta nueva normatividad fue presentada el 10 de diciembre de 1942 y fue aprobada por unanimidad en el Congreso de la Unión el día 29 del mismo mes y año. Su publicación en el *Diario Oficial* se cumplió el 19 de enero de 1943. Su artículo 2° dice:

La seguridad social tiene por finalidad garantizar el derecho a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios para el bienestar individual y colectivo, así como el otorgamiento de una pensión que,

en su caso y previo cumplimiento de los requisitos legales, será garantizada por el Estado.

La *Ley del Seguro Social* fue modificada en 1973 incorporándose a su normatividad los trabajadores sin relación laboral con un patrón; como es el caso de los comuneros, empresas familiares, ejidatarios y trabajadores independientes.

Para 1960 se promulga la ley que crea el ISSSTE que toma como base la *Dirección General de Pensiones Civiles y de Retiro*. Esta nueva institución además de prestar servicios de salud promueve asistencia social y económica para los trabajadores del Estado y sus familias con un enfoque claro hacia el bienestar.

En 1976 se expide la *Ley del Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas* (ISSFAM). Además de los organismos creados principalmente para la seguridad social, es durante la década de los setenta que se crean instituciones que buscan generar un Estado de bienestar para las clases con menos recursos como el *Instituto del Fondo Nacional de la Vivienda para los Trabajadores* (INFONAVIT), el *Fondo para la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (FOVISSSTE); ambos en 1972 y el *Fondo de Fomento y Garantía para el Consumo de los Trabajadores* (FONACOT) en 1974.

Es durante el siglo XX a partir de la Constitución de 1917 que México establece un marco legal para encaminarse a un Estado de bienestar con diferentes leyes y reformas que establecen, formalizan y adicionan aspectos como la igualdad, la libertad, el trabajo, entre otros derechos de seguridad social, plasmados en el artículo 123° constitucional que describe los avances hasta el momento alcanzados.

En las últimas décadas del siglo XX y principios del XXI, la evolución de las condiciones y expectativas de vida de la población cambió el perfil y la prioridad de

atención de las contingencias y riesgos que debe cubrir la seguridad social. Tanto a nivel internacional como en México, una de las tendencias es que los grupos de personas con discapacidad vayan incrementando y presionando para que se implementen políticas públicas que replanteen prioridades y esfuerzos. De esta forma, el Estado mexicano responde de manera regulatoria con una determinada normatividad específica para atender las contingencias asociadas a esa fase de la vida de los ciudadanos con la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*.

5. Definición y marco teórico de la protección y seguridad social para las personas con discapacidad.

Una vez revisados los diferentes enfoques teórico-conceptuales de seguridad social y explicar los diversos modos en que buscan subsanar las problemáticas coyunturales que aquejan a las naciones actuales; estoy en condiciones de adoptar una serie de referentes teórico-conceptuales para la temática que me ocupa en esta investigación. Por supuesto, no hay que perder de vista el enfoque de la discapacidad que precisé previamente y su acceso a la seguridad social, principalmente al ámbito de la salud.

Como se describió en párrafos anteriores, el ser humano puede presentar diferentes tipos de discapacidades. Cada una de ellas restringe de alguna manera su acceso a la actividad laboral como medio de subsistencia regular. En un esquema de protección y seguridad social más ampliado, las personas con discapacidad tendrían que acceder por lo menos a los servicios básicos que garanticen un sostenimiento económico; así como el derecho a recibir, por parte del Estado, diversos servicios como: salud, educación, cultura, capacitación integral, etcétera. Todo ello con el objetivo de desarrollar sus destrezas habilidades y aptitudes que les permitan acceder a un empleo digno y bien

remunerado; adecuado para su condición, logrando de esa manera su independencia, autoestima e integración social.

En esta construcción sistemática, el Estado también debe de tomar en cuenta los diferentes niveles de discapacidad ya que para algunas personas esto les impide entrar formalmente al ámbito laboral; por lo cual, se tendría que pensar en implementar apoyos económicos para el individuo que tiene alguna discapacidad y sus familiares de los que depende para que no quede fuera de la inclusión social.

Como se puede apreciar propongo adoptar un enfoque teórico de protección y seguridad social en el sentido más amplio en el que se puedan ofrecer los parámetros de análisis idóneos para conocer a fondo la problemática de las personas con alguna discapacidad y bajo el aporte de la teoría política e histórica del Estado de bienestar definir el contexto de acción para la probable implementación de un proyecto de política pública sustentado en un trabajo de investigación que utiliza ordenadamente una gestión estratégica que inicia desde los elementos teórico-conceptuales más fundamentales hasta la aplicación de herramientas de análisis para comprobar la viabilidad de mi proyecto (con esa intención metodológica se encuentra estructurada y constituida esta investigación). También se debe resaltar que al tratar la temática de las personas con discapacidad se busca su inclusión en todas las actividades en las que se puedan desarrollar de manera óptima, “incluyendo, en particular, la protección proporcionada entre los miembros de la familia o miembros de una comunidad; pero también medidas dirigidas a los más pobres, los más vulnerables o miembros excluidos de la sociedad”.⁹⁷

Este primer capítulo proporciona un recorrido histórico sobre el concepto de discapacidad desde los tiempos más primitivos y antiguos, pasando por sus diversas formas de concebirlo, la aparición de las primeras manifestaciones del asistencialismo hasta la consolidación de su proceso de institucionalización. De

⁹⁷ ILO. *Op. cit.* p. 162.

este prolífico marco histórico defino mi propuesta teórica sobre las personas con discapacidad basada en tres ejes fundamentales: 1) el enfoque *médico-rehabilitador* (que se concentra en el aspecto físico, biológico e individual); 2) la visión *interrelacional-liberal* (que se dedica al análisis de los factores personales y de participación); y 3) la postura *radical-sociopolítica* (que se enfoca en el estudio de la inclusión social y de su contribución en la esfera de la acción pública). Al definir la construcción teórica que utilizaré, viene el uso de las distintas clasificaciones de los organismos internacionales que he abordado para conceptualizar con precisión el tema de las personas con discapacidad.

Finalmente, en la segunda parte de este capítulo planteo un breve recorrido histórico de las categorías de protección y seguridad social que abarca las distintas conceptualizaciones que ha tenido desde la caridad, la beneficencia, el surgimiento de los primeros gremios hasta su cabal proceso de institucionalización a partir de la consolidación de la teoría política del Estado de bienestar y su posterior aplicación en diversas naciones del mundo. Uno de esos países es México, en donde abordé los principales referentes normativos con respecto al tema de la protección y de la seguridad social. A partir de estos parámetros de análisis construí mi *enfoque teórico amplio acerca de la seguridad social*; teniendo como base el tema de los Derechos Humanos que nos permite identificar diversas formas de discriminación (como lo hemos visto a lo largo de la historia) contra las personas con discapacidad y que la propuesta microsociológica del *interaccionismo simbólico* de Goffman nos muestra con claridad a partir de lo que denomina como estigmatización.

Con este desarrollo metodológico que previamente he definido y sabiendo las herramientas conceptuales, teóricas e históricas que voy a utilizar en la investigación, el siguiente paso de mi gestión estratégica es el estudio pormenorizado del marco normativo, el cual abordaré en el siguiente capítulo.

**CAPÍTULO II:
MARCO NORMATIVO.**

“El sistema de gobierno más perfecto, es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor su suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad económica.”

Simón Bolívar, *Congreso de la Angostura*.

I. INTRODUCCIÓN.

Los orígenes del desarrollo de la legislación aplicable a la defensa de los derechos de las personas con discapacidad los encontramos en sus necesidades, percepciones sociales y obstáculos por los que han pasado a lo largo de su vida. El resultado ha sido la creación de un cuerpo normativo que de *jure* los reconoce y tiene la obligación de proporcionarles, desde una perspectiva de Derechos Humanos, mejores condiciones en su situación económica, política, social, cultural, de salud y la búsqueda de solidaridad por parte de las instituciones gubernamentales. Es imprescindible analizar al Estado mexicano de una forma enunciativa más no limitativa para conocer y comprender el Derecho a la protección social de las personas con discapacidad.

Desde una visión apegada a la tradición iusnaturalista (donde el Derecho emana de la esencia del hombre; siendo la suma de sus facultades y prerrogativas inherentes a él), puedo partir de la premisa que el origen de los Derechos Humanos no reside en una ley positiva, sino en la naturaleza superior y primaria

propia del ser humano: su existencia.⁹⁸ Sin embargo, independientemente de su carácter universal e inherencia a la condición humana y el no depender del reconocimiento manifiesto de un Estado, resulta indispensable su positivización para garantizarlos.

Partiendo del principio *lex fundamentalis*⁹⁹ en el que la positivización del Derecho a la protección social que las personas con discapacidad tienen a su disposición (pues se encuentra por encima de cualquier ordenamiento normativo mexicano), tienen la obligación de acatar a lo establecido en los tratados internacionales de los que nuestro país forma parte.

En su caso, la superioridad de la Carta Magna referente al resto de nuestro marco normativo mexicano,¹⁰⁰ se encuentra explícitamente reconocida en sus artículos 1° y 133° que se deben mostrar en conformidad con los tratados que suscriba el representante del Ejecutivo Federal con aprobación del Senado;¹⁰¹ recordando que es parte del sistema jurídico nacional y de la “[...] Ley Suprema de toda la Unión”.¹⁰² Esto dependiendo de que estén alineados material y formalmente con la misma Constitución. Lo anterior se aprecia en las siguientes resoluciones de la Suprema Corte de Justicia de la Nación (SCJN):

DERECHOS HUMANOS CONTENIDOS EN LA CONSTITUCIÓN Y
EN LOS TRATADOS INTERNACIONALES. CONSTITUYEN EL
PARÁMETRO DE CONTROL DE REGULARIDAD

⁹⁸ “Existen derechos fundamentales que el hombre posee por el hecho de ser hombre, por su propia naturaleza y dignidad; derechos que le son inherentes y que lejos de nacer de una concesión de la sociedad política, han de ser por ésta consagrados y garantizados”. Consúltese, Truyol Serra, Antonio. *Los Derechos Humanos*. Madrid, Tecnos. 1982, p. 11.

⁹⁹ Máxima en donde la *Constitución* o *Carta Magna* se encuentra por encima de las demás normas del ordenamiento jurídico.

¹⁰⁰ Los artículos 94°, 105° y 107° hacen referencia a la interpretación y definición que le da nuestro tribunal a las normas constitucionales y a las creadas por ella a través de su jurisprudencia, referente al artículo 135° de las reformas constitucionales. Véase, *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. [En línea]. Diario Oficial de la Federación, México, D.F. 5 de febrero de 1917. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>.

¹⁰¹ *Ibidem*. Artículo 76°, fracción 1ª.

¹⁰² *Ibidem*. Artículo 133°.

CONSTITUCIONAL, PERO CUANDO EN LA CONSTITUCIÓN HAYA UNA RESTRICCIÓN EXPRESA AL EJERCICIO DE AQUÉLLOS, SE DEBE ESTAR A LO QUE ESTABLECE EL TEXTO CONSTITUCIONAL.

El primer párrafo del artículo 1° constitucional reconoce un conjunto de Derechos Humanos cuyas fuentes son la Constitución y los tratados internacionales de los cuales el Estado mexicano sea parte. De la interpretación literal, sistemática y originalista del contenido de las reformas constitucionales de seis y diez de junio de dos mil once, se desprende que las normas de Derechos Humanos, independientemente de su fuente, no se relacionan en términos jerárquicos, entendiendo que, derivado de la parte final del primer párrafo del citado artículo 1°, cuando en la Constitución haya una restricción expresa al ejercicio de los Derechos Humanos, se deberá estar a lo que indica la norma constitucional, ya que el principio que le brinda supremacía comporta el encumbramiento de la Constitución como norma fundamental del orden jurídico mexicano, lo que a su vez implica que el resto de las normas jurídicas deben ser acordes con la misma, tanto en un sentido formal como material, circunstancia que no ha cambiado; lo que sí ha evolucionado a raíz de las reformas constitucionales en comento es la configuración del conjunto de normas jurídicas respecto de las cuales puede predicarse dicha supremacía en el orden jurídico mexicano. Esta transformación se explica por la ampliación del catálogo de Derechos Humanos previsto dentro de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, el cual evidentemente puede calificarse como parte del conjunto normativo que goza de esta supremacía constitucional. En este sentido, los Derechos Humanos, en su conjunto, constituyen el parámetro de control de regularidad

constitucional, conforme al cual debe analizarse la validez de las normas y actos que forman parte del orden jurídico mexicano.¹⁰³

TRATADOS INTERNACIONALES. CUANDO LOS CONFLICTOS SE SUSCITEN EN RELACIÓN CON DERECHOS HUMANOS, DEBEN UBICARSE A NIVEL DE LA CONSTITUCIÓN.

Los tratados o convenciones suscritos por el Estado mexicano relativos a Derechos Humanos, deben ubicarse a nivel de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, porque dichos instrumentos internacionales se conciben como una extensión de lo previsto en esa Ley Fundamental respecto a los Derechos Humanos, en tanto que constituyen la razón y el objeto de las instituciones. Por lo que los principios que conforman el derecho subjetivo público, deben adecuarse a las diversas finalidades de los medios de defensa que prevé la propia Constitución y de acuerdo con su artículo 133° las autoridades mexicanas deben respetarlos, por lo que bajo ninguna circunstancia pueden ser ignorados por ellos al actuar de acuerdo a su ámbito competencial.¹⁰⁴

En este sentido, una vez que la norma internacional es validada para ser reconocida y pertenecer a nuestro cuerpo normativo interno; posee las suficientes disposiciones jurídicas para estar en aptitud de servir como un control de regularidad, al fungir como norma constitucional,¹⁰⁵ para los Derechos Humanos¹⁰⁶ y de tesis jurisprudencial.¹⁰⁷

¹⁰³ Tesis: *P./J. 20/2014*. Semanario Judicial de la Federación. Décima Época. L. 5. Abril de 2014, p. 202. Disponible en: <http://tinyurl.com/h4wrmdz>.

¹⁰⁴ Tesis: *XI.1o.A.T.45 K*. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. T. XXXI. Mayo de 2010, p. 2079. Disponible en: <http://tinyurl.com/z9wv8u5>.

¹⁰⁵ Por ejemplo, artículo 4° derecho a la salud.

¹⁰⁶ Por ejemplo, artículo 25° de la *Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad*.

¹⁰⁷ Tesis: *1a. LXV/2008*. Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta. Novena Época. T. XXVIII. Julio de 2008, p. 457. Disponible en: <http://tinyurl.com/jezh82n>.

Aplicando el principio de *Supremacía Constitucional*¹⁰⁸ y las respectivas reformas en la misma materia, se encuentra la fundamentación de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad conformándose como parte del proceso de cambio interno para fortalecer y crear condiciones óptimas que generen la sólida cimentación de políticas públicas acordes a los objetivos y compromisos internacionales.

El Decreto por el que se modifica la denominación del *Capítulo I del Título Primero* y reforma diversos artículos de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*, sustenta de forma implícita esta hipótesis de fundamento jurídico, al mencionar en su primer y quinto párrafo del artículo 1° que:

*En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los Derechos Humanos reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece [...] queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.*¹⁰⁹

¹⁰⁸ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Op. cit.* Artículo 133°: “Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados. Artículo reformado DOF 18-01-1934.”

¹⁰⁹ Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México, 10 de junio de 2011. Disponible en:

Al respecto, es notorio el avance de tal precepto sobre su antecesor, mismo que únicamente mencionaba: “En los Estados Unidos Mexicanos, todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.” La premisa de la visión de Derechos Humanos, antes mencionada, se sostiene con dicha reforma constitucional de 2011 (que empata claramente con el modelo *radical social-político* de la discapacidad analizado en el capítulo anterior) y favorece a las fuentes jurídicas de garantía de los Derechos Humanos, reconocidos y protegidos en nuestra Constitución del mismo modo que lo hacen los tratados internacionales que cumplen los elementos de nuestro marco normativo.

De igual forma las autoridades mexicanas de los tres órdenes de gobierno están obligadas a respetar, dar a conocer, proteger y garantizar los Derechos Humanos, en conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad¹¹⁰ y progresividad;¹¹¹ de modo que estos elementos normativos son aplicables a la legislación de las personas con discapacidad por la misma heterogeneidad característica del grupo *ad hoc* en su realidad de vida, sus múltiples diferencias,¹¹² en el logro del ejercicio pleno de sus derechos, mismos que se fortalecen unos con los otros sin diferenciación alguna en importancia, debiendo ser de forma continua y mejorada. Concordando con la idea de Daniel Vázquez:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011.

¹¹⁰ VÁZQUEZ, Luis Daniel, *et al.* “Los Principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. Apuntes para su aplicación práctica”. [En línea]. En Carbonell, Miguel, *et al.* (coord.). *La reforma Constitucional de Derechos Humanos: un nuevo paradigma*. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas. [Fecha de consulta: 15 Enero 2013] pág. 137. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3033/7.pdf>.

¹¹¹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. *Op. cit.* Párrafo tercero del Artículo 1º.

¹¹² FERRAJOLI, Luigi. “El principio de igualdad y la diferencia de género”. [En línea]. En Cruz Parceró, Juan y Vázquez, Rodolfo (coords.), *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*. México, Fontamara-SCJN, 2010. [Fecha de consulta: 20 Enero 2013] pp. 13 y 14. Disponible en: http://www.equidad.scjn.gob.mx/biblioteca_virtual/GeneroDerechoYJusticia/02.pdf.

*Un hecho elemental a reconocer es que hoy los Derechos Humanos son una promesa para buena parte de las personas; sin embargo, no hay que cometer el error de confundir la eficacia con la existencia del derecho. El derecho puede existir, pero ser ineficaz. Ni la existencia ni la universalidad de los Derechos Humanos dependen de su efectividad, sino que proviene del reconocimiento del sujeto de derechos como persona que debe ser valorada como fin en sí mismo, como ente capaz de autodeterminarse, como identidad con dignidad.*¹¹³

Dicho de otro modo, la efectiva positivización de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad debe de cumplir los principios rectores de los derechos fundamentales; así como salvaguardar sus prerrogativas esenciales para el cabal desenvolvimiento de su personalidad en la sociedad de la cual son parte y frente al poder público que los protege y tiene la obligación de extinguir las barreras que los limitan.

Sin embargo, a consideración del autor este razonamiento ha sido superado porque no sólo deben reconocerse los Derechos Humanos que tienen las personas en general y su proceso de positivización, sino también la garantía de acceder al respeto de dichos derechos y poder ejercerlos plenamente; sin importar los factores personales, la orientación sexual, la raza, las creencias, la condición socioeconómica, etcétera. De otra manera, de nada sirve el que se tenga reconocida la plena existencia de bienes atribuidos a la persona en virtud de su misma naturaleza; inclusive mediante la positivización de tal reconocimiento a través de normas jurídicas (siempre mediando el principio *civilis ratio civilia quide miura corrumpere potest, naturalia vero non potest*),¹¹⁴ sino que existen los medios para acceder a ellos y a ejercerlos plenamente. En este sentido, es

¹¹³ VÁZQUEZ, Luis Daniel. *Op. cit.* p. 147.

¹¹⁴ Todo derecho positivo que sea contrario al derecho natural no da vida a un verdadero derecho, dando como resultado una carencia de validez. Consúltese, Hervada Xiberta, Javier. *Introducción crítica al derecho natural*. 6ª ed. Pamplona, Eunsa. 1990, p. 113.

pertinente resaltar el siguiente pronunciamiento de la *Corte Interamericana de Derechos Humanos*, adecuándolo al sentido que me atañe:

*[...] No basta con la existencia formal de los recursos, sino que éstos deben ser efectivos, es decir, deben ser capaces de producir resultados o respuestas a las violaciones de derechos contemplados en la Convención Americana sobre Derechos Humanos. La existencia de esta garantía constituye uno de los pilares básicos, no sólo de la Convención Americana, sino del propio Estado de Derecho en una sociedad democrática [...].*¹¹⁵

Al momento en que se logra lo anterior, se materializa el reconocimiento por los ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales de las exigencias de la dignidad, la libertad y la igualdad humanas.¹¹⁶ El bienestar común, mismo que forma parte de la protección social, supone que el poder público debe hacer todo lo necesario para que, de manera lógica, ordenada, fundamentada y paulatina, sean superadas la desigualdad, la pobreza y la discriminación¹¹⁷ dentro de la sociedad en general y como regulación universal. Sin embargo, haciendo mayor énfasis en ciertos grupos e individuos, quienes son en su mayoría los que más la padecen, en especial las personas con discapacidad. Por ejemplo, el derecho a la salud es una obligación que tiene que cubrir el Estado y no tiene excusa el no proporcionarlo por falta de recursos; además se tiene que llevar a cabo un seguimiento sistemático para armonizar la legislación con lo establecido en la Convención. Se puede apreciar que en los diferentes marcos normativos se encuentra muy reforzada una visión *médico-rehabilitadora* en vez de una perspectiva más apegada a los Derechos Humanos.

¹¹⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). *Sentencia de caso Ximenes Lopes vs Brasil*. [En línea]. 4 de Julio de 2006. [Fecha de consulta: 2 Febrero 2013] párrafo 192, p. 71. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/Articulos/Seriec_149_esp.pdf.

¹¹⁶ GARCÍA Gómez, Alberto. *La clonación a la luz de los derechos humanos*. Anuario de derechos humanos. Madrid, España, Universidad Complutense, Facultad de Derecho, Instituto de Derechos Humanos. IX (6), 2005, pp. 306 y 307.

¹¹⁷ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). *¿Qué son los derechos humanos?* [En línea]. 2010-2015. Disponible en: http://www.cndh.org.mx/Que_Son_Derechos_Humanos.

Así las cosas, es también clara la necesidad de reconocer las diferencias que existen entre los individuos (con discapacidad o sin ella) que componen a nuestro país; esto con el fin de lograr el objetivo de la protección social y conceder prerrogativas específicas para aquellas personas que tienen alguna discapacidad; de tal manera que se logre igualar el acceso del ejercicio a sus derechos como los poseen los individuos que no presentan ninguna discapacidad.

II. MARCO NORMATIVO INTERNACIONAL.

A nivel mundial,¹¹⁸ conforme a lo estipulado por el Derecho Internacional y al principio del *Pacta sunt servanda*¹¹⁹ se han redactado un sinnúmero de instrumentos internacionales¹²⁰ que son conocidos como *corpus juris*,¹²¹ los cuales establecen el derecho a la protección social que tiene todo ser humano (personas con o sin discapacidad). En tal orden de ideas, las políticas públicas (en este caso, las de carácter social) deben ser diseñadas e implementadas desde una perspectiva a favor de los ciudadanos. De tal modo que las personas con discapacidad puedan ejercer y gozar, sin discriminación alguna, de sus Derechos Humanos y libertades

¹¹⁸ *La Carta de las Naciones Unidas* (1945); la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* (1948); el *Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos* (1966); el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1966); *Normas Uniformes sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas* (1993); la *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad* (1999); el *Programa de Acción para el Decenio de las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad* (2006-2012) y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* (primer tratado sobre Derechos Humanos del siglo XXI que entra en vigor a nivel mundial en 2008).

¹¹⁹ Principio básico de Derecho civil que significa: "lo pactado obliga".

¹²⁰ Declaraciones internacionales, pactos, tratados, convenciones internacionales, etcétera.

¹²¹ "La expresión '*corpus juris de los Derechos Humanos*' es un aporte de la Corte Interamericana a la doctrina internacional. En su *Opinión Consultiva OC-16/1999*, la Corte manifestó que '*el corpus juris*' del Derecho Internacional de los Derechos Humanos está formado por un conjunto de instrumentos internacionales de contenido y efectos jurídicos variados (tratados, convenios, resoluciones y declaraciones)". Consúltese, O'Donnell, Daniel. *Derecho internacional de los Derechos Humanos: normativa, jurisprudencia y doctrina de los sistemas universal e interamericano*. [En línea]. Bogotá, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004. [Fecha de consulta: 20 Febrero 2013] p. 57. Disponible en: <http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/ODonnell%20parte1.pdf>.

fundamentales en igualdad de condiciones con otros individuos en la sociedad. En síntesis, que las instituciones gubernamentales deben tener los suficientes recursos infraestructurales para incentivar políticas públicas que permitan a las personas con discapacidad adquirir su plena ciudadanía y formar parte activa de su medio social. Los diferentes marcos normativos tienen que fomentar la autonomía de las personas con discapacidad.

Derivado de lo que se asevera, hay que resaltar la relevancia de ciertas temáticas como lo que la Organización Mundial de la Salud sostiene a este respecto:

*[...] Es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. La salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados.*¹²²

Para complementar la definición anterior, es pertinente hacer referencia a la siguiente frase: “la angustia de lo perdido impulsa a restituirlo”.¹²³ Es decir, no estamos conscientes de la salud hasta que nos vemos carentes de ella. Desde esta perspectiva, se puede señalar que el estado de enfermedad, junto con sus diversas concepciones que han existido a lo largo de la historia,¹²⁴ han hecho que

¹²² Preámbulo de la Constitución de la OMS adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada en esa misma fecha por los representantes de 61 Estados, entrando en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26a, la 29a, la 39a y la 51a Asambleas Mundiales de la Salud (*resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23*) que entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994, el 15 de septiembre de 2005, suplemento de la 45ª edición, octubre de 2006.

¹²³ SIERRA, María Laura y Plasencia, Germán. *Repetición y trasgresión. Pulsaciones: en escritos de la red*. México, De la Noche, 2004.

¹²⁴ En la antigüedad es casi nulo el conocimiento relativo a los procesos naturales por los que pasaba el cuerpo humano, dando como resultado que la ausencia de salud era imputada a

el ser humano entienda el significado y valor de la salud, sea consciente de su importancia como algo vital para su existencia. Por ejemplo, en nuestro país hay una carencia de servicios de salud sexual y reproductiva; en tales circunstancias el Estado tiene que garantizar el suministro de esos servicios de forma accesible y segura para todos los ciudadanos, en particular para las mujeres con discapacidad tanto en las zonas urbanas como rurales donde la falta de recursos es más evidente.

1. *Declaración Universal de los Derechos Humanos.*

El derecho a la salud encuentra su nacimiento en la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, como parte de las *garantías de equidad* que adquieren las personas y su familia para disfrutar un nivel de vida digno, asegurándoles la salud, el bienestar “[...] y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, y los servicios sociales necesarios [...]”.¹²⁵ Tales derechos fijan el

“fuerzas sobrenaturales” o consecuencia de un “castigo por actos inmorales”. Tal pensamiento mágico-religioso sobre la salud fue superado por la indagación filosófica desde el momento en que en el hombre nació el interés por comprender su cuerpo. Con los estudios de médicos como Hipócrates (quien es considerado “el padre de la medicina”) Erasístrato y Herófilo se constituyeron como los fundadores de la Escuela de Alejandría de Medicina y por medio de ellos se logró entender que “las causas de la enfermedad son internas y también debidas a condiciones externas tales como el clima, la dieta, la actividad y la higiene.” Consúltese, Ortiz Quesada, Federico. *Historia del pensamiento médico*. México, McGraw Hill, 2002. p. 261.

Con el surgimiento del cristianismo se retoma el pensamiento mágico-religioso y al enfatizar la noción de salud-enfermedad, se genera un retroceso en la medicina y por consecuencia en las prácticas médicas aplicadas a personas con discapacidad mental. Véase, Barquín Calderón, Manuel. *Historia de la medicina: su problemática actual*. México, McGraw Hill, 1994.

Con el humanismo del Renacimiento se cambia una vez más la visión de la salud, dando énfasis a los avances médicos pero con implicaciones en un retroceso social. Conservándose la desigualdad existente entre clases, debido a que los ricos eran atendidos por médicos que estudiaron en universidades; mientras que los pobres quedaban a la suerte de curanderos. Enfermedades contagiosas como la peste obligaron al Estado a tomar decisiones de salud pública, estableciendo mediante leyes de carácter caritativo tratar de contribuir a generar relaciones sociales de salud más igualitarias. Entendiendo así que existía una clara relación entre el hambre, la pobreza, las condiciones laborales insalubres e injustas para la propagación de la enfermedad. Una brecha de transición que dejaba ver a la salud como una forma privativa individualizada y que se convirtió en una perspectiva socialmente más generalizada (con fines utilitarios) para garantizar un interés público por parte del Estado y así permitir la supervivencia de la fuerza de trabajo.

¹²⁵ *Declaración de los Derechos Humanos*. [En línea]. Naciones Unidas, 1948. [Fecha de consulta: 11 Febrero 2013] Artículo 25. Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

precedente para que sea desarrollado con mayor detenimiento en posteriores documentos internacionales, sin llegar a ser claro en cuanto a lo que debiera entenderse por salud.

2. *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial.*

La *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial*¹²⁶ establece la obligación de los Estados miembros de prohibir y eliminar todo tipo de discriminación en sus más variadas formas; así como garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley y a los derechos económicos, sociales y culturales (aquellos relacionados con el lugar de trabajo, la seguridad social, la vida en familia, la participación en la vida cultural, el acceso a la vivienda, la alimentación, el agua y la educación),¹²⁷ entre los que se incluye la salud.¹²⁸

Sin embargo, se puede observar que el derecho es muy amplio y subjetivo; por lo que coincidiendo con las interrogantes que hacen los Estados miembros e investigadores, cabe preguntarse ¿cuál es el nivel o parámetro de vida adecuado?, o como bien lo menciona Luis Vázquez:

¿Cuál es esa base mínima? [...] el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha ahondado en esta área; por ejemplo, respecto del derecho a la alimentación adecuada ha sostenido que su

¹²⁶ Adoptada, abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General de la ONU en su *resolución 2106 A (XX)* del 21 de diciembre de 1965; entrando en vigor el 4 de enero de 1969 y en conformidad con su artículo 19.

¹²⁷ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. [En línea]. Folleto Informativo No. 33. Ginebra, Naciones Unidas, s.l.i. [Fecha de consulta: 13 Febrero 2013] pág. 3. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS33_sp.pdf.

¹²⁸ *Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial*. [En línea]. Naciones Unidas, 1965. [Fecha de consulta: 20 Marzo 2013] Artículo 5, inciso e, numeral iv. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>.

contenido mínimo esencial comprende la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, sin sustancias nocivas, y aceptables para un cultura determinada, y la accesibilidad de esos alimentos en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros Derechos Humanos. Estas obligaciones mínimas existen con independencia de los recursos con que cuenten los países. Sin embargo, los Principios de Limburgo y las directrices de Maastricht establecen que dado que la escasez de recursos no libera a los Estados de sus obligaciones mínimas, en caso de no poder cumplirlas a cabalidad deben demostrar que han realizado todo esfuerzo a su alcance para utilizar la totalidad de los recursos que están a su disposición en pos de satisfacer, con carácter prioritario, esas obligaciones mínimas.¹²⁹

De modo tal, que enfocado dicho razonamiento a la temática de la investigación, se puede deducir que el contenido mínimo esencial de la *salud* comprende la *disponibilidad de servicios médicos, medicamentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad, las cuales deben ser las mínimas aceptables para un cultura determinada. La accesibilidad de dichos servicios en formas que sean sostenibles y que no dificulten el goce de otros Derechos Humanos; siempre dentro de los recursos con los que cuente el Estado mexicano.*

3. *Convenio 169 y la Organización Internacional del Trabajo.*

Dando continuidad a los planteamientos anteriores y como un ejemplo muy característico, se puede encontrar la citada obligación gubernamental en el texto del *Convenio 169* de la *Organización Internacional del Trabajo* que contiene el

¹²⁹ VÁZQUEZ, Luis Daniel. *et al. Op. cit.* p. 160.

derecho de los pueblos indígenas y tribales a tener acceso a los servicios de salud de una forma directa por parte de las instituciones gubernamentales; o bien indirecta, al proporcionarles los recursos que les permitan organizarse para distribuirlos bajo su propia responsabilidad; tomando en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas, medicamentos tradicionales,¹³⁰ etcétera; proporcionando una importante valoración a otros factores que deben de estar presentes en el otorgamiento a tales derechos. Al no ser iguales las necesidades de una persona con múltiples discapacidades que vive en la zona más alejada de la Sierra Tarahumara a un individuo que también tiene ciertos padecimientos físicos, pero que reside en la Ciudad de México. Sin embargo, debe quedar claro que todos los ciudadanos tienen el mismo derecho a la salud.

4. *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias.*

Para el caso de los extranjeros, la *Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias*¹³¹ es la encargada de vigilar que los foráneos reciban cualquier tipo de atención médica urgente conforme a la legalidad; esto con el fin de preservar la vida o evitar algún daño irreparable a su salud, independientemente de su situación migratoria.¹³² Aquellos que ya cumplieron con todos los requisitos migratorios establecidos por el Estado parte, adquieren el acceso a todos los servicios de salud en igualdad de condiciones que los nacionales.¹³³

¹³⁰ *Convenio No. 169 sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes.* [En línea]. 2ª ed. Lima, Organización Internacional del Trabajo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2007. [Fecha de consulta: 20 Marzo 2013] p. 42. Disponible en: http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf.

¹³¹ *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.* [En línea]. Naciones Unidas. Nueva York, 1990. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>.

¹³² *Ibidem.* Artículo 28.

¹³³ *Ibidem.* Artículo 45.

5. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*

El *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*¹³⁴ establece el reconocimiento al derecho a la salud bajo un estándar más amplio, al mencionar que los Estados partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; así como proporciona una contribución que hasta este momento no se había establecido: la adopción de medidas (a título de ejemplo) que garanticen su plena efectividad. Cada uno de estos ajustes tiene como propósito primordial reducir los índices de mortalidad infantil, ayudando para el sano desarrollo de la niñez. Además de colaborar para mejorar la higiene en el ámbito laboral y cuidar el medio ambiente. En este contexto también se busca incentivar los medios de prevención, atención y lucha contra las enfermedades epidémicas. De igual forma se requiere crear condiciones que aseguren la asistencia médica para el cuidado de ciertos padecimientos.¹³⁵

Las medidas antes mencionadas y al ser analizadas con todo detenimiento, abren un panorama significativo para las personas con discapacidad debido a que no sólo existe la obligación del Estado por mejorar la salud infantil y materna (desde un punto de vista preventivo), sino también en forma genérica trata de evitar alguna discapacidad durante la etapa del embarazo, exigiendo desde una perspectiva curativa y de rehabilitación, a que las personas con cierto tipo de discapacidad se les apoye, oriente, informe y proporcione determinados servicios de salud sexual, genésico y todo lo relacionado con la planificación familiar para brindar un tratamiento eficiente que sea acorde con los padecimientos, afecciones, lesiones o malestares que pudieran presentar los pacientes. De hecho, existe la obligación de contar con lugares laborales o sociales que estén libres de

¹³⁴ Adoptado, abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General de la ONU en su *resolución 2200 A (XXI)* del 16 de diciembre de 1966. Entró en vigor el 3 de enero de 1976 en conformidad con su artículo 27.

¹³⁵ *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. [En línea]. Naciones Unidas, 1966. [Fecha de consulta: 20 Marzo 2013] Artículo 12. Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

sustancias químicas nocivas que afecten directa o indirectamente la salud de las personas.

6. *Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.*

Los instrumentos jurídicos vistos hasta este momento cuentan con un común denominador: enfatizan el carácter universal y la importancia del derecho a la salud, así como la necesidad de garantizarla con equidad y sin discriminación; procurando no entorpecerlo con el disfrute de otros derechos. ¿Qué significa esto?, en la *Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* de la ONU encuentro una estructura clara y concisa de elementos clave para tomar en cuenta. De primera instancia se señala que:

La salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás Derechos Humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente. La efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios, como la formulación de políticas, la aplicación de los programas elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos [...] el concepto del más alto nivel posible de salud, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12º ,¹³⁶ tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado [...] Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de

¹³⁶ *Ibidem.*

facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de vida digna.¹³⁷

De modo tal que debe entenderse el hecho de garantizar la salud a la población en general, independientemente de que padezca o no una discapacidad. No sólo es un derecho a estar sano o la protección de la vida, sino también el lograr que sea plenamente satisfactoria y decente. Ante tal perspectiva, debe ser considerado como un derecho inclusivo que comprenda factores como el acceso al agua potable, condiciones sanitarias apropiadas, vivienda adecuada, alimentación nutritiva, acceso a la educación, un entorno laboral agradable, un medio ambiente sano y la posibilidad de informarse sobre todas las cuestiones relativas a la salud. Al mismo tiempo, es imprescindible que pueda disfrutar de los demás Derechos Humanos inherentes a su persona. Por ejemplo, el derecho a la dignidad humana, a la igualdad, a la libertad de asociación, a la no discriminación, a no ser sometido a torturas, a la vida privada y a un trabajo bien remunerado.¹³⁸ Debido a que también toda persona tiene el derecho de decidir sobre su salud y su cuerpo, incluyendo su libertad sexual para estar exenta de situaciones que le hagan algún daño o actividades no consensuadas.¹³⁹ Al tratar de solventar dichas inquietudes se debe comprender:

Factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana y hace ese derecho extensivo a los factores determinantes básicos de la salud; como la alimentación y la nutrición, la vivienda, el acceso al agua potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones de trabajo seguras y un medio ambiente sano.¹⁴⁰

¹³⁷ Aplicación del *Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Observación general 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. 22º período de sesiones, 2000, Naciones Unidas. *Doc. E/C.12/2000/4*. 2000. Artículo 12º. Párrafo noveno. [Fecha de consulta: 15 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

¹³⁸ *Ibidem*, Párrafo tercero.

¹³⁹ *Ibidem*, Párrafo octavo.

¹⁴⁰ *Ibidem*, Párrafo cuarto.

Por lo tanto, en la actualidad atender este derecho internacional de índole constitucional para nosotros se torna un factor clave dentro de los planes gubernamentales. Sin embargo, el lograr un Estado de bienestar para la población en general se vuelve complejo, aún más para las personas con discapacidad ya que hay que tomar en cuenta las necesidades individuales y colectivas tanto en zonas urbanas como rurales; además el rango de edad, tipo de discapacidad, así como las diferencias en el orden económico y cultural. Estamos ante un derecho fundamental del ser humano que es una de las tantas obligaciones que adquiere el Estado, el cual debe gestionar y comprometerse a otorgarla cabalmente dentro de un marco de universalidad,¹⁴¹ interdependencia, indivisibilidad,¹⁴² progresividad;¹⁴³ así como contemplando los elementos de disponibilidad,¹⁴⁴ accesibilidad,¹⁴⁵ aceptabilidad¹⁴⁶ y calidad de vida.¹⁴⁷

7. Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

Si bien es cierto, hasta este momento sólo se ha hablado de dos actores: el Estado y las personas con discapacidad. ¿Pero qué pasa cuando en algunos casos, dependiendo del tipo de discapacidad, tiene que intervenir un tercer actor

¹⁴¹ Todos los seres humanos son titulares de derechos sin distinción alguna.

¹⁴² Por ser un derecho humano no puede ser visto de forma aislada, sino que para garantizarse deben de realizarse otros derechos como a la alimentación, a la vivienda, a un ambiente sano, acceso al agua potable, educación, etcétera.

¹⁴³ Su desarrollo es dinámico y evolutivo, estableciendo de manera progresiva y continua nuevas leyes, mecanismos, programas que permitan su completa y efectiva satisfacción debido a su dependencia de recursos económicos.

¹⁴⁴ Contar con los establecimientos, bienes y servicios públicos, así como con centros de atención y programas encaminados a la salud que satisfagan los factores de la misma.

¹⁴⁵ Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben de ser accesibles tanto estructural, asequible y geográficamente; sin discriminación alguna, en especial en lo relativo a grupos vulnerables o marginados. De igual forma que respetuosos, éticos, informados y tanto científica, médica y culturalmente acordes a la zona donde se encuentren.

¹⁴⁶ Los establecimientos, bienes y servicios deberán tener ética médica, bajo el principio de confidencialidad y respeto por la cultura de las personas.

¹⁴⁷ Cumplir con los criterios tanto científicos como médicos de calidad y que han sido previamente estipulados.

como el proveedor económico o un cuidador?, en esta circunstancia, es pertinente saber que en las *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*¹⁴⁸ se responsabiliza al Estado para garantizar las prestaciones de seguridad social adecuadas, junto con el mantenimiento del ingreso pertinente para sus proveedores económicos y cuidadores. Ya sea mediante un ingreso asegurado, subsidio¹⁴⁹ o a través de la obtención de seguridad social. Esto es independientemente del tipo de discapacidad que se posea o los factores relacionados con ella; incluso si han perdido temporal o definitivamente sus ingresos; al igual que si reciben una contribución económica reducida o, por el contrario, fueron privados de oportunidades de empleo lucrativas. Para ello se deben tomar en cuenta los gastos que suelen requerir las personas con discapacidad y sus familias (debido a la condición en la que se encuentran), incluyendo los *gastos de bolsillo*, los cuales son hasta cierto grado, los que causan más desestabilización económica por su incertidumbre e inmediatez. A su vez resulta vital dentro de los sistemas de seguridad social el que se incentive la generación de ingresos para las personas con discapacidad de acuerdo a su condición; esto a través de la implementación de programas de formación profesional que les facilite su colocación en el mundo laboral.¹⁵⁰

8. *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.*

La condición de la discapacidad parece traer implícita la discriminación, pues contrario al sentido de inclusión que se podría entender que ya se encuentra

¹⁴⁸ *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. [En línea]. Naciones Unidas (AG/85ª/1993). [Fecha de consulta: 16 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498>.

¹⁴⁹ Sólo debe reducirse o darse por terminado en el supuesto de que la persona con discapacidad logre un ingreso adecuado y seguro.

¹⁵⁰ *Normas uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Naciones Unidas. *Op. cit.* Artículo 8.

perfectamente asentado en el sentir de la población; sin embargo, sigue latente y constante. Ana Pastor hace mención de lo siguiente:

Ser discapacitado significa ser objeto de una discriminación. Implica aislamiento y restricciones sociales. En las sociedades modernas es una causa importante de diferencia social. El grado de estima y el nivel social de las personas discapacitadas (sic) se derivan de su posición respecto a las condiciones y las relaciones sociales más generales de una sociedad determinada.¹⁵¹

Pastor contempla términos como discapacidad y discriminación contra las personas en esta situación, las cuales por su importancia para los Estados se encuentran definidos de un modo más completo en la *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*, cuyos principales referentes se definen 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 [...]”; y por otro lado, a la discriminación se le puede considerar a partir de “[...] toda distinción, exclusión o restricción, consecuencia de una discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad de sus Derechos Humanos y libertades fundamentales”.¹⁵²

La convención deja en claro sus dos principales objetivos: 1) prevenir y eliminar cualquier forma de exclusión contra las personas con discapacidad; y 2) pretende integrarlas a la sociedad en la que viven a partir de comprometer a los Estados

¹⁵¹ PASTOR Fayos, Ana. *Op. cit.* p. 15.

¹⁵² *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*. [En línea]. Guatemala, Guatemala. Organización de los Estados Americanos. 1999. Artículo I. [Fecha de consulta: 16 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>.

partes a adoptar diferentes medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral, de accesibilidad, de infraestructura, capacitación o de cualquier otra índole en su normatividad interna para que tanto la iniciativa pública como la privada las apliquen de manera efectiva; esto a través de promover la creación e implementación de campañas nacionales de sensibilización como medida para lograr que se respeten a las personas con discapacidad, eliminando los prejuicios, estereotipos, actitudes que limiten la igualdad y la convivencia en la sociedad.

9. *Conferencia Mundial contra el Racismo y la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia.*

En este sentido es oportuno mencionar que entre los años 2001 al 2006 en la ONU se llevó a cabo un proceso exhaustivo de trabajos que culminó en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. En aquellos trabajos se contó con la participación de varios actores: Estados miembros, observadores, diferentes organizaciones de las Naciones Unidas, el Relator Especial sobre Discapacidad, Organismos no gubernamentales y, por primera vez, hubo la presencia de un número considerable de personas con discapacidad.

El 19 de diciembre de 2001 durante la sesión plenaria número 88 de la Asamblea General fue aprobada una “[...] propuesta del Presidente de México, en la cual se instaba al establecimiento de un “Comité Especial” a los fines de analizar la posible elaboración de una Convención específica sobre los derechos de las personas con discapacidad.”¹⁵³ Dicha propuesta fue realizada por Don Gilberto Rincón Gallardo dentro de los acuerdos internacionales tomados en la *Conferencia Mundial contra el Racismo y la Discriminación Racial, la Xenofobia y*

¹⁵³ PALACIOS, Agustina. *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). España, CINCA, 2008. p. 239.

las Formas Conexas de Intolerancia que fue efectuada en Sudáfrica el mismo año, proponiendo que se incluyera en el *Plan de Acción de la Conferencia de Durban* el *Punto 180* en el cual se estableció que "...invita a la Asamblea General de las Naciones Unidas a que considere la posibilidad de elaborar una convención integral y amplia para proteger y promover los derechos y la dignidad de las personas discapacitadas (sic) que comprenda específicamente disposiciones para abordar las prácticas y tratos discriminatorios que las afectan".¹⁵⁴ En este aspecto la misma convención actuará como instrumento de Derechos Humanos, tendiente a manejar un concepto amplio de la discapacidad bajo la visión de que cualquier persona con un tipo de discapacidad pueda gozar de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales que tienen *per se*.

Esta fue la razón por la que la Asamblea General por medio de su resolución *número 56* reconoció que:

"A pesar de los esfuerzos emprendidos por gobiernos, órganos y organizaciones competentes del Sistema de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales para aumentar la cooperación y la integración, además de la concientización y sensibilización acerca de las cuestiones relativas a la discapacidad desde la aprobación del Programa de Acción Mundial; ello no ha sido suficiente para promover una participación y oportunidades plenas y efectivas de las personas con discapacidad en la vida económica, social, cultural y política [...]"¹⁵⁵ en tal orden de ideas, decidió "[...]establecer un comité especial abierto a la participación de todos los Estados miembros y observadores de las Naciones Unidas para que examine propuestas relativas a una convención internacional amplia e integral para promover y proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, sobre la

¹⁵⁴ *Declaración y el Programa de Acción de Durban: África*. [En línea]. Naciones Unidas. [Fecha de consulta: 18 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/durbanreview2009/ddpa.shtml>.

¹⁵⁵ *Resolución 56/168* [En línea]. Naciones Unidas, 2001. [Fecha de consulta: 18 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www.un.org/esa/socdev/enable/disA56168s1.htm>.

base de un enfoque holístico de la labor realizada en las esferas del desarrollo social, los Derechos Humanos y la no discriminación y teniendo en cuenta las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos y de la Comisión de Desarrollo Social [...];”¹⁵⁶ estableciendo el inicio del documento internacional analizado.

10. *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.*

Derivando lo anterior en el conclave celebrado en la Ciudad de México durante el 2002 con el trabajo tripartita del país anfitrión, el Departamento para Asuntos Económicos y Sociales de la Organización Mundial de las Naciones Unidas (DESA/ONU) y la Oficina Regional de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). A partir de esos antecedentes, se elaboró un borrador del tratado con las opiniones y propuestas de las participaciones de los actores mencionados en líneas anteriores.

Durante la primera reunión del Comité, el Relator Especial Bengt Lindqvist¹⁵⁷ estableció la necesidad de romper las barreras de carácter físico, informativo y de comunicación existentes hasta dicho momento, motivado por la razón de que en anteriores convenciones se había dejado fuera la participación activa de las personas con discapacidad; por lo que una nueva convención debería incluir específicamente las disposiciones sobre Derechos Humanos, cubriendo las necesidades de las personas con discapacidad.

¹⁵⁶ *Ibidem.*

¹⁵⁷ Nombrado en 1994 por la Asamblea General de las Naciones Unidas como primer Relator Especial sobre discapacidad de la Comisión de Desarrollo Social. En junio de 2003 se nombró a Sheikha Hessa Khalifa bin Ahmed al-Thani (Qatar) Relatora Especial sobre discapacidad de la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas para el período 2003-2005. [Fecha de consulta: 20 de marzo de 2013] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/disun.htm>.

Esta primera reunión se centró en la definición que se debería de tener sobre lo que se denomina como discapacidad, cuestionándose inclusive sobre la necesidad de la creación de un nuevo instrumento internacional. Se mostraron opiniones de delegados en contra, las cuales justificaban su postura en aseverar que las personas con discapacidad ya estaban incluidas en otros tratados de Derechos Humanos; haciendo falta sólo hacerlas realmente aplicables y en el caso de crearse un nuevo tratado esto podría derivar en un alto costo, corriendo el riesgo de que los países desarrollados fueran los que cargaran con las consecuencias. Sin embargo, las opiniones de las delegaciones a favor (dentro de las cuales se encontraba México) combatieron tales ideas opuestas con el simple argumento de la existencia de más de 600 millones de personas con discapacidad en el mundo, quienes como se ha visto a lo largo de la investigación, viven en situación de pobreza, discriminación, marginación y exclusión social.

Durante la segunda sesión que se llevó a cabo en 2003, hubo un incremento en el número de países participantes (de 80 a más de 100); así como de asesores y representantes con discapacidad en las delegaciones. Países como México, Venezuela y Ecuador presentaron sus propuestas de proyectos de tratado. En esta segunda sesión se llegó a la resolución consensuada de formar un *Grupo de Trabajo* que estaría integrado por 27 representantes gubernamentales designados por los grupos regionales (7 pertenecientes de Asia, 7 de África, 5 de América Latina y el Caribe, 5 de Europa Occidental y 3 de Europa Oriental). El *Grupo de Trabajo* también incluyó 12 representantes de organizaciones no gubernamentales (ONG), especialmente de asociaciones de personas con discapacidad acreditadas ante el Comité Especial y que fueron seleccionadas por dichos organismos teniendo en cuenta la diversidad de la discapacidad. Por otra parte, era necesario asegurar una representación adecuada de las ONG de los países en desarrollo y de todas las regiones, junto con los representantes de las instituciones nacionales

en defensa de los Derechos Humanos y que fueran acreditadas ante el Comité Internacional de Coordinación.¹⁵⁸

Apoyándose en herramientas tecnológicas como la *lista Yahoo* de "discapacidad y Derechos Humanos",¹⁵⁹ el *Grupo de Trabajo* buscó una mayor inclusión y fomentar el interés, en especial, de los países iberoamericanos; esto sirvió de órgano receptor para discusiones concretas, ideas, opiniones de personas y organizaciones que contribuyeron para la negociación y diseño del borrador del tratado.

Bajo la consigna histórica de "Nada acerca de nosotros sin nosotros" (*Nothing about us without us*),¹⁶⁰ el proceso de creación de un documento tan importante en defensa de las personas con discapacidad fue largo y un gran reto; se tuvo que pasar por varias reuniones, en las cuales hubo numerosas aportaciones de los Estados miembros, organizaciones de la sociedad civil y de las mismas personas con discapacidad; siendo estas últimas quienes durante el primer trimestre de 2007 gestionaron para que diversos Estados los firmaran y ratificaran.¹⁶¹

Pasando de la forma y viendo el fondo de la Convención, observo que su objetivo: "[...] es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los Derechos Humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente." Dejando establecido que las personas con discapacidad: "[...] incluyen a aquellas

¹⁵⁸ Organización de las Naciones Unidas. *Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*. [En línea]. s.a. [Fecha de consulta: 1 de diciembre de 2012] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?navid=23&pid=551>.

¹⁵⁹ *Discapacidad y Derechos Humanos*. Instituto Interamericano sobre Discapacidad (IID). 2003. Disponible en: <http://espanol.groups.yahoo.com/group/discapacidadyderechoshumanos/>.

¹⁶⁰ Término de los noventa del siglo pasado utilizado por James Charlton, quien relata haberlo escuchado por parte de los activistas sudafricanos por los derechos de los discapacitados. Michael Masutha y William Rowland son activistas del este europeo que dieron unas conferencias sobre los derechos para las personas con discapacidad. Su traducción en latín es: "*Nihil de nobis, sine nobis*."

¹⁶¹ Reuniones posteriores: la tercera en 2004, la sexta en 2005, la séptima y octava durante el 2006 donde acudieron más de 800 participantes hasta llegar al 2007. Finalmente a la apertura para la firma de la Convención y su protocolo en la sede de la Organización de las Naciones Unidas.

que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.¹⁶²

En los acuerdos tomados durante los trabajos preparatorios de la Convención, un punto clave que dio pauta a ser analizado y discutido con detenimiento fue el factor tiempo de las diversidades funcionales; esto con el fin de evitar que la definición fuera excluyente al hacer mención sólo a las de largo plazo y dejar a un lado las de corto plazo. Sin embargo, se puede observar que dentro de la misma conceptualización se dejó la palabra “incluyen” lo que da a entender que queda abierta la definición no sólo a las personas con discapacidad de largo plazo, sino también a las que requieren de una rehabilitación de menor tiempo. Como bien señala Agustina Palacios: “[...] a los fines de la protección de este instrumento, las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con las demás. Ello no significa que, en el caso de que un Estado dentro de su legislación interna, adopte una definición más amplia de discapacidad, que cubra otras situaciones; ello impida la aplicación de la Convención, sino todo lo contrario. Se entiende que este artículo debe interpretarse como un piso a partir del cual cualquier otra interpretación que beneficie o amplíe su marco protector debe ser aplicada”.¹⁶³

Es hasta la Convención que se observa un punto de partida vinculatorio con los Estados partes. Es un gran avance hecho a la medida de la reivindicación de los derechos de las personas con discapacidad; es tal su importancia que como se mencionó al inicio del presente capítulo, no sólo basta con un proceso de positivización de los derechos, sino también hay que ejercerlos, difundirlos y monitorear su efectiva aplicación para que el grupo en estudio puede acceder a la

¹⁶² *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Op. cit. Artículo 1°.*

¹⁶³ PALACIOS, Agustina, *Op. cit.* p. 349.

justicia y no se enfrente a situaciones de desventaja histórica o exclusión sistemática debido a factores como:

- La falta de conocimiento en el ámbito judicial sobre el tema de la discapacidad y, por consiguiente, la poca o nula sensibilización para tomar conciencia respecto a quienes tienen dicha condición de vida.
- La ausencia o escaso reconocimiento de las personas con discapacidad como titulares de derechos.
- La falta de accesibilidad en la infraestructura física, en el entorno de las comunicaciones y de la información del sistema de justicia en México.
- La ausencia de aplicación de los instrumentos internacionales de la materia en los procesos judiciales en los que intervienen personas con discapacidad.¹⁶⁴
- La falta de conocimiento en el ámbito del sector salud sobre el tema de la discapacidad; dando como resultado el insuficiente personal capacitado y profesionalizado.
- La carencia de los medicamentos indicados y necesarios para los diferentes tipos de discapacidad.
- La práctica inadecuada del uso de medicamentos psicotrópicos.
- La falta de equipo técnico para terapia física en los establecimientos del sector, particularmente para aquellas personas con parálisis cerebral.
- La falta de conocimiento y acatamiento de las NOMS.
- La fallida estrategia de difusión de los derechos, programas, e instituciones en favor de las personas con discapacidad.
- La limitada normatividad ante la prestación de ciertos servicios.¹⁶⁵

¹⁶⁴ Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). *Informe especial sobre la situación de los Derechos Humanos de las personas con discapacidad en el Distrito Federal. 2007-2008*. [En línea]. México, D.F. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2008. [Fecha de consulta: 13 Febrero 2013] pág. 87. Disponible en: <http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-personas-con-discapacidad.pdf>.

¹⁶⁵ Son familiares derechohabientes: el cónyuge, pareja con hijos en común, concubina o concubinario, hijos menores de 18 años o mayores que estén estudiando y no tengan más de 25 años; siendo mayores de edad que tengan alguna enfermedad crónica o discapacidad (mientras no desaparezca), así como los ascendientes que dependan económicamente del trabajador o

Con la creación de esta Convención destacan nuevas implicaciones a favor de las personas con discapacidad a manera de ejemplo se puede mencionar:

- Mayor visibilidad.
- Elevación del tema de la discapacidad a una esfera de Derechos Humanos.
- Tener un instrumento jurídico internacional vinculante para hacer valer dichos derechos.
- Concientización sobre el tema.
- Quitar los estigmas acerca de esta problemática y de las personas con discapacidad.¹⁶⁶

Finalmente, es pertinente analizar si la Convención reconoce o no nuevos derechos para las personas con discapacidad. En este aspecto vemos que del texto de la Convención se desprende que su principal fin es garantizar el pleno ejercicio en igualdad de condiciones de los mismos derechos ya reconocidos para las personas con discapacidad. En el informe elaborado por la Alta Comisionada de las Naciones Unidas se expresa que: “la Convención no crea ningún derecho nuevo; más bien aclara las obligaciones de los Estados en relación con los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales ya existentes”.¹⁶⁷

pensionado; lo que deja en estado de indefinición a los hermanos del trabajador o pensionado que estén dentro de algún supuesto similar al de los hijos ya que la única opción sería la adopción. Consúltese, *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. 31 de marzo de 2007. Artículo 6º, fracción XII. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo13204.pdf>.

¹⁶⁶ BARRANCO Avilés, María del Carmen. *La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su impacto en el ordenamiento jurídico español*. Madrid, España. Instituto de Derechos Humanos “Bartolomé de las Casas” de la Universidad Carlos III de Madrid. 2008. pp. 14-21.

¹⁶⁷ Aplicación de la *resolución 60/251* de la Asamblea General el 15 de marzo de 2006, titulada: “Consejo de Derechos Humanos”. *Informe del Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los progresos alcanzados en la aplicación de las recomendaciones contenidas en el estudio sobre los Derechos Humanos y la discapacidad*. (A/HRC/4/75) Naciones Unidas. 2007. Párrafo 19, p. 7.

Sin embargo, del análisis sistemático de su texto se puede apreciar que en ciertas ocasiones hace mención a derechos como la educación, la salud, la vida, etcétera; pero en ningún momento alude a derechos como a la accesibilidad universal,¹⁶⁸ a la movilidad personal,¹⁶⁹ o a la rehabilitación¹⁷⁰ como tal. La interpretación que se deriva de esto es que la Convención no reconoce a los últimos como derechos porque los ve como el medio para ejercer y gozar de los primeros. Una segunda manera de interpretarlo sería que al no hacer alusión expresa de la palabra “derechos”, no significa que olvide contemplarlos como tal, sino que quizá lo asimila como entendido. Si es así, un estudio sistemático y globalizado del texto de la Convención daría como resultado el reconocimiento de nuevos derechos a favor de las personas con discapacidad.

11. *Programa de Acción para el Decenio de las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad.*

A pesar de que la Convención es el principal instrumento que busca que se apliquen efectivamente los derechos de las personas con discapacidad. Existen otros que se deben de coordinar entre sí para dar mayor solidez al pleno ejercicio del derecho a la salud.

Lo establecido en el *Programa de Acción para el Decenio de las Américas: Por los Derechos y la Dignidad de las Personas con Discapacidad*¹⁷¹ agrega diversas medidas administrativas, judiciales y políticas públicas concernientes a cuestiones de la salud. Los Estados miembros deben asignar los recursos necesarios para proporcionar a las personas con discapacidad: “[...] los servicios de salud en

¹⁶⁸ *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Op. cit.* Artículo 9º.

¹⁶⁹ *Ibidem.* Artículo 20.

¹⁷⁰ *Ídem.* Artículo 26.

¹⁷¹ *Programa de Acción para el Decenio de las Américas: por los Derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.* [En línea]. Organización de Estados Americanos. Santo Domingo, República Dominicana, 2006. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2339_XXXVIII-O-07_esp.pdf.

igualdad de condiciones con los demás [...] con base en sus necesidades [...] promover la investigación científica y tecnológica relacionada con la prevención de las discapacidades prevenibles; el tratamiento y la rehabilitación [...] en los casos de enfermedades discapacitantes; la prevención de accidentes y riesgos".¹⁷² Cada una de estas medidas con el propósito de asegurar que se lleven a cabo a través de un constante seguimiento y evaluación, fortaleciendo los organismos gubernamentales que salvaguardan tales derechos. Además también sería necesario crear una base de datos estadística con tipos de discapacidad para que la clasificación formulada por la Organización Mundial de la Salud tenga mayor precisión; pero igualmente procurando guardar la debida confidencialidad y el uso responsable de la información estadística.

Con base en lo estipulado en los artículos 1° y 133° de nuestra Ley Suprema (tratándose de normas *ius cogens*),¹⁷³ junto con los tratados internacionales tienen un carácter obligatorio para los Estados partes debido a que son normatividades impositivas generadas. Por tal motivo, México por ser miembro firmante de la ONU, ha ratificado los tratados y programas *ad hoc*, teniendo la obligación de proteger dentro de su diversa legislación (tanto local como federal) el derecho a la salud de las personas con discapacidad; independientemente que sean nacionales o extranjeras, que radiquen o estén de paso por el territorio mexicano.

III. MARCO NORMATIVO INTERNO.

Una vez expuesto el *corpus juris ad hoc* es necesario conocer el marco normativo nacional¹⁷⁴ que concibe, otorga y defiende el derecho a la salud de las personas

¹⁷² *Ibidem*. Numeral IV, número 2.

¹⁷³ Normas que no admiten ni la exclusión ni la alteración de su contenido.

¹⁷⁴ La *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*; la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* (2011) y su reglamento; la *Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación* (2003); la *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado* (1983, nueva ley 2007); la *Ley General de Cultura Física y Deporte* (2003); la *Ley General de Salud* (1984); la *Ley Federal del Trabajo* (1970); el *Código Penal Federal* (1931); la *Ley Federal de Protección al Consumidor* (1992); la *Ley de Asistencia Social* (2000); la *Ley para la*

con discapacidad. Para verificar si efectivamente se cumple con las obligaciones que tiene el Estado mexicano, hay que echar un vistazo a lo que se encuentra regido por nuestra Carta Magna; posteriormente hay que llevar a cabo la revisión de leyes, reglamentos, normas oficiales, etcétera. Como primera observación, se puede señalar que la mayoría de dicha normatividad no está propiamente dirigida a las personas con discapacidad *per se*, aunque algunos sí incluyen apartados que intentan cubrir lo básico para la plena defensa y ejercicio de sus derechos fundamentales. Por ejemplo, hay un mal enfoque de la *Ley General de Salud* ya que promueve acciones de prevención para la discapacidad; tales políticas están enfocadas a la sociedad en general y se promueven ante la opinión pública como medidas a favor de las personas con discapacidad. Algo que no es cierto y se encuentra muy alejado de la realidad. Otro ejemplo, es la *Ley de Asistencia Social* en la que se hace alusión a “grupos vulnerables”, confundiéndolos con las “personas con discapacidad”. Hay que recordar que ambas categorías son totalmente disímiles.

Siguiendo la misma lógica de ideas, el Estado mexicano (*de jure*)¹⁷⁵ también tiene la obligación de lograr una correcta armonía entre las leyes federales y locales (véase en Anexo); conforme a lo establecido debidamente por los tratados internacionales de los que nuestro país forma parte (los cuales se revisaron en el apartado anterior). Un ejemplo, es la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* ya que no se puede catalogarla como una “ley general”, sino que tiene un carácter federal debido a que no emana de la Constitución por estipulación expresa de su creación.

Por otro lado, habría que revisar la reforma constitucional en materia de Derechos Humanos publicada el 10 de junio de 2011, la cual representa un cambio paulatino

Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (2000); la *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores* (2002); la *Ley del Instituto Nacional de las Mujeres* (2001); la *Ley Federal de Fomento a las Actividades realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil* (2004), la *Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres* (2006), la NOM-015-SSA3-2012 para la atención integral a las personas con discapacidad.

¹⁷⁵ De Derecho o reconocimiento jurídico.

y significativo en la implementación de políticas públicas eficaces en las instancias de gobierno competentes, basadas en el *principio pro personae*.¹⁷⁶ Lo relativo a las normas anteriores es certeza del reconocimiento y de la progresividad en la cultura de los Derechos Humanos. Es oportuno considerar en este punto que la connotación utilizada en general por la sociedad y el gobierno, se refiere a los derechos fundamentales difusos, los cuales nacen debido a la crisis del Estado social de Derecho que se traduce en la incapacidad que tiene para cumplir con sus cometidos teóricos.

1. *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.*

Ahora bien, en el carácter de nuestra Constitución de 1917 no se tenía contemplada una amplia gama de derechos; ni siquiera la salud como una prerrogativa, sino hasta el 3 de febrero de 1983 mediante un decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación se adicionó en nuestro artículo 4° constitucional (el texto que hasta la fecha sigue vigente), el cual a la letra dice: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución [...]”. La esencia ambigua del legislador en el término “salud” queda plasmado desde una visión médico-rehabilitadora; limitándola únicamente al acceso de servicios de salud, sin señalar sus componentes ni alcances. No obstante, fija el precedente de la protección a la salud como un derecho social, elevándolo a rango constitucional de autonomía e individualidad.¹⁷⁷

¹⁷⁶ Principio o derecho plasmado en la *Constitución de los Estados Unidos Mexicanos* que favorece ampliamente la protección de las personas si uno de sus Derechos Humanos llega a ser vulnerado.

¹⁷⁷ BRENA, Ingrid. “Evolución del derecho a la salud en México”. En Kurczyk, Patricia y García Ramírez, Sergio (coords.). *El derecho en México: dos siglos (1810-2010)*. México, UNAM-Porrúa. 2010. p. 509.

2. *Ley General de Salud.*

Al momento de reglamentar la *Ley General de Salud*¹⁷⁸ que tiene una aplicación en todo el país y que es de orden público e interés social. Fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 y en ella se establecían: “[...] las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general”.¹⁷⁹ Mientras que en su artículo 1º Bis se definió a la salud como “[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” Encuadrando así su conceptualización a la de la Organización Mundial de la Salud para ser vista como un derecho humano integral, pues contempla tanto los aspectos psicológicos como sociales.

Tomando como punto de referencia las principales situaciones de atención contempladas en el artículo 12º del *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, se tiene que en lo relativo a la “[...] reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, junto con el sano desarrollo de los niños” la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* no aborda directamente el tema, sino que mediante una interpretación en conjunto de su artículo 123º que protege a la mujer en el ámbito laboral, evita situaciones de riesgo con respecto a su salud y con relación a la gestación; mientras que el artículo 4º establece el derecho a la satisfacción de las necesidades que los niños tienen de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para el desarrollo integral. La *Ley General de Salud* contempla de manera universal, preventiva y prioritaria la atención materno-infantil; esto a través de medicamentos y ayuda alimentaria para el cuidado del estado nutricional durante el embarazo, el parto de la madre, así como para los niños que tengan acceso al agua potable y a medios sanitarios.¹⁸⁰

¹⁷⁸ *Ley General de Salud*. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México, 7 de febrero de 1984. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo11037.pdf>.

¹⁷⁹ *Ibidem*. Artículo 1º.

¹⁸⁰ *Ibidem*. Artículo 3º, 27º, 46º, 111º y demás relativos.

En cuanto al “[...] mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente”, el mismo artículo 123° constitucional (letra A, fracción XV) estipula que el patrón tiene la obligación de acatar los preceptos legales relativos a la higiene y seguridad laboral, considerando las medidas necesarias y adecuadas para prevenir accidentes. De igual forma el artículo 4° en su quinto párrafo menciona que: “Toda persona tiene derecho a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar.” Por su parte, la *Ley General de Salud* establece puntualmente la protección ocupacional a través de su capítulo V.

En lo relativo a la “[...] prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, junto a la lucha contra ellas”, el artículo 4° y el 73° (fracción XVI) delegan la atención de este tipo de situaciones, su prevención, control, tratamiento y atención a la Secretaría de Salud. Dicha institución, conforme a su normatividad, faculta a las autoridades sanitarias competentes para apoyarse en la obtención de recursos médicos y de asistencia social para todos los sectores, tanto públicos como privados; informando a la OMS de la situación y las medidas adoptadas.¹⁸¹

Por último, respecto a la “[...] creación de condiciones que aseguren a todos asistencia y servicios médicos en caso de enfermedad” la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* no hace mención específica al tema; sin embargo, la *Ley General de Salud* en su artículo 32° establece que la atención médica es “[...] el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud, la cual podrá apoyarse de medios electrónicos, de acuerdo con las normas oficiales mexicanas que al efecto expida la Secretaría de Salud.” Y que las actividades de atención médica son preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas.¹⁸² A la vez que clasifica los servicios de salud en:

¹⁸¹ *Ibidem*. Artículos 158° y 359°.

¹⁸² *Ibidem*. Artículo 33°.

- I. Servicios públicos a la población en general;
- II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal, presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios;
- III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten.
- IV. Otros que se presten de conformidad con lo que establezca la autoridad sanitaria.¹⁸³

De los primeros cabe mencionar que no se define de que servicios se trata, sólo se afirma donde se prestarán (en establecimientos públicos de salud) y a quienes (residentes del país); también hace alusión que será bajo un criterio de universalidad y gratuidad en el momento de que se haga uso de los servicios antes referidos; conforme a las condiciones socioeconómicas de los usuarios.¹⁸⁴

Considerando que el criterio de gratuidad está mal empleado, ya que según la *Real Academia de la Lengua Española*, dicha definición es: “cualidad de gratuito”.¹⁸⁵ Y siendo que el servicio se determina conforme a las condiciones socioeconómicas del usuario; estableciéndose en la misma ley una serie de cuotas de recuperación,¹⁸⁶ es claro que no se cumple con el sentido del principio de solidaridad social bajo el cual se funda.

Por otro lado, conforme el artículo 37° se define a los *servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social* como aquellos que se prestan a los

¹⁸³ *Ibidem*. Artículo 34°.

¹⁸⁴ *Decreto por el que se reforma y adiciona la Ley General de Salud*. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México. 15 de mayo de 2003. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=695626&fecha=15/05/2003.

¹⁸⁵ *Diccionario de la Real Academia Española*. “Gratuidad”. [En línea]. Madrid, España. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=gratuidad>.

¹⁸⁶ *Ley General de Salud*. *Op. cit.* Artículo 36°.

que cotizan conforme a la ley que corresponde a cada una y de acuerdo a sus beneficiarios. Estos servicios que comprenden la atención médica, las cuestiones materno-infantiles, la planificación familiar, la salud mental, la promoción en la formación de recursos humanos, la salubridad ocupacional, la aplicación de medidas de prevención, control de enfermedades no transmisibles y accidentes.

Por último, los *servicios de salud privados* son aquellos prestados por personas físicas o morales en las condiciones que convengan a los usuarios y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles.¹⁸⁷

Con el fin de lograr una cobertura universal de los servicios básicos de salud durante el 2003 se llevaron a cabo reformas en la *Ley General de Salud* que culminaron en la creación del *Sistema de Protección Social en Salud*, el cual funciona con los pagos por adelantado de las familias que se efectúan de forma anual y progresiva; además de que serán determinados de acuerdo a las condiciones socioeconómicas de las familias inscritas.

Ahora bien, la misma normatividad señala la extensión cualitativa y cuantitativa de los servicios de salud, preferentemente para los grupos más vulnerables;¹⁸⁸ entendiéndose esto como todas aquellas personas que (ya sea por su edad, raza, sexo, condición económica, características físicas, circunstancia cultural o política) se encuentran en mayor riesgo de que sus derechos sean violentados.¹⁸⁹ Recordando que tal protección no debe entenderse como acto discriminatorio, sino como un medio para erradicar la brecha de desigualdad existente que impide a este tipo de grupos el pleno reconocimiento y ejercicio de sus derechos en condiciones de igualdad con los demás. En el caso de las personas con discapacidad, la Secretaría de Salud:

¹⁸⁷ *Ibidem*. Artículo 38°.

¹⁸⁸ *Ibidem*. Artículo 3° y 25°.

¹⁸⁹ PÉREZ Contreras, María de Montserrat. *Aproximación a un estudio sobre vulnerabilidad y violencia familiar*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. [En línea]. Mayo-Agosto 2005, XXXVIII (113). [Fecha de consulta: 16 Marzo 2013] pp. 1093. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/113/art/art9.htm#N1>.

Reconoce a la discapacidad como un problema emergente de salud pública, que en los años recientes se ha incrementado como resultado de la interacción de diversos factores sociales, políticos y poblacionales [...] considera que los servicios de atención médica integral, que son proporcionados adecuada y oportunamente, se constituyen en un factor fundamental para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, así como para coadyuvar a prevenir desajustes sociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo y mendicidad.¹⁹⁰

Sin embargo, la *Ley General de Salud* considera la atención para las personas con discapacidad desde una perspectiva asistencialista, pero exclusivamente en los casos en que se encuentran en situación de abandono o desamparo. Podemos mencionar que dentro de los servicios que contempla y que se deben recibir están: la asistencia social, la atención a la salud, la aplicación de medidas preventivas, la rehabilitación, así como el cuidado y la seguridad social.¹⁹¹

3. *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.*

Por su parte, la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* en su artículo 4° expresa:

Las personas con discapacidad gozarán de todos los derechos que establece el orden jurídico mexicano, sin distinción de origen étnico, nacional, género, edad, condición social, económica o de salud, religión,

¹⁹⁰ Norma Oficial Mexicana para la atención integral a personas con discapacidad (NOM-015-SSA3-2012). [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México, 14 de septiembre de 2012. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012.

¹⁹¹ *Ley General de Salud. Op. cit.* Título noveno. Asistencia Social, Prevención de la Discapacidad y Rehabilitación de las Personas con Discapacidad.

opiniones, estado civil, preferencias sexuales, embarazo, identidad política, lengua, situación migratoria o cualquier otra característica propia de la condición humana o que atente contra su dignidad. Las medidas contra la discriminación tienen como finalidad prevenir o corregir que una persona con discapacidad sea tratada de una manera directa o indirecta menos favorable que otra que no lo sea, en una situación comparable.

Las medidas contra la discriminación consisten en la prohibición de conductas que tengan como objetivo o consecuencia atentar contra la dignidad de una persona, crear un entorno intimidatorio, hostil, degradante u ofensivo, debido a la discapacidad que ésta posee.

Las acciones afirmativas y positivas consisten en apoyos de carácter específico destinados a prevenir o compensar las desventajas o dificultades que tienen las personas con discapacidad en la incorporación y participación plena en los ámbitos de la vida política, económica, social y cultural.

La administración pública, de conformidad con su ámbito de competencia, impulsará el derecho a la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad, a través del establecimiento de medidas contra la discriminación y acciones afirmativas positivas que permitan la integración social de las personas con discapacidad. Será prioridad de la administración pública adoptar medidas de acción afirmativa positiva para aquellas personas con discapacidad que sufren un grado mayor de discriminación, como son las mujeres, las personas con discapacidad con grado severo, las que viven en el área rural, o bien, no pueden representarse a sí mismas.

De acuerdo a esta ley, las personas con discapacidad deben tener salvaguardados sus derechos relativos a la seguridad social, aún si éstos no están estipulados de manera directa en la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* ya que de la normatividad se desprende que dicha interpretación en su articulado debe promover políticas públicas fundadas en principios de equidad, justicia social, igualdad de oportunidades, respeto a la evolución de las facultades de los niños con discapacidad y del derecho a preservar su identidad.

También se suman el respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual (en la que se incluye la libertad de tomar decisiones propias y la independencia de las personas), así como la participación e inclusión plenamente efectiva en la sociedad. En esta misma sintonía, se debe garantizar el respeto por la diferencia, la aceptación de la discapacidad como parte de la diversidad y la condición humana, junto con la accesibilidad, la no discriminación, la igualdad entre mujeres y hombres con discapacidad, incluyendo la transversalidad.¹⁹²

4. *Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.*

Conforme al artículo 11° del *Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*,¹⁹³ las políticas públicas deben de tener como objetivo primordial que los profesionales de la salud desarrollen las habilidades y competencias necesarias para brindar una atención especializada a las personas con discapacidad, las cuales favorezcan su autonomía y desarrollo personal.

¹⁹² *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. Op. cit.* Artículo 5°.

¹⁹³ *Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.* [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México, 30 de noviembre de 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5281002&fecha=30/11/2012.

Encontrando que en su artículo 2° (fracciones III, IV, V y VI) define los tipos de discapacidad que para el ordenamiento jurídico deben ser tomados en cuenta y que son:

Discapacidad física: es la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura [diversidad funcional], y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Aquí se considera a las personas que presentan alguna discapacidad para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar sus actividades cotidianas; esto puede deberse a la falta total o parcial de alguna de las extremidades. También considera a personas que si bien tienen sus extremidades, pueden no tener movilidad en ellas; lo que les impide desplazarse o requieren ayuda de otro individuo o de algún instrumento como silla de ruedas, andaderas o prótesis.

Entre las personas con discapacidad física también se encuentran aquellas que presentan alguna limitante para flexionarse, agacharse, retener objetos o problemas de movimiento del tronco, cuello o cabeza; incluyendo las deficiencias músculo-esqueléticas que dificultan el equilibrio del individuo.

Son parte también de la discapacidad física las personas con restricciones en sus extremidades superiores ya sea por la falta total o parcial de brazos y/o manos, que le impiden realizar actividades como sujetar objetos, jalar o empujar cosas.

Discapacidad mental: a la alteración o deficiencia en el sistema neuronal de una persona, que aunado a una sucesión de hechos

que no puede manejar, detona un cambio en su comportamiento que dificulta su pleno desarrollo y convivencia social [diversidad funcional], y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Las personas con este tipo discapacidades tienen dificultades para realizar actividades cotidianas, para relacionarse con otros, también se manifiesta en interpretaciones y respuestas inadecuadas para los acontecimientos externos que se presentan; puede tener manifestaciones como “delirios de persecución” o paranoia. Estas personas interpretan situaciones normales como “amenazas”, ocasionándoles agitación, inquietud, miedo, ira y ansiedad.

Otras situaciones que pueden experimentar la personas con discapacidades mentales es el no poder identificar adecuadamente a las personas con las que viven o tienen una relación cotidiana, no recordar objetos de su pertenencia o de su entorno; además de la dificultad para ajustarse a condiciones de tiempo y espacio, incluso pueden tener problemas para distinguir la realidad de la ficción. Todas estas situaciones ocasionan aislamiento por su poco contacto con personas fuera de su entorno familiar.

Discapacidad intelectual: se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona [diversidad funcional], y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

La discapacidad intelectual se considera como un retraso o deficiencia mental y pérdida de la memoria. La capacidad intelectual de estas personas es inferior a la

media de la población en la que se desarrolla conforme a su edad, su grado de estudios y su nivel sociocultural.

Estos individuos tienen numerosas dificultades para realizar actividades cotidianas; tales como bañarse, limpieza del hogar, ir a la escuela e interactuar en sitios públicos. Como consecuencia de su discapacidad tienen limitaciones en su desarrollo social, padecen de un frecuente aislamiento, etcétera.

Discapacidad sensorial: es la deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos [diversidad funcional], y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Las discapacidades relacionadas con la visión pueden incluir su pérdida total o parcial, una debilidad visual que provoque dificultades para llevar a cabo las actividades diarias; además habría que aludir también al desprendimiento de retina, córnea o facoma en uno o ambos ojos.

Otros trastornos asociados a la vista son la imposibilidad de percibir tridimensionalmente, adaptación a la luz, en la percepción de tamaños, formas y los relacionados a los colores.

En lo que se refiere a la audición, las discapacidades más recurrentes son la pérdida total o parcial de uno o ambos oídos, la debilidad auditiva y muy asociado a este tipo de problemáticas podemos mencionar la mudez que es la pérdida total del habla.

5. *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012*.¹⁹⁴

Por su parte, la *Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA3-2012* para la atención integral a las personas con discapacidad establece que: “[...] los profesionales y técnicos que integren estos equipos inter y multidisciplinarios, deberán ser personal del área de la salud que se comprometan, interactúen y complementen las acciones de otros programas que incidan en la salud de las personas con discapacidad”.¹⁹⁵ Así mismo afirma que la atención médica integral que reciban las personas con discapacidad debe de ser otorgada “con calidad, seguridad y sin ningún tipo de discriminación, a través de equipos inter y multidisciplinarios en los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado”.¹⁹⁶ Dichos establecimientos deben de contar con la infraestructura, accesibilidad y equipamiento acorde a la *Norma Oficial Mexicana*.

Un punto que es importante resaltar es el derecho que toda persona con discapacidad tiene de que se le expida “un certificado de reconocimiento y calificación de discapacidad con validez nacional, en el que se anoten como mínimo los siguientes datos: nombre, sexo, edad, nacionalidad, domicilio, tipo y grado de discapacidad, en su caso, en el formato correspondiente a través de una institución del sector salud por un médico con título y cédula profesional”.¹⁹⁷

Estableciendo que dentro de las actividades para la atención médica integral a las personas con discapacidad se encuentra la educación, la prevención y la promoción para la salud. Igualmente es necesario un diagnóstico oportuno, la evaluación de la discapacidad para determinar el tipo y grado de las limitaciones funcionales. Una atención médica enfocada a la rehabilitación, un seguimiento minucioso de los casos para proporcionar información y capacitación a los

¹⁹⁴ La *Norma Oficial Mexicana sobre las Personas con Discapacidad (NOM-015-SSA3-2012)* fue actualizada en el Diario Oficial de la Federación en noviembre del 2015.

¹⁹⁵ *NOM-015-SSA3-2012. Op. cit.* Introducción.

¹⁹⁶ *Ibidem.* 5. Generalidades.

¹⁹⁷ *Ídem.*

familiares acerca de la atención y debidos cuidados que tienen las personas con discapacidad.¹⁹⁸

IV. MÉXICO: UNA VISIÓN ENFOCADA A LOS DERECHOS HUMANOS.

Nuestro país experimenta graves situaciones políticas, sociales y culturales, pues ha implementado una serie de políticas públicas deficientes debido a enfoques asistencialistas no inclusivos, actitudes de apatía por parte de las autoridades, conductas discriminatorias de la sociedad, inseguridad económica, falta de fuentes de trabajo, servicios médicos inadecuados e insuficientes, factores de riesgo para grupos en situación de vulnerabilidad, así como sensibilización y difusión de información casi nula. Cada una de estas condicionantes sociales debe ser contrarrestada a través de “valores esenciales que fundamenten los Derechos Humanos como la dignidad, la libertad personal y la igualdad que propician la disminución de barreras para dar lugar a la inclusión social que pone en la base un conjunto de principios como la autonomía personal, la no discriminación, la accesibilidad universal, la normalización del entorno, el diálogo civil, entre (sic) otros”.¹⁹⁹

La condición de vulnerabilidad de las personas con discapacidad es aún mayor en países en vías de desarrollo en donde la discriminación se incrementa por prejuicios arraigados y que son fomentados por una cultura estigmatizadora como la nuestra, dejándolos no sólo con el hecho de superar problemas derivados de su condición, sino otros de carácter social que les imposibilitan el ejercer en plenitud y con dignidad sus Derechos Humanos.

¹⁹⁸ *Ídem.*

¹⁹⁹ VICTORIA Maldonado, Jorge A. *Hacia un modelo de atención a la discapacidad basado en los Derechos Humanos*. Boletín Mexicano de Derecho Comparado. [En línea]. Septiembre-diciembre 2013, XLVI (138). [Fecha de consulta: 25 Octubre 2015] pp. 1093. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoComparado/138/art/art8.pdf>.

La problemática que gira en torno a la discapacidad tiene una connotación inter y multidisciplinaria, pues puede ser abordada desde la medicina, la filosofía, la sociología, entre muchas otras disciplinas; sin olvidar la importancia de la materia jurídica. Todo esto ha permitido que las personas con discapacidad estén presentes desde una visión de Derechos Humanos como depositarios auténticos de facultades dentro de una sociedad inclusiva y bajo el reconocimiento de los principios de igualdad, accesibilidad universal y no discriminación.

La importancia de que en México exista esta perspectiva de Derechos Humanos permite que las personas con discapacidad sean un grupo que se sabe y se siente con una identidad propia, que goce de una equidad social a través del reconocimiento de todos aquellos que le rodean; pero que ante todo se incentive la implementación de políticas públicas que alienten la participación colectiva para difundir la diversidad, exigir sus derechos y que al obtenerlos se construyan los canales comunicativos adecuados para que éstos se les reconozcan.

Lo anterior hace contraste con la idea que por mucho tiempo se concebía de la discapacidad desde el punto de vista jurídico. Una categoría que era relacionada con la capacidad jurídica y de actuar que tenía una persona, pues al considerarla únicamente como “incompetente”, como bien menciona Ángela Figueruelo, tal terminología era una:

Contraposición a las atribuciones antes mencionadas. Destaca el interés por garantizar el tráfico jurídico civil y mercantil en el cual solo podían participar personas que fuesen plenamente competentes para intervenir en dicho ámbito. El resto, si carecían de la precitada aptitud, actuarían por personas interpuestas, es decir, por medio de representantes; lo demás era un problema que no se encuadraba en los parámetros de la actuación estatal; no se trataba el tema desde el enfoque de los derechos y

libertades y en las relaciones sociedad-Estado no tenían cabida los discapacitados.²⁰⁰

Conforme a Maldonado Victoria “una de las tentativas iniciales de aproximar la discapacidad a la cultura de los Derechos Humanos fue hecha en Inglaterra en la década de 1970; a raíz de que un grupo de activistas con discapacidad que denunciaban su situación de marginación; pedían el reconocimiento de sus derechos civiles como ciudadanos en condición de igualdad social.” Esto detonó en la participación activa de la sociedad civil,²⁰¹ la cual actualmente juega un rol importante en la atención de las necesidades, promoción y correcta aplicación de la visión desde los Derechos Humanos de las personas con discapacidad.

V. LA SOCIEDAD CIVIL.

La primera conceptualización del término “sociedad civil” se dio con Hegel, al desarrollar sus ideas liberales y republicanas.²⁰² Según su sistema filosófico, dicha categoría se ubicaba en un “espacio simbólico” entre la familia y el mercado, entre lo privado y lo público; lo que dio lugar a que las organizaciones empresariales se convirtieran en las principales mediadoras entre la sociedad civil y el aparato estatal. En este contexto el Estado tiene una representación ético-moral; no

²⁰⁰ FIGUERUELO Burrieza, Ángela. “La discapacidad como Derecho Humano. Perspectiva constitucional.” En Carbonell, Miguel, Fix-fierro, Héctor, *et. al.*, (coord.) *Estado constitucional, Derechos Humanos, justicia y vida universitaria. Estudios en homenaje a Jorge Carpizo*. Derechos Humanos. [En línea]. México, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2015. [Fecha de consulta: 7 de octubre de 2015] p. 609. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=3960>.

²⁰¹ Con base en la libre asociación de las personas, pero dependiendo de que sus fines sean lícitos; además de no lucrar, existen diferentes asociaciones de carácter civil o religioso, fundaciones, organismos, etcétera, conocidos como tercer sector de la economía, los cuales aunque adquieren su patrimonio de donaciones, cuotas de recuperación, de socios, eventos o iniciativa privada (segundo sector); también lo pueden hacer con apoyos del gobierno (primer sector) destinados a esos fines.

²⁰² SELIGMAN, Adam. *The idea of civil society*. United Kingdom, Princeton University Press, 1995. p. 241.

obstante, al predominar en su interior los intereses privados, queda viciado su papel como “juez en el devenir histórico”.

Es importante reconocer que en estos últimos años la participación ciudadana y la sociedad civil han jugado un papel relevante en cuanto a la atención a las necesidades de las personas con discapacidad; así como en la promoción, la defensa y la correcta aplicación de sus derechos. Ello refleja un gran compromiso social, para el cual se han estado organizando, capacitando y fortaleciendo desde hace algunos años.

Actualmente la sociedad civil ha logrado trascender al grado de ser clave en temas fundamentales de la política pública de nuestro país, por ejemplo: Derechos Humanos, discapacidad, educación, seguridad social, salud, etcétera. Creando mayor fortaleza y legitimidad democrática al incluir multiplicidad de intereses a favor de este sector para ser considerados por la agenda pública. Según Alberto J. Olvera “la sociedad civil ayuda a crear, estabilizar y expandir el Estado de Derecho, forma los diferentes espacios públicos a través de los cuales los actores sociales se comunican entre sí con los actores políticos, desarrollando una densa red de asociaciones; fortaleciendo así el tejido social. Por último, la sociedad civil ayuda a construir y generalizar una cultura de tolerancia y respeto mutuo”.²⁰³

A pesar de que en México el uso de dicha terminología es relativamente nuevo, ha sido ya definido como “Organización No Gubernamental”. Sin embargo, para efectos *de facto*, su uso y aplicación reside en la intención de diferenciar entre la actuación llevada a cabo por los sectores sociales y el desempeñado por el Estado. Cabe precisar que tal proceso evolucionó erróneamente al ser calificado como un movimiento vigilante encaminado a hacer respetar y cumplir los Derechos Humanos, por parte de las autoridades gubernamentales, debido a las

²⁰³ OLVERA Rivera, Alberto Javier. “Civil society in Mexico at century’s end”. En Middlebrook, Kevin. *Dilemmas of political change in Mexico*. USA, Brookings Institution Press, 2004. p. 403.

profundas crisis socioeconómicas que han padecido las naciones contemporáneas.

A pesar que durante el último decenio en México se tienen contabilizadas alrededor de 988 asociaciones de personas con discapacidad;²⁰⁴ continúan siendo insuficientes para atender las necesidades de los sectores a los cuales apoyan. Esto debido a que enfrentan diversas problemáticas, como son: la carencia de instalaciones, algunas no tienen fondos, escasez de personal plenamente capacitado, infraestructura inadecuada, etcétera.²⁰⁵

Mención aparte, merece el tercer sector ya que su participación ha sido vital para el apoyo y fortalecimiento del enfoque de Derechos Humanos hacia las personas con discapacidad. Un ejemplo lo tenemos en las aportaciones realizadas durante el conclave celebrado en la Ciudad de México (en el año 2002) a través del trabajo tripartita del Departamento para Asuntos Económicos y Sociales de la Organización Mundial de las Naciones Unidas (DESA/ONU), la Oficina Regional en México de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), además de las autoridades de nuestro país.

En este punto se puede inferir que, dentro de la visión actual sobre la discapacidad, intervienen una multiplicidad de actores que son: el Estado y las diferentes manifestaciones de la sociedad civil; aunado a lo anterior, vale la pena considerar las ideas que Santiago Martín menciona al respecto:

²⁰⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Tabulados de la muestra censal, cuestionario ampliado*. [En línea]. México, INEGI, 2000. [Fecha de consulta: 4 mayo 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/archivospdf/tabulado.pdf.

²⁰⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Directorio Nacional de Asociaciones de y para Personas con Discapacidad*. INEGI. México. [En línea]. Aguascalientes, INEGI, 2002. [Fecha de consulta: 4 mayo 2015]. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/registros/sociales/dir_discapacidad.pdf.

La actividad del jurista y del legislador no debe necesariamente focalizarse en las personas con discapacidad, y a veces ni siquiera en la discapacidad misma, sino en la sociedad y sus comportamientos para con ellos. Es la sociedad quien sufre discapacidades para valorar lo diferente, para entender las necesidades de quienes sufren impedimentos físicos, y para incluir a éstos en la vida comunitaria.²⁰⁶

Lo anterior sirve como sustento acerca de la importancia que tiene el empoderar y fomentar la participación de la sociedad civil por tres razones fundamentales:

- a. Genera estabilidad y la vigencia de un Estado de Derecho.
- b. Aporta en la creación, expansión, difusión y permanencia de espacios públicos, donde se genera un sistema de redes de comunicación y vinculación entre diferentes grupos sociales, junto con la iniciativa privada y el Estado.
- c. Fomenta la cultura de la tolerancia y el respeto a las personas con discapacidad.

La sociedad civil mexicana se ha vuelto más compleja y diversa, pues es un mecanismo detonante de mayor participación ciudadana en la vida pública, particularmente en materia de discapacidad; logrando ser a la vez un medio de control en las injusticias que comenten las autoridades gubernamentales en contra del colectivo en estudio.

Por último, la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* es un instrumento de políticas de desarrollo social y junto con la CONADIS se constituyen como un órgano implementador de programas y proyectos sobre

²⁰⁶ SANTIAGO, Martín J. “La protección en el sistema interamericano a las personas con discapacidad”. En Campoy Cervera, Ignacio y Palacios, Agustina (eds.). *Igualdad, no discriminación y discapacidad. Una visión integradora de las realidades española y argentina*. Madrid, Dykinson, 2007. p. 106.

discapacidad. Una de las grandes preocupaciones es que sólo 6 entidades federativas disponen de un instituto gubernamental sobre discapacidad y son: Tlaxcala, Baja California Sur, Guanajuato, Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León.

**CAPÍTULO III:
DERECHO COMPARADO.**

*La unidad es la variedad, y la variedad en
la unidad es la ley suprema del universo.*

Isaac Newton, *Carta a Robert Hooke*.

I. INTRODUCCIÓN.

Retomando la idea de que el hombre por su propia naturaleza es un “ser social” y que por consecuencia necesita vivir con sus congéneres, pues es en ese entorno donde se forma, crea sus valores, costumbres y tradiciones, cuya variabilidad depende de diversos factores como la geografía, el clima, la economía, etcétera. Ante tales parámetros de diferenciación, es imprescindible realizar un análisis de Derecho Comparado con respecto al tema de la discapacidad y la seguridad social. Para de ese modo visualizar metodológicamente aquellos modelos y características referenciales que pueden ser aplicados a nuestro país (por supuesto, teniendo en cuenta las particularidades estructurales y coyunturales que definen a México).

Tomando en cuenta factores como los porcentajes e índices demográficos, tipos de gobierno, idioma y años de experiencia en el tema de la discapacidad, es que se eligió metodológicamente dos países latinoamericanos y dos europeos por algunas semejanzas analíticas que presentan con el caso mexicano. En tal orden de ideas, Argentina por contar con el 7.1 por ciento de su población con alguna discapacidad y Chile con un 12.9 por ciento,²⁰⁷ son las naciones que por su amplia brecha de porcentaje nos sirven para realizar el presente análisis comparativo. Por

²⁰⁷ Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). *Informe sobre la seguridad social en América 2006*. México, D.F. CISS. Enero de 2006. p. 62.

otro lado, los orígenes de la conquista española que históricamente han marcado nuestras formaciones sociales contemporáneas, es que se estudiará la experiencia de esta nación, pues se pueden rastrear ciertas similitudes estructurales y coyunturales con nuestro país. En el caso de Francia, por ser un modelo logístico e institucional con amplia experiencia en la implementación de políticas públicas hacia las personas con discapacidad; además por el devenir histórico de los estragos causados por las guerras, sirve de esquema sistemático de referencia para la presente investigación.

II. ARGENTINA.

La nación de Argentina adoptó para su gobierno la forma representativa, republicana y federal; sosteniendo en su preámbulo el culto católico, apostólico y romano.²⁰⁸ Sus principales reformas en la materia de seguridad social acontecieron en los años de 1957 y 1994.

Esas reformas fueron necesarias para contrarrestar el déficit por el que pasaba la recaudación y el financiamiento de los sistemas de seguridad social, requiriendo urgentemente la intervención del Estado. En tal orden de ideas, se presenta en los siguientes apartados su marco normativo.

1. *Constitución de la nación Argentina: reconocimiento de la seguridad social y las personas con discapacidad.*

Todos los habitantes de Argentina gozan de los beneficios de la seguridad social otorgados por las instancias estatales y con carácter de integral e irrenunciable. Cuentan con un seguro obligatorio, el cual está “a cargo de entidades nacionales o

²⁰⁸ *Constitución de la Nación Argentina de 1853*. [En línea]. Última reforma 22 de agosto de 1994, artículos 1º y 2º. Disponible en: <http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/Constitución%20Nacional.pdf>.

provinciales con autonomía financiera y económica, administradas por los interesados con participación del Estado; sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la distribución integral de los recursos; la defensa del bien familiar; la compensación económica y el acceso a una vivienda digna”.²⁰⁹

En el párrafo anterior, se aprecia que el sentido del Constituyente argentino de 1957 fue el especificar el rol tutelar del Estado, a la vez que el “método de financiación de las coberturas, la forma de administración de esos fondos, los sujetos facultados para su administración, los caracteres de los beneficios y las contingencias amparadas”.²¹⁰

Por tal motivo, la catedrática Graciela Cipolletta afirma que su Constitución “ha sido muy generosa en cuanto a los sujetos protegidos, por cuanto no sólo se refiere al pueblo argentino y su posteridad, sino a todos los hombres del mundo que quieran habitar el suelo argentino. Siendo sólo exigible el requisito de residencia pero no el de nacionalidad para obtener algún beneficio de la seguridad social”.²¹¹

Las personas con discapacidad son reconocidas en su Constitución, al establecer como atribución del Congreso “legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre Derechos Humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad”.²¹²

²⁰⁹ *Ibidem*. Artículo 14° bis.

²¹⁰ CIPOLLETTA, Graciela E. “La seguridad social en la República Argentina”. *Revista Latinoamericana de Derecho Social*. España. [En línea]. Enero-junio, No. 8. [Fecha de consulta: 25 Octubre 2015] p. 5. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoSocial/8/art/art1.pdf>.

²¹¹ *Ibidem*. p. 2.

²¹² *Constitución de la Nación de Argentina. Op. cit.* Artículo 75°, numeral 23.

La reforma llevada a cabo en 1994 integró a todas aquellas personas que anteriormente no estaban contempladas en el seguro social, ya sea porque no reunían los requisitos exigidos o por no ser trabajador activo o familiar de alguno en el grado de parentesco marcado por la ley. Sin embargo, para lograr cubrir una mayor amplitud:

El proceso de cambio consistió en una política de reducción de beneficios, flexibilización laboral, baja de las cotizaciones, ajustes en las prestaciones, eliminación de la movilidad provisional, la universalización del sistema de asignaciones familiares, eliminación de beneficiarios de pensión, aumento de las edades de retiro, etcétera. Estas reformas alejan definitivamente el modelo de la seguridad social argentino de su norma constitucional.²¹³

2. *Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad.*

Argentina reconoce y proporciona un rango constitucional a la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*, a la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, al *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*; además también reconoce a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo mediante su *Ley 26.378*,²¹⁴ la cual tiene un carácter de obligatoriedad dentro de su territorio, pues le otorga jerarquía constitucional a dicha normatividad.²¹⁵ Habría que destacar también la *Ley*

²¹³ CIPOLLETTA, Graciela E. *Op. cit.* p. 6.

²¹⁴ *Ley 26.378: relativa a la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad aprobado mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas.* [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 6 de Junio de 2008. [Fecha de consulta: 25 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/412095/null>.

²¹⁵ *Ley 27.044: relativa al otorgamiento de la jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.* [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 22 de Diciembre de 2014. Disponible en:

25,280²¹⁶ que otorga plena validez legal (en territorio argentino) a lo pactado en la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

3. Marco normativo interno de seguridad social y discapacidad.

A pesar de que existen varias leyes modificatorias de la terminología empleada en la normatividad argentina, es pertinente hacer mención que en la ley que rige en materia de discapacidad, continúa siendo manejado el término “persona discapacitada” (en la Ley 22.431).²¹⁷ Dicho marco normativo tiene como objetivo el crear el *Sistema de Protección Integral de las Personas Discapacitadas* (sic); esto con el fin de garantizarles atención médica, educación y seguridad social, “así como concederles las franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales”,²¹⁸ a través del Ministerio de Bienestar Social.

De modo tal que para la legislación argentina una persona con discapacidad es: “todo individuo que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social, implique desventajas considerables para su integración familiar, educacional o laboral.”²¹⁹

<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/1087458/null>.

²¹⁶ Ley 25.280: *relativa a la aprobación de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 31 de Julio de 2000. [Fecha de consulta: 25 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/239866/null>.

²¹⁷ Ley 22.431. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 20 de Marzo de 1981. [Fecha de consulta: 25 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/250325/null>.

²¹⁸ *Ibidem*. Artículo 1º.

²¹⁹ *Ibidem*. Artículo 2º.

Se puede observar una definición encaminada al enfoque teórico *médico-rehabilitador*, mezclada con la visión *radical socio-política*, pues definen indirectamente a la persona con discapacidad como algo “fuera de lo normal”.

El Estado argentino está comprometido con las personas con discapacidad a prestarles servicios de rehabilitación integral, “en la medida en que éstos, las personas de quienes dependan, o los entes de obra social a los que se encuentren afiliados, no puedan afrontarlos,” con el fin de que logren desarrollar sus capacidades; así mismo existe el compromiso de la formación laboral o profesional, “préstamos y subsidios destinados a facilitar su actividad laboral o intelectual; regímenes diferenciales de seguridad social; escolarización en establecimientos comunes con los apoyos necesarios provistos gratuitamente, o en establecimientos especiales cuando en razón del grado de discapacidad no puedan cursar la escuela común; orientación o promoción individual, familiar y social”.²²⁰

A. Certificado Único de Discapacidad.

Para tener acceso a cualquier beneficio instituido por la normatividad en la materia o algún servicio del sistema de salud enfocado al grupo en estudio, es indispensable tramitar el *Certificado Único de Discapacidad*, el cual *de facto* es otorgado por una Junta Evaluadora que llevará a cabo una valoración interdisciplinaria para determinar si se introduce o no el supuesto de la discapacidad y, *de jure*, claramente se estipula que:

La existencia de tales discapacidades, su naturaleza y grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado son certificadas por la Secretaría de Estado de Salud Pública, quien debe precisar qué tipo de actividad laboral o profesional puede

²²⁰ *Ibidem*. Artículo 4º.

desempeñar el afectado, teniendo en cuenta su personalidad y antecedentes. El certificado así expedido acredita plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo en materia de jubilación y de pensiones.²²¹

B. Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad.

El *Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad* fue instaurado en la *Ley 24,901*²²² que posee un carácter de universalidad para la población con discapacidad, proporcionando diferentes medios para allegarse de los beneficios que provee.²²³ Dichos satisfactores constan de las siguientes prestaciones: de origen preventivo, de rehabilitación, terapéuticas, educativas, asistenciales; también se suministran una serie de servicios específicos como: estimulación temprana, educación inicial, formación laboral, atención odontológica integral, de rehabilitación psicofísica y motora.²²⁴

Se tiene contemplado que en caso de que la persona con discapacidad no pudiera permanecer en su grupo familiar de origen, podrá incorporarse a sistemas alternativos como de tipo residencial y pequeños hogares.²²⁵

Además de lo anteriormente mencionado, existe una *cobertura económica*²²⁶ para la persona con discapacidad o para su grupo familiar que pudiera encontrarse en

²²¹ *Ibidem*. Artículo 2°.

²²² *Ley 24,901: relativa al Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con Discapacidad*. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 2 de diciembre de 1997. [Fecha de consulta: 29 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/244156/null>.

²²³ *Ibidem*. Artículo 7°.

²²⁴ *Ibidem*. Capítulo V.

²²⁵ *Ibidem*. Artículo 29°.

²²⁶ *Ibidem*. Artículo 33°.

una situación económica deficitaria habría que recurrir al *Régimen de Asignaciones Familiares*,²²⁷ en donde se les tienen reconocidos los siguientes servicios:²²⁸

1. Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología.
2. Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden las instancias obligadas.
3. Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético-hereditario.
4. Asistencia domiciliaria: por indicación exclusiva del equipo interdisciplinario perteneciente o contratado por las entidades obligadas, las personas con discapacidad recibirán los apoyos brindados por un asistente domiciliario a fin de favorecer su vida autónoma, evitar su institucionalización o acortar los tiempos de internación. El mencionado equipo interdisciplinario evaluará los apoyos necesarios, incluyendo intensidad y duración de los mismos así como su supervisión, evaluación periódica, su reformulación, continuidad o finalización de la asistencia. El asistente domiciliario deberá contar con la capacitación específica avalada por la certificación correspondiente expedida por la autoridad competente.²²⁹

²²⁷ *Ley 24.714: relativa al Régimen de Asignaciones Familiares. Artículo 8°.* [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 16 de octubre de 1996. [Fecha de consulta: 29 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/245534/null>.

²²⁸ *Constitución de la Nación de Argentina. Op. cit. Artículo 39°.*

²²⁹ *Ley 26,480: relativa a la modificación de la Ley sobre el Sistema de Prestaciones Básicas para las Personas con Discapacidad.* [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 30 de marzo de 2009. [Fecha de consulta: 29 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/353272/null>.

4. *Consejo Federal de Discapacidad y la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS).*

La Ley 24,657²³⁰ crea el Consejo Federal de Discapacidad, el cual tiene un papel muy importante en la protección, creación y actualización de políticas públicas en el país. El Consejo lo integran funcionarios especializados en la materia del más alto nivel profesional y los representantes de las organizaciones no gubernamentales de las personas con discapacidad. Destaca el punto que el titular del Consejo será el Presidente de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad (CONADIS),²³¹ dándole un rango de Secretario de Estado para que pueda tener fuerza y validez jurídica en su actuar.

Como áreas de gestión enfocadas a atender las temáticas de políticas públicas habría que señalar las referidas a la salud, la accesibilidad, el servicio social, la educación, el trabajo, los deportes, el turismo y las de carácter legal.

Para atender las cuestiones de salubridad existe el *Plan Sectorial de Salud*, el cual tiene como requisito ser diseñado de tal modo que integre el componente médico de la rehabilitación a los programas vigentes; poniendo especial énfasis en la atención primaria con el fin de evitar mover a pacientes a niveles más complejos, atendiéndoles desde el primer nivel y “para realizar detección precoz de la deficiencia discapacitante. Una resolución cuando sea posible o una derivación a los niveles de alta complejidad.”²³² De aquí cabe hacer la observación que encasillan a la discapacidad con la deficiencia, cuando en el capítulo I, se demostró que no necesariamente una persona debe de padecer una deficiencia

²³⁰ Ley 24.657: *relativa a la creación del Consejo Federal de Discapacidad*. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 5 de junio de 1996. [Fecha de consulta: 31 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/190983/null>.

²³¹ *Ibidem*. Artículo 1º. Hace mención de la Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas (sic); sin embargo en la página oficial de la Comisión: www.conadis.gov.ar, se supera y actualiza dicho nombre.

²³² *Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad (CONADIS)*. Argentina. Salud. [Fecha de consulta: 31 Octubre 2015] Disponible en: <http://www.conadis.gov.ar/salud.html>.

para ser considerado un individuo con discapacidad. De igual manera se puede interpretar que la esencia del *Plan Sectorial de Salud* es buscar el modo de no proporcionar los servicios de especialidad.

No obstante, manejan una cobertura integral en cuanto al gasto en medicamentos y en los servicios de salud, haciendo énfasis en la rehabilitación conforme a la *Ley 23.661*²³³ que es creadora del *Sistema Nacional del Seguro de Salud*; pero considerando al grupo en estudio como sujetos de las *Obras Sociales*²³⁴ de procedencia nacional.

Por otro lado, la *Ley 26.816*²³⁵ crea el *Régimen Federal de Empleo Protegido para Personas con Discapacidad*, que en su artículo 1º considera dos objetivos básicos a tomar en cuenta:

1. Promover el desarrollo laboral de las personas con discapacidad mejorando el acceso al empleo y posibilitar la obtención, conservación y progreso en un empleo protegido y/o regular en el ámbito público o privado.
2. Para ello se deberá promover la superación de las aptitudes, las competencias y actitudes de las personas con discapacidad, de acuerdo a los requerimientos de los mercados laborales locales.
3. Impulsar el fortalecimiento técnico y económico de los organismos responsables para la generación de condiciones

²³³ *Ley 23.661 del 29 de diciembre de 1988: relativa al Sistema Nacional del Seguro de Salud*. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 5 de enero de 1981. Artículo 28°. [Fecha de consulta: 31 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/249106/null>.

²³⁴ *Superintendencia de servicios de salud*. [En línea]. Argentina. Obras Sociales. [Fecha de consulta: 31 Octubre 2015] Disponible en: <http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=os&opc=os>.

²³⁵ *Ley 26.816: relativa a la creación del Régimen Federal de Empleo Protegido para Personas con Discapacidad*. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 7 de enero de 2013. [Fecha de consulta: 31 Octubre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/57005/null>.

protegidas de empleo y producción que incluyan a las personas con discapacidad.

Existe el *Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad*²³⁶ que fue creado debido al compromiso del Estado argentino para garantizar una atención integral a la problemática que conlleva la discapacidad; haciendo que el CONADIS en coordinación con los ministerios y el Consejo Federal de Discapacidad sumen esfuerzos para la creación de programas en la materia. Por ejemplo, el *Programa de Apoyo Tecnológico para la Discapacidad (ATEDIS)* y el *Programa de Accesibilidad Electoral*.

5. Datos estadísticos de la discapacidad en Argentina.

Con el fin de cuantificar, saber las características y necesidades de las personas con discapacidad, se realizó la *Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad* (conocida como ENDI),²³⁷ la cual fue llevada a cabo en dos etapas. En primer lugar, dentro de las preguntas del censo 2001, se contempló una que permitiera saber el número de hogares que contaban al menos con una persona con discapacidad.

Esto con el fin de tener el muestreo de hogares donde se realizaría la segunda etapa de la ENDI (entre noviembre de 2002 y el primer semestre de 2003), arrojando un total de 67,000 hogares urbanos en todo el país. Entre los cuales contaban en su mayoría con alguna persona con discapacidad y los que no, siendo muy pocos, se tomaron en cuenta con el objetivo de tener un control de

²³⁶ *Decreto Nacional 1277/2003: relativo a la creación del Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad*. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina, 2003. [Fecha de consulta: 3 noviembre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/899991/null>.

²³⁷ Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). *Encuesta Nacional Complementaria de Personas con Discapacidad*. [En línea]. Argentina, INDEC. 2002-2003. [Fecha de consulta: 3 noviembre 2015] Disponible en: http://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/ENDI_NUEVA/ampliada_presenta.asp.

posibles sesgos en las respuestas del censo. La ENDI suministró información relativa a temas como:

- Tipo y causa de la discapacidad.
- Edad de origen de la misma.
- Tipo de ayuda que reciben las personas con discapacidad por parte de obras sociales, entidades estatales, organismos no gubernamentales, etcétera.
- Autovalimiento (sic).
- Uso de beneficios legales y sociales.
- Características sociodemográficas de los miembros del hogar.
- Características y adaptaciones de la vivienda.²³⁸

Según la ENDI,²³⁹ en Argentina se contabilizaron 2, 176,123 personas con discapacidad, lo que representa el “7.1% de la población total residente en núcleos de 5,000 habitantes o más. La prevalencia es creciente a medida que se avanza en edad: 3% del total del grupo de edad de 0 a 14 años (alrededor de 250,000 personas); 5.5% de la población entre 15 y 64 años (un millón de individuos aproximadamente) y 28.3% de la población de 65 y más años (cerca de 860,000 personas) tienen alguna discapacidad”.²⁴⁰

En cuanto al género, se puede apreciar que la discapacidad en las mujeres es mayor que en los varones; siendo 7.3% en las primeras y 6.8% en los segundos. De los datos estadísticos totales, se arroja que el 20.6% de los hogares argentinos cuenta con alguna persona con discapacidad, lo que representa una de cada cinco casas.

“Las discapacidades más frecuentes en Argentina son las motoras (39.5%),

²³⁸ *Ibidem*.

²³⁹ En el año 2010 se realizó la *Ronda Censal* incorporando nuevamente la pregunta para detectar hogares con personas con discapacidad (ENDI II).

²⁴⁰ BROGNA, Patricia. *Op. cit.* p. 319.

seguidas por las visuales (22.0%), auditivas (18.0%) y mentales (15.1%)”.²⁴¹ Es interesante ver que aunque la discapacidad motriz es la que mayormente se presenta (en el marco normativo) es evidente la importancia que le dan a la discapacidad visual, quizá por presentar esta última mayores barreras a las que se enfrenta un individuo. Ejemplo de ello, es la *Ley 26.989*,²⁴² la *Ley 26.858*,²⁴³ y la *Ley 25.682*,²⁴⁴ siendo esta última la que se constituye como una norma integral por tener como objetivo no sólo estar enfocada a instruir a las personas con discapacidad visual sobre el uso del bastón, sino también de educar a la población en general sobre el actuar ante dicha situación y la importancia de respetar la accesibilidad de las personas en dicha condición.

6. *Conclusión del panorama argentino.*

De todo lo anterior, es evidente señalar que Argentina al ser un país latinoamericano con ciertas características sociales, culturales y políticas muy específicas le ha otorgado atención especial a su población con discapacidad (que maneja índices altos de aceptabilidad) y ha intentado solventar sus necesidades; que si bien es cierto, podría parecer meramente asistencialista, en realidad ha sumado esfuerzos para permitir su humanización al proporcionarles herramientas institucionales para valerse por sí mismos (en la medida de lo posible y acorde al tipo de discapacidad); así como aumentando los beneficios previsionales de los cuales son candidatos a recibir.

²⁴¹ *Ibidem.*

²⁴² *Ley 26.989: relativa a la implementación de un Instructivo de Seguridad en “Sistema Braille” para todos los vuelos aerocomerciales de cabotaje.* [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 7 de septiembre de 2014. [Fecha de consulta: 4 noviembre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/1084862/null>.

²⁴³ *Ley 26.858: relativa al derecho al acceso, deambulación, permanencia en lugares públicos y privados, a los servicios de transporte para toda persona con discapacidad acompañada por un perro guía o de asistencia.* [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 10 de junio de 2013. [Fecha de consulta: 4 noviembre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/10107/null>.

²⁴⁴ *Ley 25.682: relativa al uso de Bastón Verde para Personas con Baja Visión.* [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 2002. [Fecha de consulta: 5 noviembre 2015] Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/933971/null>.

Vale la pena retomar estos elementos estructurales e institucionales de la experiencia Argentina; además de la forma de obtención de los recursos para los programas y planes en favor de las personas con discapacidad como lo es el *Fondo Nacional para la Integración de Personas con Discapacidad*; la *cobertura económica* y la *Asistencia Domiciliaria* que se han convertido en herramientas muy útiles para el apoyo social.

III. CHILE.

Chile es una república democrática y soberana, no tiene más límites que el respeto a los derechos esenciales que emanan de la naturaleza humana.²⁴⁵ Es un país que sobresale por su interés en haber reformado su sistema de pensiones y de salud; permitiendo constituirse como un modelo estructural e institucional para otras naciones, al haber sido de “los primeros países latinoamericanos en implantar un sistema general y obligatorio de seguridad social, circunstancia que lo convierte también en el primero en sentir los efectos de los desequilibrios provocados por una estructura inorgánica y dispendiosa de instituciones y beneficios, consecuencia de un modelo de desarrollo que privilegiaba, al menos en lo formal, el avance social antes que el crecimiento económico”.²⁴⁶

Estos acontecimientos se debieron a las etapas por las que tuvo que pasar el país en materia de prestaciones sociales e institucionales; lo cual desde sus inicios se basó en programas encaminados a la beneficencia pública (a través de organizaciones particulares que se autofinanciaban y realizaban obras de caridad) y la asistencia social. Al verse en la necesidad el Estado de suplir dichas organizaciones a través de un proceso de institucionalización financiado por subvenciones fiscales y un fundamento jurídico, tuvo que suministrar las

²⁴⁵ *Constitución Política de la República de Chile de 1980*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Última reforma el 17 de septiembre de 2005. Artículos 4º y 5º. [Fecha de consulta: 6 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>.

²⁴⁶ Corporación de Investigación en Estudios y Desarrollo de la Seguridad Social. *Modernización de la seguridad social en Chile: 30 años (1980 – 2009)*. 5 ed. Chile, CIEDESS, 2010. p. 1.

prestaciones para tener mayor impacto en la atención médica y la política de salud.²⁴⁷ Posteriormente, en el siglo XIX con la Revolución industrial y sus consecuencias se ampliaron las prestaciones a la familia que se proporcionaban directamente al trabajador; lo que derivó en que el financiamiento de dichos apoyos evolucionara a la contribución obrero-patronal. Cabe hacer mención que el reconocimiento constitucional del deber del Estado para velar por la salud pública y el bienestar higiénico del país se manifiesta en la Constitución de 1925,²⁴⁸ donde se consagra un régimen presidencialista puro.

En 1960, con la creación de la Comisión de Estudios de la Seguridad Social, se realizó un diagnóstico de los regímenes, prestaciones e instituciones en los que se tenía que aumentar el financiamiento por parte del Estado para incrementar las tasas de cotización e implementar determinados impuestos para una mayor obtención de recursos. Con esto se logró cubrir al 70% de la población (trabajadores activos, pensionados y familiares derechohabientes) para el suministro de las prestaciones doctrinales como también las que los organismos internacionales establecían.²⁴⁹ Fue en la década de los ochenta cuando las reformas en materia de pensiones y salud permitieron un cambio sustancial en la seguridad social.

1. *Constitución Política de la República de Chile: reconocimiento de la seguridad social y las personas con discapacidad.*

El texto constitucional de Chile, en su artículo 1º, reconoce los derechos, la libertad, la dignidad e igualdad que tienen todos los individuos, de la misma forma

²⁴⁷ Creando en 1832 la Junta Central de Beneficencia y Salud Pública; así como hospitales, hospicios de personas adultas mayores y el Manicomio Nacional.

²⁴⁸ *Constitución Política de la República de Chile de 1925*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Artículo 10º. [Fecha de consulta: 10 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=131386>.

²⁴⁹ Prestaciones por enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, antigüedad, muerte, supervivencia, desempleo, accidentes laborales, enfermedades profesionales, prestaciones familiares, pensiones asistenciales y proporcionaban crédito para programas habitacionales.

que “el Estado está al servicio de la persona humana y su finalidad es promover el bien común, para lo cual debe contribuir a crear las condiciones sociales que permitan a todos y a cada uno de los integrantes de la comunidad nacional su mayor realización espiritual y material posible, con pleno respeto a los derechos y garantías que esta Constitución establece”.

Chile obliga a los órganos del Estado a respetar y promover los derechos protegidos tanto por su Constitución como por los tratados internacionales ratificados y vigentes.²⁵⁰ Es así que:

La carta fundamental determina el proceso de validación e incorporación de las normas internacionales al ordenamiento jurídico nacional, lo que, concretado de acuerdo al procedimiento constitucional, convierte a la norma internacional válida en norma internamente aplicable, siendo ya no solo norma internacional válidamente aplicable en Chile, sino también norma integrante del ordenamiento jurídico chileno, vinculante y obligatoria para todos los órganos y todas las personas del Estado chileno.

Así, el ordenamiento jurídico nacional en su conjunto, presidido por la Constitución, se descompone en dos subsistemas normativos, uno de los cuales depende de la carta fundamental para producir normas válidas (el subsistema nacional), en tanto, respecto del subsistema internacional, la Constitución dota a sus normas de la necesaria aplicabilidad.²⁵¹

²⁵⁰ *Constitución Política de la República de Chile de 1980. Op. cit.* Artículo 5°.

²⁵¹ NOGUERIA Alcalá, Humberto. *Teoría y dogmática de los Derechos Fundamentales*. [En línea]. México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2003. [Fecha de consulta: 28 de agosto de 2014] p. 327. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=1094>.

2. Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad.

Chile es una nación que reconoce y otorga “aplicabilidad en el ámbito interno si se verifican las condiciones determinadas constitucionalmente”²⁵² a los tratados internacionales, como lo son: la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*;²⁵³ el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*;²⁵⁴ y a la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* cuyo protocolo facultativo es aprobado mediante el *Decreto 201*²⁵⁵ para ser reconocido dentro de su territorio como obligatoria. Con el *Decreto 99*²⁵⁶ se le provee de validez en territorio chileno a lo pactado en la *Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*. Aunque por haber ratificado la Convención de Viena, tiene la obligación de realizar las adecuaciones en su normativa interna y acatar lo establecido en los tratados de los cuales sea parte.²⁵⁷

3. Marco normativo interno de seguridad social y discapacidad.

La legislación interna sobre la materia en Chile, considera que una persona con discapacidad es aquella que “teniendo una o más deficiencias físicas, mentales,

²⁵² *Ibidem*. p. 328.

²⁵³ *Decreto 873: relativo a la aprobación de la Convención Americana sobre Derechos Humanos denominada “Pacto de San José de Costa Rica”*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 23 de agosto de 1990. [Fecha de consulta: 15 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=16022&idVersion=1991-01-05>.

²⁵⁴ *Decreto 326: relativo a la promulgación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 28 de abril de 1989. [Fecha de consulta: 15 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12382&idVersion=1989-05-27>.

²⁵⁵ *Decreto 201: relativo a la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 25 de agosto de 2008. [Fecha de consulta: 16 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=278018&idVersion=2008-09-17>.

²⁵⁶ *Decreto 99: relativo a la promulgación de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 22 de marzo de 2002. [Fecha de consulta: 16 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=199523&idVersion=2002-06-20>.

²⁵⁷ *Decreto de Ley 3633: relativo a la aprobación de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados y su anexo*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 26 de febrero de 1981. [Fecha de consulta: 17 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=128177&idVersion=1981-03-11>.

sea por causa psíquica o intelectual, o sensoriales, de carácter temporal o permanente, al interactuar con diversas barreras presentes en el entorno, ve impedida o restringida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás”.²⁵⁸ A partir de tales circunstancias, el Estado debe garantizar la igualdad de oportunidades; entendiendo ésta como la ausencia de discriminación por razón de discapacidad; así como el realizar acciones que eviten o compensen las desventajas que pudieran enfrentar, con el fin de que puedan participar activamente en la vida política, educacional, laboral, económica, cultural y social del país.²⁵⁹

Dicha normatividad hace mayor énfasis al pleno goce y ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad mental (por causa psíquica o intelectual), a las mujeres y niños por considerarlos en condición de especial vulnerabilidad. Esto como claro ejemplo de los antecedentes socioculturales por los que han pasado este tipo de grupos, particularmente por situaciones de violencia, abuso y discriminación.²⁶⁰

Todas las personas (con o sin discapacidad) tienen el derecho constitucional a la vida, a la integridad física y psíquica, a la protección de la salud libre e igualitaria (acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación y de rehabilitación) a través de instituciones públicas o privadas, pudiendo establecer cotizaciones obligatorias; a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado; a la libre contratación y a la libre elección del trabajo con una justa retribución, así como el derecho a la seguridad social.²⁶¹

La prevención y la rehabilitación son ejes primordiales en la atención de la

²⁵⁸ *Ley 20.422: relativa a establecer las normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.* [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 3 de febrero de 2010. Artículo 5°. [Fecha de consulta: 23 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>.

²⁵⁹ *Ibidem.* Artículo 7°.

²⁶⁰ *Ibidem.* Artículos 9°, 10°, 11° y 12°.

²⁶¹ *Constitución Política de la República de Chile de 1980.* *Op. cit.* Artículo 19°, numeral 1°, 9°, 16° y 18°.

discapacidad, pues vale la pena resaltar que las medidas, planes y programas que se tienen contemplados se adoptarán tomando en consideración factores de riesgo para la discapacidad como son: “enfermedades agudas y crónicas, lesiones, accidentes viales, laborales y de cualquier tipo, violencia, problemas de calidad ambiental, sedentarismo, abuso del alcohol o las drogas, tabaquismo, desórdenes nutricionales, maltrato infantil, condiciones sanitarias deficientes o estrés”.²⁶² Desde el momento en que el abanico de factores de riesgo es tan amplio, cabe señalar que el de las discapacidades también lo es y, por lo tanto, habría la posibilidad de abarcar mayor población en dicha situación.

Con la reforma al sistema de salud del año 2002, se buscó que tanto las personas atendidas por el sistema público o privado tuvieran mayor acceso a los tratamientos de enfermedades, mejores servicios de salud, una reducción significativa en los tiempos de atención; así como un incremento en los espacios físicos de atención médica, buscando la universalidad de beneficios, aumentando la protección a los grupos en condición de vulnerabilidad, minorías y personas con discapacidad.

De igual forma que en otros países, Chile no es la excepción en el mal manejo de la terminología relativa a la discapacidad, debido a que llega a equipararla con términos como: “empresarios discapacitados”, “alumnos con necesidades educativas especiales”,²⁶³ “dementes”,²⁶⁴ “inválidos”.²⁶⁵

²⁶² *Ibidem*. Artículo 20°.

²⁶³ Ley 20.422. *Op. cit.* Artículos 33° y 38°.

²⁶⁴ *Constitución Política de la República de Chile de 1980. Op. cit.* Nota 39. Artículo 16°.

²⁶⁵ Ley 18.020: *relativa al subsidio familiar para personas de escasos recursos*. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 11 de agosto de 1981. [Fecha de consulta: 27 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29448>.

4. *Calificación y Certificación de la Discapacidad.*

Las *Comisiones de Medicina Preventiva e Invalidez* (conocidas como COMPIN), dependientes del ministerio de salud, así como las instituciones públicas o privadas son las encargadas de calificar la discapacidad a través de una atención interdisciplinaria. Sin embargo, las COMPIN son las únicas autorizadas para certificarla²⁶⁶ y para finalizar el trámite con la remisión de los antecedentes de la validación al Servicio de Registro Civil e Identificación para su inscripción.²⁶⁷

A diferencia de otros países, Chile contempla dentro de su legislación la recalificación de la discapacidad que no tiene mayor límite más que solicitarla una vez por año. Con la excepción de que se funde en hechos o antecedentes nuevos que no tengan relación alguna con la evaluación previamente determinada.²⁶⁸ En caso de no estar de acuerdo con la resolución definitiva emitida por la COMPIN, el interesado puede interponer la reclamación administrativa.

A. *Registro Nacional de la Discapacidad.*

El Servicio de Registro Civil e Identificación es el encargado de llevar el *Registro Nacional de la Discapacidad*, el cual contiene la información relativa a las personas con discapacidad certificadas por la COMPIN, los prestadores de servicios de apoyo o de asistencia, las personas morales que realicen acciones en el ámbito que les compete. Todo lo anterior conforme a lo estipulado en el reglamento que para dicho caso se sirva emitir los Ministerios de Justicia y de Planificación.²⁶⁹

²⁶⁶ Ley 20.422. *Op. cit.* Artículo 13°.

²⁶⁷ *Ibidem.* Artículo 17°.

²⁶⁸ *Ibidem.* Artículo 14°.

²⁶⁹ *Ibidem.* Artículo 55°.

B. Comité de Ministros de la Discapacidad.

El Comité de Ministros de la Discapacidad²⁷⁰ es el órgano “encargado de proponer al Presidente de la República la política nacional para personas con discapacidad, velar por su cumplimiento y asegurar su calidad técnica, coherencia y coordinación intersectorial.”²⁷¹ Dicha supervisión se realiza de manera constante a través de entidades externas contratadas con presupuesto del Comité de Ministros de la Discapacidad, quienes evaluarán periódicamente la calidad, costo, efectividad e impacto de las acciones y prestaciones implementadas por el gobierno. La importancia de las supervisiones radica también en mantener una cultura de transparencia e información de los programas y políticas públicas existentes, así como del presupuesto empleado, teniendo la opción de que la población conozca la información en los sitios web del Ministerio de Planificación y del Servicio Nacional de Discapacidad.

C. Servicio Nacional de la Discapacidad.

La institucionalización de la discapacidad se refleja en la creación del Servicio Nacional de Discapacidad (SENADIS) que es el sucesor del Fondo Nacional y que se encarga de promover la igualdad de oportunidades, la inclusión social, la participación y accesibilidad de las personas con discapacidad, desempeñando las siguientes funciones:

- a) Coordinar el conjunto de acciones y prestaciones sociales ejecutadas por distintos organismos del Estado que contribuyan directa o indirectamente a este fin. Para el cumplimiento de esta función el Servicio podrá celebrar convenios con estos organismos.

²⁷⁰ Integrado por el Ministro de Planificación (quien lo preside), los Ministros de Educación, Justicia, Trabajo y Previsión Social, Salud, Vivienda y Urbanismo, Transporte y Telecomunicaciones.

²⁷¹ Ley 20.422. *Op. cit.* Artículo 60°.

- b) Asesorar técnicamente al Comité de Ministros en la elaboración de la política nacional para personas con discapacidad y en la evaluación periódica de todas aquellas acciones y prestaciones sociales ejecutadas por distintos organismos del Estado que tengan como fin directo o indirecto la igualdad de oportunidades, inclusión social, participación y accesibilidad de las personas con discapacidad.
- c) Elaborar y ejecutar, en su caso, el plan de acción de la política nacional para personas con discapacidad, así como planes, programas y proyectos.
- d) Promover y desarrollar acciones que favorezcan la coordinación del sector privado con el sector público en todas aquellas materias relacionadas con mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.
- e) Financiar, total o parcialmente, planes, programas y proyectos.
- f) Realizar acciones de difusión y sensibilización.
- g) Financiar, total o parcialmente, ayudas técnicas y servicios de apoyo requeridos por una persona con discapacidad para mejorar su funcionalidad y autonomía personal, considerando dentro de los criterios de priorización el grado de la discapacidad y el nivel socioeconómico del postulante.
- h) Estudiar y proponer al Presidente de la República, por intermedio del Ministro de Planificación, las normas y reformas legales necesarias para el ejercicio efectivo de los derechos de las personas con discapacidad.
- i) Realizar estudios sobre discapacidad y aquellos relativos al cumplimiento de sus fines, o bien, contratar los que estime necesarios de tal forma de contar periódicamente con un instrumento que permita la identificación y la caracterización actualizada, a nivel nacional y comunal, de la población con

discapacidad, tanto en términos socioeconómicos como con respecto al grado de discapacidad que los afecta.

j) Velar por el cumplimiento de las disposiciones legales y reglamentarias relacionadas con la protección de los derechos de las personas con discapacidad. Esta facultad incluye la atribución de denunciar los posibles incumplimientos ante los organismos o instancias jurisdiccionales respectivas; ejercer acciones y hacerse parte en aquellas causas en que estén afectados los intereses de las personas con discapacidad de conformidad a la ley.

k) Trimestralmente el Servicio Nacional de la Discapacidad deberá informar en su página web acerca de las acciones y prestaciones sociales que ejecute o coordine y que vayan a favor de las personas con discapacidad. Esta información deberá incluir el número de beneficiarios efectivos, los recursos públicos desembolsados y los resultados de las evaluaciones, si las hubiere.

l) El Servicio Nacional de la Discapacidad estará organizado en una Dirección, una Subdirección y entidades regionales en cada zona del país. Contará, además, con un Consejo Consultivo de la Discapacidad.²⁷²

Aunque tiene que informar al Presidente de la República, el Servicio Nacional de la Discapacidad lo hace a través del Ministerio de Planificación. El Consejo Consultivo se integra por el Director Nacional y cinco representantes de organizaciones sin fines de lucro de personas con discapacidad; distribuyendo esas funciones entre las diferentes discapacidades existentes (física, auditiva, visual, intelectual y psíquica); además de un representante del sector empresarial, uno de organizaciones laborales, dos de instituciones privadas sin fines de lucro cuyo objetivo social esté destinado a la atención de las personas con

²⁷² *Ibidem*. Artículo 62°.

discapacidad.

La facultad del Presidente de la República de designar a los representantes de organizaciones de personas con discapacidad y los de instituciones privadas se considera como una posible área de oportunidad que necesita ser modificada, debido a que dicha decisión puede estar supeditada a favoritismos y no necesariamente a un puesto honorífico que, a su vez, repercute en la imparcialidad a la hora de la toma de decisiones importantes para las funciones respectivas del Consejo, las cuales son:

- a) Opinar fundadamente sobre la propuesta de política nacional para personas con discapacidad y sus actualizaciones, como asimismo sobre el plan de acción en conformidad a la ley y el reglamento.
- b) Solicitar y recibir de los ministerios, servicios públicos y entidades en los que el Estado tenga participación, los antecedentes e información necesarios para el cumplimiento de sus funciones.
- c) Recomendar los criterios y procedimientos de evaluación, selección y supervisión de los proyectos financiados por el Servicio Nacional de la Discapacidad.
- d) Presentar al Director Nacional del Servicio la propuesta de adjudicación de los concursos de proyectos, previa evaluación técnica de las propuestas presentadas. Para el cumplimiento de esta función el Consejo Consultivo deberá conformar comisiones de trabajo integradas por consejeros y profesionales o técnicos provenientes de los ministerios y servicios públicos que desarrollen funciones o realicen prestaciones sociales relacionadas con las propuestas presentadas. En la resolución de los concursos de proyectos, el Director Nacional del Servicio deberá fundamentar su decisión cuando rechace proyectos

evaluados favorablemente por el Consejo Consultivo.

e) Desempeñarse como instancia de consulta y apoyo para el desarrollo de las funciones del servicio.

f) Ser informado periódicamente de la marcha del servicio y del cumplimiento de sus fines.

g) Cumplir las demás funciones que la ley o el reglamento le encomienden.²⁷³

5. Datos estadísticos de la discapacidad en Chile.

A pesar de que existen la *Encuesta Nacional de Caracterización Socioeconómica* (CASEN) que se lleva a cabo cada tres años, la *Encuesta de Calidad de Vida y Salud 2000* y el *Censo 2002*, fue el *Estudio Nacional de la Discapacidad* (ENDISC) el primer trabajo serio que realizó Chile a través del entonces *Fondo Nacional de la Discapacidad* en el año 2004, el cual proporcionó información de suma importancia para “enfrentar las tareas de la inclusión [...] donde las personas con discapacidad se constituyen en ciudadanos con autonomía personal y reales oportunidades en salud, educación, trabajo, accesibilidad física y tecnológica”.²⁷⁴

Según los resultados arrojados por la ENDISC 2004, el 12.9% de la población chilena presenta algún tipo de discapacidad. Además se puede apreciar un marcado crecimiento hacia el envejecimiento de dicho sector debido a que el 88.7% de la población se encuentra en el colectivo de adultos. “La principal deficiencia declarada por las personas con discapacidad fue la física (con un 31%); sin embargo, el mayor obstáculo para estos individuos en la realización de

²⁷³ *Ibidem*. Artículo 64°.

²⁷⁴ ZONDEK Darmstadter, Andrea. *et al. Discapacidad en Chile: pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano*. Santiago de Chile, Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), 2006. p. 5.

sus actividades diarias son los problemas visuales (con un 67%)”²⁷⁵.

Aunque la ENDISC 2004 se centra en el tema de la rehabilitación. De tal información se derivan varias directrices que aportan elementos sustanciales en la toma de decisiones para la implementación de programas (como el *Plan de Acción para la Integración Social de las Personas con Discapacidad*) que sirven de fundamento para acompañar a la parte legal en lo trascendental de la situación chilena en materia de discapacidad. Por ejemplo, se observa que los servicios de rehabilitación son proporcionados generalmente por hospitales públicos (2 de cada 5 personas con discapacidad son atendidas en esas instancias), existiendo un gran número de individuos en dicha condición que carecen de los servicios más elementales.

En la actualidad no se ha realizado la ENDISC II por parte del gobierno chileno. Dicho estudio y retomando los datos anteriormente vistos, resulta de suma importancia para actualizar la información y verificar si existe un incremento en la población con discapacidad, si persisten las mismas necesidades o qué variantes estructurales se han desarrollado.

6. Conclusiones del panorama chileno.

Se ha visto que Chile contempla a las personas con discapacidad mediante la positivización de sus derechos; otorgándoles entre otros, un trato igualitario relativo a las oportunidades y la inserción social. No obstante, a pesar de ser un Estado con uno de los antecedentes más longevos en la implementación de la seguridad social, no muestra un esfuerzo significativo en el tema por parte de las autoridades gubernamentales, las cuales no solamente deben estar respaldadas por leyes acordes a la problemática, sino por políticas públicas que generen un

²⁷⁵ *Ibidem.* p. 12.

cambio cultural en la sociedad que permita la efectiva inclusión de las personas con discapacidad.

De la generalidad normativa del país, se observa un marcado enfoque *médico-rehabilitador* de fondo y como bien dice Zondek: “un proceso de rehabilitación no se debe agotar en el diagnóstico y clínica médica, sino que se debe nutrir (antes, durante y después) de las intervenciones, pronósticos multidisciplinarios y en los recursos comunitarios; más específicamente, en los medios existentes en las redes sociales de apoyo”.²⁷⁶

Aunque la sociedad civil chilena se encuentra contemplada en la toma de decisiones de las políticas públicas del país, pues tiene una gran experiencia como pionera con el primer *Instituto Teletón* (a través del Servicio Nacional de la Discapacidad) que se fundó durante la década de los setenta. No obstante, sus métodos de selección y actuación padecen de cierta parcialidad; aunque se reconoce el papel activo del Estado por intentar implementar la universalidad, la inclusión y la transparencia hacia las personas con discapacidad mediante sus reformas estructurales. Elementos que se retomarán para el caso mexicano.

IV. ESPAÑA.

El modelo español se encuentra conformado a partir de un Estado social y democrático de Derecho. Su soberanía reside en el pueblo y tiene un régimen de gobierno conocido como monarquía parlamentaria.²⁷⁷

²⁷⁶ *Ibidem.* p. 10.

²⁷⁷ *Constitución Española*. [En línea]. Senado de España. 31 de octubre de 1978. Última reforma 7 de septiembre de 2011. Artículo 1°. [Fecha de consulta: 30 noviembre 2015] Disponible en: <http://www.senado.es/web/conocersenado/normas/constitucion/index.html>.

1. *Constitución española: reconocimiento de la seguridad social y las personas con discapacidad.*

Por mandato constitucional, todos los ciudadanos españoles son libres e iguales ante la ley; sin discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social. Tienen derecho a vivir con plenitud y participar en la vida política, económica, cultural y social del país. Toda persona tiene derecho a la libertad, a la seguridad, a la educación, a obtener la tutela efectiva de los jueces y tribunales españoles en el ejercicio de sus derechos e intereses legítimos.²⁷⁸ La Constitución contempla a la igualdad como uno de sus principios rectores y aplicables a todo el ordenamiento jurídico.

Los poderes públicos tienen la obligación de garantizar la protección social, económica y jurídica de la familia. Los niños deben gozar de la seguridad que obre en los acuerdos internacionales celebrados por España y que velan por sus derechos. De igual modo, a todos los ciudadanos se les garantizará un régimen público de seguridad social, otorgando asistencia y prestaciones gratuitas que sean suficientes ante situaciones de necesidad, particularmente en caso de no contar con un empleo regular. Reconociendo el derecho a la salud, los poderes públicos son los encargados de organizar y tutelar las instancias respectivas para aplicar medidas preventivas, prestaciones y servicios acordes a lo estipulado por la ley.²⁷⁹

En materia de discapacidad, la Constitución establece en su artículo 49° que: “los poderes públicos realizarán una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos a los que prestarán la atención especializada que requieran y los ampararán especialmente para el disfrute de los derechos [...] a todos los ciudadanos.” Esto es:

²⁷⁸ *Ibidem*. Artículo 10°, 14°, 17°, 24° y 27°.

²⁷⁹ *Ibidem*. Artículo 40°, 41° y 43°.

Un mandato específico a todos los poderes públicos en relación con la atención especial que requieren las personas con alguna discapacidad en dos aspectos. El primero, relativo a las posibles «minusvalías» que pueden afectarles y el segundo respecto de la necesidad de establecer medidas que les permitan el disfrute de los derechos y las libertades fundamentales (los correspondientes al *Título I de la Constitución*). Entre los que se encuentra el artículo 35° que se refiere al deber y al derecho a trabajar.²⁸⁰

Lo anterior permite ver la influencia de dos enfoques teóricos sobre la discapacidad: 1) el *médico-rehabilitador* al fijar la obligación de atender las condiciones físicas y psicológicas de la persona; y 2) el *radical-sociopolítico* al establecer la obligación de eliminar las barreras sociales que pudiera encontrar la persona al ejercer sus Derechos Humanos.

2. Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad.

La Constitución española reconoce y otorga validez oficial a todos aquellos tratados internacionales que previo a cumplir con los requisitos para su ratificación sean publicados oficialmente. Con la salvedad de que alguna disposición pueda ser derogada, modificada o suspendida conforme a la formalidad establecida en los propios tratados o de acuerdo a las normas generales del Derecho Internacional.²⁸¹

²⁸⁰ TORTUERO Plaza, José Luis. *Informe sobre la Legislación de España y Canadá en materia de discapacidad. Especial referencia a las políticas de integración laboral y mercado de trabajo*. Madrid, España. Universidad Complutense de Madrid. s.f. p. 18.

²⁸¹ *Ibidem*. Artículo 96°.

En tal orden de ideas, España reconoce lo establecido y estipulado en la *Declaración Universal de Derechos Humanos*,²⁸² la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, su protocolo facultativo²⁸³ y demás tratados internacionales que tengan vinculación alguna con el tema de la discapacidad.

3. Marco normativo interno de seguridad social y discapacidad.

En el año 2003 se observa un claro auge de interés por parte de España en materia de discapacidad; incentivado por la declaración en dicha fecha como el *Año Europeo de las Personas con Discapacidad*.

A *grosso modo* se deja claro que son competencias exclusivas del Estado: “la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos, el cumplimiento de los deberes constitucionales y la sanidad exterior. Por otro lado, las bases de coordinación general de la sanidad, la legislación básica y el régimen económico de la seguridad social deben desempeñarse sin perjuicio de la ejecución de sus servicios por las comunidades autónomas.”²⁸⁴ El *Real Decreto Legislativo 1/2013*²⁸⁵ estipula y garantiza que:

El derecho a la igualdad de oportunidades y de trato, así como el ejercicio real y efectivo de derechos por parte de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones respecto del resto

²⁸² *Ibidem*. Artículo 10°.

²⁸³ *Situación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo*. [En línea]. Naciones Unidas. (62° período de sesiones, Informe del Secretario General). A/62/230. [Fecha de consulta: 3 diciembre 2015] Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1065>.

²⁸⁴ *Constitución Española*. *Op. cit.* Artículo 149°.

²⁸⁵ *Real Decreto Legislativo 1/2013: relativo a la aprobación del texto refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su Inclusión Social*. [En línea] Boletín Oficial del Estado, España. 3 de diciembre de 2013. [Fecha de consulta: 3 diciembre 2015] Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>.

de ciudadanos y ciudadanas a través de la promoción de la autonomía personal, de la accesibilidad universal, del acceso al empleo, de la inclusión en la comunidad, de la vida independiente y de la erradicación de toda forma de discriminación conforme a los artículos 9.2º, 10º, 14º y 49º de la Constitución Española y a la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* y los tratados internacionales ratificados por España.²⁸⁶

Según el artículo 4º del *Decreto* se consideran personas con discapacidad a “aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales previsiblemente permanentes que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.” Sin embargo, amplía su concepto a todas señalando:

Aquellas a quienes se les haya reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33 por ciento. Se considerará que presentan una discapacidad en grado igual o superior al 33 por ciento los pensionistas de la seguridad social que tengan reconocida una pensión de incapacidad permanente en el grado de total, absoluta o gran invalidez y a los pensionistas de clases pasivas que tengan reconocida una pensión de jubilación o de retiro por incapacidad permanente para el servicio o inutilidad.

Analizando la anterior definición, se puede deducir que el sentido del legislador español fue el de evitarse el doble gasto en dictaminar a todas aquellas personas que ya contaban con una “certificación” previa de discapacidad a través de una figura jurídica que aunque distinta (pensión por incapacidad permanente, por jubilación o de retiro para el servicio o inutilidad), pero igual en características a la definición genérica. Aunado a lo anterior, se resalta el uso de conceptos negativos

²⁸⁶ *Ibidem*. Artículo 1º.

(como inutilidad) que contribuyen a una cultura estigmatizadora de las personas con discapacidad y que contradictoriamente se mantuvieron en la definición cuando lo que se busca es la inclusión en igualdad de oportunidades, la no discriminación y la accesibilidad universal.

Así mismo, la ley española en la materia, es generosa en dos aspectos: el primero internamente, al contemplar que tanto los servicios, prestaciones y demás beneficios proporcionados a los ciudadanos serán otorgados también a los extranjeros en territorio español en conformidad con la *Ley Orgánica 4/2000*, los tratados internacionales y los convenios establecidos con el país de que se trate; el segundo externamente, al extender los beneficios económicos previstos para ciudadanos en territorio español a aquellos connacionales que residen en el extranjero.

Recordando la obligación de las autoridades gubernamentales de garantizar un Estado de bienestar general y de salud, es de reconocerse que dentro de los derechos regulados por la legislación española, también se salvaguarden en los siguientes ámbitos:

- a) Telecomunicaciones y sociedad de la información.
- b) Espacios públicos urbanizados, infraestructuras y edificación.
- c) Transportes.
- d) Bienes y servicios a disposición del público.
- e) Relaciones con las administraciones públicas.
- f) Administración de justicia.
- g) Bienestar cultural de conformidad con lo previsto en la legislación de patrimonio histórico.
- h) Empleo.²⁸⁷

²⁸⁷ *Real Decreto Legislativo 1/2013. Op. cit. Artículo 5°.*

4. *Sistema de prestaciones sociales y económicas.*

Se tiene contemplado dentro de este sistema especial a todas aquellas personas con discapacidad que por su condición no puedan desarrollar una actividad laboral y, por consiguiente, no estén tomadas en cuenta dentro del Sistema de la Seguridad Social con carácter contributivo, las cuales estarán protegidas mediante:

- a) Asistencia sanitaria y prestación farmacéutica.
- b) Subsidio de movilidad y compensación por gastos de transporte.
- c) Recuperación profesional.
- d) Rehabilitaciones profesionales.²⁸⁸

La ley es clara, al especificar que el derecho a la protección de la salud se encuentra salvaguardado; así como la prevención de enfermedades, la protección, promoción y recuperación de la salud, bajo el principio de no discriminación.

A. Prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades.

Las administraciones públicas competentes tienen la obligación de promover planes de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, cuya finalidad será la de prevenir:

La aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas mediante el desarrollo coordinado entre los servicios sociales y de salud; de actuaciones de promoción en condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación

²⁸⁸ *Ibidem.* Artículo 8°.

dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad, a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los *Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia* que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.²⁸⁹

Proporcionando especial atención debido a su “importancia a los servicios de orientación y planificación familiar, consejo genético, atención prenatal y perinatal, asistencia pediátrica; incluida la salud mental infanto-juvenil, apoyo geriátrico; así como a la seguridad y salud en el trabajo, a las medidas preventivas en el tráfico vial, al control higiénico y sanitario de los alimentos y a la contaminación ambiental”.²⁹⁰

5. *Protección social.*

Tanto las personas con discapacidad como sus familias, tienen derecho a servicios y prestaciones sociales que incrementen su calidad de vida, aumento del bienestar, desarrollo de su personalidad e inclusión en la comunidad mediante la atención de sus necesidades.

Los servicios sociales prestados a las personas con discapacidad por parte de las administraciones públicas o la sociedad civil, serán realizados bajo el respeto

²⁸⁹ Ley 39/2006: *relativa a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. [En línea]. Boletín Oficial del Estado, España, 15 de diciembre de 2006. Artículo 21°. [Fecha de consulta: 4 diciembre 2015] Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>.

²⁹⁰ Real Decreto Legislativo 1/2013. *Op. cit.* Artículo 11°.

absoluto de la permanencia en el medio familiar y el entorno geográfico, sea urbano o rural.²⁹¹

Dentro del contenido del derecho a la protección social, las personas con discapacidad y sus familiares, tienen derecho a determinados servicios, los cuales son:

1. El servicio de apoyo familiar tendrá como objetivo la orientación e información a las familias, el apoyo emocional, su capacitación y formación para atender a la estimulación, maduración y desarrollo físico, psíquico e intelectual de los niños y niñas con discapacidad para la adecuación del entorno familiar y próximo a las necesidades de todos ellos.
2. Los servicios de orientación e información deben facilitar a las personas con discapacidad y a sus familias el conocimiento de las prestaciones y servicios a su alcance, así como las condiciones de acceso a los mismos.
3. Los servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades y promoción de la autonomía personal tienen como finalidad prevenir la aparición o la intensificación de discapacidades y de sus consecuencias, mediante actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, apoyo en el entorno y programas específicos de carácter preventivo.
4. Los servicios de asistencia domiciliaria tendrán como cometido la prestación de atenciones de carácter personal y doméstico; así como la prestación rehabilitadora tal y como ya dispone el artículo 14°; todo ello sólo para aquellas personas con discapacidad cuyas situaciones lo requieran.
5. Los servicios de vivienda, ya sean de atención residencial, hogares tutelados u otros alojamientos de apoyo para la inclusión,

²⁹¹ *Ibidem*. Artículo 49°.

tienen como objetivo promover la autonomía y la vida independiente de las personas con discapacidad a través de la convivencia.

Asimismo, deberán atender a las necesidades básicas de aquellas personas con discapacidad que se encuentren en una situación de especial vulnerabilidad, como en los casos en que carezcan de hogar o familia, o cuando existan graves problemas para garantizar una adecuada convivencia.

6. Los servicios de centro de día y de noche ofrecen una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas con discapacidad, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias.

7. Los servicios de residencias, centros diurnos y viviendas tuteladas podrán ser promovidos por las administraciones públicas, por las propias personas con discapacidad y por sus familias, así como por sus organizaciones representativas. Todas ellas gozarán de la protección prioritaria por parte de las autoridades gubernamentales.

La planificación de estos servicios atenderá a la proximidad del entorno en el que se desarrolla la vida de las personas con discapacidad.

8. Las actividades deportivas, culturales, de ocio y tiempo libre se desarrollarán, siempre que sea posible, de acuerdo con el principio de accesibilidad universal en las instalaciones y con los medios ordinarios puestos al servicio de la ciudadanía. Sólo cuando la especificidad y la necesidad de apoyos lo requieran, podrá establecerse de forma subsidiaria o complementaria una serie de servicios y actividades específicas.

9. Sin perjuicio de la aplicación de las medidas previstas con carácter general en esta ley, cuando la especificidad y la necesidad de apoyos lo hicieran imprescindible, la persona con discapacidad

tendrá derecho a residir o ser atendida en un establecimiento especializado.²⁹²

Además de todo lo anterior, tienen derecho a servicios de prevención de deficiencias y de intensificación de discapacidades, fomento de su autonomía personal, derecho a estar informados y orientados, a ser atendidos en sus domicilios, actividades culturales, deportivas, ocupación del ocio y tiempo libre; así como prestaciones económicas cuando se encuentran en situaciones de necesidad y con falta de recursos para solventar sus necesidades.²⁹³

6. Datos estadísticos de la discapacidad en España.

El Instituto Nacional de Estadística ha realizado encuestas sobre discapacidad, considerándolas una serie de “operaciones estadísticas en forma de macroencuestas[...] las cuales[...] fueron realizadas en 1986, 1999 y 2008. La *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Minusvalías* (EDDM 1986), la *Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud* (EDDS 1999) y la *Encuesta de Discapacidad, Autonomía Personal y Situaciones de Dependencia* (EDAD 2008)”.²⁹⁴

Basando sus enfoques metodológicos en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, así como en las clasificaciones internacionales vigentes en el año de realización de cada encuesta.

De EDAD 2008 podemos observar que en España (durante ese periodo) existían 38, 479 personas con discapacidad, de las cuales las mujeres eran 23, 002 y los

²⁹² *Ibidem*. Artículo 51°.

²⁹³ *Ibidem*. Artículo 50°.

²⁹⁴ Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta sobre Discapacidades: autonomía personal y situaciones de dependencia 2008*. [En línea]. España, INE, 2008. [Fecha de consulta: 7 diciembre 2015] Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>.

hombres 15, 477; resaltando notoriamente que a partir de los 65 años es donde se encuentra concentrada mayormente la población con dicha condición.

Del total de la población identificada 5, 484 poseen sólo una discapacidad; un aproximado de 5, 455 tienen dos discapacidades; mientras que 16, 896 personas poseen de tres a diez discapacidades; y solamente 10, 040 de once en adelante. Lo anterior es de gran utilidad para mostrar no sólo la existencia de un gran número de personas con discapacidad en España, sino que sus necesidades son varias y proporcionales a sus múltiples desventajas; lo que se debe de ver reflejado en las políticas públicas que implemente el Estado español.

En relación al impacto que tiene el gobierno sobre la población en estudio, se puede ver que tomando en cuenta el número de personas que tienen *Certificado de Minusvalía* que es de 13, 225 lo que es menor en relación a las que no cuentan con él (aproximadamente 24, 524); pudiendo deducir que no existe una adecuada difusión de los programas y políticas públicas o que tales medidas son inadecuadas en cuanto a fondo y forma.

Por último, de la población con discapacidad según el tipo de ayuda en conformidad con sus necesidades, se encuentra que 10, 121 personas no tienen ayuda alguna; mientras que 10, 992 reciben sólo asistencia personal, unos 4, 432 tienen respaldo técnico y 9, 840 personas reciben ambos tipos de asistencia.

7. Conclusiones del panorama español.

Ha quedado establecido que España es una país donde se protege desde su Constitución a las personas con discapacidad a partir de una interacción de enfoques, pero que al final pueden considerarse plenamente consolidados al proporcionar una solución integral.

La amplitud en cuanto a la protección social que proporciona la legislación española es de reconocerse, sobre todo debido a su generosidad con los nacionales e inclusive con los extranjeros dentro de su propio territorio. En cuanto a las prestaciones contempladas para lograr el bienestar de la persona y su salud, es fundamental que cubra un gran número de ámbitos, así como la prestación de la seguridad social. Cada uno de estos factores se retomarán para el caso mexicano.

Su política pública se basa no sólo en la atención de las necesidades de las personas con discapacidad, sino en la prevención de deficiencias o en disminuir las desventajas estructurales; esto con el fin de proporcionar una mejor calidad de vida a sus habitantes.

Lo anterior es importante debido a que como se vio, la cantidad de personas con discapacidad que se tienen contabilizadas (certificadas o no) es muy grande, así como es notorio que las mujeres son las que en su mayoría se encuentran en dicha condición, pues presentan discapacidades múltiples.

V. FRANCIA.

Francia es una república social y democrática que garantiza el principio de igualdad ante la ley a todos sus ciudadanos, así como el principio de gobierno del pueblo, por el pueblo y para el pueblo, depositando ahí su soberanía.²⁹⁵

²⁹⁵ *Constitución Francesa*. [En línea]. 4 de octubre de 1958. Última reforma 23 de julio de 2008. Artículo 1°, 2° y 3°. [Fecha de consulta: 13 diciembre 2015] Disponible en: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/constitution-espagnol_juillet2008.pdf.

1. *Constitución francesa: reconocimiento de la seguridad social y las personas con discapacidad.*

Por mandato constitucional, todos los ciudadanos franceses y los pertenecientes a los territorios de ultramar que se adhieran a la República francesa, deben ser considerados libres e iguales ante la ley, sin distinción alguna por razón de origen, raza, religión o creencia.

El parlamento es el encargado de legislar sobre los derechos cívicos y garantías fundamentales de los ciudadanos; además del derecho a la seguridad social, cuya financiación será a través de proyectos votados conforme las condiciones previstas en la ley orgánica correspondiente, para lo cual en caso de ser requerido por parte del gobierno, el Consejo Económico y Social emitirá su dictamen sobre dichos proyectos de ley.

En materia de discapacidad, la Constitución no emite algún pronunciamiento al respecto, quedando clara la norma a través de su legislación interna.

2. *Marco normativo internacional de seguridad social y discapacidad.*

La Constitución francesa reconoce y otorga validez oficial a todos aquellos tratados internacionales que en virtud de una ley sean ratificados, aprobados y publicados, los cuales en caso de ser contrarios a la Constitución, se implementarán las reformas necesarias para su efectiva aplicación en el país. Dichos cambios serán propuestos conjuntamente por el Presidente de la República (a petición del Primer Ministro) y por los miembros del Parlamento.²⁹⁶

En tal orden de ideas, Francia reconoce lo establecido y obligado con otros instrumentos internacionales como la *Declaración Universal de Derechos*

²⁹⁶ *Ibidem.* Artículos 53°, 54° y 89°.

Humanos,²⁹⁷ la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial*,²⁹⁸ la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad* y su protocolo facultativo,²⁹⁹ junto con los tratados internacionales que tengan alguna vinculación con el tema de la discapacidad.

3. Marco normativo interno de seguridad social y discapacidad.

Francia, con su ley de 1975,³⁰⁰ otorgó a las personas con discapacidad el derecho al acceso para determinados recursos económicos y a un *modus vivendi* con un entorno menos adverso; lo que permitió tener posibilidad de entrar al campo laboral y educativo, así como positivizar una obligación nacional (tanto en el sector público como privado) para hacer frente a los obstáculos derivados de la discapacidad. Ante tales perspectivas, se tiene que garantizar desde un punto de vista jurídico, un gran conjunto de derechos de las personas con discapacidad para que dispongan de los medios para obtener un empleo, pues se tiene una designación del 6% para dicho fin en la plantilla laboral.

Esta ley creó la *Ayuda para los Adultos Discapacitados*, la cual es un apoyo económico para todas aquellas personas con un nivel de discapacidad severo que les impide laborar con regularidad; que no tienen acceso a otro tipo de recursos económicos para su subsistencia.

²⁹⁷ *Ibidem*. Artículo 10°.

²⁹⁸ *International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*. [En línea]. Treaty Collection. United Nations, New York. 7 March 1966. [Fecha de consulta: 13 diciembre 2015] Disponible en: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV-2&chapter=4&lang=en

²⁹⁹ *Convention on the Rights of Persons with Disabilities*. [En línea]. Treaty Collection. United Nations, New York. 13 December 2006. [Fecha de consulta: 14 diciembre 2015] Disponible en: https://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IV15&chapter=4&lang=en#EndDec.

³⁰⁰ *Ley del 30 de junio de 1975* sobre la orientación a favor de las personas discapacitadas.

Con la ley de 2005³⁰¹ basada en la inclusión, se logró anexar dos derechos más: la compensación y la accesibilidad. A partir de estas adiciones normativas se considera a la discapacidad desde un enfoque teórico *radical-sociopolítico*.

El derecho a la compensación radica en “la movilización de las ayudas de cualquier naturaleza que permite a una persona superar las consecuencias de su discapacidad en los actos de la vida diaria. Estas ayudas pueden ser humanas (asistencia de un apoyo a domicilio), técnicas (silla de ruedas, prótesis), animalista (perros para invidentes) o consistir en una rehabilitación de la vivienda, del vehículo o en un ingreso para una residencia”.³⁰² También existe el *Plan Personalizado de Compensación*, el cual es el resultado de varios estudios realizados por un equipo multidisciplinario encargado de evaluar a la persona con discapacidad de una forma integral para determinar sus obstáculos internos y externos, con el fin de poder proporcionar la retribución económica adecuada para que la persona realice su proyecto de vida.

Por otro lado, la accesibilidad es un derecho donde intervienen múltiples actores (tanto públicos como privados) y que:

Tiene un fuerte alcance, especialmente a dos niveles. Por una parte, se aplica a todos los tipos de discapacidad. Los problemas de accesibilidad vinculados a la cuestión física y especialmente a los desplazamientos en silla de ruedas son los mejor identificados por los ciudadanos; pero las discapacidades sensoriales están igualmente muy concernidas e imponen en numerosos lugares unas formas múltiples de señalización y de

³⁰¹ *Loi n° 2005-12: pour l'égalité des droits et des chances, la participatio net la citoyenneté des personnes handicapées*. [En línea]. Legifrance, Francia. 11 de febrero de 2005. [Fecha de consulta: 18 diciembre 2015] Disponible en: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D674C5D34223AC80DDBC1674B2809665.tpdila08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=cid.

³⁰² URTEAGA, Eguzki. *La política a favor de los discapacitados en Francia*. [En línea]. España, Universidad del País Vasco, 2010. [Fecha de consulta: 18 diciembre 2015] p. 83. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4317/b15971004.pdf?sequence=2>.

difusión de la información. Por otra parte, concierne a todos los aspectos de la vida social: “marco construido”, según la fórmula empleada por la ley, es decir, los centros que acogen al público, las viviendas y los locales profesionales. “Cadena de desplazamientos”, lo que cubre a la vez la red viaria y el transporte público. Por último, la accesibilidad concierne también a los bienes y servicios culturales, el ejercicio del voto o el deporte.³⁰³

Con el fin de garantizar todo lo anterior, el gobierno francés emitió varios decretos fijando fechas límite para la implementación física de las medidas de accesibilidad en la infraestructura pública, privada y de transporte. Y en caso de no cumplir en tiempo y forma con lo establecido, existen medios coercitivos como multas o cárcel.

En materia de seguridad social, el Estado francés contempla en su legislación cinco apartados:

- El régimen general que cubre a la mayoría de los trabajadores por cuenta ajena; así como a otras categorías de personas (estudiantes, beneficiarios de determinadas prestaciones, residentes) que, a lo largo de los años, han estado afiliados.
- Los regímenes especiales de los trabajadores por cuenta ajena de los cuales algunos cubren todos los riesgos y otros sólo el seguro de vejez (los nacionales dependen en dicho caso del régimen general para cubrir los demás riesgos).
- El régimen agrícola que engloba todos los riesgos, pero en dos líneas distintas: los agricultores autónomos y los trabajadores agrícolas por cuenta ajena.

³⁰³ *Ibidem.* p. 85.

- Los regímenes de trabajadores autónomos no agrícolas: existen tres regímenes para el seguro de vejez de los trabajadores autónomos (artesanos, comerciantes e industriales, así como profesiones liberales) y un régimen del seguro de enfermedad.
- Los regímenes del desempleo y los obligatorios de las pensiones complementarias.³⁰⁴

A dichos regímenes se tiene acceso mediante la afiliación derivada de una actividad remunerada que genera cotizaciones, las cuales están a cargo de los ministerios de seguridad social, agricultura, trabajo y presupuesto. Para tener acceso a los servicios de salud, las personas con discapacidad pueden hacerlo a partir de la actividad profesional que realicen, ya sea por residir de forma continua y habitual en territorio francés (a través de la *Cobertura Universal de Enfermedad*) o por ser dependiente de alguna persona que cotice.

En el caso de las personas con alguna discapacidad adquirida, pueden acceder a las prestaciones de invalidez si previamente estuvieron afiliados un mínimo de 12 meses; además de comprobarse una reducción de dos tercios en su capacidad para trabajar, obteniendo el 30% del salario derivado de la media de los 10 mejores años y dividido por 10 o menos en caso de haber trabajado menos de ese periodo anteriormente estipulado. En el caso de estar completamente imposibilitado para laborar, se le otorgará una pensión del 50% del salario calculado con el mismo procedimiento precedente. En este último supuesto, se adquiere el derecho del reembolso en los gastos de los servicios de salud al 100 por ciento.

De igual forma existen las prestaciones de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales “debido a un accidente o una enfermedad, el asegurado tiene una

³⁰⁴ Comisión Europea. *La seguridad social en Francia*. [En línea] .s.l.i. Unión Europea, 2012. [Fecha de consulta: 21 diciembre 2015] p. 5. Disponible en: http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_es.pdf.

incapacidad para el trabajo permanentemente parcial (de al menos el 10% en el caso de los trabajadores por cuenta ajena o el 30% en el caso de los agricultores autónomos) o total y, por lo cual, tiene derecho a percibir una pensión. El importe de dicha retribución dependerá del salario percibido en los 12 meses anteriores a la incapacidad y del grado de discapacidad permanente”.³⁰⁵

Cabe hacer mención que en caso de tener algún hijo con discapacidad, el padre o la madre pueden solicitar el subsidio para educación especial (prestaciones familiares); además de complementarlo con el apoyo adicional otorgado en caso de no tener pareja o contratar a una tercera persona para la atención del hijo menor de 20 años.³⁰⁶

Existe también el multicitado *Subsidio para Adultos con Discapacidad*, el cual se otorga a las personas de este sector que cuentan con 20 años y con un tope de 60 de edad, pudiendo complementarse con el subsidio de solidaridad para personas mayores y el de invalidez; esto debido al encarecimiento de recursos suficientes y que es evaluado por la *Comisión de Derechos y de Autonomía de las Personas Discapacitadas*.

La legislación francesa contempla (como se ha visto hasta ahora) varios supuestos en los que puede estar una persona con discapacidad. Esto con el objetivo de proporcionarle protección social si es totalmente dependiente. En esas circunstancias se puede acceder al subsidio de compensación por discapacidad (para personas menores de 60 años) y al subsidio personalizado de autonomía (para los adultos mayores).

³⁰⁵ *Ibidem.* p. 19.

³⁰⁶ Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS). *El sistema francés de protección social: prestaciones familiares*. [En línea]. Francia, CLEISS, 2015. [Fecha de consulta: 22 diciembre 2015] p. 5. Disponible en: http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/es_4.html.

4. Datos estadísticos de la discapacidad en Francia.

El Instituto Nacional de Estadísticas y Estudios Económicos es el encargado de realizar los censos en Francia; sin embargo, existen diversas organizaciones de la sociedad civil que han proporcionado información valiosa y confiable relativa al tema de la discapacidad. La razón de la existencia de tanta participación activa puede ser motivada por el gran número de personas con discapacidad que se encuentran en territorio francés, las cuales alcanzan los 11.8 millones de individuos, equivalente al 26.4% de la población total.³⁰⁷

En una encuesta realizada por la Federación Francesa de Ciegos y con una muestra de 1,005 personas, se obtuvieron resultados importantes para ser tomados en cuenta en las políticas públicas del país. Dentro de las discapacidades existentes, los franceses consideran la falta de visibilidad como una problemática severa (alrededor del 17%) en comparación con otras como las cuestiones motrices (aproximadamente el 66%) o los problemas auditivos (con el 44%).

Dentro de los problemas que siguen existiendo en la inclusión de las personas con discapacidad, se puede encontrar el acceso a una actividad laboral, en especial para los invidentes. De igual modo se considera que existe sólo el 15% de probabilidad de que encuentren trabajo en comparación con cualquier otro sujeto; esto a pesar de que más del 80% de los encuestados piensa que una persona con discapacidad visual puede realizar de igual forma una actividad laboral como cualquier otro individuo.³⁰⁸

³⁰⁷ PRADO, Christel. "Acompañar e incluir mejor a las personas en situación de discapacidad: un reto, una necesidad". En Sección de Asuntos Sociales y Sanidad. *Conseil Économique Social et Environemental*. [En línea]. Unión Nacional de las Asociaciones de Padres de Personas con Discapacidad Mental y sus Amigos. Francia. [Fecha de consulta: 23 diciembre 2015] Disponible en: http://www.lecese.fr/sites/default/files/travaux_multilingue/FI16_accompagner_inclure_handicap_ES.pdf.

³⁰⁸ The voice of blind and partially sighted people in Europe (EBU). *Francia: qué piensan los franceses sobre la discapacidad visual*. [En línea]. Paris, Francia, EBU Central Office, s.f. [Fecha de consulta: 23 diciembre 2015] Disponible en: <http://www.euroblind.org/newsletter/2015/march-april/newsletter/online/es/newsletter/noticias-internacionales/nr/2548/>.

Lo anterior se ve reflejado en las cifras relativas a la discriminación que experimentan las personas con discapacidad, teniendo que:

Menos de un 2% de aquellos que han hecho mención de una discapacidad en el CV han sido convocados para una entrevista. Las personas con discapacidad son contratadas principalmente a través de agencias de trabajo temporal, para de esa forma minimizar los riesgos de los empleadores. La discriminación empeora con la edad. Las mujeres tienen menos posibilidades que los hombres de encontrar trabajo y más probabilidades de sufrir violencia física y abuso sexual.³⁰⁹

Estos resultados y cifras tan desalentadoras referidas a las tasas de empleo de las personas con discapacidad en las que dentro del rango de 15 a 64 años representan solamente el 35% de los individuos con discapacidad contratados, cuando el porcentaje de los sujetos empleados en general es del 64 por ciento.

En cuanto a los recursos económicos derivados de programas sociales y compensaciones, hay que destacar que el 5% de la población es acreedora a una renta de sustitución en nombre de la discapacidad; mientras que el 28% recibe una pensión de invalidez y el 16% la ayuda para adultos discapacitados.³¹⁰

A pesar de que existe un gran avance en el marco normativo francés y se han proporcionado los incentivos adecuados para un gran número de personas con discapacidad. La mayoría de los ciudadanos franceses se sienten incómodos al estar cerca de un individuo con estas condiciones; lo que refleja que dicha

³⁰⁹ Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Declaración relativa a los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo: discriminación por razones de discapacidad*. [En línea]. ILO, s.f. p. 1. [Fecha de consulta: 28 diciembre 2015] Disponible en:http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_decl_fs_110_es.pdf.

³¹⁰ URTEAGA, Eguzki. *Op. cit.* p. 79.

situación es derivada de una equivocada interpretación social sobre las políticas públicas que han fomentado la exclusión en determinados sectores de la población.³¹¹

5. Conclusiones del panorama francés.

Si bien es cierto que Francia es un país donde se otorgan grandes beneficios a las personas con discapacidad, también lo es que por ser un Estado miembro de la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, su legislación es anterior a dichos tratados por lo que se han emitido varios decretos con el fin de solventar las deficiencias para cumplir con lo previamente estipulado. Con estos factores estructurales, se dispone de las suficientes herramientas comparativas para adentrarse en el caso mexicano.

En el caso francés (a diferencia de otros países) se cubre a las personas con discapacidad a lo largo de su vida de una forma integral, con un equipo multidisciplinario, mediante apoyos económicos, programas de rehabilitación, servicios de salud, compensaciones, accesibilidad y trabajo; siendo este último visiblemente aún deficiente, sin embargo, existe una positivización del Derecho que garantiza un mínimo porcentaje para obtener una fuente de ingresos por su propio esfuerzo profesional, en caso de estar en condiciones de hacerlo.

No obstante, falta sumar esfuerzos para lograr una correcta inclusión en la sociedad francesa de las personas con discapacidad; pero es de reconocer que a la fecha se tienen logros significativos que pueden ser tomados como ejemplo (para otros países como México) para implementar el diseño de políticas públicas eficientes y efectivas.

³¹¹ Disability World. *Resultados de una encuesta europea sobre actitudes sobre la discapacidad*. [En línea]. 16 de noviembre-diciembre 2006. [Fecha de consulta: 30 diciembre 2015] Disponible en: http://www.disabilityworld.org/11-12_02/spanish/vida/poll.shtml.

CAPÍTULO IV: PROBLEMÁTICA Y PROPUESTA.

La probabilidad de perder en la lucha no debe disuadirnos de apoyar una causa que creemos que es justa.

Abraham Lincoln, 1808-1865.

I. INTRODUCCIÓN.

Con base en los capítulos anteriores se ha visto cómo las personas con discapacidad (por su condición de minoría a lo largo de la historia) han estado en situación de desventaja respecto a la mayoría de la población; siendo hasta la actualidad cuando se les ha comenzado a tomar en cuenta a través de la defensa de su equidad, el goce de ciertos derechos y libertades. No obstante, aún falta mucho por alcanzar en términos de gestión estratégica y planificación gubernamental.

En nuestro contexto se puede señalar que: “en México, desde el punto de vista de los derechos fundamentales, se han identificado en situación de vulnerabilidad, entre otros, a los grupos indígenas, a las personas de la tercera edad, a los que sufren de algún tipo de discapacidad, a las personas infectadas por el VIH/SIDA, a las personas recluidas, a las mujeres, a los niños y a los migrantes”.³¹² Dicha información sustenta y afirma la conclusión de la *evolución normativa* del reconocimiento y protección de los derechos de grupos en esta situación de vulnerabilidad. Son esos parámetros normativos sobre los que se asienta el presente proyecto de política pública que propongo.

³¹² HIDALGO Ballina, Antonio. *Los Derechos Humanos: protección de grupos discapacitados*. México, Porrúa, 2006. p. 583.

Al respecto, concuerdo con las ideas de Hidalgo Ballina para quien existen dos etapas de la *evolución normativa* en una propuesta de política pública. La primera de ellas es la intolerancia al legislar para grupos de personas determinadas, justificando que suficiente es con tener una legislación general. Posteriormente, la segunda etapa se distingue al concientizar acerca de la realidad de dichos grupos en condición de vulnerabilidad, en particular al momento de hacer visible su imposibilidad de lograr la plena satisfacción de sus necesidades básicas, acompañada de todos los obstáculos internos y externos concernientes. Todo esto debido a que no existen los suficientes elementos estructurales y recursos para incentivar políticas públicas eficientes.

Esto prueba la latente necesidad de crear una protección estratégica adicional de acuerdo a sus necesidades y conforme a las palabras de Ballina: “se caracteriza por la creación de normas jurídicas que por una parte reafirman las reglas básicas ya existentes; y por la otra, las complementan, las reorientan, y adaptan para atender las necesidades del grupo de que se trate”.³¹³ Es así que durante la lucha por el reconocimiento de las personas con discapacidad, es notorio que el Estado no ha logrado satisfacer las necesidades del colectivo, manteniéndolos en una situación de desventaja respecto a la generalidad.

Al momento ha quedado establecido que la salud como derecho fundamental que tiene todo individuo, adquiere una connotación especial cuando se trata de las personas con discapacidad. Esto se explica a través de la condición de este sector y los aspectos que implica el tener una discapacidad como se ha visto en los capítulos anteriores. Principalmente existe una transformación de vida, tanto para quien se encuentra en esta situación, como para sus familiares (seres cercanos y cuidadores); tales cambios pueden ser desde físicos, como una limitación en su movilidad (sea notoria o no), hasta el depender completamente de otra persona. Cabe recordar que no todas las discapacidades son adquiridas ya que pueden ser por enfermedad, accidente o riesgo de trabajo. Igualmente existen aquellas que

³¹³ *Ibidem.*

son congénitas, por situaciones de ignorancia al no atender correctamente una enfermedad o embarazo, genética o por pobreza.

Conforme a lo dicho en la *Convención Internacional sobre de los Derechos de las Personas con Discapacidad*, en lo referente al desarrollo social de este sector así como a hacer valer su derecho a disfrutar del “más alto nivel posible de salud física y mental”. México al ratificar dicha Convención, refrenda su compromiso a favor de la promoción y protección de los derechos de los individuos en situación de discapacidad, tanto dentro de territorio nacional como en el exterior y de igual forma se harán efectivos para los extranjeros que residen o están de paso en nuestro país.

Para apreciar los resultados de lo anterior y como fundamento estructural de mi propuesta de política pública, específicamente en materia de salud, es importante el evaluar el desarrollo de la cobertura de los servicios a la población en estudio mediante el uso de datos estadísticos, pues ya se tienen los referentes jurídicos del proyecto y faltan los cuantitativos.

II. DATOS ESTADÍSTICOS DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN MÉXICO.

Una de las problemáticas que más nos aquejan es la falta de bases de datos confiables que nos permitan identificar con precisión la localización y caracterización de la población con discapacidad, las cuales nos podrían proveer de los indicadores necesarios para diseñar un sistema de referencia nacional a partir del que se constituya un panorama más general acerca de la calidad de vida de la población con discapacidad en México. Desafortunadamente, mucha de la información de la que se dispone se encuentra desagregada e incompleta, ocasionando que no se tengan las herramientas estadísticas suficientes para implementar una *Política Pública de Discapacidad* que se apegue fehacientemente a lo que experimenta nuestra realidad social (Lascorz y Pardo 2002: 50).

La importancia del tema de la salud en México radica en las cifras realmente significativas relativas a la discapacidad. Diferentes censos como los de la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía informan que en México existen entre 112, 336, 538 y 115, 000, 000 millones de habitantes,³¹⁴ de entre los cuales del 6.6% al 9% de la población total del país presenta algún tipo de discapacidad.³¹⁵ Este sector es atendido en su mayoría por la Secretaría de Salud (con 35.6%), siguiéndole el IMSS (con 33.1%); posteriormente las instituciones privadas (con 20.1%), el ISSSTE (con el 6.8%), por otro lugar (3.3%) y por Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) o la Secretaría de Marina (SEMAR) (1.1%).³¹⁶ A partir de estos parámetros estadísticos mi propuesta de política pública se postula por una ayuda conjunta entre el sector público y privado para obtener recursos, incentivando actividades laborales específicas para las personas con discapacidad; permitiéndoles, en un primer momento, la obtención de infraestructura gubernamental y después buscar con su propio trabajo un autofinanciamiento sustentable.

Ante estas cifras se puede constatar que en materia de salud se está atendiendo a este sector, sin embargo no significa que se haya logrado cubrir las necesidades del total de la población; además de que el servicio tiende a ser deficiente e insuficiente. Esto provoca gastos de bolsillo ya que continúa existiendo una gran cantidad de personas con discapacidad (equivalente al 30%), que aún no goza de

³¹⁴ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censo de Población y Vivienda 2010*. México, INEGI, 2010. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>.

³¹⁵ Secretaría de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)*. México, Secretaría de Salud, 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx>; Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012)*. México, INEGI, 2012. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/>.

Por otra parte, el *Censo de Población y Vivienda 2010*, a nivel nacional, identifica 5, 739, 270 personas con alguna dificultad de carácter física o mental; observando que las personas adultas mayores (60 años y más) son las que presentan un alto grado de dificultad motora.

³¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010*. [En línea]. México, INEGI, 2013. [Fecha de consulta: 1 de agosto de 2015]. p. 64. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/di_scapacidad/702825051785.pdf.

seguridad social o algún servicio de salud. Según los censos, entidades federativas como Aguascalientes, Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Nayarit, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Yucatán superan el 80% de afiliados a alguna institución de seguridad social; mientras que por el contrario, en las entidades de Chiapas, Guerrero, Michoacán, Oaxaca, Puebla y Veracruz el porcentaje de personas con discapacidad no derechohabiente es más alto que en los demás estados del país. Como se puede ver existe un gran contraste en cuanto a la accesibilidad de los servicios de salud en distintas regiones, lo cual genera una brecha de desigualdad para ejercer los mismos derechos y oportunidades para una mejor calidad de vida, así como su plena integración a la sociedad.

El Instituto Nacional de Estadística y Geografía³¹⁷ contempla el término “personas con discapacidad” como al conjunto de la población *que tiene dificultad o limitación para realizar al menos una de las siete actividades consideradas básicas* de acuerdo con el *Censo de Población y Vivienda 2010*, las cuales son: caminar o moverse, ver, hablar o comunicarse, escuchar, atender el cuidado personal, poner atención o aprender y la limitación mental.

Al respecto se puede decir que más que una condición física, la discapacidad es una condición humana en donde convergen factores tanto internos como externos, pues las limitantes físicas no son la única barrera para su inclusión social; esto es importante debido a que las cifras no arrojan un panorama confiable, real y certero, excluyendo a personas en dicha condición que en realidad necesitan la protección y ayuda del Estado.

³¹⁷ El Consejo en coordinación con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) desarrollarán el *Sistema Nacional de Información en Discapacidad* que tendrá como objetivo proporcionar información de servicios públicos, privados o sociales para todo tipo de datos relacionados con la población con discapacidad, los cuales podrán ser consultados por medios electrónicos o impresos a través de módulos de consulta colocados en instalaciones públicas. Consúltese, *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*. Diario Oficial de la Federación. *Op. cit.* Artículo 23°. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5191516&fecha=30/05/2011.

1. Por zona y entidad federativa.

Conforme a las cifras manejadas en la *Observación No. 5* de la ONU, el 80% de las personas con discapacidad en el mundo viven en zonas rurales de países en desarrollo,³¹⁸ dentro de los cuales se encuentra México. Es así que las entidades federativas de nuestra república que cuentan con mayor cantidad de población con discapacidad son: Estado de México, Distrito Federal (actual Ciudad de México), Veracruz y Jalisco. Por otro lado, las entidades con menor número son: Campeche, Colima y Baja California Sur.³¹⁹ En el mismo sentido se observa que 72 de cada 100 personas con discapacidad (que en su mayoría presentan una o más discapacidades de tipo motriz, mental y psicosocial) se concentran en zonas urbanas de 2, 500 o más habitantes; lo que representa un 6.1% frente al 4.8% de las zonas rurales,³²⁰ donde la prevalencia de la discapacidad auditiva y visual es mayor a pesar de que a nivel nacional la insuficiencia más frecuente es la de movilidad con un 58%.³²¹ Estas condiciones reflejan la falta recursos y menores posibilidades de acceso a los servicios de salud, así como mayores barreras externas.

2. Por rango de edad y derechohabiencia.

Existen dos clasificaciones de personas con discapacidad, que son: 1) las que gozan de algún tipo de servicio integral de salud con protección financiera ya que son trabajadores asalariados y afiliados a determinada institución de seguridad social; y 2) se encuentran los que no tienen ningún tipo de prestaciones y están

³¹⁸ Organización de las Naciones Unidas. *Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 5: personas con discapacidad*. [En línea]. 11 período de sesiones, 1994. E/C.12/1994/13. [Fecha de consulta: 18 Octubre 2015]. Disponible en: <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm5s.htm>.

³¹⁹ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010*. Op. cit. pp. 42 y 43.

³²⁰ *Ídem*.

³²¹ Se reporta que a nivel nacional las discapacidades que le siguen son las dificultades o limitaciones visuales (con 27.2%), las cuestiones auditivas (12.1%), las mentales (8.5%), del habla y comunicativas (8.3%), para atender el cuidado personal (5.5%) y, finalmente, el proceso de aprendizaje (4.4 %). Véase, INEGI. *Censo de Población y Vivienda 2010*. Op. cit. p. 35.

expuestos a buscar apoyo en la Secretaría de Salud, organizaciones de la sociedad civil, caritativas o en ciertos casos por urgencia en el sector privado.

Dentro de la población con discapacidad, 81 de cada 100 personas tienen 30 o más años, el restante son menores de esa edad; el promedio global es de 55 años. Por otro lado, en el resto de la población, 58 de cada 100 tienen menos de 30 años y los restantes más de esa edad; entre tanto, poseen un promedio alrededor de los 28 años. Basados en estos referentes estadísticos se concluye que el grupo en estudio es demográficamente más longevo, pues se integra principalmente por personas adultas (de 30 a 59 años) y ancianos (de 60 años o más). Sin embargo, a pesar de que estos dos últimos sectores son quienes presentan mayor discapacidad, sólo los adultos mayores y los niños (de 0 a 14 años) que tienen alguna discapacidad, son aquellos que reportan tener mayor derechohabencia de seguridad social (alrededor del 72.5% y 69.8%, respectivamente); siguiéndoles los adultos de 30 a 59 años (con el 65.8%) y, por último, los jóvenes de 15 a 29 años (con el 59.7%). Esta situación me hace cuestionar la razón de por qué casi la mitad del grupo de jóvenes con discapacidad no cuenta con atención médica. Una de las posibles explicaciones puede ser la falta de empleo o algún otro medio que les permita acceder a los servicios de salud, confirmando la ineficacia del Estado por atender las necesidades de dicho sector.³²²

3. Por uso de los servicios de salud.

Respecto a los derechohabientes que gozan de algún servicio de salud, existen diversos factores que pudieran influir en la decisión de afiliarse, como la confianza en la atención recibida, la accesibilidad, el costo, entre otros más. Encontrarse al corriente de dicha información puede brindar un panorama sobre el acceso y el

³²² Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010. Op. cit.* p. 41.

grado de libertad que las personas con discapacidad tienen para hacer valer sus Derechos Humanos.

Es vital considerar importante el punto anterior, debido a que del total de personas con discapacidad de entre el 97.7% al 99% de ellas lo utilizan con regularidad (independientemente de que sea público o privado); pero hay que recordar que sólo el 68.8% es derechohabiente de algún sistema de salud. De ese sector las cifras muestran que de 100 personas con discapacidad, 36 acuden a centros u hospitales de la SSA, 33 al IMSS, 24 a la práctica privada y 7 al ISSSTE. No obstante, la información proporcionada por el INEGI muestra que entre la quinta y la cuarta parte de las personas con discapacidad acuden a instituciones privadas cuando lo necesitan, lo que afecta y causa un desequilibrio en su economía o en el de las personas que los atienden, procuran o cuidan.

En cuanto a las diferentes regiones del país, tenemos que en el centro-sur y la parte sureste, del 62% al 35% de los usuarios se atiende en la SSA, entre 30% y 10% en el IMSS y del 20% al 10% en el sector privado. Por otro lado, en la región norte y centro, del 35% al 60% acude al IMSS, del 10% al 30% al SSA y entre el 10% y 20% acuden a los servicios privados.

Lo anterior demuestra la influencia que tiene el desarrollo socioeconómico e industrial de cada entidad federativa; siendo así que los estados del centro y del norte son quienes proporcionan a su población con discapacidad prestaciones de salud más institucionalizadas por medio de la fuente de trabajo. Así concluimos que la Secretaría de Salud tiene mayor presencia en los estados con niveles más bajos en desarrollo económico.

De acuerdo con la información recabada en la *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2010* (ENIGH),³²³ se encuentra que el 16.4% de las

³²³ "El objetivo de la ENIGH es proporcionar un panorama estadístico del comportamiento de los ingresos y gastos de los hogares en cuanto a su monto, procedencia y distribución. Adicionalmente

viviendas del país cuentan con, al menos, una persona con discapacidad. Esta situación hace que gasten en atención médica y sus derivados el doble, en comparación con los hogares en los que no existe un individuo con esas condiciones; lo que representa el 4.6% frente a 2.4%; utilizando de dicho gasto un 77.2% para atención primaria o ambulatoria, 16.1% en medicamentos sin receta y 6.7% en atención hospitalaria.

El tener información real, congruente, confiable y reciente sobre la cantidad de personas con discapacidad; además del tipo de necesidades que tienen (si es que son únicas o múltiples), el rango de edad, sexo, razones por las cuales los tienen, entre otros datos, permite darnos cuenta de la importancia y la complejidad de la discapacidad, junto con las posibilidades de atenderla lo más eficientemente factible. Mientras más información confiable tengamos, podemos dar solución a la problemática que viven las personas con discapacidad; así mismo es necesario armonizar los conceptos, parámetros, estándares estadísticos al Derecho positivo mexicano y tratados internacionales para evitar la exclusión de ciertos individuos que realmente se encuentran en dicha condición conforme a la norma pero no en la estadística. Esto debido a que esta última maneja a la discapacidad desde un enfoque teórico *médico-rehabilitador*.³²⁴ Es a partir de estos factores estructurales como se puede construir una propuesta de política pública eficaz.

Así como las sociedades evolucionan, es imprescindible que sus marcos normativos también lo hagan; por lo que las políticas públicas y los sistemas de salud deben de seguir el mismo proceso continuo de desarrollo, requiriendo una considerable reestructura institucional para consolidarlas y hacerlas más eficientes. Al notar que nuestra seguridad social incluye una serie de programas

ofrece información sobre las características ocupacionales y sociodemográficas de los integrantes del hogar; así como las características de la infraestructura de la vivienda y el equipamiento del hogar". Consúltese, INEGI. *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2010*. Op. cit. p. 45.

³²⁴ Según datos del INEGI, de cada 100 personas con discapacidad, 84 tienen dificultad en una sola actividad, 11 en dos actividades y 5 personas en tres o más labores. Lo anterior representa el 16.5% de la población reporta discapacidad múltiple.

tradicionales derivados de los diferentes entramados institucionales y de los esquemas asistenciales *médico-rehabilitadores*, resulta necesario alcanzar una cobertura universal del colectivo en estudio, pues es indispensable que el sistema se financie con recursos especialmente destinados a este sector (como se puede apreciar en los países de estudio que se compararon jurídicamente). Todo esto desde una perspectiva más realista en donde prevalezca una cobertura de seguridad social más allá de las prestaciones que otorga un empleo formal, logrando una protección social.

Por mandato constitucional se debe garantizar que las políticas públicas cumplan con los principios de universalidad, no discriminación, calidad y equidad. En donde los recursos económicos no son suficientes resulta imprescindible implementar un capital humano altamente capacitado. Se necesita un cambio de pensamiento en donde se reflexione el papel de cada actor en el ámbito de la seguridad social tanto de las autoridades gubernamentales, como de servidores públicos, médicos, enfermeras, derechohabientes y la sociedad en general. Estas reflexiones sustentan su importancia en el compromiso que las leyes guardan en favor de los derechos de sus ciudadanos.

Es así que el Estado tiene que crear opciones o condiciones en donde el servicio de salud propicie verdaderas relaciones interpersonales entre los actores que intervienen en el mismo, sin importar bajo el contexto que sea y cualquiera que sea su tipo de discapacidad; se les debe considerar como parte de un país incluyente, democrático y responsable. Esos son propiamente los alcances y propósitos que se fijó la presente investigación.

Ahora bien, la salud por ser parte de los Derechos Humanos es una prerrogativa que requiere mayor atención en lo concerniente a las personas con discapacidad. Dicha condición es “una de las situaciones que limitan esos derechos y por ello exige la intervención del sector público que no debe limitarse a suministrar protección, sino que debe articularse como el cumplimiento de los derechos que le

corresponden de cara a su [inclusión] para que sean erradicados el aislamiento y la discriminación social”.³²⁵

La importancia de velar por el derecho a la salud reside en que “cierto grado de bienestar físico y mental es necesario para poder ejercer los derechos fundamentales y para participar plenamente en la vida civil, social, política y económica del Estado. Al mismo tiempo, el ejercicio de los Derechos Humanos es esencial para que los individuos con discapacidad puedan disfrutar de una verdadera vida digna”.³²⁶

El derecho a la salud debe otorgarse a todos los seres humanos con o sin discapacidad, pero por la particular situación de vulnerabilidad en que se encuentra este sector, es vital su pleno ejercicio para lograr una calidad de vida con dignidad a través de los principios de indivisibilidad, interdependencia e integralidad.³²⁷ A partir de tales condiciones se puede aseverar que:

La libre capacidad de autodeterminación personal impidiendo hacer del ser humano un objeto de la acción estatal, es un valor absoluto proyectado sobre los derechos constitucionalizados, configurando así un contenido mínimo invulnerable que todo estatus jurídico debe asegurar. Esto es así porque los derechos fundamentales siempre se han mostrado refractarios a la ley y a su propio reconocimiento por parte de instrumentos jurídico-

³²⁵ FIGUERUELO Burrieza, Ángela. *Op. cit.* p. 610.

³²⁶ Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Documento CD47/15. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados.* [En línea]. Washington, USA, OMS, 2006. [Fecha de consulta: 18 Octubre 2015] p. 10. Disponible en: http://www.e-jaguar.org/index.php/component/docman/doc_view/17-la-discapacidad-prevencion-y-rehabilitacion-en-el-contexto-del-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-de-salud-fisica-y-mental-y-otros-derechos-relacionados?Itemid=137.

³²⁷ SERRANO, Sandra. *Teoría jurídica de los Derechos Humanos: las características de los Derechos Humanos en el Derecho Internacional.* [En línea]. México, FLACSO, 2010. [Fecha de consulta: 18 Octubre 2015]. p. 5. Disponible en: http://www.equidad.scjn.gob.mx/biblioteca_virtual/doctrina/81.pdf.

positivos. Quizá esto sea debido a la fuerte impronta iusnaturalista que está en su origen o quizá por la función política que están llamados a desempeñar como límites a todo poder. De ahí el deseo persistente de los derechos por ser mantenidos al margen y por encima de toda legislación y a veces hasta de la propia Constitución.³²⁸

Considerando que el derecho a la salud se encuentra consagrado en el cuarto párrafo del artículo 4° de nuestra *Carta Magna* y el artículo 25° de la *Declaración Universal de Derechos Humanos* (1948), los cuales dicen:

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73° de esta Constitución”.³²⁹

En consonancia con esta perspectiva, toda persona y sus familiares tienen derecho a un nivel de vida adecuado que les asegure la salud, el bienestar, una sana alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. De igual forma tienen derecho a un seguro en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.³³⁰

Todo lo anterior implica diseñar y realizar campañas que capturen los ideales anteriormente mencionados, aprovechando todos los medios de difusión (internet,

³²⁸ FIGUERUELO, Burrieza Ángela. *Op. cit.* p. 611.

³²⁹ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. [En línea]. Diario Oficial de la Federación, México, D.F. 5 de febrero de 1917. Disponible en: <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>.

³³⁰ *Artículo 25° de la Declaración Universal de Derechos Humanos*. [En línea]. Naciones Unidas, Estados Unidos, Nueva York, 1946. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

redes sociales, prensa, radio, televisión etcétera) que también deberán ser accesibles e inclusivos. Es importante que las personas con discapacidad sean partícipes en tales campañas, en las que se muestre su auténtica realidad, sus condiciones socioeconómicas y necesidades, así como las de sus familiares. A la par se deben fomentar otras formas de comunicación entre las personas con discapacidad y su medio social. Implementar sistemas de lectura y escritura táctil como el Braille u otras estructuras alternativas de comunicación;³³¹ por ello es importante que el servidor de salud sea empático con el paciente, que la comunicación sea fundamental para brindar una atención de calidad, humana y responsable. No tomarlos en cuenta significa hacer caso omiso de los derechos de las personas con discapacidad.

Hay que recordar que otro problema a enfrentar es la situación de pobreza extrema en la que viven ciertos grupos de personas con discapacidad de avanzada edad, pues generalmente este sector se encuentra alejado de las instituciones de salud, lo cual crea una mayor condición de vulnerabilidad en dicho colectivo. Por lo tanto, este es uno de los grandes retos sociales y sanitarios de nuestro tiempo para las próximas décadas. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población, demográficamente las personas adultas mayores tendrán un crecimiento de 10% a 15%, pudiendo llegar tentativamente hasta un

³³¹ Se le denomina SAC a los Sistemas Alternativos de Comunicación que van dirigidos a personas que carecen de un lenguaje oral (puede ser parálisis cerebral, autismo, sordera, ceguera, afasia, disfasia, discapacidad intelectual, etcétera) y que se ven obligados a la utilización de medios no verbales, los cuales son un sustituto del lenguaje que resultan muy útiles, por ejemplo: las señas, el bimodal (empleo simultáneo del habla y signos), la simbolización (objetos) o mediante el PECS que es el sistema de comunicación por intercambio de imágenes (Picture Exchange Communication System). Consúltese, Martínez Díaz, Jaqueline Michelle. *Sistemas alternativos de comunicación para niños con Síndrome de Down entre 8 y 12 años de edad cronológica*. [En línea]. Tesis (Título de Terapeuta del lenguaje). Guatemala, Universidad de San Carlos, 2014. p. 4 Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_4445.pdf.

25% en las próximas tres o cuatro décadas.³³² Esto deriva en un incremento de la cantidad de personas con discapacidad en una relación semejante.³³³

Dichas proyecciones no se limitan únicamente a realizar acciones e implementar políticas públicas propensas a eliminar cualquier tipo de violación a los Derechos Humanos, sino también en hacer efectiva la aplicación del sistema de justicia para todos aquellos individuos o instituciones que incurran en ilícitos que pongan en riesgo la dignidad humana como tal. Igualmente involucra la realización y adopción de todo acto administrativo llevado a cabo por cualquier funcionario o servidor público en el ámbito de su competencia para que se observen cabalmente todas las garantías reconocidas por nuestra *Carta Magna* y se apliquen las normas bajo la óptica de los principios *pro homineo*, *pro personae*³³⁴ y *effetutile*.³³⁵

Esta no es una demanda, sino una obligación establecida tanto en la *Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*³³⁶ y la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*³³⁷ que en México al existir omisión de estas normatividades, por consecuencia, se vulnera en perjuicio del Derecho Humano a la seguridad social; así como el reconocimiento de la

³³² Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. [En línea]. México, D.F, CONAPO, 2006. pp. 14-17. Disponible en:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/proyecciones_estatales/Proy05-50.pdf

³³³ *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. 30 de abril de 2014. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343100&fecha=30/04/2014.

³³⁴ En el ámbito internacional de los Derechos Humanos importa tener en cuenta una regla que se encuentre orientada a privilegiar, preferir, seleccionar, favorecer y tutelar para adoptar la aplicación de la norma que mejor proteja los derechos fundamentales del ser humano.

En el ámbito del Derecho internacional, el propio Artículo 31° de la Convención de Viena permite fundamentar lo que se ha denominado como el “Principio pro homine.” Consúltese, Henderson, Humberto. *Los Tratados Internacionales de Derechos Humanos en el orden interno: la importancia del “principio pro homine”*. [En línea]. s.e., s.f. pp. 53 y 54. Disponible en:

<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/5/2481/5.pdf>

³³⁵ “También conocido como principio de efectividad, implica excluir cualquier interpretación que anule o prive de eficacia a algún precepto constitucional; además de que no debe hacerse en función de la intención de las partes, sino a partir de la necesidad de producir un efecto útil en el momento de su aplicación.” Véase, Tron Petit, Jean Claude y Pérez Meza, Marco Antonio. *El control de convencionalidad en México*. [En línea]. s.e., s.f. p. 6. Disponible en:

http://jeanclaude.tronp.com/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=392.

³³⁶ Artículo 31° de Recopilación de datos y estadística.

³³⁷ Capítulo VII de Recopilación de datos y estadística.

autonomía e independencia de este sector, al ejercer la libertad de tomar sus propias decisiones de forma idónea o de los individuos que los tienen a su cargo.

Es así también que al momento de conocer que institución de salud atiende a las personas con discapacidad y que tipo de problemáticas trata, ayuda a planear mejor los proyectos de políticas públicas, en cuanto a la correcta distribución de los recursos financieros, insumos, personal, gestión estratégica, etcétera, ya que se han expuesto una serie de situaciones adversas que muestran que en lo relativo a la prestación de los servicios de salud a las personas con discapacidad las instituciones³³⁸ presentan los siguientes inconvenientes.³³⁹

- Carecen de los medicamentos indicados y necesarios para los diferentes tipos de discapacidad.
- Presentan insuficiente personal profesionalizado y sensibilizado.
- Practican el uso inadecuado de medicamentos psicotrópicos.
- Registran falta de equipo para terapia física, particularmente en aquellas personas con parálisis cerebral.
- Exhiben falta de conocimiento y acatamiento de las NOMS.
- Muestran una fallida estrategia de difusión de los derechos, programas e instituciones en favor de las personas con discapacidad.

En términos generales, se evidencia una normatividad limitada, falta de eficacia, escasez de recursos, poca profesionalización y bajo desarrollo infraestructural

³³⁸ BERENZON, Shoshana, *et. al. Evaluación de servicios de salud mental en la República mexicana*. [En línea] México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en:

http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf.

³³⁹ ROSENTHAL, Eric y Galván, Sofía. *Abandonados y desaparecidos: segregación y abuso de niños y adultos con discapacidad en México*. [En línea]. Trad. de Galván Sofía. México, D.F. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos/ Disability Rights International, 2010. Disponible en: <http://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Mex-Spanish-FinalPrinterVer-pdf-small.pdf>.

para una prestación de servicios óptima para los derechohabientes y sus familiares.³⁴⁰

En el mismo sentido, en el informe de la Organización Mundial de la Salud se asevera que existen ciertas afectaciones principales que obstaculizan el desarrollo social de la población con discapacidad; tales factores que se mencionan son los siguientes:

- a) Deficientes servicios sanitarios: uno de los sectores más vulnerables en este aspecto es el de las personas con discapacidad ya que (como se ha visto a lo largo de esta investigación) suelen tener poco acceso a los sistema de salud, en especial todos aquellos que viven en situación de pobreza y que constantemente deben lidiar con profundas desigualdades sociales que no les permite gozar de una vida digna.
- b) Bajos resultados académicos: de acuerdo a la percepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población con discapacidad tiene pocas posibilidades de acceder al sistema educativo. El fomento de la enseñanza en este sector suele ser significativamente menor al que se promueve en otros grupos poblacionales; además de preponderar altos índices de inasistencia, aunado al escaso compromiso y responsabilidad que asumen los sistemas educativos actuales en el aprendizaje de la personas con discapacidad (Navarro, Torres y Garzón 2011: 201-205).
- c) Incipiente participación económica: en este rubro también se puede apreciar los altos índices de desempleo que caracterizan a la población con discapacidad. A ello habría que agregar que los pocos que se encuentran actualmente desempeñando una actividad laboral reciben remuneraciones

³⁴⁰ Son familiares derechohabientes: el cónyuge, pareja con hijos en común, concubina o concubinario, hijos menores de 18 años o mayores que estén estudiando y no tengan más de 25 años o también siendo mayores de edad que padezcan alguna enfermedad crónica o discapacidad en tanto no desaparezca; así como los ascendientes que dependan económicamente del trabajador o pensionado. Lo que deja en estado de indefinición a los hermanos del trabajador o pensionado que estén dentro de algún supuesto similar al de los hijos ya que la única opción sería la adopción. Consúltese, la *Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*. *Op. cit.* Artículo 6°, fracción XII.

muy bajas por el trabajo que llevan a cabo. Si a este escenario se le suma que dentro de este mismo sector las mujeres que padecen alguna discapacidad son el grupo social más afectado debido a que sus oportunidades laborales son aún más escasas y la productividad de sus asociaciones es sumamente baja. De acuerdo a los índices estadísticos revisados, es claro notar que más de la mitad de la población de este sector no percibe un ingreso regular para la satisfacción de sus necesidades más inmediatas, lo cual se traduce en una incipiente participación económica (Ruíz y Jaraíz 2007: 26).

- d) Altas tasas de pobreza y marginación: la Organización Mundial de la Salud concluye que la población con alguna discapacidad al no tener un nivel educativo suficiente y disponer de pocas oportunidades laborales, deriva en una tendencia mundial en el que este grupo social experimenta altos índices de marginación. Aproximadamente el 75% de las personas con discapacidad viven en condiciones de pobreza y muy precarias de subsistencia (Herrera y Castón 2003: 99).
- e) Mayor dependencia y participación limitada: en las últimas décadas se ha podido identificar una tendencia a la institucionalización y segregación de la población a nivel mundial, ocasionando un aumento en los niveles de dependencia en cada uno de los aspectos de la vida social más relevantes en los individuos. En este contexto, es llamativo hacer mención a los familiares o cuidadores que se encargan de la atención hacia las personas con discapacidad, donde muchas veces, existe maltrato físico, psicológico y emocional. En nuestro país alrededor del 35% de la población que tiene algún tipo de discapacidad requiere de una persona que se desempeñe como cuidador permanente (Subirats 2007). Desafortunadamente, la mayoría de estos individuos no están profesionalizados para llevar a cabo esas actividades de forma eficiente y eficaz; sobre todo si consideramos el poco trato humano con el que realizan su labor (Loureau 1975: 105-106).

México ha tratado de ofrecer distintas respuestas institucionales para sanear cada una de estas problemáticas que se han presentado. No obstante, debido a una multiplicidad de factores ya sea por la inexistencia de recursos, la corrupción, la falta de responsabilidad sociopolítica, la ineficacia en la implementación de políticas públicas, la apatía de las autoridades gubernamentales, la ausencia de especialistas, etcétera, ha propiciado que nuestra población con discapacidad viva en condiciones muy precarias, de severa marginación y padeciendo de constantes prácticas discriminatorias. De todo esto se deriva que perdure una escasa información sobre las personas con discapacidad. Además resulta imprescindible señalar que las respuestas institucionales que México ha promovido en los últimos años se encuentran demasiado desarticuladas, incentivando una baja oferta para la densidad demográfica que ha experimentado nuestro país. De hecho, se puede hacer alusión a la profunda dispersión de los modelos de trabajo, teniendo como consecuencia también la separación de los recursos, acciones repetitivas de respuesta hacia el sector objeto de implementación, grupos poblacionales que están fuera de cualquier posibilidad de recibir alguna atención debido a que no tienen visibilidad social y un marco normativo interno que le hace falta un proceso de actualización que contenga un enfoque más social y orientado a los Derechos Humanos. Ante este panorama de tal significación, no se puede olvidar el desconocimiento y el desinterés en general que se tiene hacia las personas con discapacidad, pues a pesar de los proyectos que se han intentado aplicar no se ha logrado un cabal posicionamiento del tema con respecto a una resolución estructural más efectiva y de largo alcance (Moreno 2009: 166-179, 211-216).

III. PROPUESTA.

Finalmente se puede decir que México con sus leyes, reformas y programas se encuentra en vías de cambiar de la seguridad social tradicional a una protección institucionalizada de las personas con discapacidad. Puesto que desde la reforma realizada en el 2003 a la *Ley General de Salud* que originó en el 2004 el *Sistema*

de *Protección Social en Salud*, cuyas principales operaciones se realizan a través del *Seguro Popular* en el que se pretende establecer un seguro médico de nueva generación, han pasado por un periodo de once años sin arrojar resultados totalmente favorables o realmente significativos, pero que en esta propuesta pueden ver una oportunidad de mejora e implementación efectiva de las políticas públicas.³⁴¹

Como se aprecia en el *Informe sobre la Seguridad Social en América Latina 2013*³⁴² de la Conferencia Interamericana (CISS), el tener un sistema de seguridad social con carácter voluntario genera que sólo una parte de la población sea afiliada y es peor aún que los grupos en situación de vulnerabilidad se encuentren en menor proporción. Por consiguiente, el Estado incumple con la obligación a su cargo con base en el derecho fundamental a la seguridad social, el cual consiste en proporcionar protección a las personas con discapacidad contra las consecuencias de la vejez, sus barreras internas, externas y de la imposibilidad física para obtener los medios para su subsistencia que les permitan mantener una vida digna y decorosa. Un libre desarrollo de su personalidad, el bienestar y un nivel de vida adecuado para sí mismas y sus familiares.

Generándose una inestabilidad financiera al momento de que sólo se afilien a algún tipo de seguridad social las personas con discapacidad cuando necesitan algún servicio o atención (en el caso de tener los recursos suficientes para poder hacerlo), porque aquellos que utilizan frecuentemente los servicios saben muy bien la saturación que hay en esas instancias por la excesiva población afiliada a la que atienden.

³⁴¹Acción Ciudadana Frente a la Pobreza. *Primer Reporte Ciudadano sobre Calidad y Acceso Efectivo a la Salud*. [En línea]. México, Acción Ciudadana Frente a la Pobreza, 2015. pp. 2 y 3. Disponible en: <http://frentealapobreza.mx/wp-content/uploads/2015/11/PRIMER-REPORTE-CIUDADANO-SOBRE-CALIDAD-Y-ACCESO-EFECTIVO-A-LA-SALUD.pdf>

³⁴² Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS). *Informe sobre la Seguridad Social en América Latina 2013*. México, D.F. CISS. Enero 2013.

En la actualidad, el mandato constitucional que garantiza el Derecho a la seguridad social y a la salud del grupo en estudio no se cumple. Para que las personas con discapacidad puedan vivir en plenitud y tengan un acceso a estos servicios que cubran sus necesidades más inmediatas, deberá de cumplirse con lo estipulado en el *corpus juris ad hoc* y también tienen que existir las políticas públicas que lo contemplen; evitándose de ese modo una exclusión de tales Derechos Humanos. Ejemplos de actos excluyentes serían: servicios que no contemplan protocolos de actuación con base en la norma, personal del sector no capacitado, infraestructura inadecuada, o bien, una discriminación directa cuando se le niega a la persona los respectivos servicios o se le confiere un trato peyorativo.

1. Fondo Único del Sistema de Salud para las Personas con Discapacidad.

En los últimos años México ha tratado de implementar sistemáticamente una serie de acciones encaminadas a identificar con mayor detalle a la población con discapacidad para avanzar en el cumplimiento de sus derechos; para ello es necesaria la consolidación del *Sistema Nacional de Discapacidad* que permitirá la correcta aplicación de los parámetros infraestructurales que se presentan en esta *Política Pública de Discapacidad* (Lascorz y Pardo 2002: 44). De estas instancias de carácter institucional se derivará un *Sistema Nacional de Atención Integral para Personas en Situación de Discapacidad*, el cual recibirá sus recursos, en un primer momento, de un *Fondo Único del Sistema de Salud para las Personas con Discapacidad*,³⁴³ que será apoyado por las instancias respectivas del Estado y por medios provenientes de las organizaciones comunitarias más importantes de la esfera privada en cada localidad (Navarro, Torres y Garzón 2011: 18). Con ello se

³⁴³ En nuestro actual presupuesto de egresos se contempla el *Fondo para la Accesibilidad para las Personas con Discapacidad*, emitiéndose sus lineamientos de operación que se concentran en el procedimiento para acceder al fondo por parte de los estados; sin embargo, sólo se enfocan en la accesibilidad a la infraestructura física en general. *Lineamientos de operación del Fondo para la Accesibilidad de las Personas con Discapacidad*. Diario Oficial de la Federación. 30 de enero de 2015. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5380011&fecha=30/01/2015.

tendría el control en el gasto, uso eficiente y equitativo del presupuesto destinado a salud del grupo beneficiario para lograr una cobertura universal efectiva. Partiendo del principio de solidaridad, el fondo deberá crearse con la parte proporcional de los recursos destinados a cada institución de salud tanto de la federación como de los estados, quienes tendrán las mismas reglas de operación, recursos, insumos e infraestructura para la plena atención de las personas con discapacidad. Privilegiando lo preventivo, la atención primaria, la hospitalización general, el apoyo especializado y la asistencia domiciliaria a los individuos que así lo requieran. Todo esto respaldado por un estudio integral organizado por un equipo multidisciplinario. Se debe recordar la importancia que tiene el Derecho positivo mexicano en esta propuesta institucional de política pública con una gestión estratégica que se apoya en tres factores:

1. La existencia *de facto* y no sólo *de jure* del *Registro Nacional de Personas con Discapacidad* (RENADIS) y el *Sistema de Información sobre Discapacidad* (SIDIS), al momento de la obtención de la información estadística para identificar el ámbito de atención y sus necesidades.
2. Cobertura universal en salud de las personas con discapacidad para dar acceso regular a un paquete integral de servicios en salubridad acordes a las limitaciones que se tengan y que permita tener una protección social a la persona o en su caso de quien dependa.
3. Cobertura efectiva universal, la cual implica el que todas las personas en dicha condición desde su concepción, vida y hasta su fallecimiento tengan acceso a los servicios de salud con calidad y dignidad.

En sintonía con lo mencionado, la esencia del proyecto permite cambiar esa visión tradicional que se tiene sobre la discapacidad que es entendida como una “enfermedad” para impulsar un modelo más inclusivo con perspectiva de Derechos

Humanos que implique no solamente cuestiones biológicas, sino también elementos psicológicos y sociales que aborden parámetros multicausales para que sea contemplada desde su justa complejidad, rebasándose aquellas adscripciones que encasillan el análisis en relaciones dicotómicas, unidimensionales y excluyentes para tratar de consolidar un esbozo explicativo que maneje diversas perspectivas conceptuales a la vez y en el que se entienda con sumo cuidado el dinámico proceso de socialización que la persona con discapacidad construye día con día en los contextos políticos, sociales, económicos, ambientales y culturales en los que busca desenvolverse de manera óptima (Mishra 1992: 205). Sin embargo, es evidente que en el transcurso de esa vida se presentan cotidianamente multiplicidad de limitaciones y obstáculos que obstruyen su desempeño en las actividades diarias que pretende llevar a cabo en esos diferentes entornos de participación inclusiva (Hamzaoui 2005; Rodríguez 2011; Schön 1998).

El proyecto que se propone toma como eje central al núcleo familiar sin hacer distinción entre el concepto tradicional y no del mismo, que se constituye a partir de ser considerada unidad básica de tejido social que debe fortalecerse a través de un proyecto que proporciona una respuesta más integral a la población con discapacidad, incluyendo a sus allegados y cuidadores (Paugam 2007: 220-221), desde las zonas geográficas en las que habitan, por medio de un sistema de incentivos que se despliega a partir de la articulación de actores, instancias, instituciones, servicios y recursos que promuevan un pleno desarrollo humano para cumplir con prontitud con el ejercicio de sus derechos (sin olvidar también sus deberes). De hecho, lo que se pretende incentivar es un enfoque más heterogéneo, en el sentido, de que tenga la disponibilidad de manejar diversos niveles de complejidad para ajustarse a cada una de las particularidades y de las necesidades específicas que aquejan a los diferentes grupos poblacionales que padecen alguna discapacidad; se debe incluir también un código de ética de corresponsabilidad en el que se garantice una atención eficaz y humanística a lo

largo del transcurrir vital de esos individuos que se encuentran en situación de discapacidad (Friedmann 2006: 110 y ss).

Estos planes de atención conjunta se interrelacionan sistemáticamente para aportar una respuesta oportuna a las personas que así lo requieran, implementando una serie de medidas que permitan el ingreso a los diversos servicios sociales que ofrece el *Fondo Único*, tomando en cuenta también la gestión y referenciación a recursos infraestructurales que son suministrados por las instancias municipales, estatales y federales respectivas para la plena inclusión social de la población con discapacidad. Tales instrumentos de distribución y abastecimiento tanto de servicios como de recursos recibirán el nombre de *Centros de Equidad y Respuesta Conjunta para las Personas con Discapacidad*, los cuales gestionarán y canalizarán los servicios requeridos para su atención integral.

La implementación de este proyecto de política pública en forma masiva a nivel federal, con apoyo de las organizaciones de la sociedad civil y con el presupuesto de las autoridades gubernamentales permitirá:

- 1 Promover el acceso a los servicios de salud de forma universal a todas las personas con discapacidad.
- 2 Adoptar una estrategia y un plan de acción nacional que permita ser pionero globalmente al Estado mexicano para mostrar una amplia solidaridad internacional.
- 3 Mejorar la educación, formación y contratación del personal especializado en la atención de las personas con discapacidad.
- 4 Proporcionar una financiación y rendición de cuentas adecuada.
- 5 Aumentar la conciencia pública y la comprensión de las discapacidades.
- 6 Fortalecer la investigación y la recopilación de datos.
- 7 Garantizar el reconocimiento e inclusión de las personas con

discapacidad en la aplicación de políticas y programas.

Es importante cuestionar la sociedad en la cual vivimos, para así llegar a vislumbrar la que deseamos. En México, la atención que se les brinda a las personas con discapacidad tiene todavía un largo camino institucional por recorrer, para que deje de tener una perspectiva fundamentalmente centrada en la rehabilitación y el asistencialismo, procurando estar más enfocada a la cobertura universal promoviendo la inclusión activa de la sociedad desde una perspectiva de Derechos Humanos.

CONCLUSIONES.

A lo largo de la presente investigación se ha hecho un análisis histórico y jurídico de las ideas, principios y cuerpos normativos que son el origen de la noción de los servicios de salud de las personas con discapacidad como Derecho Humano fundamental. En consecuencia, es evidente de como en todo este período hasta la actualidad existe una constante estigmatización social hacia las personas que presentan estas condiciones y que en ocasiones carecen de salud, lo cual ha estimulado opiniones erróneas como el que se tiene que lidiar con la discapacidad, generando así la exclusión social. Estas posturas son las que se tratan de combatir y superar para poder garantizar su desarrollo integral y social. De ahí la importancia de tratar el tema de la salud como parte fundamental en la agenda para la defensa de sus derechos.

Por lo tanto, se concluye que existen diferentes factores que obstaculizan los medios para proporcionar el derecho a la salud de las personas con discapacidad. Entre ellos se puede destacar:

PRIMERO: México cuenta con políticas públicas pobres que sólo están enfocadas en atender de una forma *médico-asistencialista* el derecho a la salud de las personas con discapacidad. En general, creo que esta visión se mantiene debido a la falta de conciencia social y la escasez de personal especializado en materia de Derechos Humanos, en la implementación de servicios de salud adecuados y en el mejoramiento general de sus condiciones económicas. Cuando se hace alusión a la “conciencia social” no me refiero solamente a la falta de empatía hacia las personas que tienen una discapacidad congénita. Aludo que no nos percatarnos que todos en algún momento llegaremos a ser considerados personas con discapacidad debido a la edad y a los problemas de salud que se presentan en esta etapa. Muestra de ello es que el promedio de edad de los

individuos en esta condición es de 55 años y que tres cuartas partes están dentro del rango de personas adultas, generalizándose el problema de envejecimiento en un país en vías de desarrollo que no cuenta con una cobertura universal de salud en términos de seguridad y protección social ni con la capacidad para brindarla.

Bajo estas premisas estructurales, se puede inferir que en poco tiempo estaremos enfrentando situaciones de envejecimiento donde más personas adquirirán alguna discapacidad por condición ya sea de la edad, el sedentarismo, el desgaste físico, la fatiga mental o incluso por un accidente; por lo que será imprescindible otorgar pensiones o apoyos, pero también harán falta las políticas idóneas para la atención de diversas enfermedades. Este escenario probabilístico implica que encarecerán la prestación del servicio de salud e inclusive inducirán cambios en la infraestructura general del país que, para mi temática de estudio, se enfocarán en las instalaciones que prestan esas atenciones integrales, adaptándolas y construyendo nuevos espacios más accesibles e idóneos para cumplir con lo estipulado por la *Convención* y por la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*.

Es por ello que resulta básico poseer en nuestra cultura una serie de principios y deberes que coadyuven a fomentar una política de sensibilidad sobre el tema de la discapacidad. La finalidad de incentivar este proceso es concientizar a todos los ciudadanos de la importancia social de incluir a este sector en una participación ciudadana activa. Simplemente por el hecho de que en un futuro no estamos exentos de adquirir esa condición y que lo que podamos conseguir hoy en el ámbito de la gestión pública será de utilidad para nosotros en un porvenir, garantizando la seguridad de que nuestros derechos serán respetados de igual forma. Por lo tanto, el reto

principal que las políticas públicas actuales deben de plantearse será la posibilidad de lograr instituir y concientizar en toda la población (incluyendo a las autoridades gubernamentales, junto con sus instituciones de salud y su personal) una percepción humanística de visibilidad y sensibilidad en relación con los derechos de las personas con discapacidad. Con ello se lograrán gestiones incluyentes y transversales de calidad para mejorar la totalidad de las acciones públicas de salud.

Debido a esto se deben fomentar políticas públicas que busquen la adaptación de espacios y servicios (incluidos los de salud) que no sólo den accesibilidad, sino que promuevan la investigación, el desarrollo tecnológico, la capacitación y adiestramiento de las personas con discapacidad; permitiendo un cambio sociocultural de mayor visibilidad e inclusión ciudadana.

Dicho lo anterior, es notorio que no se han logrado tener los recursos ni herramientas necesarias para salvaguardar el medio ambiente que permita el libre tránsito, manejo y trato de las personas con discapacidad en las instituciones de salud; para ello basta con ver las formas de organización hospitalaria que para programar una consulta sea imprescindible estar formado antes de que se abra la instancia respectiva. Muchos derechohabientes permanecen desde tempranas horas de la mañana para alcanzar una ficha (independientemente de ser una persona con discapacidad o no), sin tener en ocasiones lugares aptos para esperar o simplemente no existe la infraestructura física adecuada como elevadores, rampas, cajones de estacionamiento destinados a su uso exclusivo y en caso de existir no están conforme a las *Normas Oficiales Mexicanas*. En ocasiones, también se enfrentan a la falta de tacto y amabilidad por el personal médico, pues son discriminados por su condición y expuestos a

situaciones absurdas e inconscientes. Por ejemplo, el que se les programe su cita en algún piso inaccesible o que la atención no sea inmediata y esperen por un tiempo demasiado prolongado; siendo que conforme a sus necesidades y situación específica les pueden generar mayor afectación a su salud, que deriva en un incremento en el costo de atención para la institución.

A pesar de contar dentro de nuestro marco normativo con principios de no discriminación, asistencia social, servicios de salud, respeto a los Derechos Humanos, entre otros, no hemos logrado cumplir y respetar en su totalidad los derechos de las personas con discapacidad. Si nos situamos desde el punto de vista de lo que experimentan los integrantes de este sector, los cuales tienen que permanecer desde las primeras horas de la mañana, por segunda o tercera ocasión, en algún centro de atención del DIF para tramitar la *Credencial Nacional para Personas con Discapacidad*, donde sólo darán 5 fichas al día para realizar dicho trámite, resulta incompresible al igual que contradictorio que si la misma ley en la materia consigna criterios de calidad y especialización, no se apliquen en la práctica diaria y se generen situaciones no favorables; con una falta de calidad y que resultan indignas por parte de los profesionales de la salud.

SEGUNDO: Estimo que el principio de no discriminación no es respetado dentro de las acciones del Estado, existiendo una notoria actitud irresponsable derivada de la nula sensibilización que se tiene en la sociedad mexicana sobre el tema de la discapacidad; por la simple razón, de que al momento en que en una sociedad se niega a los individuos integrantes de este sector el ser tomados en cuenta o el no aceptar su existencia, se les está limitando la posibilidad de aumentar sus habilidades y potencializar sus destrezas. Dando como

resultado que se vulneren los principios que se derivan del derecho a la salud, afectando no solamente la condición física, sino también la conformación innata de la persona, su protección extensiva, así como el derecho a gozar de un ambiente sano para preservar su integridad como sujetos independientes (obteniendo una vivienda digna, condiciones higiénicas laborales, servicios de sanidad adecuados, etcétera); igualmente habría que garantizar un derecho a la educación, a la alimentación, a la autosuficiencia y a una vida de calidad.

Por lo anterior, me parece válido criticar y reflexionar que dentro de las acciones del Estado pareciera que existe una falta de interés en procurar eliminar, olvidar o negar todo lo referido hacia el tema de la discapacidad ya que son insuficientes las *acciones afirmativas positivas*, pues dejan a un lado el efectivo reconocimiento global de los Derechos Humanos que poseen las personas con discapacidad en el plano internacional; bloqueando de esa manera el goce y disfrute de tales derechos.

Como ya he señalado, la discapacidad es una condición unida a la edad, es decir, tal situación se acentúa en la misma proporción en que se incrementan los años de un individuo. Aunado a lo anterior, si me refiero a un sector de la población, identifiqué que un gran número de personas con discapacidad que viven en México se localizan en las zonas rurales, al interior de entidades federativas que no cuentan con altos ingresos, fuentes de empleo, programas de apoyo suficientes, así como no disponen de la infraestructura física adecuada respecto a sus necesidades.

Al no tomar en cuenta estos factores, se violan los Derechos Humanos a la equidad y a la no discriminación que han sido previstos en el artículo 1º constitucional.

Concluyo que este sector que ha sido mi objeto de estudio debe encontrarse en igualdad de circunstancias respecto a la prestación de los servicios de salud, ya que todos parten de una premisa común, esto es, que se encuentren protegidos tanto por el Derecho Internacional así como por el Derecho positivo mexicano debido a su condición humana innata.

TERCERO: Existen *lagunas jurídicas* dentro de nuestro marco normativo en diferentes leyes relativas a la seguridad social. A pesar de ello, existe la obligación de las autoridades gubernamentales de hacer compatibles los ordenamientos internos con lo establecido en los tratados internacionales firmados y ratificados en consonancia con los Derechos Humanos.

La omisión de las autoridades mexicanas en esta materia se traduce en inobservancia hacia la obligación del Estado para el pleno desarrollo de los derechos económicos, sociales y culturales que han sido previstos en la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, el *Pacto Internacional de Derechos, Económicos, Sociales y Culturales* y el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador)*, los cuales implican el establecimiento de prestaciones concretas de salud para mejorar las condiciones de este sector que es mi objeto de estudio.

El Estado tiene la obligación de garantizar que todas y cada una de las personas con discapacidad gocen del más alto nivel posible de bienestar, salud y rehabilitación que les permita mantener una

calidad de vida que sea con el mayor beneficio posible; buscando siempre la progresividad en sus condiciones socioeconómicas.

Constantemente las autoridades gubernamentales se desatienden de la obligación que les impone el artículo 1º constitucional de promover, respetar y garantizar los Derechos Humanos dentro de un marco eficaz de servicios de salud.

Es necesario precisar que la salud es un derecho que tienen las personas con discapacidad y proviene de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* (lo que se puede constatar en su artículo 4º) y hacer plenamente efectivo a todas las zonas geográficas que constituyen a nuestro país tanto urbanas como rurales.

Además la normatividad destaca el principio de interpretación como un mecanismo de solución de conflictos entre distintos ordenamientos de Derechos Humanos. En términos generales, como sistema de aplicación jurídica; permitiendo la armonización del derecho doméstico con el internacional, el cual también es conocido como cláusula de tutela y garantía de los derechos.

En virtud del principio de interpretación y conforme se proporciona una aplicación auxiliar del ordenamiento internacional (con el objeto de llenar las *lagunas jurídicas* existentes) sin que esto signifique, en ningún momento, la derogación o el rechazo de la norma interna.

Este sistema no atiende a criterios de supra subordinación, ni implica un sistema de jerarquía de normas; más bien, mediante el principio de subsidiariedad se abre la posibilidad para acudir a las normas de Derechos Humanos consagradas en los tratados internacionales de

los que México sea parte, a fin de ofrecer una mayor garantía a las personas con discapacidad.

CUARTO: Así como se mostró que la discapacidad se ha interpretado de diferentes maneras en la historia de la humanidad debido a los cambios geográficos, económicos y socioculturales por los que se han pasado, viéndolos reflejados en el gran abanico de definiciones sobre la temática que me ha ocupado ("idiota", "débil", "deficiente mental", "imbécil", "retrasado", etcétera). ¿El tener una definición más completa de la discapacidad es de importancia para las políticas públicas en pro de las personas con discapacidad?, la respuesta es afirmativa. Considero que dependiendo de cómo se entienda y defina se podrá ser más empático para trabajar en solventar sus necesidades, logrando así extinguir las ideas "estigmatizadas" que impiden la inclusión de este sector en sus interrelaciones con la sociedad de la cual forman parte.

Por otro lado, el no tener una focalización de los programas gubernamentales para las personas con discapacidad, pone en riesgo los principios fundamentales del Derecho a la salud, al ser inequitativa la prestación del servicio mediante una selección subjetiva de a quien se le proporcione.

Aunque se han logrado cambios en las políticas públicas y la agenda nacional que han incluido la preocupación por los Derechos Humanos, coadyuvando el acceso *de jure* a la igualdad de oportunidades y a la integración social. Esto no significa que el proceso de transición a la *transversalidad gubernamental* con una mejor comprensión de la visión sobre la discapacidad sea suficiente.

Sumado a lo anterior, el no contar con una definición general, condensada y clara del término discapacidad; una que se encuentre en coordinación con nuestra *Carta Magna* y las leyes *ad hoc* federales y estatales, complica al Estado para atender debidamente las necesidades de la población, la cuales deben ser la preocupación y el eje para la implementación de políticas públicas eficaces. Si no existe una preocupación real y se trabaja a profundidad en un tema tan importante para la sociedad, se corre el riesgo de generar de forma no consciente la exclusión de ciertas personas o un incorrecto uso de los fondos destinados para tal fin. Quebrantándose el *principio de universalidad* que significa que los Derechos Humanos corresponden a todas las personas por igual sin ningún tipo de condición o diferencia cultural, social, económica o política que pueda ser excusa para su desconocimiento o aplicación parcial.

Es conveniente por ello que dentro de las políticas públicas se maneje una definición global de discapacidad con visión de Derechos Humanos. Para que al momento de proporcionar los servicios de salud a este sector, no sólo se les proporcionen el acceso a los servicios médicos, sino que también se logre la interdependencia con otros Derechos Humanos al estar ligados íntimamente entre sí. De tal manera que el reconocimiento del grado máximo de bienestar físico, mental y social implique necesariamente que se respeten y protejan los múltiples derechos que se encuentran vinculados, los cuales son indivisibles por ser inherentes al ser humano.

QUINTO: Hasta la fecha no existe el *Sistema de Información sobre Discapacidad* (SIDIS), así como tampoco el *Registro Nacional de Personas con Discapacidad* (RENADIS), ni el *Catálogo Nacional de Indicadores*, los cuales fueron compromisos adquiridos desde el año

2011 por el CONADIS y en coordinación con el INEGI al instalar el *Comité Técnico Especializado en Información sobre Discapacidad*.

Como he propuesto anteriormente, la adopción de una definición integral de discapacidad permitiría realizar estadísticas y registros más completos que admitan el manejo adecuado de la información para armonizar los datos con mayor eficacia. Todo ello con base en las recomendaciones internacionales para conocer mejor el ciclo de vida de las personas, evitando la duplicidad de funciones, presupuestos y esfuerzos. Con dichas tabulaciones estadísticas se podrían dar a conocer tanto el número de personas de la población que se encuentran en dicha situación, así como cuáles discapacidades existen, el tipo de necesidades que se requieren solventar para lograr una vida más plena. Se debe enfocar la calidad del servicio, tomar en cuenta las quejas y dar seguimiento de las mismas hasta su resolución.

Recordando las cifras reportadas por las diferentes instituciones en la *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012)*, sólo el 8% de la población no cuenta con cobertura de protección en salud; esto representa alrededor de 9 millones de mexicanos. Sin embargo, la realidad es de aproximadamente el 21.3% que no cuenta con algún tipo de servicio de salud, ya que diferentes factores de información dentro de la encuesta (como la doble afiliación, normatividad de los sistemas, etcétera) no la hacen completamente fidedigna. En este sentido la información de las estadísticas debería de conjuntarse en una base de datos que sirva para evitar la duplicidad de la información y al mismo tiempo actualizarla con regularidad.

Al contar con información como la derechohabiencia de las personas con discapacidad para una institución de seguridad social se debería considerar como un recurso vital para el avance en cuanto a la calidad en el servicio proporcionado. Sobre todo porque permite tener una noción mucho más clara sobre el contexto, el grado de la discapacidad, edades y entorno del grupo en estudio; tales parámetros nos darían un mejor panorama de las posibilidades de desarrollo, integración social, laboral y sanitaria. Estos factores son clave para saber si se tiene una alta competitividad reflejada en el crecimiento económico, al poder proporcionar capacitación y adiestramiento para incentivar programas de empleo formal, dando como resultado no sólo el pleno ejercicio de su derecho al acceso de los servicios de salud, sino también a un conjunto de prestaciones, servicios sociales y vivienda.

Las necesidades en una sociedad como la nuestra, tan diversa y multicultural en su geografía representan un reto para las políticas públicas porque las necesidades pueden ser tan opuestas como cercanas. No obstante, eso no debe de mermar en tener objetivos claros; así como los medios e instrumentos que den sentido a los programas y en especial a las políticas públicas gubernamentales, pues en ellas radica el avance y el desarrollo de sus participantes para que así se eleve la cultura, el bienestar y la riqueza de un país. Por ello también se debe apostar en preparar profesionistas altamente calificados que encuadren con sistemas de servicios de salud de calidad y que manejen programas adecuados a las necesidades de sus derechohabientes.

Es injusto que una de cada cinco personas con discapacidad tengan que atenderse en la iniciativa privada, a pesar de su situación y el doble gasto que implica, generándole costos adicionales que van

desde la consulta con el especialista hasta el pago de medicamentos. Una situación que se manifiesta inclusive en las mismas instituciones públicas, al no contar con los medicamentos indicados o suficientes; repercutiendo en el bienestar económico del hogar donde viven la personas con discapacidad o de quien dependen. Ciertamente tal situación no le permite mantener un poder adquisitivo digno, ni el libre desarrollo de su personalidad; así como tampoco alcanzar una condición de bienestar ante la carencia de recursos para proveer en forma satisfactoria sus necesidades básicas.

ABREVIATURAS

<i>Abreviaturas</i>	<i>Significado</i>
<i>cfr.</i>	confróntese, confrontar
comp., comps.	compilador, compiladores
coord., coords,	coordinador, coordinadores
ed., eds.	editor, editores
<i>et al.</i>	y otros
<i>in fine</i>	al final
núm., núms.	número, números
p., pp.	página, páginas
<i>passim</i>	en varias partes
s.a.	sin año de publicación
s.e.	sin editorial
s.f.	sin fecha de edición
s.l.i.	sin lugar de impresión
s.p.i.	sin pie de imprenta
ss.	siguientes
t., ts.	tomo, tomos
vol., vols.	volumen, volúmenes

GLOSARIO

Tomando en cuenta lo establecido en la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* y su *Reglamento*, así como el *Glosario de Términos sobre Discapacidad de la Comisión de Política Gubernamental en Materia de Derechos Humanos del gobierno federal mexicano* y el análisis realizado en el presente trabajo de investigación, se consensa lo siguiente:

Accesibilidad. Las medidas pertinentes (combinación de elementos constructivos y operativos) para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la información y las comunicaciones, incluidos los sistemas y las tecnologías de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales; que les permiten entrar, desplazarse, salir, orientarse y comunicarse mediante un uso seguro, autónomo y cómodo.

Actividad. Es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo.

Adiestramiento. Acción destinada a desarrollar y perfeccionar las habilidades y destrezas del trabajador, con el propósito de incrementar la eficiencia en su puesto de trabajo; contempla aspectos de actividades y coordinaciones psicomotrices.

Ajustes Razonables. Se entenderán las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;

Atención médica integral a las personas con discapacidad. Conjunto de actividades realizadas por el personal profesional y técnico del área de la salud, que lleva a cabo la detección, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en su caso, referencia y contrarreferencia, de dichas personas en su calidad de pacientes.

Ayudas Técnicas. Dispositivos tecnológicos y materiales que permiten habilitar, rehabilitar o compensar una o más limitaciones funcionales, motrices, sensoriales o intelectuales de las personas con discapacidad;

Autosuficiencia. Capacidad que adquieren las personas para, por sí mismas, satisfacer sus necesidades básicas.

Barreras. Factores en el entorno de una persona que, en su ausencia o presencia, limitan la funcionalidad y originan discapacidad. Se incluyen: entornos físicos inaccesibles, falta de una adecuada asistencia tecnológica y actitudes negativas hacia la discapacidad.

Comunicación. Se entenderá el lenguaje escrito, oral y la lengua de señas mexicana, la visualización de textos, sistema Braille, la comunicación táctil, los macrotipos, los dispositivos multimedia escritos o auditivos de fácil acceso, el lenguaje sencillo, los medios de voz digitalizada y otros modos, medios, sistemas y formatos aumentativos o alternativos de comunicación, incluida la tecnología de la información y las comunicaciones de fácil acceso.

Deficiencia. Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Derecho al más alto nivel de salud posible. Derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a

condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

De manera enunciativa, más no limitativa el derecho al más alto nivel de salud posible abarca cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.

Discriminación por motivos de discapacidad. Se entenderá cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar, menoscabar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo. Incluye todas las formas de discriminación, entre ellas, la denegación de ajustes razonables.

Discapacidad. Condición humana de salud que tiene determinado individuo, derivado de una o varias enfermedades, desordenes, deficiencias o lesiones, de carácter, físico, mental, intelectual, sensorial o múltiple, de razón congénita o adquirida, temporal o permanente, que dependiendo de las barreras que se le presenten (factores internos y externos), dificultan o facilitan su plena y efectiva inclusión social que por derecho humano tiene, en igualdad de condiciones a los demás, en determinado tiempo y espacio.

Limitaciones a la actividad. Dificultad en ejecutar actividades.

Discapacidad Física. Es la secuela o malformación que deriva de una afección en el sistema neuromuscular a nivel central o periférico, dando como resultado alteraciones en el control del movimiento y la postura, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Mental. A la alteración o deficiencia en el sistema neuronal de una persona, que aunado a una sucesión de hechos que no puede manejar, detona un cambio en su comportamiento que dificulta su pleno desarrollo y convivencia social, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Intelectual. Se caracteriza por limitaciones significativas tanto en la estructura del pensamiento razonado, como en la conducta adaptativa de la persona, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

Discapacidad Sensorial. Es la deficiencia estructural o funcional de los órganos de la visión, audición, tacto, olfato y gusto, así como de las estructuras y funciones asociadas a cada uno de ellos, y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás

Igualdad de oportunidades o condiciones. Proceso de adecuaciones, ajustes, mejoras o adopción de acciones afirmativas necesarias en el entorno jurídico, social, cultural y de bienes y servicios, que faciliten a las personas con discapacidad su inclusión, integración, convivencia y participación, en igualdad de oportunidades con el resto de la población.

Inclusión social. Proceso a través del cual, la sociedad facilita y promueve que las personas con discapacidad, participen en igualdad de circunstancias en las actividades que son comunes al resto de los individuos.

Persona con Discapacidad. Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más enfermedades, desordenes, deficiencias o lesiones, de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás, de terminado tiempo y espacio.

Política Pública. Todos aquellos planes, programas o acciones que la autoridad desarrolle para asegurar los derechos establecidos en el marco derecho positivo.

Rehabilitación. Conjunto de procedimientos de atención médica encaminados a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades de la vida diaria.

Restricciones a la participación. Problemas que involucran cualquier área de la vida.

Sociedad civil. Conjunto de las organizaciones e instituciones cívicas voluntarias y sociales que forman la base de una sociedad activa, que actúa en paralelo a las estructuras del Estado y de las empresas. Esta definición incluye una diversidad de espacios, actores, y formas institucionales, las cuales varían según sus propios niveles de formalidad, autonomía y poder.

Transversalidad. Es el proceso mediante el cual se instrumentan las políticas, programas y acciones, desarrollados por las dependencias y entidades de la administración pública, que proveen bienes y servicios a la población con discapacidad con un propósito común, y basados en un esquema de acción y coordinación de esfuerzos y recursos en tres dimensiones: vertical, horizontal y de fondo.

Vulnerabilidad. Se aplica para identificar a aquellos núcleos de población y

personas que por diferentes factores o la combinación de ellos, enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impiden alcanzar mejores niveles de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- LIBROS IMPRESOS.

AGUADO Díaz, Antonio León. *Historia de las deficiencias*. Madrid, Escuela Libre Editorial Fundación Once, 1995.

ANDALUZ, Horacio. *Positivismo Normativo y Derecho Internacional*. La Paz, Bolivia, Plural, 2005.

BARQUÍN Calderón, Manuel. *Historia de la medicina. Su problemática actual*. México. McGraw Hill, 1994.

BARRANCO Avilés, María del Carmen. *La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su impacto en el ordenamiento jurídico español*. Madrid, España, Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de Las Casas" de la Universidad Carlos III de Madrid. 2008.

BOGDAN, Robert. "La sociología de la educación especial". En Morris Richard y Batt, Burton (Eds.) *Educación Especial. Investigación y Tendencias*. Buenos Aires: Médica Panamericana, 1989.

BRICEÑO Ruiz, Alberto. *Derecho de la Seguridad Social*. s.l.i. Oxford University Press, 2010.

BROGNA, Patricia. *Visiones y revisiones de la discapacidad*. Trad. de Mariano Sánchez Ventura, México, Fondo de Cultura Económica, 2009.

CAMPOY Cervera, Ignacio y Palacios, Agustina (eds.), *Igualdad, no discriminación y discapacidad. Una visión integradora de las realidades española y argentina*. Madrid, Dykinson, 2007.

CASTEL, R., *La metamorfosis de la cuestión social Una crónica del salariado*, Paidós, Barcelona, 1997.

CASTEL, R., *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?*, Manantial, Buenos Aires, 2004

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). *La imagen social de las personas con discapacidad*. España, CINCA, 2008.

CORDINI, Miguel Ángel. *Derecho de la Seguridad Social*. Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires, 1966.

Corporación de Investigación, Estudios y Desarrollo de la Seguridad Social. Modernización de la Seguridad Social en Chile: 30 años (1980 – 2009). 5 ed. Chile, CIEDESS, 2010.

DAVIS, Lennard J. *Enforcing Normalcy: Disability, Deafness, and the Body.* Londres-New York, Verso, 1995.

Del PINO, E. y RUBIO J., *Los Estados de bienestar en la encrucijada. Políticas sociales en perspectiva comparada,* Tecnos, Madrid, 2013.

DINO, Jarach. *Problemas económico-financieros de la Seguridad Social.* Buenos Aires, De palma, 1944.

FRIEDMANN, J., *Planificación en el ámbito público,* MAP, Madrid, 2006.

HAMZAOU, M., *El trabajo social territorializado. Las transformaciones de la acción pública en la intervención social,* PUV, Valencia, 2005.

HERRERA, M. y CASTÓN, P., *Las políticas públicas en las sociedades complejas,* Ariel, Madrid, 2003.

HERVADA Xiberta, Javier. *Introducción crítica al derecho natural.* 6ª ed., Pamplona, Eunsa, 1990.

International Labour Organization (ILO), *World Social Protection Report 2014/15: Building economic recovery, inclusive development and social justice.* Geneva, ILO, 2014.

KURCZYIN, Patricia y García Ramírez, Sergio (coords.), *El derecho en México: dos siglos (1810-2010).* México, UNAM-Porrúa. 2010.

LASCORZ, A. y PARDO, M., “La organización en la práctica de los Servicios Sociales”, en T. Fernández y A. Ares (coordinadores). *Servicios sociales, dirección, gestión y planificación de políticas públicas,* Alianza, Madrid, 2002, pp. 27-55.

LÓPEZ Valencia, Federico. *Jalones de una reforma social.* Madrid, Escuela Social de Madrid, 1946.

LOUREAU, R., *El análisis institucional,* Amorrortu, Buenos Aires, 1975.

MARTONE, Francisco José. *Seguro Social Obligatorio.* Buenos Aires, s.e., 1951.

MISHRA, R., *El Estado de bienestar en crisis,* MTAS, Madrid, 1992.

MORENO, L., *Reformas de las políticas públicas en México*, Siglo XXI Editores, México, 2009.

NAVARRO, V., TORRES, J. y GARZÓN, A., *Hay alternativas. Propuestas para crear empleo y bienestar social en México*, Ediciones Sequitur, México, 2011.

OLVERA Rivera, Alberto Javier. "Civil Society in Mexico at Century's End". En Middlebrook, Kevin. *Dilemmas of Political Change in Mexico*. USA, Brookings Institution Press, 2004.

ORTIZ Quesada, Federico. *Historia del pensamiento médico*. México, McGraw Hill, 2002.

PARRA Dussan, Carlos, *et al. Derechos Humanos y Discapacidad*. Bogotá. Centro Editorial Universidad del Rosario, 2004.

PASTOR Fayos, Ana. *Enfoque multidisciplinario sobre el discapacitado*. 2ª ed. España, Formación Alcalá, 2007.

PAUGAM, S., *Las formas elementales de la pobreza*, Alianza Editorial, Madrid, 2007.

RADBRUCH, Gustav. *Introducción a la Filosofía del Derecho*. s.f. México, S.L. Fondo de Cultura Económica de España, 2002.

RECASÉNS Siches, Luis. *Introducción al estudio del Derecho*. 12ª ed. México, Porrúa, 1997.

_____. *Tratado general de filosofía del Derecho*. México, Porrúa, 1970. p. 221.

RODRÍGUEZ CABRERO, G., *El Estado de bienestar en México: debates, desarrollo y retos*, Fundamentos, México, 2004.

_____. *Servicios sociales y cohesión social*, CES, Madrid, 2011.

ROMERO, Francisco. *Filosofía Contemporánea: estudios y notas*. 2ª ed. Buenos Aires, Losada, 1944.

RUIZ, E. y JARAÍZ, G., *Repensar las políticas públicas*, Documentación Social 145, 2007.

SCHEERENBERGER, R.C. *Historia del retraso mental*. España, San Sebastián, Servicio Internacional de Información sobre Subnormales, 1984.

SCHÖN, D. A., *El profesional reflexivo. Como piensan los profesionales cuando actúan*, Paidós, Barcelona, 1998.

SIERRA López, Miguel Alfonso. *El espíritu de la seguridad social*. México, D.F. Porrúa, 2012.

SIERRA, María Laura y Plasencia, Germán. *Repetición y trasgresión. Pulsaciones, en escritos de la red*. México, De la Noche, 2004.

SUBIRATS, J., *Los servicios sociales de atención primaria ante el cambio social*, MTAS, Madrid, 2007.

SWAIN, John, et al. *Disabling Barriers and Enabling Environments*. Londres, The Open University, 1993.

TORTUERO Plaza, José Luis. *Informe sobre la Legislación de España y Canadá en material de Discapacidad. Especial referencia las Políticas de Integración Laboral y Mercado de Trabajo*. Madrid, España, Universidad Complutense de Madrid. s.f.

TRUYOL Serra, Antonio. *Los Derechos Humanos*. Madrid, Tecnos, 1982

USTUN, T. Bedirhan, et al. *Disability and culture: Universalism and Diversity*. Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2001.

VIDAL, F., *La exclusión social y el Estado de bienestar en España*, Icaria, Barcelona, 2006.

VILLAREJO Ortega, Francisco. *Tratamiento de la epilepsia*. Madrid, Díaz de Santos, S.A., 1998.

ZONDEK Darmstadter, Andrea. et al., *Discapacidad en Chile: pasos hacia un modelo integral del funcionamiento humano*. Santiago de Chile, Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), 2006. p. 5.

- LIBROS ELECTRÓNICOS.

ARENAL DE GARCÍA Carrasco, Concepción. *La beneficencia, la filantropía y la caridad: memoria premiada por la Real Academia de Ciencias, Morales y*

Políticas en el concurso de 1860. [En línea]. Madrid, España, Colegio de sordomudos y ciegos, 1861. Disponible en:
<http://www.galiciana.bibliotecadegalicia.xunta.es/es/consulta/registro.cmd?id=4716>.

ARISTÓTELES. *La Política* [En línea]. trad. de Nicolás Estévez. París, Francia, Garnier Hermanos, 1932 Disponible en:
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=766>.

BERENZON, Shoshana, *et. al. Evaluación de Servicios de Salud Mental en la República Mexicana*. [En línea] México, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2004. Disponible en:
http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf.

CARBONELL, Miguel, Fix-fierro, Héctor, *et. al.*, (coord.) *Estado constitucional, derechos humanos, justicia y vida universitaria. Estudios en homenaje a Jorge Carpizo. Derechos Humanos*. [En línea]. México, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM, 2015. Disponible en:
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=3960>. ISBN 9786070263071.

CARBONELL, Miguel *et al.* (coord.) *La Reforma Constitucional de Derechos Humanos: Un nuevo paradigma*. [En línea]. México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas. Disponible en:
<http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/7/3033/7.pdf>.

Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale (CLEISS). *El sistema francés de protección social: IV Prestaciones familiares*. [En línea]. Francia, CLEISS, 2015. Disponible en:
http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/es_4.html.

Código de Hammurabi. [En línea]. s.l.i. Luarna. s.f. Prólogo. Disponible en:
<http://www.ataun.net/BIBLIOTECAGRATUITA/Clásicos%20en%20Español/Anónimo/Código%20de%20Hammurabi.pdf>.

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF). *Informe especial sobre la situación de los derechos humanos de las personas con discapacidad en el Distrito Federal. 2007-2008*. [En línea]. México, D.F. Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2008. Disponible en:
<http://cdhdfbeta.cd hdf.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-personas-con-discapacidad.pdf>.

Comisión Europea. *La Seguridad Social en Francia*. [En línea] s.l.i. Unión Europea, 2012. Disponible en:
http://ec.europa.eu/employment_social/empl_portal/SSRinEU/Your%20social%20security%20rights%20in%20France_es.pdf.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). *Proyecciones de la población de México 2005-2050*. [En línea]. México, D.F. CONAPO, 2006. pp. 14-17. Disponible en:

http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/proyecciones_estatales/Proy05-50.pdf

CRUZ Parceró, Juan y Vázquez, Rodolfo (coords.) *Debates constitucionales sobre derechos humanos de las mujeres*. México, Fontamara-SCJN, 2010. Disponible en:

http://www.equidad.scjn.gob.mx/biblioteca_virtual/GeneroDerechoYJusticia/02.pdf.

DE BOISREGARD, Nicolás Andry. *L'orthopedie ou l'art de prevenir et de corriger dans les enfans, le difformités du corps*. [En línea]. Paris, Chez la veuve Alix, 1741. Disponible en:

https://books.google.com.mx/books/about/L_orthopedie_ou_l_art_de_prevenir_et_de.html?id=2-UKHHqipfAC&redir_esc=y.

DUSSEL, Enrique. *Ética de la liberación en la edad de la Globalización y la Exclusión*. [En línea] Madrid, Simancas, 1998. Disponible en:

http://enriquedussel.com/txt/Textos_Libros/50.Etica_de_la_liberacion.pdf.

FERNÁNDEZ Del Valle, Agustín Basave. *Filosofía del hombre*. [En línea]. México, Espasa-Calpe Mexicana, 1963. Disponible en:

<http://www.biblioteca.org.ar/libros/89958.pdf>.

EGEA García, Carlos y Sarabia Sánchez, Alicia. *Clasificación de las OMS sobre discapacidad*. [En línea]. Murcia, Universidad de Murcia, 2001. Disponible en:

http://www.um.es/discatif/METODOLOGIA/Egea-Sarabia_clasificaciones.pdf.

HITLER, Adolf. *Mein Kampf*. [En línea]. USA, Reynal and Hitchcock, 1941. Disponible en: <https://archive.org/details/meinkampf035176mbp>.

IMPERIVM. *La reforma de los hermanos Graco*. [En línea]. s.l.i. IMPERIVM, 2005. Disponible en: <http://www.imperivm.org/articulos/hermanos-graco.html>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010*. [En línea]. México, INEGI, 2013. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf.

O'DONNELL, Daniel. *Derecho Internacional de los Derechos Humanos: Normativa, jurisprudencia y doctrina de los sistemas universal e interamericano*. [En línea]. Bogotá, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2004. Disponible en:

<http://www.hchr.org.co/publicaciones/libros/ODonell%20parte1.pdf>.

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. *Preguntas frecuentes sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. [En línea]. Folleto Informativo No. 33. Ginebra, Naciones Unidas, s.l.i. Disponible en: http://www.ohchr.org/Documents/Publications/FS33_sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud. *CIDDM-2: Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. [En línea]. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999. Disponible en: http://www.insor.gov.co/descargar/ciddm_deficiencia_minusvalias.pdf.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud: CIF*. [En línea]. España, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO), 2001. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Documento CD47/15. La discapacidad: prevención y rehabilitación en el contexto del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y otros derechos relacionados*. [En línea]. Washington, USA, OMS, 2006. Disponible en: http://www.e-jaguar.org/index.php/component/docman/doc_view/17-la-discapacidad-prevencion-y-rehabilitacion-en-el-contexto-del-derecho-al-disfrute-del-mas-alto-nivel-posible-de-salud-fisica-y-mental-y-otros-derechos-relacionados?Itemid=137.

PARSONS, Talcott. *The Social System*. [En línea]. Londres, Routledge and Kegan Paul, 1951. Disponible en: <https://archive.org/stream/socialsystem00pars#page/n3/mode/2up>.

NOGUERIA Alcalá, Humberto. *Teoría y Dogmática de los Derechos Fundamentales*. [En línea] México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2003. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=1094>.

ROSENTHAL, Eric y Galván, Sofía. *Abandonados y Desaparecidos: Segregación y Abuso de Niños y Adultos con Discapacidad en México*. [En línea]. Trad. de Galván, Sofía, et al. México, D.F. Comisión Mexicana de Defensa y Promoción de los Derechos Humanos/ Disability Rights International, 2010. Disponible en: <http://www.driadvocacy.org/wp-content/uploads/Mex-Spanish-FinalPrinterVer-pdf-small.pdf>.

SÁNCHEZ Castañeda, Alfredo. *La seguridad y la protección social en México. Su necesaria reorganización*. [En línea] México, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2012. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/libro.htm?l=3120>.

SCHWARTZ Girón, Pedro. *La Gran Depresión (1929-1940)*. [En línea]. s.l.i. Real Academia de Ciencias Morales y Políticas de España, 2009. Disponible en: <http://www.racmyp.es/R/racmyp/docs/anales/A86/A86-25.pdf>.

Sistema de Bibliotecas Duoc UC. *Manual para redactar citas bibliográficas: según norma ISO 690 y 690-2*. (International Organization for Standardization). [En línea]. Santiago, Duoc UC, 2007. Disponible en: <http://bibgioja.derecho.uba.ar/local/File/manualcitasbibliograficasiso690.pdf>.

SERRANO, Sandra. *Teoría Jurídica de los Derechos Humanos: las características de los derechos humanos en el Derecho Internacional*. [En línea]. México, FLACSO, 2010. Disponible en: http://www.equidad.scjn.gob.mx/biblioteca_virtual/doctrina/81.pdf

SEGURIDAD Social (Una visión Latinoamericana). [en línea]. s.l.i. : s.e. s.f. Disponible en: <http://www.3p4.com/files/seguridadsocial.pdf>

TRON Petit, Jean Claude y Pérez Meza, Marco Antonio. *El control de convencionalidad en México*. [En línea] s.e., s.f. Disponible en: http://jeanclaude.tronp.com/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=392.

Union of the Physically Impaired Against Segregation (UPIAS). *Fundamental Principles of Disability*. [En línea]. Londres, 1976. Disponible en: <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/UPIAS-fundamental-principles.pdf>.

URTEAGA, Eguzki, *La política a favor de los Discapacitados en Francia*. [En línea]. España, Universidad del País Vasco, 2010. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/4317/b15971004.pdf?sequence=2>.

VICTORIA Maldonado, Jorge A. *Hacia un modelo de atención a la discapacidad basado en los derechos humanos*. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. [En línea]. Septiembre-diciembre 2013, XLVI (138). Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoComparado/138/art/art8.pdf>.

- REVISTAS IMPRESAS.

Anuario de Derechos Humanos. Madrid, España, Universidad Complutense, Facultad de Derecho, Instituto de Derechos Humanos, IX (6): 2005.

Boletín de Información Jurídica. México, Instituto Mexicano del Seguro Social. III (15). 1975.

Revista de las Naciones Unidas. México, D.F., X (284), Marzo 1956.

Revista General de Legislación y Jurisprudencia. España (1), 2006.

Revista Trabajo Social (UNAM) México, D.F. IX(3), 2001.

- REVISTAS ELECTRÓNICAS.

Revista Latinoamericana de Derecho Social. [En línea]. enero-junio, no. 8
Disponible en:

<http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoSocial/8/art/art1.pdf>.

- NORMATIVA DE MÉXICO.

Decreto por el que se modifica la denominación del Capítulo I del Título Primero y reforma diversos artículos de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México. 10 de junio de 2011. Disponible en:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194486&fecha=10/06/2011.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. [En línea]. Diario Oficial de la Federación, México, D.F., 5 de febrero de 1917. Disponible en:
<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Constitucion/cn16.pdf>.

Ley General de Salud. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México, 7 de febrero de 1984. Disponible en:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo11037.pdf>

Ley del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. 31 de marzo de 2007. Artículo 6º, fracción XII. Disponible en:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/Documentos/Federal/pdf/wo13204.pdf>.

Ley General para la Inclusión de las Personas con discapacidad. [En línea] Diario Oficial de la Federación, México, 30 de mayo de 2011. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_to_imagen_fs.php?codnota=5191516&fecha=30/05/2011&cod_diario=237536.

Ley de Integración Social y Productiva de Personas con Discapacidad de Aguascalientes. Periódico Oficial del Estado. 14 de febrero del 2000.

Ley para las Personas con Discapacidad en el Estado de Baja California. Periódico Oficial del Estado. 15 de octubre del 2010.

Ley Estatal para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en Baja California Sur. Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur. 07 de enero del 2002.

Ley Integral para las Personas con Discapacidad del Estado de Campeche. Periódico Oficial del Estado. 19 de julio del 2012.

Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Chiapas. Periódico Oficial del Estado. 21 de septiembre del 2015.

Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua. Periódico Oficial del Estado. 24 de julio del 2004.

Ley para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Coahuila de Zaragoza. Periódico Oficial del Estado. 31 de mayo del 2013.

Ley para la Integración y Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad del Estado de Colima. Periódico Oficial del Estado. 07 de mayo del 2005.

Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal. 10 de septiembre del 2010.

Ley Estatal para la Integración Social de las Personas con Discapacidad de Durango. Periódico Oficial del Estado. 23 de diciembre del 2001.

Ley para la Protección, Integración y Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Estado de México. Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno". 31 de agosto del 2012.

Ley de Inclusión para las personas con Discapacidad en el Estado de Guanajuato. Periódico Oficial del Estado. 14 de septiembre del 2012.

Ley número 817 para las Personas con Discapacidad del Estado de Guerrero. Periódico Oficial del Gobierno del Estado. 20 de diciembre del 2011.

Ley Integral para las Personas con Discapacidad de Hidalgo. Periódico Oficial del Estado. 31 de diciembre del 2010.

Ley para la Atención y Desarrollo Integral de Personas con Discapacidad del Estado de Jalisco. Periódico Oficial del Estado. 31 de diciembre del 2009.

Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Estado de Michoacán de Ocampo. Periódico Oficial del Estado. 12 de septiembre del 2014.

Ley de Atención Integral para Personas con Discapacidad en el Estado de Morelos. Periódico Oficial del Estado. 04 de julio del 2007.

Ley para la Protección e Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Nayarit. Periódico Oficial del Estado. 15 de mayo del 1996.

Ley para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad de Nuevo León. Periódico Oficial del Estado. 03 de julio del 2014.

Ley de Atención a Personas con Discapacidad del Estado de Oaxaca. Periódico Oficial del Estado. 25 de abril del 2009.

Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla. Periódico Oficial del Estado. 12 de enero del 2009.

Ley para la Integración al Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad del Estado de Querétaro. Periódico Oficial del Estado. 04 de noviembre del 2011.

Ley para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Quintana Roo. Periódico Oficial del Estado. 30 de julio del 2013.

Ley Estatal para las Personas con Discapacidad de San Luis Potosí. Periódico Oficial del Estado. 16 de marzo del 2006.

Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad del Estado de Sinaloa. Periódico Oficial del Estado. 06 de septiembre del 2000.

Ley de Integración Social para Personas con Discapacidad de Sonora. Boletín Oficial del Estado. 12 de julio del 1999.

Ley para la Protección y Desarrollo de los Discapacitados del Estado de Tabasco. Periódico Oficial del Estado. 14 de mayo del 2014.

Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad de Tamaulipas. Periódico Oficial del Estado. 19 de febrero del 1997.

Ley para Personas con Discapacidad en el Estado de Tlaxcala. Periódico Oficial del Estado. 19 de febrero del 2010.

Ley para la Integración de las para Personas con Discapacidad del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave. Gaceta Oficial del Estado. 11 de marzo del 2010.

Ley para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad del Estado de Yucatán. Diario Oficial del Estado. 21 de diciembre del 2011.

Ley Estatal para la Integración al Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad de Zacatecas. Periódico Oficial del Estado: 05 de noviembre del 2005.

Reglamento de la Ley General para la Inclusión de las Personas con discapacidad. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México, 30 de noviembre de 2012. Disponible en:
http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5281002&fecha=30/11/2012.

Reglamento de la Ley de Integración Social y Productiva de Personas con Discapacidad del Estado de Aguascalientes. Periódico Oficial del Estado. 01 de marzo del 2010.

Reglamento de la Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua. Periódico Oficial del Estado. 25 de junio del 2005.

Reglamento para el Funcionamiento de Albergues para Menores de Edad, Adultos Mayores, Incapaces o con Discapacidad de Jalisco. Periódico Oficial del Estado, 25 de febrero del 2012.

Reglamento del Consejo Estatal para las Personas con Discapacidad de Querétaro. Periódico Oficial del Estado. 23 de agosto del 2013.

Reglamento Ley de Integración Social para Personas con Discapacidad del Estado de Sonora. Boletín Oficial del Estado. 13 de noviembre del 2000.

- **NORMATIVA DE ARGENTINA.**

Constitución de la Nación Argentina. [En línea].1853. Disponible en:
<http://www.ppn.gov.ar/sites/default/files/Constitución%20Nacional.pdf>.

Decreto Nacional 1277/2003: relativo a la creación del Fondo Nacional para la Integración de Personas con discapacidad. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina, 2003. Disponible en:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/899991/null>.

Ley 22.431. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina 20 de Marzo de 1981. Disponible en:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/250325/null>.

Ley 23.661 del 29 de diciembre de 1988: relativa al Sistema Nacional del Seguro de Salud. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina 5 de enero de 1981. Artículo 28°. Disponible en:
<https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/249106/null>.

Ley 24.657: relativa a la creación del Consejo Federal de Discapacidad. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina 5 de junio de 1996. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/190983/null>.

Ley 24.714: relativa al Régimen de Asignaciones Familiares: Artículo 8º. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina 16 de octubre de 1996. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/245534/null>.

Ley 24,901: relativa al Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a favor de las Personas con discapacidad. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina 2 de diciembre de 1997. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/244156/null>

Ley 25.280: relativa a la aprobación de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 31 de Julio de 2000. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/239866/null>.

Ley 25.682: relativa al uso de Bastón Verde para Personas con Baja Visión. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina, 2002. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/933971/null>.

Ley 26.378: relativa a la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad aprobado mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 6 de Junio de 2008. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/412095/null>.

Ley 26,480: relativa a la modificación de la Ley sobre el Sistema de Prestaciones Básicas para las Personas con discapacidad. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina 30 de marzo de 2009. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/353272/null>.

Ley 26.816: relativa a la creación del Régimen Federal de Empleo Protegido para personas con discapacidad. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina 7 de enero de 2013. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/57005/null>.

Ley 26.858: relativa al derecho al acceso, deambulación y permanencia a lugares públicos y privados de acceso público y a los servicios de transporte público de todo persona con discapacidad acompañada por un perro guía o de asistencia. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina, 10 de junio de 2013. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/10107/null>.

Ley 26.989: relativa a la implementación de un Instructivo de Seguridad en Sistema Braille para todos los vuelos aerocomerciales de cabotaje. [En línea]. Boletín Oficial Buenos Aires, Argentina, 7 de septiembre de 2014. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/1084862/null>.

Ley 27.044: relativa al otorgamiento de la jerarquía constitucional a la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. [En línea]. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina 22 de Diciembre de 2014. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/#!DetalleNormativa/1087458/null>.

- **NORMATIVA DE CHILE.**

Constitución Política de la República de Chile. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 1925. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=131386>.

Constitución Política de la República de Chile. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 1980. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=242302>.

Decreto 99: relativo a la promulgación de la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 22 de marzo de 2002. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=199523&idVersion=2002-06-20>.

Decreto 201: relativo a la promulgación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 25 de agosto de 2008. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=278018&idVersion=2008-09-17>.

Decreto 326: relativo a la promulgación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 28 de abril de 1989. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=12382&idVersion=1989-05-27>.

Decreto Ley 3633: relativo a la aprobación de la Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados y su anexo. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 26 de febrero de 1981. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=128177&idVersion=1981-03-11>.

Ley 18.020: relativa al subsidio familiar para personas de escasos recursos. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 11 de agosto de 1981. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=29448>.

Ley 20.422: relativa a establecer las normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. [En línea]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. 3 de febrero de 2010. Artículo 5°. Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idLey=20422>.

- **NORMATIVA DE ESPAÑA.**

Constitución Española. [En línea]. Senado de España. 1978. Disponible en: <http://www.senado.es/web/conocersenado/normas/constitucion/index.html>.

Ley 39/2006: relativa a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. [En línea]. Boletín Oficial del Estado, España, 15 de diciembre de 2006. Artículo 21. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990>.

Real Decreto Legislativo 1/2013: relativo a la aprobación del texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. [En línea] Boletín Oficial del Estado, España, 3 de diciembre de 2013. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2013/12/03/pdfs/BOE-A-2013-12632.pdf>.

- **NORMATIVA FRANCESA.**

Constitución Francesa. [En línea]. 1958. Disponible en: http://www.justice.gouv.fr/art_pix/constitution-espagnol_juillet2008.pdf.

Loi n° 2005-12: pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. [En línea]. Legifrance, Francia, 11 de febrero de 2005. Disponible en: http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=D674C5D34223AC80DDB C1674B2809665.tpdila08v_1?cidTexte=JORFTEXT000000809647&categorieLien=cid.

- **CONVENCIÓN, TRATADO, DECLARACIÓN, RESOLUCIÓN, DOCUMENTO INTERNACIONAL.**

Declaración y el Programa de Acción de Durban. África. Naciones Unidas. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/durbanreview2009/ddpa.shtml>

Declaración Universal de Derechos Humanos. [En línea]. Naciones Unidas, Estados Unidos, Nueva York, 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>.

Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con discapacidad. [En línea]. Organización de los Estados Americanos. 1999. Disponible en:
<http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html>

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. [En línea]. Naciones Unidas. 1965. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CERD.aspx>.

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. [En línea]. Naciones Unidas. Nueva York, 1990. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>.

Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad. [En línea]. Naciones Unidas, Estados Unidos, Nueva York, 2006. Disponible en:
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>.

Convenio No. 169 sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes. [En línea]. 2ª ed. Lima, Organización Internacional del Trabajo, Oficina Regional para América Latina y el Caribe, 2007. Disponible en:
http://www.oit.org.pe/WDMS/bib/publ/libros/convenio_169_07.pdf.

Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. [En línea]. Naciones Unidas. (AG/85ª/1993). Disponible en:
<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=498>.

Aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales Y Culturales, Observación general 5, Personas con discapacidad. [En línea]. Naciones Unidas. 11 período de sesiones, 1994. (E/C.12/1994/13). Disponible en:
<http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm5s.htm>.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [En línea]. Naciones Unidas, 1966. Disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.

Programa de Acción para el Decenio de las Américas: Por los Derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. [En línea]. Organización de Estados Americanos. Santo Domingo, República Dominicana, 2006. Disponible en:
https://www.oas.org/dil/esp/AG-RES_2339_XXXVIII-O-07_esp.pdf.

Resolución 56/168. [En línea]. Naciones Unidas, 2001. Disponible en:
<http://www.un.org/esa/socdev/enable/disA56168s1.htm>.

- PROGRAMAS.

Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. [En línea]. Diario Oficial de la Federación. 30 de abril de 2014. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5343100&fecha=30/04/2014.

- DICCIONARIO O ENCLICLOPEDIA.

Diccionario de la Real Academia Española. [En línea]. Madrid, España. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=gratuidad>.

- NORMAS.

Norma Oficial Mexicana Para la atención integral a personas con discapacidad (NOM-015-SSA3-2012). [En línea]. Diario Oficial de la Federación. México, 14 de septiembre de 2012. Disponible en:
http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5268226&fecha=14/09/2012.

- TRABAJOS DE TITULACIÓN.

MARTINEZ Díaz, Jaqueline Michelle. *Sistemas Alternativos de Comunicación para niños con Síndrome de Down entre 8 y 12 años de edad cronológica.* [En línea]. Tesis (Título de Terapeuta del Lenguaje). Guatemala, Universidad de San Carlos, 2014. Disponible en: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_4445.pdf.

SANTANDER, Carlos Eduardo. *Necesidad de reformar el Código Civil a fin que en su normatividad se prevea la pertinencia del consentimiento para celebrar el matrimonio en los casos de incapacidad.* [En línea]. Tesis (Título de Abogado). Loja, Ecuador, Universidad Nacional de Loja, 2013. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6161/1/Carlos%20Eduardo%20Santander.pdf>.

- CONFERENCIA, CONGRESO O REUNIÓN.

Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general 14. *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.* 22º período de sesiones, 2000, Naciones Unidas Doc. E/C.12/2000/4. 2000. Disponible en:
<http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/epcomm14s.htm>

Aplicación de la resolución 60/251 de la Asamblea General del 15 de marzo de 2006 titulada: "Consejo de Derechos Humanos". *Informe de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre los progresos alcanzados en la aplicación de las recomendaciones contenidas en el estudio sobre los derechos humanos y la discapacidad.* (A/HRC/4/75) Naciones Unidas. 2007.

II Congreso Interamericano Jurídico de la Seguridad Social. Moctezuma Barragán, Javier. *Pautas introductorias a la Seguridad Social y a sus Regímenes Normativos. Ponencia Magistral.* 1990 Montevideo, Uruguay.

Situación de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y el Protocolo Facultativo. [En línea]. Naciones Unidas. 62 periodo de sesiones, Informe del Secretario General. A/62/230. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1065>.

- BASE DE DATOS.

Instituto Nacional de Estadística (INE). *Encuesta sobre Discapacidades, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008.* [En línea]. España, INE, 2008. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p418&file=inebase&L=0>.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). *Encuesta Nacional Complementaria de Personas con discapacidad.* [En línea]. Argentina, INDEC, 2002-2003. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/micro_sitios/webcenso/ENDI_NUEVA/ampliada_presenta.asp.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Censo de Población y Vivienda 2010.* México, INEGI, 2010. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx>.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *XII Censo General de Población y Vivienda 2000: Tabulados de la muestra censal, cuestionario ampliado.* [En línea]. México, INEGI, 2000. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/archivospdf/tabulado.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Directorio Nacional de Asociaciones de y para Personas con discapacidad.* [En línea] INEGI. México. Aguascalientes, INEGI, 2002. Disponible en: http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/metodologias/registros/sociales/dir_discapacidad.pdf.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH 2012)*. [En línea] México, INEGI, 2012. Disponible en:
<http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/encuestas/hogares/regulares/enigh/>.

Secretaria de Salud. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012)*. [En línea] México, Secretaria de Salud, 2012. Disponible en:
<http://ensanut.insp.mx>

- LISTAS DE DISCUSIÓN.

Discapacidad y Derechos Humanos. Instituto Interamericano sobre Discapacidad (IID). 2003. Disponible en:
<http://espanol.groups.yahoo.com/group/discapacidadyderechoshumanos/>.

- PÁGINA WEB INSTITUCIONAL.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). *¿Qué son los derechos humanos? 2010-2015*. Disponible en:
http://www.cndh.org.mx/Que_Son_Derechos_Humanos.

Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con discapacidad (CONADIS). Argentina. Salud. Disponible en:
<http://www.conadis.gov.ar/salud.html>

Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). *Sentencia de caso Ximenes Lopes vs Brasil*. [En línea]. Disponible en:
http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_149_esp.pdf.

Disability World. *Resultados de una Encuesta Europea sobre Actitudes sobre la discapacidad*. [En línea]. Disponible en: http://www.disabilityworld.org/11-12_02/spanish/vida/poll.shtml.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). *Discapacidad en México*. [En línea]. Disponible en:
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>.

Organización de las Naciones Unidas. *Año Internacional de los Impedidos 1981*. [En línea]. s.a. Disponible en:
<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=529>.

Organización de las Naciones Unidas. *Día Internacional de las Personas con discapacidad: 3 de diciembre de 2010*. [En línea]. s.f. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=1542>.

Organización de las Naciones Unidas. *Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad*. [En línea]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=547>.

Organización de las Naciones Unidas. *Programa de Acción Mundial para las personas con discapacidad*. [En línea]. s. a. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=500#1>

Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Declaración relativa a los Principios y Derechos Fundamentales en el Trabajo, Discriminación por razones de discapacidad*. [En línea]. Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---declaration/documents/publication/wcms_decl_fs_110_es.pdf.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE)*. [En línea]. Disponible en: http://www.paho.org/HQ/index.php?option=com_content&view=category&id=2641&layout=blog&Itemid=40395&lang=es.

Superintendencia de servicios de salud. Argentina. Obras Sociales. Disponible en: <http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=os&opc=os>.

The voice of blind and partially sighted people in Europe (EBU). *Francia: qué piensan los franceses sobre la discapacidad visual*. [En línea]. Disponible en: <http://www.euroblind.org/newsletter/2015/march-april/newsletter/online/es/newsletter/noticias-internacionales/nr/2548/>.

ANEXOS

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD										
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE		INCLUSIVA		INSTITUTO
1	Aguascalientes	Ley de Integración Social y Productiva de Personas con Discapacidad	Periódico Oficial del Estado: 14/02/2000.	Reglamento de la Ley de Integración Social y Productiva de Personas con Discapacidad del Estado de Aguascalientes	Periódico Oficial del Estado: 01/03/2010.	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	ARTICULO 5o.- Corresponde al Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado, promover la interrelación sistemática de acciones en favor de las personas con discapacidad que lleven a cabo las instituciones públicas; además de operar establecimientos de rehabilitación, realizar estudios e investigaciones en materia de invalidez y participar en programas de educación especial y asistencia social a este sector de la población.	NO	ARTICULO 3o.- Para los efectos de esta Ley se entiende por persona con discapacidad, aquella persona con algún impedimento físico o requerimiento especial, por padecer una alteración funcional prolongada o permanente, física o mental, que implique desventajas considerables para su integración familiar, escolar, socia (sic), laboral, deportiva y política.	NO
2	Baja California	Ley para las Personas con Discapacidad en el Estado de Baja California	Periódico Oficial del Estado: 15/10/2010.	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL	ARTÍCULO 5.- Además de lo establecido en el artículo anterior, esta Ley reconoce y protege los siguientes derechos: I. Tener acceso a la debida y oportuna asistencia médica; atención neuropsicológica y conductual; habilitatoria y rehabilitatoria; II. Tener acceso a programas de asistencia específica a la discapacidad generada por la edad, especialmente a los adultos mayores;XIII. Tener acceso a programas de asistencia y seguridad social para la persona o familia cuidadora, que les auxilie en el cuidado de la persona con discapacidad;	-	ARTÍCULO 25.- El Ejecutivo del Estado, debe de contar con un Registro Estatal de Personas con Discapacidad, implementando un Sistema de Información Básica en materia de Asistencia Social, cuyo objetivo será reunir y mantener los antecedentes de las personas con discapacidad del Estado y de los organismos de la sociedad civil, que presten asistencia social a este sector, lo anterior en apego a lo que para tal fin se establece en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
3	Baja California Sur	Ley Estatal para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en Baja California Sur	Boletín Oficial del Gobierno del Estado de Baja California Sur: 07/01/2002.	NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL	<p>Artículo 29.- Son facultades y obligaciones de la Secretaría de Salud: I.- Dirigir la política de prevención de la discapacidad en el Estado; II.- Otorgar los criterios metodológicos en materia de salud para la planeación, diseño y aplicación de políticas encaminadas a identificar y atender los distintos tipos de discapacidad; III.- Establecer los lineamientos generales para la prestación de servicios de prevención, habilitación, rehabilitación e igualdad de oportunidades en la asistencia social; IV.- Diseñar, ejecutar y evaluar programas para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral, habilitación y rehabilitación para las diferentes discapacidades; V.- El establecimiento de centros de orientación, diagnóstico y estimulación temprana a las personas con discapacidad; VI.- Prestar servicios médicos integrales, en el ámbito de su competencia, a las personas con discapacidad; VII.- Ofrecer información, orientación, atención y tratamiento psicológico tanto a personas con discapacidad, como a sus familiares que tengan su cuidado responsabilidad; VIII.- Crear y desarrollar programas especializados de capacitación, orientación, habilitación y rehabilitación sexual y reproductiva para las personas con discapacidad y sus familias; IX.- Proponer a las instituciones encargadas de la aplicación de los programas de habilitación y rehabilitación, las normas técnicas para llevar a cabo la prestación de los servicios; X.- Elaborar e implementar programas de educación, capacitación, formación y especialización para la salud en materia de discapacidad, a fin de que los profesionales de la salud proporcionen a las personas con discapacidad una atención digna y de calidad; XI.- Desarrollar acciones orientadas a prevenir la discapacidad en los recién nacidos, así como en la etapa del embarazo, y; XII.- Las demás que otros ordenamientos le otorguen.</p>	-	<p>Artículo 3.- Para los efectos de la presente ley, se entenderá por: XXVIII.- Persona con discapacidad: Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás;</p>	SI
4	Campeche	Ley Integral para las Personas con Discapacidad del Estado de Campeche	Periódico Oficial del Estado: 19/07/2012.	NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL	<p>Artículo 11.- Corresponde a la Secretaría de Salud promover el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, mediante criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible.</p>	-	<p>Artículo 2.- Para los efectos de esta ley se entiende por: XXV. Persona con Discapacidad. Todo persona que, por razón congénita o adquirida, presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás;</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO
5	Chiapas	Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Chiapas.	Periódico Oficial del Estado: 21/09/2015.	NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL	<p>Artículo 12. A fin de garantizar el derecho a la salud, la Secretaría de Salud y/o el Instituto de Salud, implementará las siguientes acciones: I. Elaborar programas de salud pública para la orientación, prevención, detección, tratamiento, estimulación temprana, atención integral o especializada, rehabilitación y habilitación, para su ejecución en los centros de salud, clínicas y hospitales del Gobierno del Estado. II. Crear o fortalecer los establecimientos de salud, que permita ejecutar los programas señalados en la fracción anterior, los cuales se extenderán a las regiones rurales y comunidades indígenas. El personal adscrito a los establecimientos de salud deberá observar en todo momento el respeto a los derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad. III. Elaborar e implementar programas de educación, capacitación, formación y especialización para la salud en materia de Discapacidad, a fin de que los profesionales de la salud proporcionen a las personas con discapacidad una atención digna y de calidad, con base en un consentimiento libre e informado. IV. En coordinación con el Sistema DIF-Chiapas promover la creación de centros asistenciales, temporales o permanentes, para personas con discapacidad en desamparo, donde sean atendidas en condiciones que respeten su dignidad y sus derechos para eliminar la discriminación, de conformidad con los principios establecidos en la presente Ley. V. De manera institucional celebrar convenios con instituciones educativas y de salud públicas y privadas, para impulsar la investigación y conocimiento en materia de Discapacidad. VI. Implementar programas de detección temprana y atención oportuna de Discapacidad, así como orientación y tratamiento psicológico a las personas con discapacidad, a sus padres y familiares, servicios de rehabilitación integral y/o canalización inmediata a instituciones que prestan este servicio. VII. En coordinación con el Sistema DIF-Chiapas promover la creación de bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicamentos de uso restringido, facilitando su obtención a la población de bajos recursos. VIII. En coordinación con el Sistema DIF-Chiapas implementar programas de educación, orientación y rehabilitación sexual para las personas con discapacidad. IX. Promover una cultura de prevención y atención integral de la Discapacidad, tales como enfermedades crónico degenerativas, en las diferentes etapas de la vida, mediante tareas de Sensibilización, educación, difusión e integración. X. Fortalecer de mobiliario y equipo médico necesario para la atención y auscultación de las personas con discapacidad atendiendo a sus requerimientos especiales. XI. Contar, por lo menos, con un traductor-interprete de la Lengua de Señas Mexicana, que auxilie a las personas con discapacidad en los servicios que requiera. XII. Las que dispongan otros ordenamientos en materia de salud para las personas con discapacidad.</p>	<p>Artículo 2. Para los efectos de la presente Ley se entenderá por: VII. Discapacidad: A la deficiencia física, mental o sensorial, congénita o adquirida, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita en las personas la capacidad de ejercer una o más actividades de la vida diaria e impide su inclusión plena y en igualdad de condiciones a la sociedad. XX. Persona con Discapacidad: A la persona que presenta de manera temporal o permanentemente una discapacidad.</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD										
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE		INCLUSIVA	INSTITUTO	
6	Chihuahua	Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua	Periódico Oficial del Estado: 24/07/2004.	Reglamento de la Ley para la Atención de las Personas con Discapacidad en el Estado de Chihuahua		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	<p>ARTÍCULO 4. Constituye una prioridad para el Estado hacer posible el desarrollo integral de las personas con discapacidad y la equiparación de oportunidades, para la cual se establecen las siguientes medidas:III.</p> <p>Salud: A) La asistencia médica y rehabilitatoria; B) La orientación y rehabilitación sexual.</p>	NO	<p>ARTÍCULO 3. Para los efectos de esta Ley se entenderá por: I. Personas con discapacidad.- Todo ser humano que presente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, mentales o sensoriales para realizar actividades connaturales;</p>	NO
7	Coahuila	Ley para el Desarrollo e Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Coahuila de Zaragoza.	Periódico Oficial del Estado: 31/05/2013.	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL	<p>Artículo 10°.- Las personas con discapacidad tienen derecho a los servicios públicos para la atención de su salud y rehabilitación integral. Para estos efectos, la Secretaría de Salud y otras autoridades competentes en la materia, en su respectivo ámbito de competencia, realizarán las siguientes acciones: I. Diseñar, ejecutar y evaluar programas para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación para las diferentes discapacidades; creando un banco de datos estadístico de las personas con discapacidad para la formulación de dichos planes, programas y políticas, así como un directorio de centros de salud especializados en el Estado; II. Crear o fortalecer centros de salud y asistencia social responsables de la ejecución de los programas señalados en la fracción anterior, la cual se extenderá a las regiones rurales y comunidades indígenas del Estado; III. Establecer programas de educación, capacitación, formación y especialización para la salud en materia de discapacidad, a fin de que los profesionales de la salud proporcionen a las personas con discapacidad una atención digna y de calidad, sobre la base de un consentimiento libre e informado; IV. Constituir bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, facilitando su gestión y obtención a la población con discapacidad de escasos recursos; V. Fomentar la creación de centros asistenciales, temporales o permanentes, donde las personas con discapacidad en situación de abandono o desamparo sean atendidas en condiciones que respeten su dignidad y sus derechos; I. Celebrar convenios de colaboración con instituciones educativas públicas y privadas, y centros de investigación en el Estado, para impulsar la investigación sobre la materia; VII. Implementar acciones de sensibilización, capacitación y actualización, dirigidos al personal médico y administrativo, para la atención de la población con discapacidad;</p> <p>VIII. Elaborar normas y lineamientos para la atención de las personas con discapacidad con el fin de que los centros de salud y de rehabilitación dispongan de instalaciones y equipos adecuados para la transportación y la prestación de sus servicios; IX. Ofrecer información, orientación, atención y tratamiento psicológico, tanto a las personas con discapacidad como a sus familiares;</p> <p>X. Realizar trabajos de investigación médica regional para detectar la etiología, evolución, tratamiento y prevención de las discapacidades más recurrentes; XI. Crear programas de educación, rehabilitación y educación sexual y reproductivo para las personas con discapacidad y sus familias; y XII. Las demás que otros ordenamientos les otorguen.</p>	NO	<p>Artículo 2°.- Para los efectos de la presente ley se entenderá por: XXVII. Persona con discapacidad. Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás.</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO
8	Colima	Ley para la Integración y Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad del Estado de Colima	Periódico Oficial del Estado: 07/05/2005.	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL Artículo 16.- Corresponderá a la Secretaría de Salud a través de sus centros de atención otorgar la valoración y diagnóstico, misma que tendrá por objeto determinar las condiciones de salud físicas, psicológicas, familiares y sociales en que se encuentre la persona para proceder a la rehabilitación.	NO Artículo 2°.- Para los efectos de la presente Ley se entiende por: I. Persona con Discapacidad: Todo ser humano que tenga temporal o permanentemente una alteración funcional física, mental o sensorial; o un trastorno de talla y peso congénito o adquirido, que le impida realizar una actividad propia de su edad y medio social, que implique desventajas para su integración familiar, social, educacional o laboral;	SI
9	Distrito Federal	Ley para la Integración al Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Distrito Federal Ley de Atención Prioritaria para las Personas con Discapacidad y en Situación de Vulnerabilidad del Distrito Federal	Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal: 10/09/2010. Gaceta Oficial del Distrito Federal: 17/09/2013.			ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL Artículo 16.- A fin de garantizar el derecho a la salud, corresponde a la Secretaría de Salud del Distrito Federal las siguientes atribuciones: I. Elaborar programas de prevención, para su ejecución en los centros de salud, clínicas y hospitales del Gobierno del Distrito Federal; II. Realizar las adecuaciones que sean necesarias a sus instalaciones a fin de garantizar la accesibilidad universal a las personas con discapacidad; III. Asignar espacios de estacionamiento en sus instalaciones para usuarios que utilicen silla de ruedas; IV. Contar, por lo menos, con una persona de cada sexo "traductor intérprete", que auxilie a las personas en sus consultas o tratamientos; V. Adquirir y dotar a los centros de salud, clínicas y hospitales del Gobierno del Distrito Federal, de las instalaciones y mobiliario adecuado para la atención, revisión y consulta de las personas con discapacidad; VI. Promover a través de convenios con universidades y centros de investigación, la investigación científica y tecnológica, dirigida a mejorar la atención de las personas con discapacidad; VII. Elaborar y ejecutar un programa de adecuación arquitectónica que garantice la accesibilidad universal a las personas con discapacidad, a los centros de salud, clínicas y hospitales y en general a todas las instalaciones de salud a su cargo o administración; y VIII. Elaborar la clasificación oficial de las discapacidades permanentes y temporales, con base en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, aprobada por la Organización Mundial de la Salud; estableciendo los niveles de cada discapacidad y determinando el nivel a partir del que será considerada como sujeta de los beneficios de los programas de gobierno. Artículo 7.- A fin de que las personas con discapacidad y en situación de vulnerabilidad tengan la seguridad de la atención prioritaria al realizar trámites y solicitud de servicios, se instalará una línea telefónica y una página de internet en cada Dependencia, Órgano Desconcentrado y Entidades de la Administración Pública del Distrito Federal, a través de la cual de manera inmediata podrán reportar cualquier incumplimiento al presente ordenamiento.	- Artículo 4°.- Para los efectos de esta Ley se entenderá por: XIII. Persona con Discapacidad.- Todo ser humano que presenta, temporal o permanentemente, alguna deficiencia parcial o total en sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, que le limitan la capacidad de realizar una o más actividades de la vida diaria, y que puede ser agravada por el entorno económico o social; Artículo 2.- Para los efectos de esta ley, se entiende por: III.- Personas con discapacidad.- Todo ser humano que padece temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le impide realizar una actividad normal.	SI

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
10	Durango	Ley Estatal para la Integración Social de las Personas con Discapacidad	Periódico Oficial del Estado: 23/12/2001.		NO	<p>Artículo 16.- La Secretaría de Salud en el Estado, establecerá:</p> <p>I. Acciones que contribuyan a eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad, y programas y actividades de investigación científica y tecnológica relacionados con la prevención de las discapacidades, tratamiento, autosuficiencia e integración total a la sociedad, en condiciones de igualdad;</p> <p>II. Programas de detección temprana y atención oportuna de la discapacidad, orientación a padres y familiares, servicios de rehabilitación integral y/o canalización inmediata a instituciones que prestan este servicio;</p> <p>III. Bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, facilitando su obtención a la población de bajos recursos;</p> <p>IV. Un documento técnico normativo que garantice la participación de todas las dependencias e instituciones del sector salud en el Estado, para contemplar dentro de sus programas la promoción a la salud y la prevención de discapacidades;</p> <p>V. Acciones que promuevan una cultura de prevención y atención integral al problema de la discapacidad en las diferentes etapas de la vida mediante tareas de sensibilización, educación difusión e integración;</p> <p>VI. Programas de prevención de: defectos al nacimiento y distocias; para reducir la incidencia de las enfermedades crónico-degenerativas y de enfermedades transmisibles generadoras de discapacidad; hipoacusia; deficiencia mental; ceguera y para reducir el consumo de sustancias tóxicas y que producen adicción y generan discapacidades; VII. Promoverá en coordinación con la Secretaría General de Gobierno actividades de información, orientación y consejo genético en materia de discapacidad para prevenir los defectos al nacimiento y orientar especialmente a las parejas que contraerán matrimonio; y</p> <p>VIII. Acciones para dotar de los implementos necesarios los consultorios, para la atención y auscultación de las personas con discapacidad.</p>	NO	<p>Artículo 2. Para los efectos de la presente Ley se entenderá por: II. Persona con discapacidad.- Ser humano que presenta de manera temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales que le limitan realizar una actividad considerada como normal;</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
11	Estado de México	Ley para la Protección, Integración y Desarrollo de las Personas con Discapacidad del Estado de México	Periódico Oficial "Gaceta del Gobierno": 31/08/2012.		NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Artículo 36.- El Instituto fomentará la adopción de medidas para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, a través de: I. Diseñar, ejecutar y evaluar acciones para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral o especializada y habilitación o rehabilitación para los discapacitados; II. Implementar programas de sensibilización, capacitación y actualización, dirigidos a los servidores públicos, para la atención de la población con discapacidad; III. Participar en la constitución de bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, facilitando su gestión y obtención a la población con discapacidad de escasos recursos, a través de los mecanismos institucionales que determine cada orden de gobierno; IV. Realizar convenios a fin de otorgar descuentos preferenciales en medicamentos, prótesis, órtesis, además de los que se requieran para el tratamiento y rehabilitación de las personas con discapacidad; V. Impulsar la investigación médica para detectar la etiología, evolución, tratamiento y prevención de las discapacidades; VI. Realizar campañas para prevenir las discapacidades; VII. Proporcionar información, orientación y educación sexual, y apoyo psicológico, tanto a las personas con discapacidad como a sus familiares; VIII. Establecer criterios de transversalidad para la prestación de atención adecuada, habilitación y rehabilitación a los diferentes tipos de discapacidad; y IX. Las demás que determinen la Junta de Gobierno y el Consejo Consultivo.	-	Artículo 3.- Para los efectos de esta Ley y de la materia se entiende por: XXVIII. Persona con Discapacidad: Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal; que limita su capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria;	SI
12	Guanajuato	Ley de Inclusión para las personas con Discapacidad en el Estado de Guanajuato	Periódico Oficial del Estado: 14/09/2012.		NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL Artículo 27. Las estrategias en materia de salud que se deberán considerar en el Programa de Gobierno serán las siguientes: I. La prevención y detección temprana de las discapacidades, contemplando aspectos fundamentales para disminuir los factores que las ocasionan; II. La inclusión de mecanismos para la atención oportuna, habilitación y rehabilitación de las diferentes discapacidades, incluyendo la asesoría, orientación física y psicológica a quienes presenten una discapacidad, así como a sus familiares; III. La realización de estudios e investigaciones y campañas permanentes para la detección de personas con discapacidad; y IV. La promoción de la educación sexual, para personas con discapacidad y padres de familia con hijos con discapacidad.	-	Artículo 2. Para los efectos de esta Ley se entenderá por: X. Personas con discapacidad: aquéllas que presentan alguna deficiencia. Artículo 7. Las dependencias y entidades de la administración pública estatal y municipal en el ejercicio de cada una de sus atribuciones, aplicarán la perspectiva de inclusión y atenderán el contenido de la presente Ley para impulsar el desarrollo integral de las personas con discapacidad y una cultura de inclusión. física, mental, intelectual, sensorial, de trastorno de talla o peso, ya sea de naturaleza congénita o adquirida, permanente o temporal, que limite su capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, y que puede impedir su desarrollo;	SI

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
13	Guerrero	Ley número 817 para las Personas con Discapacidad del Estado de Guerrero	Periódico Oficial del Gobierno del Estado: 20/12/2011.		NO	<p>ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR</p> <p>ARTÍCULO 37. Será responsabilidad de los Servicios Estatales de Salud, proporcionar la atención adecuada a las personas con discapacidad, en los siguientes aspectos:</p> <p>I. Desarrollo del Programa Estatal de prevención, y el establecimiento de centros para la detección temprana, atención adecuada y rehabilitación de las diferentes discapacidades;</p> <p>II. Programas especializados de capacitación, orientación y rehabilitación para las personas con discapacidad;</p> <p>III. Asistencia médica y de rehabilitación médico-funcional;</p> <p>IV. Orientación y gestión para la obtención de prótesis, órtesis y ayudas técnicas para su rehabilitación e integración; V. Constituir, en coordinación con el Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, a través de los mecanismos institucionales que determine cada orden de gobierno, bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, facilitando su gestión y obtención para la población con discapacidad de escasos recursos; y fomentar la creación de centros asistenciales, tempranas o permanentes donde las personas con discapacidad sean atendidas en condiciones que respeten su dignidad y sus derechos;</p> <p>VI. Elaborar y expedir normas técnicas para la atención de las personas con discapacidad con el fin de que los centros de salud y de rehabilitación dispongan de instalaciones y equipos adecuados para la prestación de sus servicios; asimismo, promover la capacitación del personal médico y administrativo en los centros y rehabilitación del país;</p> <p>VII. Orientación y capacitación a las familias o a terceras personas que apoyan a la población con discapacidad; y</p> <p>VIII. Las demás que le asigne el titular o la titular del Ejecutivo del Estado.</p>	NO	<p>ARTÍCULO 1. Las disposiciones de esta Ley son de orden público, de interés social y de observancia general en el Estado Libre y Soberano de Guerrero. Su objeto es establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad, en un marco de igualdad y/o de equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida.</p> <p>ARTÍCULO 3. Persona con discapacidad es aquella que padece alguna 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.</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE		INCLUSIVA	INSTITUTO
14	Hidalgo	Ley Integral para las Personas con Discapacidad	Periódico Oficial del Estado: 31/12/2010.	NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	<p>Artículo 31.- La Secretaría de Salud del Estado será la responsable de brindar una atención integral a la salud de las personas con discapacidad, conforme lo establece esta Ley y demás disposiciones aplicables. Dicha atención tendrá como ejes principales:</p> <p>I.- La Prevención de las discapacidades; II.- La Implementación de acciones que garanticen la asistencia sanitaria; III.- La habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad; y IV.- La capacitación a personal del Sistema Estatal de salud para la atención a personas con discapacidad, con enfoque de género.</p>	NO	<p>Artículo 1.- Las disposiciones de la presente ley son de orden público, de interés social y de observancia general en el Estado de Hidalgo.</p> <p>Constituye la finalidad primordial de esta Ley promover, proteger y asegurar el pleno ejercicio de los derechos humanos de las personas con discapacidad, estableciendo las condiciones que permitan obtener la plena integración de éstas a la sociedad. Artículo 5.- Para los efectos de esta ley se entenderá por: III.- Persona con discapacidad. Toda aquella que, por razones congénitas o adquiridas, presenta una o más deficiencias físicas, intelectuales, o sensoriales, sea de carácter permanente o temporal y que debido a las barreras creadas por el entorno social, ve limitada su participación, inclusión e integración a una o más de las actividades de la vida cotidiana:</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO
15	Jalisco	Ley para la Atención y Desarrollo Integral de Personas con Discapacidad del Estado de Jalisco	Periódico Oficial del Estado: 31/12/2009.	Reglamento para el Funcionamiento de Albergues para Menores de Edad, Adultos Mayores, Incapaces o con Discapacidad.		<p>Artículo 26.- Corresponde a la Secretaría de Salud:</p> <p>I. Diseñar, Desarrollar y evaluar en coordinación con el Consejo, programas de prevención de discapacidades congénitas y de la primera infancia, y de orientación en materia de planificación familiar, genética, atención prenatal, perinatal, detección y diagnóstico precoz, asistencia pediátrica, higiene y seguridad en el hogar y en el trabajo;</p> <p>II. Vigilar y garantizar que las personas con discapacidad no sean discriminadas y se les trate con equidad en el acceso a todos sus programas y servicios;</p> <p>III. Diseñar y operar programas de educación para la salud, orientación sexual, rehabilitación, habilitación y atención integral de salud dirigida a las personas con discapacidad; IV. Establecer bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido para apoyar en su gestión y obtención a personas con discapacidad, privilegiando a personas de escasos recursos;</p> <p>V. Establecer programas de prevención dirigidos a familias que ya hayan tenido hijos o familiares con discapacidad o que tengan alguna enfermedad o características genéticas que pongan en riesgo la salud de los hijos por nacer y recomendarles las medidas para evitar su ocurrencia;</p> <p>VI. Fomentar la creación de albergues de día, o de tiempo completo, temporales o permanentes, donde las personas con discapacidad se les brinde atención médica y ocupacional en un ambiente de dignidad y respeto;</p> <p>VII. Vigilar y garantizar que las personas con discapacidad no sean discriminadas y se les trate con equidad en la recepción y transplante de órganos, transfusiones sanguíneas, tratamientos e intervenciones para favorecer su salud;</p> <p>VIII. Elaborar y expedir normas técnicas y difundir las Normas Oficiales Mexicanas, para la atención de personas con discapacidad, con el fin de que los centros de salud y de rehabilitación cuenten con las instalaciones y equipos adecuados para la prestación de sus servicios y desarrollar programas de capacitación, especialización y actualización para el personal médico y administrativo de los centros de salud, organizaciones y ayuntamientos;</p> <p>IX. Garantizar que en todos los servicios de salud pública y privada se cuente con apoyos estenográficos para la adecuada atención de personas con discapacidad auditiva y visual; y</p> <p>X. Establecer conjuntamente con el Consejo, programas de capacitación para familias y terceras personas que atienden a personas con discapacidad para orientarlos sobre el manejo adecuado de los mismos.</p>	<p>Artículo 2.- Para los efectos de esta ley se entiende por:</p> <p>I. Persona con discapacidad: todo ser humano que tiene ausencia o disminución congénita, genética o adquirida de alguna aptitud o capacidad física, mental, intelectual o sensorial, de manera parcial o total, que le impida o dificulte su pleno desarrollo o integración efectiva al medio que lo rodea, de manera temporal o permanente;</p>	SI

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD										
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE		INCLUSIVA		INSTITUTO
16	Michoacán	Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Estado de Michoacán de Ocampo	Periódico Oficial del Estado: 12/09/2014.		NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL	<p>Artículo 14. El Poder Ejecutivo del Estado en coordinación con el Consejo adoptará medidas efectivas y pertinentes, para que las personas con discapacidad tengan garantizados sus derechos humanos y se les permita tener una plena inclusión.</p> <p>Para tal efecto, organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:</p> <p>a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación integral y multidisciplinaria de las necesidades y capacidades de la persona; y,</p> <p>b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad en las zonas rurales e indígenas.</p> <p>Artículo 18. Toda persona con algún tipo de discapacidad podrá beneficiarse con la rehabilitación y habilitación médica necesaria para corregir o mejorar su estado físico, mental, cognitivo o sensorial, para lograr su inclusión educativa, laboral o social.</p>	-	<p>Artículo 2. Para los efectos de esta ley se entenderá por: XXI. Persona con Discapacidad: Toda persona que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a corto o largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva inclusión en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás;</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
17	Morelos	Ley de Atención Integral para Personas con Discapacidad en el Estado de Morelos	Periódico Oficial del Estado: 04/07/2007		NO	<p>ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR</p> <p>Artículo 38.- La atención a personas con discapacidad en materia de salud y asistencia social procurará la corrección y mejoramiento del estado físico y mental del discapacitado de conformidad con lo dispuesto por la Ley de Salud del Estado.</p> <p>Artículo 39.- Los procesos de atención médica se complementarán con la prescripción y adaptación de prótesis, órtesis y otros accesorios de apoyo necesarios para las personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 40.- Los procesos de habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad podrán comprender: I.-Habilitación y rehabilitación médico funcional; II. Orientación y tratamiento psicológico; III. Educación general y especial; y IV. Habilitación y rehabilitación laboral.</p> <p>Artículo 41.- La Secretaría y el Sistema Estatal, establecerán convenios de coordinación y colaboración con Ayuntamientos e instituciones públicas o privadas, para llevar a cabo las actividades que comprende el proceso habilitatorio y rehabilitatorio.</p> <p>Artículo 42.- La rehabilitación médico funcional deberá: I. Comenzar de forma inmediata a la detección y diagnóstico de cualquier discapacidad; II. Estar dirigida a dotar de las instalaciones y condiciones precisas para la recuperación de las personas con discapacidad; y III. Concluir hasta conseguir el máximo de funcionalidad posible, asegurando el mantenimiento de ésta.</p> <p>Artículo 43.- La orientación y tratamiento psicológico deberá: I. Buscar en todo momento la superación de la persona con discapacidad, el desarrollo de su personalidad y su integración social; II. Deberá ser dirigida a aprovechar al máximo el uso de sus potencialidades; III. Tener en cuenta las características propias de la persona con discapacidad, sus motivaciones e intereses, así como los factores familiares y sociales que puedan condicionarle; e IV. Iniciar en el seno familiar, con la participación de los padres, tutores o responsables de la persona con discapacidad, comprendiendo las distintas fases del proceso habilitador y rehabilitador.</p>	NO	<p>Artículo *1.- La presente Ley regirá en el Estado de Morelos, es de orden público e interés social y tiene por objeto normar las medidas y acciones que contribuyan al desarrollo integral de las personas con discapacidad, procurando, su bienestar físico y mental, así como la igualdad de oportunidades y equidad, a fin de facilitar su integración plena a la sociedad. Artículo *3.- Para los efectos de esta Ley deberá entenderse por: IX.- Persona con discapacidad.- Todo ser humano que tiene una carencia o disminución, congénita o adquirida de alguna aptitud o capacidad funcional, de tipo sensorial, psicomotora o mental, de manera parcial o total que le impida o dificulte su desarrollo e integración al medio que le rodea, por un periodo de tiempo definido o indefinido y de manera transitoria o permanente;</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
18	Nayarit	Ley para la Protección e Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Nayarit	Periódico Oficial del Estado: 15/05/1996.		NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Artículo 9o.- Por rehabilitación se entiende el conjunto de medidas médicas, psicológicas, sociales, deportivas, educativas, recreativas y ocupacionales, tendientes a que las personas con discapacidad puedan obtener su grado máximo de desarrollo personal y recuperación funcional, a fin de realizar actividades que les permitan valerse por sí mismos, ser útiles a su familia e integrarse a la vida social. Artículo 10.- Realizado el diagnóstico y valoración de una discapacidad en los términos de esta Ley, según el caso, el proceso de rehabilitación podrá comprender: I.- Rehabilitación médico-funcional; II.- Educación general o especial; III.- Orientación y tratamiento psicológico; IV.- Rehabilitación socioeconómica y laboral; y V.- Cultura, recreación y deporte. Artículo 12.- La rehabilitación médico-funcional dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas que presenten una disminución de su capacidad física, sensorial o psíquica, deberá comenzar de forma inmediata a la detección y al diagnóstico de cualquier tipo de anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir el máximo de funcionalidad, así como su conservación. Artículo 14.- Los Servicios de Salud de Nayarit y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado de Nayarit, fomentará la formación de profesionales, así como la investigación en materia de rehabilitación médico- funcional, procurando que las personas con discapacidad tengan acceso a los beneficios que de ello se deriven.	NO	Artículo 2o.- Para los efectos de esta Ley se entenderá por: VI.- Persona con discapacidad.- Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás;	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
19	Nuevo León	Ley para la Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidad	Periódico Oficial del Estado: 03/07/2014.	NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONA L LIBERAL	<p>Artículo 15.- Las personas con discapacidad tienen derecho a servicios públicos para la atención de su salud y rehabilitación integral. Para estos efectos, las autoridades competentes en la materia, en su respectivo ámbito de competencia, realizarán las siguientes acciones:</p> <p>I. Diseñar, ejecutar y evaluar acciones para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención integral y rehabilitación para las diferentes discapacidades; II. Crear centros responsables de la ejecución de las acciones señalados en la fracción anterior, las cuales se extenderá a las regiones rurales y comunidades indígenas del Estado, considerando los derechos humanos, dignidad, autonomía y necesidades de las personas con discapacidad; III. Establecer acciones de educación para la salud para las personas con discapacidad;</p> <p>IV. Constituir, a través de los mecanismos institucionales correspondientes, bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, facilitando su gestión y obtención a la población con discapacidad de escasos recursos;</p> <p>V. Fomentar la creación de centros asistenciales, temporales o permanentes, donde las personas con discapacidad intelectual sean atendidas en condiciones que respeten su dignidad y sus derechos;</p> <p>VI. Celebrar convenios de colaboración con instituciones educativas públicas y privadas del Estado, para impulsar la investigación sobre la materia de discapacidad;</p> <p>VII. Implementar acciones de capacitación y actualización, dirigidos al personal médico y administrativo, para la atención de la población con discapacidad;</p> <p>VIII. Establecer los mecanismos para garantizar servicios de atención y tratamiento psicológicos;</p> <p>IX. Elaborar lineamientos para la atención de las personas con discapacidad con el fin de que los centros de salud y de rehabilitación dispongan de instalaciones y equipos adecuados para la prestación de sus servicios, así mismo, promover la capacitación del personal médico y administrativo en los centros de salud y rehabilitación estatales;</p> <p>X. Ofrecer información, orientación y apoyo psicológico, tanto a las personas con discapacidad como a sus familiares;</p> <p>XI. Realizar trabajos de investigación médica regional para detectar la etiología, evolución, tratamiento y prevención de las discapacidades más recurrentes;</p> <p>XII. Crear acciones de educación, rehabilitación y educación sexual para las personas con discapacidad;</p> <p>XIII. Propiciar el diseño y la formación de un sistema de información sobre los servicios públicos en materia de discapacidad, con el objeto de identificar y difundir la existencia de los diferentes servicios de asistencia social y las instancias que los otorguen;</p> <p>XIV. Impulsar el desarrollo de la investigación de la asistencia social para las personas con discapacidad, a fin de que la prestación de estos servicios se realice adecuadamente; y</p> <p>XV. Las demás que otros ordenamientos les otorguen.</p>	<p>Artículo 2.- Para los efectos de esta Ley se entiende por:</p> <p>XXIV. Persona con Discapacidad: Toda persona que presenta 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</p>	SI	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
20	Oaxaca	Ley de Atención a Personas con Discapacidad del Estado de Oaxaca	Periódico Oficial del Estado: 25/04/2009.	NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	<p>ARTÍCULO 21.- Las personas con discapacidad tienen derecho a servicios públicos para la atención de su salud y rehabilitación integral, los que deberán ofrecerse en igualdad de condiciones a quien los requiera. Serán considerados como actos discriminatorios, en razón de la discapacidad, negarse a prestar los servicios o proporcionarlos de inferior calidad.</p> <p>Toda persona con discapacidad, que no haya desarrollado al máximo sus capacidades, o que con posterioridad a su escolarización hubiere sufrido la limitación, tendrá derecho a seguir el proceso requerido para alcanzar su óptima rehabilitación psíquica, física, fisiológica, sensorial, ocupacional o social. La orientación y el tratamiento psicológico se emplearán durante las distintas fases del proceso rehabilitador, se iniciarán en el seno familiar e irán encaminadas a lograr la superación de la Persona con Discapacidad, y su situación, así como el desarrollo de su personalidad e integración social, mismas que deberán tomar en cuenta sus características personales,</p> <p>motivaciones e intereses, los factores familiares y sociales que puedan condicionarla y estarán dirigidos a optimizar al máximo el uso de sus capacidades.</p> <p>En los servicios de salud del Estado y los Municipios, se impulsará y promoverá:</p> <p>I.- El desarrollo de programas de prevención, detección temprana, atención adecuada y rehabilitación de las diferentes discapacidades;</p> <p>II.- El establecimiento de unidades de prevención, orientación, detección y atención temprana a las personas con discapacidad; y</p> <p>III.- Programas especializados de educación, orientación y rehabilitación para las personas con discapacidad</p>	NO	<p>ARTÍCULO 3.- Para los efectos de esta Ley se entenderá por:</p> <p>XI.- Persona con discapacidad: Toda aquella persona que en virtud de alguna deficiencia permanente o temporal, física, mental, cognitiva, intelectual o sensorial pueda ver impedida su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás al ejercer una o mas actividades de la vida diaria;</p>	NO
21	Puebla	Ley para las Personas con Discapacidad del Estado de Puebla	Periódico Oficial del Estado: 12/01/2009.	NO	ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	<p>Artículo 30.- En atención a las ramas de especialización, la rehabilitación médica estará dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas con discapacidad.</p> <p>Artículo 31.- Toda persona que presente alguna disminución funcional calificada según lo dispuesto en esta Ley, para los efectos de lo previsto en el artículo anterior, tendrá derecho a beneficiarse con la rehabilitación médica necesaria para corregir o mejorar su estado físico, mental y social cuando éste constituya un obstáculo para su inclusión e integración educativa, laboral o social.</p> <p>Artículo 32.- Los procesos de rehabilitación médica se complementarán con la prescripción y adaptación de prótesis, órtesis u otros aparatos o instrumentos funcionales para las personas con discapacidad cuya condición o atención lo ameriten en términos del artículo 21 del Título III de esta Ley.</p>	NO	<p>Artículo 1.- Las disposiciones de esta Ley son de orden público, de interés social y de observancia general, y tienen por objeto establecer las bases que permitan lograr la completa realización personal y la plena inclusión e integración de las personas con discapacidad, en un marco de igualdad de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida.</p> <p>De manera enunciativa y no limitativa, esta Ley reconoce a las personas con discapacidad sus derechos humanos, libertades fundamentales inherentes y ordena el establecimiento de las políticas públicas necesarias para su ejercicio. *</p> <p>Artículo 4.- Para efectos de la aplicación de esta Ley se entiende por: XI.- Persona con Discapacidad: La que por deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, se encuentra limitada para ejercer o interactuar en una o más actividades esenciales de la vida diaria, lo que le impide estar en igualdad de condiciones para con los demás. *</p>	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO
22	Querétaro	Ley para la Integración al Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad del Estado de Querétaro	Periódico Oficial del Estado: 04/11/2011.	Reglamento del Consejo Estatal para las Personas con Discapacidad		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONAL LIBERAL Artículo 18. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado de Querétaro, será el organismo rector, en el ejercicio y regulación de las acciones de asistencia social y rehabilitación integral, dirigidas a las personas con discapacidad, así como de la promoción de los servicios en este campo y la realización de las acciones que establece la presente Ley. Artículo 32. A fin de garantizar el derecho a la salud de las personas con discapacidad, corresponde a la Secretaría de Salud en el Estado, las siguientes atribuciones: I. Diseñar y ejecutar programas de capacitación, sensibilización y buen trato, dirigidos al personal médico y administrativo que labora en sus instituciones de salud. Los servicios de salud deberán considerar el derecho de las personas con discapacidad a recibir tratamiento sobre la base de un consentimiento, libre e informado, de acuerdo a sus necesidades; II. Celebrar convenios de colaboración con instituciones educativas públicas y privadas, para impulsar la investigación científica y el desarrollo tecnológico sobre la prevención, atención y rehabilitación de la discapacidad; III. Desarrollar programas de capacitación, orientación y rehabilitación para personas con discapacidad; IV. Diseñar programas de orientación sobre educación sexual y reproductiva para las personas con discapacidad y sus familias; V. Proporcionar asistencia médica y de rehabilitación médico funcional; VI. Orientar y gestionar la obtención de prótesis, órtesis y ayudas técnicas para su rehabilitación e integración; VII. Constituir, a través de los mecanismos institucionales que determine cada uno de los órdenes de gobierno, bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, facilitando su obtención a la población con discapacidad y, sobre todo, a aquella de escasos recursos; VIII. Establecer servicios de orientación, información, atención y tratamiento psicológico para las personas con discapacidad, sus familias o terceras personas que se encarguen de su cuidado; y IX. Las demás que le asignen la presente Ley y sus reglamentos.	Artículo 4. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: XXIV. Personas con discapacidad, toda persona que, por razón congénita o adquirida, presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, de carácter permanente y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, puede ver afectada su inclusión plena y efectiva a la vida en comunidad, en igualdad de condiciones con los demás;	NO
23	Quintana Roo	Ley para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad del Estado de Quintana Roo	Periódico Oficial del Estado: 30/07/2013.	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Artículo 7. El sector salud, en coordinación con el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado y demás instituciones competentes, elaborará un programa de prevención y atención de discapacidades que tendrá por objeto establecer las actividades de prevención primaria, tendientes a evitar la aparición de enfermedades que se relacionan con la discapacidad; de prevención secundaria que deben ser dirigidas a un diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y limitación del daño que eviten la aparición de complicaciones que generen discapacidad y, prevención terciaria que debe dirigirse a evitar la estructuración de secuelas mediante acciones de rehabilitación integrales que maximicen las capacidades residuales. De igual manera el mencionado programa preverá las acciones que se deban llevar a cabo en el caso de cuidados paliativos a las personas con discapacidad.	Artículo 3. Para los efectos de esta ley, además de las señaladas en la Ley General para la Inclusión de las Los demás que resulten aplicables. Personas con Discapacidad y su Reglamento, se entenderá por: IV. Persona con Discapacidad: Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le imponen el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con las demás;	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO
24	San Luis Potosí	Ley Estatal para las Personas con Discapacidad	Periódico Oficial del Estado: 16/03/2006	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR ARTICULO 30. El DIF estatal y municipal, son los órganos encargados en proporcionar la asistencia social en sus diferentes niveles. ARTICULO 32. La rehabilitación médico funcional estará dirigida a dotar de las condiciones precisas para la recuperación de aquellas personas con discapacidad física, psicológica, sensorial o intelectual; misma que deberá ser iniciada a partir del diagnóstico temprano de cualquier anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir su máximo desarrollo y la procuración de la misma.	NO ARTICULO 5°. Para los efectos de la presente Ley se entenderá por: XXIX. Persona con discapacidad: ser humano que presenta de manera temporal o permanentemente, una disminución en sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, que le limitan realizar una actividad considerada como normal;	NO
25	Sinaloa	Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad del Estado de Sinaloa	Periódico Oficial del Estado: 06/09/2000.	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Artículo 26. La rehabilitación médico-funcional está dirigida a dotar de las condiciones precisas para su recuperación a aquellas personas que presenten discapacidad neuromotora, sensorial, intelectual o múltiple. Ésta se iniciará cuando se presente cualquier anomalía o deficiencia, debiendo continuarse hasta conseguir el máximo de funcionalidad posible, sin detrimento del mantenimiento de la misma. Artículo 60. Los servicios sociales para las personas con discapacidad tienen como objetivo garantizar el logro de adecuados niveles de desarrollo personal e integrarias a la comunidad.	NO Artículo 4. Las personas con discapacidad gozan de todos los derechos que establece la Constitución General de la República y la propia del estado, sin restricción alguna, además de los derechos que en esta ley se consagran en favor de dichas personas y su familia; así como del acceso a: a) Servicios médicos y de asistencia social, para lograr el nivel óptimo de salud y máximo de bienestar; b) Educación en todos los niveles, con los apoyos especiales e institucionales que se requieran; c) Rehabilitación laboral, la capacitación y el trabajo; d) Orientación y capacitación a la familia o a terceras personas, para su adecuada atención; e) Orientación y asesoría en la cultura, la recreación y el deporte; f) Facilidad de desplazamiento en el interior o exterior de los espacios en la vía pública y lugares con acceso al público; g) Disfrutar de manera preferencial los servicios públicos estacionarios; y, h) Ser inscrito en el Padrón Estatal de Personas con Discapacidad.	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD										
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA		INSTITUTO	
26	Sonora	Ley de Integración Social para Personas con Discapacidad	Boletín Oficial del Estado: 12/07/1999.	Reglamento Ley de Integración Social para Personas con Discapacidad del Estado de Sonora		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	ARTÍCULO 36.- La rehabilitación médico-funcional estará dirigida a dotar de las condiciones necesarias para su habilitación a aquellas personas con discapacidad física, sensorial o intelectual, misma que deberá ser iniciada a partir del diagnóstico temprano y continuar hasta el mayor desarrollo posible de sus habilidades y aprendizajes. ARTÍCULO 37.- Los procesos de rehabilitación se complementarán con las prescripciones y la adaptación de prótesis, órtesis y otros elementos auxiliares para las personas con discapacidad cuya condición lo amerite. ARTÍCULO 77.- Los servicios sociales para las personas con discapacidad tienen como objetivo garantizar el logro adecuado de los niveles de desarrollo personal y de su integración a la comunidad.	NO	ARTÍCULO 2o.- Para los efectos de esta Ley, se entiende por: VIII.- Persona con discapacidad: Todo ser humano que padece temporal o permanentemente una disminución en sus facultades físicas, mentales o sensoriales que le impide realizar una actividad normal;	NO
27	Tabasco	Ley para la Protección y Desarrollo de los Discapacitados del Estado de Tabasco	Periódico Oficial del Estado: 14/05/2014.	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	ARTÍCULO 41. . La habilitación y rehabilitación médico-funcional a cargo de la Secretaría de Salud y del DIF, estará dirigida a dotar de acuerdo a su capacidad presupuestal, las condiciones precisas a las personas con discapacidad, la cual deberá comenzar con la detección y diagnóstico de la misma y continuar hasta conseguir el máximo beneficio de funcionalidad. ARTÍCULO 42. Para los efectos de lo previsto en el artículo anterior, toda persona con discapacidad podrá beneficiarse con la habilitación y rehabilitación médico-funcional necesaria que le permita su inclusión en cualquier ámbito. ARTÍCULO 43. Los procesos de habilitación y rehabilitación se complementarán con la prescripción y la adaptación de prótesis, órtesis y otros elementos auxiliares para las personas con discapacidad cuya condición lo amerite. ARTÍCULO 44. La orientación y tratamiento psicológico se emplearán durante las distintas fases del proceso habilitador y rehabilitador de las personas con discapacidad, se procurará su inicio en el seno familiar e irán encaminadas a lograr la superación y el desarrollo de su personalidad e inclusión social. ARTÍCULO 45. La orientación y tratamiento psicológico de las personas con discapacidad, tendrá como objetivo lograr la superación personal y la inclusión en cualquier ámbito social, considerando las características particulares, motivaciones e intereses, así como los factores familiares y sociales.	NO	ARTÍCULO 3. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por: XXIV. Personas con discapacidad: Son aquellas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, temporales o permanentes, que al interactuar o no con diversas barreras ven impedida su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás;	NO
28	Tamaulipas	Ley de Integración Social de Personas con Discapacidad	Periódico Oficial del Estado: 19/02/1997.	NO		ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR	ARTÍCULO 19.- La rehabilitación médico-funcional estará dirigida a dotar a las personas con discapacidad, de las condiciones precisas para su recuperación, deberá iniciar en forma inmediata a la detección y diagnóstico de cualquier discapacidad, y continuarse hasta conseguir el máximo grado de recuperación, así como el mantenimiento de ésta. ARTÍCULO 20.- La persona que presente alguna discapacidad calificada, según lo establecido por esta Ley, tendrá derecho al beneficio de la rehabilitación médica necesaria para corregir o mejorar su estado físico-mental y social, cuando éste constituya un obstáculo para su integración educativa, laboral y social. ARTÍCULO 21.- Los procesos de rehabilitación se complementarán con la adaptación de prótesis, órtesis y cualquier otro elemento auxiliar para personas con discapacidad, cuya condición lo amerite.	NO	Tamaulipas y tiene como finalidad establecer	NO

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
29	Tlaxcala	Ley para Personas con Discapacidad en el Estado de Tlaxcala	Periódico Oficial del Estado: 19/02/2010.	NO		<p>ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONA L LIBERAL</p> <p>Artículo 11. Las personas con discapacidad tienen derecho a gozar, sin discriminación, del más alto nivel posible de salud de manera gratuita o a precios accesibles, incluyendo la salud sexual y reproductiva.</p> <p>Artículo 12. Las instituciones que conforman el Sistema de Salud del Estado de Tlaxcala, proporcionarán los servicios de salud que requieran personas con discapacidad específicamente a consecuencia de su discapacidad, incluida la orientación y el tratamiento psicológico para ellas y sus familiares, así como la pronta detección e intervención de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las personas mayores.</p> <p>Artículo 13. Los servicios de salud que se presten a las personas con discapacidad tendrán la misma calidad que los que se presten a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado.</p> <p>Artículo 14. Las instituciones de salud estatal en coordinación con el Instituto diseñarán y ejecutarán acciones preventivas y de orientación en materia de discapacidad.</p>	SI	<p>Artículo 3. Para los efectos de esta ley se entenderá por:</p> <p>XIV. Persona con discapacidad: Toda persona con deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás;</p>	SI

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD								
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO
30	Veracruz	Ley para la Integración de las para Personas con Discapacidad del Estado de Veracruz de Ignacio de la Llave	Gaceta Oficial del Estado: 11/03/2010.	NO		<p>ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR Y INTERRELACIONA L LIBERAL</p> <p>Artículo 11.- Las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de los servicios de salud, incluida la rehabilitación, sin discriminación por motivo alguno. El Estado adoptará medidas para asegurar el acceso de la población con discapacidad a estos servicios y, para estos efectos, la Secretaría de Salud, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Estado y, en su caso, los Ayuntamientos, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizarán las acciones siguientes: I. Establecer, aplicar y evaluar los programas para la orientación, prevención, detección, estimulación temprana, atención oportuna, habilitación y rehabilitación para las diferentes discapacidades y trastornos generales del desarrollo; II. Proporcionar los servicios de salud necesarios y específicos para las personas con discapacidad, que requieran como consecuencia de la misma, incluidas la pronta detección e intervención, y generar campañas para prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades; III. Proporcionar atención de salud a costos accesibles a las personas con discapacidad, con calidad y variedad, en equidad de condiciones que al resto de la población; IV. Impulsar y garantizar la creación y mantenimiento de centros de rehabilitación, que coadyuven a la integración social de las personas con discapacidad V. Promover, a través de los mecanismos institucionales correspondientes, bancos de prótesis, órtesis, ayudas técnicas y medicinas de uso restringido, y facilitar a las personas con discapacidad de escasos recursos económicos su gestión y obtención; VI. Impulsar la investigación médica para detectar la etiología, evolución, tratamiento y prevención de las discapacidades; VII. Implementar acciones de capacitación y sensibilización del personal de salud, respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad, para atenderlas con calidad y en condiciones de equidad; VIII. Elaborar normas y lineamientos para la atención de las personas con discapacidad, con el fin de que los centros de salud y de rehabilitación dispongan de instalaciones y equipos adecuados en constante mantenimiento y modernización para la prestación de sus servicios; IX. Garantizar la creación de centros de orientación, a fin de que toda persona con discapacidad y sus familiares tengan acceso a información y apoyo psicológico oportunos, que les permitan tener un adecuado diagnóstico y, de ser necesario, un tratamiento médico específico; X. Promover la celebración de convenios orientados a otorgar descuentos preferenciales en medicamentos para el tratamiento de salud de las personas con discapacidad; XI. Proporcionar sus servicios de la manera más cercana posible al domicilio de las personas con discapacidad y, en su caso, facilitar los apoyos requeridos para su traslado y atención; XII. Otorgar a las personas con discapacidad programas de atención en el ámbito de la salud sexual y reproductiva; XIII. Coordinarse con las demás instituciones públicas y privadas para la prestación de atención adecuada, habilitación y rehabilitación a los diferentes tipos de discapacidad; y XIV. Las demás que esta Ley y otros ordenamientos les señalen.</p>	<p>Artículo 2.- Para los efectos de la presente Ley y su Reglamento, se entenderá por: XXVII. Persona con discapacidad: La que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal, y que, al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás; entendiéndose como discapacidad mental a la presencia de un desarrollo mental detenido o incompleto, derivado de lesiones o deficiencias en los procesos cerebrales, adquiridos de forma prenatal, perinatal, natal o posnatal, que afectan a nivel global la inteligencia, las funciones cognitivas, las del lenguaje, las motrices y la socialización, incluidos los trastornos generalizados del desarrollo;</p>	NO

Z

LEYES ENTIDADES FEDERATIVAS SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD									
No	ENTIDAD FEDERATIVA	LEY	PUBLICACIÓN	REGLAMENTO	PUBLICACIÓN	ENFOQUE	INCLUSIVA	INSTITUTO	
32	Zacatecas	Ley Estatal para la Integración al Desarrollo Social de las Personas con Discapacidad	Periódico Oficial del Estado: 05/11/2005.	NO		<p>ASISTENCIALISTA MÉDICO REHABILITADOR</p> <p>Artículo 40.- Será responsabilidad de los Servicios de Salud del Estado, proporcionar la atención adecuada a las personas con discapacidad, en los siguientes aspectos: I. Desarrollo del Programa Estatal de prevención, la detección temprana, atención adecuada y rehabilitación de las diferentes discapacidades;</p> <p>II. Programas especializados de capacitación, orientación y rehabilitación para las personas con discapacidad;</p> <p>III. Asistencia médica y de rehabilitación médico-funcional;</p> <p>IV. Orientación y gestión para la obtención de prótesis, órtesis y ayudas técnicas para su rehabilitación e integración;</p> <p>V. Orientación y capacitación a las familias o a terceras personas que apoyan a la población con discapacidad; y</p> <p>VI. Las demás que le asigne el titular o la titular del Ejecutivo del Estado. Artículo 43.- Se entiende por rehabilitación, al conjunto de acciones médicas, psicológicas, sociales, educativas y ocupacionales que tienen por objeto que las personas con discapacidad, puedan obtener su máximo grado de recuperación funcional, a fin de realizar actividades que les permitan ser útiles a sí mismas y a su familia e integrarse a la vida social.</p>	NO	<p>Artículo 3.- Persona con discapacidad es aquella que padece alguna deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que puede ser agravada por el entorno económico y social, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria.</p>	NO