

24.2

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROBLEMA
DEL DESEMPLEO Y SUBEMPLEO DE LA
POBLACION INVALIDA EN
MEXICO

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P R E S E N T A
RÚFINA BALLESTEROS GARCIA

MEXICO, D. F.

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

IMPORTANCIA DEL TRABAJO SOCIAL EN EL PROBLEMA DEL DESEMPLEO Y SUBEMPLEO DE LA POBLACION INVALIDA EN MEXICO

INTRODUCCION		PAGINA
CAPITULO I	PROBLEMA ACTUAL	3
	1.1 CONCEPTOS	7
	1.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA	10
CAPITULO II	FACTORES QUE DIFICULTAN LA COLOCACION DEL INVALIDO EN FUENTES DE TRABAJO	43
CAPITULO III	LOS DERECHOS DE LOS INVALIDOS DENTRO DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO	66
CAPITULO IV	EL ESTADO Y SU FUNCION EN COORDINACION CON OTRAS DEPENDENCIAS EN RELACION A LA PROBLEMÁTICA PLANTEADA	77
CAPITULO V	EL TRABAJO SOCIAL COMO ELEMENTO ESENCIAL EN LA REHABILITACION INTEGRAL DEL INVALIDO	90
	CONCLUSIONES	110
	SUGERENCIAS	113
	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	118

I N T R O D U C C I O N

Con este trabajo se pretende dar a conocer el grave problema de desempleo y subempleo de la población inválida en México; se considera que el 7% de la población general de la República Mexicana, presenta - algún tipo de invalidez, lo que repercute en el individuo que la sufre, su familia y la comunidad; en el aspecto económico, social y cultural, considerando los estragos que causa y que sería imposible especificar - por ser innumerables.

Para 1975, la prevalencia de invalidez es - de 4,089,115 inválidos, de los cuales el 35% están comprendidos en edad productiva, por lo que desde varios sexenios atrás, el Gobierno Federal a través de organismos como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por conducto de su Dirección General de Rehabilitación (Institutos, Centros de Rehabilitación y Educación Especial, etc.); cuya función radica en la atención del inválido en su proceso de rehabilitación integral, ha venido realizando programas encaminados al problema -- que representa a nuestro país la invalidez en sus diferentes aspectos. En los últimos años, esta atención ha alcanzado la reincorporación de inválidos rehabilitados al núcleo social, pero esta colocación parcial es insuficiente porque se debe pugnar por una rehabilitación total, labor de un equipo multiprofesional, donde indudablemente el Trabajador Social encuentra un -- campo de acción muy amplio en la integración del inválido a la sociedad, como elemento productivo, colocándolo en lugares adecuados en los que pueda ejecutar -- una actividad y percibir una remuneración tal que le permita vivir decorosamente, al rehabilitarse inte-

I N T R O D U C C I O N

Con este trabajo se pretende dar a conocer el grave problema de desempleo y subempleo de la población inválida en México; se considera que el 7% de la población general de la República Mexicana, presenta algún tipo de invalidez, lo que repercute en el individuo que la sufre, su familia y la comunidad; en el aspecto económico, social y cultural, considerando los estragos que causa y que sería imposible especificar por ser innumerables.

Para 1975, la prevalencia de invalidez es de 4,089,115 inválidos, de los cuales el 35% están comprendidos en edad productiva, por lo que desde varios sexenios atrás, el Gobierno Federal a través de organismos como la Secretaría de Salubridad y Asistencia, por conducto de su Dirección General de Rehabilitación (Institutos, Centros de Rehabilitación y Educación Especial, etc.); cuya función radica en la atención del inválido en su proceso de rehabilitación integral, ha venido realizando programas encaminados al problema que representa a nuestro país la invalidez en sus diferentes aspectos. En los últimos años, esta atención ha alcanzado la reincorporación de inválidos rehabilitados al núcleo social, pero esta colocación parcial es insuficiente porque se debe pugnar por una rehabilitación total, labor de un equipo multiprofesional, donde indudablemente el Trabajador Social encuentra un campo de acción muy amplio en la integración del inválido a la sociedad, como elemento productivo, colocándolo en lugares adecuados en los que pueda ejecutar una actividad y percibir una remuneración tal que le permita vivir decorosamente, al rehabilitarse inte-

gralmente no gravitará sobre el presupuesto de la Federación en forma de pensión y otros gastos que limitan los recursos para la rehabilitación de otros inválidos. Ante este problema, la Dirección General de Rehabilitación, creó el Departamento de Rehabilitación Profesional, que tiene bajo su responsabilidad precisamente la rehabilitación profesional del inválido; pero, la labor no termina en el momento que el inválido deja de serlo, sino que sus funciones se han proyectado más allá del aspecto médico, para lo cual desde el punto de vista -- ocupacional, el inválido recibe enseñanza minentemente formativa para los hábitos y la disciplina indispensable del manejo de herramientas y maquinaria destinada a la producción. Además, como capacitación específica, el inválido adquiere habilidad para la ejecución eficiente de un oficio, un puesto como obrero industrial o administrativo en el área de servicios y es aquí donde encontramos la dificultad de su integración a la industria privada, porque el industrial a través de la competencia entre el trabajador aparentemente normal y el inválido rehabilitado, preferirá al operario normal, ya que evitaría gran número de problemas principalmente de tipo sindical, si a esto se suma la situación transitoria o no del desempleo, los primeros en ser eliminados serán los rehabilitados, que en algunas ocasiones no alcanzan ni siquiera la oportunidad de demostrar en el -- área de trabajo, que es posible dar un mayor rendimiento que el sujeto normal, sobre todo en actividades específicas desde el punto de vista físico ya que previamente ha sido rehabilitado integralmente y espera que se le ofrezca esta oportunidad de acuerdo a sus capacidades residuales.

C A P I T U L O I

PROBLEMA ACTUAL

1.1 CONCEPTOS

1.2 MAGNITUD DEL PROBLEMA

PROBLEMA ACTUAL

Nuestro país, dado su desarrollo, presenta graves problemas con características específicas, siendo uno de ellos el desempleo; problemática que ha alcanzado tal dimensión que su solución se ha convertido en un objetivo fundamental en los planes de acción de las autoridades nacionales.

La constatación y la conciencia alcanzada sobre el proceso creciente de desempleo y subempleo de la población agrícola económicamente activa, constituye un punto importante de partida en el diagnóstico global. La conjunción de una elevada presión demográfica y el escaso crecimiento de la población agrícola, determinaron estudios más profundos sobre las condiciones de desarrollo del sector y su dinámica de empleo. Pese a la implantación de mayores estímulos económicos y a la búsqueda de una mayor coordinación de las políticas económicas, los problemas de asentamiento y empleo de la población agrícola, especialmente provocados por la escasa dotación o carencia de tierra, han alcanzado relevancia nacional.

A través de las migraciones internas, la problemática del empleo se ha ido desplazando a las áreas urbanas; estos movimientos migratorios rurales - urbanos determinan la expansión de las grandes urbes.

Esta parcial transformación de la problemática rural en urbana permite admitir que otras restricciones pesan en la absorción de fuerza de trabajo, así como del fortalecimiento de los ingresos que se obtienen por este concepto, esta vez en el sector industrial y hacen acumulativas las dificultades de empleo en las ciudades; ya que un sistema industrial al crecer y tecnificarse de acuerdo a patrones que facilitan la incorporación creciente del capital y su concentración, resta fuerza a posibilidades de empleo de la mano de obra, si bien la ocupación de mano de obra crece, su tasa es insuficiente para contrarrestar los déficits ocupacionales que arrastran otras áreas de la economía y que -- incluso empiezan a manifestarse en el propio seno del sector industrial.

Desde este punto de vista, la estimación -- que aún permanece como una meta necesaria para atenuar el déficit de empleo que se genera en el país, exige -- la creación de entre setecientas y ochocientas mil plazas de trabajo anualmente, cifra entendida como el esfuerzo mínimo que con el tiempo tiende a adquirir una -- dimensión crítica, esto dificulta la recolección de datos precisos sobre las condiciones efectivas de los mercados de trabajo que además del desempleo muestran fenómenos de creciente subempleo o desempleo disfrazado. Con esta perspectiva se observan las graves deficiencias existentes en la distribución de la fuerza de trabajo, así como sus cambios en la absorción; falta de -- criterios orientadores para los nuevos empleos a los -- cuales dirigir una fuerza de trabajo que carece de información sobre la que pesa una escasa o nula capacitación.

Se concluye de esta manera a México como --

la nación en donde el crecimiento demográfico reviste caracteres más alarmantes, ya que somos el caso único en donde una población de más de 50.000.000 de habitantes, mantiene tasa de crecimiento del 3.5% anual, por lo que es obligación el ofrecer a estos nuevos conciudadanos, oportunidades de desarrollo y al mismo tiempo la corrección de fallas estructurales de muchos años - que han traído como consecuencia graves deformaciones de crecimiento como características más agudas en el sector rural, provocando como un efecto necesario la migración del trabajador del campo hacia las grandes metrópolis, que incapaces ya de absorber este excedente de mano de obra no calificado, solo ven trasladar la condición del campesino a una problemática distinta pero con la misma tónica de miseria y desesperanza, así mismo ven con desasosiego como estos grupos humanos se vierten en una carga más para las grandes ciudades y representan a mediano plazo un detonador social de magnitudes insospechables.

Un proceso parecido sufre la población que se manejará en este trabajo, tomando en cuenta su concentración en esta capital con el objeto de llevar a cabo su proceso rehabilitatorio, sea por ausencia de un centro especializado en su comunidad de acuerdo a los requerimientos de su problema, para lo que actualmente se encuentran funcionando en diversas fases de desarrollo, varios centros de rehabilitación integral en el interior de la República, a saber: Tapic, May.; Puebla Pue.; Oaxaca, Oax.; Campeche, Camp.; Mérida, Yuc.; Villahermosa, Tab'; Saltillo, Coah.; Mexicali, B.C.; Zacatecas, Zac.; Chihuahua, Chih.; Reynosa, Tamps. y Chetumal, Q.R., por deficiencia o carencia de trabajo si existe por lograr su autosuficiencia o bien por familiares, amistades que le muestran nuevas perspecti

vas en cuanto a atención médica, acceso a instituciones escolares y empleos remunerados, un cambio de vida en general, perspectivas que difícilmente son logradas iniciándose de tal forma los graves problemas sociales de delincuencia, alcoholismo, drogadicción descendentemente hasta llegar a la mendicidad como único medio de subsistencia.

1.1. CONCEPTOS

EMPLEO .

Es un derecho y un deber social, no es un artículo de comercio, exige respeto para las libertades y dignidad de quien lo presta, efectuándolo en condiciones que le garanticen los bienes más preciados como son: su vida, salud y un nivel económico decoroso para el trabajador y su familia; así los trabajadores inválidos rehabilitados deben disponer de condiciones humanas y eficaces, que los esfuerzos correspondan a los que realice cualquier individuo y que su empleo productivo en una sociedad competitiva, permita también una vida productiva, útil y la dignidad humana -- que influye el saber ganarse el propio sustento.

DESEMPLEO

Se presenta con la carencia parcial o total, temporal o definitiva de una actividad remunerada que impida la garantía de una vida mejor tanto del que necesita prestarlo, como de los que de él dependen y existe cuando una proporción importante de la mano de obra de cualquier país se encuentra sin trabajo generalmente a causa de la diferencia o inestabilidad de la demanda global de artículos, por parte de los consumidores nacionales, así como compradores extranjeros e inversionistas, gobierno.

SUBEMPLEO .

El subempleo se presenta cuando personas ocupadas se encuentran en situaciones, tales como:

- Trabajan un número menor de horas que el considerado como normal, en un período - de referencia o bien, se encuentran en - disposición para trabajar un tiempo de- terminado pero no encuentran empleo para hacerlo.
- Obtienen ingresos bajos por la actividad que realizan.
- No utilizan sus calificaciones o capaci- dades en forma completa.
- Están ocupados con niveles de productivi- dad anormalmente bajos o nulos.

Desde el punto de vista de la economía, el subempleo representa un desperdicio de recursos humanos por lo que, el desocupado representa un grave problema de pobreza personal y familiar.

I N V A L I D E Z .

En nuestro país, el concepto de invalidez_ aún no está claramente definido para aquellos que no - laboran en el campo de la rehabilitación y con frecuen- cia se confunde con el de enfermedad crónica y aún con algunos casos de enfermedad aguda de evolución más o - menos prolongada; esto influyó para que se elabore un_ concepto que reflejara por un lado la naturaleza de la invalidez y por el otro, la consecuencia creada omi- tiendo condiciones o características que ofraceran el riesgo de confusión o discrepancia concluyendo en que: La invalidez es la limitación que para el desempeño de las actividades cotidianas tiene un individuo como con- secuencia de un impedimento físico, mental y social; - por lo tanto el elemento distintivo de la invalidez es la limitación que sufre para desempeñar aquellas acti-

vidades necesarias para su propio desempeño y que genéricamente se engloban en actividades de cuidado personal, de deambulación y transporte, comunicación, recreación, educación, trabajo y relaciones interpersonales.

La invalidez, frecuentemente se identifica solo con la incapacidad del sistema músculo-esquelético, visuales, de audición y mentales, pero existe una legión más, tales como: cardíacos, imposibilitados físicamente por trabajar en labores que requieren esfuerzo físico, lo que es más grave e invalidante, que son rechazados de empleos sedentarios.

R E H A B I L I T A C I O N .

La rehabilitación como solución para la invalidez, es la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, psicológicas, educativas, ocupacionales y sociales, encaminadas a la adaptación o readaptación del inválido con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de funcionamiento en el sector social y productivo, la rehabilitación tiene su campo de acción en el tratamiento físico-mental, pero recién temente sus conceptos, métodos y procedimientos están siendo aplicados a los inválidos sociales considerando como tales, aquellos que por diversas circunstancias - de tipo social, están incapacitados para su óptimo desenvolvimiento como sucede con los huérfanos, infractores, delincuentes, alcohólicos, farmacodependientes, - ancianos y aún los indigentes, los cuales requieren - programas de rehabilitación que les permita integrarse a la vida social y productiva.

T R A B A J O S O C I A L .

El Trabajo Social es una profesión del área de las ciencias sociales que a través de procedimientos científicos, promueve la organización y participación consciente de los miembros de la colectividad en las transformaciones sociales, a fin de contribuir al desarrollo integral de la población, surgiendo así un concepto de este profesional que en aspecto de rehabilitación del inválido, dentro del personal multidisciplinario establece bases para el reajuste socio-económico personal, familiar y colectivo del inválido, -- contribuye a su empleo y conservación del mismo y vigila que la rehabilitación integral siga su proceso ascendente.

1.2. MAGNITUD DEL PROBLEMA

Se puede considerar la invalidez en México bajo dos aspectos:

El actual, que presenta un gran desequilibrio para el país; el futuro que toma dimensiones preocupantes en la misma proporción de los fenómenos que la provocan. De acuerdo a la realización de un muestreo en el Distrito Federal cuyos resultados proyectados a la población total, presentan las siguientes tasas por cien mil habitantes: Inválidos del aparato locomotor - 596; ciegos 94; sordos 41; para 1963, de otro muestreo se encontraron entre otros las siguientes tasas de invalidez por cien mil habitantes: Aparato locomotor 700 problemas de audición 300.

Estudios posteriores determinaron la prevalencia de otros tipos de invalidez, como la deficiencia mental, la debilidad visual y el alcoholismo, encontrándose tasas de 3,200 y 2,039 por cien mil habitantes respectivamente.

De ahí que se estime en forma conservadora la prevalencia de la invalidez en México en un 7% del total de la población, cifra que en los países altamente desarrollados se eleva hasta un 12% de la población.

PREVALENCIA DE INVALIDEZ POR TIPO

1973

INVALIDEZ	NUMERO	TASA POR 100,000 HABITANTES
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	316,305	206
CIEGOS	40,500	26
DEFICIENTES VISUALES	106,240	68
SORDOS	21,725	14
DEFICIENTES MENTALES	1,523,000	960
ALCOHOLICOS	600,000	380
OTROS	300,570	190
TOTAL	3,718,725	2,400

**FUENTE: DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION DE LA S. S. A.
POBLACION AJUSTADA AL 30 DE JUNIO
MAYORES DE 15 AÑOS.**

CUADRO No. 1

Las cifras conocidas de la prevalencia de algunos tipos de invalidez como la ceguera, problemas de la comunicación humana e invalidez del aparato locomotor, indican que la invalidez tiende a aumentar no solo en números absolutos como resultado del crecimiento de la población, sino que también en forma relativa como resultado de una mayor expectativa de vida, la extensión cada vez más amplia de los servicios médicos asistenciales que al tratar casos que antes terminaban con la muerte, ahora sobreviven con lesiones irreversibles que producen invalidez; al proceso de urbanización y desarrollo tecnológico e industrial que expone a la población a mayores riesgos de sufrir procesos morbosos o traumáticos, con las secuelas de invalidez concomitantes.

De mantenerse la prevalencia actual, con el solo crecimiento natural de la población, existirán para el año de 1980; 4.402.455 inválidos.

(VER CUADRO 2)

PREVALENCIA DE INVALIDEZ ESTIMADA
PARA DIVERSOS AÑOS EN BASE A LA TASA ACTUAL

ARO	POBLACION	NUMERO DE INVALIDOS
1950	25,791,017	1,805,371
1960	34,923,129	2,444,619
1970	48,377,363	3,386,415
1980	62,892,228	4,402,455
1990	76,839,788	5,378,785
2000	90,787,348	6,355,114

FUENTES: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, S. I. C.
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION, S. S. A.

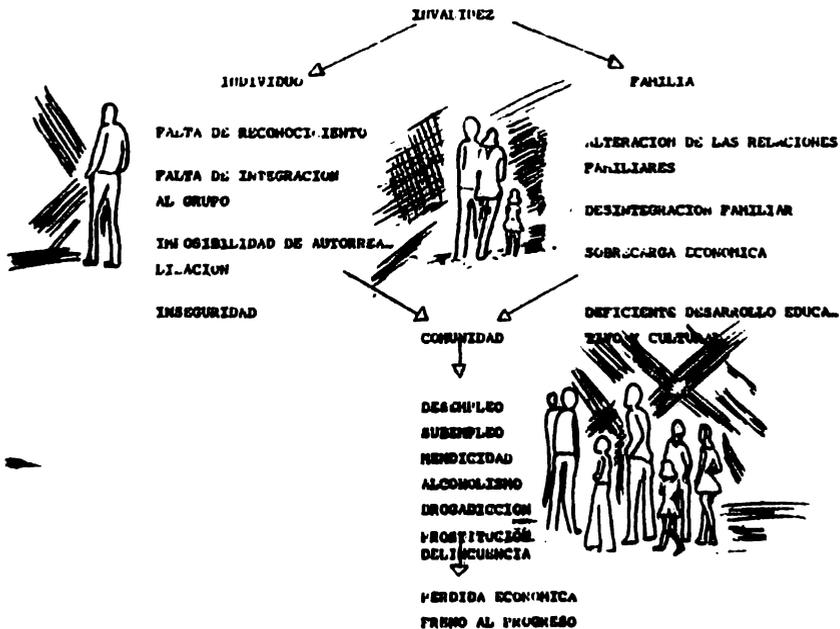
Con esto se comprende el futuro de este - dramático problema que no permite permanecer al margen ya que frena el desarrollo socio-económico del país y_ si la explosión demográfica por sí misma representa al_ go grave, imaginemos por un momento lo que podrán ser_ más de 10 millones de inválidos "deambulando" por el - país. Se aune a esto la cada vez más dudosa función de la medicina que paga paradójicamente un precio demasia_ do alto por salvar vidas.

Por otro lado, como se ha venido mencionan_ do, la incorporación de mayores núcleos de población a la industria, la cada vez más amplia cobertura de los_ servicios de salud y sobre todo el patético desequili_ brio social de clases, pone enfrente a lo que será la magnitud del problema de invalidez en México.

Bajo estas condiciones, se señalan a conti_ nuación las repercusiones económicas y sociales de la_ invalidez en México.

El problema va a repercutir en distintos - ámbitos, desde el individual hasta el social, siendo - la causa importante de múltiples problemas de diverso_ orden. (gráfica 1)

RE ESCUSIONES DE LA INVALIDEZ



SECRETARIA DE SALUD PUBLICO Y ASISTENCIA

GRAFICA No. 1

Fuente: "DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION"

REPERCUSIONES DE LA INVALIDEZ

1.- **INDIVIDUALES.**- La personalidad del inválido se ve afectada por la falta de reconocimiento - que tiene el grupo social hacia él, lo que origina insatisfacción por la necesidad que tiene de pertenecer y sentirse aceptado por el grupo sin lograrlo; las escasas posibilidades de autorealización y por la inseguridad permanente, lo que no le permite mantener el equilibrio interior de sus fuerzas emocionales, así como tampoco el equilibrio en sus relaciones armónicas con el ambiente. Frena al individuo en su desarrollo - educacional, social, en su trabajo y en su proceso.

2.- **FAMILIARES.**- La desadaptación psicológica del inválido, determina que en el núcleo familiar existan alteraciones de orden psicodinámico, lo que - sumando a la sobrecarga económica que la invalidez implica, determina la desintegración familiar o un deficiente desarrollo social, cultural y económico.

3.- **SOCIALES.**- Los inválidos no sujetos a ningún tipo de rehabilitación pasan a engrosar en su gran mayoría a los grupos de marginados analfabetas, - desempleados y subempleados, mendigos, alcohólicos y - delincuentes que acrecientan los problemas sociales - preexistentes determinados por otras circunstancias.

4.- **ECNOMICAS.**- No se conoce en detalle - la prevalencia por grupos de edad en los diferentes tipos de invalidez y en consecuencia, los grupos que estando en edad productiva no se pueden incorporar al proceso de la producción, se estima que del total del número de inválidos que existen un 50% necesita los servicios de rehabilitación de los cuales un 26.9% o -

sean 484.500, se encuentran en edad productiva, por lo que en el supuesto caso de que dejaran de recibir el salario mínimo general de \$39.38, la pérdida anual en base a 290 días laborales sería aproximadamente de 11.417 millones de pesos, lo que indudablemente afecta a la economía nacional. Con estas consideraciones de orden estadístico, queda comprendida la magnitud del problema - que se enuncia.

POBLACION POR GRUPOS DE EDAD EN LA REPUBLICA
MEXICANA.

- 1974 -

EDAD	POBLACION	%
0 - 4	9 260 055	16.94
5 - 14	16 005 567	29.28
15 - 44	20 796 468	40.20
45 - 64	5 389 851	9.88
65	2 003 493	3.72
T O T A L	54 663 827	100.00%

Fuente: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA S.I.C.
POBLACION ESTIMADA AL 30 DE JUNIO
(CUADRO # 3)

Se observa que la población mayor corresponde a gente en edad productiva de 15 a 44 años con un total de 20,796,468, que representan un 40.20%.

Mientras que el menor contingente está representado por población de 60 años y más con un total de 2,003,493, 3.72%.

**NUMERO DE INVALIDOS SEGUN TIPO DE INVALIDEZ
EN LA REPUBLICA MEXICANA**

1 9 7 4

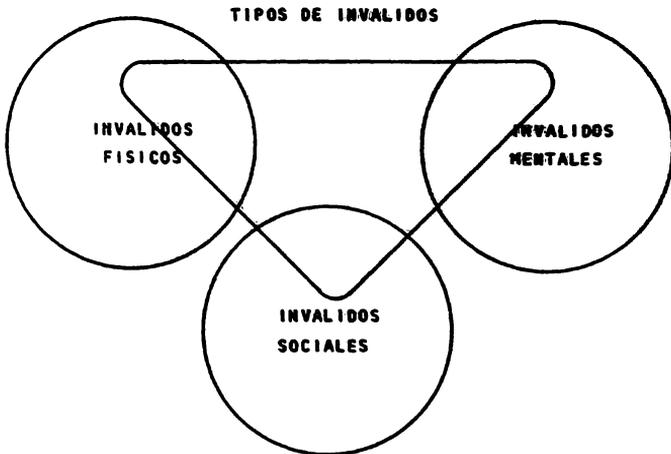
INVALIDEZ	POBLACION	TOTAL
SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	325,026	325,026
CIEGOS	50,641	50,641
DEBILES VISUALES	109,316	109,316
SORDOS	22,411	22,411
OTROS PROBLEMAS DE LA COMUNICACION HUMANA	153,068	153,068
DEFICIENCIA MENTAL	1,639,606	1,639,606
ALCOHOLISMO	678,744	678,744
OTROS	847,653	847,653
TOTAL	3,826,465	3,826,465

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA, DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION, S. S. A.

AJUSTADA AL 30 DE JUNIO DE 1974, MAYORES DE 15 AÑOS.

Ocupa el primer lugar el contingente con problemas de deficiencia mental con un total de: 1,639,606, y el menor contingente está representado por 22,411 casos que corresponden a sordos.

Según tipo, la invalidez puede ser de orden físico, cuando se manifiesta en el Soma del individuo; mental, cuando se perturban las funciones psicológicas; social, cuando factores ambientales de organización familiar o comunitaria restringen en grado variable el desarrollo del individuo considerado como unidad biopsicosocial.



CLASIFICACION DE INVALIDOS

INVALIDEZ FISICA SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO	(POLIOMIELITIS, PARALITICOS CEREBRALES, PARAPLEJICOS, - HEMIPLEJICOS, AMPUTADOS, -- ETC.)
DE LA COMUNICACION HUMANA	(SORDOS, AFASICOS, LABIO Y PALADAR HERVIDO, LARINGEOTO MIZADOS, DISLEXICOS, DISLA- LICOS, ETC.)
DE LA VISION	(CIEGOS, DEBILES VISUALES, - ESTRABICOS, ETC.)
CARDIACOS	(CARDIOPATIAS CONGENITAS, - CARDIOPATIAS REUMATICAS, -- INSUFICIENCIA CORONARIA, -- ETC.)
PULMONARES	(ENFISEMA PULMONAR, ASMA -- BRONQUIAL, TUBERCULOSIS PUL MONAR, NEUMOPATIAS CRONICAS DIVERSAS)
DEL APARATO GENITOURINARIO	(VEJIGA NEUROGENICA, ESTRO- FIA VESICAL, ESTADOS INTER- SEXUALES, ETC.)
DEL APARATO DIGESTIVO	(COLOSTOMIA, INTESTINO --- NEUROGENICO, ETC.)
HEMATOLOGICOS	(HEMOFILIAS, PURPURAS, ETC.)
RENALES	(INSUFICIENCIA RENAL CRONI- CA, ETC.)
PIEL	(SECUELAS DE QUEMADURAS, -- LEPRA, ETC.)
INVALIDEZ MENTAL	
DEFICIENCIA MENTAL	
EPILEPSIA	
DAÑO CEREBRAL	
PROBLEMAS CONDUCTALES INVALIDANTES	
INVALIDEZ SOCIAL INFRACTORES Y DELINCUENTES ANCIANOS HUERFANOS ALCOHOLICOS	

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION, S. S. A.

POBLACION ACTIVA E INACTIVA EN LA REPUBLICA MEXICANA

TOTAL DE POBLACION	POBLACION DE 12 AÑOS Y MAS: 33,656,510. 61.59%					TOTAL
	ECONOMICAMENTE ACTIVOS		ECONOMICAMENTE INACTIVOS		OTROS	
54,663,827	OCUPADOS	DESOCUPADOS	QUIBACERES DOMESTICOS	ESTUDIANTES		
T O T A L	14,081,887	548,601	12,375,502	4,021,954	2,628,574	33,656,510
%	41.88	1.63	36.77	11.95	7.81	100%

FUENTE: DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICA, S. I. C.
POBLACION AJUSTADA AL 30 DE JUNIO DE 1974.

CUADRO No. 6

De la población correspondiente a mayores de 12 años (Edad Productiva) - desempeña alguna actividad un total de 14,081,887 con 41.88% y 548,601 con 1.63% se encuentran sin trabajo. Correspondiendo a 12 millones trescientos setenta y cinco -- mil quinientos dos, o sea 36.77% a población inactiva económicamente dedicada a labores del hogar y un total de 4,021,954, que representan un 11% de la población se encuentran estudiando.

Un número todavía representativo 2,628,574, 7.81%, se engloba entre --- otros (no clasificado).

**POBLACION ACTIVA E INACTIVA SEGUN INVESTIGACION
REALIZADA EN LOS DIFERENTES CENTROS DE REHABILITACION
DE LA DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION, DE LA
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA EN EL D. F.**

1 9 7 4

Con el objeto de tener una visión general - de la problemática de desempleo y subempleo existente - en nuestros seis centros de rehabilitación que absorben a población en edad productiva, sin considerar estadísticamente al Instituto Nacional de Niños Ciegos y Débiles Visuales, que cuenta con población menor de 15 años, se presentan a continuación cuadros estadísticos globales, sintetizados y analizados que por sí solos muestran su problema ocupacional.

OCUPACION
CENTRO DE REMABILITACION DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO
1 9 7 4

EDAD	SERVICIOS	EMPLEADOS	OBREROS	COMERCIANTE	CAMPESINOS	EVENTUALES	PENSIONADOS	ESTUDIANTES	HOBAR	MEJORES DE EDAD	SIN OCUPACION	SE IGNORA	TOTAL	%
1 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1245	0	0	1,245	55.0
15 - 19	13	6	1	0	2	0	0	50	16	0	0	71	159	7.1
20 - 24	29	16	4	0	10	2	0	19	35	0	2	41	158	6.9
25 - 29	24	4	2	0	5	3	0	4	11	0	0	27	80	3.5
30 - 34	17	6	6	0	1	0	0	1	17	0	1	22	71	3.1
35 - 39	16	3	1	1	4	1	0	0	14	0	1	10	52	2.3
40 - 44	29	6	2	0	4	2	2	0	21	0	0	20	80	3.9
45 - 49	23	11	3	1	1	0	2	0	15	0	0	18	74	3.3
50 - 54	16	11	4	0	2	3	0	0	24	0	1	23	84	3.7
55 - 59	14	2	0	5	3	2	0	0	12	0	1	17	53	2.4
60 - 64	15	5	2	0	1	0	3	0	17	0	0	27	70	3.1
65 - +	20	4	0	2	9	4	11	0	30	0	5	43	128	5.7
TOTAL	216	76	25	4	44	17	18	74	212	1245	11	339	2,262	100.0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 7

OCUPACION
CENTRO DE REHABILITACION DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELETICO

1 9 7 4

E D A D	SERVICIOS	EMPLEADOS	OBREROS	COMERCIANTE	CAMPEÑINOS	EVENTUALES	PENSIONADOS	ESTUDIANTES	HOMAR	HEREDOS DE EDAD	SIN OCUPACION	SE IGORA	TOTAL	%
- 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1245	0	0	1245	55.0
15 - 39	99	35	14	1	22	6	0	74	93	0	4	117	520	22.9
40 - 59	82	32	9	1	12	7	4	0	72	0	2	78	299	13.3
60 - +	35	9	2	2	10	4	14	0	47	0	5	70	198	8.8
TOTAL	216	76	25	4	44	17	18	74	212	1245	11	319	2262	100.0
%	5.5	3.4	1.5	.2	1.9	.7	.8	3.2	9.3	55.0	.5	14.1	100.0	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

CUADRO No. 8

De la investigación realizada en el Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético, a través de 2,262 expedientes que comprenden a la población atendida en el año de 1974, se obtuvieron los siguientes resultados:

- . 1,245 (55%), comprenden a pacientes - menores de 15 años.
- . El 45% restante, 1,017 casos, comprenden a la población mayor de 15 años, en edad productiva.
- . En cuanto a ocupación, el área de servi cios (sirvientes, choferes, pintores, - etc.) ocupan el primer lugar con 216 - casos (9.5%), el segundo lugar lo ocu pan los empleados, con 76 casos (3.4%) - y el tercer lugar campesinos, con 44 ca sos (1.9%).

OCUPACION
HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION PARA NIÑOS Y ANCIANOS " TEODORO GILDRED "
1 9 7 4

EDAD	EMPLEADO	OBROERO	ESTUDIANTE	COMERCIANTE	CARPESINO	SERVICIOS	EVENTUAL	JUBILADO	HOGAR	CHOFER	MECANICO	TECNICO ELECTRICISTA	ACTIVIDADES ARTISTICAS	OTRAS ACTIVIDADES	SIN TRABAJO	SE IGNORA	POBLACION MENOR DE EDAD	TOTAL	%
1 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,621	1,621	42.5
15 - 19	20	2	177	2	6	2	1	0	29	0	1	2	0	6	4	173	0	425	11.2
20 - 24	49	5	85	7	2	6	0	0	66	6	1	0	2	4	6	132	0	371	9.7
25 - 29	44	5	7	3	4	2	0	0	53	4	1	4	4	3	2	73	0	209	5.5
30 - 34	27	7	0	4	4	7	0	0	49	7	1	1	1	2	1	53	0	164	4.3
35 - 39	12	5	0	4	5	2	0	0	47	5	2	3	0	1	3	53	0	141	3.7
40 - 44	9	6	0	1	3	4	1	0	60	6	0	0	1	2	1	56	0	150	3.9
45 - 49	13	1	0	4	3	3	0	0	73	5	2	1	0	5	0	52	0	162	4.3
50 - 54	11	2	1	5	1	4	1	0	72	4	2	1	0	1	0	49	0	154	4.1
55 - 59	8	1	0	3	5	0	1	1	37	1	0	0	0	2	0	35	0	94	2.5
60 - 64	7	1	2	4	2	0	0	2	42	1	0	0	0	0	0	36	0	27	2.6
65 - +	2	0	0	5	5	1	0	4	112	2	0	0	0	4	2	71	0	212	5.6
TOTAL	205	32	272	42	30	21	4	7	640	41	10	12	8	30	20	782	1,621	1,800	100.0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

OLUPACION
HOSPITAL DE ORTOPEDIA Y REHABILITACION PARA NIROS Y ANCIANOS " TEDORO GILDRED "
1 9 7 4

E D A D	EMPLEADO	OBREO	ESTUDIANTE	COMERCIANTE	CAMPESINO	SERVICIOS	EVENTUAL	JUBILADO	HOGAR	CHOFER	MECANICO	TECNICO ELECTRICISTA	ACTIVIDADES ARTISTICAS	OTRAS ACTIVIDADES	SIN TRABAJO	SE IGNORA	POBLACION MENOR DE EDAD	TOTAL	%
- 1 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1,621	1,621	42.5
15 - 39	152	24	269	20	21	19	1	0	244	22	6	10	7	16	16	483	0	1,310	34.6
40 - 59	41	10	1	13	12	11	3	1	242	16	4	2	1	10	1	192	0	560	14.8
60 - +	12	1	2	9	7	1	0	6	154	3	0	0	0	4	3	107	0	309	8.1
TOTAL	205	35	272	42	40	31	4	7	640	41	10	12	8	30	20	782	1,621	3,800	100.0
%	5.4	.9	7.2	1.2	1.1	.8	.1	.1	16.8	1.1	.2	.4	.2	.8	.6	20.6	42.5	100%	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO.

CUADRO No. 10

De la investigación realizada en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos " Teodoro Gildred ", a través de los 3,800 expedientes que comprenden la población atendida por primera vez, en 1974, se obtuvieron los siguientes resultados,

- . 1,621 casos, (42.5%) comprenden a pacientes menores de 15 años.
- . El 57% restante, 2,179 casos, corresponden a la población mayor de 15 años, en edad productiva.
- . En cuanto a ocupación, el mayor contingente fué de 640 casos (16.8%), le sigue 272 casos (7.2%) con estudiantes y al tercer lugar, con 205 casos que corresponden a empleados.

OCUPACION
INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA
1 9 7 4

E D A D	EMPLEADO	OBrero	ESTUDIANTE	COMERCIANTE	CAMPESINO	SERVICIOS	JUBILADO	REJUBILANTE	HOOGAR	VARIOS	SIN OCUPACION	TOTAL	%
15 - 19	9	3	93	0	5	7	0	0	32	9	30	188	14.8
20 - 24	86	15	30	3	4	14	0	3	30	0	14	199	15.7
25 - 29	115	14	11	4	0	13	0	0	42	6	11	216	16.9
30 - 34	61	6	1	5	0	13	0	0	33	10	6	135	10.6
35 - 39	35	5	0	2	2	9	0	0	30	5	5	93	7.4
40 - 44	32	2	0	8	4	6	1	0	32	5	6	96	7.3
45 - 49	22	0	0	2	1	4	0	0	27	5	3	64	5
50 - 54	12	2	1	6	3	7	1	0	24	7	3	66	5.3
55 - 59	19	0	0	4	2	5	2	0	15	1	3	51	4
60 - 64	7	1	0	4	0	3	8	2	26	1	6	58	4.5
65 - +	18	1	0	5	5	4	8	0	49	5	14	109	8.5
TOTAL	416	49	136	43	26	85	20	5	340	54	101	1,275	100.0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

OCUPACION
INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACION HUMANA
1 9 7 4

E D A D	EMPLEADO	OBREO	ESTUDIANTE	COMERCIANTE	CAMPESINO	SERVICIOS	JUBILADO	DIBUJANTE	HOGAR	VARIOS	SIN OCUPACION	TOTAL	%
15 - 39	306	43	135	14	11	56	0	3	167	30	66	831	65.1
40 - 59	85	4	1	20	10	22	4	0	98	18	15	277	21.8
60 - +	25	2	0	9	5	7	16	2	75	6	20	167	13.1
TOTAL	416	49	136	43	26	85	20	5	340	54	101	1,275	100
%	32.6	3.8	10.7	3.7	2	6.7	1.5	.4	26	4.2	8.4	100.0	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

NOTA: CORRESPONDEN A MENORES DE EDAD 1,427 CASOS (52.9%), NO CLASIFICADOS EN ESTE CUADRO.

De la investigación realizada en el Instituto Nacional de la Comunicación Humana, a través de 2,702 expedientes que comprenden la población atendida por primera vez en el año de 1974, se obtuvieron los siguientes resultados:

- . 1,427 casos (52.9%), corresponden a - pacientes menores de 15 años.
- . Los 1,275 casos restantes (47.1%) son pacientes de 15 a 39 años y pacientes - de 40 a 59 años, representan la pobla- ción en edad productiva con 1,113 casos (41.2%) del total de la población.
- . En cuanto a ocupación, la población ma- yor de 15 años se ocupa más importante- mente en:
 1. EMPLEADOS, 416 CASOS (32.6%)
 2. ESTUDIANTES, 136 CASOS (10.7%)
 3. SERVICIOS, 85 CASOS (6.7%).

OCUPACION
ESCUELA NACIONAL DE CIEGOS " LIC. IGNACIO TRIGUEROS "
1 9 7 4

EDAD	ESTUDIANTES	EMPLEADOS	OBREROS	COMERCIANTE	MALETEROS	ACTIVIDADES MUSICALES	SIN OCUPACION	TOTAL	%
15 - 19	27	0	3	0	2	1	9	42	24.5
20 - 24	35	0	1	2	4	1	5	48	27.9
25 - 29	21	2	2	1	2	1	4	33	19.5
30 - 34	14	1	3	1	1	1	5	26	15.6
35 - 39	4	0	0	0	1	1	2	8	5.4
40 - 44	4	1	1	1	0	1	0	8	3.9
45 - 49	4	0	0	1	0	1	1	7	1.1
50 - 54	0	0	0	0	0	0	2	2	.5
55 - 59	1	0	0	0	0	0	0	1	.1
60 - +	1	0	1	0	0	0	1	3	1.6
TOTAL	111	4	11	6	10	7	29	178	100.0

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE LOS PACIENTES ESTUDIADOS, REALIZAN ACTIVIDADES DIVERSAS SIMULTANEAMENTE.

OCUPACION

ESCUELA NACIONAL DE CIEGOS " LIC. IGNACIO TRIGUEROS "

1 9 7 4

E D A D	ESTUDIANTES	EMPLEADOS	OBREROS	COMERCIANTES	MALETEROS	ACTIVIDADES MUSICALES	SIN OCUPACION	T O T A L	%
15 - 39	101	3	9	4	10	5	25	157	88.3
40 - 59	9	1	1	2	0	2	3	18	10.1
60 - +	1	0	1	0	0	0	1	3	1.6
TOTAL	111	4	11	6	10	7	29	178	100.0
%	62.3	2.2	6.2	3.4	5.7	3.9	16.3	100.0	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

ES IMPORTANTE HACER NOTAR, QUE LOS PACIENTES ESTUDIADOS REALIZAN ACTIVIDADES DIVERSAS SIMULTANEAMENTE.

Con el objeto de conocer la situación laboral del inválido con problemas visuales, carencia o debilidad visual, se realizó una investigación en los 178 expedientes de la Escuela Nacional de Ciegos "Lic. Ignacio Trigueros", que corresponden a la población asistente a esa institución, obteniendo los siguientes resultados:

- Los pacientes que acuden a esta institución se encuentran comprendidos entre -- los 18 y 65 años de edad.
- Nos revela desde el punto de vista ocupacional: 111 casos (62%) son estudiantes; 4 casos (2.2%) son empleados; 11 (6.2%) trabajan como obreros; 6 inválidos (3.6%) viven del comercio; 10 - casos (5.7%) son maleteros y 7 casos - equivalentes a 3.9% se ocupan de actividades musicales, quedando un remanente - de 29 casos (16.3%) que no desarrollan ninguna actividad productiva.

Es importante hacer notar que varios de los pacientes estudiados realizan actividades de escolaridad, adiestramiento laboral y ocupacional simultáneamente.

NO.	NAME	GRADE	STATUS	REMARKS
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63
64
65
66
67
68
69
70
71
72
73
74
75
76
77
78
79
80
81
82
83
84
85
86
87
88
89
90
91
92
93
94
95
96
97
98
99
100

De la investigación realizada en el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos, a través de los 722 expedientes que comprenden la población atendida por primera vez en el año de 1974, se obtuvieron los siguientes resultados:

- . Toda la población que asiste a este centro es mayor de 15 años, de los cuales 681 (94.2%) son del sexo masculino y 41 (5.7%) del sexo femenino.
- . El estudio nos revela en cuanto a ocupación, que el total de la población existente, 391 casos desarrollan actividad productiva, 89 casos la realizan en forma eventual y 235 no trabajan.

El ramo laboral de mayor parte de la población es de servicios en 163 casos -- (22.5%); segundo, el contingente de comerciantes con 79 casos (10.9%) y el de empleados con 76 casos (10.6%) que ocupan el tercer lugar.

En resumen, la situación ocupacional de la población asistente presenta:

Con trabajo	391
Sin trabajo	221
Suspendidos	7
Despedidos	7
Eventuales	89
Pensionados	1
Estudiantes	6

OCCUPACION
CENTRO DE REHABILITACION PROFESIONAL
1 9 7 4

E D A D	EMPLEADO	OBRENO	COMERCIANTE	CHOFER	MOLENO	SASTRE	PINTOR	RADIO TECNICO	MECANICO	DIBUJANTE	PLORERO	MOBAR	MAQUILA	IMPRESOR	CARPINTERO	TRABAJO EVENTUAL	EN CAPACITACION	NINGUNA	TOTAL	%
15 - 19	2	5	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0	1	0	1	2	26	39	21.8
20 - 24	1	5	2	0	0	0	1	0	0	0	0	6	0	0	0	3	29	47	26.8	
25 - 29	1	3	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	2	0	0	1	4	22	39	21.9
30 - 34	0	0	4	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	10	17	9.6
35 - 39	0	2	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	14	7.9
40 - 44	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	1	0	0	4	11	6.1
45 - 49	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1.6
50 - 54	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1.6
55 - 59	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	.5
60 - 64	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4	2.2
TOTAL:	2	15	12	1	2	1	2	2	2	1	1	18	2	1	1	2	10	109	178	100.0

FUENTES: ARCHIVO CLINICO

(CUADRO No. 17)

OCUPACION
CENTRO DE REHABILITACION PROFESIONAL
1 9 7 4

EDAD	ENLEAHO	OBROO	COMOICIAOTE	COFOE	BOLEO	SASTRE	PINTOR	RADIOOTECNICO	MECANICO	DIBUJANTE	PLASERO	MOEAR	MAQUILA	IMPRESOR	CARPINTERO	TRABAJO EVENTUAL EN CAPACITACION	NINGUNA	TOTAL	%	
15 - 39	2	15	10	0	2	1	2	2	1	1	1	10	2	1	0	2	10	54	186	87.0
40 - 59	0	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	0	11	10	9.9
60 - +	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3		2.9
TOTAL	2	17	12	0	2	1	2	2	1	1	1	12	2	1	1	2	10	58	196	100.0
%	1.3	9.6	6.9	0	1.5	1	1.5	1.5	1	1	1	7	1.5	1	1	1.5	6	33	100.0	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO

CUADRO NO. 18

De la investigación realizada en el Centro de Rehabilitación Profesional, a través de 178 expedientes que representan la población atendida por primera vez en 1974, se obtuvieron los siguientes resultados:

- . La población que asiste es de 15 a 60 - años de edad.
- . La población de 15 a 39 años, con 156 casos, ocupa el 87.6% de la población total.
- . La población asistente de 40 a 59 años, - con 19 casos, representa el 10.6% y los mayores de 60 años, con 3 casos; representan el 1.6%.
- . En cuanto a ocupación, 59 casos (33.1%) tienen algún tipo de ocupación y de ésta los obreros es la mayormente representada, con 17 casos (9.6%); con comercio en segundo lugar 12 casos (6.8%) y el tercer lugar, lo representan igualmente con 2 casos (1.1%) de empleados; servicios, pintores, radiotécnicos, mecánicos etc., sumando 108 casos que se encuen---tran desempleados.

PERDIDA ECONOMICA DETERMINADA POR LA INVALIDEZ EN LA REPUBLICA MEXICANA

1 9 7 4

2

NUMERO TOTAL DE INVALIDOS	NUMERO DE INVALIDOS QUE REQUIEREN REHABILITACION		SALARIO MINIMO PROMEDIO	PERDIDA DIARIA POR IMPRODUCTIVIDAD	PERDIDA ANUAL POR IMPRODUCTIVIDAD
	T O T A L	EN GRAD ECONOMICAMENTE ACTIVA			
3,027,465	1,917,140	512,699	37 - 61	20,004,477.00	609,829,330.00

FUENTES: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE LA DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION, S.S.A.

PERDIDA ECONOMICA DETERMINADA POR LA INVALIDEZ EN LA REPUBLICA MEXICANA

1 9 7 4

2

NUMERO TOTAL DE INVALIDOS	NUMERO DE INVALIDOS QUE REQUIEREN REHABILITACION		SALARIO MINIMO PROMEDIO	PERDIDA DIARIA POR IMPRODUCTIVIDAD	PERDIDA ANUAL POR IMPRODUCTIVIDAD
3,027,465	T O T A L	EN EDAD ECONOMICAMENTE ACTIVA			
	1,917,148	512,689	37 - 61	20,004,477.00	609,829,330.00

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DE LA DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION, S.S.A.

Se tomó como base 290 días laborables del año.

Si a éste cuadro se sumara la pérdida en la producción, éstas cifras se elevarían considerablemente.

Un estudio hecho por la Dirección General de Rehabilitación en 391 inválidos rehabilitados empleados en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, muestran que sus ganancias por concepto de sueldos se elevan a - \$10,248,000.00, durante el año de 1972.

Estas personas, ahora rehabilitadas y ocupadas por la S. S. A., aportan al Gobierno Federal por pago de impuesto sobre la renta y cuotas al I.S.S.S.T.E., \$679,117.46, y los 132 inválidos rehabilitados de la -- S. S. A., devengan sueldos anuales por un total de: \$3,078,000.00 y pagan al Gobierno Federal \$170,639.04 - por los conceptos ya mencionados.

En conclusión, el inválido, además de ser una carga para su familia gravita en la economía y en la moral de sus parientes; el 7% de la población inválida necesita con urgencia ser atendida y reincorporada - en lo posible - a las tareas productivas. La etapa en que estamos viviendo demanda que nadie permanezca ocioso y sí, que coadyuve en la medida de sus posibilidades, al bienestar del individuo y de la sociedad.

C A P I T U L O I I

FACTORES QUE DIFICULTAN LA COLOCACION

D E L

INVÁLIDO EN FUENTES DE TRABAJO

FACTORES QUE DIFICULTAN LA COLOCACION DEL INVALIDO EN FUENTES DE TRABAJO.

El inválido físico, que sufre en su integridad anatómica y/o funcional, el mental, que sufre deficiencia por trastorno en sus funciones mentales, y el social, que por carencia de familia en los extremos de la vida o por procesos patológicos de índole psicossocial sufre en su desarrollo social, todos ellos, al haber sido "dados de alta" o "desahuciados" por otras técnicas, se encuentran en el momento de recibir la "medicina de la esperanza", ésto es, de recibir la rehabilitación integral en la cual la rehabilitación social y profesional, desempeñan un importante papel considerando 2 aspectos fundamentales.

1o. El inválido es altamente susceptible de participar en su rehabilitación social y ocupacional.

2o. Aún cuando las Instituciones gubernamentales integran en su sistema al inválido y crean establecimientos dirigidos a su rehabilitación integral, es a la comunidad a quien compete en forma directa llevar a cabo la rehabilitación social y profesional, entendiéndose como tales:

- REHABILITACION SOCIAL: "Es el conjunto de medidas que dentro de la rehabilitación integral están dirigidas a incorporar al inválido a la familia y a la comunidad y a obtener por otro lado, la colaboración de éstas en el proceso rehabilitación".

**FACTORES QUE DIFICULTAN LA COLOCACION
DEL INVALIDO EN FUENTES DE TRABAJO.**

El inválido físico, que sufre en su integridad anatómica y/o funcional, el mental, que sufre deficiencia por trastorno en sus funciones mentales, y el social, que por carencia de familia en los extremos de la vida o por procesos patológicos de índole psicossocial sufre en su desarrollo social, todos ellos, al haber sido "dados de alta" o "desahuciados" por otras técnicas, se encuentran en el momento de recibir la "medicina de la esperanza", esto es, de recibir la rehabilitación integral en la cual la rehabilitación social y profesional, desempeñan un importante papel considerando 2 aspectos fundamentales.

1o. El inválido es altamente susceptible de participar en su rehabilitación social y ocupacional.

2o. Aún cuando las Instituciones gubernamentales integran en su sistema al inválido y crean establecimientos dirigidos a su rehabilitación integral, es a la comunidad a quien compete en forma directa llevar a cabo la rehabilitación social y profesional, entendiéndose como tales:

- REHABILITACION SOCIAL: "Es el conjunto de medidas que dentro de la rehabilitación integral están dirigidas a incorporar al inválido a la familia y a la comunidad y a obtener por otro lado, la colaboración de éstas en el proceso rehabilitación".

REHABILITACION PROFESIONAL: "Es aquella - parte del proceso continuo y coordinado de rehabilitación que comprende el suministro de medios, especialmente orientación profesional, formación y colocación selectiva - para que los inválidos puedan obtener o - conservar un empleo adecuado; esta función se dificulta debido a diversos factores - con un predominio especial en los que se - enuncian en los puntos siguientes.

2.1. FALTA DE FUENTES DE TRABAJO.- La transformación de las estructuras sociales en las últimas décadas, originó entre otros cambios en las características demográficas del país, aceleró el desarrollo industrial y estimuló el crecimiento urbano. Dichos cambios a la vez que han brindado un mayor bienestar a la población, también le han planteado nuevos y graves problemas. El crecimiento de la población es el resultado de las tasas de natalidad y el abatimiento de las tasas de mortalidad, consecuencia del desarrollo económico y social lo que denota la imperiosa necesidad de crear nuevas fuentes de trabajo que permitan el acceso de 60,000 mexicanos que año con año reclaman una ocupación; sumando a estos inválidos rehabilitados parcialmente incorporados a la sociedad, quienes reclaman de igual forma - convertir en realidad sus sueños de encontrar la dignidad que nace solamente del trabajo útil y productivo, - que pueden desempeñar si se les diera "por lo menos" - una oportunidad, que se dificulta por la carencia casi absoluta de centros de rehabilitación ocupacional, el - desempleo y subempleo que al aumentar la oferta de mano de obra, aceleran la dura competencia que se tiene que establecer en el seleccionamiento de solicitudes, sea -

en empresa de producción, comercios o servicios, así como diversas Instituciones gubernamentales, que en su mayoría desconocen totalmente el problema que éstos presentan.

2.2. CONDUCTA DE LOS EMPRESARIOS ANTE LA -- CONTRATACION LABORAL DE LOS INVALIDOS.

El individuo que por antecedente congénito, accidente o enfermedad ha adquirido una invalidez, regularmente es considerado dentro de nuestra sociedad como un elemento inútil e improductivo en actividades de la vida diaria y laboral, causa por la que las fuentes de empleo, sea en empresas de producción, comercios, servicios, Instituciones gubernamentales etc.; en el momento en que se presentan a solicitar una oportunidad de trabajo, advierten reacciones tan negativas que van desde el único interés de darles una caridad, hasta apartarse de ellos con rechazo o asombro, actitudes que hacen sentir al inválido, lo inútil de su esfuerzo por tener cabida en un trabajo estable y esta negatividad ha fomentado la aparición de problemas de tal gravedad independientemente de frustraciones, desconfianza, tristeza o rebeldía que van aparejadas con el subempleo, drogadicción, vagancia, vicios etc., esta situación se presenta principalmente por el desconocimiento que se tiene ante los problemas de la invalidez y su rehabilitación integral, que les permite poderse desenvolver con mayor facilidad para proseguir una vida normal, tanto en el ámbito familiar, como social y económico. Si al inválido se le niegan las oportunidades laborales, encontrará una razón más para sentirse aislado y discriminado. Mientras que el trabajo le compensará de muchos obstáculos que para él representa vivir en sociedad. -

ACTIVIDADES QUE PUEDEN REALIZAR LOS INVALIDOS REHABILITADOS

DEFICIENCIA MENTAL	MUSCULO ESQUELETICO	COMUNICACION HUMANA	PROBLEMAS VISUALES
+ Mozo	* Dibujante	* Dibujante	* Médico
+ Cuidado de animales	* Archivista	* Mecanógrafo	* Masajista
+ Portero	* Mecanógrafo	+ Ayudante de almacén	+ Obrero de Línea de producción (cuando esta implique movimientos repetidos).
+ Peón de Agricultura y Ganadería	+ Empleado de correspondencia y oficina	+ Empleado de correos	+ Elevadorista
+ Cultivador y trabajador agrícola	+ Información	+ Repartidor en Gral.	+ Técnico en revelado de placas radiográficas
+ Avicultor	+ Empleado de Biblioteca y Archivo	* Aprendiz de cocinero y cantinero	+ Empaque de productos (en laboratorio)
+ Jardinero	+ Ayudante de almacén	+ Lavadero en tintorería	+ Agentes de laboratorio o visitante médico
+ Talabartero,	+ Empleado de correos	* Peluquería	+ Agentes de seguro
+ Empacador,	+ Cartero	+ Ayudante o aprendiz en empresas	+ Locutor
+ Elevadorista,	+ Mensajero	+ Funerarias	+ Actividades manuales diversas
+ Actividades manuales simples.	+ Cobrador de cuentas a domicilio	+ Jardinero	* Computador
	+ Ayudante de comerciante	+ Avicultor	+ Preparador de material para esterilizar
	* Peluquería	+ Tejedor	
	+ Avicultor	+ Panadero	
	+ Torcedores de cigarro	+ Torcedor de cigarro	
	+ Ayudante y aprendiz de sastre	+ Ayudante y aprendiz de sastre	
	+ tapicero	+ Tapicero	
	+ Ayudante y aprendiz de zapatero y talabartero	+ Ayudante y aprendiz de zapatero y talabartero	
	+ Obrero no calificado	+ Obrero no calificado	

DEFICIENCIA MENTAL	MUSCULO ESQUELETICO	COMUNICACION HUMANA	PROBLEMAS VISUALES
	+ Ayudante y aprendiz de ebanista	+ Ayudante y aprendiz de ebanista	
	* Carpintería	+ Herrería	
	+ Empacador y rotulador	+ Ayudante y aprendiz de plomero	
	+ Elevadorista	+ Ayudante y aprendiz de cajista	
	+ Mozo	+ Carpintería	
	+ Actividades manuales diversas	+ Empacador y rotulador	
	+ Cajeros	+ Elevadorista	
		+ Actividades manuales diversas	
		+ Mozo	

- + ACTIVIDADES QUE SE APRENDEN A TRAVES DE LA PRACTICA.
- * ACTIVIDADES QUE REQUIEREN ADIESTRAMIENTO PREVIO.

Fuente: CATALOGO MEXICANO PARA LA CLASIFICACION DE LA POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA DEL IX CENSO GENERAL DE POBLACION, 1970.

(CUADRO No. 20)

La S.S.A. a través de la misma Dirección, se coordina con autoridades del D.D.F. en diferentes estudios para empleo a rehabilitados, proporciona servicios para la instalación de puestos en vfa pública y tiene en marcha un programa de empleo de inválidos en su misma dependencia que a corto plazo subirá un 2 % del total de plazas con que cuenta.

Como una solución inmediata, la S.S.A. también emplea 391 inválidos rehabilitados que representan el 1.54 % de sus plazas, siendo la Dirección General de Rehabilitación, quien tiene el número más alto, con 132 el 32.51 %, es de hacer notar, que todas las Direcciones estudiadas tienen un porcentaje por arriba del 1.0% (cuadro No. 21).

Pago de sueldos, recaudación por impuesto sobre la renta y aportación al ISSSTE, de 391 empleados - inválidos de la Srfa de Salubridad y Asistencia y 132 - empleados por la Dirección General de Rehabilitación.

- 1973 -

INSTITUCION.	No. DE PLAZAS	S A L A R I O		IMPUESTO SOBRE LA RENTA.		CUOTA AL ISSSTE	
		MENSUAL	ANUAL	MENSUAL	ANUAL	MENSUAL	ANUAL
S.S.A.	391	854,000. 00	10'248 000.00	16'620. 41	199,444. 92	39,981. 04	479,672. 48
D.G.R.	132	256,500. 00	3'078 000.00	5'611. 32	66,335. 84	13,126. 08	157,512. 96

Fuente: Dirección General de Personal de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

(cuadro No. 21)

ACTIVIDADES DEL CATALOGO DE PLAZAS DE LA FEDERACION FACTIBLES DE SER DESARROLLADO POR - REHABILITADOS.

La Secretaria de Salubridad y Asistencia -- cuenta con 24 actividades factibles de ser cubiertas -- por rehabilitados. Las actividades que desempeñan este grupo de empleados se clasifican dentro de los rubros:- profesional, administrativo, técnico, de servicios generales y de intendencia.

ACTIVIDADES

ADMINISTRATIVAS	NIRERA	JARDINERO
INFORMACION	AUX. DE ARCHIVO	CARPINTERO
ALMACENISTA	OFICIAL DE TRANSP.	MECANICO
MASAJISTA	AUX. DE INTENDEN-	ARTESANO
OPERADORES DE	CIA.	ELECTRICISTA
CUARTO OSCURO	DIBUJANTES	CUIDADO DE
PELUQUEROS	OPERADORES DE	ANIMALES
PREPARACION DE	ROPERIA	AUXILIAR DE
MATERIAL DE ESTERILIZACION.	GALOPIN MESERO	SERV. MEDICOS
MUSICOS	COCINERO	LABORATORIO

Fuente: Dirección General de Rehabilitación de la S.S.A.

**TIPO DE ACTIVIDAD DE 391 INVALIDOS
REHABILITADOS EMPLEADOS EN LA SRIA.
DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.**

1973

A C T I V I D A D	T O T A L	%
PROFESIONAL	49	12.7
ESPECIALIZADA	100	25.4
ADMINISTRATIVA	101	25.8
AUXILIARES U OBREROS	30	7.7
T O T A L	391	28.4
%	100	100.0

**Fuente: Dirección General de Personal de la Srfa. de
Salubridad y Asistencia.**

(cuadro No. 22)

Sus logros a través de una actividad laboral, tienen un mayor valor para la persona en el conjunto de su perspectiva vital global.

El éxito de muchos planes de rehabilitación, se polariza en torno a dos extremos:

1. DE SALUD.- con la independencia funcional total.
2. DE TRABAJO. se asocia con empleo competitivo.

En la medida que puedan alcanzarse estas situaciones con respecto a las posibilidades reales de cada persona.

En un país democrático como el nuestro, las fuentes de trabajo están principalmente en manos de la iniciativa privada que conoce las normas generales en cuanto a trabajo que se refieren a la calidad del oficio, un trabajo de nivel intelectual alto, requerirá de menos condición física en su realización, además que esa persona nunca va a sufrir accidentes durante su realización, en tanto que los niveles bajos, son los más expuestos a sufrir accidentes laborales y que se conjugan con bajo nivel de preparación y educación.

Por lo que exige en la selección de sus trabajadores, elementos que reúnan estas características y al hablarles de personas con alguna incapacidad para su incorporación laboral, aún privan ideas de tipo puramente financiero, visión indudablemente práctica que impide su atención hacia el conocimiento de las capacidades

de los rehabilitados que reciben el constante y sistemático rechazo, por que se les considera erróneamente in capaces. Es por eso que debe darse una mayor difusión del problema a la comunidad en general y que este rechazo se derrumbe cuando el empresario tenga una visión de las actividades que el inválido rehabilitado puede desempeñar después de haber pasado por un largo proceso de rehabilitación que culmina precisamente con su colocación en un empleo remunerado. Con base en la experiencia vivida durante determinado tiempo en relación con el desempleo y subempleo de esta población, se ha observado que los individuos "marginados" cuentan con verdaderas ventajas que bien podrán ser de gran utilidad para todo tipo de organismo laboral:

- Pueden ayudarse así mismos, si se les concede la oportunidad de hacerlo.
- Mayor puntualidad en el trabajo.
- Mínima distracción durante el desarrollo de su labor.
- Eficiencia semejante o superior a la de sus demás compañeros de trabajo.
- Si una vez perdieron su oportunidad para trabajar, al haberla de nuevo conocen lo que esa oportunidad vale.
- Tienen un firme orgullo en su habilidad ganada tan duramente.
- Una firme determinación de no depender de nadie y de no ser inútiles nunca más, y.
- Lo que es más importante, un humano que -- por la verdadera necesidad de un trabajo remunerativo, lo transforma en un ser cien por ciento productivo, siendo la mejor for

ma de dar a conocer sus capacidades residuales que ni su problema de translación o de capacitación, dejan ver a través de un análisis previo de acuerdo a su situación real adaptándolo o readaptándolo en el desempeño de sus actividades.

Se mencionan algunas actividades que pueden desempeñar los rehabilitados para que alcancen su mayor proporción posible de capacidad funcional, social y productiva. (ver cuadro No. 20)

Sin embargo, el empresario recalca su conducta ante la contratación laboral de rehabilitados, principalmente acentuando sus inquietudes en:

- No se comprende que no haya gente inválida sino solamente gente con varios grados de habilidad en diversas tareas.
- Una visión errónea del empresario ante el comportamiento del candidato.
- Temor ante accidentes subsecuentes principalmente al conocer su situación actual en la utilización de órtesis o prótesis.
- Desconfianza hacia un frecuente ausentismo
- Dificultad de adaptación a horarios de trabajo.
- Inadaptabilidad del rehabilitado para su transportación.
- Que su rendimiento será mínimo en relación a los demás trabajadores.
- Falta de capacitación ocupacional del inválido y creciente demanda de trabajadores con adiestramiento.

- Inconformidad del personal que labora dentro del organismo de trabajo.
- Rechazo absoluto por ignorancia hacia su problema.
- Influencia que absorbe el empresario ante la imposición de su personal.

Un factor muy importante que no debe pasarse por alto, se representa por las barreras arquitectónicas, que constituyen un gran obstáculo para la integración social y productiva del inválido, principalmente para su desplazamiento y transportación en las grandes ciudades que para la utilización de sus servicios públicos, no cuentan con facilidades de acceso; por tanto, no es posible pensar en una rehabilitación integral si fuera de la Institución de Rehabilitación, en el hogar y en lugares de trabajo, el incapacitado se encuentra con desventajas en cuanto a movilidad dentro de las limitaciones que le impone su problema invalidante que -- puede clasificarse en cuatro aspectos:

1. Personas con incapacidades locomotoras.
2. Personas que se trasladan en sillas de -- ruedas.
3. Personas ciegas o débiles visuales.
4. Personas sordas o con audición defectuosa

que para su desplazamiento requieren de algún aditamento externo como: bastones, muletas, sillas de ruedas, - ortesis, trípodes o marcos con ruedas, etc. y que se en encuentran con problemas en las condiciones arquitectóni-

- Inconformidad del personal que labora dentro del organismo de trabajo.
- Rechazo absoluto por ignorancia hacia su problema.
- Influencia que absorbe el empresario ante la imposición de su personal.

Un factor muy importante que no debe pasarse por alto, se representa por las barreras arquitectónicas, que constituyen un gran obstáculo para la integración social y productiva del inválido, principalmente para su desplazamiento y transportación en las grandes ciudades que para la utilización de sus servicios públicos, no cuentan con facilidades de acceso; por tanto, no es posible pensar en una rehabilitación integral si fuera de la Institución de Rehabilitación, en el hogar y en lugares de trabajo, el incapacitado se encuentra con desventajas en cuanto a movilidad dentro de las limitaciones que le impone su problema invalidante que puede clasificarse en cuatro aspectos:

1. Personas con incapacidades locomotoras.
2. Personas que se trasladan en sillas de ruedas.
3. Personas ciegas o dáviles visuales.
4. Personas sordas o con audición defectuosa

que para su desplazamiento requieren de algún aditamento externo como: bastones, muletas, sillas de ruedas, ortesis, trípodes o marcos con ruedas, etc. y que se encuentran con problemas en las condiciones arquitectónicas

cas de las que se mencionan algunas:

En escuelas, oficinas, hospitales, centros recreativos, el hogar, la calle, etc. principalmente, para el uso de transportes urbanos, para deambulación en banquetas, estacionamientos, acceso de entrada y salida, teléfonos, servicios sanitarios, la vivienda, los pasos peatonales, escaleras, ascensores, puertas giratorias, falta de simbología de acceso y un sinnúmero de barreras que cada día cobra razgos dramáticos ante los inválidos.

2.3. INADECUADO MANEJO DEL INVALIDO EN EL PROCESO DE REHABILITACION.

La Rehabilitación Profesional.- es aquella parte del proceso continuo y coordinado de rehabilitación que comprende el suministro de núcleos especialmente orientación profesional, formación profesional y colocación selectiva para que los inválidos puedan obtener o conservar un empleo adecuado. Es importante para este objetivo, que el 90 % de población que requiere de esta rehabilitación profesional, deban de:

- a). Elevar el nivel educacional (a través, a la par o antes de poderlo adiestrar).
- b). De capacitación bien dirigida para tratar de conseguir una calificación laboral más alta y un trabajo adecuado a su capacidad.

Su aplicación generalmente se realiza en la última etapa de rehabilitación integral y se divide en

los siguientes pasos:

1. Información y valoración.
2. Orientación y definición del objetivo profesional.
3. Capacitación profesional.
4. Empleo y seguimiento.

1. VALORACION:

Tiene por objeto recoger por una parte, la mayor cantidad de datos sobre la historia profesional, personalidad, aptitudes y motivación del paciente, para llegar a una determinación de su potencial laboral presente.

La información tenderá a conocer datos objetivos como pueden ser: trabajo anterior, aptitudes presentes laborales y de actividades diarias, condiciones personales, situación familiar y social, así como aspectos subjetivos del inválido (ajuste psicológico, motivación para el trabajo, tipo de relaciones sociales que mantiene, cooperación familiar etc.).

Esta valoración se logra cuando el inválido a concluido su proceso de rehabilitación en el que participa personal específico tales como:

El Médico Especialista en Rehabilitación, que conoce a fondo, prescribe, coordina y dirige todos los padecimientos y recursos médicos, psicológicos, sociales y vocacionales conducentes a la prevención de la invalidez, tratamiento y rehabilitación del inválido en

todas sus formas "se le ha denominado también, Especialista en Medicina Física y Rehabilitación, pero la primera denominación está más acorde en su campo actual de actividad profesional.

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE LA COMUNICACION HUMANA.- Prescribe, coordina y dirige los procedimientos y recursos médicos psicológicos, sociales y vocacionales conducentes a la prevención de la invalidez, tratamiento y rehabilitación de los inválidos de la comunicación humana. Sus conocimientos abarcan los campos de la audiolofa, foniatría y afasiología.

TERAPISTA FISICO.- Es el técnico calificado que utiliza los agentes y los ejercicios terapéuticos con el propósito de contribuir a la evaluación de la función, a la utilización de las capacidades residuales y al logro de la máxima independencia e integración social y productiva posible del inválido, en la forma de tratamiento prescrito por el médico.

TERAPISTA OCUPACIONAL.- Es el técnico calificado que utiliza diversas actividades y relaciones interpersonales en un ambiente terapéutico con el propósito de contribuir a la evaluación y recuperación de la función, a la utilización de las capacidades y al logro de la máxima independencia e integración social y productiva del inválido en forma de tratamiento prescrito por el médico.

• **TERAPISTA DE LENGUAJE.-** Es el técnico calificado que utiliza diversos ejercicios y procedimientos con el propósito de contribuir a la evaluación y recup

ración de las funciones de la audición, voz y lenguaje; a la utilización de las capacidades funcionales residuales y al logro de la máxima independencia e integración social y productiva posible del inválido, en forma de tratamiento prescrito por el médico.

CONSEJERO EN REHABILITACION.- Es el profesional capacitado para orientar y ayudar al inválido a realizar con éxito las diferentes etapas del proceso de rehabilitación, especialmente en sus fases finales, incluyendo la colocación en empleos.

ENFERMERA EN REHABILITACION.- Es aquella que a la cabecera del inválido, le imparte los cuidados prescritos por el médico para su rehabilitación.

TECNICO PROTESISTA Y ORTESISTA.- Se encarga de la fabricación de las prótesis y órtesis de los inválidos del Sistema Músculo Esquelético, siguiendo las prescripciones del médico especialista.

PROFESOR DE EDUCACION ESPECIAL.- Posee el conocimiento de técnicas, métodos y procedimientos que permiten la educación sistematizada de los inválidos de diversos tipos.

Colaboran también en la rehabilitación especialistas como: Médicos Ortopedistas, Neurólogos, Otorrinolaringólogos, Oftalmólogos, Psicólogos, Trabajadoras Sociales, etc. cuyo esfuerzo principal se dirige a otros campos de acción de la medicina. Todos ellos formando los recursos humanos que existen en el país para la rehabilitación de los inválidos y que se localizan -

en las siguientes Instituciones:

1.- Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), donde se diagnostican y rehabilitan los distintos tipos de inválidos (interior de la República)

2.- Instituciones de Rehabilitación Física - donde quedan incluidos aquellos para inválidos.

- a). Del Sistema Músculo Esquelético.
- b). De la Comunicación Humana (audición, voz y lenguaje).
- c). De la Visión.
- d). Del aparato Respiratorio y aparato Cardíaco Vascular.

3.- Instituciones de Rehabilitación Psicológica, donde quedan incluidos aquellos para inválidos.

- a). Por problemas conductuales y permanentes

Todos ellos como instituciones exclusivamente de rehabilitación o como unidades que forman parte de establecimientos médicos o de otro tipo, dependientes de organismos de los sectores públicos y privados.

Directorio de Instituciones para la Rehabilitación de los inválidos en la República Mexicana. (1975 Secretaría de Salubridad y Asistencia, Subsecretaría de Asistencia, Dirección General de Rehabilitación, Departamento de Estadística).

De aquí procede la población e información -

para la valoración que permitirá conocer el **POTENCIAL PROFESIONAL REAL**, aprovechando el Centro de Rehabilitación Profesional con que cuenta la Dirección General de Rehabilitación que fué creado específicamente para cubrir las etapas finales de la Rehabilitación. (1971).

Se pueden aplicar pruebas de varios tipos: -
Psicotécnicas para cada tipo de aptitudes que se desee medir, intelectuales, manuales, etc.

Se podrán administrar las pruebas simultáneamente a todos los candidatos, salvo excepciones. Esta valoración se complementa sobre la rotación del candidato en muestras de trabajo que deberán tener la mayor semejanza a la situación real industrial, si eligen muestras que pueden encuadrar con las limitaciones intelectuales y físicas de los candidatos, con pautas en su -- productividad dentro de la calidad y velocidad, seguridad en las empresas regulares o sea; se trata de medir no solo una aptitud potencial para el trabajo, sino la posibilidad real de ocupar un puesto de trabajo que proporcione estabilidad y éxito.

Esta valoración a través de pruebas, puede ser administrada hasta en 5 semanas (sistema Tower).

Otro instrumento de valoración pre-profesional consiste en el servicio dado por el área prevocacional de terapia ocupacional que existe en los Centros de Rehabilitación para ello, se utilizan actividades con funciones semejantes a las muestras de trabajo, aunque aquí faltaría medir los rendimientos.

Un enfoque semejante se sigue en algunos ta

lleres protegidos, aquí se encuentra la limitación de - experiencias en tareas que pueda ofrecer a los inválidos.

También existe un sistema de valoración consistente en la rotación en puestos de trabajo, locales factibles dentro de los Centros de Rehabilitación (limpieza, lavandería, cocina) y por último, la prueba de - aptitudes de los movimientos necesarios en la realización de un tipo de trabajo que analiza y califica su posibilidad de llevarla a cabo sin tomar en cuenta la velocidad, pues se supone que ésta podrá adquirirse en el futuro.

Estas valoraciones, pueden predecir esa potencia profesional que se proyecta a una gama de actividades. Esta valoración será más difícil en cuanto sea menor en experiencia laboral de la persona.

2. ORIENTACION Y DEFINICION DEL OBJETIVO PROFESIONAL:

Tiene como objetivo conseguir la máxima compatibilidad y éxito en el ajuste de dos realidades tan -- complejas como: individuo y trabajo y aplicando principios científicos a un acontecimiento tan importante como en la elección ocupacional.

Cuenta con dos técnicas:

- a). Conocer al inválido por pruebas psicológicas y de otro tipo y tratar de medir - aptitudes, intereses y rendimientos del inválido.

- b). Considerar no solo las aptitudes de la persona, sino en relación con los puestos de trabajo concretos a los que puede incorporarse.

La experiencia indica que una gran parte de los inválidos tienen distorsionada la perspectiva de sus posibilidades reales de trabajo, tanto en exceso como en sentido de inferioridad.

3. FORMACION PROFESIONAL.

Con frecuencia, la falta de aptitudes generales y especiales del inválido, hacen imposible su empleo inmediato; para superar este obstáculo hay que desarrollar sus aptitudes a través de una formación general, (Escuelas de nivelación educacional y formación especial en conocimientos estrictos de la ocupación futura). Tratando que ambas formaciones en que las particularidades positivas del inválido, le permitan sean proporcionadas por los servicios existentes en la comunidad. Debe realizarse en el mismo puesto y también teniendo en cuenta las necesidades propias de la empresa.- Existen varios factores que deben tomarse en cuenta al determinar si el inválido debe aprovechar la capacitación que ofrecen y pueden ser:

- El grado de inteligencia, nivel de instrucción, experiencia laboral o las aptitudes potenciales necesarias para tener éxito en su capacitación.
- Tolerancia al esfuerzo físico, que requiere su actividad laboral.
- Contar con su interés, voluntad y capaci--

dad de adaptación para poder aprender y salir adelante en su nueva profesión Tener probabilidades de ser colocado - al terminar su capacitación.

Esta capacitación debe realizarse en los casos en que ésto sea posible (capacidad intelectual, - traslado, etc.) aprovechando las Instituciones que existen en la comunidad para formación profesional. En Europa, en algunos países resuelven la capacitación de in válidos en las propias empresas, en proporción de un 80 %. La población ingresa como aprendiz y solo llena la formación básica; el empresario está obligado a pagar - un tanto por ciento del sueldo y el resto el Gobierno.

Al progresar con sistema escalonado los porcentajes se acercan y nivelan hasta llegar a pagar la - empresa sueldo completo. Esto se logra a través de convenios y es posible gracias a la mayor solicitud de trabajadores calificados y ausencia de desempleo.

4. EMPLEO Y SEGUIMIENTO:

Consiste en situar finalmente a la persona - en un puesto de trabajo, donde vaya a permanecer en una forma estable y productiva, siendo ésto el resultado final de todo el proceso rehabilitatorio. Para tener éxito hay que evitar emplearlo antes que la persona esté - preparada para el mismo; entre las alternativas existentes deben incluirse en primer lugar, las que la propia persona pueda aprobar.

Si el inválido trabajó antes, poseerá contactos laborales, empresarios, compañeros de trabajo, amis

tades, controlados por sindicatos (ésto lo llevará a -- participar activamente en su propia rehabilitación).

Existen sin embargo, servicios públicos y -- privados que proporcionan facilidades en este paso, su ministrando datos sobre responsabilidades en las empresas y acusabilidad de personal. Los contratos con la - empresa los desarrollan los empleados y conocen que nor mas y líneas de producción encajan con las caracterfsti cas del candidato inválido.

a) Incorporación al puesto.- finalizada la exploración y con su aceptación en el puesto de trabajo solo falta la experiencia vivida o sea, la incorpora - ción real al trabajo y su desempeño durante un tiempo - para poder considerarse su colocación con éxito, este - lapso comprende el tiempo de prueba habitual de las em presas que va de menos de un mes a 3 meses.

Se tratará que ésto se logre sin adaptación del puesto de trabajo, cuando ésta se hace necesaria, - el diseño debe ser entre médicos e ingenieros en sus -- distintas especialidades para conseguir unos puestos de trabajo más idóneos. Es un factor determinante la ade cuada orientación a los dirigentes y compañeros de tra -ajo con el fin de evitar una actitud negativa que obsta -culice las relaciones armoniosas laborales e inter-huma -nas.

Existirán otros casos en que su instalación laboral definitiva no pueda ser en la industria regular y para ello se han creado los talleres protegidos, para proporcionar colocación a quienes no pueden realizar -- trabajos en condiciones normales o para desarrollar la

capacidad de aquellos que tal vez después, puedan incorporarse a otros trabajos.

Se suprimen a menudo los obstáculos arquitectónicos, (entradas estrechas, escaleras, etc.) para que puedan entrar en los locales toda clase de inválidos.

Estos talleres protegidos prestan excelente oportunidad para el estudio y desarrollo de la adaptación de empleo, ya que los trabajadores a veces requieren de modificaciones y adaptaciones especiales del equipo que les permita efectuar su trabajo, así como también presentan la oportunidad de aumentar la ganancia de trabajos por sub-contratos que puedan desarrollar estas personas (maquilas).

El trabajo a domicilio es aquel que realizan los inválidos que no poseen traslación independiente, - suele ser sencillo, en pequeña escala y por su naturaleza no exigir el manejo de una máquina difícil o complicada.

El equipo puede adaptarse para poner el trabajo al alcance de la capacidad de aquellas personas - con el mayor grado de invalidez.

Los tipos de trabajo que pueden desarrollar a domicilio, son muy variados según la formación del inválido, disponibilidad económica y oscilan desde actividades básicamente intelectuales hasta artísticas.

EMPLEOS INDEPENDIENTES.- Poseen muchas características que los hacen aconsejables, porque facilitan

con la promoción social e independencia de la persona, - la mayor parte se expresa en puestos de venta o servicio para el público (diarios, alimentos, empaquetados, etc.).

Otra forma es la utilización del núcleo familiar en la adquisición económica con la participación - de uno o varios de sus miembros, constituyendo industrias familiares.

Cualquier solución laboral escogida, lleve - un fin humanístico y al inválido le suministre los medios para lograr su auto-estimación y dignificación.

Con esta visión general de la formación para el trabajo que previamente han obtenido los rehabilitados, es como supuestamente deben presentárselos las instituciones al medio laboral, con el objeto de obtener un menor índice de rechazo, pero en la realidad, difícilmente se alcanza todo este proceso, debido a factores secundarios como son:

Por un lado, las instituciones que se dedican a la rehabilitación, aún cuentan con personal no agilizadas en este campo que hace más tardado el proceso la deficiencia notable dentro de la administración, no siempre utiliza los recursos de la comunidad y con estas fallas lógicamente al pasar a la última etapa que es la rehabilitación profesional, presentan deficiencias para su mejor manejo.

Por otra parte, la población con que se trabaja muestra grandes problemas como son:

- Pobre nivel educativo, frecuencia del analfabetismo.
- Pobre nivel económico.
- Problema de traslación.
- La influencia de los antecedentes de explotación y dominación como factor limitante del inválido.
- Dependencia de la familia y de la asistencia social.
- El que no se aprovechen sus intereses, habilidades y aptitudes, posibilidades reales existentes para ejercer una actividad, oficio o profesión con los que pueden surgir: cursos intensivos de capacitación, - adiestramientos simples, cursos especializados para incapacitados a altos niveles - etc.

Emplear la educación especial que es la adaptación de programas escolares para las personas que presentan deficiencias para su aprendizaje.

Generalmente la población mayor de edad no ha tenido oportunidad de desenvolverse en el área escolar y a estas alturas, tiene que ayudarse como se ha venido mencionando, de cursos de alfabetización o adiestramientos diversos que cubran sus deficiencias para poder englobar el sector productivo; de acuerdo al sistema de Gobierno, cualquier individuo aspirante a empleo, deberá (cuando menos) cubrir su educación básica (segundaria).

2.4. RECHAZO QUE RECIBE EN INVALIDO POR LA SOCIEDAD.

Después de que el inválido ha atravesado por una serie de incompresiones, aún tiene que enfrentarse a la sociedad que no advierte todavía con claridad como algunas deficiencias de sus integrantes son verdaderas invalideces que más que rechazo, exclusión o castigo, - merecen comprensión, integración, que se les ofrezca la oportunidad para su superación o lo que es lo mismo, merecen la oportunidad de rehabilitarse en el más puro -- sentido que esta palabra tiene en la actualidad.

Las organizaciones industriales, de comer- - ciantes, de obreros, su familia, los ciudadanos en general, de ninguna manera pueden continuar ignorando lo -- que es la rehabilitación; a ellos compete llevarla a cabo; a ellos corresponde definitivamente colaborar en el rompimiento de las grandes barreras, que en la actuali- - dad impiden al inválido gozar de los bienes y servicios a los cuales tiene derecho. Es necesario y urgente emplear la enorme fuerza de la solidaridad social, romper con el círculo vicioso que sostenemos muy a nuestro pesar y en el cual giran, por una parte el inválido impro- - ductivo, enquistando en sí mismo y por otra parte, la - sociedad, excluyéndolo sistemática y estérilmente, au- - mentando así el peso del inválido y colocándose ella -- misma, un freno a su desarrollo.

La industria, el comercio, los ciudadanos, - todos elementos de la sociedad deben escuchar a los que no se sientan partícipes de un mundo próspero; los invá- - lidos no toleran más toda una vida de dependencia que - la misma sociedad está propiciando y desean ser partíci- - pes dentro de su ambiente, en el desarrollo y la forma- - ción de una vida digna y decorosa; ésto y no otra cosa

es la rehabilitación que verdaderamente esperan como -- símbolo de su autosuficiencia económico-social. Se pue de tener la seguridad de que ésto no se logrará mien- - tras no exista un verdadero espíritu de solidaridad por parte de la comunidad en general; lograda a través de - una educación de tipo rehabilitatorio que solamente pue den incluir dentro de sus programas, las Instituciones establecidas para tal efecto, si se normara el criterio de muchas personas que actualmente desconocen los tipos de invalidez, sus causas y consecuencias, tomando una - conducta de sobreprotección, compasión exagerada al te ner frente a ellos a un individuo con estas caracterís- - ticas y lo que es más deprimente, que son objeto de con templación, lástima bien intencionada y la crueldad des considerada de mofas constantes.

LOS DERECHOS DE LOS INVALIDOS DENTRO DE LA LEY FEDERAL DEL TRABAJO

Existen países que al tratar de solucionar - el empleo del rehabilitado, han visto la necesidad y la conveniencia de promulgar una legislación que establezca la protección de estas personas, así como un derecho a participar en un trabajo remunerativo. Los países industrializados y en proceso de industrialización otorgan esa protección y se han señalado un porcentaje de plazas para inválidos rehabilitados, se ha preservado cierto tipo de trabajo en forma general o en determinadas industrias o servicios, se ha implantado la notificación obligatoria de incluir un determinado número de "individuos marginados" por cada 30 o más trabajadores empleados dentro de sus organizaciones.

Nuestra Legislación Laboral, eminentemente protectora para el trabajador, pasó por alto la existencia de un gran número de mexicanos que desean y pueden reintegrarse a la vida social y económica del país pero que no poseen los atributos físicos y mentales de las personas supuestamente normales.

Para la legislación y reglamentación de los aspectos sociales y ocupacionales del inválido, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el artículo 123 dice:

Fracción XXIX: "Se considerará de utilidad pública la expedición de la Ley del Seguro Social y ella comprenderá seguro de invalidez, de vida y separa-

ción involuntaria del trabajo, enfermedades y otros con fines análogos".

En su apartado B: "Entre los poderes de la - unión, los gobiernos del Distrito y de los territorios Federales y sus trabajadores". La Fracción XI: La seguridad social se organizará conforme a las siguientes bases mínimas:

a). Cubrirá los accidentes y enfermedades -- profesionales, las no profesionales y maternidad, la ju bilación, invalidez, vejez y muerte.

La Ley Federal del Trabajo en su artículo - 53, Fracción IV, indica que la incapacidad física o men tal o inhabilidad manifiesta del trabajador que haga im posible la prestación del trabajo, será causa para la - terminación de las relaciones de trabajo; y en el caso de esta misma fracción en el artículo 54 prevé que si - la incapacidad proviene de un riesgo no profesional, el trabajador tendrá derecho a que se le pague un mes de - salario y 12 días por cada año de servicios, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 162 (que se refe re al derecho a primas de antigüedad), o de ser posible, si así lo desea a que se le proporcione otro empleo com patible con sus aptitudes, independientemente de las -- prestaciones que le correspondan de conformidad con las leyes.

En el título noveno de la ley, se regula lo referente a los riesgos de trabajo:

"ARTICULO 473.- Riesgos de trabajo son los - accidentes o enfermedades a que están expuestos los tra

bajadores en ejercicio o con motivo del trabajo".

"ARTICULO 474.- Accidente de trabajo es toda lesión orgánica o perturbación funcional, inmediata o posterior o la muerte, producida repentinamente en ejercicio o con motivo del trabajo, cualesquiera que sea el lugar y el tiempo en que se preste".

Quedan incluidos en la definición anterior, los accidentes que se produzcan al trasladarse el trabajador directamente de su domicilio al lugar de trabajo y de éste a aquel".

Esta ley abarca otros artículos que regulan el problema que nos ocupa, como son:

"ARTICULO 475.- Enfermedad de trabajo es todo estado patológico derivado de la acción continuada de una causa que tenga su origen o motivo en el trabajo o en el medio en que el trabajador se vea obligado a prestar sus servicios".

"ARTICULO 476: Serán consideradas en todo caso enfermedades de trabajo, las consignadas en la tabla del artículo 513".

Este último artículo prevé como enfermedades de trabajo las siguientes:

- Neumoconiosis y enfermedades broncopulmonares producidas por aspiración de polvos, humos de origen animal, vegetal o mineral.
- Enfermedades de las vías respiratorias producidas por inhalación de gases y vapores.

- **Dermatosis:** Enfermedades de la piel (excluyendo los debidos a radiaciones ionizantes provocados por agentes mecánicos, físicos, químicos, inorgánicos u orgánicos, o biológicos; que actúan como irritantes primarios o sensibilizantes, o que provocan quemaduras químicas.
- **Oftalmopatías profesionales:** Enfermedades del aparato ocular producidas por polvos y otros agentes físicos, químicos y biológicos.
- **Intoxicaciones:** Enfermedades producidas -- por absorción de polvos, humos, líquidos, gases o vapores tóxicos de origen químico, orgánico o inorgánico, por las vías respiratorias, digestiva o cutánea.
- **Infecciones, parasitosis, micosis y virosis.-** Enfermedades generalizadas o localizadas provocadas por acción de bacterias, parásitos, hongos y virus.
- **Enfermedades producidas por el contacto -- con productos biológicos.**
- **Enfermedades producidas por factores mecánicos y variaciones de los elementos naturales del medio de trabajo.**
- **Enfermedades producidas por las radiaciones ionizantes y electromagnéticas (excepto el cáncer).**
- **Cáncer:** Enfermedades neoplásticas malignas debidas a la acción de cancerígenos industriales de origen físico o químico inorgánico y orgánico, o por radiaciones de localización diversa.

- **Dermatosis:** Enfermedades de la piel (excluyendo los debidos a radiaciones ionizantes provocados por agentes mecánicos, físicos, químicos, inorgánicos u orgánicos, o biológicos; que actúan como irritantes primarios o sensibilizantes, o que provocan quemaduras químicas.
- **Oftalmopatías profesionales:** Enfermedades del aparato ocular producidas por polvos y otros agentes físicos, químicos y biológicos.
- **Intoxicaciones:** Enfermedades producidas -- por absorción de polvos, humos, líquidos, gases o vapores tóxicos de origen químico, orgánico o inorgánico, por las vías respiratorias, digestiva o cutánea.
- **Infecciones, parasitosis, micosis y virosis.** - Enfermedades generalizadas o localizadas provocadas por acción de bacterias, parásitos, hongos y virus.
- **Enfermedades producidas por el contacto -- con productos biológicos.**
- **Enfermedades producidas por factores mecánicos y variaciones de los elementos naturales del medio de trabajo.**
- **Enfermedades producidas por las radiaciones ionizantes y electromagnéticas (excepto el cáncer).**
- **Cáncer:** Enfermedades neoplásticas malignas debidas a la acción de cancerígenos industriales de origen físico o químico inorgánico y orgánico, o por radiaciones de localización diversa.

- Enfermedades endógenas: Afecciones derivadas de la fatiga industrial.

"ARTICULO 477.- cuando los riesgos se realizan, pueden producir:

1. Incapacidad temporal.
2. Incapacidad permanente parcial.
3. Incapacidad permanente total; y
4. La muerte".

Para tal efecto, los artículos siguientes -- muestran que:

"ARTICULO 478.- Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo".

"ARTICULO 479.- Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar".

"ARTICULO 480.- Incapacidad permanente total es la pérdida de las facultades o aptitudes de las personas que les imposibilita para desempeñar cualquier -- trabajo por el resto de su vida".

"ARTICULO 481.- La existencia de estados anteriores tales como idiosincracias, taras, disgracias,- intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad, ni las prestaciones que corresponden al trabajador".

"ARTICULO 482.- Las consecuencias posterior--

- Enfermedades endógenas: Afecciones derivadas de la fatiga industrial.

"ARTICULO 477.- cuando los riesgos se realizan, pueden producir:

1. Incapacidad temporal.
2. Incapacidad permanente parcial.
3. Incapacidad permanente total; y
4. La muerte".

Para tal efecto, los artículos siguientes --muestran que:

"ARTICULO 478.- Incapacidad temporal es la pérdida de facultades o aptitudes que imposibilita parcial o totalmente a una persona para desempeñar su trabajo por algún tiempo".

"ARTICULO 479.- Incapacidad permanente parcial es la disminución de las facultades o aptitudes de una persona para trabajar".

"ARTICULO 480.- Incapacidad permanente total es la pérdida de las facultades o aptitudes de las personas que les imposibilita para desempeñar cualquier --trabajo por el resto de su vida".

"ARTICULO 481.- La existencia de estados anteriores tales como idiosincracias, taras, disgracias, -intoxicaciones o enfermedades crónicas, no es causa para disminuir el grado de la incapacidad, ni las prestaciones que corresponden al trabajador".

"ARTICULO 482.- Las consecuencias posterio--

res de los riesgos de trabajo, se tomarán en consideración para determinar el grado de la incapacidad"

"ARTICULO 484.- Para determinar las indemnizaciones a que se refiere este Título, se tomará como base el salario diario que perciba el trabajador al ocurrir el riesgo y los aumentos posteriores que correspondan al empleo que desempeñaba, hasta que se determine el grado de incapacidad, el de la fecha en que se produzca la muerte o el que perciba al momento de su separación de la empresa".

"ARTICULO 485.- La cantidad que se toma como base para el pago de las indemnizaciones no podrá ser inferior al salario mínimo".

Por otro lado, la Ley Federal del Trabajo señala los derechos de los trabajadores que sufran un riesgo de trabajo, en su artículo 487, en las fracciones siguientes:

- I.- Asistencia médica y quirúrgica.
- II.- Rehabilitación.
- III.- Hospitalización, cuando el caso lo requiera.
- IV.- Medicamentos y material de curaciones.
- V.- Los aparatos de prótesis y ortopedia necesarios; y
- VI.- La indemnización fijada en el presente Título.

"ARTICULO 491.- Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad temporal, la indemnización consistirá en el pago íntegro del salario que deje de percibir

cibir mientras subsista la imposibilidad de trabajar. - Este pago se hará desde el primer día de la incapacidad.

Si a los tres meses de iniciada una incapacidad no está el trabajador en aptitud de volver al trabajo, él mismo o el patrón podrá pedir, en vista de los certificados médicos respectivos, de los dictámenes que se rindan y de las pruebas conducentes se resuelva si debe seguir sometido al mismo tratamiento médico y gozar de igual indemnización o procede a declarar su incapacidad permanente con la indemnización a que tenga derecho. Estos exámenes podrán repetirse cada tres meses el trabajador percibirá su salario hasta que se declare su incapacidad permanente y se determine la indemnización a que tenga derecho".

El artículo 492.- contiene disposiciones muy importantes que auxilian de alguna forma, para lograr - el ejercicio de actividades remuneradas, al trabajador incapacitado.

Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad permanente parcial, la indemnización consistirá en el pago del tanto por ciento que fija la tabla de -- evaluación de incapacidades, calculando sobre el importe que debería pagarse si la incapacidad hubiese sido permanente total. Se tomará el tanto por ciento que corresponda entre el máximo y el mínimo establecidos, tomando en consideración la edad del trabajador, la importancia de la incapacidad y la mayor o menor aptitud para ejercer actividades remuneradas semejantes a su profesión u oficio. Se tomará así mismo en consideración, si el patrón se ha preocupado por la reeduación profesional del trabajador".

"ARTICULO 493.- Si la incapacidad parcial -- consiste en la pérdida absoluta de las facultades o aptitudes del trabajador para desempeñar su profesión, la Junta de Conciliación y Arbitraje podrá aumentar la indemnización hasta el monto de la que correspondería por incapacidad permanente total, tomando en consideración la importancia de la profesión y la posibilidad de desempeñar una de categoría similar, susceptible de producirle ingresos semejantes".

De acuerdo a este artículo, el inválido puede legalmente, solicitar ser recolocado disminuyendo -- así el número de desempleados y subempleados por incapacidad.

Los siguientes artículos actúan de igual forma como medidas protectoras al inválido trabajador.

"ARTICULO 494.- El patrón no estará obligado a pagar una cantidad mayor de la que corresponde a la - incapacidad permanente total, aunque se reúnan más de - dos incapacidades".

"ARTICULO 495.- Si el riesgo produce al trabajador una incapacidad permanente total, la indemnización consistirá en una cantidad equivalente al importe de mil noventa y cinco días de salario".

"ARTICULO 496.- Las indemnizaciones que debe percibir el trabajador en los casos de incapacidad permanente, parcial o total, le serán pagadas íntegras sin que se haga deducción de los salarios que percibió durante el período de incapacidad temporal".

"ARTICULO 497.- Dentro de los dos años siguientes al en que se hubiese fijado el grado de incapacidad, podrá el trabajador o el patrón solicitar la revisión del grado, si se comprueba una agravación o una atenuación posterior".

Cuando profesionales en Trabajo Social manejan casos de incapacitados, deben incluir en sus conocimientos, artículos tan importantes como los que se han venido mencionando, así como el artículo 498 y 499 con el objeto de intervenir en la orientación e información adecuada, tanto al patrón como al trabajador en el aprovechamiento y cumplimiento de derechos.

"ARTICULO 498.- El patrón está obligado a reponer en su empleo al trabajador que sufrió un riesgo en el trabajo, si está capacitado, siempre que se presente dentro del año siguiente a la fecha en que se determinó su incapacidad. No es aplicable lo dispuesto en el párrafo anterior, si el trabajador recibió la indemnización por incapacidad permanente total".

"ARTICULO 499.- Si un trabajador víctima de un riesgo no puede desempeñar su trabajo, pero si algún otro, el patrón estará obligado a proporcionárselo de conformidad con las disposiciones del contrato colectivo de trabajo".

Para poder cumplir con estos requisitos de la Ley Federal del Trabajo, las Instituciones de la Dirección General de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, Instituto Mexicano del Seguro Social y todas las Instituciones privadas que se dedican a la rehabilitación de inválidos, se han preocupado

por complementar estos aspectos en medida de sus posibilidades.

La legislación en el nuevo Código Sanitario Vigente, por primera vez en el país incluyó el capítulo único referente a la rehabilitación de los inválidos, - el cual faculta a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para la promoción de Centros y Servicios de rehabilitación, establecimientos de normas técnicas generales en la materia y la coordinación de las acciones de las instituciones públicas y privadas que persigan los mismos fines de aquí, en 1976, el reglamento de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, el Departamento de Asesoría Jurídica de la Dirección General de Rehabilitación, en 1976 realizó una compilación de todas las leyes del país, que será publicada para que sean estudiadas y actualizadas de acuerdo a los inválidos.

La Ley Federal del Trabajo, Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social, el contrato colectivo de trabajo de Ferrocarriles Nacionales de México y el Sindicato de Trabajadores Ferrocarrileros de la República Mexicana, del contrato colectivo de trabajo de Petróleos Mexicanos y el Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana, el Reglamento del Título Sexto, Capítulo Único del Código Sanitario de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Todas estas leyes y reglamentos se refieren a la rehabilitación; sin embargo, los nuevos planeamientos técnicos, científicos y filosóficos sobre la rehabilitación integral, reclaman un constante estudio sobre estos aspectos jurídicos, para que su aplicación a los

inválidos sea justa y equitativa.

En conclusión, la posible solución del problema, radicaría en modificar la legislación vigente, - con el fin de:

- 1.- Que las empresas otorguen empleos para - inválidos rehabilitados a razón de uno - por cada 50 trabajadores.
- 2.- Que los trabajadores con invalidez origi- nada por riesgos de trabajo o enfermeda- des profesionales, reciban rehabilita- - ción médica, social y ocupacional compa- tibles con su capacidad, tomando las me- didas necesarias tanto el sindicato, co- mo la empresa.
- 3.- Que las empresas empleen inválidos reha- bilitados, cuando estos demuestren estar capacitados para el puesto que soliciten y no excluirlos en el examen médico o de admisión.

C A P I T U L O I V

**EL ESTADO Y SU FUNCION EN COORDINACION CON OTRAS
DEPENDENCIAS EN RELACION A LA PROBLEMÁTICA PLANTEADA**

**EL ESTADO Y SU FUNCION EN COORDINACION CON OTRAS
DEPENDENCIAS EN RELACION A LA PROBLEMATICA PLANTEADA**

El campo de la rehabilitación en Salud Pública por su importancia y su amplitud, ocupa un lugar dentro de la organización de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, que le permite actuar con libertad tanto orgánica, como presupuestariamente, siendo un proceso multidisciplinario que requiere de la participación de organismos gubernamentales, descentralizados y privados - de salud, educación, del trabajo y de asistencia social.

La Dirección General de Rehabilitación depende de la Subsecretaría de Asistencia de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, está operando en la actualidad en un campo nuevo de la salud, teniendo como actividad, la rehabilitación como medio de adaptación o readaptación de inválidos al medio social y económico - en forma productiva, en base a 3 políticas que son:

1. Extender a todo el territorio Nacional -- los servicios de rehabilitación.
2. Ampliar los beneficios de rehabilitación médico social, educativa y ocupacional para lograr sus objetivos.

Esta labor se hace posible con la coordinación que se establece por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de esta Dirección con diversas dependencias, así tenemos:

- Secretaría de Industria y Comercio.

- Departamento del Distrito Federal.
- Dirección General de Educación Especial.
- Secretaría de Educación Pública.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Instituto Nacional de Protección a la Infancia.
- Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez.
- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Diversos hospitales
- Petróleos Mexicanos
- Universidad Nacional Autónoma de México
- Gobiernos de diferentes Estados y Territorios.
- Instituto Mexicano de Rehabilitación.

Sin embargo, la duplicación de actividades, hace que los recursos aplicados en las mismas, no se aprovechen óptimamente, por lo que, el 12-IV-76, se creó un organismo que actúa como un instrumento de coordinación entre todas las Dependencias que tienen que ver con la rehabilitación para optimizar los recursos existentes; se trata del Consejo Nacional de Rehabilitación, formado por funcionarios de las diferentes Instituciones Gubernamentales, descentralizados y privados. En las entidades del país, actúa a través de los Consejos Municipales de Rehabilitación. Con ello se establecen en los diferentes niveles de planteamientos de las necesidades y los programas para solucionarlos con la participación activa de la comunidad y en concurso coordinado con los organismos que actúan en el campo de la rehabilitación.

DESARROLLO DE LA REHABILITACION EN MEXICO.

La rehabilitación de los inválidos en México se remonta a la época anterior a la Conquista Española, existiendo testimonios que demuestran que los indígenas atendían a quienes sufrían de deformidades musculoesqueléticas, deficiencia mental y ceguera. El Dios Nanahuatzin era representado por una figura humana con deformidades en manos y pies, que, según la leyenda, se sacrificó arrojándose al fuego para curar o rehabilitar a -- los inválidos. En la época colonial se establecieron -- hospitales para la atención de todo tipo de inválidos y en especial para enfermos mentales y leprosos. En el -- año de 1861 se fundó la Escuela Nacional para Sordomudo-- dos y en el año de 1870 la Escuela Nacional para Ciegos, siendo éstas de las primeras en América Latina.

En el año de 1928, estas instituciones pasaron a depender del Departamento de Salud Pública, el -- que en el año de 1953 creó la Dirección General de Rehabilitación dentro de la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En el año de 1971 se creó la Dirección General de Educación Especial dentro de la Secretaría de Educación Pública, en tanto que otro organismo denominado -- ahora Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de -- la Familia, comenzó a atender también inválidos de tipo ortopédico. Otros servicios de salud y seguridad social también han ido progresivamente desarrollando servicios de rehabilitación.

Sin embargo, todas estas acciones siguieron el modelo tradicional, estableciendo grandes Centros y Servicios de Rehabilitación en la Ciudad de México, en

tanto que el resto del país carecía de ellos, lo que obligaba a los inválidos a trasladarse a veces por más de 2,000 kilómetros para recibir algún tipo de atención o bien, permanecía sin recibir ninguna clase de ayuda.

Por otro lado, la población inválida ha ido aumentando paralelamente al crecimiento de la población en tal forma que al presente estimamos más de 4,000.000 inválidos para una población de 65 millones de habitantes.

Para atender este problema, a partir del año de 1971, se estructuró un Programa Nacional de Rehabilitación por la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de la Dirección General de Rehabilitación, con los siguientes propósitos:

- a). Extender los servicios de rehabilitación a todo el país.
- b). Proporcionar servicios de rehabilitación a todo tipo de inválidos.
- c). Proporcionar servicios de rehabilitación integral, comprendiendo rehabilitación médica, educación especial, rehabilitación profesional y asistencia social.

Para el programa anterior se fijaron los siguientes objetivos generales:

10. Promover la coordinación de todas las --agencias involucradas en la rehabilitación de los inválidos.
20. Mejorar el conocimiento estadístico acerca de la invalidez y de los recursos - -

- existentes para la rehabilitación.
30. Promover acciones para la prevención de la invalidez.
 40. Mejorar los servicios de rehabilitación y crear centros y servicios para la atención de los inválidos.
 50. Entrenamiento de personal médico y paramédico.
 60. Promover la investigación científica para el desarrollo de nuevos conocimientos para la prevención de la invalidez y la rehabilitación.
 70. Promover la legislación para la protección de los inválidos.
 80. Desarrollar un programa de Educación de la Comunidad.
 90. Promover el empleo de los inválidos.

Para el primer objetivo se ha establecido la coordinación con el IMSS, PEMEX, ISSSTE, SEP, SRIA, de Gobernación, DIF, Diferentes Hospitales e Institutos, - así como con la UNAM (enseñanza de rehabilitación en la Facultad de Medicina y la Maestría de Rehabilitación -- neurológica), el D.D.F. para la prestación de servicios (puestos en la vfa pública) etc., en este objetivo también se creó el Consejo Nacional de Rehabilitación formado por autoridades de varias Secretarías.

Para el 2o. objetivo se creó el RENI (Registro Nacional de Inválidos), además, el Código Sanitario con carácter legislativo, obliga a notificar los casos de invalidez atendidos por las Instituciones de Salud o profesionistas varios que atienden estos casos. Exis--

ten estudios estadísticos en coordinación con la Secretaría de Industria y Comercio en forma trimestral para conocer el número de inválidos desempleados .

Para el 3er. objetivo, en 1973 existe el programa para la prevención de invalidez, el código sanitario reglamenta el programa de invalidez, en 1975 la OMS crea en Ginebra la oficina de prevención de invalidez - que abarca algunos aspectos importantes como son:

- a). Localización de casos (como medida de carácter preventivo).
- b). Detección precoz de los casos de invalidez (antes de que se manifieste).

Con el fin de que sean atendidos de inmediato y aprovechar al máximo los recursos existentes para su rehabilitación; con una atención oportuna como ser - biopsico-social, atención eficaz (global e integral) en base al desarrollo de recursos materiales, para lo que se diseñó el sistema nacional que está estructurado en diferentes niveles de atención e incluyen el 4o. objetivo.

4o. objetivo, los servicios de rehabilitación se proporcionan en relación de la condición invalidante (parálisis, amputaciones, ceguera, sordera, deficiencia mental etc.) y al tipo de servicios (rehabilitación médica, educación especial, rehabilitación profesional, psicológica, asistencia social etc.) y cuenta con instalaciones específicas en donde se puede diagnosticar, valorar capacidades residuales para llevar a cabo un proceso de rehabilitación integral con 4 niveles a saber:

1er. nivel Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético, transformándose en Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para niños y ancianos "Teodoro Gildred" que se transformó en Instituto Nacional de Ortopedia y Rehabilitación, pasando a formar parte de la estructura de la Dirección General de Asistencia Médica.

Escuela Nacional para Ciegos "Lic. Ignacio - Trigueros".

Instituto Nacional para la Rehabilitación de Niños Ciegos y Débiles Visuales, Instituto Nacional de la Comunicación Humana, Centro de Rehabilitación de Alcohólicos transformado en Hospital y pasó a formar parte de la estructura de la Dirección General de Salud Mental.

Centro de Rehabilitación Profesional, además cuenta con la sección de servicios sociales para inválidos un Centro de Adaptación Laboral, todos éstos ubicados en el D.F. con funciones de investigación y enseñanza.

2o. nivel. Centros de Rehabilitación y Educativa Especial (CREE), ubicados en la capital cada uno en los estados del país y con funciones de atención a todo tipo de invalidez y servicios de rehabilitación hospitalaria.

3o. Unidades básicas de rehabilitación en las comunidades.

4o. nivel .- Incluye los servicios comunitarios de rehabilitación, llamados también rehabilitación simplificada.

El eje de este sistema nacional de servicios de rehabilitación, lo constituyen los (CREE), que tienen los siguientes servicios:

EVALUACION: Medicina de Rehabilitación, Medicina de la Comunicación Humana, Ortopedia, - Pediatría, Neurología, Oftalmología, Psicología y Trabajo Social.

SERVICIOS DE TERAPIA: Terapia Física, Terapia Ocupacional, Terapia de Lenguaje.

SERVICIOS DE PROTESIS Y ORTESIS.

SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL: Ciegos, sordos, deficientes mentales, inválidos severos, ortopédicos e incapacidades del aprendizaje (aulas utilizadas de acuerdo a la demanda).

SERVICIOS DE REHABILITACION PROFESIONAL (capacitación para el trabajo, talleres de adiestramiento) y **HOSPITALIZACION PARA REHABILITACION.**

Estos Centros de Rehabilitación y Educación Especial son construídos, equipados y operados mediante la coordinación entre la Secretaría de Salubridad y -- Asistencia, la Secretaría de Educación Pública, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los Gobiernos de los Estados.

Los pacientes son referidos al C.R.E.E. por los servicios de Salud en cada Estado, que comprenden - Hospitales, Centros de Salud y Casas de Salud, por los Servicios de Educación o concurren por sí mismos. Cada caso es sometido a una evaluación por el equipo multidisciplinario y se elabora un Programa de Tratamiento - de acuerdo a los requerimientos individuales.

Paralelamente se desarrolla un Programa de - Extensión de Cobertura de Servicios de Rehabilitación - que comprende la localización de casos, detección temprana, canalización, seguimiento, rehabilitación simplificada en casa. Para ello el personal médico, técnico y auxiliar de la salud, así como los maestros de Educación Primaria y Promotores Sociales son adiestrados en el campo de la rehabilitación. Este programa se financia en parte, con fondos de la OMS y de la O.S.P.

Una vez que cada Estado del país cuente con este sistema, se ha estimado que se podrán proporcionar 600,000 consultas médicas y 2,000.000 de sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje, producir más de 8,000 prótesis y órtesis y dar educación especial a más de 6,000 niños por año.

Para el quinto objetivo, se debe considerar que hasta antes de 1970, la preparación del personal médico y técnico especializado en este campo, se realizaba por grupos independientes, lo que originó una desigualdad en los niveles de preparación, actualmente en coordinación con las Instituciones Nacionales y organismos Internacionales como la Oficina Sanitaria Panamericana, la D.G. de R., para desarrollo de personal, impartir cursos para la formación de Médicos especialistas en

Medicina de Rehabilitación, de la Comunicación Humana y Ortopedia, Enfermería en Rehabilitación, Trabajadores - Sociales, Psicólogos, Terapistas físicos, ocupacionales y de lenguaje, técnicos protesistas y ortesistas.

Con la creación de la Escuela para técnicos en Rehabilitación, se encuentra ya formado en proceso - de adiestramiento, el personal que cubrirá las necesidades de las Instituciones que se encuentran en el país y en 1971 se crearon las Residencias de Rehabilitación.

Para el 6o. objetivo.- La Dirección General de Rehabilitación actualmente está promoviendo la investigación científica para el desarrollo de nuevos conocimientos para la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos, de igual forma en investigaciones recientes de la población de nuevo ingreso a Dependencias en el D.F. realizadas por el Departamento de Rehabilitación Profesional, informa que pretendiendo conocer la situación actual de estos casos que permitan - encontrar mejores soluciones al problema de invalidez y desarrollar nuevos procedimientos y técnicas para la -- rehabilitación integral, se encontraron 12,000 de primera vez, de los que 4,000 casos o sea un 35 %, son sujetos que requieren de empleo.

Por otro lado, se desarrollan estudios para el conocimiento de las características epidemiológicas de los diferentes tipos de invalidez y de los recursos existentes en el país para la rehabilitación, cont. o- se a la fecha con un directorio.

Para el 7o. objetivo.- que se refiere a la -

legislación en materia de rehabilitación.

El Código Sanitario incluye por primera vez, un capítulo único referente a la rehabilitación de inválidos, el cual faculta a la S.S.A. para la promoción de Centros de servicios de Rehabilitación, el establecimiento de normas técnicas generales en la materia y la coordinación de las acciones de las Instituciones públicas y privadas que persigan los mismos fines. Promover y realizar acciones permanentes para prevenir la invalidéz, formar profesionales técnicos que el país requiera en materia de rehabilitación, autorizar y vigilar las - instituciones que se establezcan para la rehabilitación de los inválidos y los establecimientos que se dediquen a la fabricación, importación, venta y alquiler de instrumentos, equipos, prótesis, órtesis y aparatos para la rehabilitación. De aquí, en 1976 el reglamento de - prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos y en el mismo año, se publicó la compilación de todas las leyes del país, con el fin de que sean estudiadas y actualizadas de acuerdo a las necesidades de los inválidos, que contiene las Leyes Federales, Código Sanitario Leyes Estatales, Códigos Civiles, Asistencia Social etc.

Para el 8o. objetivo. - En su programa de -- Educación Higiénica (difusión). Considerando que la invalidéz es provocada más por la sociedad que por sí misma, utiliza los recursos de la comunidad como un soporte valioso en las actividades de rehabilitación y consiste en modificar actitudes para que se comprendan los alcances de la prevención de la invalidéz y la rehabilitación de los inválidos, haciéndolos participar activamente, se pretende en esta forma obtener la aceptación de los inválidos por parte de la comunidad y cambiar --

los patrones tradicionales de rechazo. La Dirección General de Rehabilitación ha realizado una serie de promociones a manera de sensibilización en diferentes partes del país a través de diversos medios.

Y por último, en su 9o. objetivo.- que se refiere precisamente a la promoción del empleo de inválidos. Consciente de la problemática que ha venido perfilando, promueve y adiestra personal específico para la capacitación profesional de esta población. Fundó el Centro de Rehabilitación Profesional en el país, que adiestra en actividades varias y coloca en trabajos remunerados a los inválidos rehabilitados, este Centro para sus etapas iniciales, contó con la asesoría del Departamento de Rehabilitación Profesional que estudia la problemática y en julio 1976, creó una cooperativa de servicios denominada "Cooperativa de Producción Liberación SCL", que funcionó como una fuente de empleo que absorbió durante mucho tiempo, únicamente como apoyo en tanto se formaba el personal de colocación selectiva en el Centro de Rehabilitación Profesional, a más de 60 incapacitados con problemas del aparato locomotor, de audición y lenguaje, un menor número de ciegos que realizaron trabajos de maquila a la Compañía "Permasharp Mexicana, S.A." que les proporcionaba un salario mínimo de acuerdo a la producción que ellos podían realizar con un horario de 8:00 a 15:00 horas de lunes a viernes y sábados de 9:00 a 17:00 horas. De tal forma que continuaban con su proceso de rehabilitación física y profesional de 16:00 a 20:00 horas.

Gran número de estos casos se colocaron al contar con una formación para el trabajo, en empleos regulares y fue así como se disolvió esta cooperativa.

Sin embargo, tuve la oportunidad de manejar este grupo en aspectos determinantes para su integración adecuada en el núcleo de trabajo, participando en las siguientes actividades:

1.- Participación en la valoración del paciente y planteamiento del sistema de trabajo como requisito indispensable para su ingreso.

2.- Se contribuyó en el asesoramiento para el desarrollo y creación de recursos necesarios para el proceso de rehabilitación socio-profesional.

3.- Se motivó al interesado, verificando sus intereses, sentimientos, capacidades y actitudes en relación al grupo.

4.- Se estableció coordinación con instituciones donde se rehabilitaron o se encontraban en proceso de rehabilitación los integrantes de la cooperativa con el fin de formar su expediente, conocer la situación real de cada uno, para su mejor manejo y modificación de actitudes en el área de trabajo.

5.- Motivación a los familiares con entrevistas individuales para obtener su colaboración en la integración socio-productiva de su familiar, con resultados positivos y llevando el manejo administrativo de este grupo hasta concluir su función.

Por otro lado, la Dirección General de Rehabilitación, creó el Centro de Adaptación Laboral, en donde trabajan en la fabricación de escobas, ciegos, débiles visuales y otros inválidos. (ver anexo 1, 2, y 3)

**EL TRABAJO SOCIAL COMO ELEMENTO ESCENCIAL
EN LA REHABILITACION INTEGRAL DEL INVALIDO**

Se ha señalado en detalle, el proceso de -
rehabilitación integral, que obliga a la participación
de un conjunto de profesionales especializados, que me
diante la aplicación de sus técnicas, ofrezcan la seg
uridad de que el inválido, será tratado de acuerdo a --
los más adelantados procedimientos tanto técnicos como
científicos.

Así como el Médico Especialista en Medici-
na de Rehabilitación y el Especialista en Medicina de
la Comunicación Humana, el Profesional en Trabajo So-
cial, desempeña un papel de suma importancia dentro --
del proceso de la rehabilitación integral, ya que su -
intervención requiere distintas facetas que van desde
un estudio socio-económico o investigación social, haz
ta el consejo de tipo profesional o vocacional al invá-
lido. Se lucha contra los obstáculos y ésta lucha es
en algunas ocasiones extremadamente difícil, como con-
secuencia de la llamada " Revolución de Conceptos del
Trabajo Social ", que como es sabido se originó por la
falta de respeto que algunas personas tenían y por des
gracia siguen teniendo hacia ésta profesión, ya que el
Trabajador Social o mejor dicho el " puesto de trabajo
social ", se creía falsamente que podía ser ocupado --
por cualquier persona que únicamente llenara el requi-
sito de hacer entrevistas y trasladarse de un lugar a
otro, limitando de ésta manera la acción del trabajo -
social y por ende cambiando el enfoque que debe exis-
tir de tal profesión; por esto, es de señalarse la ra-
zón por la cual se considera al trabajo social como --
parte elemental del proceso de rehabilitación del invá-

C A P I T U L O V

EL TRABAJO SOCIAL COMO ELEMENTO ESCENCIAL

E N

LA REHABILITACION INTEGRAL DEL INVALIDO .

lido.

Precisamente es el Trabajador Social, quien - se encarga de acuerdo a su primera entrevista de conocer, identificar y derivar al inválido de acuerdo a sus necesidades médicas, socioeconómicas; por lo tanto, será - - quien conozca las necesidades del inválido, sus relaciones con el medio ambiente, con su familia, con el personal que lo rodea, su estado económico, cultural, moral e incluso religioso.

Posteriormente, debe aplicar en forma técnica sus conocimientos no únicamente en beneficio del inválido, sino también de su familia y tratar de ajustar los - desequilibrios sociales que se han originado como consecuencia de la invalidez. Ésto es, debe forjar el retablo idóneo y adecuado buscando la adaptación o readaptación al medio que ha perdido, o con el que nunca ha contado, el inválido.

Siguiendo su metodología, se requiere su participación antes, en o después del proceso de rehabilitación imprescindible. Sin perder su mística de apoyo espiritual que realmente es de tipo psicológico, el Trabajador Social, debe estar conciente de que solo podrá cubrir su responsabilidad si en su ejercicio aplica técnicas científicas, que es necesario que se despoje por más cruel que parezca, de criterios, de falsa compasión, que lejos de beneficiar al inválido, hacen que su nueva dependencia les ocasione otra limitación más.

Por otro lado, es el Trabajador Social, quien señalará mediante su diagnóstico del estudio social efectuado, el estado de desequilibrio personal, familiar y -

social que prevalece; en base al plan social, podrá aplicarse al método que más ajuste a este señalamiento; por lo tanto, recae en sus manos la gran responsabilidad de que su estudio social servirá de punto de partida para la intervención de un gran conjunto de recursos humanos, materiales y económicos.

Mediante el tratamiento, adquiere la responsabilidad de que la rehabilitación médica tenga una justificación para una rehabilitación ocupacional, sin la cual dejará de ser integral y para tal efecto, deberá contar con los elementos necesarios que le permitan valorar las aptitudes del inválido y derivarlo de acuerdo a las mismas con el consejero vocacional que habrá de culminar el proceso de rehabilitación integral.

Es cierto que el Trabajador Social ha considerado que para muchas personas un "inválido" es un problema por haber perdido su capacidad productiva, generalmente pierde su status en la familia; y, en la sociedad no representa una célula activa. Razón por la que se trata a menudo como "un ente especial", de sobreprotección o de "rechazo", acentuando aún más, con esto sus temores y sus ansiedades, impidiéndole colaborar eficientemente en su rehabilitación. El Trabajador Social al ir adquiriendo conocimientos aprende lo que es un inválido, con su constante inquietud y trato con ellos, aprende a conocer sus sentimientos, limitaciones y problemática en general sabe que una incapacidad puede afectarle en el aspecto emocional; en sus relaciones familiares, trabajo, aspecto económico, así como en otros aspectos básicos de la dinámica familiar.

Estos aspectos proporcionan al trabajador social la fuente de trabajo ante su problemática social que le permite encausar sus dificultades emocionales y materiales para su beneficio.

Las implicaciones emocionales se detectan cuando con frecuencia vamos alterada la conducta del paciente posiblemente porque no acepta su invalidez, lo que significa para él, por las limitaciones a que se ve sometido y a las cuales no estaba acostumbrado.

Es evidente, que cuando el jefe de familia presenta la invalidez, disminuyen los ingresos económicos y ésto da lugar a que los hijos no reciban la educación adecuada, no satisfagan sus necesidades materiales (vestido, calzado, vivienda apropiada y alimentación suficiente y equilibrada.

El trabajador social descubre la manera de disminuir las presiones sociales excesivas que presenta el inválido, coopera a los reajustes, a que el inválido confronte la nueva situación y a que logre su rehabilitación integral y una estabilidad económica y social con planes permanentes donde la participación de sus miembros es decisiva tomando en consideración al inválido hasta donde su incapacidad lo permita, a fin de que permanezca al máximo su status en el hogar y las relaciones interfamiliares se mantengan lo más armoniosas posibles.

En la actualidad la readaptación social -- del inválido, es lograda a través del tratamiento social que como ya se había dicho, contribuye para que en medida de sus capacidades se integre nuevamente a la sociedad de manera activa, en busca de esto el traba

Jador social:

1. Proporciona amplia orientación y presenta alternativas al inválido para la utilización de los servicios de rehabilitación existentes y otros recursos de la comunidad.

2. Trabaja con la familia en su concientización para que logre una comprensión sobre las limitaciones del inválido para obviar cualquier dificultad que interfiera en el tratamiento.

3. Hace partcipe dinámica a la familia en el proceso de rehabilitación del inválido.

4. Interviene en la modificación de las áreas físicas, en caso necesario, para proporcionar la independencia del inválido de su núcleo familiar, de lo que derivará su ajuste temprano a un empleo.

Se ha venido hablando de un centro de rehabilitación profesional de la Dirección General de Rehabilitación, que encamina sus actividades precisamente a la última etapa del proceso de rehabilitación que es la colocación del inválido en un empleo remunerado, en donde el trabajador social al igual que en los demás centros de rehabilitación, encamina sus esfuerzos de acuerdo específicamente a:

Establecer sistemas de comunicación y coordinación con las diferentes áreas de trabajo en unidades aplicativas y unidad normativa.

1.- El enfoque psicosocial.

El hombre es un organismo biológico social el caso, el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial.- El caso social no está determinado por el tipo de - - cliente, (sea una familia, un inválido, un niño etc:) ni puede determinarse por el tipo de problema, (sea una dificultad económica o un problema de conducta). El caso social es un "acontecimiento humano" que siempre_ constituye, factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales en proporciones diversas. Se compone de factores internos y externos, relativos, al medio ambiente.

No se trabaja con persona o con el ambiente, en el sentido de la palabra, más tratase de los individuos en relación, no apenas a sus experiencias sociales, así como con sus sentimientos sobre estas experiencias.

De manera que, cuando se piensa en un caso social debe siempre considerarse, en términos de factores interactuantes tanto interno como externo. Porque_ fundamentalmente todos los casos sociales tienen, características, internas y externas que incluyen una -- "persona" y una situación, una realidad objetiva y el significado que esta realidad objetiva tiene para - - quien la experimenta.

Dos individuos inválidos con la misma precaria situación económica puede tener, realizados los_ mismos problemas de manera muy distinta a la otra.

Es difícil apreciar bien una situación social externa sin asumir la responsabilidad adicional - de entender a la de la vida interna del individuo solo

El hombre es un organismo biológico social el caso, el tratamiento siempre deben ser considerados por el trabajador social como un proceso psicosocial.- El caso social no está determinado por el tipo de cliente, (sea una familia, un inválido, un niño etc:) ni puede determinarse por el tipo de problema, (sea una dificultad económica o un problema de conducta). El caso social es un "acontecimiento humano" que siempre constituye, factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales en proporciones diversas. Se compone de factores internos y externos, relativos, al medio ambiente.

No se trabaja con persona o con el ambiente, en el sentido de la palabra, más trátase de los individuos en relación, no apenas a sus experiencias sociales, así como con sus sentimientos sobre estas experiencias.

De manera que, cuando se piensa en un caso social debe siempre considerarse, en términos de factores interactuantes tanto interno como externo. Porque fundamentalmente todos los casos sociales tienen, características, internas y externas que incluyen una "persona" y una situación, una realidad objetiva y el significado que esta realidad objetiva tiene para quien la experimenta.

Dos individuos inválidos con la misma precaria situación económica puede tener, realizados los mismos problemas de manera muy distinta a la otra.

Es difícil apreciar bien una situación social externa sin asumir la responsabilidad adicional de entender a la de la vida interna del individuo sol

citante.

Existen individuos inválidos que parecen no tener capacidad o voluntad para recibir los beneficios de los servicios de rehabilitación. Estas personas son las llamadas resistentes, a quien tal vez haya sido negada la oportunidad de auto afirmación y los cuales se valen de su incapacidad como medio de atraer simpatías y atenciones. Consideran que una mayor independencia y autosuficiencia no les traerán provecho.

Cuando la incapacidad de estas personas es congénita o adquirida, existen problemas con sus familias, pues como éstos pueden contribuir al buen desarrollo de sus personalidades, también es cierto que puedan contribuir involuntariamente a hacerlos inactivos, inmaduros, inútiles a la sociedad, debido a una sobreprotección.

Existen pacientes que no se introducen a un trato, con los servicios de rehabilitación, quedando en seguida deprimidos y apáticos. Pocos pacientes consiguen ser serenos y confiados cuando son afectados por una enfermedad o una invalidez. La mayoría adopta una actitud negativa que se manifiesta en algunos por la apatía, en otros hostilidad y agresividad.

El abandono del inválido, engendra múltiples conflictos sociales tanto para el individuo como para la sociedad. En el individuo se desarrollan, generalmente, sentimientos de desadaptación, inseguridad, e inferioridad. Estos sentimientos suelen producir amarguras y frustraciones que proyectadas a la colectividad dan lugar a formas y expresiones de conducta antisocial.

Desde un punto de vista social, íntimamente ligado al aspecto económico, debemos analizar dos - facetas del problema; una en relación con el individuo y otra con la sociedad.

La rehabilitación tiene como finalidad, - dar al individuo la posibilidad de ser un elemento productivo dentro de la sociedad, bien ajustada y auto-suficiente. No obstante esa autonomía deseada depende, - casi siempre de la posibilidad de trabajo y la remuneración, que solo es posible con el apoyo de los servicios de rehabilitación y de la propia comunidad.

La nueva filosofía de la rehabilitación, - se basa en el propósito lógico y racional de lograr -- que el individuo portador de una deficiencia física o mental por afecciones o trauma congénitos o adquiridos obtenga y recupere, hasta donde sea posible, todo su - potencial remanente que le permita hacer frente a las - necesidades perentorias de la vida como elemento inde- pendiente y productor.

Todo este complejo de aspectos que involucra el individuo portador de una incapacidad, hace parte del campo de acción de los Trabajadores Sociales -- que actúan en la rehabilitación. Es aquí donde conviene recordar la importancia de conceder participación - a los clientes en el planeamiento y tratamiento de situaciones problemas. Esto implica el reconocimiento de su propia personalidad y hasta cierto punto, el compromiso moral del individuo cuya opinión real es aparente y ha hecho prevalecer.

Obviamente que no es un trabajo aislado ni podríamos considerarlo como tal. ¿Porqué?

Reintegrar un individuo deficiente a la sociedad productiva, requiere para su realización, la colaboración de un grupo de profesionales que conozcan las diversas áreas relacionadas con los principios fundamentales del programa de rehabilitación. Además de los conocimientos específicos en cada campo, es necesario el dominio, en común, de la filosofía del programa y de un espíritu del trabajo en equipo; la manipulación de procesos especializados aplicado en el campo de trabajo social sea a individuos, grupos o comunidad la evaluación objetiva de los problemas ligados a dinámica de la vida familiar, bien como el trabajo constante de orientación en el sentido de que el cliente acepte con objetividad la situación en que se encuentra para su rehabilitación integral no encuadra el Trabajador Social como miembro de un equipo y así son los demás profesionales.

Es esencial para todos estos grupos de profesionales, que se unifique una filosofía común y exacta noción de lo que es un equipo, cómo funciona y en qué bases debe trabajar.

Deben todos mantener siempre en mente que no es solo profesión la que rehabilita. El médico no está arriba del Trabajador Social, como tampoco el psicólogo. Todos son igualmente importantes en el proceso rehabilitatorio del inválido.

En todo equipo debe haber un liderazgo. ¿Cuál es el profesional más adecuado para el liderazgo? Este es un atributo personal que puede estar en un médico, un psicólogo, un trabajador social, etc. El líder natural de un equipo de rehabilitación es el individuo que reúne las cualidades necesarias como sucede en algunos

centros de rehabilitación de EEUU y Brasil.

La Medicina de Rehabilitación, la Terapia Física, la terapia ocupacional, el trabajo social, la psicología etc. todos son los mismos principios nortea-
dores de una eficiente coordinación de un líder natu-
ral o inválido, un programa de extraordinario valor.

La Medicina de Rehabilitación, la Terapia Física, la terapia ocupacional, el trabajo social, la psicología y otras especialidades afines organizadas -
por un líder natural, han dado como consecuencia la --
rehabilitación integral de algunos inválidos con un é-
xito extraordinario.

Se presentan a continuación los problemas_
más frecuentes del inválido de acuerdo al nivel de ac-
ción del Trabajador Social.

TRABAJO: Falta de empleo, falta de capaci-
tación, readaptación laboral, falta de oportunidades -
de empleo, déficit de economía.

ECONOMICO: Economía independiente, falta -
de recursos institucionales, falta de distribución de
ingresos.

FAMILIAR: Se engloba en irresponsabilidad_
paterna.

LEGAL (Jurídica). Incapacidad para el ejer-
cicio de sus derechos y obligaciones.

EDUCACIONAL: Cultural, recreativo, social,
analfabetismo, educación, familia numerosa, invalidez_

múltiple en la familia, higiene.

SALUD: Aspectos físicos

PSICOLOGIA: Interrelación social, inseguridad, apatía, angustia, complejos, inadaptabilidad, dependencia, rechazo, sobre protección, desajuste emocional, inconformidad, negación de la realidad.

HABITACION: Problema de vivienda

En trabajo social, para cumplir con estos niveles de acción, es importante jerarquizar y atender los problemas por grados, utilizando técnicas diversas a saber:

TECNICA DE APOYO.- Entendiéndose como la relación de técnicas que auxilian al paciente para mejorar su funcionamiento social, proporcionan seguridad, - tratan más de apoyar que definir sin llegar a destruir las causas de la inadaptación psicosocial (disminuye la tensión del paciente, siente que está siendo aceptado). Dentro de esta técnica se logra:

- Reducción de la tensión; el trabajador social procura colocar al cliente para que se desahogue.

- Restablecimiento de seguridad. El trabajador social removerá puntos oscuros de la situación, capacitándolo a que analice y conozca su problema.

- Información. La que se presta al paciente.

- Orientación, Consejo, comprensión del paciente a que el decida. Se tienden alternativas para la solución de su problema sugiriendo iniciativas, concordando con puntos de vista, estimulando las decisiones, indicando la manera en que se puede realizar lo que se decidió, intervención directa.

- Discusión Lógica. Reflexión con respecto a realidades (análisis de la realidad).

- Establecer los límites de la realidad -- (hasta donde puede llegar), que es la comprensión de su realidad.

- Ejemplificación de su problema (comportamiento), por medio de ejemplos que estén de acuerdo a su comprensión, ya existe una confianza mutua entre Trabajador Social y paciente.

- Utilización de patrones habituales de -- comportamiento; se inician comentarios de actitudes, - comportamiento, conducta en un ambiente propicio, se - presta a reflexión y fortalece las defensas constructivas.

- Auto comparación: (estímulo)

TECNICA DE ESCLARECIMIENTO:

Lleva al paciente a adquirir comprensión más exacta de sus actitudes y a ver claramente las realidades exteriores ligadas a las personas que lo rodean (relacionadas con el medio exterior).

TECNICA DE CLARIFICACION:

Esta técnica lleva a repensar con el paciente los problemas originados por la carga emocional se trata de una comprensión de actitudes y de reacciones con relación a la efectividad, el empleo de esta técnica, se destina a clientes con problemas emocionales que lo oprimen; sin embargo, no impiden la clarificación de determinadas áreas, con esto se presenta la auto orientación del paciente.

TECNICA DE INTERPRETACION

Solo se usa para detecciones en el campo psiquiátrico, actitudes, comportamiento y reacciones del paciente para su atención adecuada.

FUNCIONES EN EL EQUIPO:

1.- Participar de la valoración del cliente y del planeamiento del programa.

2.- Participar de las revaloraciones del cliente, enfatizando en su contribución en los aspectos:

- Actitudes y reacciones del cliente y de su familia en relación a invalidez y el problema.
- Informar sobre la falta o deficiencia de recursos asistenciales que vengán a interferir en el proceso rehabilitatorio.
- Informar la evolución del tratamiento individual y grupal del paciente-familia.

FUNCIONES EN LA COMUNIDAD:

1.- Interpretar los objetivos de la rehabilitación integral, contribuyendo para modificar los patrones culturales y enfocando la formación de una nueva mentalidad favorable a la aceptación del inválido - al medio socio-profesional.

2.- Mobilizar y utilizar los recursos de la comunidad.

3.- Contribuir sobre la forma de asesoramiento para el desarrollo y la creación de recursos necesarios al proceso de rehabilitación socio-profesional.

OTRAS FUNCIONES:

1.- Anotar en el expediente del cliente la intervención terapéutica y observaciones psicosociales

2.- Activar las medidas adecuadas del tratamiento social, inclusive los servicios externos.

3.- Solicitar siempre que sea necesario, el asesoramiento y los recursos complementarios de naturaleza psicológica y psiquiátrica.

4.- Acompañar el desarrollo del programa - observando las necesidades del cliente desde el punto de vista social inclusive las identificadas por otras técnicas.

5.- Participar en juntas para estudio y revaloración del cliente.

6.- Supervisión.

7.- Mantener actualizados los requisitos estadísticos.

FUNCIONES ESPECIFICAS CON EL PACIENTE.

1.- Realizar el estudio social en los aspectos psicosociales, evaluando las capacidades actuales y remanentes del cliente con la finalidad de intervención.

2.- Interpretar los objetivos de la rehabilitación.

3.- Llevar al inválido a aceptar sus limitaciones en la comprensión de que puede participar en la vida de la comunidad como elemento vital y productivo.

4.- Informar al cliente sobre los recursos existentes en el Centro y en la comunidad que les puedan ser útiles en función de la problemática familiar del programa de rehabilitación.

5.- Motivar al cliente, verificando sus intereses, sentimientos y actitudes en relación al programa o tratamiento.

6.- Interpretar los planes de tratamiento y transmitir recomendaciones al cliente del equipo técnico.

7.- Promover actividades de grupo con el objetivo de aceptar su limitación, a mejorar su grado de sociabilidad, a la formación de hábitos de salud, a la prevención de accidentes y a la motivación para una vida productiva.

FUNCIONES ESPECIFICAS CON LA FAMILIA.

1.- Interpretar para los familiares, las limitaciones del cliente, el objetivo del proceso de rehabilitación teniendo como finalidad, obtener su participación en el plan de tratamiento establecido por el -- equipo.

2.- Conducir a la familia a adoptar actitudes positivas en relación al cliente en el sentido de - ayudarlo a aceptar las condiciones impuestas por la deficiencia.

3.- Verificar en el ambiente familair, cuando es necesario los factores positivos y negativos que puedan influir en el proceso rehabilitatorio del paciente.

4.- Interpretar los planes, cuando sea indicado y transmitir las recomendaciones del equipo técnico.

5.- Participar en juntas administrativas de la institución.

6.- Presentar estudios, informes y resulta- dos de las actividades realizadas.

En conclusión, el Trabajador Social, evalúa, deriva, atiende y supervisa durante el proceso de rehabilitación integral, estableciendo bases para el reajuste socioeconómico personal, familiar y colectivo del inválido, vigila periódicamente que la rehabilitación --

ción integral siga su proceso ascendentemente. Por lo tanto, es un elemento primordial dentro del personal - multidisciplinario que se encargará de la rehabilitación del inválido.

La capacidad del trabajador social puede - ser tan amplia, teniendo cabida en la colocación selec
tiva del rehabilitado en fuentes de trabajo reuniendo las
características indispensables para esta labor, co
mo son:

- Tener amplio conocimiento del problema - que implica; invalidez - rehabilitación-trabajo.
- Que sea un profesional que englobe la ra
ma humanitaria.
- Que haya adquirido o adquiera experien-
cia en el ramo empresarial.
- Con nociones o conocimientos amplios de psicología.
- Que cuente con habilidades para obtener la
confianza del empresario, con formas
adecuadas para relacionarse de igual ma-
nera con personal de otro nivel cuando -
sea necesario, ejemplo: Jefes de Perso-
nal, Gerentes, Subgerentes etc.
- Con amplio sentido de comprensión en el
aprovechamiento oportuno para ser escu-
chado por el empresario.
- Que cuente con madurez, equilibrio, pra
sentación, sentido de discreción y expresión
verbal que le ayudarán a obtener me
jores resultados.
- El empleador de individuos rehabilitados
puede ser de ambos sexos; esto de acuer-

do al criterio de las autoridades correspondientes y a la situación.

Así, puede formar parte dentro de la organización de un servicio de colocación, conociendo los factores que van a permitir su funcionamiento de acuerdo a:

- Un conocimiento total sobre al paciente, aprovechando al máximo los servicios de los diferentes centros de rehabilitación y el Registro Nacional de inválidos.
- Contar de igual forma, con conocimientos claros y precisos sobre la industria, comercio desarrollo del mercado de trabajo (análisis del mercado de trabajo), esto en coordinación directa con otros profesionales tales como Licenciados en Relaciones Comerciales, Licenciado en Administración de Empresas etc.
- Evaluación de 5 o 6 de éstas, en las que exista trabajo viable para inválidos rehabilitados.

a). Registro de inválidos que requieran y puedan trabajar.

b). Elaborar directorio de empresas, realizando en cada una de ellas análisis de puestos, con los que obtendrán los requisitos en relación con un tipo de actividad como son:

b.1. Condiciones generales del área de trabajo.

- b.2. Que tiempos y movimientos son necesarios establecer para un eficaz desarrollo de las actividades.
- b.3. Que esfuerzos físicos y/o mentales se deben tomar en cuenta.
- b.4. Descripción general de la actividad.
- b.5. Descripción específica de la actividad.
- b.6. Maquinaria y herramienta que será utilizada.
- b.7. Riesgos propios durante el desarrollo de trabajo.

c).- Adecuación del inválido rehabilitado idóneo a la actividad que corresponde.

d).- Colaborar en la creación de fuentes de trabajo, aprovechando los centros de capacitación (CECATI, IHSS, SSA etc.), para llevar a cabo el adiestramiento de personal rehabilitado en actividades que correspondan a la demanda real que impera en el medio de trabajo, mantener coordinación directa con el Departamento de Fomento cooperativo de la Secretaría de Industria y Comercio, Secretaría del Trabajo y Previsión Social, así como con dirigentes de talleres protegidos que actualmente funcionan industrias para inválidos etc., con el objeto de realizar programas que se encaminen a la creación de fuentes de trabajo dignas del rehabilitado, alejándolo de su constante desempleo, subempleo o empleo disfrazado y de la explotación misma de que actualmente son víctimas en su necesidad de subsistencia.

Todos estos programas, indudablemente, requieren de una función directa en el manejo de rehabi-

litados candidatos a colocación laboral, y debe ser un esfuerzo coordinado con equipos interdisciplinarios y aprovechamiento de los recursos de la comunidad.

CONCLUSIONES

1. El problema ocupacional en México, se presenta tanto por el elevado ritmo de crecimiento de la población, como por la poca capacidad del sistema económico para generar un número creciente de empleos adecuadamente remunerados y la baja capacidad de crear empleos, ha estado en gran medida ligada a los instrumentos de política económica mediante los cuales se ha desarrollado el sector industrial y a la menor importancia concedida al desarrollo rural; por otro lado, - la tasa de crecimiento de la población ha registrado - un aceleramiento constante que alcanza la década de -- 1960 - 1970, un ritmo anual de aumento del 3.4%; por - tanto, aumenta la población en edad productiva. En -- México, una persona se dedica al comercio o a los servicios.

2. Va unido al desempleo, la reducción - de vida para el trabajador y su familia que tienen que reducir el consumo de alimentos, aplazar la obtención de lo necesario, y hasta el surgimiento de un cambio - de residencia que no llena sus necesidades y al persistir ésta situación; provoca una depresión moral, deficiencia en su estado de salud, disminución de la aptitud profesional, hasta llegar al grado de inmoralidad, delincuencia, etc., que se manifiesta no solamente en la familia sino en la colectividad a que el desempleado y su familia pertenecen. Un grupo social con este tipo de problema, disminuye el poder adquisitivo que está sufriendo y puede reducir fuertemente la demanda de productos locales en el mercado nacional, que lleva

consigo un proceso de retroceso de la producción y -- del empleo.

3. Diversos cambios locales al brindar un mayor bienestar han originado también graves problemas.

4. El aumento de la esperanza de vida al nacer, la agrupación de la población de centros urbanos, la incorporación de mayores núcleos de población a la industria, la cada vez más amplia cobertura de -- los servicios de salud predisponen a una mayor exposición al riesgo de variados problemas morbosos que producen invalidez.

5. La invalidez es una condición permanente, no curable, que limita el desempeño de actividades de quien la padece.

6. La prevalencia de invalidez conservadoramente se estima en un 7% del total de la población.

7. Las repercusiones de la invalidez son de orden individual, familiar y social. En el orden económico, los gastos directos e indirectos que ocasiona son considerables y repercuten sobre la economía -- del país.

8. La invalidez puede prevenirse o solucionarse con la rehabilitación integral.

9. Los recursos en el país deben organizarse en tal forma que rehabiliten integralmente al inválido.

10. El Programa Nacional de Rehabilitación contiene la doctrina y las políticas de donde generen las actividades actualmente en desarrollo y las que en el futuro se realizarán.

11. Es evidente que la colocación laboral de rehabilitados en fuentes de trabajo, crea dificultades por tanto, no se adquiere este compromiso -- mientras no se tiene la certeza de que se trata de individuos que han cubierto su proceso rehabilitatorio, que permitirá responder a una integración socio-productiva en un marco inminentemente positivo.

12. La invalidez es más provocada por la sociedad que por sí misma.

13. Actualmente el campo de trabajo social en la rehabilitación, se encuentra limitado a la atención de casos, con grupos su actuación es reducida debido a la deficiencia de personal capacitado en esta área y en cuanto a trabajo social en la comunidad, aún no existe proyección.

14. Los sindicatos difícilmente aceptan rehabilitados, considerando que serían una carga para su agrupación.

SUGERENCIAS

PARA EL SECTOR DE LA EDUCACION

1. Es importante el establecimiento de programas para la detección de la invalidez en escuelas primarias y jardines de niños.

2. Los programas de educación media y básica deben contener aspectos relacionados con la invalidez.

3. El trabajador social, debe utilizar todos los medios con el fin de integrar a los niños rehabilitados en las escuelas regulares que permitan su desarrollo normal.

4. De igual forma, ser partícipe, para que los niños en proceso de rehabilitación y aquéllos con deficiencia mental, media y profunda, asistan a escuelas de educación especial.

5. Que las escuelas de medicina incluyan en sus programas aspectos relacionados con la prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos.

6. El establecimiento de programas para formación de personal especializado en la rehabilitación de los inválidos, es importante para un mayor éxito en su manejo.

7. La educación superior, debe contener en sus programas, aspectos relacionados con la rehabi

litación, especialmente en aquellas profesiones que se relacionen con la invalidez.

8. La Dirección General de Rehabilitación, a través de sus Centros de Rehabilitación, Departamento de Educación e Investigación y Departamento de Rehabilitación Profesional, deberán tener programas - de adiestramiento para rehabilitados, acordes a las necesidades actuales del mercado de trabajo de los que - se obtengan conocimientos teóricos y prácticos para mayor éxito en su integración laboral.

PARA EL SECTOR DEL TRABAJO

1. Las empresas, deberán incluir a rehabilitados en sus trabajadores.

2. De acuerdo a la Ley Federal del Trabajo, los trabajadores con invalidez originada por riesgos de trabajo o enfermedades profesionales deberán - ser rehabilitados médica, social y ocupacionalmente y reinstalados en ocupaciones compatibles con su capacidad, para lo cual la empresa y sindicato tomarán de -- acuerdo, las medidas necesarias, así los centros de -- trabajo deberán emplear rehabilitados, cuando éstos - demuestren estar capacitados para el puesto que solicitan y no excluirlos en el exámen médico de admisión.

3. Los sindicatos deberán permitir que los rehabilitados demuestren su capacidad en la producción y no ser una carga para su agrupación.

PARA EL SECTOR SOCIAL

1. La rehabilitación de los inválidos es asunto que concierne a diferentes instituciones del gobierno, privadas y de toda la comunidad.

2. Es necesario que el Trabajador Social participe en la sensibilización de la comunidad, a través de Programas de Educación Higiénica, sobre problemas de invalidez y su rehabilitación integral.

- Que se integre como primer paso a equipos multidisciplinarios.

- Que se combata ya el actual criterio --- existente en relación a los inválidos, para que se aproveche al máximo sus admirables capacidades laborales en el desempeño de actividades diversas.

- Apoyo a los programas de rehabilitación social y profesional con programas de educación higiénica.

- Brinde información y orientación a las familias de los inválidos, a través de las instituciones de salud, sobre las bondades de la rehabilitación integral.

- Que busque la participación de las empresas públicas y privadas mediante la iniciativa tendiente a ocupar a rehabilitados.

- Debe conocer y promover las acciones legislativas que complementan la legislación actual en lo referente a la rehabilitación social y profesional del inválido.

- Colaborar en la creación de fuentes de trabajo para rehabilitados y aprovechar al máximo las fuentes existentes, si se está plenamente seguro de que el rehabilitado puede integrarse o reintegrarse ocupacionalmente.

- El Departamento de Rehabilitación Social y Oficinas de Trabajo Social que de él dependen, deberían establecer contacto con Departamentos de Trabajo Social existentes en los Centros de Rehabilitación y Educación Especial en el interior de la República, para facilitar la atención del inválido con problemas, haciendo labor de convencimiento para que la persona que ha sido rehabilitada en Centros de Rehabilitación del Distrito Federal, se reintegre a su familia en su lugar de origen y sea promovido en fuentes de trabajo existentes en su localidad.

- Que el Trabajador Social, utilice sus conocimientos y habilidades en el apoyo a la formación de cooperativas de inválidos, -- buscando el asesoramiento del Departamento de Fomento Cooperativo de la Secretaría de Industria y Comercio, y promueva los negocios independientes como una solución inmediata al problema de desempleo de ésta po-

blación.

- Que sean aprovechados los recursos individuales, familiares, institucionales y - tantos como existan en la comunidad, para lograr una efectiva rehabilitación que -- permita su integración laboral y una mejor capacitación para el trabajo.

B I B L I O G R A F I A

- ANDER EGG, ESQUIEL Y KRUSE, B. "El Servicio Social en la Encrucijada", Ed. U.M.E.T.S., México, 1971, 235 p.p.
- CASTELLANOS MARIA C. "Manual de Trabajo Social", Ed. La Prensa Mexicana, 3a. reimpresión, México, 1971, 189 p.p.
- ECHEVERRIA ZUNO, ALVARO Seminario, "Bases para una Política de Empleo de Sectores Marginales, Actividades productivas en el Medio Rural, Un Nuevo Enfoque", México, Octubre de 1975.
- DR. IBARRA LOIS GUILLERMO Dirección General de Rehabilitación, S.S.A. "4,000 millones en pérdidas al año por improductividad de los inválidos", Últimas Noticias, 2a. Edición, México D. F., Agosto 11 de 1974.
- PROFR. KURT MULLER "Curso de Actualización en Rehabilitación Profesional", 1er. Curso en México, 1975.
- PROFRA. LIC. T.S. OLIVEIRA ARAUJO ELSA "Curso de el Trabajador Social como Terapeuta en la Rehabilitación", dirección General de Rehabilitación, S.S.A., México Julio de 1976.

SHERIF TERESA, SANCHEZ EDDY Y
COLABORADORES

"Supervisión en Trabajo Social",
Ed. ECRO, Buenos Aires, Argentina
1973, 152 p.p.

VISCARDI HENRY

"Dadnos las Herramientas", Ed.
Argentina, Plaza Janes, S.A.,
Buenos Aires, Barcelona, México,
D. F., 1964, 254 p.p.

AUTORIDADES DE LA DIRECCION GENERAL
DE REHABILITACION

"Es grave el problema de invali-
dez en el país", Periódico El
Sol de Culiacán, Sin., México,
D. F., junio 24 de 1974.

CODIGO SANITARIO DE LOS ESTADOS
UNIDOS MEXICANOS

Decreto del 6 de febrero de 1973,
Título 6o., "De la Rehabilitación
de los Inválidos", Capítulo Unico

DIRECCION GENERAL DEL SERVICIO
PUBLICO DEL EMPLEO, SECRETARIA DEL
TRABAJO Y PREVISION SOCIAL

Seminario "Bases de una Política
de Empleo hacia el Sector Informal
o Marginal Urbano", Octubre de
1975, 77 p.p.

INFORMACION DIRECTA, CENTROS DE
REHABILITACION DE LA DIRECCION GENERAL
DE REHABILITACION, S. S.A.

"Situación Laboral de los Inválidos
en edad Productiva", México, D.F.,
1974.

NUEVA LEY FEDERAL DEL TRABAJO Y
SALARIOS MINIMOS

"Las Nuevas Reformas", Ed. Libros
Económicos, México, D. F. 1976.

O.I.T.

"Adaptación de Empleos para
Inválidos", Ginebra, Suiza, 1972
73 p.p.

O.I.T.

"Adaptación y Readaptación
Profesional de Inválidos",
Informe IV (2), Conferencia
Internacional del Trabajo, Trigésima
Octava Reunión, Cuarto Punto
del Orden del Día, Ginebra Suiza,
1975, 578 p.p.

C.I.T.

"Centros de Evaluación de Activi-
dades y Preparación de los Invá-
lidos para el Trabajo", 1a. Edición
Ginebra, Suiza, 1973, 102 p.p.

O.I.T.

"Introducción al Estudio del
Trabajo", 2a. Edición revisada en
Ginebra, Suiza, 1973, 2a. Impresión
1975, 442 p.p.

O.I.T.

"Manual Sobre la Colocación Selec-
tiva de los Inválidos", 1a. Edición
1965, Ginebra, Suiza, 3a. Impresión
O.I.T., 1974, 106 p.p.

PROGRAMA NACIONAL DE REHABILITACION,
S.S.A., SUBSECRETARIA DE ASISTENCIA,
DIRECCION GENERAL DE REHABILITACION,
I.H.S.S., S.S.A., I.S.S.S.T.E.

"Capítulo V Subprograma de Empleo
de Inválidos", México 1974.

REVISTA No. 1669 Mañana

"El Trabajo como Rehabilitador Social", Miembro de la Cámara de la Industria.

VARIOS AUTORES, I CONVENCION
NACIONAL DE SALUD, PROGRAMA NACIONAL
DE REHABILITACION

"Repercusiones Económicas y Sociales de la Invalidez en México"
Impreso en México, Talleres Gráficos de la Nación, México, Julio de 1973, 50 p.p.

VARIOS AUTORES, SEMINARIO

"Bases para una Política hacia el Sector Informal o Marginal Urbano"
México, Octubre, 1975.

INSTITUTO MEXICANO DE REHABILITACION

II Simposio Nacional de Trabajo Social en Rehabilitación, México
Noviembre 1978.