

39
2 Sem

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLITICAS Y SOCIALES



ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DE LA PROBLEMÁTICA SOCIAL DE LA INVALIDEZ EN EL ESPACIO URBANO.

EL CASO DE LA CIUDAD DE MEXICO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN SOCIOLOGIA

P R E S E N T A N:
EDUARDO MONSALVO ALBARRAN
Y
MARIA DE JESUS MONTOYA OBESO



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ACERCAMIENTO AL ESTUDIO DE LA PROBLEMÁTICA
SOCIAL DE LA INVALIDEZ EN EL ESPACIO URBANO.
EL CASO DE LA CIUDAD DE MEXICO

I N D I C E

PROLOGO.....	I
INTRODUCCION.....	III
OBJETO DE ESTUDIO.....	X
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	X
HIPOTESIS.....	XI
CAPITULO I. LA MINUSVALIA.....	1
1. Definición general del concepto	1
2. El minusválido en la sociedad capitalista	4
3. El minusválido en otros países	8
CAPITULO II. EL MINUSVALIDO EN MEXICO.....	17
1. El minusválido en la historia de México.....	17
2. Actividad estatal en materia de invalidez	25
2.1 La práctica rehabilitatoria.....	31
2.2 La legislación existente en materia de <u>in</u> validez	46
2.3 Estadísticas actuales sobre invalidez ...	56

CAPITULO III.	EL MINUSVALIDO EN LA VIDA URBANA: LA CIU	
	DAD DE MEXICO.....	76
	Introducción.....	76
	1. Problemas de Trabajo.....	79
	2. Problemas de Educación	85
	3. Problemas de Vialidad, Transporte y Vivien -	
	da.....	94
	4. Los Minusválidos y el esparcimiento	99
	5. Respuesta del Estado ante el problema.....	101
	5.1 Lo que dice la legislación al respecto..	106
	6. Los minusválidos y su organización	123
CONCLUSIONES.....		129
BIBLIOGRAFIA.....		137

PROLOGO

La idea de realizar el presente trabajo surge como una inquietud de conocer y dar a conocer más a fondo la realidad social de un grupo poco estudiado en México: los minusválidos.

Más aún, dicha inquietud viene a ser estimulada por una situación personal donde nosotros como minusválidos, en relación con otros minusválidos, hemos padecido de muchas dificultades para realizar diferentes actividades que se llevan a cabo en la ciudad de México. O sea, la educación, la recreación, el trabajo, el deporte, el uso del transporte, etc.

No pretendemos de ninguna manera ubicar al grupo de los minusválidos como el único o el que más gravemente padece las carencias y las contradicciones de la ciudad, simplemente tratamos de identificar a los minusválidos como un grupo social más al cual es necesario estudiar, entender y atender con el fin de cooperar al mejoramiento de su vida cotidiana, es decir, para que tenga mayores oportunidades de realizar diferentes actividades.

El inconveniente fundamental para la realización de este trabajo fue la poca información encontrada y los escasos análisis sociales sobre invalidez. En este sentido es oportuno señalar que el único trabajo analítico desde un punto de vista económico-social que encontramos fue el de Jussara Tei -

II

xeira de Bresani: "Trabajo, valoración e invalidez", y más tarde hallamos el trabajo titulado: "Estudio Preliminar de Accesibilidad Para Minusválidos en la Planta Física de la Universidad Nacional Autónoma de México", del Doctor Carlos Gómez Coronel, realizado en 1984, en el cual nos apoyamos en el aspecto de análisis estadísticos y en lo referente a barreras arquitectónicas. Este trabajo nos muestra de una manera concreta y clara las barreras arquitectónicas que encuentran los minusválidos dentro de su proceso educativo en las instalaciones de la Ciudad Universitaria.

Por lo anteriormente mencionado consideramos nuestro trabajo como una aproximación al estudio social de la invalidez en México.

Nuestra investigación quizá pueda motivar la participación de más científicos sociales y estadistas para el estudio y el mejoramiento de los minusválidos en relación a su entorno social.

Por último quisiéramos agradecer la colaboración y disposición para la elaboración de esta tesis, al profesor Manuel Perló Cohen, Jussara Teixeira de Bresani, Mario Bassols, Lourdes Quintanilla Obregón, Cecilia Díaz Zabieta y Evelia Hernández.

INTRODUCCION

Actualmente en México y el resto del mundo los problemas sociales y económicos que acarrea la minusvalía han propiciado un interés cada vez mayor por parte de los Estados y de los organismos internacionales de salud y otros.

El número de personas que padecen algún tipo de lesión permanente o temporal, somática y/o mental, tiende a aumentar por accidentes de trabajo, por diferentes enfermedades, por guerras y también por el avance de la ciencia misma que en determinados casos no permite que el individuo muera, quedando así con algún tipo de insuficiencia física y/o mental.

En la época actual los gobernantes, que hablan y proclaman la igualdad de derechos y obligaciones entre los ciudadanos, se han visto interesados política y económicamente en integrar a los minusválidos a la vida activa de sus países.

En México, diferentes grupos sociales sufren de la desatención por parte del Estado y la sociedad para cubrir sus necesidades más primordiales de vivienda, educación, trabajo, alimentación, etc. Los minusválidos forman un grupo social más el cual dista mucho todavía de incorporarse plenamente a la "vida activa" de México. Esto se debe más que a una ignorancia, a una actividad deliberadamente equivocada o insuficiente del Estado respecto a la integración social del minusválido; y a la ignorancia o indiferencia de la sociedad en general ante

los problemas del mismo.

El presente trabajo penetra en la problemática social del minusválido mediante el análisis de los obstáculos que enfrenta el mismo, para lograr su integración social dentro de las actividades que se realizan en la ciudad de México.

En la ciudad de México encontramos múltiples aspectos que más adelante iremos exponiendo en los cuales se pueden observar y analizar las implicaciones que tiene una insuficiente planificación urbana para la socialización del minusválido.

En el Capítulo I referente a la minusvalía se intentará hacer un análisis de lo que se concibe como tal en la sociedad actual. Es decir, cómo el Estado y la sociedad la conciben. También se verá bajo qué condiciones y relaciones sociales surge esta concepción. Todo lo anterior con el fin de poder ubicar la problemática del deficiente físico o mental dentro del contexto social presente, específico de la ciudad de México.

1. Definición general del concepto. Para el análisis de este punto nos basaremos principalmente en lo que el Estado piensa que es la minusvalía. Ya que el Estado en México es el que más se ha encargado del problema y en consecuencia existen muchos documentos que lo mencionan.

Se hace un análisis al respecto lo mismo que se identifica a la gente que la padece.

2. El minusválido en la sociedad capitalista. En este apartado se ubica el papel que los minusválidos juegan en la sociedad capitalista. Es decir, su incidencia en las relaciones so

ciales dentro del funcionamiento del capitalismo:

- La razón de su desvalorización en el plano laboral y en otros.
- La influencia que tiene la desvalorización de su fuerza de trabajo para la valoración social de la misma y el mercado de trabajo.
- Las pérdidas económicas por falta de productividad de los minusválidos.
- Las formas en que el Estado capitalista pretende solucionar el problema mediante medidas de rehabilitación médica y social, para reintegrar al individuo al proceso productivo y a la vida social en general.

3. El minusválido en otros países. Aquí, se hacen observaciones someras en torno a la concepción y la atención de los Estados y organismos internacionales respecto a la problemática de los minusválidos. La finalidad es tener una visión un poco más universal del problema. Se revisaron documentos expedidos por la O.N.U. (Organización de Naciones Unidas), la O.I.T. (Organización Internacional del Trabajo), la O.M.S. (Organización Mundial de la Salud), los gobiernos: polaco, español, argentino, alemán, francés, nicaraguense, etc.

CAPITULO II. EL MINUSVALIDO EN MEXICO. El presente capítulo fundamentalmente expone y valora la actividad que el Estado ha tenido en lo que se refiere a la atención del minusválido. Es decir, de qué manera y bajo qué objetivos el Estado ha aplicado sus medidas para tratar de integrar al minusválido a una vida "productiva".

Revisamos fuentes históricas que nos indicarán a grandes rasgos, las formas en que ha ido cambiando la atención del minusválido a lo largo de la historia de México.

1. El minusválido en la historia de México. El objetivo de este punto es conocer cómo ha cambiado en México la actitud de la sociedad y del Estado ante la presencia de personas que han padecido alguna deficiencia física o mental. Esto tiene el fin de que entendamos mejor la problemática del minusválido y la atención que el Estado actualmente le brinda.

Se hace una mención somera desde la época precortesiana fundamentalmente referida a los aztecas, después la etapa colonial, el México independiente y el México postrevolucionario.

2. Actividad estatal en materia de invalidez. Aunque en ocasiones nos referimos a datos recopilados con anterioridad, el tratamiento de este punto se ubica en el momento actual. El objetivo es precisamente valorar lo que el Estado ha hecho por integrar al minusválido a la vida productiva del país. También se ve cómo es que el Estado concibe el problema, es decir, qué es lo que mueve al Estado a interesarse por el problema de los minusválidos.

2.1 La práctica rehabilitatoria. Se hace aquí una revisión y valoración de lo que el Estado ha hecho en el campo de la rehabilitación de los minusválidos.

2.2 La legislación existente en materia de invalidez. Hicimos una revisión de toda la legislación existente en materia de invalidez y también una valoración de su eficacia para la -

integración social del minusválido.

2.3 Estadísticas actuales para el país. Aunque muy limitada se hizo una revisión de las estadísticas que se refieren al ámbito laboral: como accidentes de trabajo, invalidez por enfermedad, cantidad de minusválidos en edad económicamente activa, cantidad de minusválidos que se reincorporan a su trabajo, cantidad de minusválidos trabajadores y desempleados, etc. En el ámbito educacional, el nivel promedio educacional de todos los minusválidos existentes en el país según cifras obtenidas. Se extrajeron datos de cuántos minusválidos existen en total en el país y cuál es su tipo de minusvalía. También se vio cuántos son auxiliados por alguna institución estatal y - cuántos no lo son.

Todo este apartado se vio limitado debido a la poca información existente, ya que la finalidad inicial era la de cuantificar y caracterizar la magnitud del problema y señalar qué tanto ha hecho el Estado por resolver el mismo.

CAPITULO III. EL MINUSVALIDO EN LA VIDA URBANA: LA CIUDAD DE MEXICO. Para particularizar y concretizar nuestra investigación sobre el problema social de los minusválidos se ha escogido la ciudad de México.

El objetivo de este capítulo es ver a qué problemas - frecuentes se enfrentan los minusválidos a lo largo de su socialización en el espacio de la ciudad de México. Por otro lado, nos interesó corroborar si la actividad del Estado por rehabilitar e integrar a los minusválidos a la "vida activa" en esta ciudad, resulta realmente eficaz.

VIII

1. Problemas de trabajo. El hecho de que algún individuo padezca una deficiencia física o mental lo excluye por lo general, del proceso productivo debido a que no tiene las facultades físicas que requiere cada trabajador en su contratación. La limitante física no viene a ser el único factor de la exclusión del minusválido del proceso productivo, también existen factores externos como la estructura arquitectónica del lugar de trabajo, la ciudad y el acceso al transporte.

2. Problemas de educación. Existe un bajo nivel educativo en la generalidad de los minusválidos, lo cual viene a ser consecuencia de un sistema educativo no pensado para ellos y a la desadaptación de sus necesidades de las instalaciones donde se imparte la educación y donde se difunde la cultura. El bajo nivel educativo contribuye aún más a agravar su problema para conseguir empleo.

3. Problemas de transporte, vialidad y vivienda. A pesar de las medidas llevadas a cabo por el Estado para aminorar el problema de transporte para la población en general, éste sigue siendo insuficiente y muchas veces ineficaz en el Distrito Federal. Para los minusválidos resulta aún más grave el problema porque el sistema de transporte en el Distrito Federal no está pensado para cubrir en lo más mínimo sus necesidades. Precisamente ésta es una de las barreras por las que el minusválido tiene que pasar para poder educarse, recrearse y mantenerse en un empleo.

El que una vivienda tenga un mínimo de adaptación a las necesidades del minusválido significa mucho para su acepta

ción y participación dentro de la vida familiar, pero además -
representa la posibilidad de ser independiente.

4. Los minusválidos y el esparcimiento. En cuanto al es -
parcimiento, los minusválidos encuentran también muchas difi -
cultades al no existir casi centros recreativos de fácil acce -
so.

5. Respuesta del Estado ante el problema. En este punto se
hace una semblanza y una valoración sobre lo que el Estado ha
hecho realmente en relación a los problemas a los que se en -
frentan los minusválidos en la ciudad de México.

5.1 Lo que dice la legislación al respecto. Lo referen -
te a la legislación en cuestión de minusvalía abarcaría diver -
sas áreas como la laboral, la educacional y los reglamentos de
construcción. Nosotros nos interesamos por conocer fundamen -
talmente los reglamentos sobre construcción que el Estado ha -
elaborado en relación a las barreras arquitectónicas.

Para ello fue necesario revisar los reglamentos de -
construcción de vivienda, vialidad y transporte.

6. Los minusválidos y su organización. Se han dado cier -
tos movimientos de minusválidos sobre todo en el campo laboral
y educacional pero no han logrado conglomerar mayor número de
integrantes, ni trascender más allá de simples protestas. Pa -
ra obtener mayores beneficios por parte de la sociedad y del -
Estado el grupo social afectado tiene que agruparse y formar -
una organización, la cual ejerza cierta presión ante los mis -
mos.

OBJETO DE ESTUDIO

Nuestro objeto de estudio es el minusválido, en particular el que padece de insuficiencias funcionales respecto al aparato músculo-esquelético, como sujeto en relación con el entorno social, a partir de sus posibilidades de integración social real, dadas las condiciones en que está planeada la ciudad de México.

Identificamos como minusválidos a aquellas personas - que padecen una insuficiencia funcional somática y mental, a un grado tal, que bajo la situación social prevaleciente, impide o dificulta su quehacer cotidiano en los ámbitos de la educación, el trabajo, el esparcimiento, el deporte, etc.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

I. La invalidez en México no ha sido suficientemente investigada entre los científicos sociales ya que su estudio - más bien ha estado limitado al campo de la fisiología, la medicina, etc. Por tanto, la ubicación de la invalidez dentro de un contexto social, político y económico que nos permita comprenderla de una manera más amplia y profunda, sería nuestro primer problema a resolver. Es decir, sus aspectos somáticos en relación con el contexto político, económico y social en -

que se circunscriben, para poder concebir al minusválido como parte de procesos sociales y no sólo como un individuo afectado por alguna disminución somática o mental. En este sentido nuestro estudio trata de conocer y analizar los factores sociales que dificultan o impiden una integración plena del minusválido en sociedad.

II. Nuestro segundo problema es analizar la posibilidad real del minusválido para su integración social en la ciudad de México, una vez que ha recibido la atención médica y rehabilitatoria y la capacitación laboral o de adiestramiento para la realización de distintas actividades.

HIPOTESIS

I. Para tener acceso a la ciudad y a los servicios con que ésta cuenta, algunos minusválidos necesitan además de amplio espacio para desplazarse, una estructura arquitectónica que se adecúe a sus necesidades más inmediatas, tales como edificios, viviendas y en general todas las construcciones arquitectónicas donde realicen sus actividades, con adaptación de rampas, pasamanos, elevadores, etc. En cuanto a la vialidad se requieren banquetas con rampas, pasos peatonales adecuados lo mismo que el transporte. Sin un espacio adecuado al desplazamiento físico del minusválido, aún cuando haya tenido una buena rehabilitación física, laboral o de adiestramiento en otras actividades, la rehabilitación integral quedará incompleta.

ta.

II. La rehabilitación médica y ocupacional que se le proporciona en la mayoría de los casos al minusválido, no tiene de a solucionar la problemática a que éste se enfrenta, si no son tomados en cuenta los elementos sociales, económicos, ideológicos, etc. involucrados en el fenómeno. Es decir, para que el minusválido se integre realmente a muchas de las actividades sociales, se hace necesaria la aceptación social del mismo, el conocimiento y reconocimiento por parte de la sociedad de sus necesidades y capacidades.

III. Tomando en cuenta que las relaciones de producción exigen del individuo para trabajar, su capacidad total - tanto física como mental, el minusválido es visto ante las exigencias de las formas capitalistas de producción como un limitador de la creación de valor. Propiamente pierde su valor "productivo". Este hecho económico es una de las razones principales de la desvalorización del minusválido, dado que su capacidad física no es tan redituable como la de un individuo "normal" dentro de la sociedad capitalista.

CAPITULO I

LA MINUSVALIA

1. Definición general del concepto

Nuestro propósito en este apartado, consiste en tratar de encontrar el significado social del concepto de minusvalía o invalidez. Para ello partiremos de la definición a que alude el discurso oficial.

El Estado entiende la invalidez como la "limitación en la capacidad del individuo para desempeñar alguna actividad necesaria para su desarrollo, como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social. Con el término inválido se designa a toda persona cuyas posibilidades de obtener y conservar empleo adecuado, se hallen realmente reducidas debido a una disminución de su capacidad física o mental".¹

Estas definiciones conciben la invalidez a partir de modelos médico-funcionales. Se olvida toda la parte social que envuelve al fenómeno. Si el individuo padece de cierta in

¹ Legislación para la rehabilitación de inválidos en México. MEMORIA. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1981. Año Internacional de los Inválidos.

capacidad física o mental, no es ésta la razón más fuerte para que se convierta en un inválido, porque aun cuando reciba un - adecuado tratamiento físico-psicológico y una capacitación laboral y de otras actividades, si el espacio físico (hogar, calles, edificios, etc.) en el cual pretende desenvolverse no está debidamente modificado a sus necesidades y si no es reconocido y aceptado dentro de cada corporación y actividad social, entonces la invalidez se hará patente.

Por ello pensamos que la invalidez en un individuo es más bien un estado de impotencia para la realización de diversas actividades, propiciado por alguna disminución física o mental en el ámbito de determinadas circunstancias sociales.

Si dichas circunstancias crearan espacios de participación real para esos individuos, aun padeciendo de sus disfuncionalidades somáticas o mentales, tendrían mucho más probabilidad de integración social y la invalidez no llegaría a ser patente.

Dado que las deficiencias físicas y mentales afectan a niveles distintos, debemos reconocer a los minusválidos como aquellas personas que padecen una insuficiencia funcional a un grado tal, que bajo determinada situación social, impide o dificulta su quehacer cotidiano en todos los ámbitos de su socialización.

Los términos invalidez y minusvalía, como su propia connotación semántica lo indica hacen alusión a lo que no vale o vale menos dentro de la sociedad. Los valores que se dan a la vida humana en el sistema capitalista son varios: ideológi-

cos, afectivos, etc., pero uno de los más estimables es el de mercancía, que está en relación directa con la capacidad de trabajo que tiene el individuo. Por eso es que "la repercusión de estas limitantes físicas y psicológicas se da en dos niveles: el personal y el socioeconómico. En el primer nivel, éstas dificultan la satisfacción de las necesidades básicas del individuo afectando su independencia y movilidad personal, sus demandas fisiológicas, afectivas y sociales, así como su desarrollo educativo, vocacional, laboral, cultural y recreativo y finalmente su autonomía económica".²

La invalidez y la minusvalía son términos que demuestran lo antes mencionado ya que se considera a los minusválidos como gente improductiva. "El modo de producción capitalista se caracteriza, entre otros aspectos, por el hecho de ser el primer régimen social, político y cultural que transforma el centro de interés y razón de su producción, reproducción y realización de plusvalía... Esto transforma en consecuencia y en necesidad no sólo el que toda producción se convierta en mercancía sino también, personas, procesos y funciones no económicas... La principal valoración de la vida humana está hecha en la sociedad actual en función de su capacidad de trabajo".³

2 Gómez Coronel, Carlos. "Estudio Preliminar de Accesibilidad para Minusválidos en la Planta Física de la UNAM". 1984. Universidad Nacional Autónoma de México.

3 Teixeira de Bresani, Jussara Marfa. "Trabajo, valoración e invalidez". Secretaría del Trabajo y Previsión Social. 1983, p. 26.

La desvalorización y estigmatización que se hace del individuo, no surgen entonces por sí mismas, sino que son creadas por las relaciones sociales y pueden abarcar todos los planos de la vida social, desde lo económico-laboral hasta lo sexual.

2. El minusválido en la sociedad capitalista

Hablar del minusválido en la sociedad capitalista en general, implica tomar en cuenta esencialmente, el sistema de producción, la fuerza de trabajo y el minusválido relacionado con estos aspectos.

La modernización del capital y la constante búsqueda del rendimiento máximo de la fuerza de trabajo encuentra que el alargamiento de la jornada de trabajo provoca en el obrero la reducción de la capacidad productiva máxima de la fuerza de trabajo de éste; ello lleva al capitalista a establecer una jornada de trabajo máxima donde se garantice la perpetuidad de la producción y reproducción de la fuerza de trabajo, pero además, busca la forma de mantener al obrero bajo ciertas condiciones de salud que garanticen esta perpetuidad.

Para el capital, en este sentido, la minusvalía significa algo indeseable ya que en un primer plano, reduce la posibilidad de extraer ganancia y puede generar gastos improductivos. "Tomando en cuenta que el objetivo fundamental del capital es la constante extracción de plusvalía a través de la

fuerza de trabajo del hombre al menor costo posible, se requiere entonces que dicha capacidad productiva no se reduzca, dado que está en relación directa con la capacidad de ganancia".⁴

En el documento "La Rehabilitación del Trabajador Incapacitado", editado en 1980 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia se dice que: "para el año de 1974, estimado un salario mínimo promedio de entre 22 y 35 pesos diarios, las pérdidas anuales por falta de trabajo de estas personas alcanzan cifras de más de mil millones de pesos".⁵

Posteriormente en ese mismo documento se hace mención del aspecto económico que implica la invalidez:

I. Para el individuo incapacitado inválido:

- a) Pérdida de capacidad de ganancia
- b) Pérdida de capacitación y experiencia
- c) Pérdida de categoría (entiéndase valores)
- d) Dependencia

II. Para la sociedad en general:

- a) Pérdida de la contribución que no aporta en materia fiscal
- b) Pérdida de mano de obra
- c) Pérdida de producción
- d) Pérdida de aptitudes (entiéndase pérdida de

4 Marx, Karl. "El Capital", Tomo I, Fondo de Cultura Económica, p. 175.

5 "La rehabilitación del trabajador incapacitado", 1980. Secretaría de Salubridad y Asistencia, p. 6.

recursos humanos)

e) Incremento de los grupos marginados".⁶

El capital en México no se ha interesado por incorporar a los minusválidos en el proceso productivo porque representan pérdidas o gastos que puede evitar contratando a personas con todas sus aptitudes físicas. Tomando en cuenta que el contingente de desempleados tiende a aumentar ante una crisis económica, especialmente en países con características de una economía dependiente, el capital puede preferir eliminar a los minusválidos del proceso productivo.

En los países llamados industrializados el espacio de acción de los minusválidos es mucho más amplio que en los países no industrializados. Ello se debe a una larga trayectoria de luchas de los trabajadores por alcanzar los derechos de un ciudadano en general, y también a medidas políticas y económicas que toman los gobiernos como consecuencias de guerras.

Así se puede ver que en ciertos países (Estados Unidos, Canadá, Inglaterra) a los propietarios de empresas se les reducen impuestos cuando integran al proceso laboral a minusválidos. Esto significa para el empresario una gran ventaja pues al mismo tiempo que se da una disminución en su contribución al fisco, ocupa a minusválidos que rinden en el proceso de trabajo lo mismo que los trabajadores "normales". Esta medida hace que el capitalista llegue a tener interés por incorporar al minusválido al proceso productivo.

6 Ibidem.

La gran división a que ha llegado el trabajo en esos países, da la posibilidad de que los minusválidos realicen labores donde sólo se requiere de ciertos miembros o partes del cuerpo para hacerlo. Esta división cada vez más acentuada y el alto desarrollo de la tecnología han dado oportunidad para que los minusválidos puedan desempeñar una labor tan productiva como las personas que no tienen deficiencias físicas.

En general, debido a ciertas circunstancias históricas, económicas y sociales, en los países industrializados, los minusválidos están teniendo cada vez más un mayor espacio dentro de la vida económica y social.

En los países más pobres se hace más notoria la discriminación y la desvalorización de la fuerza de trabajo de los minusválidos. Esto se debe a que:

- a) El bajo nivel tecnológico no ha desencadenado una división de trabajo tan aguda como en otros países. Además tampoco la tecnología se ha desarrollado lo suficiente, como para sustituir mediante máquinas o aparatos especiales, las deficiencias físicas de los minusválidos.⁷
- b) El nivel de desempleo es generalmente mucho mayor y los minusválidos vienen a ser un grupo de pre-

⁷ En los Estados Unidos existen compañías dedicadas exclusivamente a hacer todo tipo de innovaciones tecnológicas para aumentar las capacidades físicas de los minusválidos. Esto ha sido posible dado que el mercado no sólo en los Estados Unidos sino en todo el mundo es muy extenso. Las guerras que traen como consecuencia gran cantidad de lesionados también provoca este desarrollo.

sión para bajar el valor social de la fuerza de trabajo, dado que muchas veces se ven obligados a contratarse por un salario menor al de otros trabajadores.

- c) Las pocas oportunidades que tienen los minusválidos de capacitarse técnicamente y las pocas posibilidades de ser utilizados en diferentes tareas los coloca en amplia desventaja en los procesos selectivos laborales.

Desde luego la desvalorización de la fuerza de trabajo de un individuo no sólo se debe a la invalidez propiamente dicha, sino a otras causas tales como los efectos de la edad avanzada, por la deficiencia en la capacidad para manejar instrumentos de trabajo al suceder avances tecnológicos, etc.⁸

3. El minusválido en otros países

Durante la Segunda Guerra Mundial, en varios de los países industrializados, las circunstancias fueron propicias para abrir dentro del sistema productivo, un espacio al minusválido por la falta de mano de obra. Desde ahí se pudo percibir que los minusválidos podían ser útiles al sistema productivo.

⁸ Teixeira de Bresani, Jussara Ma. "Trabajo, valoración e invalidez". Secretaría del Trabajo y Previsión Social. 1983.

El aumento de minusválidos por lesiones de guerra motivó la creación de organismos en los diferentes países industrializados para intentar canalizar dicha problemática hacia soluciones aceptables.

Inglaterra, Francia, Alemania y los Estados Unidos, fueron algunos de los países cuyos gobiernos comenzaron a contemplar en sus proyectos de asistencia social, educativos y otros, las necesidades de personas afectadas física y mentalmente.

Existen notables diferencias entre los países llamados desarrollados y subdesarrollados, en distintos aspectos (político, económico, social, etc.) sin embargo, en ambos el aparato estatal juega un papel fundamental en la vida económica y social del país. Si bien en algunos países se da una intervención estatal mayor en la vida económica y política, en ambos éste asume el rol de responsable sobre aquellos individuos o sectores desprotegidos. En el caso de los minusválidos, el aparato estatal recurre a la elaboración de proyectos de asistencia social, cooperativas de trabajo, rehabilitación, etc.

Los gobiernos comenzaron por realizar una legislación en materia de invalidez que tocaba varios aspectos entre los cuales estaban el laboral, el educativo, el de servicios públicos, etc.

La corona inglesa organizó en 1948 la primera Olimpiada para parapléjicos. En los Estados Unidos, la iniciativa privada comenzó a promover equipos deportivos de minusválidos.

Además de estos países, cabe destacar también por su apoyo a los minusválidos a Japón, Suecia, Bélgica, Holanda, Italia, Canadá y otros.

A continuación expondremos los decretos expedidos por diferentes países sobre seguridad social y minusvalía, y la fecha en que éstos fueron decretados.

La Norma Mínima de Seguridad Social se estableció por el Convenio número 102 de la Organización Internacional del Trabajo en la XXV Reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo celebrada en 1952. Las ramas de seguridad social según lo dispuesto por el Convenio son:

- a) Asistencia médica
- b) Subsidios
- c) Desempleo
- d) Vejez
- e) Accidentes de trabajo y enfermedades profesionales
- f) Asignaciones familiares
- g) Maternidad
- h) Invalidez
- i) Muerte

En 1971 la Organización de las Naciones Unidas (O.N.U.) aprueba la Declaración de Derechos del Deficiente Mental.

En diciembre de 1975 fue aprobada la Declaración de los Derechos de los Inválidos por la resolución 3.447 de la O.N.U.

Debido al hecho anterior la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) realizó una serie de actividades mencionadas en los boletines publicados por ésta. El lema de dichas actividades respecto al Año Internacional de los Inválidos en 1981 fue: "Participación e igualdad plenas".

En el boletín número uno publicado en mayo de 1981 la O.I.T. menciona que:

"Desde principios de 1980, la O.I.T. con la ayuda financiera del organismo de desarrollo internacional de Suecia, puso a disposición de Benin, de Ghana, Costa de Marfil, Malí, Níger, Togo y Alto Volta, un consultor regional en rehabilitación profesional de minusválidos".

En Dinamarca, en 1980 se realizaron dos cursos de rehabilitación profesional para los países en desarrollo.

En 1981, el Consejo de Ministros de la O.U.A. creó el Instituto Africano de Rehabilitación cuya función se pensó, orientara a la prestación de servicios para promover y desarrollar los programas de formación e investigación para la rehabilitación y prevención de incapacidades.

En octubre de 1981, en Japón se realizó la Competencia Internacional de aptitudes de los impedidos (Abilímpicos Internacionales).

En el boletín número dos de la O.I.T. publicado en julio de 1981, por el Servicio de Rehabilitación Profesional, se mencionó lo siguiente (resumen):

El representante de las comunidades europeas señaló que el Parlamento Europeo hizo un llamamiento en pro de medi -

das para mejorar la situación de los impedidos en la Comunidad Europea. La comisión encargada estuvo preparando un programa de acción para desarrollar las actividades ya existentes e introducir nuevas, poniendo énfasis en la enseñanza y la formación, porque la instrucción va en relación con la integración social de los impedidos, para que las posibilidades que se ofrecen a los niños con dificultades escolares de toda clase, puedan seguir el sistema escolar normal y así vivir entre todos los jóvenes más favorecidos.

El representante de la Confederación Sindical Mundial de la Enseñanza declaró que: "la educación de los impedidos se haga en el mismo sistema escolar, en las mismas clases y en los mismos cursos que las de los no impedidos, para que así la integración en la sociedad redunde en beneficio de ambas categorías de personas".

Los beneficios que gozan los minusválidos en algunos países se han venido dando principalmente a través de las instituciones de seguridad social, que por otra parte han sido resultado de grandes y constantes luchas de los trabajadores. Debido a que la seguridad social principalmente es un apoyo para los sistemas de trabajo, en la medida en que previene y rehabilita a los trabajadores, el problema de la minusvalía estuvo a cargo en sus inicios por las instituciones de seguridad social.

Con el tiempo se reconoció que la minusvalía no sólo abarcaba a las personas accidentadas, sino que dentro de este grupo social cabían todas las personas afectadas en sus capaci

dades físicas o psíquicas. Y que además ocasionaban grandes pérdidas de dinero por el hecho fundamental de no tener medios ni recursos para ejecutar cualquier otro tipo de trabajo.

En Polonia, inmediatamente después de la Segunda Guerra Mundial, el gobierno intentó hacer una política de recuperación económica, un ejemplo de ello fue la promoción que se hizo para la creación de cooperativas de minusválidos.

Las primeras cooperativas de minusválidos en Polonia, se formaron con los veteranos de guerra que en un principio sólo lo tenían un fin de consumo, pero posteriormente se convirtieron en cooperativas de trabajo. A estos se unieron después los minusválidos por accidente, enfermedad y congénitos.

En 1949 en Polonia se formó una organización central única de inválidos (ZSI) que agrupaba a todas las cooperativas de trabajo que proporcionaban empleo a 73,000 inválidos. En 1972 existían 421 cooperativas que empleaban a 224,000 personas de las cuales, 171,000 eran inválidas.

La ZSI es miembro de la Unión Central de Cooperativas obreras de producción, pero tiene cierta autonomía respecto a readaptación profesional y protección social de inválidos, actividades educativas y administración de los fondos centralizados.

Respecto a readaptación profesional y de lugares de trabajo la ZSI coopera con algunos organismos del gobierno polaco.

Lo interesante de estas organizaciones es que están constituidas en formas de trabajo y son asociaciones voluntarias.

rias establecidas con el propósito de realizar operaciones económicas basadas en el trabajo suministrado por sus socios:

"una función de igual importancia inherente a su naturaleza, - es la organización de actividades sociales y educativas correspondientes a las necesidades colectivas de sus afiliados inválidos".

Los minusválidos en Polonia tienen la posibilidad de una directa y fuerte participación económica, educativa, etc. de sus propios problemas. Mencionamos a continuación algunos puntos que estas cooperativas tienen como fin:

- a) Mantener e incrementar las capacidades físicas y la ingeniosidad de los inválidos y reintegrarlos en la actividad social;
- b) Permitir a los inválidos ganarse la vida gracias a un empleo remunerado realizado en condiciones adaptadas a sus calificaciones y a la naturaleza de su enfermedad o invalidez, respetando debidamente las formas cooperativas de gestión;
- c) Satisfacer las necesidades sociales y elevar - constantemente el nivel de vida material y cultural".⁹

Las diferencias con que se trata el problema de la minusvalía en los distintos países es notoria. Lo que a simple vista podemos percibir es que en países como Dinamarca, la Re-

⁹ Trampcynsky, Bleslaw. "Cooperativas de inválidos en Polonia". Centro de Investigaciones. Unión de Cooperativas de Inválidos ZSI. Revista Internacional del Trabajo. Varsovia, 1973.

pública Federal Alemana, Canadá, etc., las tareas a desarrollar son más que nada detallar e intensificar los programas de educación, rehabilitación, evaluación precisa del grado de minusvalía, etc. En cambio, en los países como Costa Rica, Congo, Fiji, Brasil, México, etc. sobresale el hecho de que los programas de minusvalía son tratados muy superficialmente debido a que se dan por resueltos dentro de los programas de seguridad social en general.

También es notorio que en estos países apenas se pretenden realizar investigaciones y estadísticas del problema.

Los países llamados desarrollados han resuelto ya muchos de los problemas de la minusvalía que en otros países como México, a pesar de que hace varias décadas se está intentando dar soluciones, no se han logrado los objetivos que beneficiarían al minusválido ampliamente.

Llama la atención el hecho de que Argentina y España ya tengan una legislación sobre invalidez bien estructurada. La Ley de Protección Integral a todos los Discapacitados de Argentina fue promulgada el 16 de marzo de 1981.

El artículo primero de esta ley dice (resumen):

Se constituye un sistema de protección integral a los discapacitados, tendiente a asegurar a éstos, su atención médica, su atención y su seguridad social, así como a concederles las franquicias y estímulos que permitan neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca, para desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales.

El artículo cuarto dice: El Estado prestará a los -
discapacitados:

- a) Rehabilitación
- b) Formación laboral o profesional
- c) Préstamos y subsidios
- d) Escolarización en establecimientos comunes con -
los apoyos necesarios.
- e) Orientación individual, familiar y social

El artículo 22 dice: "En toda obra que suponga el ac-
ceso al público deberán preverse: accesos, medios de circula-
ción e instalaciones adecuadas.

La Ley de Integración Social de los Minusválidos en -
España, fue promulgada y aprobada por las Cortes Generales el
23 de marzo de 1982. En su introducción se menciona: "Es una
ley de toma de conciencia moral y social, es un intento de edu-
cación cívica para aquellos que tan irresponsablemente se con-
sideran sanos".

La Ley contiene: prevención de la minusvalía, asis-
tencia sanitaria y farmacéutica, la concesión de subsidio al -
minusválido, medidas de rehabilitación y educación para una in-
tegración social y laboral, garantía de ingresos mínimos, elimi-
nación de barreras arquitectónicas, etc.

CAPITULO II

EL MINUSVALIDO EN MEXICO

La investigación, misma que se remite a la historia - de la atención estatal al problema de la minusvalía se tropezó con una información insuficiente en este tema.

Debido a lo anterior, el presente apartado está limitado a datos aislados basados en ciertos documentos históricos referentes a la historia de la asistencia y seguridad social - en México.

1. El minusválido en la historia de México

Sobre la época precortesiana sólo podemos decir que - de los minusválidos se sabe muy poco. Por ejemplo una investigación que recopila datos sobre la medicina en esta etapa dice: "Los que tenían cierta consideración por parte del Estado azteca eran los ancianos y los lesionados de guerra".¹⁰ Como vemos esta afirmación resulta muy ambigua y superficial, dado que no nos indica a qué ancianos o a qué guerreros se les aten

10 Gordon, Schendel. "De la herbolaria azteca a la medicina nuclear".
I.N.S.S.

día, etc.

De cualquier manera nosotros encontramos que Hernán Cortés, en su Segunda Carta de Relación expresa lo siguiente, refiriéndose a Moctezuma:

"Tenía otra casa donde tenía muchos hombres y mujeres monstruos, en que había enanos, corcovados, y contrahechos, y otros con otras deformidades, y cada una manera de monstruos - en su cuarto por sí; y también había para éstos, personas dedicadas para tener cargo de ellos, y las otras cosas de placer - que tenía en su ciudad dejo de decir...".¹¹

Resulta notorio el hecho de que Cortés hace mención de este lugar como un sitio al cual Moctezuma acudía para recrearse o esparcirse; el caso es que la situación social del minusválido en esta etapa no es nada clara.

Durante la Colonia, las enfermedades contagiosas que los conquistadores españoles portaron consigo aunado a los lesionados de constantes combates, contribuyeron al aumento de personas con alguna limitación o deficiencia física.

Todo lo estipulado a reglamentar la asistencia a los deshabilitados en esta etapa, se dio en el ámbito únicamente de higiene y de asistencia médica. La reglamentación que entonces se elaboraba, era hecha por la Corona y enviada a los virreyes de la Nueva España.

Todas las tareas en materia de salud, se orientaban a atender a los habitantes víctimas de epidemias. Así, en 1526

11 Cortés, Hernán. "Cartas de Relación". E.M.V. México, 1984, p. 91.

Hernán Cortés fundó el Hospital de la Tlaxpana destinado a enfermos de lepra ya que "éstos significaban para la gente algo horrible y amenazador para la salud del pueblo".

En aquella época la responsabilidad en la Nueva España sobre medidas de higiene estaba en manos de diferentes autoridades, desde el virrey hasta los alcaldes de barrio (funcionario menor del Ayuntamiento). Pero los que se relacionaban más directamente con estas tareas, eran los funcionarios del Ayuntamiento y los miembros y representantes del Protomedicato (Real Junta de Medicina).

"El Ayuntamiento era pues, la principal autoridad que velaba por la salud pública y tenía la obligación de asegurar la equidad de pesos y medidas, la buena calidad de los alimentos, la limpieza de las calles, el alumbrado público, una pronta atención a los incendios, la tranquilidad y la seguridad de los habitantes y sobre todo, recoger vagabundos y ocuparse de asuntos similares a éste para evitar perjuicios".¹²

En el año de 1566 Fray Bernardino de Alvarez fundó en México el primer hospital para dementes que hubo en América.

Los datos y los documentos revisados no especifican la cantidad de sobrevivientes a las epidemias, ni la magnitud del daño sobre éstos. Es hasta 1577 que se llevó a cabo el primer censo de índole sanitaria, ordenado por Felipe II, en el cual solicitaba datos sobre el aumento o disminución de la

12 B. Cooper, Donald. "Las epidemias en la ciudad de México" 1761-1813, - Instituto Mexicano del Seguro Social, 1982, p. 38.

población indígena y las causas de los cambios; aún con ese censo la información sobre datos estadísticos de nuestro interés fue insuficiente.

Las decisiones del Virrey en materia de salubridad pública y saneamiento, se aplicaban a toda la Colonia, excepto en algunas ocasiones cuando la Audiencia se ocupaba temporalmente de las funciones del Virrey (en caso de ausencia o muerte) y que el Ayuntamiento no intervenía en el campo de la salubridad pública.

En todo el campo de la salubridad pública, además del Ayuntamiento, la Iglesia tenía que ver estrechamente con éste ya que era la encargada de hospitales y cementerios. Durante la época colonial todos los hospitales eran organizados y administrados por miembros de la Iglesia.

De la información revisada al respecto en la época virreynal no encontramos nada en lo que respecta a invalidez ni reglamentos sobre salud o de otro similar, de ahí, que lo expuesto en este punto se refiera a epidemias principalmente.

En 1774 se fundó la Casa Hospital para Mendigos, dictándose así, la ley que prohibía pedir limosna.

En los años de 1784 a 1787 el centro de la Nueva España se vio afectado por múltiples y constantes enfermedades contagiosas y como consecuencia éstas dieron lugar a pérdidas en el campo y constantes hambrunas y muertes.

Durante el siglo XVII las instituciones de beneficencia pública que existían eran las llamadas Hermandad del Socorro auspiciadas por la Iglesia y por los Montes de Piedad. Es

tas se iniciaron con principios de seguridad social y con prestaciones asistenciales como el seguro de vida y aumentó su monto cuando se incluyó a la muerte como pago de indemnización y se incluyó además a la invalidez, a la vejez y a la enfermedad aunque el Monte Pío más grandes y organizado fue el militar - con jurisdicción en los cuatro virreynatos.

Durante la etapa de Independencia en México, se establecieron Consejos Provinciales de Salud, los cuales fueron reorganizados en 1819 con el fin de vigilar las condiciones de salud de la población, con esto, vino a sustituir al viejo Protomedicato que en 1832 dejó de existir.

En esta etapa las influencias ideológicas de la Revolución Francesa que tuvo el movimiento de Independencia en México, hicieron que la asistencia para la gente impedida fuera tomándose en cuenta como una responsabilidad social ya que el principio máximo de la época era: "La fuerza del derecho natural" misma que exaltaba la igualdad humana.

A finales del siglo XIX empezaron a manifestarse los primeros síntomas de descontento entre los trabajadores de la naciente industria mexicana. Ciertos grupos de intelectuales empezaban a difundir doctrinas socialistas y anarquistas.

En el programa del Partido Liberal, expedido el 10. de julio de 1906 suscrito por Ricardo Flores Magón, se encuentran los siguientes principios:

1. Establecer un máximo de ocho horas de trabajo
2. Fijación de salario mínimo
3. Mantener las mejores condiciones de higiene en -

los centros de trabajo

4. Seguridad a la vida de los operarios
5. Pago de indemnización por accidentes de trabajo
6. Pagar a los obreros en dinero efectivo

Francisco I. Madero en 1911, posterior a la elaboración del Plan de San Luis señala que se acreditarían las pensiones a los inválidos y a las viudas, huérfanos o hermanos menores o padres del único sostén de la familia cuyos deudos hubieran muerto en la insurrección nacional.

En el Plan de Ayala proclamado el 18 de noviembre de 1911, se habla de la nacionalización de bienes de los hacendados, caciques y científicos de los cuales se disponía que se dedicara parte de las pensiones para viudas y huérfanos de las víctimas que hubieran sucumbido en la lucha de ese plan.

En 1916 y 1917, los constituyentes reunidos en Querétaro dieron forma legal a algunas necesidades del trabajador - estableciendo en la fracción XXIX del artículo 123 de la Constitución, el establecimiento de cajas populares de seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de accidentes y de otras con fines análogos por lo cual, tanto el gobierno federal como el de cada Estado, deberían fomentar la organización de instituciones de esta índole para difundir e inculcar la previsión social.

En 1913, la Secretaría de Gobernación tenía injerencia directa en la salubridad. En 1917, se creó el Departamento de Salubridad cuyas funciones eran vigilar sustancias venenosas, inspeccionar alimentos y drogas, tomar medidas contra -

el alcoholismo y las enfermedades contagiosas.

"Durante los gobiernos de Alvaro Obregón y Plutarco - Elías Calles se elaboraron anteproyectos de iniciativa de ley para crear el seguro social en México, pero la reducción del - texto constitucional no permitió la elaboración de una ley efi - caz ya que limitaba la acción del Gobierno Federal para fomen - tar la organización de las cajas de seguros populares".¹³

El 30 de diciembre de 1935 se creó la Secretaría de - Asistencia Pública en base a la modificación de la Ley de Se - cretarías y Departamentos de Estado. Las tareas de ésta fue - ron: administrar directamente o por medio de bancos de fidei - comiso los patrimonios de la beneficencia pública y de la Lote - ría Nacional, además organizar, vigilar y controlar las insti - tuciones de beneficencia privada, hospitales, etc.

Durante el gobierno de Emilio Portes Gil, el Congreso de la Unión consideró y aprobó la reforma de la fracción XXIX del artículo 123 por considerar de utilidad pública la expedi - ción de la Ley del Seguro Social y ella comprendía los seguros de invalidez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes y otros fines análogos.

Fue hasta el gobierno de Manuel Avila Camacho que se fundó el Seguro Social, el 10. de diciembre de 1942, firmando la iniciativa de ley que se envió al H. Congreso de la Unión. El 23 de diciembre del mismo año la Cámara de Diputados aprobó la Ley del Seguro Social.

13 Alvarez Amézquita, José y otros. "Historia de la salubridad y la asis - tencia en México. T. I. S.S.A., 1960.

A partir de la creación del Seguro Social la asistencia a la invalidez se dio exclusivamente a los derechohabientes del Seguro Social, a trabajadores accidentados en el trabajo o a familiares de éstos afectados por alguna enfermedad que dejara secuela invalidante.

Una de las enfermedades que provoca minusvalía física es la poliomeilitis. Esta enfermedad, a partir de 1950 tuvo varios brotes registrados con elevaciones estacionales cada dos años en el Distrito Federal en 1951, 1953 y 1955.

Otros brotes:

1951: Puebla, Tlaxcala y diversas localidades de Guanajuato

1952: Colima, Ciudad Juárez y Mérida

1953: Torreón, Puebla, Mante, Guadalajara, Guanajuato, Zacatecas, Cuernavaca, San Luis Potosí y Aguascalientes

1954: Exacerbación estacional en Chihuahua y Ciudad Juárez

1955: Torreón, Gómez Palacio, Dgo., Mante, Guadalajara, Irapuato, Aguascalientes, Puebla, Tlaxcala, San Luis Potosí, Mexicali, Masatlán y Ciudad Victoria

1957: 1,562 casos

1959: 1,877 casos, tasa del 5.9 por 100,000 habitantes

1966: 1,024 casos

1970: 1,622 casos con tasa de 3.4% siendo la mayor -

epidemia del decenio de 1960 a 1970

El grupo de edad más afectada fue de 0-3 años en el -
95% de los casos.

2. Actividad estatal en materia de invalidez

La invalidez es provocada, según el discurso oficial, por una deficiencia física o mental tal, que no permite a los individuos que la padecen integrarse a la vida productiva "normal", lo cual los convierte en "marginados". Se dice por ejemplo que: "la invalidez agrede el desarrollo natural de quien la sufre; desde el punto de vista social desemboca en una desigualdad de oportunidades que regularmente conducen a la marginación y, desde el punto de vista económico, las pérdidas alcanzan cifras estratosféricas por falta de productividad, y por gastos derivados de la atención que se tiene que proporcionar a quien sufre de tal condición. Es evidente que todos estos factores, desencadenan otros de carácter negativo social, que en su conjunto constituyen un freno y obstáculo para el desarrollo nacional".¹⁴

La cita anterior muestra varios aspectos acerca de los conceptos que se manejan respecto a la minusvalía por parte del Estado. Se considera que el origen de la minusvalía es un hecho azaroso (independientemente de que sea por accidente

14 Op. cit. Rehabilitación para el trabajador...

o por enfermedad) que nada tiene que ver con el sistema social prevaeciente pero que lo afecta en el sentido de que disminuye la productividad social y esto crea grupos "marginales" que entorpecen el "desarrollo nacional", dado que su incorporación a dicha actividad se hace muy dificultosa.

A ciertos grupos sociales, que de alguna manera carecen de muchos de los servicios que ofrece una ciudad, el concepto de marginalidad, los contempla como exteriores y ajenos a su realidad económica, política, ideológica y social, tomando como punto de partida un modelo ideal de sociedad a donde se pretende llegar. En este sentido los grupos sociales de "marginados" vienen a ser un "freno" al "desarrollo". Aunque se llega a reconocer por algunos que utilizan estos conceptos (marginalidad, desarrollo, etc.) que los grupos sociales carentes son resultado de procesos de cambios radicales en las formas de vida, de producción, etc.; no se reconoce, por el contrario, que es precisamente esta situación política, económica y social prevaeciente, la que además de engendrar estos grupos sociales carentes, los mantiene como tales y aumenta sus posibilidades de carencias.

Nosotros consideraríamos que "la marginalidad se entiende entonces como: 'integración aún no alcanzada' de ciertos grupos poblacionales en este proceso de crecimiento o participación deficiente en sus logros y conquistas".¹⁵

15 Benholt-Johnson, Verónica. "Marginalidad en América Latina, una crítica de la Teoría". Revista Mexicana de Sociología, p. 1506.

La minusvalía es indeseable en principio porque las personas que la padecen generan pérdidas económicas para el país, por tener pocas posibilidades de incorporarse a una actividad productiva. Pero además es indeseable porque su tratamiento y atención generan gastos. Por otro lado, se habla de marginalidad como si ésta surgiera por razones netamente circunstanciales y no como consecuencia del sistema social prevaliente. Por último se habla de la minusvalía como un freno al desarrollo nacional.

Habría que hacer notar que el tan anhelado "desarrollo" está muy alejado de la realidad mexicana, dadas las relaciones de poder existentes a nivel nacional e internacional y a la dependencia económica y tecnológica que han hecho que el capitalismo se dé de manera muy particular.

A partir de 1970 a la fecha, "dentro del planteamiento conceptual de 'desarrollo estabilizador' el Estado jugaba un papel bien delimitado: 'El Estado tiene la responsabilidad conforme a las leyes básicas de la nación, de promover y encauzar el desarrollo económico'. De igual forma, una concepción tecnocrática daba base ideológica al patrón de acumulación: 'el desarrollo económico consiste en el aumento sostenido del volumen de ocupación por hombre ocupado; presupone básicamente un incremento en la dotación de capital que haga viable mejorar la productividad y el ingreso real de la fuerza de trabajo y mantener tasas adecuadas de utilidad'. Partiendo de tal concepción la política económica se definía no en función de las necesidades sociales, sino de lo que era necesario para apoyar

la acumulación privada de capital. En última instancia, la - justificación de la práctica estatal realizada en esos años se daba por el crecimiento del producto. La forma particular de cómo éste se distribuía escapaba de la acción del Estado".¹⁶

Desde entonces, el Estado recurrirá de manera creciente al endeudamiento público como vía de financiamiento del gasto deficitario, partiendo nuevamente de una visión tecnocrática del proceso de desarrollo económico.

Podemos observar dos aspectos importantes por los cuales se ha empezado a interesar el Estado por el problema de la minusvalía. El primero es que la minusvalía es improductiva y más aún, genera gastos. El segundo aspecto consiste en mantener ante la sociedad su propia legitimidad mediante la imagen de protector y responsable de los "desvalidos".

Por lo anterior se hace difícil o imposible que la minusvalía sea acogida por la iniciativa privada. Esta última - no ha fomentado la creación de centros de asistencia a minusválidos y además son muy escasos los casos en que proporciona empleos y asistencia laboral a éstos. Por lo tanto, el aparato estatal se da a la tarea de integrarlos en el seno de sus instituciones de asistencia social, (Secretaría de Salubridad y - Asistencia, Centros de Rehabilitación, Centros de Educación Especial, Sistema de Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servi-

16 Varios autores. "México un pueblo en la historia", Ed. Nueva Imagen, p. 164.

cios Sociales a los Trabajadores del Estado, etc.).

La minusvalía provoca una desintegración social en los individuos que la padecen, por tanto, los programas estatales son tendientes ante este problema, a lograr la integración o la reintegración social de dichos individuos. Este objetivo pretende alcanzarse mediante planes de prevención, habilitación o rehabilitación física y/o mental.

En realidad, los programas de rehabilitación que se han llevado a cabo no han rebasado el aspecto médico funcional del problema de la minusvalía. Es decir, falta el estudio social del problema, desde cifras y estadísticas más completas hasta un plan que se extienda hacia lo físico laboral, educacional, cultural, esparcimiento, deporte, etc., siendo así un enfoque que integre todos los aspectos que rodean el fenómeno. Supuestamente estos aspectos rehabilitatorios están cubiertos por diferentes instituciones encargadas de ello, sin embargo, los hechos demuestran lo contrario, o por lo menos que se hace muy poco al respecto.

Lo anterior podemos afirmarlo con el hecho de que en la búsqueda de información sobre invalidez en sectores públicos o privados encontramos escasa documentación estadística y planes limitados que ubican a la rehabilitación como el medio para integrar al minusválido a la sociedad, de una manera ambigua e incompleta.

Aunque es probable que haya existido un interés por esta integración por parte del aparato estatal, es evidente que no se ha hecho ninguna referencia a etapas anteriores en

las que el minusválido ha venido jugando el mismo papel discriminatorio.

La política que se ha seguido durante esta etapa se ha llevado a cabo bajo la consigna de "rehabilitar para integrar" y esto ha sido el presupuesto para designar las acciones del ramo, lo mismo que la creación de nuevos departamentos o centros, que la expedición de nuevas leyes, en torno a ese objetivo.

Sin embargo, ni los objetivos de los programas ni sus metas han sido definidos con claridad. La rehabilitación del minusválido se ha presentado a partir de 1970 como un proceso permanente que busca rehabilitar y capacitar al minusválido para integrarlo a la vida económica y social del país. Pero los planes oficiales en materia de invalidez no han sido puestos en marcha mediante una amplia consulta en todos los sectores a los que asisten los minusválidos. Estos planes tendrían que tener dentro de sus principales características:

- a) Fundarse en la participación de los minusválidos;
- b) Ser integrales para que abarquen todos los niveles de socialización del minusválido;
- c) Ser un proceso permanente que amplíe y oriente la participación e integración de los minusválidos a la vida nacional.

En 1981, Año Internacional del Inválido, se llevaron a cabo reuniones y sesiones ordinarias con el fin de tocar la invalidez en diferentes temáticas: la rehabilitación para el trabajo, la legislación de la rehabilitación, el deporte, etc.

En estas se definió a la invalidez como un medio en el cual el individuo minusválido se rehabilita físicamente para posteriormente integrarse al proceso productivo del país y a la vida social y familiar, todo esto visto como un factor determinante - en su readaptación no sólo física sino psicológica que es necesaria pues el impacto psicológico que este ha tenido ante su lesión física es determinante en su vida individual.

Se recalca la importancia de la legislación de normas que incluyen al minusválido dentro del proceso rehabilitatorio, prescribiendo que la rehabilitación debe permitir al minusválido, en cualquier tiempo, incorporarse a la vida económica y social.

2.1 La práctica rehabilitatoria

Las medidas tendientes a rehabilitar a los minusválidos están enfocadas, en la mayoría de los casos, únicamente hacia la recuperación funcional del cuerpo. Este trabajo resulta incompleto, puesto que en muchos de los casos, los individuos afectados, sólo logran recuperar parcialmente sus habilidades anteriores y a lo primero a que entonces se enfrenta, - después de haber recibido un tratamiento médico y funcional, - es a que existe toda una base ideológica, económica y social - que le es ajena.

"...El problema no es sólo cuestión de prevenir la invalidez, rehabilitar y crear un fondo de indemnización mayor y

cobertura para todos los inválidos, sino crear las condiciones sociales favorables para que logren la aceptación social y una vida digna".¹⁷

En México, se han elaborado en los últimos quince años, programas de rehabilitación del minusválido a través de la Dirección General de Rehabilitación (creada en 1954), de la Dirección General de Educación Especial y otras instituciones públicas de seguridad social, como una forma de integración de las personas afectadas a la vida productiva del país. La acción de estos programas se orienta a la rehabilitación física del minusválido a través de la práctica médica: cirugía, fisioterapia, terapia ocupacional, etc.

La mayor limitante para la integración social del minusválido no sólo la constituye su rehabilitación física, como se manifiesta en la Revista Salud de la Secretaría de Salubridad y Asistencia: "Es conveniente recordar que el primer objetivo de la medicina de rehabilitación es eliminar, si es posible, el impedimento físico, mental o social; el segundo consiste en reducir la incapacidad al máximo posible; y el tercer objetivo, constituye por decirlo así la esencia misma de la rehabilitación, esto es, conseguir que el individuo inválido viva y trabaje dentro de los límites de su capacidad, aprovechando al máximo sus potenciales físicos, psicológicos y emocionales".¹⁸

17 Trabajo, valoración e invalidez...

18 "La Medicina de la Rehabilitación en México". Revista Salud, Secretaría de Salubridad y Asistencia. 22 de enero de 1981.

El minusválido se encuentra ante la dificultad o la imposibilidad de poder participar de las actividades cotidianas en un espacio urbano que le es inasequible.

Las diferentes instituciones de asistencia social no están ignorantes de cuál es el punto clave del problema y de cómo resolverlo porque se declara que:

"Partimos igualmente de la convicción de que la invalidez sólo puede ser resuelta a través de la rehabilitación integral de quien la padece. Rehabilitación cuyo objetivo y esencia, debe ser el de lograr la incorporación o reincorporación a la vida activa y productiva del país. En este sentido no podemos soslayar el hecho de que, conforme a las condiciones del individuo, en muchas ocasiones este resultado podría verse seriamente limitado. Sin embargo, la meta principal, debe ser ésa. La rehabilitación debe planearse e instrumentarse bajo perfiles de inversión social y no de gasto público".¹⁹

Estas instituciones saben que la rehabilitación integral implica crear las condiciones necesarias en la sociedad para ampliar las oportunidades que tiene el minusválido. De hecho los minusválidos no son los únicos afectados por el sistema social imperante en México, el Estado se comporta de similar manera con otros grupos sociales que requieren más oportunidades para hacer una vida menos carente. Al Estado entonces, sólo le interesa reforzar su legitimación a través de una pequeña ayuda que no resuelve de fondo la problemática de es -

19 "Derecho Administrativo para la Rehabilitación". Nueva forma de administración pública descentralizada. IEPES, 1982.

tos grupos sociales. El deficiente trabajo en cuestión de minusvalía del Estado, se refleja en muchos aspectos, por ejemplo: a nivel estadístico, es difícil conocer en forma precisa las cifras de minusválidos que reciben atención médica a través de la rehabilitación puesto que la práctica médica está dividida en sectores (privado y público) y además, la información existente sobre estadística sólo abarca las instituciones estatales de seguridad, de tal manera que es escasa e imprecisa la información sobre la medicina privada.

El problema de personas que sufren invalidez, dentro del sector formal, es decir, incorporados a instituciones de seguridad social como consecuencias de accidentes de trabajo no es de la misma magnitud que el de las personas no incorporadas al proceso de trabajo que no han recibido beneficios de la medicina institucionalizada. Así, la rehabilitación se orienta principalmente hacia aquellos individuos asociados al proceso de trabajo e incapacitados en su mayoría por accidentes ocurridos dentro de éste.

En los mismos documentos de las instituciones encargadas del problema se reconocen fallas muy grandes, por ejemplo se dice que:

"Por lo que respecta a la Ley Federal del Trabajo, omite un aspecto importante como es, la capacitación de los inválidos para el trabajo, y limita por razones temporales la rehabilitación física del trabajador, esto quiere decir, que sólo cuando el trabajador haya aportado un número determinado -

de cuotas tendrá derecho a la rehabilitación".²⁰

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos, Ferrocarriles Nacionales y otras instituciones públicas de seguridad social poseen reglamentos que protegen al trabajador incapacitado y aseguran una labor rehabilitatoria física y hacen lo posible por reintegrarlos al proceso de trabajo.

A través de la seguridad social, el aparato estatal expresa su preocupación por el contingente de los minusválidos, en este sentido, la seguridad social y los servicios que ésta puede abarcar para los minusválidos le proporciona el supuesto de rehabilitarlo para incorporarlo al sistema educativo.

La rehabilitación como medida de salud, implica evitar los problemas que puedan impedir la relación entre sociedad e individuo en estos términos:

"Por rehabilitación se deben entender la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, educativas, ocupacionales y sociales, que tengan por objeto que las personas que sufran de invalidez, se incorporen o reincorporen a la vida útil y productiva, conforme a sus condiciones y rol social. Reiteramos nuestra convicción de que los programas de rehabilitación deben enfocarse con un espíritu de inversión y de pro -

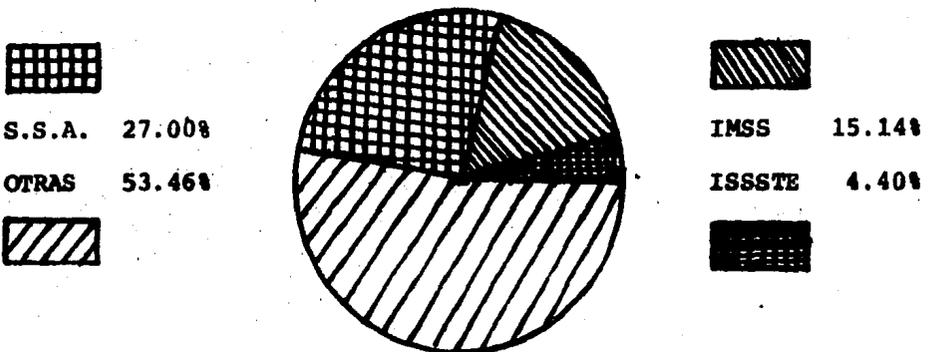
²⁰ "La rehabilitación como programa de inversión del Estado". Secretaría de Salubridad y Asistencia, p. 144.

ductividad, pues de otra forma seguiremos gravitando negativamente dentro de los presupuestos del gasto social".²¹

La rehabilitación que imparten las instituciones públicas de salud viene a ser así, una medida que no puede integrar o reintegrar al minusválido a la vida económica y social del país ya que como servicio médico no es recibido por toda la población minusválida en una forma óptima. Y además porque esta medida no podrá integrarlo plenamente a la sociedad en tanto no se tomen en cuenta diferentes problemas que afectan al minusválido tales como problemas ocupacionales, educativos, económicos, de aceptación social, etc.

A continuación se presenta un cuadro que ilustra lo anteriormente señalado:

RELACION PORCENTUAL DE LOS INVALIDOS REGISTRADOS POR INSTITUCION DE LA QUE SON BENEFICIARIOS



21 "Legislación para la rehabilitación de inválidos". Secretaría de Salud y Asistencia, 1981, pp. 224, 230.

Lo anteriormente ilustrado nos permite observar que - la mayor parte de la población minusválida no recibe atención médica por parte de ninguna institución de seguridad social. El mayor problema aquí es el hecho de no encontrar información que especifique de dónde proviene la atención de salud y seguridad social a los minusválidos que no son derechohabientes de las instituciones que aparecen en el cuadro.

Es conveniente hacer notar que casi todas las funciones del sistema rehabilitatorio están comprendidas en las Memorias realizadas por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y por el IEPES. Las siguientes referencias que no pretenden ser exhaustivas, pueden servir para un estudio sistemático de esos documentos, en los que se observan como aspectos más frecuentes en el tratamiento del estudio de la invalidez los siguientes:

1. Función médico-rehabilitatoria: Habilitar al individuo, proporcionar rehabilitación física, terapia ocupacional.
2. Función económica: Fomentar sus actividades creadoras mediante la rehabilitación para incorporarlos a la vida activa, económica y social del país.
3. Función ocupacional: Mediante ésta se pretende garantizar la incorporación plena a la vida laboral.

El deporte y la recreación se han intentado enfocar también como parte de una rehabilitación integral para el minusválido. Sin embargo, los problemas reales a que se enfren-

tan los minusválidos para poder practicar algún deporte o gozar de algunas actividades recreativas son muchos.

Un primer aspecto de los obstáculos para recrearse son las barreras arquitectónicas por ejemplo, en el caso de los afectados en el aparato locomotor, o también la escasa transcripción de libros al método Braille, en el caso de los invidentes.

En 1977, el 11 de mayo, se efectuó la primera Reunión Nacional sobre Deporte y Recreación para la Rehabilitación donde se mencionaron muchas de las ventajas que podría tener para los minusválidos de gozar estos beneficios, también se habló de los obstáculos que tienen para aprovecharlos.²²

Sin embargo, el deporte y la recreación para los minusválidos siguen teniendo los mismos problemas. Se afirmó entre otras cosas que era necesario que se fijaran objetivos precisos, con metas realistas que se tradujeran en resultados de rehabilitación. "Hay que reflexionar sobre el derecho de los inválidos para alegrarse y aligerar, aunque sea en parte, a través del deporte y la recreación la pesada carga que tienen que soportar".²³

En realidad esta concepción no deja de estar influenciada por un enfoque médico al referirse a la rehabilitación del individuo mediante la práctica de dichas actividades. La

22 "Deporte y recreación para la rehabilitación". Cuadernos de Educación Especial. Secretaría de Educación Pública, 1977.

23 Revista Salud. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1982.

visión que se tiene de "aligerar el problema, aunque sea en parte", justifica la poca responsabilidad del Estado en este aspecto. Pero además prejuzga de antemano la posibilidad de que los minusválidos puedan practicar el deporte de una manera "normal".

En lo que respecta al deporte existe por ejemplo, el problema de una falta casi total de instalaciones adecuadas para practicarlos, además, existe poco apoyo económico al tratarse de deporte a nivel competitivo.

Quizá resulte ajeno para la gente hablar de deporte para minusválidos a nivel competitivo. Empero éste ha adquirido en los últimos años mayor relevancia.

Terminada la Segunda Guerra Mundial hubo mucha gente que quedó lesionada en combate. En Inglaterra se creó un centro de rehabilitación para veteranos de guerra, llamado Stoke Mandeville, que sufrieron lesiones irreversibles en el aparato locomotor. Ahí los minusválidos trataban de distraerse intentando jugar basquetbol y carreras con su silla de ruedas. Hacia 1948 el doctor Sir Ludwin Gutman (Director de la Institución) organizó los primeros juegos internacionales. A medida que transcurrió el tiempo, esta actividad adquirió la seriedad y la calidad de cualquier otro deporte. Actualmente existen más de 100 países que lo practican.

En lo que respecta a invidentes, paráliticos cerebrales y otros, también se han incorporado a la práctica del deporte. El deporte para minusválidos ha adquirido tanta importancia que al igual que el deporte para personas sin limitacioo

nes físicas se llevan a cabo cada cuatro años los juegos olímpicos para minusválidos. En los Estados Unidos se practican - cada vez más deportes como por ejemplo el tenis, ping pong, natación, basquetbol, polo acuático, atletismo, esquí en nieve, etc.

En México el deporte para minusválidos comenzó para los afectados del aparato locomotor hace aproximadamente doce años. Esto fue en dos instituciones: el Instituto Mexicano de Rehabilitación que fue fundado por Rómulo O'Farril en 1960 y recientemente desaparecido por razones de tipo laboral, y el Instituto Nacional de Protección a la Infancia. (ahora Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) fundado durante el gobierno de López Mateos. Fue en ésta última institución donde se realizó el primer torneo de basquetbol sobre silla de ruedas con participantes de las escuelas primarias y secundarias de dicha institución en 1972.

La primera participación de México en un evento internacional fue en los Juegos Olímpicos de Heidelberg, Alemania - en 1972, con cinco competidores. Hasta la fecha, México ha participado en diferentes eventos deportivos internacionales. De los primeros a los últimos Juegos Nacionales sobre Silla de Ruedas, han sido financiados por el I.N.P.I. (ahora D.I.F.).

Diferentes instituciones, fundamentalmente de salud - como el ISSSTE, la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el Instituto Mexicano del Seguro Social y otras como Ferrocarriles Nacionales, la UNAM, han patrocinado a los equipos deportivos de minusválidos. La institución que patrocina más equipos

deportivos en el país es el D.I.F. (Desarrollo Integral de la Familia) debido a que existen centros de rehabilitación de esta institución en muchas partes del país.

Al hacer estas referencias pareciera que el Estado ha cubierto en gran medida el aspecto referente al deporte y recreación de los minusválidos. Sin embargo, la primera objeción que se presenta al respecto, es que los minusválidos atendidos por instituciones del gobierno son la minoría. La segunda objeción es que el apoyo del Estado en este campo deja mucho que desear. Después de todo, esto resulta obvio si se toma en consideración que ya de por sí la población "normal" tiene muchos problemas para realizar actividades deportivas y de esparcimiento por falta de instalaciones, por problemas económicos, etc.

Volviendo al plano deportivo, los deportistas sobre silla de ruedas nunca han tenido el apoyo que deberían tener, para comprar, mantener y mejorar sus vehículos en óptimas condiciones competitivas; nunca ha habido un subsidio permanente que pueda solventar problemas de transporte, comidas, gastos de viajes al extranjero o al interior del país. En 1982 el deporte sobre silla de ruedas obtuvo un logro al ser reconocida la Federación de Deportes Sobre Sillas de Ruedas por la Confederación Deportiva Mexicana. A pesar de este logro, el deporte sobre silla de ruedas sigue siendo discriminado por las más altas autoridades deportivas porque aún se concibe como una forma de esparcimiento dentro de los planes supuestamente rehabilitatorios para los minusválidos.

Lo que debieran entender las instituciones encargadas del deporte mexicano es que, así como en la práctica deportiva de los "normales", en el deporte para minusválidos existen diferentes niveles que van desde la simple recreación hasta el deporte de alto nivel competitivo.

Los verdaderos deportistas sobre silla de ruedas ya nada tienen que ver con los proyectos médico-funcionales ni psicológicos de la rehabilitación. El que un minusválido practique un deporte de una manera constante y sistemática significa que ya tiene un grado alto de disposición a la integración social, sólo resta el reconocimiento y la aceptación social.

A pesar de tantas limitaciones que los minusválidos han tenido en la realización de su actividad deportiva, se han logrado obtener destacados lugares en competencias internacionales, hecho que el Estado utiliza hábilmente para hacer manifestaciones públicas de su "trabajo" e "interés" realizado en este campo.

En cuanto a las instituciones de seguridad social más importantes que se ocupan de la invalidez principalmente en el aspecto médico-rehabilitatorio están:

1. El Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
2. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
3. Ferrocarriles Nacionales
4. Petróleos Mexicanos
5. La Secretaría de la Defensa Nacional
6. La Secretaría de Marina

7. La Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA)
8. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral -
de la Familia (DIF)

Empero el estudio sobre el minusválido, sus problemas sociales, ocupacionales y familiares, la manera en que éste emerge a la sociedad y el conocimiento sobre las causas, los efectos individuales y sociales sobre sus limitaciones es casi nulo.

De las instituciones mencionadas, la única que ha tenido cargos de organización, asistencia y orientación a la invalidez ha sido el DIF, y hemos referido ya que es la encargada de subsidiar el deporte para minusválidos a nivel nacional; ésta cuenta con escuelas especiales para niños con lesión en el aparato locomotor. Sin embargo, la cobertura de servicios a niños minusválidos es limitada en relación al número de minusválidos que existen tanto en el Distrito Federal como en el país. El Distrito Federal sólo cuenta con una escuela para niños minusválidos de los cuales no todos los aspirantes son aceptados en ésta.

La forma de estudio al minusválido al que más se recurre como ya hemos señalado, es el aspecto de la rehabilitación, de lo cual se ha encargado principalmente la Secretaría de Salubridad y Asistencia, la Dirección General de Rehabilitación, la Dirección General de Educación Especial y los diferentes centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) que existen en el interior de la República, además del Instituto Nacional de Rehabilitación de Ciegos y Débiles Visuales y el Insti

tuto Nacional de la Comunicación Humana dependientes de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

"En coordinación la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de la Dirección General de Rehabilitación; la Secretaría de Educación Pública por medio de la Dirección General de Rehabilitación, de Educación Especial y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se elaboró un modelo de centro que aprovecharía al máximo el recurso instalado de manera que con un edificio, un equipo y un personal, se pudieran prestar servicios de rehabilitación integral a los principales tipos de inválidos de la provincia mexicana, brindándoles mejor atención y evitando la concentración en el Distrito Federal".²⁴

Con lo anterior vemos la forma en que se canalizan las vías de solución que son por un lado, médico y de rehabilitación laboral. Cómo se puede hablar de rehabilitación integral si se limita la convivencia y la verdadera integración del minusválido en todos los ámbitos sociales a centros aislados donde sólo aprenderá a depender de ellos.

La forma en que estos centros trabajan es bajo diagnóstico, terapia, capacitación laboral, elaboración de prótesis y órtesis y educación especial.

Diagnóstico. El objetivo principal consiste en determinar a fondo las condiciones en las que ingresa una persona inválida por medio del examen efectuado por un grupo de médi-

24 Memoria. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1981.

cos especialistas en rehabilitación, comunicación humana, ortopedia, pediatría, neurología, oftalmología y otros, así como técnicos en psicología y trabajo social. El diagnóstico se complementa con estudios de electromiografía, electroencefalografía, audiometría y otros auxiliares necesarios.

Terapia. Física, ocupacional y de lenguaje. Tiene como fin la rehabilitación física del inválido para dejarlo en condiciones de realizar en la mejor forma sus actividades diarias.

Capacitación Laboral. Se procura un adiestramiento de la persona inválida para capacitarla en un trabajo determinado.

Elaboración de Prótesis y Ortesis. Proporciona miembros artificiales y aparatos ortopédicos a los inválidos que lo requieran. Apoyo psicológico y socioterapia. Su finalidad es lograr el mejor ajuste psicosocial del inválido y su familia.

Educación Especial. Se brinda a los inválidos menores de edad, que así lo ameriten, educación escolar especializada.

Albergue. Algunos de los centros cuentan con este servicio, indicado a ciertos inválidos durante la rehabilitación.

Estas son pues, las medidas en las que se apoya fundamentalmente a los minusválidos. Si bien al interior de la República se cuenta con varios centros de rehabilitación, éstos son insuficientes en comparación al gran número de minusválidos.

dos que existen actualmente en el país, pues se considera según informes de la Organización Mundial de la Salud, que en México el cálculo aproximado asciende a seis millones cuatrocientos mil habitantes.

2.2 La Legislación existente en materia de invalidez

La legislación existente en materia de invalidez es muy limitada y toca en la mayoría de los casos muy ligeramente el problema. En lo que respecta a la legislación en materia de planificación urbana referente a la invalidez es inexistente. A continuación citaremos la legislación consultada.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que revisamos fue la publicada en 1982. Los principios relacionados con la invalidez aparecen en el párrafo XXIX del artículo 123. En dicho párrafo se establece de utilidad pública la Ley del Seguro Social la cual comprende los seguros de invalidez, de vejez, de vida, de cesación involuntaria de trabajo, de enfermedades y accidentes, de servicios de guardería y cualquier otro encaminado a la protección y bienestar de los trabajadores, campesinos, no asalariados y otros sectores sociales y sus familiares.

En el Código Sanitario se otorga la responsabilidad a la Salubridad General y a las autoridades sanitarias de prevenir y rehabilitar la invalidez cuando ésta represente un problema de salud pública.

Dicho Código establece, en lo que se refiere a la rehabilitación de inválidos que la Secretaría de Salubridad y Asistencia debe adoptar medidas y realizar actividades de prevención y rehabilitación en materia de invalidez. Esta debe también promover y coordinar el establecimiento de centros de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional.

Durante el sexenio de Luis Echeverría fue expedido un documento llamado Reglamentos en materia de prevención de Invalidez para la República Mexicana. En este documento se establece necesaria la promoción de la plena integración de los grupos marginados y la tarea que demanda el desarrollo político, social y cultural mediante programas de reincorporación, afirmando el respeto a los valores humanos y a las instituciones sociales, fomentando así su capacidad para el trabajo como medio que permita su reintegración personal y social.

El énfasis puesto en la rehabilitación principalmente destinada a los adultos indica una modalidad del sistema de salud: se le concibe a ésta como el conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y ocupacionales que tienen por objeto que los inválidos puedan realizar actividades que les permitan ser útiles a ellos mismos, a la familia y a la sociedad. La rehabilitación es destinada además a mejorar el estado corporar de las personas por medio de cirugía reconstructiva o de cualquier otro procedimiento.

En dicho reglamento se definió el concepto de invalidez como la limitación en la capacidad del individuo para desempeñar alguna actividad necesaria para su desarrollo, como -

consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social.

Esta concepción innovadora, congruente con el sistema de readaptación del minusválido en otros países, emitió muchas acciones oficiales en este período.

Es necesario definir a grandes rasgos cómo se ha relacionado la invalidez, el proceso rehabilitatorio y la educación. En la etapa de 1970 a 1976 la reforma educativa se propuso dinamizar la educación a través de acciones que la estimularan y precisaran.

Si bien el Sistema Educativo Nacional comprende los tipos elemental, medio y superior en sus modalidades escolar y extraescolar, no se ha planeado la impartición de cursos y la preparación, actualización y especialización docente para tratar con niños minusválidos en las escuelas oficiales y privadas "normales".

En la Ley Federal de Educación se precisa que el Sistema Educativo Nacional comprende la educación especial o la de cualquier otro tipo de modalidad que se imparta de acuerdo con las necesidades educativas de la población y las características particulares de los grupos que la integran. Sin embargo, la Secretaría de Educación Pública nunca precisó con certeza en esta ley las necesidades de educación especial de niños minusválidos que tienen posibilidades de aplicarse a la enseñanza normal en sus diferentes modalidades y no solamente a las escuelas especializadas en el tratamiento de éstos. Además no aparece en el discurso oficial una preocupación por ex-

plicar los mecanismos concretos por los que la educación contribuya al desenvolvimiento y a la integración del minusválido a la sociedad y en cómo esta integración contribuya al desarrollo económico del país. Al menos en los documentos revisados prevalece únicamente la afirmación de que la rehabilitación contribuye a la integración a la vida económica y social del país.

La Ley Federal del Trabajo define como causas de terminación de las relaciones de trabajo, la incapacidad física o mental o inhabilidad manifiesta del trabajador que haga imposible la prestación del trabajo. (Artículo 53).

Define a los riesgos de trabajo como los accidentes y enfermedades a que están expuestos los trabajadores en ejercicio o con motivo del trabajo. (Artículo 477) Clasifica los tipos de incapacidad que los riesgos producen:

- a) Incapacidad temporal
- b) Incapacidad permanente parcial
- c) Incapacidad permanente total

Los derechos que se tienen como trabajador accidentado son: la rehabilitación y los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios.

En lo referente a invalidez la Ley del Seguro Social comprende dentro del régimen obligatorio los seguros de:

- a) Riesgos de trabajo
- b) Enfermedades y maternidad
- c) Invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte

d) Guarderías para hijos de asegurados

El estado de invalidez del asegurado da derecho a:

a) Pensión temporal o definitiva

b) Asistencia médica

c) Asignaciones familiares

d) Ayuda asistencial

La Ley del Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) establece como obligatorias las siguientes prestaciones a sus derechohabientes:

Asistencia médica quirúrgica y farmacéutica, hospitalización y aparatos de prótesis y ortopedia que sean necesarios, licencia con goce de sueldo íntegro cuando el accidente o enfermedad incapacite al trabajador para desempeñar sus labores.

En la Ley del Seguro Social de las Fuerzas Armadas se establece que el servicio médico integral debe tener la misión de prevención, educación, asistencia y recuperación. Para ese efecto el servicio médico debe llevar a cabo la rehabilitación del incapacitado al máximo de sus potenciales además de que deberán crearse centros de rehabilitación y recuperación total.

En el Contrato Colectivo de Trabajo de Petróleos Mexicanos y el Sindicato de Trabajadores Petroleros se establece que los trabajadores de planta afectados por enfermedades o accidentes no profesionales, disfrutarán de atención médica y medicinas durante 240 días así como del 100% de su salario ordinario durante dicho período. En lo referente a los trabajadores transitorios afectados por enfermedad o accidentes no pro-

fesionales incapacitados, tendrán derecho a atención médica, -
medicinas y el 100% del salario durante un período máximo de -
60 días.

De acuerdo con los censos sobre invalidez llevados a
cabo en 1975 por Institución existían en 18 de los Estados re-
gistrados, 5,054 inválidos de los cuales solamente 337 eran de
rechohabientes, que comprendían el 20% del IMSS e ISSSTE, el -
40% pertenecía a SSA y el otro 40% no se registraban como dere-
chohabientes. Esto quiere decir que en gran medida la mayor -
parte de los minusválidos no reciben prestaciones sociales de
ninguna institución estatal. (Véase Cuadro 1)

CUADRO 1

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LOS INVALIDOS SEGUN INSTITUCION
DE LA QUE SON BENEFICIARIOS, POR ENTIDADES FEDERATIVAS

1 9 7 5

Entidades Federativas	<u>DERECHO HABIENTES</u>				Total
	SSA	IMSS	ISSSTE	Otros	
TOTAL	2,331	259	78	2,386	5,054
Aguascalientes	37	-	-	30	67
Baja California Norte	-	-	-	276	276
Coahuila	-	-	-	137	137
Chihuahua	77	31	-	84	192
Distrito Federal	1,311	191	78	1,131	2,711
Guanajuato	-	7	-	162	169
México	120	-	-	-	120
Nayarit	196	-	-	-	196
Oaxaca	242	-	-	-	242
Puebla	-	-	-	66	66
Querétaro	53	-	-	-	53
Sinaloa	-	30	-	-	30
Sonora	10	-	-	111	121
Tabasco	233	-	-	-	233
Tamaulipas	52	-	-	199	251
Veracruz	-	-	-	32	32
Yucatán	-	-	-	102	102
Zacatecas	-	-	-	56	56

Fuente: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas III. Sector Salud. Secretaría de Programación y Presupuesto.

Es necesario aclarar que el presente cuadro sólo se refiere a datos preliminares y no a una encuesta nacional. Además no todos los Estados de la República aparecen en este cuadro. Sin embargo, de alguna manera muestra el bajo índice de minusválidos que reciben atención médica de instituciones estatales de seguridad social como el IMSS y el ISSSTE.

De los aspectos más relevantes encontrados en el discurso oficial sobre la rehabilitación se encuentra a menudo - que ésta significa una de las más grandes labores que el Estado puede llevar a cabo por el minusválido. A través de la legislación para la rehabilitación se considera posible encontrar un modelo de administración que auténticamente responda a las necesidades prioritarias de los inválidos bajo los principios esenciales de la administración, de un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros.

En 1981, Año internacional del Inválido, se llevaron a cabo en México varias actividades para celebrarlo tales como reuniones y seminarios en materia de invalidez. La Dirección General de Rehabilitación elaboró algunas memorias sobre dichos eventos en las cuales se recopilan todos los trabajos elaborados por las diferentes dependencias de Estado y de las cuales ya hemos hecho referencia.

Las formas concretas, hasta ahora vistas, en que se ha tratado al minusválido (en los reglamentos y documentos consultados) desde el punto de vista legislativo, son sobre seguridad de invalidez, la rehabilitación física del trabajador, la capacitación o adiestramiento para el trabajo y su legislación.

El discurso oficial da a entender que la legislación para la rehabilitación del minusválido es su más grande labor y la culminación del ejercicio de su papel ante éstos:

"Desde luego, se puso especial énfasis en lograr que,

a través de la legislación, seamos capaces de encontrar un modelo de administración que auténticamente responda a las necesidades prioritarias de los inválidos y permita, bajo los principios esenciales de la administración un mejor aprovechamiento de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros que hasta hoy, se encuentran ubicados en distintas áreas de la Administración Pública Federal y Estatal, siguiendo objetivos, procedimientos y metas distintos".²⁵

Sin embargo, hasta estos momentos no se ha creado aún una ley específica que comprenda todas aquellas acciones que impliquen los derechos y obligaciones de los minusválidos. En 1982 el Instituto de Estudios Políticos y Sociales (IEPES) del PRI, en su Novena Reunión de Trabajo y Consulta Popular sobre derecho para la rehabilitación de inválidos, realizó varias ponencias sobre rehabilitación y legislación del inválido las cuales presentaron las mismas alternativas que las ponencias presentadas el año anterior con motivo del Año Internacional del Inválido en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y plasmadas en las Memorias que la misma elaboró.

La Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Dirección General de Rehabilitación, el IMSS, la Secretaría del Trabajo y Previsión Social y otras instituciones estatales en las reuniones mencionadas plantearon como soluciones a la problemática de la minusvalía, la rehabilitación, el derecho a la salud y la capacitación para el trabajo principalmente.

25 Op. cit. Legislación para la rehabilitación.

También en ese año se trató el derecho a la seguridad social pero refiriéndose únicamente al trabajador asegurado y los derechohabientes que de éste dependen:

"El derecho a la seguridad social en los casos de la invalidez y la rehabilitación integral, debe comprender por igual al asegurado y sus derechohabientes, tratarse su invalidez y rehabilitarlo a su contexto familiar y social".²⁶

La capacitación para el trabajo además de la rehabilitación médica es otro de los puntos que se manejan como forma integradora de los minusválidos a la vida económica y social del país.

La salud y el derecho a ésta es otra de las soluciones propuestas para beneficiar al minusválido aunque esto es redundante: rehabilitación médica para la salud del minusválido.

Son estas a grandes rasgos, las soluciones y alternativas que se plantean a la problemática que rodea al fenómeno de la invalidez en México.

2.3 Estadísticas actuales sobre invalidez

Las estadísticas sobre invalidez en México son escasas, dado en gran parte por el reducido monto de recursos destinados a conocer de manera precisa las cifras y condiciones

26 "Derecho para la seguridad social del inválido", IEPES 1982, p. 11.

económicas, sociales y familiares de los minusválidos y a los sectores a los que éstos pertenecen.

La información estadística existente se limita a ciertas cifras obtenidas por instituciones públicas (IMSS, ISSSTE, SSA) o a datos preliminares de invalidez (ver Cuadros 1, 2 y 3). Hasta el momento no se ha elaborado ni planificado un censo nacional para toda la población que incluya edad, sexo, ocupación, escolaridad, etc., de las personas con secuela invalidante ni tampoco se ha incluido este tipo de señalamientos en los censos de cada diez años. Actualmente la Secretaría de Salud y Asistencia como coordinadora del sector salud está realizando el Registro Nacional de invalidez reportándose los casos de invalidez registrados en IMSS, ISSSTE, SSA y DDF (Servicios Médicos). Sin embargo esta información todavía no es publicada.

El censo efectuado en 1940 fue el último que incluyó dentro de sus cuestionarios, la edad, sexo, ocupación y estado civil del minusválido y además el tipo de lesión que lo invalidaba. A partir de este censo, los siguientes, no proporcionaron este tipo de información.

En el censo de 1980 encontramos las siguientes preguntas que podrían referirse a lo señalado:

1. ¿Está jubilado o pensionado?
2. ¿Está incapacitado para trabajar?
3. ¿Está incapacitado para estudiar?

Sin embargo, la forma en que estas preguntas están formuladas resulta muy ambigua pues no se sabe con certeza si

fueron especialmente elaboradas para personas que tienen alguna secuela física invalidante o para toda la población en general. Esto resulta confuso pues la incapacidad para trabajar o estudiar no es causada necesariamente por un trauma o un mal congénito, una amputación o alguna lesión en la columna sino que además puede deberse a edad avanzada, alcoholismo u otro tipo de incapacidades. Aún así, pudiéndonos servir esta información para nuestro estudio, estas preguntas no se publicaron en el vaciado del censo, resultando así inútil la inclusión de éstas en el cuestionario.

En la Secretaría de Programación y Presupuesto se publicó en sus Cuadernos de Información Oportuna del Sector Salud en 1980 el número de inválidos registrados de 1975 a 1978 por instituciones, esto, aunque nos ayuda a conocer algunos aspectos y características de la población registrada, resulta ser un trabajo preliminar en el cual no podemos basarnos para hablar de cifras totales y hacer un mejor análisis.

Tomando en cuenta la información proporcionada por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Dirección General de Rehabilitación fue posible detectar que la SSA estima de acuerdo a las Memorias publicadas en el Año Internacional del Inválido que el 8% de la población general de México sufre de algún tipo y grado de invalidez lo cual representa aproximadamente seis millones de personas con lesión invalidante. De estos seis millones se considera que el 45.9% se encuentra en edad productiva de las cuales el 69% se encuentran desempleados.

La Secretaría de Programación y Presupuesto en el Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas publicó en 1976 algunos cuadros mostrando características de los inválidos, origen de invalidez, grado escolar, ocupación e institución de la que son derechohabientes. Sin embargo ésta se convierte en una limitación para conocer información más amplia pues ya hemos visto que sólo un porcentaje o número reducido de minusválidos están registrados como derechohabientes de instituciones estatales de seguridad social. (Ver Cuadros 1 y 2).

CUADRO 2

INVALIDOS REGISTRADOS POR INSTITUCIÓN DE LA QUE SON BENEFICIARIOS,
GRUPOS DE EDAD, ORIGEN Y NUMERO DE LAS SECUELAS INVALIDANTES

CONCEPTO	CLASIFICACION	CASOS REGISTRADOS	
		NUMERO	%
TOTAL		24,375	100.00
INSTITUCION	SSA	6,583	27.00
	IMSS	3,691 (1)	15.14
	ISSSTE	1,072	4.40
	OTRAS	13,029	53.46
GRUPOS DE EDAD	-1	122	0.50
	1-4	5,583	22.91
	5-14	8,938	36.66
	15-24	3,331	13.67
	25-44	2,879	11.81
	45-64	2,437	10.00
	65 y más	1,085	4.45
ORIGEN DE LA SECUELA INVALIDANTE	De nacimiento	10,013	41.08
	Accidental	4,523	18.55
	Enfermedad	9,839	40.37
	(sin especificar)	21,467	88.15
	(sin especificar)	2,249	9.64

(1) CASOS NOTIFICADOS SEGUN SECUELAS INVALIDANTES.

Fuente: SSA, Dirección General de Rehabilitación, Registro Nacional de Inválidos, México, 1980. Notas: (1) Correspondiente al número de casos captados por el RENI, siendo menor que la citada por el IMSS, quien reporta 38,835 casos de inválidos asegurados y beneficiarios durante el mismo período.

Nota: Este cuadro fue tomado del Cuaderno de Información Oportuna del Sector Salud. Secretaría de Programación y Presupuesto.

En el Cuadro 2 "Inválidos registrados por Institución..." que corresponde a la población asegurada en forma eventual y permanente del IMSS, ISSSTE, SSA y otras instituciones, el 53.46% pertenece a instituciones no especificadas, es decir, en este caso se podrían considerar a dependencias estatales tales como Ferrocarriles Nacionales, Petróleos Mexicanos, Marina Nacional, DDF (Servicios médicos), aunque podrían considerarse del sector de la medicina privada dado que no existe ningún señalamiento al respecto.

La población captada en este cuadro corresponde al número de casos captados por el Registro Nacional de Inválidos asegurados quien reporta 38,835 casos de minusválidos. Tomando en cuenta que estas cifras son preliminares y abarcan un limitado sector de la población minusválida, dichas cifras sólo comprenden un número determinado de discapacitados pues sólo se circunscriben como derechohabientes de instituciones estatales.

Las causas de invalidez que se registran son diversas: accidente, nacimiento, enfermedades y otras. La limitación que aquí encontramos radica en el hecho de que el mayor número de minusválidos no recibe atención médica institucionalizada tal como la del ISSSTE, IMSS o SSA entre otras. Además de este hecho no encontramos descrito con precisión si reciben atención médica de otras instituciones estatales, privadas o de la medicina popular. (Ver Cuadro 2)

Es importante destacar el papel que los accidentes de trabajo juegan como causas de invalidez temporal y permanente.

De la población captada en 1975 (Cuadro 3), se determina que - durante ese año el 16.05% de los casos sufrieron un riesgo de trabajo quedando incapacitados.

De los casos de invalidez registrados se considera - que el 32.08% se incapacitó severamente.

CUADRO 3

Causa de la invalidez	Número	Por ciento
Total	5,054	100.00
De Nacimiento	2,484	49.02
Accidente	833	16.05
Enfermedad	1,737	34.03

Nota: Tomado del Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas del Sector Salud. Secretaría de Programación y Presupuesto. 1975.

Fuente: SSA. Dirección General de Rehabilitación, Registro Nacional de Inválidos. Reporte de los primeros cinco mil casos notificados.

En el cuadro anterior se describe el origen de la secuela invalidante, sin embargo, no se especifica el tipo de enfermedad que invalida ni el tipo de accidente. Aunque en el siguiente cuadro se describen las características según el grado de invalidez, no se aclara lo que se entiende por leve, mediana y severa.

CUADRO 4

Grado de invalidez	Número	Por ciento
Total	5,054	100.00
Leve	1,216	24.00
Mediana	2,180	43.02
Severa	1,658	32.08

Nota: Tomado del Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas del Sector Salud. Secretaría de Programación y Presupuesto.

Fuente: SSA. Dirección General de Rehabilitación. Registro Nacional de Invalídidos. Reporte de los primeros cinco mil casos notificados. 1976.

CUADRO 5

ACCIDENTES DE TRABAJO EN LA INDUSTRIA DE HIDROCARBUROS REPORTADOS AL CENIET DE ENERO A JUNIO DE 1981, POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD FEDERATIVA	ENERO-MAYO	JUNIO	TOTAL	% MENSUAL
TOTAL	4,524	1,193	5,517	952.83
Aguascalientes	-	1	-	.00
Baja California Norte	5	-	6	1.00
Baja California Sur	-	76	-	-
Campeche	159	30	235	39.17
Coahuila	154	-	184	30.17
Colima	7	89	7	1.17
Chiapas	198	12	287	47.83
Chihuahua	7	62	19	3.17
Distrito Federal	558	1	620	103.33
Durango	6	11	7	1.17
Guajuato	58	-	69	11.50
Guerrero	2	32	2	0.33
Hidalgo	158	1	190	31.67
Jalisco	10	2	11	1.83
Estado de México	4	-	6	1.00
Michoacán	1	-	1	0.17
Morelos	4	-	4	0.67
Mayarít	-	21	-	-
Nuevo León	123	19	144	24.00
Oaxaca	212	11	231	38.50
Puebla	57	-	68	11.33
Quintana Roo	-	-	-	-
Querétaro	2	-	2	0.33
San Luis Potosí	36	-	36	6.00
Sinaloa	15	-	15	3.00
Sonora	5	2	7	1.17
Tabasco	855	386	1,241	206.83
Tamaulipas	469	129	598	99.67
Tlaxcala	-	-	-	-
Veracruz	1,419	303	1,722	287.00
Yucatán	-	-	-	-
Zacatecas	1	-	1	0.17
No especificada	1	-	1	0.17

Fuente: Centro Nacional de Información y Estadísticas del Trabajo.
(CENIET)

Nota: Tomado del Prontuario Mensual de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Departamento de Geografía e Informática.

Dentro de las causas de invalidez por accidente, gran número de éstos afectan al sistema nervioso motor (del organismo, es decir, son accidentes que afectan la médula espinal dejando paralizada e insensible toda la parte del cuerpo de donde se recibió el golpe, hacia abajo.

En el cuadro anterior se ilustra la frecuencia y número de accidentes de trabajo, esto de alguna manera nos demuestra que éstos están presentes de manera frecuente en las actividades laborales y que por tanto el trabajador está en riesgo permanente de quedar incapacitado.

CUADRO 6

ACCIDENTES DE TRABAJO EN LA INDUSTRIA DE HIDROCARBUROS REPORTADOS AL CENIET DE ENERO A NOVIEMBRE DE 1981 POR PARTE LESIONADA

PARTE LESIONADA	ENERO-OCTUBRE	NOVIEMBRE	TOTAL	MENSUAL
TOTAL	10,054	1,800	12,304	118.45
CABEZA	738	130	868	78.90
CARA	392	79	471	42.81
OJOS	634	119	753	68.45
COLUMNA VERTEBRAL	891	163	1,054	95.81
ABDOMEN	124	17	141	12.81
ANTEBRAZOS	812	142	954	86.72
MANOS	981	158	1,139	103.54
DEDOS	3,188	557	3,745	340.45
PIERNAS	1,539	247	1,786	162.36
PIES	1,124	179	1,303	118.45
OTROS	81	8	90	8.18

Fuente: Centro Nacional de Información y Estadísticas del Trabajo. Pron-
tuario Mensual de la Secretaría de Trabajo y Previsión Social.

En el cuadro 6 que corresponde a los casos reportados de enero a noviembre de 1981 en la industria de hidrocarburos se determina que el mayor número de lesiones reside en columna vertebral, piernas, pies y dedos, de los cuales, el primero produce incapacidad permanente al igual que el de piernas y pies, aunque éstas dos últimas pueden ser menos severas.

En 1980 la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Dirección General de Rehabilitación llevaron a cabo la Encuesta Nacional de Inválidos que comprendería los años de 1980, 1981 y 1982. En esta encuesta se tomó en cuenta a los minusválidos, no sólo a aquellos con lesión física sino además, a los enfermos por alcoholismo, farmacodependencia y conductas "anti sociales". Aunque esta encuesta no es muy amplia, de alguna manera nos muestra las cantidades relativas de minusválidos que existen por Estado.

"En otro sentido, las cifras que presenta la mencionada encuesta nacional, se desglosan de acuerdo al tipo de secuela y en relación a los grupos de edad. De acuerdo a las cifras ahí expresadas, la población que va de los 12 a los 59 años, en la cual podemos considerar se comprende la población universitaria, representa una prevalencia del 2.938%, la cual es muy similar al total observado en la muestra. Por otra parte, los grupos correspondientes a las edades de 8 a 11 años y 60 a 97 se encuentran muy alejados de esta media al tener el 1.475% el primero y 9.101% el último, lo cual resulta lógico si consideramos que entre las personas de mayor edad es donde

se encuentran la mayoría de los minusválidos".²⁷

Se considera, tomando en cuenta las estadísticas actuales, que para el año 2000, existirán en México aproximadamente 14 millones de minusválidos, de los cuales más del 50% se encontrará en edad productiva. Esto es importante señalarlo pues muestra la necesidad de planificar seriamente los servicios necesarios de toda índole a los minusválidos y su incorporación plena a la vida económica y social del país, combatiendo así, su rezago social, familiar e individual.

27 Gómez Coronel, Carlos. "Estudio preliminar de accesibilidad para minusválidos en la planta física de la UNAM", 1984, p. 15.

CUADRO 7

PREVALENCIA DE PERSONAS CON SECUELAS INVALIDANTES SEGUN ENTIDAD FEDERATIVA

JUNIO 1982

ENTIDAD	POBLACION ESTUDIADA	POBLACION CON SECUELAS	
		PERSONAS	TASA POR 100.000 HABS.
AGUASCALIENTES	25,855	630	2,437
BAJA CALIFORNIA	16,293	457	2,085
BAJA CALIFORNIA NORTE	10,344	448	4,331
CAMPECHE	19,913	456	2,290
COAHUILA	16,995	196	1,153
COLIMA	25,304	953	3,776
CHIAPAS	13,354	278	2,282
CHIHUAHUA	16,170	566	3,500
DISTRITO FEDERAL	15,792	559	3,540
DURANGO	22,078	768	3,479
GUANAJUATO	39,693	934	2,545
GUERRERO	19,217	739	3,846
HIDALGO	20,077	574	2,859
JALISCO	31,881	985	3,090
MEXICO	40,117	679	1,692
MICHOACAN	23,766	596	2,508
MORELOS	22,851	691	3,024
NAYARIT	17,226	591	3,431
NUEVO LEON	23,384	457	1,954
OAXACA	24,216	566	2,337
PUEBLA	16,567	660	3,984
QUERETARO	23,147	611	2,640
QUINTANA ROO	12,651	467	3,691
SAN LUIS POTOSI	26,559	941	3,543
SINALOA	20,619	687	3,288
SONORA	14,753	487	3,301
TABASCO	15,161	351	2,315
TAMULIPAS	15,495	413	2,665
TLAXCALA	22,159	569	2,568
VERACRUZ	21,646	549	2,536
YUCATAN	17,190	546	3,176
ZACATECAS	17,760	604	3,401
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	665,233	18,999	2,839

Fuente: Encuesta Nacional de Inválidos. Secretaría de Salubridad y Asistencia. 1980.

Como se ve en el cuadro que antecede, de la población registrada por entidad federativa, la región que tuvo la tasa más alta por 100,000 habitantes fue la de Baja California Norte y destaca Coahuila dado que es la que menor población registró en comparación a todos los demás Estados.

De igual manera que en el cuadro anterior, en la Encuesta Nacional de la Invalidez se estimó de acuerdo a sus principales manifestaciones de invalidez como la sordera, amputaciones, ceguera, parálisis, etc.

CUADRO 8

PERSONAS SEGUN NUMERO DE SECUELAS POR ENTIDAD FEDERATIVA

ENTIDAD	CON UNA SECUELA		CON DOS SECUELAS		TOTAL	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
AGUASCALIENTES	561	89.00	69	11.00	630	100.00
BAJA CALIFORNIA	381	83.04	76	16.06	457	100.00
BAJA CALIFORNIA SUR	375	83.07	73	16.03	448	100.00
CAMPECHE	387	84.09	69	15.01	456	100.00
COAHUILA	174	88.08	22	11.02	196	100.00
COLIMA	837	87.08	116	21.02	953	100.00
CHIAPAS	244	87.08	34	12.02	278	100.00
CHIHUAHUA	485	85.07	81	14.03	566	100.00
DISTRITO FEDERAL	486	86.09	73	13.01	559	100.00
DURANGO	672	87.05	96	12.05	768	100.00
GUANAJUATO	837	89.06	97	10.04	934	100.00
GUERRERO	609	82.04	130	17.06	739	100.00
HIDALGO	501	87.03	73	12.07	574	100.00
JALISCO	884	89.07	101	10.03	985	100.00
MEXICO	583	85.09	96	14.01	679	100.00
MICHOACAN	514	86.02	82	13.08	596	100.00
MORELOS	608	88.00	83	12.00	691	100.00
NAYARIT	527	89.03	64	10.08	591	100.00
NUEVO LEON	400	87.05	57	12.05	457	100.00
OAXACA	490	86.06	76	13.04	566	100.00
PUEBLA	574	87.00	86	13.00	660	100.00
QUERETARO	501	82.00	110	18.00	611	100.00
QUINTANA ROO	388	83.01	79	16.09	467	100.00
SAN LUIS POTOSI	829	88.01	112	11.09	941	100.00
SINALOA	578	85.03	100	14.07	678	100.00
SONORA	442	90.08	45	9.02	487	100.00
TABASCO	306	87.02	45	12.08	351	100.00
TAMAULIPAS	346	83.08	67	16.02	413	100.00
TLAXCALA	490	86.01	79	13.09	569	100.00
VERACRUZ	465	84.07	84	15.03	549	100.00
YUCATAN	449	82.02	97	17.08	546	100.00
ZACATECAS	536	88.07	68	11.03	604	100.00
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS	16,459		2,540	13.04	18999	100.00

Fuente: Encuesta Nacional de Inválidos, Secretaría de Salubridad y Asistencia 1982.

En relación a lo que en el Cuadro 8 se denomina como personas según número de secuelas, la información que fue posible obtener corresponde a la Encuesta Nacional de Inválidos de la SSA de 1982 de la cual anexamos lo que representa la población registrada. En este cuadro se ilustran las cifras de personas que habiendo ya tenido una secuela invalidante, adquirieron posteriormente otra. Es decir pudieron haber adquirido - posteriormente ya sea por lesión o enfermedad una secuela que invalidara o limitara las capacidades físicas o mentales del individuo.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION INVALIDA QUE SE PRESENTO A SOLICITAR EMPLEO A LA DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION, SSA EN 1981

TIPO DE INVALIDEZ

Casos atendidos

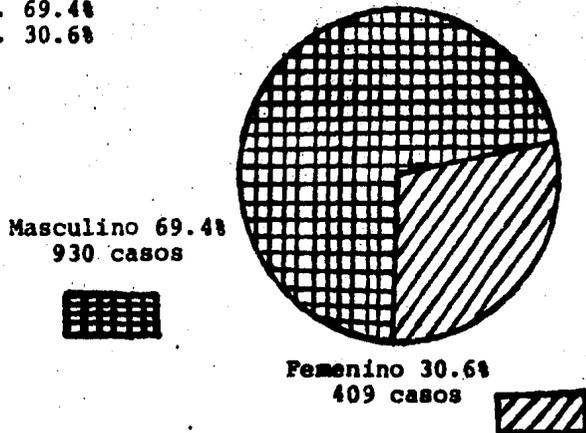
- a) 63.2% ... Sistema Músculo-Esquelético
- b) 18.2% ... Salud Mental
- c) 9.7% ... Comunicación humana
- d) 8.1% ... Ceguera

POR PROCEDENCIA

- a) 58.3% ... Distrito Federal
- b) 22.0% ... Estado de México
- c) 19.7% ... Interior de la República

POR SEXO

- a) Masculino ... 69.4%
- b) Femenino ... 30.6%



Las cifras anteriores señalan que el mayor porcentaje de minusválidos atendidos reside en las personas con lesión en el sistema músculo-esquelético y esto, aunque conduce a una incapacidad permanente no limita su capacidad plena para trabajar.

CUADRO 9

PREVALENCIA DE INVALIDEZ SOMATICA Y PSICOLOGICA EN LA REPUBLICA MEXICANA

T I P O	N U M E R O	TASA POR 1000 HABITANTES
CIEGOS	67,405	1%
DEBILES VISUALES	134,810	2%
SORDOS	67,405	1%
HIPOCAUSICOS	168,512	2.5%
ALTERACIONES DEL LENGUAJE	134,810	2%
AMPUTADOS DE EXTREMIDAD INFERIOR	67,405	1%
AMPUTADOS DE EXTREMIDAD SUPERIOR	47,183	0.7%
PARALITICOS CEREBRALES	101,107	1.5%
PARALITICOS POR POLIO	94,367	1.4%
HEMIPLEJICOS	87,626	1.3%
LESIONES MEDULARES	33,702	0.5%
DEFICIENTES MENTALES	2,022,000	30%

Fuente: Dirección General de Rehabilitación, Secretaría de Salubridad y - Asistencia.

Del presente cuadro podemos concluir que los casos en que se presente un mayor número de personas registradas es en aquellos que afectan al sistema músculo-esquelético (paralíticos cerebrales, amputados, lesionados por polio, hemipléjicos y lesiones medulares, los cuales representaron un total de 431,390 (el 7.9% del total de personas registradas).

La información revisada sobre accidentes de trabajo -

que pueden afectar temporal o permanentemente al trabajador no fue completamente clara pues no abarca todos los sectores de la población. Sin embargo tomamos en consideración el hecho de que el 5% de los mexicanos sufren cada año algún tipo de accidente y esto se refleja en las cantidades que arroja como consecuencia es decir, actualmente se considera que existen al rededor de 6 millones de minusválidos en el país.

CAPITULO III

EL MINUSVALIDO EN LA VIDA URBANA:

LA CIUDAD DE MEXICO

Introducción

México ha atravesado en los últimos años por un proceso acelerado de urbanización debido en gran parte, al crecimiento de la industria y a la migración del campo a la ciudad. Hechos que forman parte de una situación global en que las relaciones sociales, económicas y políticas son determinantes.

"Así, el proceso de urbanización crea una deteriorización cada vez mayor de las condiciones generales de vida, pero no como consecuencia de la concentración ecológica, sino como expresión de la contradicción entre la socialización creciente de los equipamientos básicos de la vida cotidiana, la pauperización relativa de una mayoría de la población y el carácter capitalista dominante en la producción de bienes y servicios".²⁸

Particularmente, la ciudad de México ha sido la que mayor concentración demográfica ha tenido; esto ha planteado -

28 Castells, Manuel. "Crisis urbana y cambio social", S. XXI, 1981.

entre otras cosas la tarea de una restructuración para realizar diferentes planes de desarrollo urbano para abarcar las necesidades más inmediatas de la población en este aspecto.

Unido al proceso de urbanización, se ha dado en México un aumento en el índice de invalidez ya sea por accidentes de trabajo, enfermedades, o bien, por el mejoramiento de los servicios de salud y el avance de la medicina, etc., esto ha provocado un aumento de la población inválida principalmente en el Distrito Federal. (Ver página)

De toda la población minusválida en México los más frecuentes son los minusválidos por lesión en el aparato músculo-esquelético. (Ver Cuadro 6) Por ello podemos afirmar que para tener acceso a la ciudad y a los servicios públicos de ésta, los minusválidos afectados por lesión músculo-esquelética necesitan además de amplio espacio para desplazarse, una estructura arquitectónica que se adecúe a sus necesidades más elementales tales como edificios diseñados con rampas, esquinas con rampas, teléfonos públicos bajos (para personas con sillas de ruedas), transporte adecuado, vivienda, etc. Al encontrarse en una ciudad no planeada o modificada a sus necesidades, al minusválido le resulta sumamente difícil el acceso a ella.

Debido a los recursos económicos de ciertos minusválidos y sus familias, se pueden aminorar o solucionar los problemas que representa la inaccesibilidad en la ciudad de México. La gente minusválida que puede recibir este tipo de beneficios económicos de su familia es muy poca en relación a los que tie

nen que enfrentarse a las adversidades de la actividad urbana.

En este sentido habrá minusválidos que por su incapacidad física les sea difícil o imposible el acceso a muchos de los servicios y actividades realizadas en la ciudad de México; sin embargo habrá quienes por su nivel socioeconómico puedan - sustituir las, aunque no sea lo mejor para su desarrollo psicológico y social, por ejemplo: alguien que le fuera imposible - asistir a la escuela por su construcción arquitectónica, se opta por contratar a un maestro particular, etc.

Por otro lado la tecnología que crea los aparatos con miras a sustituir las deficiencias físicas de los minusválidos es de gran utilidad para su reincorporación a la vida diaria. El problema es que en México no está muy desarrollada, por tanto se tienen que importar esos implementos y los únicos que - pueden adquirirlos son aquellos minusválidos de un nivel socioeconómico alto.

En muchas ciudades de otros países como Londres, París, Los Angeles, San Francisco, Toronto, etc. en los proyectos generales de urbanización han sido aplicadas las propuestas para eliminar todo tipo de obstáculos a que los minusválidos pudieran enfrentarse en la vida urbana.

En los últimos tres años el aparato estatal ha planteado, a través de sus diversas secretarías y departamentos - (DDF, CODEUR y otros) la reforma a los planes y normas de desarrollo urbano, sin embargo, éstos no han incluido las modificaciones necesarias que puedan beneficiar a los minusválidos, - convirtiéndose la ciudad, para éstos, en una barrera arquitec-

tónica de gran peso que les impide el fácil acceso al transporte, a la vivienda, a la escuela y en general a la vida activa de la ciudad.

"Y si los minusválidos no asisten a la calle entonces, dado que no los vemos y que por ende no percibimos que existen, las barreras arquitectónicas seguirán estando presentes y se cerrará un círculo difícil de romper. Esto a su vez incrementará las barreras psicológicas, las cuales limitan aún más al minusválido al perpetuar la noción de que su ámbito se restringe al hospital y al centro de rehabilitación ignorando las necesidades y aún la existencia de una parte importante de nuestra sociedad".²⁹

1. Problemas de Trabajo

Ante un espacio no apto a las necesidades más inmediatas de los minusválidos como lo es la ciudad de México, se desarrollan múltiples problemas de diferente grado e índole. Aquí intentamos plantear los más frecuente y determinantes en su proceso de socialización.

Cabe señalar que los problemas de empleo a los que los minusválidos se enfrentan, además de ser rechazados constantemente por el sistema productivo, son aquellos que tienen para librar los obstáculos arquitectónicos del centro de trabajo

²⁹ Op. cit. "Estudio preliminar de accesibilidad para minusválidos..."

jo que no está adecuado a sus limitantes. La dificultad o la imposibilidad para incorporarse a un trabajo hacen que el minusválido caiga en un estado de dependencia económica.

Según fuentes oficiales, existen en México más de seis millones de minusválidos de los cuales, más de la mitad se encuentran en edad económicamente activa.

Además de verse afectada principalmente la edad económicamente activa de los minusválidos, el número de éstos que se genera por accidentes de trabajo ha aumentado considerablemente en los últimos años y ha afectado mayormente el grupo de edad de 18 a 27 años.

En el discurso oficial se considera que la invalidez afecta a la población en general, pues los que la padecen son en su mayoría desempleados y por lo tanto, generan gastos no remunerables para la sociedad en general, al sostenerlos, directa o indirectamente, mediante pensiones, donaciones, sustento familiar, etc. sin reeditar algo económico a cambio. De hecho "entre el 15 y el 20% de la población minusválida presenta limitaciones leves, entre el 60 y 70% se consideran moderadas y el resto (15 a 2%) tienen limitaciones severas... o sea los limitados leves, tienen posibilidades altas de rehabilitación, restituyendo ampliamente su funcionalidad; los afectados moderadamente pueden aspirar a lograr la autosuficiencia personal recurriendo a ayudas (órtesis y prótesis) y solamente aquellos severamente afectados tendrán que depender de terceros para satisfacer sus necesidades elementales, por lo que entre un 60 y 70% de los minusválidos, es decir 2/3 son potencialmente inte

grables a las actividades productivas".³⁰

Se podría deducir entonces que la preocupación más grande del aparato estatal, según diferentes declaraciones de sus funcionarios respecto a la minusvalía, consiste en las pérdidas económicas que ésta acarrea y que exige soluciones en programas de rehabilitación para integrar al minusválido a la vida productiva del país; sin embargo, los programas de rehabilitación para los minusválidos están limitados al no considerar el espacio físico en el cual van a desenvolverse éstos últimos para integrarse a esa "vida productiva". En todo caso habría que cuestionar entonces si el Estado sabe que con sus programas rehabilitatorios no se puede alcanzar una plena integración social.

En el discurso oficial se menciona, dentro de los programas de rehabilitación, que hay que proporcionar facilidades de empleo para los minusválidos, pero no se toma en cuenta ni se cuestionan las diversas formas en que los minusválidos pueden tener acceso a un centro de trabajo y cómo trasladarse hacia éste una vez que se ha obtenido un empleo. Por lo tanto, si estos factores no son tomados en cuenta, resulta vano el hecho de conseguir un empleo pues el minusválido no podrá integrarse al centro de trabajo por carecer de las adaptaciones necesarias especialmente, para las personas que utilizan silla de ruedas, por ejemplo.

Las alternativas que plantea el discurso oficial si -

30 Ibidem.

guen dejando al margen lo antes señalado: "En lo general, se deben modificar las leyes y reglamentos existentes para que en forma homogénea, se plantee la invalidez y la rehabilitación del inválido a través de la capacitación y el trabajo en México".³¹

El problema del empleo es uno de los más frecuentes a los que se enfrentan los minusválidos. Ante esta problemática cabe interrogarse, ¿en dónde se encuentra la mayor parte de los minusválidos en edad económicamente activa? y, ¿a qué se dedica la mayoría de éstos?.

Como ya se había dicho, según fuentes oficiales el 63.76% de los minusválidos son desempleados, desempeñan labores domésticas o bien algunos otros permanecen en centros especiales de rehabilitación para el trabajo. Estos centros especiales han sido formados por el Estado con la supuesta intención de integrar a los minusválidos a la vida social del país. (Ver Cuadro 10) A partir de este hecho se considera que la disminución física o mental por sí misma es la causa de desempleo, siendo que el desempleo, que ya es de por sí un fenómeno constante de la sociedad actual, en los minusválidos tiene que ver con el grado de aceptación social y con la accesibilidad del espacio físico en que se desenvuelven.

31 "Derecho para la rehabilitación integral de inválidos", IEPES, 1983.

CUADRO 10

PRINCIPALES CARACTERISTICAS DE LOS INVALIDOS SEGUN OCUPACION
1975 D.F.

OCUPACION	NUMERO	POR CIENTO
T O T A L	1,179	100.00
CAMPESINO	25	2.1
OBRERO	57	4.8
EMPLEADO	79	6.7
TECNICO	23	2.0
PROFESIONISTA	15	1.3
ARTESANO	17	1.4
COMERCIANTE	30	2.5
ESTUDIANTE	70	5.9
LABORES DOMESTICAS	143	12.2
OTRAS	54	4.6
SIN OCUPACION	632	53.6
SE IGNORA	34	2.9

Fuente: Manual de Estadísticas Básicas Sociodemográficas. Sector Salud.
Secretaría de Programación y Presupuesto.

En lo relativo a la relación laboral, es necesario - llevar a cabo un programa de reformas a la Ley Federal del Trabajo de tal suerte, que en lo sucesivo, la Ley contemple:

"a) Conceptos precisos sobre invalidez y rehabilitación, pues de otra forma los derechos en estos sentidos carecen de objetivos, más aún cuando se trata de riesgos de trabajo

jo;

b) Una renovada filosofía de atención cuando las incapacidades den como resultado la invalidez, de tal forma que las prestaciones y servicios que se otorguen al sujeto de derecho, realmente respondan a sus necesidades, derivadas de su condición;

c) Establecer, sobre bases técnicas, sociales y financieras las formas y procedimientos en materia de indemnizaciones, ya que la tabla actual no solamente no responde a su naturaleza, sino que representa una estigmatizante tasación de partes humanas;

d) La ampliación de la cobertura de los sistemas y los servicios de capacitación, incorporando a los mismos programas relativos a la capacitación de inválidos, tanto en el sector formal como informal. En este caso, se requiere que se consideren igualmente, disposiciones que establezcan la coordinación entre las instituciones que actualmente atienden aspectos de los inválidos, como son los de salud, educación, asistencia social, etc.;

e) De incalculable valor, será el hecho de que la ley contemple, acorde con nuestra realidad socioeconómica, la posibilidad de generar y abrir fuentes de trabajo y producción para los inválidos rehabilitados, que dentro de un régimen específico les permita incorporarse a la vida activa del país".³²

32 "Derecho para la rehabilitación integral de los inválidos", IEPES, 1983.

Con este tipo de propuestas el Estado evade la proble
mática real de trabajo del minusválido en la ciudad de México,
 porque para que el minusválido pueda o le sea más sencillo de-
 sempeñar una actividad laboral en la ciudad de México es nece-
 sario:

1. Una rehabilitación física y psicológica adecuada
2. Su incorporación a un trabajo realmente suscepti-
 ble de efectuar con las habilidades físicas res-
 tantes
3. El reconocimiento por parte de las empresas e ins-
 tituciones de que el minusválido es realmente pro-
 ductivo (aceptación social)
4. Adaptación del espacio físico del centro de traba-
 jo a sus limitantes
5. Adaptación de todas las construcciones, tanto ha-
 bitacionales como viales y peatonales (edificios,
 casas habitación, escuelas, cines, banquetas, -
 etc.)
6. Transporte debidamente adaptado para el traslado
 de la casa al centro laboral y viceversa

2. Problemas de Educación

Según los censos de invalidez llevados a cabo en 1976
 por la Secretaría de Salubridad y Asistencia y la Secretaría -
 de Programación y Presupuesto, una de las principales caracte-

rísticas de la población minusválida en mayor porcentaje, es su bajo índice de escolaridad. De toda la población minusválida censada el 46.8% tiene primaria incompleta, el 21.7% es analfabeta y sólo el 10.6% tiene primaria completa. Los censos publicados en 1980 por la Secretaría de Programación y Presupuesto, mostraron el aumento en los últimos años del analfabetismo en la población minusválida. Las cifras mencionadas sobre la escolaridad del minusválido demuestran una vez más que los proyectos de rehabilitación integral están fallando debido a la omisión de aspectos importantes, por ejemplo: los planes específicos de construcción (Ley Orgánica del Departamento del Distrito Federal) no contienen ningún reglamento que haga obligatoria la adaptación o construcción de rampas y modificaciones necesarias para personas que lo requieran en todas las escuelas primarias, secundarias, preparatorias, universidades, etc., apareciendo solamente en ésta requisitos de superficie mínima para éstas.

Muchos niños minusválidos provenientes de clases bajas, difícilmente logran tener acceso a la enseñanza primaria y secundaria en escuelas oficiales no especializadas (el DIF, Desarrollo Integral de la Familia) ya que económicamente es difícil mantener sus necesidades escolares que cubran además del material didáctico, gastos de transporte (taxis, colectivos), aditamentos especiales como silla de ruedas, aparatos ortopédicos, etc. Además nuevamente se presenta el problema de la inadaptación de las instalaciones donde se imparten los cursos.

Se afirma que el sistema escolar oficial en México - trabaja bajo una forma de igualdad de oportunidades de acceso a él, sin embargo, consideramos que no toma en cuenta las diferencias entre los diversos grupos sociales que acuden a él. A los minusválidos se les imposibilita o dificulta el acceso al sistema escolar pues las instalaciones están totalmente desadaptadas a sus limitantes físicas. Así, aunque el sistema escolar oficial no excluya al minusválido por procesos de selección, éste se excluye por sí mismo al claudicar, debido a un sobreesfuerzo de adaptación.

Así, hasta los pocos minusválidos que podrían ingresar a la escuela porque tienen medios económicos suficientes, quedan obligados sin ninguna otra alternativa que la de ingresar a centros de enseñanza especial, limitando o coartando las relaciones que puedan surgir entre los disminuidos físicos y los que no lo son.

La convivencia y la interrelación entre personas minusválidas y las que no lo son pueden desarrollar un conocimiento mutuo y abierto y un clima de solidaridad entre ellos. Una separación sólo alimenta la estigmatización y el desconocimiento de los problemas de los minusválidos. Qué mejor comienzo para la adaptación social del minusválido, que la convivencia desde una edad temprana entre los disminuidos físicos y los que no lo son.

En el boletín número dos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) editado en julio de 1981 por el Servicio de Rehabilitación Profesional, el representante de la Con-

federación Sindical Mundial de la Enseñanza declaró que: "La educación se haga en el mismo sistema escolar, en las mismas - clases y en los mismos cursos que las de los impedidos, para - que así la integración en sociedad redunde en beneficio de ambas categorías de personas".

Pero no basta con poner a los minusválidos dentro del sistema escolar común, ni con que las instalaciones educativas de escuelas primarias, secundarias, etc., tengan un fácil acceso para los mismos, sino que se deben modificar además ciertas tendencias pedagógicas que hacen que el maestro desatienda las diferencias y necesidades de cada alumno: "el maestro tiene - que adecuar sus exigencias a la individualidad de cada alumno. La diversidad de los medios expresivos y del aprendizaje de ca da alumno tiene que aceptarse y enriquecerse dentro del grupo escolar. Este aspecto es particularmente válido para el alumno que presenta algunas deficiencias... individualización significa socialización. Esto equivale a decir que el desarrollo individual se produce dentro de un contexto social, en el cual se realiza cada individuo y establece relaciones".³³

A pesar de las dificultades de acceso que encuentran en las instalaciones educacionales (aulas, bibliotecas, etc.), en el material didáctico (en el caso de los invidentes), hay - muchos minusválidos que están integrados al proceso educacio - nal, aunque esto les ocasione esfuerzos extras en relación a -

33 Ammaniti, Massimo. "Minusválidos". Ediciones del Serbal, Barcelona, - 1983, pp. 106-107.

personas sin impedimentos físicos.

En lo que se refiere a la educación especial, el Programa del Sector Educación 1982, estima que el 1% de la población del país necesita una educación especial por invalidez; - de toda esa demanda potencial sólo se atiende el 3.23%. También se considera que la educación especial será requerida por 360 mil personas en 1988.

Aún sin hablar de cifras la enseñanza especializada - se ha visto generalmente orientada a impartir estudios técnicos o artesanales y da así un nivel académico al minusválido - más bajo del que pudiera alcanzar. No existe planificación en enseñanza superior para personas con limitaciones físicas. Además es necesario señalar que la Universidad Nacional Autónoma de México - no incluye dentro de sus planes de construcción la adaptación de todas sus instalaciones a las limitaciones de personas minusválidas. Aún cuando el problema de la minusvalía está presente en todos los sectores de la población universitaria, es decir: el sector académico, laboral y estudiantil.

Cabe hacer aquí mención del estudio del Doctor Carlos Gómez Coronel, intitulado "Estudio Preliminar de Accesibilidad Para Minusválidos en la Planta Física de la UNAM", realizado en 1984 y ya citado varias veces en este trabajo de tesis. Dicho estudio - permite ver que de los alumnos de primer ingreso, en el período 1983-1984, la población minusválida es de 7.33% del total - ingresado en todos los planteles de la UNAM.

Específicamente en los Colegios de Ciencias y Humanidades fue el 7.4% de la población total, en las Escuelas Nacio

nales de Estudios Profesionales el 6.7%, en las Preparatorias el 8.1% y en la Ciudad Universitaria el 6.1%. La cifra total de alumnos minusválidos asciende, en ese período, a 18,745 de un total de 256,272 alumnos. De la población minusválida no todos tienen el mismo grado de limitación física. Por ello se estima que "de los minusválidos que son capaces de presentar una solicitud de ingreso, y aún más de ingresar a un centro de enseñanza media superior o superior, son individuos cuya intensidad de afectación va de leve a moderada (aproximadamente el 35% de la población minusválida); además son individuos ya rehabilitados, que por lo tanto desarrollan un grado suficiente de autonomía..., los moderadamente afectados constituyen entre el 60 y el 75% de los minusválidos y es este grupo el que requiere de ayudas físicas para realizar sus actividades, sean muletas, sillas de ruedas u otro tipo de aparatos".³⁴

Esto significa, como lo menciona el Doctor Gómez Coronel, que del 60 al 75% de la población minusválida de la UNAM, entre 12 y 13 mil personas, tienen que enfrentarse a las barreras arquitectónicas de las instalaciones de la UNAM, por tener la necesidad de usar bastones y sillas de ruedas.

Por otro lado también el Doctor Gómez Coronel menciona la cantidad de estudiantes que ven afectados sus estudios por causa de un traumatismo, especialmente en los miembros inferiores, que fueron entre tres y siete mil personas sólo en .-

34 Op. cit. "Estudio preliminar...", p. 30.

1983, los cuales dejaron sus estudios entre dos y cinco meses. El 2.5% de los accidentados abandonó los estudios por quedar - incapacitados definitivamente.

Las barreras arquitectónicas, el transporte, etc., - son factores, como hemos venido mencionando, que dificultan y en muchos casos impiden una plena integración social del minusválido. El Doctor Gómez Coronel, basado en una serie de entrevistas hechas a las personas directamente afectadas y también en el libro "Accessibility Standards, Illustrated", de Michael A. Jones, detecta los problemas de acceso a la Ciudad Universitaria de una manera general y dice: "...encontramos que las dificultades de los minusválidos empiezan desde mucho antes a la propia ciudad universitaria por los problemas que todos conocemos del transporte, a los que en el caso que nos ocupa, se suman las propias dificultades para movilizarse, e incluso la necesidad de transportar la silla de ruedas".³⁵

Las personas entrevistadas resuelven ese problema tomando camionetas colectivas, que ya es de por sí un problema - dado que depende del chofer si acepta o no transportar a esa - persona y subir y bajarle la silla de ruedas. Inmediatamente al llegar a la terminal que se encuentra a un lado del Estadio Olímpico de la Ciudad Universitaria sobre la avenida de los Insurgentes, el minusválido se ve obligado a atravesar dicha avenida dado que no puede subir las escaleras de los pasos peato-

35 Ibidem.

nales y además los pasos subterráneos están muy lejos; por tanto tiene que saltar con su silla de ruedas las banquetas y camellones, además muchas veces tiene que ser empujado por alguien. Obviamente esta acción requiere mucho más esfuerzo y tiempo que para los estudiantes "normales".

Para los invidentes el problema se presenta al no existir en las partes exteriores a la Ciudad Universitaria señalamientos o guías para orientarse con su bastón. Al interior de los circuitos de Ciudad Universitaria sucede lo mismo. Los pavimentos de piedra braza dificultan el desplazamiento de minusválidos con silla de ruedas, con muletas y de minusválidos invidentes. La falta de elevadores y/o rampas, pasamanos y barandales en los edificios de Ciudad Universitaria es la barrera más frecuente para los que usan silla de ruedas y bastones.³⁶

Para los invidentes es la falta de indicadores, pisos escabrosos, batientes y ventanas con las cuales puedan chocar, el problema y barrera más importante que se tiene.

Todos estos problemas afectan "el desarrollo y la formación intelectual de las personas limitadas".³⁷ Se realizó en coordinación con la Dirección General de Obras de la UNAM, según el Doctor Gómez Coronel, paralela a su trabajo una experiencia preliminar de diseño libre de barreras arquitectónicas, enfocando el proyecto arquitectónico del Departamento de

³⁶ Op. cit., p. 37.

³⁷ Op. cit., p. 39.

Ecología, dependiente del Instituto de Biología. Nosotros des-
 conocemos el resultado de ello, pero sí podemos decir que en -
 el año de 1983 se anunció la entonces próxima construcción de
 la nueva Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, por lo -
 cual nosotros tratamos de reunir el mayor número de firmas, -
 fundamentalmente de minusválidos entre profesores, trabajado -
 res y estudiantes, en demanda de que se tomaran en considera -
 ción las necesidades y limitantes que teníamos para el acceso
 a las nuevas instalaciones. Se logró una audiencia con el di-
 rector de la Facultad que posteriormente envió a los arquitect-
 os responsables del diseño a exponer a toda la comunidad de -
 la Facultad sobre las nuevas instalaciones. Los arquitectos -
 plantearon soluciones simples e inútiles y además adoptaron -
 una postura evasiva, argumentando que los gastos para hacer -
 las modificaciones a los proyectos eran muy fuertes y dadas -
 las condiciones de crisis en que el país se encontraba, era im-
 posible realizarlos. Actualmente todos sabemos que el acceso
 a la nueva Facultad es mucho más difícil para los minusváli -
 dos, por su lejanía, por haber demasiadas escaleras por do -
 quier, por no existir elevadores o rampas en las aulas, biblio-
 teca, etc. El Doctor Gómez Coronel menciona que, según la ex-
 periencia del Departamento de Ecología: "para lograr un mayor
 grado de accesibilidad en un edificio no se requieren grandes y
 costosas inversiones, sino que, como lo demuestra el caso mencio-
 nado, bastan algunos elementos adicionales y sobre todo un ma-
 yor cuidado en el proyecto".³⁸

³⁸ Op. cit., p. 49.

El problema de fondo es que no se ha reconocido plenamente aún a los minusválidos como personas capaces de realizar todas las actividades que tiene el hombre actual, en este sentido su preparación académica o su formación profesional implica muchos esfuerzos extras: "En el caso que nos corresponde - como Institución Universitaria, ésto puede significar a veces la negación de una oportunidad de desarrollo personal a individuos capaces de asumir la responsabilidad que una carrera universitaria implica, dado que no debemos olvidar que un minusválido que solicita ingreso a la UNAM es una persona ya rehabilitada desde el punto de vista médico y psicológico, que aspira a lograr una integración en sentido amplio a la sociedad".³⁹

Si el sistema de enseñanza en general no toma en consideración las necesidades de los minusválidos realizando una investigación profunda sobre su problemática educativa, se les seguirá recluyendo en centros especiales como hasta ahora se - hecho y se seguirá limitando ampliamente su proceso de enseñanza y de socialización.

3. Problemas de Vialidad, Transporte y Vivienda

En la ciudad de México con una población cada vez más creciente que requiere de la ampliación de servicios públicos, el problema del transporte se ha agudizado al no poder cubrir

³⁹ Op. cit., p. 10.

satisfactoriamente las necesidades del total de la población - con todos los medios que éste utiliza: autobuses urbanos, taxis, Metro, trolebuses, tranvías, colectivos, etc. Este problema ha planteado al Estado la necesidad de reformar los planes de vialidad y transporte para poder otorgar de manera más eficaz este servicio a la población del Distrito Federal que lo utiliza. "En 1976 estaban en operación 65 trenes con tres líneas, mismas que conformaban una red de 41.5 km de longitud y que transportaban un millón trescientos mil pasajeros diariamente. Desde que inició su operación, el número de pasajeros se incrementó con una tasa promedio del 11.0% anual".⁴⁰

El aumento de servicios de transporte no ha logrado - satisfacer las demandas generales de la población y continúa - siendo un serio problema para ésta. Pero este problema es mayor para los minusválidos pues constituye un fenómeno que se - da de manera constante, pues las deficiencias físicas de éstos no les permiten tener acceso a un sistema de transporte que - además de no ser satisfactorio para la población en general, - se agrava mayormente para el contingente de los minusválidos.

Aún en países desarrollados el sistema de transporte urbano no ha sido capaz de cubrir las necesidades de toda la - población minusválida en forma eficaz, sin embargo, estas necesidades se han contemplado en sus planes de transporte. Por - ejemplo en Alemania Federal existen servicios especiales de - transporte, subvencionados por el Estado mediante camionetas o

40 "Plan Rector de Vialidad y Transporte". COVITUR, 1982.

camiones que llevan y traen a los minusválidos que lo solicitan, además todos los autobuses de transporte urbano tienen asientos reservados exclusivamente a los ancianos, mujeres embarazadas y minusválidos. Esto último también sucede en cuanto al sistema de transporte colectivo urbano de países como los Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, etc.

En México en cambio, no se ha visualizado por ninguna vía este problema. El minusválido queda excluido nuevamente de los planes gubernamentales de servicios y todo esto provoca su imposibilidad para transportarse en la ciudad.

En planes y reglamentos revisados sobre vialidad y transporte, el Departamento del Distrito Federal no toma en cuenta bajo ningún aspecto el problema de los minusválidos. En entrevistas sostenidas con jefes de proyectos de COVITUR, escuchamos de manera frecuente y como justificación a la falta de planes en beneficio de los minusválidos: "la falta de presupuesto para llevar a cabo esas modificaciones", aún más, se afirma no haber contemplado en ningún aspecto los efectos que se dan por no existir un sistema de transporte adaptado a los minusválidos.⁴¹

Habría que mencionar, por ejemplo, en cuanto al transporte colectivo se refiere, que los autobuses "delfines" y sobre todo "ballenas" son muy difíciles para abordar y apearse por tener los escalones muy altos y la dificultad se agrava cuando tienen rehilete en la entrada. Cuando sucede ésto último el -

41 Entrevista con el Jefe de Planeación. COVITUR, 1983 Enero.

minusválido corre además un gran riesgo puesto que tiene forzosa-mente que bajar por la puerta trasera y el autobús no trae muchas veces espejo retrovisor por lo cual el chofer no ve cuando el pasajero desciende y arranca relativamente rápido. Ahora bien, el Metro podría ser un medio de transporte excelente para ciertos minusválidos si existieran escaleras eléctricas para cada desnivel y en cada estación, sin embargo, el sobreesfuerzo que se realiza al bajar y subir escaleras, hace que aquellos prefieran utilizar los autobuses.

En lo que respecta a vialidad, los minusválidos encuentran dificultades en pisos derrapantes o escabrosos, banquetas sin rampas en las esquinas, pasos peatonales o puentes con demasiados escalones, falta de indicaciones para los invidentes, etc. Durante el gobierno de José López Portillo, con Carlos Hank González como regente de la ciudad de México se mandó remodelar algunas avenidas para convertirlas en "ejes viales", se renovaron banquetas sobreponiendo el concreto en el viejo pavimento. Esto ha causado mucha dificultad a los minusválidos sobre todo a los que usan silla de ruedas debido a que normalmente se desplazan sobre la calle para no tener que bajar y subir la banqueta. Sin embargo, en los "ejes viales" no pueden desplazarse ni sobre la calle ni sobre la banqueta porque ésta además de haber quedado muy alta y sin rampas, quedó en varios desniveles y escalonada, al no concordar con el viejo pavimento. Esto último también afecta a los invidentes.

Los minusválidos ven así, limitada su independencia para poder desplazarse por medio del transporte en una ciudad

carente de planes que los beneficie en los múltiples aspectos que abarca la vida urbana. Aún cuando un niño minusválido ingresara a la escuela, o bien un adulto minusválido consiguiera un empleo, tomando en cuenta que tanto la escuela como el lugar de trabajo están adaptados, las dificultades de acceso a esos lugares siguen existiendo, dadas las limitantes de acceso al transporte y vialidad.

Otro aspecto que limita la acción social del minusválido es la forma en que está construido el lugar que habita. La participación en el quehacer dentro del seno familiar forma parte de la participación en el quehacer social. Así pues vemos que si el individuo minusválido encuentra obstáculos que le impiden desempeñar las actividades usuales dentro de una casa habitación, esto repercute socialmente, dado que propicia una dependencia y una carga familiar que hacen que dicho individuo se sienta inseguro e inútil.

Los problemas más frecuentes son las ya mencionadas barreras arquitectónicas. Las casas habitación deben diseñarse según las necesidades de cada quien. De nada sirve para un individuo recibir una pensión por invalidez y obtener una casa por parte de los organismos encargados de ello, si encuentra en ella un obstáculo más para la realización de sus actividades. Estos organismos como son el Instituto de Fomento Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT); el Fondo para la Vivienda del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (FOVISSSTE), etc., deberían abrir la posibilidad dentro de sus reglamentos de diseño

y construcción, de hacer las modificaciones pertinentes a las viviendas de minusválidos.

4. Los Minusválidos y el esparcimiento

La diversión viene a ser la parte compensatoria espiritual del esfuerzo y del tedio a que se someten los individuos en las relaciones de trabajo establecidas por la sociedad actual.

De hecho, no toda la gente puede participar de la diversión por razones de tipo económico, o quizá es posible asegurar que la diversión cambia de acuerdo a las posibilidades económicas y a las inquietudes de cada persona. Nosotros podemos afirmar que para los minusválidos no sólo es un factor determinante el de las posibilidades económicas, sino que además, los lugares donde suele recrearse (cine, teatro, museos, bibliotecas) carecen de adaptación para cubrir sus necesidades de esparcimiento.

Recientemente, en la ciudad de México, con la construcción de "Reino Aventura", se tomaron en consideración algunas necesidades de personas que necesitan silla de ruedas para desplazarse. Sin embargo, mucha gente minusválida que utiliza silla de ruedas no tiene la posibilidad de disfrutar este centro debido a la carencia de recursos económicos suficientes, beneficiando solamente así a un estrato social de minusválidos determinado.

En las instalaciones de la Universidad Nacional Autónoma de México (Ciudad Universitaria): "En cuanto a los requerimientos especiales por tipo específico de edificio, se detectaron barreras en auditorios, teatros, estadios y en general - en los sitios en que se realizan espectáculos, en los que se carece de rampas, señalamiento y sitios disponibles para sillas de ruedas. Igualmente importante es el acceso a bibliotecas, hemerotecas y centros de informática, por las mismas barreras ya señaladas". ⁴²

En el Distrito Federal y en varias ciudades de provincia algunos minusválidos han tomado como forma de esparcimiento y diversión el deporte sobre silla de ruedas que ha adquirido en los últimos años cada vez más importancia.

Instituciones como el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Ferrocarriles Nacionales de México y otras han apoyado esta modalidad de deporte, aunque en una forma muy precaria comparada con el apoyo que reciben otros deportes. Los equipos deportivos de minusválidos, además de recibir menos presupuesto que los equipos deportivos con personas sin discapacidad alguna, se enfrentan a las barreras arquitectónicas que las instalaciones deportivas tienen. En Ciudad Universitaria el Equipo de Deportes sobre Silla de Ruedas que representa

42 Op. cit. Estudio preliminar..., p. 39.

a la UNAM entrena usualmente en la alberca y en las canchas de basquetbol de esta área. "Por falta de rampas, estas personas no tienen acceso a vestidores y sanitarios y para llegar a la cancha requieren necesariamente de que se les ayude".⁴³

Los problemas que hemos mencionado como los más frecuentes y de mayor peso en el proceso de socialización del minusválido, no se refieren a la mayoría o a todos los problemas a que éste se enfrenta, pero sí a los que le impiden el acceso a los servicios de la ciudad.

La inexistencia de una ciudad inadaptada en todos los sentidos trae como efecto la reclusión del minusválido con su familia, o el ingreso a centros "especiales" que el Estado ha creado para éste, limitando así su desenvolvimiento "normal".

Desde el punto de vista del desarrollo capitalista, - la inactividad del minusválido significa una gran pérdida. Consideramos que todos los aspectos que contribuyen a su inactividad son creados por el mismo sistema social de ahí su exclusión de la vida activa, que lo coloca ante la sociedad como "inútil".

5. Respuesta del Estado ante el problema

"Rehabilitar para el progreso y el bienestar social", es el criterio más frecuente que el discurso oficial utiliza -

43 Ibidem.

para tratar la problemática de los minusválidos y cuando se plantea que la rehabilitación no puede cumplirse totalmente si no existe un diseño arquitectónico de la ciudad modificado a las necesidades de los minusválidos, éste considera que es "extremadamente costoso" y que además no puede llevarse a cabo en una ciudad tan sobrepoblada como el Distrito Federal.⁴⁴

Dentro de la serie de ponencias presentadas por el IEPES en 1982, se trató en "Derecho para la salud y bienestar social de los inválidos", el problema de las barreras arquitectónicas, sólo en términos de comentario, no se planteó como una necesidad urgente ni al menos en términos de reglamentación inmediata, asignándoles así la responsabilidad inmediata al Código Sanitario.

"De singular importancia es el hecho de que dentro de las disposiciones contenidas para reglamentar los requisitos referente a la construcción de inmuebles, el Código Sanitario contemple a la brevedad, los relativos a las barreras arquitectónicas".⁴⁵

Los organismos estatales encargados de la atención del minusválido no han resuelto el problema más primordial del mismo, que es su rehabilitación integral, es decir, su incorporación en muchas de las actividades de la vida actual. Esto -

44 Entrevista con el Jefe de Proyectos de la Dirección General de Planeación de Escuelas y Edificios Públicos. Enero 1983. Departamento del Distrito Federal.

45 "Reunión popular de seguimiento para la planeación". Derecho para la rehabilitación integral de inválidos. IEPES. 1982-1983.

se debe, fundamentalmente, a que las empresas rehabilitatorias se reducen al campo de la rehabilitación de las capacidades físicas y a un reajuste psicológico para que el individuo afectado acepte su propia deficiencia, aunque éste último aspecto es también difícil de lograr si no existen las condiciones externas para ello, puesto que mucho de la desvalorización de sí mismo está muy relacionada con la desvalorización de que se es objeto por parte de la sociedad.

Sólo por exponer algunos casos mencionaremos que 1985 fue designado el Año Internacional de la Juventud. El Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud (CREA) elaboró todo un plan de actividades para su celebración donde, no se tomaron en consideración asuntos relacionados con jóvenes minusválidos. Se podría responder al respecto que los beneficios que otorga este organismo no discriminan a ningún usuario. Sin embargo los beneficios están determinados también por las condiciones en que se otorgan, porque es vano para un minusválido tener descuento en transportes, albergues y lugares de recreo, cultura y esparcimiento ya que no puede tener acceso a ellos por estar diseñados para otro tipo de necesidades. Igualmente, para un invidente le es inútil el descuento de libros que no podrá leer por no estar transcritos al método Braille.

Otro caso sobre la respuesta de los diferentes organismos estatales a los problemas que afrontan los minusválidos es el hecho que en varias ocasiones han emitido por Radio Educación en el programa "Resonancias". Ahí se han mencionado

frecuentemente las dificultades de los invidentes para conseguir empleo. Muchos de ellos han estudiado para masajistas y las autoridades correspondientes no han querido darles el diploma que los acredita como tales. También muchos han estudiado para técnicos en radiología (en revelación de placas), trabajo que es muy dañino para personas videntes. Algunos han solicitado empleo en el Centro Médico del IMSS pero se les ha negado al afirmar que dentro del reglamento se prohíbe la contratación de toda persona con alguna característica invalidante.

En el plano deportivo, en julio-agosto de 1984 se llevó a cabo la Olimpiada de Minusválidos Sobre Silla de Ruedas - en Stoke, Mandeville, Inglaterra. La Delegación Mexicana participante en este evento no recibió los premios, reconocimientos y elogios que varias instituciones otorgaron a los atletas participantes en los Angeles, California. Ante este hecho los minusválidos elaboraron una serie de peticiones dirigidas a las autoridades deportivas que se pueden englosar en los siguientes aspectos:

1. El reconocimiento de los logros obtenidos por parte de las más altas autoridades deportivas, no solamente en el último evento, sino en otros eventos pasados;
2. Brindar todas las facilidades (por lo menos al nivel de los atletas normales) para continuar practicando y desarrollando este deporte.

De toda la correspondencia enviada a las diversas autoridades, solamente respondió Mario Vázquez Raña, presidente

del Comité Olímpico Mexicano y su respuesta fue dirigida al director del Desarrollo Integral de la Familia, Doctor Leobardo Ruiz Pérez fechada el 10 de octubre de 1984. Parte del texto dice:

- "1. El Comité Olímpico Mexicano por su propia estructura no puede tener entre su seno a organizaciones deportivas múltiples, sino exclusivamente, Federaciones de un sólo deporte en especialidades olímpicas que pertenezcan a una Federación Internacional".
- "2. No tenemos contemplado dentro de nuestro programa, ni aprobado por las autoridades del gobierno ningún poder económico para esos grupos de deportistas que deben ser atendidos merecidamente por las Autoridades Nacionales del Deporte... Consideramos que son merecedores de todo el apoyo y ayuda que el DIF les está prestando..."

La rehabilitación integral sólo se verá lograda mediante la aceptación y el conocimiento de la problemática general a que se enfrentan los minusválidos por parte de los diferentes organismos estatales (independientemente de los de salud), sociales (no sólo de beneficencia) y políticos. La aceptación implica abrir espacios de atención y acción donde los minusválidos pueden realmente integrarse a determinada actividad. Limitar la atención de aquellos a las instituciones, fundamentalmente de salud y seguridad social, significa también obstaculizar su participación en otros campos del quehacer so-

social.

La aceptación y el conocimiento por parte de las autoridades de las limitantes de los minusválidos implica también tomar en consideración sus necesidades de desplazamiento en la ciudad. A este respecto los señalamientos hechos por parte de algunos directivos de Secretarías del Gobierno y Departamentos respecto a la eliminación de barreras arquitectónicas, posiblemente se harían más reales si aumentara el interés al problema y se reglamentaran en las normas de construcción las medidas necesarias para beneficiar al minusválido. Es necesario que estas propuestas de reglamentación sean hechas con la directa participación de los minusválidos y retomadas por los Departamentos de gobierno encargados más específicamente del problema como por ejemplo el Departamento del Distrito Federal.

5.1 Lo que dice la legislación al respecto

Todo lo referente a la legislación abarca diversas áreas como son: la cuestión laboral, enseñanza especial y reglamentos de construcción.

A nosotros nos interesó conocer fundamentalmente los reglamentos sobre construcción y barreras arquitectónicas que se han elaborado en favor de los minusválidos, o si no se han hecho, conocer las razones, ya que los consideramos como uno de los problemas fundamentales que requieren de una solución inmediata. Para ello, fue necesario revisar los reglamentos

de construcción de vivienda, vialidad y transporte, pasos peatonales, edificios públicos, etc. que a continuación exponemos.

En el tomo número tres de las Normas Técnicas de Construcción expedidas por COVITUR, en el apartado sobre banquetas, andadores y pasos para peatones, no existe ningún punto en que se especifique como reglamentaria u obligatoria la existencia de pasos peatonales adaptados o diseñados especialmente para personas con problemas en el aparato locomotor que usen silla de ruedas. El concepto de andador que se tiene es: "Inciso - 3.39.A.03. Se entiende por andadores para peatones, la superficie destinada a la circulación de personas, procurando que ésta se lleve a cabo en forma segura, cómoda, limpia y con aspecto acorde al medio ambiente".

En este mismo tomo se señalan las posibles modificaciones de banquetas pero sólo en el caso de que éstas se hagan para la construcción de entrada de automóviles, es decir, para estacionamientos públicos o privados. Las autoridades de COVITUR argumentaron cuando planteamos la falta de incisos sobre legislación de construcción que beneficiara en ese aspecto a los minusválidos, que el costo para este proceso sería excesivo en el caso de adaptación de las nuevas estaciones del Metro, sin embargo, aunque éste es un argumento reciente, afirmaron no haber contemplado el problema en ningún momento desde que se construyeron las primeras instalaciones del mismo.

El Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal publicado en diciembre de 1976 contiene los reglamentos y requisitos de construcción. Este reglamento no cuenta con nin

gún artículo o inciso que estipule obligatoria la construcción de rampas y adaptación de cualquier edificio para silla de ruedas.

En lo referente a edificios para vivienda, el reglamento no contiene nada sobre el problema que tratamos aquí. Solamente en el capítulo XVIII, artículo 136 se señala lo referente a escaleras pero no a rampas. "Las escaleras satisfarán los requisitos del artículo 78 de este reglamento y su número se calculará de modo que cada una dé servicio a veinte viviendas como máximo en cada piso".

En lo que respecta a vivienda y a los servicios con que esta debe contar como lo son los sanitarios, no existe ningún señalamiento en que se hagan obligatorias las adaptaciones necesarias para minusválidos.

"ARTICULO 137.- SERVICIOS SANITARIOS EN VIVIENDA.

Cada vivienda de un edificio deberá contar con sus propios servicios sanitarios, que constarán, por lo menos, de tina o regadera, lavabo, excusado, lavadero de ropa y fregadero. En las viviendas destinadas al servicio de huéspedes, deberán existir por cada cinco habitaciones o fracción, que no tengan en ese piso sus servicios privados completos dos locales de servicios sanitarios por piso, uno destinado al servicio de hombres y otro al de mujeres. El local para hombres tendrá un excusado, un lavabo, una regadera con agua caliente y fría y un migitario; el local para mujeres contará con dos excusados, un lavabo y una regadera con agua caliente y fría".

En cuanto a edificios para comercios y oficinas el re

glamento sólo estipula como obligatorio lo relacionado con superficie, muebles y número de sanitarios. El local que éstos deberán tener para servicio médico no requiere obligatoriamente de rampas y además no se aclara nada al respecto.

En cuanto a edificios públicos para escuelas lo obligatorio en materia de construcción se refiere solamente a la superficie o área del edificio, "Capítulo XX. Edificios para la educación.

ARTICULO 143.- SUPERFICIES MINIMAS. Los edificios destinados a primera y segunda enseñanza deberán contar con las superficies mínimas siguientes:

- I. La superficie total del predio será a razón de 2.50 m² por alumno;
- II. La superficie de las aulas se calculará a razón de 1 m² por alumno; y
- III. La superficie del esparcimiento será de 0.62 m² por alumno en jardines de niños y de 1.25 m² por alumno en primarias y secundarias la cual deberá tener jardines o pisos nivelados y drenados adecuadamente".

El título tercero del mismo reglamento y el Capítulo X de éste se refieren al proyecto arquitectónico dentro del cual el punto que más puede acercarse al problema que tratamos es quizá el de las circulaciones en las construcciones los cuales comprenden los corredores, túneles, pasillo, escaleras y rampas; allí menciona lo obligatorio sobre el cumplimiento de este reglamento.

ARTICULO 77.- CIRCULACIONES HORIZONTALES. Las características y las dimensiones de las circulaciones horizontales deberán ajustarse a las siguientes disposiciones:

- I. Todos los locales de un edificio deberán tener salidas, pasillos o corredores que conduzcan directamente a las puertas de salida o a las escaleras;
- II. El ancho mínimo de los pasillos y de las circulaciones para el público será de un metro veinte centímetros, excepto en interiores de viviendas unifamiliares y de oficinas, en donde podrá ser de noventa centímetros...;
- V. Cuando los pasillos tengan escalones, deberán cumplir con las disposiciones sobre escaleras establecidas en el artículo 78 de este reglamento (pág. 41).

Este reglamento muestra explícitamente por medio del cumplimiento de sus artículos, el difícil acceso de un minusválido por lo menos a viviendas y oficinas que deben contar con amplios espacios y adaptados para poder circular.

El artículo 78 del mismo reglamento trata las escaleras en la forma siguiente:

- I. Los edificios tendrán siempre escaleras que comuniquen a todos sus niveles, aún cuando existan elevadores;
- II. Las escaleras serán en tal número que ningún punto servido del piso o planta se encuentre a

una distancia mayor de veinticinco metros de alguna de ellas;

- III. Las escaleras en casas unifamiliares o en el interior de departamentos unifamiliares tendrán una anchura mínima de 0.60 m. En cualquier otro tipo de edificio la anchura mínima será de 1.20 m.

En los centros de reunión y salas de espectáculos las escaleras tendrán una anchura mínima igual a la suma de las anchuras de las circulaciones a las que dan servicio.

- IV. El ancho de los descansos deberá ser, cuando menos, igual a la anchura reglamentaria de la escalera;
- V. Sólo se permitirán escaleras compensadas y de caracol para casas unifamiliares y de comercios y oficinas con superficie menor de cien metros cuadrados;
- VI. La huella de los escalones tendrá un ancho mínimo de veinticinco centímetros y sus peraltes un máximo de dieciocho centímetros...;
- X. La altura mínima de los barandales, cuando sean necesarios, será de noventa centímetros, medidos a partir de la nariz del escalón y se construirán de manera que impidan el paso de niños a través de ellos. En el caso de edificios para habitación colectiva y escuelas de primera y segunda enseñanza, los barandales que sean cola

dos deberán ser solamente de elementos verticales, con excepción del pasamanos.

En este artículo encontramos varios obstáculos que impiden el acceso no solamente a minusválidos con silla de ruedas, sino además, a niños, ancianos y a cualquier otra persona que tenga dificultades para desplazarse o que transporte objetos pesados.

En el punto cinco las escaleras de caracol son permitidas en espacios con superficie menor de cien metros cuadrados, con lo cual, se sabe de antemano, que será difícil o imposible el acceso a los lugares que las tengan.

El punto anterior nos explica por sí mismo, el trato que se le da al problema, es decir, mientras que lo referente a escaleras es tratado con mayores apartados, las rampas y pasos peatonales no requieren aquí de mayor trato. Además, aún cuando se construyeran escaleras, éstas mismas, muchas veces no pueden dar un fácil acceso a niños y adultos minusválidos, ancianos y niños pues los barandales no son considerados como obligatorios y sin ninguna excepción como se menciona en el punto diez.

El artículo 79, que quizá es uno de los que nos interesa más tratar, señala lo siguiente: **RAMPAS.** Las rampas para peatones de cualquier tipo de construcción deberán satisfacer los siguientes requisitos:

- I. Tendrán una anchura mínima igual a la suma de las anchuras reglamentarias de las circulaciones a que den servicio;

- II. La pendiente máxima será del 10%;
- III. Los pavimentos serán antiderrapantes; y
- IV. La altura mínima de los barandales, cuando se requirieren será de noventa centímetros y se construirán de manera que impidan el paso de niños a través de ellos.

Como vemos, esto es todo lo que el reglamento de construcción trata sobre rampas. Por un lado, no las formula como obligatorias y por el otro, cuando éstas son contempladas, no se encaminan para el bienestar de los minusválidos.

El Capítulo trece de este reglamento señala lo referente a accesos y salidas: en salas de espectáculos y centros de reunión, salidas de emergencia en hoteles, casas de huéspedes, hospitales, salas de espectáculos y espectáculos deportivos y centros comerciales. Todos estos no cuentan con ninguna ley obligatoria de accesos amplios para silla de ruedas:

ARTICULO 83.- SALIDAS DE EMERGENCIA. Cuando la capacidad de los hoteles, hospitales, centros de reunión, salas de espectáculos y espectáculos deportivos sea superior a cuarenta concurrentes o cuando el área de venta de locales y centros comerciales sea superior a un mil metros cuadrados, deberán contar con salidas de emergencia que cumplan con los siguientes requisitos:

- a) Deberán existir en cada localidad o nivel del establecimiento;
- b) Serán en número y dimensiones tales que, sin considerar las salidas de uso normal, permitan el de

- salajo del local en un máximo de tres minutos.
- c) Tendrán salida directa a la vía pública o lo harán por medio de pasillos con anchura mínima igual a la de la suma de las circulaciones que de semboquen en ellos; y
 - d) Estarán libres de toda obscuridad y en ningún caso tendrán acceso o cruzarán a través de locales de servicio tales como cocinas, bodegas y otros similares.

El artículo ciento uno que se refiere a rampas y escaleras en edificios que no son unifamiliares sólo contiene un pequeño párrafo que dice lo siguiente: "Las escaleras y las rampas de edificios que no sean unifamiliares, deberán construirse con materiales incombustibles".

El artículo ciento veintitres del mismo reglamento trata sobre elevadores y dispositivos para transportación vertical. En lo que se refiere a escaleras eléctricas consideramos que podría ser favorable para algunos minusválidos que utilizan el Metro para transportarse, sin embargo, no se ha contemplado la idea de que éstas puedan ser útiles a los minusválidos.

El Reglamento de Zonificación para el Distrito Federal, publicado en abril de 1982 en el Diario Oficial del Departamento del Distrito Federal, especifica reglamentos sobre tipo de áreas en las cuales se llevan a cabo diferentes tipos de construcción sobre vivienda, unidades habitacionales, centros comerciales, tiendas, clínicas y hospitales, escuelas y univer

sidades, iglesias, hoteles y aeropuertos; pero todo esto es solamente en lo referente a zona o área y superficie en las que éstos deben ser ubicados para cumplir con los requisitos obligatorios.

El Sistema de Normas de Planificación Urbana está dividido en tres volúmenes:

Primero. Normas de zonificación y usos del suelo el cual se encarga de formar parte de la normatividad obligatoria para el otorgamiento de constancias de zonificación y usos del suelo, alineamiento y número oficial, licencias de construcción y autorización de ocupación y operación a través de los diferentes reglamentos que regulan de manera legal estas actividades.

El segundo volumen contiene las normas de vialidad, estacionamiento de vehículos y áreas de transferencia entre distintos modos de transporte como los elementos básicos de la estructura urbana y condicionantes del proceso de desarrollo. De esta manera, el problema o la solución no radica en lograr una mayor vialidad en relación al aumento de la población sino lo importante radica en lograr una estructura urbana que mejore las condiciones de acceso a los servicios a los sectores de la población que más requieren de éstos. El sistema de normas no contiene ninguna cláusula que se acerque mínimamente al problema de desplazamiento (transporte) de los minusválidos de la ciudad de México.

El tercer volumen contiene las normas para espacio público e imagen urbana, pero, al igual que los dos volúmenes an

teriores no toca nada sobre el problema del minusválido en el espacio urbano ni plantea las formas posibles en que este espacio se vería alterado con esas modificaciones. Aunque se tratan los componentes de la imagen urbana, el problema al cual aludimos aquí no se menciona. "La calidad arquitectónica de un edificio o de un conjunto de ellos generalmente se asocia a su origen dentro de períodos o estilos públicamente reconocidos como significativos; sin embargo, existen otros casos de edificios o conjuntos cuyo valor radica en la calidad arquitectónica que en sí mismos tienen por su adecuada relación al lugar en que se ubican, por la calidad de los espacios públicos que conforman, por su escala, proporción y materiales".

El Plan Nacional de Desarrollo Urbano publicado en 1978 por la entonces Secretaría de Asentamientos Humanos y Obras Públicas, la Comisión Nacional de Desarrollo Urbano y la Secretaría de Programación y Presupuesto, contiene la presentación de proyectos por parte de varias dependencias de Estado. Sin embargo, además de pasar por alto la problemática del minusválido en la ciudad, aparece un lenguaje ambiguo sin planteamientos concretos, de igual manera ocurre en el anexo de las matrices de congruencia de este plan que formula proyectos por sectores: agropecuario y forestal, turístico, industrial, pesca, comunicaciones y transportes, asentamiento humanos, educación, ciencia y tecnología, comercio, salud y seguridad social. La forma en que se plantean los proyectos es la siguiente: "El proceso de urbanización constituye básicamente un reflejo de la evolución económica y social, pero a la vez, cuen-

ta entre los agentes más activos para impulsar el desarrollo nacional. La conformación de los Asentamientos Humanos sucede en medio de serias desigualdades y genera otras, que, en conjunto, ha propiciado una marcada diferencia, en niveles de bienestar, entre los habitantes de las zonas urbanas y rurales, así como entre regiones. El nivel de vida de los habitantes urbanos en México supera, considerablemente al de la población que vive en el campo. Además, la distribución espacial de la población en nuestro país presenta agudos contrastes, que se reflejan en extremos de dispersión y concentración".

El Sistema de Planificación Urbana del Distrito Federal elaborado por la Dirección General de Planificación se divide por:

1. La Planificación del Desarrollo Urbano de la Ciudad de México;
2. El Plan General de Desarrollo Urbano del Distrito Federal;
3. Los Planes Parciales Delegacionales;
4. Los Programas de Barrio;
5. El Sistema de Normas de Planificación Urbana;
6. Procedimiento para obtener constancias de zonificación y licencias de construcción;
7. Instrumentos para el desarrollo urbano y otros.

En este volumen las limitantes y problemas de la vida urbana se le atribuyen a la alta concentración demográfica tales como la escasez de vivienda, las deficiencias en las redes y los servicios públicos, la marginalidad urbana, etc. De ahí

que exista la falta de planificación suficiente que beneficie a toda la población.

En ninguno de los apartados del Sistema de Normas de Planificación Urbana que se acaban de señalar se alude al problema del minusválido en la ciudad. El Plan General de Desarrollo Urbano del Distrito Federal define zonas de conservación, de amortiguamiento y las que son aptas para la expansión de la trama urbana.

Los Planes Parciales Delegacionales de Desarrollo Urbano tienen como objetivo: "definir con precisión los usos del suelo y la vialidad de cada Delegación como base para la autorización de licencias de uso y construcción".

Los Programas de Barrio: "Constituyen un análisis a nivel de máximo detalle al interior de cada uno de los barrios, colonias o pueblos en el Distrito Federal". Sin embargo, más adelante explicaremos con más detalle el hecho de que ninguno de los 16 Programas de Barrio plantean la necesidad de resolver los problemas de los minusválidos en los diferentes aspectos que comprenden éstos en una colonia habitacional: calles, viviendas, edificios, teléfonos públicos, etc.

El Sistema de Planificación Urbana que ya se había mencionado, trata los usos del suelo, intensidad de uso, dimensiones máximas y mínimas de lotes, densidades de población admisibles, dimensiones y características de la vialidad.

Los Planes Parciales de Desarrollo Urbano señalan lo siguiente: "el plan parcial cumple con el propósito de proporcionar un marco adecuado para determinar las acciones, progra-

mas y proyectos fundamentales del Gobierno del Distrito Federal y para normar y dirigir las acciones del sector público en su conjunto y la propia ciudadanía".

Ninguno de los objetivos planteados en los planes parciales benefician mínimamente al contingente de los minusválidos:

- " Objetivo A. Estructurar los usos del suelo para lograr autosuficiencia local y congruencia con el Plan de Desarrollo Urbano.
- Objetivo B. Reestablecer la proporción relativa entre destinos y usos básicos del suelo, en el Distrito Federal.
- Objetivo C. Reestablecer la proporción relativa entre destinos y usos básicos del suelo, que evite la superespecialización de la Delegación.
- Objetivo D. Atenuar los efectos nocivos de la contaminación y ruido seleccionando en función del incremento esperado de la población, una relación espacial óptima, entre los usos habitacional, industrial y los espacios abiertos".

En lo que respecta a vivienda, equipamiento urbano, vialidad y transporte, infraestructura y otros componentes de desarrollo urbano, los Planes Parciales sólo los plantean en cuanto a distribución y usos del suelo, costo de vivienda y características principales de densidad de población.

El Plan General de Desarrollo Urbano del Distrito Federal elaborado también por la Dirección General de Planificación divide sus puntos en población, suelo y reservas, vivienda, infraestructura, vialidad y transporte, equipamiento urbano y otros. Los planteamientos y soluciones sobre vivienda se dirigen básicamente hacia un mayor número de viviendas. Sobre infraestructura, se tiende a aumentar el abasto y distribución de energía eléctrica y de consumo industrial y doméstico. Sobre vialidad y transporte, a aumentar el flujo de viajes persona/día que ocurre en las zonas habitacionales del oriente y las industrias del norte. Sobre equipamiento urbano se tiende al aumento de escuelas ya que: "El nivel básico de educación presenta los mayores déficits de las Delegaciones Gustavo A. Madero, Iztacalco e Iztapalapa, las que, además satisfacen demandas del Estado de México. Las Delegaciones Cuauhtémoc y Miguel Hidalgo presentan superhábits respecto a su propia población, pero atienden alumnos de otras Delegaciones; servicio que genera incrementos en el tránsito vial".

En el Plan de Desarrollo Urbano se afirma que la población matriculada en educación superior ha aumentado y representa el 31% de la matrícula nacional, sin embargo, no profundiza en los problemas de aquellos que no pueden matricularse y las causas de ello.

El Plan General de Desarrollo Urbano del Distrito Federal señala como objetivos:

1. Ordenar y regular el crecimiento y el desarrollo del área urbana del Distrito Federal para lograr

una distribución equilibrada de las actividades económicas y de la población.

2. Promover el desarrollo, urbano integral y equilibrado del Distrito Federal, para lograr una distribución y funcionamiento de los componentes de su estructura urbana.
3. Propiciar las condiciones favorables para que la población del Distrito Federal tenga acceso a los beneficios del desarrollo urbano, vivienda, infraestructura, equipamiento y servicios públicos.
4. Conservar, mejorar y aprovechar las áreas naturales del Distrito Federal, para contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la población".

Las soluciones más importantes que aquí consideramos

radican en:

1. Perfeccionar el rango constitucional de derecho a la rehabilitación del inválido, su capacitación y su incorporación a la sociedad en lo posible.
2. Considerar dentro del Plan Global de Desarrollo, en el capítulo correspondiente a la política social, un apartado denominado Política Educativa y de Salud para la Rehabilitación del Inválido.
3. Establecer las bases de sustentación jurídicas en las que se apoyan los programas y actividades que prevean el problema de invalidez y la rehabilitación.
4. La creación de un Instituto u Órgano del Estado -

que se encargue de integrar y vertebrar el conjunto de medidas médicas, educativas, ocupacionales y sociales que permitan al inválido su rehabilitación, integración o reintegración a la vida útil y productiva del país.

Existe como hemos visto, una gran limitante en todas las normas reglamentarias que puedan beneficiar en todos los campos anteriormente mencionados a los minusválidos. Los artículos 3o. y 123 carecen de una base de sustentación congruente y efectiva en este problema específico.

Con respecto al Plan Global de Desarrollo, éste busca en primera instancia, el desarrollo de las personas en su "dignidad individual y responsabilidad social". Sin embargo, partiendo desde el plano progresista, este desarrollo económico y social del país es aún más difícil de alcanzarse si se excluye a ciertos sectores de la población, en este caso, a los minusválidos.

Una vez analizada someramente la situación legislativa que prevalece actualmente, hemos visto que no existe una legislación específica que contemple la problemática del minusválido. Respecto a la educación de éste, la Ley Federal de Educación vigente carece de normas específicas de educación que se debe de impartir a la población minusválida. Por lo que respecta a la Ley Federal del Trabajo, ésta omite aspectos importantes en el plano laboral que afectan al minusválido.

La Constitución Mexicana en ningún aspecto trata a fondo el problema en materia legislativa y en todos los planos

que la vida abarca y en el caso necesario incluirlo dentro de los respectivos aspectos legislativos.

6. Los minusválidos y su organización

Todo lo que podemos exponer sobre este aspecto se limita a lo que hemos experimentado personalmente en la convivencia con los minusválidos. Existen diferentes tipos de minusvalía y diferentes causas que provocan la minusvalía. Nosotros podemos decir mucho más de los que han quedado deshabilitados de sus miembros inferiores, aunque hemos podido observar actitudes e ideas semejantes en los demás minusválidos.

Para todo hombre su origen socioeconómico influye sobre su forma de vida. Pero para los minusválidos el origen socioeconómico en la sociedad capitalista, representa la condición primaria de su socialización. Porque entre mejor posición económica tenga, es más susceptible de que sus limitaciones físicas sean mejor tratadas.

Después, como ya se mencionó, los minusválidos se enfrentan a problemas muy concretos como son: educación, trabajo, transporte, barreras arquitectónicas, etc. Así, las posibilidades para franquear de alguna forma estos obstáculos depende en gran parte del nivel socioeconómico del cual provienen.

Sin embargo, la identificación ideológica que los minusválidos tienen, trasciende muchas veces la identificación -

ideológica según los estratos sociales ya que todos estos son individuos indeseables para la sociedad en general debido a su deficiencia física. Mas, esta trascendencia no elimina las diferencias socioeconómicas ni permite una mayor identidad ideológica en la medida en que aquellos que pertenecen a niveles de vida más altos tendrán mayores oportunidades de integración social a lo largo de su vida.

A pesar de la heterogeneidad de pensamiento de los minusválidos, nuestra convivencia con ellos nos ha permitido observar algunas actitudes que sobresalen en la generalidad de ellos.

Entre muchos minusválidos existe un sentimiento de prepotencia el cual se manifiesta en el rechazo a todo tipo de ayuda que viene de fuera, es decir, de otras personas, etc. Este sentimiento surge porque el minusválido quiere creer que es igual que cualquier otro individuo y por lo tanto no se acepta a sí mismo como minusválido. En este sentido piensa que es denigrante para él, el hecho de que no se le considere capaz de hacerlo bajo las mismas circunstancias que un individuo "normal". Esta actitud puede ser un catalizador muy fuerte para desarrollar intelectual o físicamente al individuo afectado pero si no logra sus metas puede frustrarse y aislarse. La objeción más importante que ponemos a esta actitud y a este pensar es que no permite una identificación mayor entre los minusválidos que pudiera acaso desembocar en cierta forma organizativa.

Otra actitud prevaleciente entre los minusválidos es

el convencimiento de sí mismos de que son totalmente incapaces de realizar diferentes actividades. Esto genera actitudes de dependencia provocadas por una obvia inseguridad en su persona. Quizá esta actitud resulte más perjudicial para el individuo que la actitud antes mencionada ya que provoca que éste sienta que vive por la benevolencia de los demás y por tanto le falte coraje y dignidad para exigir sus derechos.

La organización de minusválidos en México ha sido casi nula. Los invidentes han logrado cierta organización por medio de la cual han conseguido ciertas facilidades para ayuda de su sobrevivencia como por ejemplo, credenciales que los exentan de pago en el servicio de transporte urbano o permisos especiales para puestos de comida (aunque esto último se ha prestado a la formación de monopolios de puestos a causa de la corrupción).

En septiembre de 1983 se llevó a cabo una huelga en la Escuela Nacional de Ciegos, reclamando buena alimentación y un trato justo. Así mismo, manifestaron su inconformidad por los malos tratos recibidos del personal de la escuela y por no tener una instrucción educativa satisfactoria. En esta escuela hay 150 alumnos y fue la primera vez en la historia de ésta que los invidentes se manifestaron a través de una huelga.

El Instituto Mexicano de Rehabilitación (IMDER) creado por Rómulo O'Farrill en 1960 proporcionaba además de empleo, atenciones médicas a los minusválidos. A la muerte de O'Farrill en 1981, los minusválidos dejaron de recibir atención médica y se liquidó a algunos trabajadores que se sustituyeron -

por personas que tenían todas sus aptitudes físicas. La Institución conservaba la misma razón social que la evadía de impuestos. Desde 1977 los trabajadores del IMDER se organizaron y crearon mediante un convenio con la CROC, el Contrato Colectivo. En abril de 1983 la administración del IMDER exigió un reajuste de 130 trabajadores de más reciente ingreso y en mayo despidieron a 20 trabajadores los cuales comenzaron a organizarse (la mayoría de ellos minusválidos). La empresa del IMDER desapareció en 1983 y actualmente sus ex-trabajadores luchan por una justa indemnización.

Esta es sin duda una de las primeras formas de organización de los minusválidos en torno a demandas salariales y de trabajo.

Los ejemplos mencionados nos muestran el incipiente alcance que han tenido las movilizaciones de minusválidos y su escasa organización. La causa de esto es otro aspecto que refleja su problemática global.

Pensamos que los obstáculos para conformar dicha organización pueden ser:

1. La heterogeneidad del origen socioeconómico.
2. La poca oportunidad de congregarse debido a los obstáculos que impone la misma ciudad, lo cual provoca un aislamiento.
3. La idiosincracia del mismo minusválido que no se siente ni asimila su situación desventajosa respecto a las personas "normales", o bien, que cree que con lo recibido por parte del Estado y de la

sociedad es suficiente.

A pesar de todas las limitantes para poder conformarse, se hace imprescindible la formación de una organización - que integre el mayor número de minusválidos para así empezar a tener la injerencia política y social necesarias para participar directamente en la detección y solución de sus propios problemas ya que la atención por parte de la sociedad y del Estado hacia ellos siempre ha resultado muy incipiente.

No se discriminaría la participación de cualquier persona, pero sí se procuraría que fueran fundamentalmente los propios minusválidos quienes conformaran dicha organización. La tarea para constituir la sería en un primer plano a manera de invitación, que llegue a todos los lugares donde los minusválidos suelen congregarse: clínicas, escuelas, centros deportivos, etc.; o utilizando diferentes medios de comunicación con el fin de que la invitación alcance a aquellos minusválidos que no acuden a congregación alguna.

Posteriormente, ya entre todos, se meditarían cuáles son las necesidades más generales e inmediatas de cada grupo de minusválidos (parapléjicos, invidentes, sordos, etc.) para plantear las soluciones de atención y acción a las diferentes instituciones estatales y sociales.

No queremos pecar de optimistas, sabemos que para hacer tan sólo una invitación para constituir la organización, se requiere de mucho trabajo y dedicación. Aún más, no podemos afirmar que sea un éxito, sin embargo, sabemos que mientras el minusválido permanezca en ese estado de aislamiento y

anonimato, su situación política, social, etc., tiene pocas po
sibilidades de cambiar.

CONCLUSIONES

Hemos podido observar, en primer lugar, que la invalidez no es un fenómeno que atañe directamente a aspectos fisi-co-biológicos, sino por el contrario, la realidad nos muestra que existen factores sociales, políticos, ideológicos y económicos que convierten una deficiencia física en invalidez. Es decir, la invalidez viene a ser más bien el producto de un conjunto de relaciones económicas, políticas, ideológicas y sociales, que el simple producto de un trastorno físico. Bajo estas relaciones los individuos que padecen cualquier tipo de deficiencia física son desvalorizados no sólo en el ámbito laboral sino en muchos aspectos más de la vida diaria.

El problema físico funcional de una persona, en este sentido, no es el causante de la invalidez porque las condiciones sociales en su más amplio sentido, determinan cómo nace la gente, vive, se enferma y muere. Por ello la invalidez es más bien una consecuencia de una serie de limitantes sociales a que se enfrentan las personas una vez que han adquirido algún tipo de afectación física. Aún más, las circunstancias en que la deficiencia física es adquirida, deben en mucho su existencia a razones de tipo social.

El Estado mexicano es quien más ha hecho por la integración y la rehabilitación de los minusválidos. Sin embargo, los hechos nos demuestran que el trabajo realizado en esta ma-

tería es muy precario.

Ejemplo patente de ello lo hemos visto en la ciudad de México que impone una serie de obstáculos que dificultan la socialización del individuo minusválido. La manera en que la ciudad de México se ha ido planeando y construyendo deja de lado las limitaciones físicas que tienen los minusválidos. El hecho de que la ciudad está inadaptada a las necesidades de los minusválidos implica que tengan problemas para educarse, para transportarse, para conseguir y mantener un empleo, para hacer deporte, para esparcirse, etc.

Las actividades rehabilitatorias que realiza el Estado para los minusválidos quedan entonces incompletas al concentrarse en la rehabilitación funcional y no en la modificación del medio donde el minusválido tiene que realizar sus actividades.

Por lo tanto, en lo que se refiere al minusválido y su integración social, hay mucho que hacer. Los programas de rehabilitación integral tendrían que realizarse en coordinación con diferentes instituciones estatales y sociales, para que éstas abran, en su propio seno y de acuerdo a sus funciones específicas, espacios de atención y acción para los minusválidos. Es decir, "de atención" en el sentido de que dentro de las tareas que desempeña cada organismo, se realicen también funciones que atiendan a los minusválidos. Por ejemplo el Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA) que depende de la Secretaría de Educación Pública, podría también encargarse de la educación de adultos minusválidos; el

Consejo Nacional de Recursos para la Atención de la Juventud - (CREA) se encargaría de los minusválidos jóvenes; el Departamento del Distrito Federal vería la manera más adecuada para mejorar la vialidad y el transporte del minusválido en la ciudad, además de las modificaciones necesarias para la estructuración y planificación urbana en favor de éste; el Comité Olímpico Mexicano, la Secretaría del Deporte y la Confederación Deportiva Mexicana darían un presupuesto permanente, proporcionarían las instalaciones adecuadas, etc., para el deporte de minusválidos; la UNAM adaptaría todas sus instalaciones viejas y en los nuevos proyectos arquitectónicos se consideraría el problema, etc.

"De acción" nos referimos fundamentalmente a que se brinde a los minusválidos la oportunidad de colaborar con las instituciones no sólo aportando ideas para la adaptación y modificación de sus instalaciones laborales, etc., sino que además no se pongan trabas discriminatorias a aquéllos que soliciten trabajo dentro de ellas.

La rehabilitación integral no se logrará si la atención al minusválido se reduce al sector salud. Los minusválidos rehabilitados físicamente ya no son enfermos y su dificultad para integrarse a la sociedad sigue estando presente.

Para que resulte un programa de rehabilitación integral la ciudad debe ser accesible para los minusválidos en lo que se refiere a centros de educación, recreación, trabajo, deporte, etc.

La poca atención del Estado al problema nos revela -

más que un enfoque equivocado del mismo, una actitud política, es decir, que el Estado se da cuenta de cuál es la magnitud y la solución del problema pero prefiere aplicar sólo ciertas medidas que, más que beneficiar al minusválido, refuerzan ante la sociedad su imagen paternalista. Además, dicha actitud puede estar condicionada a intereses de corrupción y burocratismo.

Frente a esta situación, se hace totalmente indispensable que los mismos minusválidos participen en la solución de sus propios problemas.

Para ello se requiere necesariamente de cierta organización integrada principalmente por minusválidos para poder así plantear a cada institución todos los problemas a que se enfrentan y exigir soluciones.

Es muy importante que esta organización la formen principalmente minusválidos puesto que nadie, más que ellos, saben cuáles son sus necesidades más urgentes y la manera en que se pueden cubrir. Es importante también que la organización se mantenga independiente, pero trabajando en coordinación con los diferentes organismos estatales, dado que correría el peligro de burocratizarse y ser controlada desde arriba por intereses ajenos. En este caso perdería su razón de ser.

La organización de minusválidos fungiría como directriz y guía de la atención a los mismos, planteando a los organismos estatales las tareas a realizar, para su verdadera integración social.

Lograr formar una organización con los caracteres men

cionados implica no sólo las dificultades que se puedan presentar para estimular, interesar y agrupar a los minusválidos, si no también el reto político que representa mantener una organización independiente, respecto al sistema político imperante. Creemos que la situación del minusválido en México difícilmente cambiará, si no se hace posible la conformación de esta organización, que además sea independiente. La independencia implicaría la autogestión, la autoadministración, la autodecisión, etc., utilizando los diferentes organismos estatales para su beneficio, pero sin someterse al sistema que los rige.

Así por ejemplo, tomando como punto de partida el documento base (1984) del Área de Promoción Cultural del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA), dependiente de la SEP, hicimos recientemente algunas propuestas de trabajo en grupos de minusválidos donde se dice:

"Dado que el 'Programa de Promoción Cultural atiende prioritariamente a grupos carentes y a la población en general en áreas de alta prioridad nacional', los grupos de gente minusválida son bastante susceptibles a su quehacer... La participación del INEA en la integración social del minusválido sería muy importante... sobre todo en el área de promoción cultural:

- 'En la promoción de una organización general de minusválidos y la estimulación del desarrollo de la conciencia solidaria, la capacidad de solución y la participación social...'

- 'En la orientación e información sobre los benefi -

cios a que tienen derecho los minusválidos afiliados y no afiliados a los organismos de salud'.

- 'En la organización e información sobre toda clase de estudios susceptibles de realizar de acuerdo al interés y las capacidades físicas de cada quien. Ya sea un oficio, una licenciatura, etc.'.

- 'En la orientación e información sobre los lugares de fácil acceso y las actividades susceptibles de realizar en cuanto al esparcimiento, el tiempo libre y el deporte'.

- 'En la concientización de la sociedad en su conjunto sobre las limitantes que afrontan los minusválidos, mediante una extensa propaganda, utilizando todos los medios de comunicación que estén disponibles'.

- 'En la concientización, orientación e información a familiares en general, sobre los problemas y limitantes a que se enfrentan, durante su desarrollo los niños minusválidos. Estimular gestiones de solución'.

Es difícil pensar que una institución estatal acepte y lleve a cabo realmente las propuestas antes mencionadas, por ello es necesario promover y estimular, parafraseando el propio documento base del Área de Promoción Cultural del INEA: "El conocimiento y el ejercicio del derecho; el uso de las instituciones públicas; la organización, el desarrollo de la capacidad de gestión". Este sería el primer paso, que se podría efectuar mediante una invitación a los minusválidos en general a participar en este trabajo. Los problemas más específicos y las soluciones más viables emergerían conforme fueran crecien-

do la cobertura y el trabajo de la propia organización.

Esta organización tendría que trabajar conjuntamente:

-Con las instituciones que se encargan de elaborar reglamentos de construcción, de vialidad y del transporte (DDF), para hacer las modificaciones necesarias.

-Con las instituciones legislativas, para que se cree una ley específica que defienda y precise los derechos de los minusválidos en todos los campos de la vida social.

-Con las instituciones de salud, para obtener toda la información requerida en cuanto a la cantidad precisa de minusválidos a nivel regional, su ocupación, su nivel escolar, su tipo y grado de lesión, sus posibilidades para desempeñar una u otra actividad, etc. Desde luego también se vería la manera más adecuada para aplicar la rehabilitación físico-funcional y psicológica, conectándola con la realidad presente.

-Con las instituciones educativas, para ver cuales son las modificaciones que se deben hacer a los programas de escolaridad, a las instalaciones, al material didáctico, etc. (dentro de la modificación de las instalaciones quedan incluidos los museos, las bibliotecas, etc.). La educación de los minusválidos debe estar comprendida dentro de los mismos sistemas escolares y en las mismas instalaciones de la gente común. Esto facilitaría además la convivencia, la solidaridad y el conocimiento entre unos y otros.

-Con las instituciones de trabajo, para que se amplíen y reglamenten las posibilidades de incorporación del minusválido a una actividad productiva remunerada, imponiendo

la obligación de que las empresas hagan las modificaciones necesarias a sus instalaciones laborales, brindando prioridad de ciertas actividades a los minusválidos, creando una bolsa de trabajo, etc.

-Con las instituciones deportivas para que se creen - y/o modifiquen las instalaciones donde se desarrolle dicha actividad; para que el deporte de minusválidos, tenga la misma valoración que el deporte común; para que haya apoyo y presupuesto permanente, por lo menos al mismo nivel que el deporte común, etc.

Por último quisiéramos hacer una invitación a todos los lectores de este trabajo de tesis, a la reflexión y en el mejor de los casos, a la acción para la resolución de todo lo expuesto.

BIBLIOGRAFIA

1. Estudio Preliminar de Accesibilidad para Minusválidos en la Planta Física de la UNAM. Gómez Coronel, Carlos. 1984. Coordinación del Centro Médico de la UNAM.
2. Legislación para la rehabilitación de inválidos en México. Secretaría de Salubridad y Asistencia, Prioridades para la rehabilitación de inválidos. MEMORIA. 1981. Año Internacional del Inválido.
3. Rehabilitación del trabajador incapacitado. Prioridad para el desarrollo. MEMORIA SSA. 1981.
4. La salubridad y la asistencia en México. Revista Salud, SSA.
5. La medicina en México. De la herbolaria azteca a la medicina nuclear. Schendel, Gordon. 1980. IMSS.
6. Las epidemias en la ciudad de México. 1761-1813. B. Cooper, Donald. 1980. IMSS.
7. Historia de la Salubridad y la Asistencia en México T. I. Álvarez Amézquita, José y otros. SSA 1960.
8. La Salud Pública en México. 1959-1962 SSA.
9. La seguridad social en México. Coquet, Benito. IMSS T. I.
10. Jurisprudencia en materia de seguridad social y temas afines. IMSS 1979.
11. Leyes, reglamentos, decretos e instructivos del IMSS. Diciembre 1979.
12. El seguro social en México, antecedentes y legislación. 1971, T. I.
13. Reunión popular de seguimiento para la planeación. Derecho para la rehabilitación integral de inválidos. 1982. IEPES.
14. Novena Reunión Preparatoria de Consulta Popular. Estudio Jurídico Legislativo para la Rehabilitación de Inválidos. IEPES. PRI. 1982.

15. Plan Básico del Gobierno Federal para la Legislación y Administración para la Rehabilitación de los Inválidos en México. 1982-1988.
16. Encuesta Nacional de Inválidos. 1980-1981. Informe Preliminar. SSA.
17. Capitalismo y Enfermedad. Rojas Soriano, Raúl. Folios Ediciones.
18. Clases sociales y enfermedad. Timio, Mario. Ed. Nueva Imagen.
19. Gaby Brimmer. Poniatowska, Elena. Ed. Diana.
20. Crisis urbana y cambio social. Castells, Manuel. 1981, Ed. S. XXI.
21. Avances de la rehabilitación en Japón. Saloma, Yolanda. IMSS.
22. Compilación Nacional en materia de legislación sobre inválidos. 1980. SSA.
23. New Structures in Danish M. R. Administration. Berg, Elith. National Board of Social Welfare Copenhagen, July, 1978.
24. Cooperativas de inválidos en Polonia. Trampcynski, Boleslaw. Centro de Investigaciones, Unión de Cooperativas de Inválidos, SZI, Varsovia, Revista Internacional del Trabajo, 1973.
25. Trabajo para el segundo seminario sobre legislación y tutela de la persona deficiente mental. SSA. Subsecretaría de Asistencia. Dirección General de Rehabilitación. Instituto Nacional de la Medicina de la Rehabilitación.
26. Servicio de Rehabilitación Profesional. OIT. Mayo 1981 Julio 1981. Boletín No. 1 y 2.
27. Protección Integral a todos los discapacitados. Texto de la Ley 22.431, 16 de marzo, 1981, Argentina.
28. Que'est-ce un handicap?. Echavidre, Pierre. France, 1981.
29. Loi D'Orientation en faveur des personnes handicapées. Loi du 30 juin, 1975, France.

30. Generalitat de Catalunya. Ley de Integración social de los minusválidos. Marzo, 23 de 1982. Departament de Sanitat i Seguritat Social. Direccio General de Servis Social.
31. Rehabilitación en la República Federal Alemana. IMSS, 1980.
32. Rehabilitación de los incapacitados mentales. IMSS, 1981.
33. Memorias del primer simposio nacional de trabajadores sociales en rehabilitación. México, 17, 18 y 19 de noviembre de 1976.
34. Reacciones emocionales del inválido. Fahr Stahl, Matilde. Subdirección General Médica, Jefatura de Medicina del Trabajo. Departamento de Rehabilitación para el trabajo, IMSS.
35. Conceptos generales sobre rehabilitación social. Primer Simposio Nacional de Trabajo Social en Rehabilitación, Instituto Mexicano de Rehabilitación, Asociación de Asistencia Privada, 1976.
36. La rehabilitación integral del inválido físico. López Vera, Humberto. Octubre, 1976.
37. Importancia del diagnóstico familiar en el Plan Integral de Rehabilitación. Primer Simposio Nacional de Rehabilitación, noviembre 1976, Alvarado de L. Mata, Emma.
38. Terapéutica Ocupacional en Rehabilitación. Ed. Salvat.
39. Normas Técnicas de Construcción, Tomos I, II y III, COVITUR.
40. Reglamento de Construcciones para el Distrito Federal, COVITUR, junio, 1982.
41. Reglamento de Zonificación para el Distrito Federal. Abril 1982, Diario Oficial del DDF.
42. Plan Rector de Vialidad y Transporte del Distrito Federal, COVITUR, junio 1982.
43. Sistema de Normas de Planificación Urbana. COVITUR, 1982.
44. Plan Nacional de Desarrollo Urbano. 1978, SAHOP.
45. Sistema de Planificación Urbana del Distrito Federal. Dirección General de Planificación, DDF.
46. Plan General de Desarrollo Urbano del Distrito Federal. Dirección General de Planeación, DDF.

47. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 1982.
48. Deporte y Recreación para la Rehabilitación. 1977, Cuadernos de Educación Especial, SEP.
49. Trabajo, valoración e invalidez. Teixeira de Bresani, Ju -
ssara.
50. Minusválidos. Ammaniti, Massimo. Ediciones del Serbal, Bar -
celona 1983.
51. México un pueblo en la historia. Autores varios. Ed. Nueva
Imagen.