

UACM

Universidad Autónoma
de la Ciudad de México

Nada humano me es ajeno

COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

LICENCIATURA EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

**Análisis sobre la formulación en México de políticas y programas sociales dirigidos
a personas con discapacidad en atención a los convenios internacionales.**

TRABAJO RECEPTACIONAL

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PROMOCIÓN DE LA SALUD

PRESENTA

GUSTAVO RUIZ RAFAEL

DIRECTOR

Mtra. Claudia Alicia López Ortiz

Ciudad de México, Septiembre 2019

SISTEMA BIBLIOTECARIO DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE LA CIUDAD DE MÉXICO COORDINACIÓN ACADÉMICA

RESTRICCIONES DE USO PARA LAS TESIS DIGITALES

DERECHOS RESERVADOS[©]

La presente obra y cada uno de sus elementos está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor; por la Ley de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México, así como lo dispuesto por el Estatuto General Orgánico de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México; del mismo modo por lo establecido en el Acuerdo por el cual se aprueba la Norma mediante la que se Modifican, Adicionan y Derogan Diversas Disposiciones del Estatuto Orgánico de la Universidad de la Ciudad de México, aprobado por el Consejo de Gobierno el 29 de enero de 2002, con el objeto de definir las atribuciones de las diferentes unidades que forman la estructura de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México como organismo público autónomo y lo establecido en el Reglamento de Titulación de la Universidad Autónoma de la Ciudad de México.

Por lo que el uso de su contenido, así como cada una de las partes que lo integran y que están bajo la tutela de la Ley Federal de Derecho de Autor, obliga a quien haga uso de la presente obra a considerar que solo lo realizará si es para fines educativos, académicos, de investigación o informativos y se compromete a citar esta fuente, así como a su autor ó autores. Por lo tanto, queda prohibida su reproducción total o parcial y cualquier uso diferente a los ya mencionados, los cuales serán reclamados por el titular de los derechos y sancionados conforme a la legislación aplicable.

Agradecimientos

A la UACM y profesores que durante mi licenciatura forjaron mi camino; por enseñarme el carácter humanista. Así como el apoyo otorgado durante mis años que curse en sus aulas y para el empastado de este trabajo recepcional.

A mí directora, lectores y jueces de este trabajo, por impulsarme a seguir y nunca rendirme a terminar este tema de mi interés personal, social y académico; así como el respeto y la humanidad que me transmitieron con sus conocimientos.

Inspirado por Fernando, Mirna y Sebastián; quienes son parte de mí familia y se han cruzado con muchos retos en el tema de la discapacidad y la salud.

También a mi compañera de vida y de aprendizaje, por todo su apoyo e impulso para no dejar en cada momento o instante el seguir superándome como ser humano... Esto es para ti Viry por enseñarme, adentrarme y aprender a ser universitario.

No podía dejar de mencionar a mi gran familia por ser comprensibles en todo este tiempo que dedique a ser estudiante universitario, a mis padres, mis hermanos, mis primas, y a mis sobrinas que en algún momento espero verlas donde estoy parado.

¡A TODOS USTEDES GRACIAS!

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO-REFERENCIAL.....	12
La discapacidad.....	12
Tipos de actividades con dificultad.....	15
Los diferentes modelos alrededor de la discapacidad.....	18
La atención de la discapacidad a lo largo de la historia en México.....	21
Políticas Públicas.....	24
Necesidades sociales.....	26
Antecedentes de las Políticas públicas sobre discapacidad por sexenio....	30
Sexenio 1994-2000.....	30
Sexenio 2000-2006.....	31
Políticas Públicas Sexenio 2006-2012.....	32
Políticas Públicas Sexenio 2013-2018.....	33
1. Personas con discapacidad.....	33
2. “México Incluyente”.....	34
Política social en México.....	34
La discapacidad y la promoción de la Salud.....	36
Declaración de Alma Ata, 1978.....	36
Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa 1986.....	37

Conferencia Internacional de Adelaide, Australia 1988.....	41
Declaración de Sundsvall, 1997.....	43
Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI... 43	
Conferencia internacional Nairobi, Kenya 2009.....	44
PACTOS Y TRATADOS INTERNACIONES EN POLÍTICAS SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD.....	46
La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad....	46
Antecedentes de los pactos y convenciones sobre discapacidad.....	47
METODOLOGÍA.....	48
ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE LAS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS POR EL ESTADO MEXICANO.....	51
Resultados y Análisis.....	53
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	71
Y la promoción de la Salud ¿Qué puede hacer?.....	75
PROPUESTA.....	77
FICHA DE OBSERVACIÓN.....	81
FUENTES DOCUMENTALES.....	82

INTRODUCCIÓN

La presente investigación analiza la formulación de las Políticas Públicas (PP) referidas a la atención-inclusión de las personas con discapacidad (PCD) en correspondencia a los convenios internacionales suscritos por el Estado mexicano.

La característica principal de este tipo de política es que surge de las necesidades de un grupo específico que, en este caso, son las personas con discapacidad

Para analizar las políticas públicas referidas a la PCD es necesario reconocer que en la actualidad nos encontramos en una transición del modelo médico-rehabilitador al modelo social de la discapacidad tendiente a atender la problemática de la exclusión social que sufren las personas con discapacidad, específicamente en el ejercicio de su ciudadanía. La conceptualización de una ciudadanía universal que generaliza, la reduce a un estatus formal, y se omite cualquier particularidad o diferencia, así como las desigualdades reales y las exclusiones múltiples “que hacen de la ciudadanía un privilegio más que un derecho” (Valdivieso, 2012:23)

Las PCD tienen garantizados sus derechos humanos por la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, de la cual el Estado Mexicano fue uno de los precursores, para poder llevar a cabo la formulación de dicho estatuto internacional en materia de derechos para que los Estados Parte que se comprometían, logren aplicar políticas públicas y sociales en materia de atención médico-rehabilitadora y de inclusión ciudadana.

La investigación de esta problemática social se realizó por el interés de conocer el avance sobre el qué y el cómo se han formulado las PP en nuestro país y cuánto ha permeado en el ámbito legislativo y el ejercicio de la ciudadanía por parte de las PCD. Esto permitió identificar a los sujetos obligados para la ejecución

de la PP y ver el estatus de nuestro gobierno en esta materia al ser uno de los principales actores en la solicitud de realizar la Convención.

En este sentido se establecieron las categorías que se encuentran en plasmadas tanto en la Convención para las PCD y los Objetivos del Milenio para las PCD, retomando la perspectiva socio histórica de la Promoción de la Salud y cómo los programas favorecen el ejercicio de su ciudadanía y el acceso a los servicios de salud en una cuestión médico- rehabilitadora.

A lo largo de los apartados de este estudio, nos aproximaremos a conceptualizar la discapacidad; reconocer su taxonomía, los antecedentes de las políticas públicas en México en relación a esta materia; la promoción de la salud y su vinculación con la discapacidad; retomaremos los pactos y tratados internacionales en políticas sociales sobre discapacidad, antecedentes de los pactos y convenciones; así como la atención de la discapacidad a lo largo de la historia de México.

Todo esto como base para llevar a cabo el análisis de las PP amparadas en la legislación y programas propuestos en México en materia de discapacidad, de los cuales se entregan los resultados, para ver cómo ha transcendido del modelo médico al modelo social propuesto en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

"La discapacidad no sólo es vista como una situación de peligro en sí misma, sino como una condición que permite anticipar conductas amenazantes para el orden social, lo que justifica el aislamiento y la reclusión"

Soto, 2011

La importancia de las políticas públicas sobre la discapacidad en nuestro país es parte de formar una sociedad democrática e incluyente. El Estado al suscribir pactos y tratados internacionales se compromete a llevarlos a cabo; es tarea de las autoridades que se encargan de la legislación y su implementación en materia de inclusión social generar mecanismos que eviten la exclusión de las personas con discapacidad en la sociedad en la que nos desarrollamos.

Por lo que a la Promoción de la Salud (PS) le compete analizar estas políticas públicas y las estadísticas que arroja el INEGI para actuar en consecuencia de las mismas.

Para ello es necesario definir política pública:

Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios (Tamayo, 1997:6)

Para la PS el análisis de las políticas públicas y su implementación es una de sus tareas como lo observamos en la carta de Ottawa¹, ya que no sólo se debe centrar en la concepción de salud que la OMS tiene, sino incluir la que proporcionan otras perspectivas que miran las condiciones económicas y políticas

¹ Las líneas de acción estipuladas en la Carta de Ottawa son: impulsar políticas públicas saludables, reorientar los servicios de salud, reforzar la acción comunitaria, desarrollar entornos favorables, desarrollar aptitudes personales para la salud que se abordaran en el marco teórico de este trabajo.

específicas de la sociedad en un momento histórico determinado. En este sentido, las formas de llevar a cabo las acciones encaminadas a atender a las personas con discapacidad deben contextualizarse a la realidad social de cada país, independientemente de que se firme un acuerdo como meta común internacional.

“La discapacidad, originada en un estado de salud, impacta en el individuo y en su funcionamiento, pero se establece que la interacción de aquel individuo con un estado de salud y su entorno.”(OMS, 2001)

Por tanto, para este trabajo la concepción de salud está enmarcada en la perspectiva social de la promoción de la salud, que busca el desarrollo de los sujetos en todos los campos, con la finalidad de alcanzar sus proyectos de vida con apoyo de la legislación que esté presente, en este caso para las personas con discapacidad, en la entidad en donde se desarrollen. Quizá antes de continuar, es necesario puntualizar que para perspectiva de estudio de este trabajo, la salud no solo es entendida como el equilibrio del cuerpo y cuando éste se pierde el acceso a la atención médica, sino como contar con las condiciones necesarias para que las personas sean sujetos de derecho y puedan ejercerlos: es decir tenemos que plantear el problema social en general no en particular, y dado que actualmente, en relación a las PCD se han formulado una serie de normativas internacionales que guían los cambios para trascender de una óptica en el que se les miraba como personas enfermas permanentemente, es decir las PCD sin mayor posibilidad de desarrollo social y participación ciudadana, a reconocer las potencialidades con las que cuentan en tanto personas, es decir como sujetos que tiene una condición de discapacidad, pero que ello no los define en sí mismos y que generando las ambientes necesarios pueden participar activamente en la organización social y el ejercicio de sus derechos. Para analizar el avance al respecto, es importante revisar las normativas locales, que se derivan de pactos o tratados internacionales que México ha suscrito. La promoción de la salud lo aborda de una manera transdisciplinaria, en la que, ayudada por otras disciplinas y saberes, forman un conjunto de conocimientos para poder desarrollar y alcanzar un objetivo en común.

La PS al formar parte de este panorama transdisciplinario, puede identificar los problemas de salud de manera amplia y analizar políticas públicas para plantear los resultados con la finalidad de que apoyen a sujetos con discapacidad en el contexto social en el que se desarrollan. Esto es, no solo garantizando su derecho a la salud, sino como un actor social, sujeto de derechos y capacidad para ejercerlos.

Por ello, para el presente trabajo se tiene como objetivo general analizar los pactos internacionales que ha suscrito nuestro país en la última década relacionadas con la atención e inclusión de las personas con discapacidad para responder a la pregunta de investigación: El Estado Mexicano ¿ha contemplado en su normatividad y programación políticas públicas para la población con discapacidad en las que se atiendan a los derechos y obligaciones asentados en los pactos y tratados internacionales suscritos por nuestro país?

Se parte del hecho de que la re significación de la discapacidad data de relativamente poco tiempo a nivel internacional, y que idear acciones concretas, para un país como el nuestro, derivado de los acuerdos internacionales, si bien no es suficiente, es el primer paso necesario para su concreción a mediano y largo plazo, además de que garantiza la posibilidad de exigir su cumplimiento.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la correspondencia entre los pactos internacionales y las políticas públicas y sociales nacionales en materia de discapacidad para la atención médica-rehabilitadora y la inclusión social de las personas con discapacidad

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Recabar los pactos internacionales que ha suscrito nuestro país en la última década relacionadas con la inclusión de las personas con discapacidad.
- 2) Identificar en decisiones internacionales y las políticas públicas formuladas en México aquellas que tiene relación con la atención medica -rehabilitadora y las que tienen relación con la inclusión social.
- 3) Identificar el aporte que puede dar el campo de la promoción de la salud a la formulación de políticas públicas en salud dado su carácter transdisciplinario.

JUSTIFICACIÓN

*“Con el tiempo me doy cuenta de que lo interesante no son tanto las vidas de las personas con discapacidad, sino las de los válidos actuando torpemente frente a la diferencia”
(Marta Allué, 2002.)*

La Organización Mundial de la Salud (OMS) explica que:

...“la discapacidad es un término general que abarca la presencia en ciertos sujetos de deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones de la participación ciudadana de las decisiones que implican en sus vidas. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales, en algunos casos para el desarrollo de su vida diaria, como bañarse, cambiarse, transportarse de un lugar a otro (desplazamiento), entre otros” (OMS, s/f)²

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, s/f).

El número de personas sufriendo algún tipo de discapacidad física se ha estimado según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de Rehabilitación Internacional (ORI) y la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), entre el 7 y el 10% de la población mundial total, específicamente en México, la OMS en 2008 ha calculado una población con discapacidad del 14%, es decir, aproximadamente 16.5 millones de mexicanos tienen alguna discapacidad física o mental.

En México, el Censo de Población y Vivienda del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) del año 2000, indica una población con discapacidad de 2.3 millones de habitantes. En el Censo del 2010, el total fue 5.7

² [Discapacidades], OMS (S/f) recuperado de: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

millones de personas (INEGI, 2010: XI). Según estas cifras arrojadas por el INEGI (2000-2010), en México se duplicó el número de personas con alguna discapacidad, lo que obliga a tomar en cuenta dos elementos: 1) investigar sobre las causas que han provocado dicho aumento y, 2) lo que este aumento implica en gasto en salud por los requerimientos de consultas, cirugías, terapias, ayudas técnicas, etc., para atender los casos de discapacidad (CCEM, s/f).³

Desde 1981, con la finalidad integrarlas de manera incluyente a la sociedad, se comienza a considerar a las personas con algún tipo de discapacidad, de ahí que se analicen las formas más adecuadas de nombrarlas y clasificarlas, lo que se abordará dentro del marco teórico.

Para este trabajo se retoma la concepción enunciada en el Plan Estatal de Desarrollo 2004-2010 del gobierno de Chihuahua ya que es el único que tiene considerado a las personas con discapacidad (PCD) “a todo ser humano que presente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, para realizar sus actividades connaturales. Se reconoce que las PCD, sufren marginación y discriminación, no sólo por parte de la sociedad, sino también a veces de su familia, lo que las orilla a tener además de un problema físico, una baja autoestima”.

En este mismo Plan de Desarrollo se menciona que, en el Censo de Población y Vivienda (INEGI 2010), en la República Mexicana existen poco más de 56 mil personas que presentan algún tipo de discapacidad permanente o de largo plazo, lo que representa casi el 2% de la población total estatal, destacando el 48% con discapacidad neuromotora, el 19.1 visual y las auditivas e intelectuales con poco más del 14 por ciento cada una.

En la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica del Consejo Nacional de Población (CONAPO) 2014 se muestran los siguientes datos para la CDMX:

³ [ESTADÍSTICAS DE DISCAPACIDAD EN MÉXICO, *Cifras de causas de discapacidad en México. Cifras Anuales y Estadísticas de Discapacidad en México.*] (S/F) Recuperado de: <https://www.centrodecirugia.org/estadisticas-de-discapacidad-en-mexico/>

Por cada mil habitantes hay 47 personas con discapacidad. Distribuidas en grupos etarios de la siguiente manera: niños de 0-14 años 5.6%; jóvenes de 15-29 años de edad 6.3%; adultos de 30-59 años de edad 30.8% y adultos Mayores de 60 años y más 57.3%.⁴

Estas cifras compartidas por el INEGI en 2016, aunadas al interés social de resignificar a las personas con discapacidad y sus derechos ciudadanos, han dado pie a una serie de normas y acuerdos internacionales en busca de garantizar su plena participación social.

En este marco, si una democracia bien entendida - sistema político que impera en México- tiene como objetivo fundamental igualar condiciones para que todos puedan participar en la vida común, es indiscutible que el poder público debe formular y aplicar programas, recursos, políticas y acciones orientados a contrarrestar las desigualdades derivadas de un orden social que no contemplaba la participación de las PCD, de tal manera que éstas puedan ejercer sus derechos ciudadanos.

Las políticas públicas son el conjunto de objetivos, decisiones y acciones que lleva a cabo un gobierno para solucionar los problemas que en un momento determinado los ciudadanos y el propio gobierno consideran prioritarios.

Desde este punto de vista, las políticas públicas se pueden entender como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o variar ese problema. (Tamayo, 1997: 281)

Ander-Egg (en Ordaz, Saldaña, 2005:15) dice que “en sentido amplio se hace referencia al concepto de programa como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza”.

⁴ [La discapacidad en México datos al 2014] INEGI Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf

Un plan está constituido por un conjunto de programas; un programa estipula las acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos dentro de un periodo determinado.

Los programas constituyen el puente que facilitará la realización del plan en la región. Pueden ser de corto, mediano o largo plazo, de tipo económico, político, social, cultural, ambiental, de infraestructura, etc. Y como los programas que se derivan de un plan general pueden ser de diversos tipos, cabe señalar que de acuerdo con el interés del estudio existen planes sectoriales, especiales y/o programas de desarrollo regional que han sido conceptualizados de diversas formas (Andrés en Ordaz y Saldaña, 2015).

A lo largo de la historia en México, a las personas con discapacidad se les niegan a menudo oportunidades de trabajo, escolarización y plena participación en la sociedad, lo cual constituye un obstáculo a su prosperidad y bienestar. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad es importante porque es un instrumento para garantizar que tengan acceso a los mismos derechos y oportunidades que los demás.

La Convención es un tratado de derechos humanos elaborado por representantes de la comunidad internacional (entre ellos las mismas personas con discapacidad, funcionarios gubernamentales, representantes de organizaciones no gubernamentales y otros) para cambiar la forma como son vistas y tratadas en sus sociedades las personas con discapacidad.

En vez de considerar la discapacidad como un problema médico, caritativo o de dependencia, la Convención pretende que sea entendida, en todo el mundo, como un problema de derechos humanos. La Convención abarca muchos aspectos en los que pueden surgir obstáculos, tales como el acceso físico a los edificios, calles y transportes o el acceso a la información a través de los medios impresos y electrónicos. Asimismo, trata de reducir la estigmatización y discriminación, que se encuentran a menudo entre los motivos por los que las PCD se ven excluidas de la educación, el empleo, la salud y otros servicios.

Existe un instrumento internacional jurídicamente vinculante que garantiza que los Estados que lo han ratificado fomentarán y protegerán los derechos de las personas con discapacidad (OMS, 2013)⁵.

La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y su Protocolo Facultativo fue aprobada el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York, y quedaron abiertos a la firma al 30 de marzo de 2007. Se obtuvieron 82 firmas de la Convención y 44 del Protocolo Facultativo, así como una ratificación de la Convención, todo suscrito por México. Nunca una convención de las Naciones Unidas había reunido un número tan elevado de signatarios en el día de su apertura a la firma. Se trata del primer instrumento amplio de derechos humanos del siglo XXI y la primera convención de derechos humanos que se abre a la firma de las organizaciones regionales de integración. Señala un “cambio paradigmático” de las actitudes y enfoques respecto de las personas con discapacidad (OMS, 2013).⁶

En este sentido, el Promotor de la Salud, como el resto de las profesionales (abogados, sociólogos, comunicólogos, antropólogos, politólogos, etc.), deben estar atentos a la toma de decisiones del Estado que comprometen a todos los sectores sociales, para que ellos a su vez puedan formar parte de las decisiones y en el mejor de los casos propongan cuáles son los problemas y se vea alguna solución para la sociedad.

No es suficiente con que el Estado suscriba tratados o pactos internacionales en materia de discapacidad, lo importante es que de ello deriven acciones encargadas de construir programas y planes acordes a las condiciones sociales de los países y regiones específicamente para esta población, con la finalidad de que puedan tener una mejora en sus condiciones de vida, pudiendo desarrollar sus capacidades y desenvolverse en alguna actividad que les pueda remunerar económicamente para no sólo vivir del apoyo de los programas asistenciales e ir avanzando en la inclusión plena a la sociedad que implica la participación ciudadana.

⁵ [¿Por qué es importante la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad?] OMS, (2013) Recuperado de <http://www.who.int/features/qa/67/es/> 06 de Noviembre 2016.

MARCO TEORICO-REFERENCIAL

*“El alma es la misma en todas las criaturas,
Incluso si el cuerpo de cada una es diferente de las demás.”
Hipócrates*

La discapacidad

“La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), fue puesta en marcha por primera vez en los años setenta y publicada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud como instrumento para la clasificación de las consecuencias de las enfermedades y sus repercusiones en la vida del individuo. Este instrumento, traducido a más de 14 idiomas y cuya versión española fue publicada en 1983 por el Instituto Nacional de Servicios Sociales tenía por objeto, ofrecer un marco conceptual para la información relativa a las consecuencias a largo plazo de las enfermedades, los traumatismos y otros trastornos”(CIF,2001:1)

En la CIDDM se introdujeron los conceptos de:

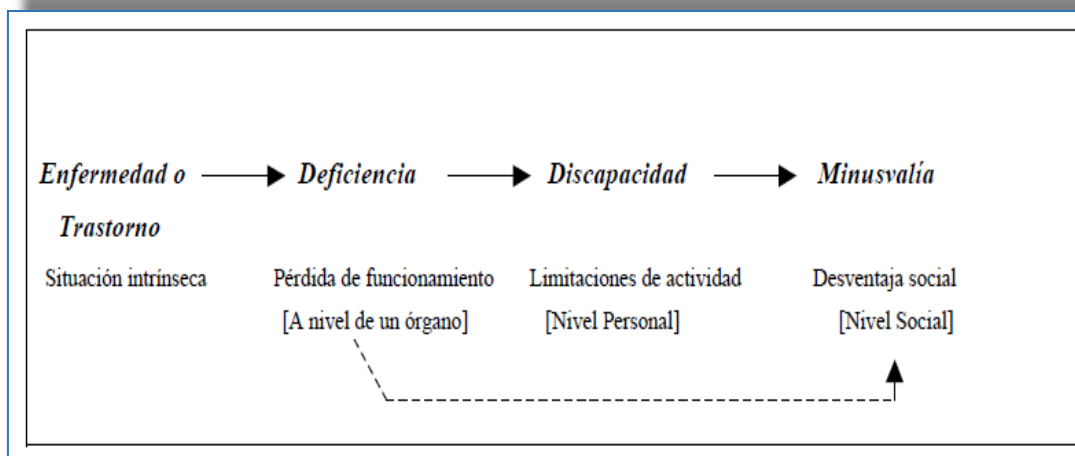
Deficiencia: en el ámbito de la CIDDM el término “deficiencia” hacía referencia a las anomalías de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud definía por tanto a la deficiencia como: “Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica” (OMS/CIDDM, 1980).

Discapacidad: La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo; la discapacidad representaba, por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud la definía como: “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano” (OMS, CIDDM, 1980).

Minusvalía: Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: “Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales) (OMS, CIDDM, 1980).

“Así la interacción de todos estos conceptos quedó reflejada en el modelo teórico adoptado en la CIDDM, el cual incorporó un esquema lineal de Discapacidad (Figura 1) que, en cierta medida replicaba el Modelo Clínico de Enfermedad, estableciendo una secuencia que iba desde el trastorno a la minusvalía, pasando por la discapacidad y la deficiencia.”(UIPC-IMERSO, 2001:3)

Modelo adoptado en la clasificación Internacional de Discapacidades (CIDDM)



Tomado de: UIPC-IMERSO UNIDAD 3. LA CLASIFICACION INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, DE LA DISCAPACIDAD Y DE LA SALUD. INTRODUCCIÓN, PP. 3

A partir de esta mirada es necesario comprender la distinción dada entre enfermedad y discapacidad “*Enfermedad y discapacidad son dos conceptos estrechamente vinculados entre sí desde hace mucho tiempo, de manera que la segunda no parece más que una consecuencia de la primera. Aún hoy se tratan ambas realidades como si fueran la misma cosa en multitud de contextos públicos*

y documentos jurídicos” (Guzmán, 2012:61). La razón médica prevalece sobre la dimensión social de la discapacidad que la trataría como un aspecto más del ser humano, no una desviación de la norma. Y mientras se investiga esa posible cura, el complejo sanitario procede a la institucionalización del individuo con diversidad funcional, como, por otra parte, se suele hacer con los colectivos que cuestionan los principios sociales, como los criminales o los locos. Sobre las relaciones sociales, la enfermedad se manifestaba a través de la minusvalía que era la situación de desventaja, consecuencia de una deficiencia o discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol esperado en el contexto social del sujeto.

“Aunque la representación del modelo descrito daba la impresión de que existía una progresión lineal uní-direccional, la situación era en realidad más compleja dado que la secuencia de pasos podía ser incompleta o bi-direccional, como por ejemplo, lo demostraba el hecho de que una minusvalía podía ser consecuencia de una deficiencia sin que mediase un estado de discapacidad” (*UIPC-IMERSO, 2001:3*).

Discapacidad y de la Salud, presentada en 2001, las personas con discapacidad “son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás” De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la (CIF 2001 en INEGI 2010).⁷

Así dependiendo del tipo de discapacidad la persona tiene dificultad para realizar una u otra tarea dentro de la organización cotidiana de la sociedad.

⁷ [Discapacidades en México], INEGI (2010). Recuperado de:
<http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>

Tipos de actividades con dificultad

Los más conocidos son:



Motriz (Caminar o moverse). Hace referencia a la dificultad de una persona para moverse, caminar, desplazarse o subir escaleras debido a la falta de toda o una parte de sus piernas; incluye también a quienes teniendo sus piernas no tienen movimiento o presentan restricciones para moverse, de tal forma que necesitan ayuda de otras personas, silla de ruedas u otro aparato, como andadera o pierna artificial.



Visual (Ver). Abarca la pérdida total de la vista en uno o ambos ojos, así como personas con baja visión y a los que aun usando lentes no pueden ver bien por lo avanzado de sus problemas visuales.



Mental. Abarca cualquier problema de tipo mental, alteraciones de la conducta o del comportamiento.



Auditiva (Escucha). Incluye a las personas que no pueden oír, así como aquellas que presentan dificultad para escuchar (debilidad auditiva), en uno o ambos oídos, a las que aun usando aparato auditivo tiene dificultad para escuchar debido a lo avanzado de su problema.



Lenguaje (Hablar o comunicarse). Hace referencia a los problemas para comunicarse con los demás, debido a limitaciones para hablar o porque no pueden platicar o conversar de forma comprensible.



Atención y aprendizaje. Incluye las limitaciones o dificultades para aprender una nueva tarea o para poner atención por determinado tiempo, así como limitaciones para recordar información o actividades que se deben realizar en la vida cotidiana.



Autocuidado. *Hace referencia a las limitaciones o dificultades para atender por sí mismo el cuidado personal, como bañarse, vestirse o tomar alimentos. (INEGI, 2010)*

Los motivos que producen discapacidad en las personas pueden ser variados, pero el INEGI los clasifica en las siguientes causas principales: nacimiento, enfermedad o accidente y edad avanzada (CIF en INEGI, 2010).

La discapacidad por nacimiento se debe a diversas causas, que implican desde lo fisiológico hasta lo genético. En lo que se ven afectada diversas capacidades físicas y motoras de las personas desde el momento en el que nacen.

En el caso de la discapacidad por eventualidad se debe a un accidente o enfermedad, que puede implicar la pérdida de alguna extremidad o la disminución de alguna parte de su cuerpo o función orgánica, en la que la persona se ve afectada para desempeñar alguna actividad.

La vejez representa los cambios biológicos universales que se producen con la edad y que no están afectados por la influencia de enfermedades o del entorno. No obstante, esta se puede asociar a una pérdida de la capacidad para llevar a cabo actividades básicas, manifestación que se conoce como discapacidad. Cuando dicha alteración se inicia en la vejez temprana, se produce una mayor necesidad de los sistemas de apoyo social y de salud (Ocampo, 2004). Se adquiere con el paso de los años y con las enfermedades que se presentan o accidentes. Pero que, a su vez, como los otros dos tipos de discapacidad, las personas padecen de discriminación por los otros.

En cuanto a la discapacidad psicosocial, puede derivarse de una enfermedad mental y está compuesta por factores bioquímicos y genéticos. No está relacionada con la discapacidad cognitivo-intelectual y puede ser temporal o permanente. También puede definirse como la limitación de las personas que padecen disfunciones temporales o permanentes de la mente para realizar una o

más actividades cotidianas o para ejercer sus Derechos Humanos. Está causada por las influencias del entorno social a falta de diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado de disfunciones mentales tales como: depresión, bulimia, anorexia, trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), esquizofrenia etc. Este término deriva del modelo social, que toma en cuenta el enfoque de Derechos Humanos y no solo el enfoque médico, por lo que visibiliza la condición social de las personas que padecen disfunciones mentales.⁸

En resumen, como lo señala la OMS, se considera PCD a todo ser humano que presente temporal o permanentemente una limitación, pérdida o disminución de sus facultades físicas, intelectuales o sensoriales, para realizar sus actividades connaturales. Se reconoce que las PCD, sufren marginación y discriminación, no sólo por parte de la sociedad, sino también a veces de su familia, lo que las orilla a tener además de un problema físico, una baja autoestima causado por las relaciones interpersonales en las que viven los sujetos en sus relaciones interpersonales.

En las líneas anteriores hemos hablado sobre las definiciones de discapacidad y su taxonomía, para tener un enfoque más claro y preciso sobre el tema, a continuación, se realizará un breve recorrido sobre la atención de las personas con discapacidad en nuestro país, incluyendo la firma de tratados y pactos internacionales en materia de derechos para las personas con discapacidad.

⁸ [Tríptico de discapacidad Psicosocial, Rompe barreras] ISSSTE (S/F) recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/95934/triptico_de_discapacidad_psicosocial.pdf el 10 de Marzo 2019.

Los diferentes modelos alrededor de la discapacidad

La discapacidad es más que un término cuyo significado se modifica a través de los procesos históricos y políticos de la sociedad (Cisneros, 2008:22). Ya que para definir este concepto en nuestra sociedad debemos de mirarlo y analizarlo desde una perspectiva cultural, la cual nos indica a través de elementos significativos, de detonación y práctica social, la forma en que la discapacidad es entendida en los diferentes momentos históricos, y es en la cultura en la que los sujetos toman conciencia de sus actos como de su propia vivencia para reproducirlos social y culturalmente en su andar día con día o bien buscan transformarlos. (Cisneros, 2008:21).

A lo largo de la historia se ha pasado por varias etapas en las cuales se han visto inmersos diferentes modelos para mirar el fenómeno de la discapacidad, clasificándolos desde un modelo mágico-religiosos hasta el más actual que sería el modelo social de la discapacidad. Así se ha transitado, desde la no integración social (aislamiento) de las PCD a su integración médico-rehabilitadora continuando hoy en día con una modelo social que insta a que las PCD tengan derechos de igualdad en esta sociedad.

Como señala Palacios (2008:26) sobre los diferentes modelos de mirar la discapacidad sitúa el primer modelo, que se podría denominar de exclusión, en el que se supone que las causas que dan origen a la discapacidad tienen un motivo religioso, y en el que las PCD se consideran innecesarias por diferentes razones: se estima que no contribuyen a las necesidades de la comunidad, que albergan mensajes diabólicos, que son la consecuencia del enojo de los dioses, o que por ser “desgraciados”, sus vidas no merecen la pena ser vividas. Como consecuencia de estas premisas, la sociedad decide prescindir de ellas, ya sea a través de la aplicación de políticas eugenésicas “Buen Origen”, o ya sea situándolas en el espacio destinado para los anormales y las clases pobres, con un denominador común marcado por la dependencia y el sometimiento, en el que asimismo son tratadas como objeto de caridad y sujetos de asistencia.

El segundo modelo es el que se puede denominar rehabilitador. Desde su filosofía se considera que la explicación de las causas que originan la discapacidad son científicas, es decir, derivadas en limitaciones individuales de las personas. Las PCD ya no son consideradas inútiles o innecesarias, pero siempre en la medida en que sean rehabilitadas. El fin primordial que se persigue desde este modelo es “normalizar” a los sujetos con dichas connotaciones patológicas, aunque ello implique forjar a la desaparición o el ocultamiento de la diferencia que la misma discapacidad representa. El problema principal pasa a ser, entonces, la persona, con sus diversidades y dificultades, a quien es imprescindible rehabilitar: psíquica, física, mental o sensorialmente. (Palacios, 2008:26)

Así “el modelo médico considera la discapacidad como un problema "personal" directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales”. (Cáceres 2008:10)

Un tercer modelo, denominado social, es aquel que considera que las causas que explican y originan la discapacidad no son ni religiosas, ni científicas, sino que son, en gran medida, sociales. Desde esta filosofía se insiste en que las PCD pueden aportar a la sociedad en igual medida que el resto de los sujetos “normales”, pero siempre con respeto de la diferencia y valorando al sujeto. Este modelo se encuentra íntimamente relacionado con valores propios a los derechos humanos, y aspira a potenciar el respeto por la dignidad humana, la igualdad y la libertad personal, propiciando la inclusión social, y sentándose sobre la base de determinados principios: vida independiente, no discriminación, accesibilidad universal, normalización del entorno, diálogo civil, entre otros. Parte de la premisa de que la discapacidad es en parte una construcción y un modo de opresión social, y el resultado de una sociedad que no considera ni tiene presente a las PCD. Asimismo, apunta a la autonomía para decidir respecto de su propia vida, centrándose en la eliminación de cualquier tipo de barrera, a los fines de brindar una adecuada equiparación de oportunidades. (Palacios, 2008:27)

Una de las corrientes del enfoque social considera a la discapacidad como una forma de opresión social que se manifiesta en los entornos arquitectónicos, la idealización de la inteligencia y de la competencia social, como en la carencia de lecturas en braille y en la incapacidad del público en general para usar el lenguaje de señas (Oliver, 1990, en Barton, 1995). Así, el enfoque social exige la responsabilidad colectiva para hacer las modificaciones ambientales necesarias que faciliten y permitan alcanzar la participación plena de las PCD en todas las áreas de la vida social (INEGI; 2004:13).

Este movimiento multidimensional nace dentro de la disciplina de las ciencias sociales, el análisis de las políticas sociales y la lucha por los derechos civiles; específicamente aquellos relacionados con los derechos de las PCD. En sus diferentes estructuras y contenidos, esta nueva propuesta encaminada tanto hacia la investigación social, la actualización de las políticas públicas, como a la consolidación de los derechos humanos de los sujetos. (Victoria, 2013:99)

Este modelo social, ha sido la consecuencia de una larga lucha, planteada por las propias PCD, que tuvo sus frutos en diversos ámbitos. Uno de dichos ámbitos es el del derecho internacional de los derechos humanos, con sus constantes implicaciones en los Derechos de las legislaciones internas de los Estados Parte. El último paso en dicho sentido ha sido la reciente aprobación de la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Este instrumento es el resultado de una evolución que viene dándose en el plano del Derecho, a partir de la década de los años ochenta del siglo XX. Ahora bien, durante todo el proceso de elaboración de dicha Convención (en la que participaron muy activamente las organizaciones de PCD) se sostuvo que la misma adoptaría el modelo social a la hora de comprender el fenómeno de la discapacidad. (Palacios, 2008:27)

La atención de la discapacidad a lo largo de la historia en México

Para este apartado sobre la atención de la discapacidad en la historia de nuestro país, fue retomado el trabajo de: “Discapacidad en México” de Francisco Sales Heredia perteneciente al Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública (CESOP). Considerando como relevantes los siguientes datos:

Las instituciones en nuestro país han reconocido y atendido algunos de los problemas de las personas con discapacidad desde la época colonial. Dos hospitales fueron fundados en el siglo XVI, uno que atendía discapacidades mentales, el primero en su tipo en el continente y otro dedicado a los estragos causados por la lepra (Sales, 2014:)

En la década de los setenta del siglo XIX, a partir de la iniciativa del entonces presidente Juárez, se crean escuelas para sordomudos y ciegos, así como escuelas normalistas para maestros especializados en este tipo de enseñanza. En la segunda mitad del siglo XX la atención a la discapacidad se vuelve institucional y sistemática, es decir, el Estado coloca actividades dirigidas a la atención de PCD, con lo cual va creando las pautas para la organización de las instituciones y surge en 1950 el Centro Nacional de Rehabilitación que se convertirá en el Instituto Nacional de Ortopedia en 1976. (*op.cit.*)

La pandemia de polio de los años cincuenta da pie a un esfuerzo de investigación y desarrollo de terapias y terapeutas en el Hospital Infantil de México. De igual manera en el gran impulso del desarrollo estabilizador y de creación de instituciones, en los cincuentas se crearon en todo el país centros de rehabilitación (*op.cit.*).

La perspectiva en torno a la discapacidad se modificó a mediados de los setenta al crearse el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuya finalidad fue el ofrecer asistencia social a las personas con discapacidad o con desventaja social, ya que la misión del DIF es:

Coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, promover la prestación y profesionalización de los servicios

en la materia, establecer prioridades y la concurrencia de acciones entre los diferentes órdenes de gobierno, los sectores social y privado, para la promoción, prevención y protección de los servicios asistenciales, estudiando las causas y efectos de los problemas prioritarios de la asistencia social, para crear soluciones orientadas a modificar y mejorar la calidad de vida que enfrenta la población, que por alguna circunstancia social, jurídica o física se ven impedidos para su desarrollo (DIF, 2016).

En los ochentas se incorpora a los Planes de Desarrollo el compromiso de atender las necesidades de los diversos grupos con discapacidad, creando programas nacionales.

En 1986 se promulga la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, ley que fue abrogada en 1994 para crear la Ley de Asistencia Social. Tanto la ley de 1986 como la de 1994 consideran al Estado como responsable de prestar asistencia social a aquellos que por razones extremas no puedan o se encuentren limitados para hacerlo por sí mismos. En el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 se incorporaron los lineamientos y objetivos internacionales de las Naciones Unidas para así proponer un programa nacional a favor de las personas con discapacidad con estándares internacionales (*ibíd.*).

Dado el número de PCD registrados en el Censo del 2000 el tema fue considerado de tal relevancia como para crear comisiones especiales en el Poder Legislativo Federal y algunos congresos locales. En 2001 fue reformada la Constitución para incorporar un párrafo que prohíbe toda discriminación, incluyendo aquella en contra de las PCD.

En el año 2003 se publica la Ley para Prevenir y Eliminar la Discriminación, ley que mandata la creación del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. En 2005 fue publicada la Ley General de las Personas con Discapacidad que exige la creación de una institución que promueva, regule, vigile y evalúe las estrategias y programas derivados de la Ley. El Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, integrado por diversas Secretarías de Estado, era el responsable, por medio de su secretaría técnica de coordinar la política de Estado a este respecto (*ibíd.*).

El Consejo Nacional cambió de nombre y amplió su mandato. En 2006 la Constitución fue nuevamente reformada, eliminando el término de capacidades diferentes por el de discapacidades (*ibíd.*). Esto debido a que México como promotor de la primera convención sobre los derechos de las PCD del siglo XXI y el primer tratado específicamente en materia de derechos humanos en esta materia.

En 2011 la Ley General de las Personas con Discapacidad fue abrogada y se promulgó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad. La racionalidad expuesta por el legislador fue que era necesario actualizar la legislación a la luz de las Convenciones firmadas por el Estado Mexicano en materia de derechos humanos específicos para las PCD.

La última reforma constitucional relevante para el tema fue la de 2011 que modifica el título del capítulo primero e integra al artículo primero derivado de los tratados firmados por el Estado en materia de derechos humanos, garantizando a toda persona la protección más amplia, reforzando la propuesta de respeto a los derechos humanos específicos de las personas con discapacidad. Finalmente, el 20 de mayo de 2014 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad, 2014-2018 (*ibíd.*)).

Como se ha observado en los párrafos anteriores las acciones enfocadas a las personas con discapacidad se habían limitado a acciones de atención médica y/o de rehabilitación, sin contemplar la inclusión social, es hasta la década de los ochenta derivado de los movimientos sociales de la época a favor de los derechos humanos de las PCD, se logró la creación del DIF, ya que el Estado empezó a plantear que no sólo bastaba con la asistencia médica, que se requería acciones encaminadas a incluir la participación social de las personas con discapacidad, dando pie a la elaboración de políticas públicas, por lo que a continuación se definirán algunos conceptos relacionados necesarios para este estudio.

Es importante en todos ellos tener presente el concepto de ciudadanía, dado que se identifica con la conciencia de pertenecer a la sociedad y con la capacidad del individuo de sentirse responsable del buen funcionamiento de las instituciones, en simetría con la obligación de las instituciones de respetar los derechos de hombres y mujeres. (Touraine, 1992 en Bojórquez 2005:80).

Por lo cual es de suma importancia respetar a todos los colectivos sin importar al grupo al que pertenezcan. Como lo menciona T.H. Marshall, 1950: “el tratamiento en conjunto de los derechos civiles, políticos y sociales como un estatuto social que determina el sentido de pertenencia a la comunidad nacional y favorece la participación en la vida social” (Bojórquez 2005:79)

Por su parte Castro Vásquez (2016:15) menciona que la “construcción de ciudadanía es un proceso dinámico, dialéctico y complejo, que se ejerce tanto en el ámbito colectivo como en el individual y está anclado a un momento socio histórico” añade además que desde esta perspectiva se toma en cuenta las condiciones de posibilidad para el ejercicio de los derechos.

Es importante señalar que las acciones dirigidas hacia las personas con discapacidad en México, no solo se centran en la atención médico- rehabilitadora, poco a poco a lo largo de la historia, se han orientado también a integrar e incluir su participación en los diferentes espacios de nuestra sociedad de tal manera que puedan ejercer sus derechos como ciudadanos.

Políticas Públicas

Las Políticas Públicas son las acciones encaminadas por el gobierno, que buscan cómo dar respuestas a las diversas demandas de la sociedad (necesidades sociales), como señala Chandler y Plano, se pueden entender como uso estratégico de recursos para aliviar los problemas nacionales. Estas diversas

demandas se derivan de las necesidades de la población. La historia de los Servicios Sociales es la historia del reconocimiento de las necesidades y de la organización de la sociedad para satisfacerla (Bradshaw, 1983)

La Necesidad es una carencia o escasez de algo que se considera imprescindible. También se utiliza esta palabra para significar obligación. En Psicología, una necesidad es un impulso surgido de un estado de tensión debido a una carencia concreta. Las condiciones de salud enfermedad (SE) tienen existencia objetiva, independientemente de que se les considere como situaciones que requieren cuidado o atención, es decir, que se interpretan –socialmente- como necesidades de salud. Estas condiciones de SE son el punto de partida sobre el cual los distintos grupos, y la sociedad en su conjunto, construyen sus representaciones (necesidades de salud, necesidades de atención o ambas) y derivan respuestas para resolverlas. Los diversos modelos socio médicos reconocen la importancia que tienen las representaciones y su diferente significado según distintos actores sociales (Menéndez en López y Blanco, 1994: 379).

Según López y Blanco (1994), dentro de los modelos socio médicos hay dos formas de concebir las necesidades humanas, desde la teoría del consenso como una restricción que requiere un cuidado o atención y desde la teoría del conflicto como carencia o potencialidad, en ésta entonces se entiende “necesidad como un motor para buscar soluciones a las carencias”.

Por lo que podemos inferir que las necesidades humanas estarán ligadas en su carácter histórico social para así poder superar sus necesidades biológicas.

Necesidades sociales

“Una necesidad social es una serie de requerimientos comunes de una sociedad en relación a los medios necesarios y útiles para su existencia y desarrollo. La respuesta a esas necesidades supone la satisfacción temporal o permanente de las necesidades de una población. Se consideran necesidades sociales las que son compartidas por una población, como pueden ser la vivienda, seguridad y educación.” *(Necesidades. s/f)*⁹

Las políticas públicas surgen de necesidades de la población en las que se ven atendidas sus demandas en las diferentes instancias del Estado, para brindar los medios necesarios para que los individuos alcancen su desarrollo e integridad. Así las acciones que impactan directamente el bienestar de los ciudadanos dotándoles de servicios o ingresos se conocen como políticas públicas (Marshall, 1965: en Díaz y Maingón, 1999).

Por lo que, al vincular las necesidades de la población con la política pública, se busca generar un impacto en la vida de los individuos que forman parte de un colectivo donde se aplican estas acciones.

El estudio de las Políticas Públicas debe plantearse bajo tres cuestiones: “qué políticas desarrolla el Estado en los diferentes ámbitos de su actividad, cómo se elaboran y desarrollan, y cómo se evalúan y cambian”. “Analizar qué hacen los gobiernos, cómo y por qué lo hacen y qué efecto produce” (Espíndola, 2014). Son preguntas pueden servir como una guía para ir analizando una Política Pública, sin aún entrar en terminología económica o política compleja.

El éxito de las políticas públicas radica en crear un ambiente propicio para cubrir la necesidad detectada que favorezca el desarrollo individual y social, que incluya a todos independientemente de las características diversas de los sujetos que conforman a la sociedad. Desde la perspectiva estructural funcionalista que nos define la estructura social como el conjunto de los modelos culturales

⁹ [Necesidades Sociales] (s/f.). En Significados.com Recuperado de <https://www.significados.com/necesidad/> 20/04/2017.

normativos institucionalizados en el sistema, para interiorizarlos en la vida de la población.

Ahora bien, antes de la formulación de las P.P. para atender una necesidad es indispensable la delimitación del problema, como nos lo comenta Bardach (1998), es un paso crucial para un analista, es la razón de hacer el trabajo necesario para un proyecto y es el que le da sentido de dirección a lo que queremos tener como evidencia o información. Ya que es una parte crucial dentro del esbozo de la planificación de P.P. que resulta hacerlo bien y se tiene que llegar por una serie de pasos.

Ya teniendo la delimitado y planteado el problema se requiere la obtención de datos o información que sea pertinente. *“La información que proporcionan los datos es necesaria para tres propósitos principales: evaluar la naturaleza y la extensión de los problemas; evaluar las características particulares de la situación concreta y evaluar las políticas que por lo menos algunas personas han pensado que funcionarían bien en situaciones aparentemente similares.” (Bardach en Campos, 2000:2)*

Una vez que se tengan los datos pertinentes es necesario construir alternativas, como nos lo comenta Bardach (1998) en su guía, se requiere analizar las causas del problema para después reducir y simplificar la lista de alternativas. La clave es distinguir entre una alternativa básica y sus variantes. Alternativa no significa que las opciones de política se excluyan.

“Una vez propuestas las alternativas de solución del problema o cursos de acción específicos, se propone la selección de criterios que servirán de base para la elección de la alternativa a aplicar. Para el argumento de cualquier política es útil imaginar que se tienen dos líneas discursivas interconectadas pero separables, la analítica y la evaluativa. La primera es todo lo referente a los hechos y proyecciones imparciales de las consecuencias, mientras que la segunda es todo lo relativo a los juicios de valor.” (Bardach en Campos, 2000:3)

Es decir, se necesita de un criterio que resuelva lo planteado, que mediante el problema genere una política que sea aceptable, eficiente y útil para el bienestar de los ciudadanos, que sea eficiente en materia de implementación. Que a su vez

sea equitativa, igualitaria, justa y de libertad. Siguiendo con la revisión de Bardach nos comenta lo siguiente:

Para ponderar los criterios para la evaluación de los conflictos, uno de los enfoques consiste en dejar que los procesos gubernamentales y políticos efectúen la ponderación o bien, que el analista modifique por sí mismo la ponderación. El proceso educativo queda involucrado como parte en la ponderación. (Ibídem)

Una vez aplicados los criterios a las alternativas, se seleccionan las que se consideren más viables. La aplicación de dichas alternativas o nuevas políticas, se constituyen en un proyecto para ser aplicado en la resolución, modificación o transformación de las condiciones en las que se inició el análisis. Elaborar una política impone una carga moral, ya que afecta a gente, por lo que es recomendable tomar las precauciones necesarias y considerar los márgenes de aleatoriedad. Éste es el paso más difícil del proceso de los nueve pasos.

Así se observa que al hacer política existen tres grandes dificultades. Primero, la política tiene que ver con el futuro, no con el pasado o el presente. Segundo, en la proyección de los resultados se debe ser realista de las circunstancias y por último, en la cuestión de hacer política se tiene como resultado una gran carga moral, la cual es más pesada que lo que mucha gente estaría dispuesta a aceptar.

Así mismo, se debe considerar que hay que realizar ciertas transacciones al momento de elegir las alternativas:

La transacción más común se da entre dinero y un bien o servicio que recibe alguna proporción de la población. Otra se refiere a políticas reguladoras, y otra más a la ponderación de costos, la que se complica por el llamado “problema de la atribución múltiple”, o sea, el hecho de que la alternativa de no solución sea predominante, al mismo tiempo que los criterios evaluativos de las diferentes opiniones no son fácilmente medibles. (*Bardach en Campos, 2000:4*)

En el análisis del mínimo aceptable o punto de cambio, concierne a la incertidumbre acerca del futuro. Un error común al comparar distintas aprobaciones es hacerlo en términos de alternativas y no de resultados esperados.

En la decisión, este paso del proceso sirve para verificar que tan bien se ha realizado su trabajo hasta este momento. Decidiendo entonces, qué hacer sobre las bases del propio análisis.

“Después de redefinir el problema re conceptualizar las alternativas, reconsiderar los criterios, reevaluar las proyecciones, hay que difundir los resultados del análisis, con la suposición de que existe la posibilidad de que alguien quiera basar una decisión real o una propuesta de política en dicho análisis. En este momento, se debe ser capaz de contar la historia básica en términos sencillos y realistas como para que ese cualquiera sea capaz de seguir adelante con la tarea” (Bardach en Campos, 2000:5)

Retomando la propuesta de *Bardach* para este caso de estudio sobre la PCD se debe considerar que la formulación de políticas es tendiente a la inclusión, es decir, el problema social que se atiende es la exclusión de las PCD que bajo el modelo médico han padecido y que intrínsecamente impacta en sus condiciones de salud desde una mirada más amplia. Es decir, una PCD no ha logrado ser sujeto de derechos ciudadanos y ejercerlos. Por tanto las políticas y programas que de ellas se deriven, deben ir en busca de la inclusión social de las PCD que les permita ejercer los derechos y funciones ciudadanas, en este sentido las políticas deben de atender las necesidades que este grupo poblacional enfrenta para su desarrollo pleno en la sociedad Si bien los pactos internacionales se suscriben con la finalidad de transformar la conceptualización de las PCD, al interior de las diversas sociedades se deben de realizar las políticas pertinentes considerando los pasos antes descritos, pues ello permite contextualizarlas, formulándolas a partir de los datos concretos y con los programas o líneas de acción que posibiliten la mayor funcionalidad de cada caso en particular para

llegar a la meta. Cabe señalar, que ello requiere de una transformación cultural en toda la sociedad, recordando que toda política tiene una carga moral.

Una vez explicado la relación entre las políticas públicas y las necesidades a continuación se presentarán los antecedentes de las políticas públicas en México que buscan satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad (PCD). Abordaremos como se han implementado este tipo de políticas en los últimos sexenios.

Antecedentes de las Políticas públicas sobre discapacidad por sexenio

A continuación, colocaremos lo referente a las políticas públicas relacionadas con la discapacidad, abordando desde el sexenio del ex-presidente Ernesto Zedillo hasta el periodo de presidencial de Enrique Peña Nieto. Se seleccionaron estos periodos presidenciales dado que el régimen de gobiernos anteriores a éstos, eran más herméticos en la información, además de que no estaba en boga el tema de inclusión referido a las personas con discapacidad. Para la recopilación de la información que a continuación se expone se revisaron los Planes Nacionales de Desarrollo sexenales y en su caso las reformas a la Constitución.

Sexenio 1994-2000

Uno de los avances más importantes para el desarrollo de las personas con discapacidad en la historia de nuestro país, fue la incorporación de una política de Estado en el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000, de acuerdo con estándares internacionales, lo que motivó la elaboración y puesta en marcha del Programa Nacional para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE). Este programa fue presentado el 12 de mayo de 1995 y estuvo orientado a generar políticas transversales e interinstitucionales en diversos campos, para transformar el modelo asistencial que había prevalecido hasta entonces en un modelo de desarrollo social, con la activa participación de organizaciones de y para personas con discapacidad.

Este programa fue coordinado por la Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad, y estuvo conformado por ocho subprogramas que promovieron la reproducción de acciones similares a nivel estatal, con base en los lineamientos de las Normas Uniformes de las Naciones Unidas.

Durante ese periodo de gobierno se reformó la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (Artículo 39, fracción XXIII) y se definió a la Secretaría de Salud como la instancia responsable de establecer y ejecutar con la participación de otras dependencias asistenciales públicas y privadas, planes y programas para la asistencia, prevención, atención y tratamiento de las personas con discapacidad. Asimismo, se crearon las Comisiones de Atención y Apoyo a las Personas con Discapacidad en la LVI Legislatura de la H. Cámara de Diputados y la Comisión de Asistencia Social en la H. Cámara de Senadores, así como la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables, en el seno de la Asamblea de Representantes del Distrito Federal, esta última presidida por una persona con discapacidad visual.

Sexenio 2000-2006

Durante la Administración 2000-2006, hubo un replanteamiento de la Política de Estado establecida en el sexenio anterior y se buscó integrar en el desarrollo de las políticas públicas las Normas Uniformes sobre la Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, de las Naciones Unidas, como el documento rector.

“Las Normas Uniformes de las Naciones Unidas se publicaron tras la aprobación en 1982 del Programa de Acción Mundial para los Impedidos, una estrategia mundial encaminada a promover la prevención de la discapacidad y la rehabilitación y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. En dicho Programa se resaltaba la necesidad de abordar la discapacidad desde una perspectiva de derechos humanos.” (OMS, 1982)

El 4 de diciembre de 2000 se creó la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS). En el seno de esta oficina, el 12 de febrero de 2001 se integró el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad (CODIS), con el propósito de impulsar, orientar y vigilar que los programas sectoriales e institucionales a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, encauzaran sus esfuerzos y actividades hacia la atención y resolución de los problemas y necesidades de las personas con discapacidad, en el marco de sus respectivas atribuciones (Barandas, 2014).

Políticas Públicas Sexenio 2006-2012

En 2006 la Constitución fue nuevamente reformada, eliminando el término de capacidades diferentes por el de discapacidades. La última reforma constitucional relevante para el tema fue la de 2011 que modifica el título del capítulo primero e integra al artículo primero la equivalencia entre los tratados firmados por el Estado en materia de derechos humanos, garantizando a toda persona la protección más amplia, reforzando la proposición de respeto a los derechos humanos especiales de las personas con necesidades especiales. (Sales, 2014).

En 2011 la Ley General de las Personas con Discapacidad fue eliminada y se promulgó la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 30 de Mayo de 2011. La razón expuesta por el legislador fue que era necesario actualizar la legislación a la luz de las Convenciones firmadas por el Estado mexicano en materia de derechos humanos específicos para las personas con discapacidad. En 2008 el Consejo Nacional cambió de nombre y amplió su mandato.

Políticas Públicas Sexenio 2013-2018

Se crea dentro del Plan Nacional de Desarrollo del gobierno de la Republica 2013-2018, se adhiere el programa nacional de trabajo y empleo para las personas con discapacidad. En el programa sectorial de desarrollo social 2013-2018. Con la siguiente característica:

1. Personas con discapacidad

“Una característica esencial del desarrollo incluyente es que debe eliminar cualquier tipo de barrera o limitante para el disfrute de los derechos por igual para todas las personas y garantizar la igualdad de trato. En este sentido, es de suma importancia incrementar el conocimiento y la cultura de respeto y no discriminación a las personas con discapacidad. Pero más allá de eso, es de suma importancia que se impulsen e implementen acciones que aseguren la accesibilidad universal de las personas con discapacidad que les permita ejercer a plenitud todos sus derechos: movilidad en calles y edificios, utilización del transporte y tecnologías de la educación, permanencia y avance académico, trabajo digno, adquisición de vivienda, salud y seguridad social, entre otros. Para lograr lo anterior, es necesario que se genere una visión transversal y universal que permee en todas las acciones de gobierno y que promueva y garantice acciones específicas y esquemas de atención integrales que les permitan a las personas con discapacidad ser parte fundamental y activa del desarrollo social.

Acciones a implementar:

- 1) Implementar esquemas de atención en los programas sociales que busquen contribuir al cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad.
- 2) Difundir entre los beneficiarios de los programas sociales una cultura de respeto y no discriminación hacia las personas con discapacidad.
- 3) Desarrollar conocimiento referente a la relación entre personas con discapacidad y la condición de pobreza.
- 4) Impulsar la participación de las personas con discapacidad en los procesos de participación social, para asegurar su contribución al desarrollo comunitario.

5) Fomentar que a través de los mecanismos de levantamiento y recopilación de información socioeconómica con que cuenta la SEDESOL, se puedan identificar particularidades y necesidades de las personas con discapacidad.” (PND 2013-2014,2014: 69)

2. “México Incluyente”

“En el documento se asegura que el Estado enfocará su acción en garantizar el ejercicio de los derechos sociales y en “cerrar las brechas de desigualdad social”.

“El objetivo es que el país se integre por una sociedad con equidad, cohesión social e igualdad sustantiva. Esto implica hacer efectivo el ejercicio de los derechos sociales de todos los mexicanos, a través del acceso a servicios básicos, agua potable, drenaje, saneamiento, electricidad, seguridad social, educación, alimentación y vivienda digna, como base de un capital humano que les permita desarrollarse plenamente como individuos”, apunta el resumen de las metas del Plan” (PND 2013-2018, 2014).

Política social en México

Las políticas constituyen una forma de conocer al Estado. El estudio de las políticas, particularmente las sociales puede constituir una importante vía de acceso al análisis de las relaciones Estado-sociedad, en la medida en que tales políticas son sucesivas tomas de posición del poder frente a cuestiones socialmente problematizadas. (Oszlak y O'Donnell ,1974)

Existen diferentes enfoques para definir una política social, por un lado el estructural funcionalismo indica que, las políticas sociales tienen un vínculo específico para el bienestar de la poblaciones (Boulding, 1967).

Asimismo, derivado de esta condición, las políticas sociales también son tomas de posición en una orientación política general. Así las políticas sociales, más allá de reflejar un proceso racional que da en el seno de instituciones especializadas se tratan de un conjunto de concepciones e ideas que expresan intereses.

Aunque sus orígenes se remontan a la década de 1970, los principios y la práctica de la evaluación de la política social en México empiezan a tomar forma a mediados de los años noventa y adquieren un impulso definitivo a partir de la publicación de la Ley General de Desarrollo Social (LGDS) en 2004 y del inicio de los trabajos del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL) en 2006. A partir de estos eventos se construye todo un andamiaje legal, institucional, regulatorio y normativo que define y organiza la política social y su evaluación; al interior de este andamiaje, el CONEVAL recibe de la LGDS la encomienda de realizar la evaluación de la política de desarrollo social (Acosta, 2010).

Ya que definimos los conceptos de políticas pública y social a continuación se enlazarán éstos con el campo de la Promoción de la Salud, para ello retomaremos las conferencias en PS rescatando aquellas que aborden el tema de la discapacidad para la creación de políticas pública.

La discapacidad y la promoción de la Salud

Los dos grandes objetivos de la promoción de la salud son elevar los niveles de autonomía de los individuos y elevar los niveles de salud de las comunidades, grupos humanos o de las clases sociales, no se pueden entender si los sujetos no se asumen como agentes políticos y como agentes que están interviniendo en relaciones de poder. De acuerdo con la carta de Ottawa en 1986¹⁰, el promotor de la salud al ser uno de los profesionales de salud le corresponde asumir la responsabilidad de actuar como mediador entre los intereses antagónicos a favor de la salud de los individuos, y para el caso de este estudio, que es el analizar la implementación de las políticas públicas y sociales en materia de discapacidad.

La promoción de la salud toma sus bases del conjunto de conferencias internacionales que dan pie a una serie de cartas, declaraciones y convenios en las que se acuerdan estrategias y concepciones desde los distintos ámbitos de la salud. A continuación, se presentan aquellas que se consideran relevantes y se destaca su relación para el tema de la discapacidad:

Declaración de Alma Ata, 1978.

La Declaración reconocida como la Conferencia internacional de atención primaria de salud, reunida en Alma-Ata el 12 de septiembre de 1978, expresó “la necesidad de una acción urgente por partes de todos los gobiernos, profesionales sanitarios e implicados en el desarrollo y por parte de la comunidad mundial para proteger y promover la salud para todas las personas del mundo” (OMS, 1978).

La carta de Alma Ata indica *“El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación de la protección de la*

¹⁰ La carta de Ottawa se deriva de la que se reconoce como la primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud en el año de 1986.

salud y aplicación de sus atenciones en salud.” (Alma-Ata, 1978). Al tener como tema central la atención primaria de salud, la considera como la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

En su visión integral: la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación desde una sociedad incluyente debería impulsar políticas sociales de Estado que garanticen la participación social de las personas con discapacidad.

Por otra parte, tal como se la concibió en Alma Ata, esta estrategia debe promover una distribución más justa de los recursos. La promoción de la salud requiere de la toma de decisiones de Estado que comprometen a todos los sectores sociales.

La Atención Primaria de la Salud sólo es posible si se asienta sobre los principios de respeto a los derechos humanos, equidad y justicia social. Partiendo de una concepción amplia del proceso salud–enfermedad y entendiendo que está influido por múltiples factores, donde lo social tiene un peso sustancial, es necesario recabar información de las diferentes áreas y campos de conocimientos para tener un mejor acercamiento.

Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, Ottawa 1986.

Esta carta define que la Promoción de la Salud " consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, entendiendo a la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las

diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades" (Carta de Ottawa, 1986: 2).

En la Carta de Ottawa quedaron establecidas las cinco estrategias básicas necesarias para producir salud:

A) DESARROLLAR APTITUDES PERSONALES PARA LA SALUD

La promoción de la salud proporciona la información y las herramientas necesarias para mejorar los conocimientos, habilidades y competencias necesarias para la vida. Al hacerlo genera opciones para que la población ejerza un mayor control sobre su propia salud y sobre el ambiente, y para que utilice adecuadamente los servicios de salud. Además, ayuda a que las personas se preparen para las diferentes etapas de la vida y afronten con más recursos las enfermedades y lesiones, y sus secuelas.

B) DESARROLLAR ENTORNOS FAVORABLES

La promoción de la salud impulsa que las personas se protejan entre sí y cuiden su ambiente. Para ello estimula la creación de condiciones de trabajo y de vida gratificante, higiénica, segura y estimulante. Además, procura que la protección y conservación de los recursos naturales sea prioridad de todos.

C) REFORZAR LA ACCIÓN COMUNITARIA

La promoción de la salud impulsa la participación de la comunidad en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para alcanzar un mejor nivel de salud. Asimismo, fomenta el desarrollo de sistemas versátiles que refuercen la participación pública.

D) REORIENTAR LOS SERVICIOS DE SALUD

La promoción de la salud impulsa que los servicios del sector salud trasciendan su función curativa y ejecuten acciones de promoción, incluyendo las de prevención específica.

También contribuye a que los servicios médicos sean sensibles a las necesidades interculturales de los individuos, y las respeten.

Asimismo, impulsa que los programas de formación profesional en salud incluyan disciplinas de promoción y que presten mayor atención a la investigación sanitaria.

Por último, aspira a lograr que la promoción de la salud sea una responsabilidad compartida entre los individuos, los grupos comunitarios y los servicios de salud.

E) IMPULSAR POLÍTICAS PÚBLICAS SALUDABLES

La promoción de la salud coloca a la salud en la agenda de los tomadores de decisiones de todos los órdenes de gobierno y de todos los sectores públicos y privados. Al hacerlo busca sensibilizarlos hacia las consecuencias que sobre la salud tienen sus decisiones. También aspira a propiciar que una decisión sea más fácil al tomar en cuenta que favorecerá a la salud. Asimismo promueve que todas las decisiones se inclinen por la creación de ambientes favorables y por formas de vida, estudio, trabajo y ocio que sean fuente de salud para la población. (Promoción de la salud Estrategias, BCS Gob., s/f)

En este sentido, una política de promoción de la salud combina enfoques distintos pero complementarios, que incluyen cambios en la legislación, en las medidas fiscales, en los impuestos y de organización. Es la acción coordinada que conduce a políticas sociales, de economía y de salud que fomenten una mayor equidad. La acción conjunta contribuye a asegurar servicios y bienes más seguros y más sanos, servicios públicos más saludables, y entornos más limpios y agradables. (Carta de Ottawa en Hernández, 2015)

Como nos lo indica la primera conferencia sobre promoción de la salud: “Una política de promoción de la salud requiere la identificación de las limitaciones para la adopción de políticas públicas saludables en entornos insanos, y de las maneras de eliminarlos. El objetivo debe ser hacer que la elección más saludable sea también la elección más cómoda para los elaboradores de las políticas. (Carta de Ottawa, 1986: 5)

De acuerdo con la misma carta, la salud requiere una base sólida fundamentada en estos prerrequisitos:

Abogacía o advocacy (defensa del interés por la salud)

Una buena salud es la principal fuente de desarrollo personal, económico y social, y una dimensión importante de la calidad de vida. Todos los factores políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, comportamentales y biológicos, pueden favorecer la salud o serle perjudiciales. Las acciones de promoción de la salud tienen como objetivo hacer que estas condiciones sean favorables abogando por la salud.

Capacitación (Facilitar, permitir, facultar)

La promoción de la salud se centra en lograr la equidad en la salud. La acción de promoción de la salud tiene como objetivo reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar recursos y oportunidades iguales que capaciten a todo el mundo para alcanzar el máximo potencial de salud. Esto incluye una base sólida en un ambiente de apoyo, acceso a la información, habilidades vitales y oportunidades de hacer elecciones sanas. Resulta imposible alcanzar un potencial de salud pleno si no se pueden controlar aquellos aspectos que determinan la salud. Esto debe aplicarse por igual a mujeres y a hombres.

Mediación (Conciliación)

El sector sanitario no puede garantizar por sí solo los requisitos previos ni las perspectivas de futuro para la salud. Y lo que es aún más importante, la promoción de la salud exige una acción coordinada por parte de todos los implicados: gobiernos, sectores sanitarios y otros sectores sociales y económicos, organizaciones no gubernamentales y de voluntariado, autoridades locales, industria y medios de comunicación. Están implicadas las personas de todos los ámbitos, como individuos, familias y comunidades. Los grupos profesionales y sociales y el personal sanitario tienen una mayor responsabilidad de mediar entre distintos intereses dentro de la sociedad para la consecución de la salud.

Podemos decir que la aplicación de las políticas favorables en salud, ayuda a que las otras líneas de acción sean interdependientes, para que se lleguen a establecer con el apoyo de las estrategias de la promoción de la salud establecidas en esta conferencia. Asimismo, con estas estrategias y líneas de acción se deben pensar las intervenciones para contribuir en la participación social, ejercicio de ciudadanía y atención en salud de las PCD en el marco de los cambios legislativos y los culturales que ello implica.

Posterior a la Conferencia de Ottawa se han realizado una serie de encuentros internacionales más, de los cuales se destacan las declaraciones más relevantes para el tema de atención o inclusión social de las personas con discapacidad en materia de política pública y atención médica.

Conferencia Internacional Adelaide, Australia 1988.

La Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud realizada en Adelaide, Australia en 1988 aborda como eje de acción la elaboración de políticas públicas para la salud, en la cual se especifican las siguientes estrategias para la elaboración de políticas saludables:

POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA SALUD

Una política pública favorable a la salud se caracteriza por una inquietud explícita por la salud y la equidad en todas las esferas políticas y por un sentido de responsabilidad ante los efectos para la salud que tengan esas políticas. El objetivo principal de una política pública de salud es crear un entorno propicio para permitir a las personas llevar una vida sana. Esto hace que los entornos sociales y físicos contribuyan a mejorar la salud.

EL VALOR DE LA SALUD

La salud es a la vez un derecho humano fundamental y una buena inversión social. Los gobiernos necesitan invertir recursos en las políticas públicas de salud y en la promoción de la salud para mejorar la situación en materia de salud de todos sus ciudadanos.

DESARROLLO DE NUEVAS ALIANZAS DE SALUD

Las políticas públicas favorables a la salud requieren ser de las principales prioridades para la toma de decisiones. Las instituciones educacionales deben responder a las necesidades emergentes de la nueva salud pública al reorientar los programas de estudios existentes para incluir las aptitudes de habilitar, mediar y promover la salud. Debe haber un cambio en el poder para la formulación de políticas. Además, hacen falta foros para el intercambio de experiencia a los niveles nacional e internacional. La Conferencia recomienda que los organismos a cualquier nivel: Establezcan centros de distribución de información para promover la buena práctica en la formulación de políticas públicas para la salud; Desarrollen redes de investigación, personal capacitado y directores de programas para ayudar a analizar y ejecutar las políticas públicas saludables.

El reto más importante para las naciones y para los organismos internacionales en la instauración de políticas públicas favorables a la salud

consiste en promover la colaboración (forjando alianzas) en materia de paz, derechos humanos y justicia social, ecología y desarrollo sostenible en el mundo. En este sentido esta conferencia alude al reto de generar políticas públicas en materia de inclusión para las PCD en atención a lo estipulado en la Convención de Derechos Humanos de las personas con discapacidad.

Declaración de Sundsvall, 1997

La conferencia internacional de Sundsvall realizada en el año de 1997, sobre promoción de la salud y creación de entornos propicios para la salud. En su dimensión política que obliga a los gobiernos a garantizar una participación democrática en la toma de decisiones y la descentralización de las responsabilidades y los recursos. Ella supone también un compromiso en favor de los derechos humanos, de la paz y de la renuncia a la carrera armamentista.

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI

La declaración de Yakarta fue realizada en el año 1997 por eso su lema prioridades para la promoción de la salud en el siglo XXI. La promoción de la salud es una valiosa inversión en la que ve que la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico.

Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos.

La Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud ofrece una visión y un punto de enfoque de la promoción de la salud hacia el siglo venidero.

Para promover la responsabilidad social por la salud, las instancias decisorias deben comprometerse firmemente a cumplir con su responsabilidad social. Es preciso que los sectores público y privado promuevan la salud siguiendo políticas y prácticas que:

- eviten perjudicar la salud de otras personas,
- protejan el medio ambiente y aseguren el uso sostenible de los recursos,
- restrinjan la producción y el comercio de bienes y sustancias intrínsecamente nocivos, como el tabaco y las armas, así como las tácticas de mercado y comercialización perjudiciales para la salud,
- protejan al ciudadano en el mercado y al individuo en el lugar de trabajo,
- incluyan evaluaciones del efecto sobre la salud enfocadas en la equidad como parte integrante de la formulación de políticas.

Conferencia internacional Nairobi, Kenya 2009.

La Llamada a la Acción de Nairobi identifica estrategias y compromisos claves que se requieren para cerrar la brecha de implementación en salud y desarrollo a través de la promoción de la salud.

La promoción de la salud es una estrategia esencial para mejorar la salud y el bienestar y reducir las inequidades en salud y al efectuar eso, ayuda a lograrlas metas internacionales y nacionales de salud, por ejemplo, Las Metas de Desarrollo del Milenio. A través de implementar la promoción de la salud se crean sociedades más justas que permitan que las personas puedan llevar vidas que ellos mismos valoran, aumentando su control sobre su salud y los recursos necesarios para el bienestar. Dentro de las metas de desarrollo del nuevo milenio están incluidos los objetivos para avanzar en la inclusión de las personas con discapacidad.

Implementar una nueva política

Por la integración sistemática de promoción de la salud a través de todo el continuo de la atención en salud y de otros servicios sociales y comunitarios durante todo el ciclo vital.

Asegurando acceso universal

A través de la insistencia de que los servicios de salud provean información accesible e integral/completo en relación a promoción de la salud y servicios para la gente que esté apropiado cultural y lingüísticamente, de acuerdo a la edad, género y habilidad de las personas incluyendo grupos marginados.

A través de abocar las barreras financieras y otras barreras de recursos con abordajes innovadores.

Como se puede observar, revisar estas conferencias sobre promoción de la salud es centrarse en el tema la importancia de la implementación de políticas públicas para las PCD desde la PS, como parte de las estrategias de salud y mejorar la calidad de vida de los sujetos, compromiso que adquieren los Estados involucrados en la firma de estas cartas promulgadas desde Alma Ata hasta la actualidad. Aún falta un camino por recorrer desde la promoción de la salud en materia de política pública y social como gestora de las mismas.

A partir de esta corriente observaremos cómo ha influenciado las firmas de los pactos y tratados sobre políticas sociales sobre PCD a la sociedad mexicana.

PACTOS Y TRATADOS INTERNACIONALES EN POLITICAS SOCIALES SOBRE DISCAPACIDAD.

En la siguiente lista observaremos los pactos, convenciones y tratados internacionales en materia de discapacidad que México ha suscrito y ha ratificado en esta materia de inclusión de la población a la que nos estamos refiriendo y que se asume que son los ejes rectores de las políticas públicas y modificaciones normativas que se han puesto en marcha en nuestro país:

- ❖ Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
- ❖ Protocolo Facultativo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad
- ❖ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para personas con discapacidad

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

a Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) es el tratado internacional en materia de derechos humanos de las personas con discapacidad (PCD) más importante del siglo XXI, que México reconoce en su carta magna a partir de la reforma constitucional del 11 de junio de 2011.

El Estado Mexicano, de acuerdo con el artículo 4o. de la Convención, se obliga a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad. Así mismo, se obliga a que en la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la Convención, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, celebrará consultas estrechas y colaborará activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a

través de las organizaciones que las representan, y por último, es importante destacar que las disposiciones de la Convención se aplican a todas las partes del Estado Mexicano sin limitaciones ni excepciones.(PNDPCD 2014-2018)

Antecedentes de los pactos y convenciones sobre discapacidad

En el plano internacional, los esfuerzos a favor de los derechos de las personas con discapacidad se remontan a la interpretación de la carta fundacional de las Naciones Unidas en 1945 en donde los países signatarios, entre ellos México, declaran que la Organización promoverá: “El respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades” (Figueroa, 2014:361). A partir de esta declaración México ha firmado dos Convenciones y un Protocolo Facultativo en relación a los derechos humanos de las personas con discapacidad. En 1999 firmó la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad y en 2006 firmó la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y finalmente en 2007 el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Es por ello por lo que, para el presente estudio se tomará como base para el análisis la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y el Protocolo Facultativo, así como los Objetivos del Milenio.

METODOLOGÍA

“La inquietante experiencia de verse excluido, no sólo de las Opiniones sino de toda la experiencia vital de un gran número de nuestros contemporáneos, es una de las características y paradojas de las sociedades democráticas modernas. La preocupación por la masiva, obstinada y exasperante otredad de los otros, (...)” Hirschman, 1991

Este estudio es de tipo documental y de corte cualitativo en el que se analiza las acciones encaminadas a atender las necesidades en salud y de participación social de las personas con discapacidad, como resultado de las convenciones, pactos y tratados internacionales que México ha firmado y ratificado en materia de discapacidad para ser una sociedad incluyente.

Este análisis se realizó, en primer lugar, identificando los tratados, pactos y convenciones internacionales vigentes en los dos últimos sexenios suscritos por México, identificando en dichos documentos acciones concretas a realizar por los Estados parte, en segundo lugar se identificó las políticas propuestas sobre atención a las necesidades de salud y participación social dentro del país, para realizar un análisis comparativo y reconocer si hay correspondencia entre lo suscrito internacionalmente y las políticas actuales.

El criterio de inclusión para selección de documentos para el análisis:

- Pactos, tratados y convenciones internacionales en materia de atención a las necesidades en salud y de participación social de personas con discapacidad en el marco internacional suscrito por México y nacional vigentes en los últimos dos sexenios presidenciales de México, esto dado por ser nuestro país uno de los Estados parte promotor de dicha convención y fue después de la firma y ratificación del año 2006.
- Políticas y programas nacionales en materia de discapacidad vigentes en los dos últimos sexenios.

Criterios de análisis documental:

Correspondencia de las políticas y programas de México con los compromisos firmados internacionalmente, a través de la selección de acciones explícitas que se encuentren señaladas en los documentos dirigidas a la atención de las necesidades en salud (atención) y de la participación social (inclusión).

En un primer momento se identificaron los aspectos no atendido, para posteriormente identificar el grado de especificidad de lo sí atendido.

Con los resultados anteriores se determina:

- 1) Si las acciones se han encaminado a la inclusión social de las personas con discapacidad tanto para la atención de su salud como para el resto de los espacios de participación social,
- 2) Si se ha avanzado en considerar los requerimientos para que las personas con discapacidad ejerzan su plena ciudadanía.

Una vez realizada la búsqueda de documentos, los que cumplen los criterios de inclusión arriba señalados son:

Internacionales:

- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo facultativo, emitido por las Naciones Unidas y aprobado en 2006 y suscrito por México en 2007.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad, emitido

por las Naciones Unidas en 2013.

Nacionales:

- Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad. Emitida por la Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión, con la reforma realizada en 2015.
- Programa Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad 2014-2018, emitido por el Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad (CONADIS), 2014.

Cabe señalar que la Subsecretaría de Derechos Humanos de la Secretaría de Gobernación (DH-SEBOB), la Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE) son las instancias designadas para recopilar lo elaborado por el Estado Mexicano ante los organismos internacionales, sin embargo, no se tuvo acceso a esta información.

ANÁLISIS DE RESULTADOS SOBRE LAS POLÍTICAS IMPLEMENTADAS POR EL ESTADO MEXICANO

“Las políticas económicas y sociales de la última década han hecho poco por mejorar la calidad de vida de los discapacitados, y mucho por empeorarla. A pesar de la retórica de “proteger” a los que más lo “merecen”, a los “vulnerables” o “necesitados”, gran parte de esta “protección” ha sido ilusoria”

Glendinning, 1991:16

El análisis comparativo entre los pactos y tratados internacionales en materia de discapacidad y las políticas y planes realizados de manera local para dar respuesta, se realizó considerando dos documentos emitidos por la ONU y suscritos por México: 1) *la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo* y 2) *el Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para personas con discapacidad*; mismos que se sistematizaron a partir de la explicitación de acciones concretas en dos categorías de análisis: Atención (médica y rehabilitación) e Inclusión (como ejercicio de participación ciudadana). Se colocaron datos generales de los mismos como fecha de adhesión de México, Nombre del documento y sujeto obligado.

Posteriormente se consideraron los Planes y Programas desarrollados en México: *Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad (LGPIPCD)* y *Programa Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad 2014-2018 (PNDPCD 2014-2018)*, se procedió a analizarlos disgregando las acciones concretas en correspondencia con la sistematización realizada de los documentos internacionales a partir de las categorías de análisis ya señaladas. Asimismo, se colocó la información general del documento: nombre, fecha y sujeto obligado, esto último para identificar que exista explícitamente la instancia gubernamental específica encargada de la implementación de la acción según el rubro del que se trata.

Los niveles de profundidad de las acciones nacionales para la presentación de los resultados se valoraron a partir de 3 dimensiones: si se enuncia el qué o el cómo, si se enuncian ambos y si dentro del cómo se menciona alguna acción concreta dirigida a la resignificación cultural de la discapacidad.

Con ello se intenta responder qué pasa en México, es decir, si lo que se suscribe internacionalmente realmente nos comprometemos a implementarlo y a crear las figuras para ejercer en materia de política pública y social hacia las PCD lo firmado en dichas reuniones internacionales, o solamente se queda en los documentos firmados y apilados en los escritorios de los burócratas de nuestro país.

Resultados y Análisis

En términos generales al realizar el análisis comparativo de los documentos internacionales se observó que en los ODM¹¹ para las PCD se enfoca más en la atención médica y de rehabilitación que en la inclusión como participación ciudadana, mientras que en la CDPCD¹² ocurre todo lo contrario que se enfoca más en su carácter humanista en la participación ciudadana como forma de inclusión, dejando en 2 artículos: en el 25 y el 26 la atención médica.

Con respecto a la Atención médico-rehabilitadora se identificó que los Arts. 25 y 26 de la CDPCD se relacionan con el objetivo 2 del PNDPCD 2014-2018, ya que sus estrategias y líneas de acción pertenecen a este rubro. Explican el qué se tiene que hacer considerado en normatividad pactada, firmada y ratificada por el Estado Mexicano.

Por consiguiente el PNDPCD 2014-2018¹³ atiende lo solicitado por la CDPCD ya que, el 30 de abril de 2014 se publicó en el Diario Oficial de La Federación (DOF) el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014–2018, el cual se integra con 6 objetivos, 37 estrategias y 313 líneas de acción donde se incluyen los siguientes temas: Armonización legislativa, Salud, Educación, Trabajo, Accesibilidad, Turismo, Derechos Políticos, Impartición de Justicia, Deporte, Cultura, Asuntos Indígenas, Asuntos Internacionales, entre otros.

Dentro del capítulo 11 de la Ley General para la inclusión de las Personas con Discapacidad¹⁴ con su última reforma del día 17 de Diciembre de 2015, indica los lineamientos para el Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las

¹¹ Este documento se puede consultar en:

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/9654/Resolucion-Objetivos-del-Milenio.pdf>

¹² Este documento se puede consultar en:

<http://www.ordenjuridico.gob.mx/TratInt/Derechos%20Humanos/D39TER.pdf>

¹³ Este documento se puede consultar en: <https://www.gob.mx/conadis/documentos/programa-nacional-para-el-desarrollo-y-la-inclusion-de-las-personas-con-discapacidad-2014-2018>

¹⁴ Este documento se puede consultar en:

http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf

Personas con Discapacidad, dentro del artículo 33 y 34 con sus 5 fracciones correspondientes.

En la siguiente tabla se presentan los aspectos que no se identificaron como atendidos en los documentos nacionales, clasificados bajo las dos categorías de análisis y señalando qué documento internacional los dicta:

Tabla 1

Documento internacional	Atención (médico-rehabilitadora)	Inclusión
<p><i>Convención sobre los Derechos De Las Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo (CDPCD)</i></p>		<p><i>Art 9 Accesibilidad, No se expresa el cumplimiento del inciso C, parece que se limita al acceso en infraestructura y no en la formación de recursos humanos para atenderlos.</i></p>
		<p><i>Artículo 18 Libertad de desplazamiento y nacionalidad</i></p>
		<p><i>Art. 19 Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad, tampoco se ve reflejado en los planes para poder desarrollarse como un ser independiente.</i></p>
		<p><i>Art. 23 Respeto del hogar y la familia</i></p>
		<p><i>Art. 28 el inciso a) Asegurar el acceso en condiciones de igualdad de las personas con discapacidad a servicios de agua potable y su acceso a servicios, dispositivos y asistencia de otra índole adecuados a precios asequibles para atender las necesidades relacionadas con su discapacidad.</i></p>

		<i>Art 29 Participación en la vida pública</i>
<p><i>Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para personas con discapacidad (ODM para las PCD)</i></p>	<p>II, 4. e. No se atiende la realización de inversiones y mejorar la asequibilidad para las PCD</p>	<p><i>II.4.n Alentar a los bancos de desarrollo y las instituciones financieras regionales e internacionales a que incluyan a la discapacidad en todas sus iniciativas de desarrollo y sus mecanismos de préstamo</i></p>
	<p>II, 4, k No quedan claros los mecanismos de atención para casos de desastre y reducción de riesgos</p>	<p><i>II.4.c Aprobación y aplicación de planes nacionales que sean pertinentes para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, a fin de promover la inclusión de las PCD;</i></p>
		<p><i>II.4.q Apoyar los objetivos del fondo fiduciario de donantes múltiples de la Alianza de las Naciones Unidas para Promover los Derechos de las Personas con Discapacidad, incluso mediante la aportación de contribuciones voluntarias, y alentar a otros interesados a que hagan lo propio.</i></p>
	<p><i>II.4.o Alentar la movilización de recursos públicos y privados que les permitan atender necesidades apremiantes para la incorporación de la discapacidad en el desarrollo, incluso en relación con la rehabilitación, la habilitación y la igualdad de oportunidades para las PCD.</i></p>	

Elaboración propia respetando la simbología y numeración de los documentos analizados.

Como puede observarse en la tabla 1, hay mayor avance en la atención de la salud, puede inferirse que, como se mencionó en el marco teórico-referencial, la

enfermedad y discapacidad son dos conceptos estrechamente vinculados entre sí desde hace mucho tiempo, de manera que la segunda por mucho tiempo se pensó como una consecuencia de la primera. Por lo que las PCD han sido vinculadas con procesos desde el pensamiento mágico religioso, pasando por el médico-rehabilitador como modelo asistencialista, si bien el enfoque ahora se ha modificado. La inclusión como derecho de ciudadanía es mucho más reciente y con ello lo que tiene el mayor número de huecos y que se retoma en la Convención, documento relativamente actual, cuyo énfasis está colocado en los procesos de inclusión.

Se puede inferir que los principales aspectos no atendidos en México tienen que ver con escasez de recursos para modificar infraestructuras públicas, formar recursos humanos, fomentar cambios culturales que sensibilicen el financiamiento privado. Por el momento nuestro país firma dichos documentos internacionales sin mirar el alcance que pueden atender dentro de las diferentes esferas ya sea social, cultural y sobre todo económica para poder efectuar e implementar las modificaciones a la política pública y social en esta materia.

En la tabla 2 se presentan los aspectos que se identificaron como atendidos en los documentos nacionales, clasificados bajo las dos categorías de análisis y señalando cuál documento internacional los dicta:

Tabla 2

<i>Convención sobre los Derechos De Las Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo (CDPCD)</i>
Atención (médico-rehabilitadora)
<p>Art 25 Salud</p> <p>Adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las PCD a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género incluida la rehabilitación relacionada con la salud.</p> <p>A) Proporcionar programas gratuitos a precios asequibles de la misma variedad, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;</p> <p>B) Proporcionarán los servicios de salud que necesite las PCD específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluida la pronta detección e intervención cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluido las niños y las niñas y las personas mayores;</p> <p>C) Proporcionará esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;</p> <p>D) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las PCD atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto a los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades, a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;</p> <p>E) Prohibirán la discriminación en la prestación de seguros de salud y de vida cuando estos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán por que estos seguros se presten de manera justa y razonable;</p> <p>F) Impedirán que se niegue de manera discriminatoria, servicios de salud de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.</p>
<p>Art 26</p> <p>1. Los Estados Parte adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados Parte organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:</p> <p>a) Comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;</p> <p>b) Apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad,</p>

sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.

2. Los Estados Parte promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.

3. Los Estados Parte promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.

Inclusión

Art 8

Toma de conciencia

2. Poner en marcha y mantener campañas efectivas de sensibilización pública destinadas a:

i) Fomentar actitudes receptivas respecto de los derechos de las PCD;

ii) Promover percepciones positivas y una mayor conciencia social respecto de las PCD;

iii) Promover el reconocimiento de las capacidades, los méritos y las habilidades de las PCD y de sus aportaciones en relación con el lugar de trabajo y el mercado laboral;

b) Fomentar en todos los niveles del sistema educativo, incluso entre todos los niños y las niñas desde una edad temprana, una actitud de respeto de los derechos de las PCD;

c) Alentar a todos los órganos de los medios de comunicación a que difundan una imagen de las PCD que sea compatible con el propósito de la presente Convención;

d) Promover programas de formación sobre sensibilización que tengan en cuenta a las PCD y los derechos de estas personas.

Art 9 Accesibilidad

1. adoptar medidas pertinentes para asegurar el acceso de las PCD.

Estas medidas, que incluirán la identificación y eliminación de obstáculos y barreras de acceso, se aplicarán, entre otras cosas, a:

a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;

b) Los servicios de información, comunicaciones y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.

2. Los Estados Parte también adoptarán las medidas pertinentes para:

a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;

b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las PCD;

c) Ofrecer formación a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad a que se enfrentan las PCD;

d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;

e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;

f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las PCD para asegurar su acceso a la información;

g) Promover el acceso de las PCD a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida Internet;

h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

Art 12 Igual reconocimiento como persona ante la ley

2. Los Estados Parte reconocerán que las PCD tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
3. Los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las PCD al apoyo que puedan necesitar en el ejercicio de su capacidad jurídica.
4. Los Estados Parte asegurarán que en todas las medidas relativas al ejercicio de la capacidad jurídica se proporcionen salvaguardias adecuadas y efectivas para impedir los abusos de conformidad con el derecho internacional en materia de derechos humanos.
5. Sin perjuicio de lo dispuesto en el presente artículo, los Estados Partes tomarán todas las medidas que sean pertinentes y efectivas para garantizar el derecho de las PCD, a ser propietarias y heredar bienes, controlar sus propios asuntos económicos y tener acceso en igualdad de condiciones a préstamos bancarios, hipotecas y otras modalidades de crédito financiero, y velarán por que las PCD no sean privadas de sus bienes de manera arbitraria.

Art 13 Acceso a la justicia

1. Los Estados Parte asegurarán que las PCD tengan acceso a la justicia, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares.
2. Los Estados Parte promoverán la capacitación adecuada de los que trabajan en la administración de justicia, incluido el personal policial y Penitenciario.

Art 14 Libertad y seguridad de la persona

2. Los Estados Parte asegurarán que las PCD que se vean privadas de su libertad en razón de un proceso tengan, derecho a garantías de conformidad con el derecho internacional de los derechos humanos y a ser tratadas de conformidad con los objetivos y principios de la presente convención, incluida la realización de ajustes razonables.

Art 15 Protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes

2. Los Estados Parte tomarán todas las medidas de carácter legislativo, administrativo, judicial o de otra índole que sean efectivas para evitar que las PCD sean sometidas a torturas u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Art 16 Protección contra la explotación, la violencia y el abuso

4. Los Estados parte tomarán todas las medidas pertinentes para promover la recuperación física, cognitiva y psicológica, la rehabilitación y la reintegración social de las PCD que sean víctimas de cualquier forma de explotación, violencia o abuso, incluso mediante la prestación de servicios de protección. Dicha recuperación e integración tendrán lugar en un entorno que sea favorable para la salud, el bienestar, la autoestima, la dignidad y la autonomía de la persona y que tenga en cuenta las necesidades específicas del género y la edad.

Artículo 18 Libertad de desplazamiento y nacionalidad

1. Los Estados Parte reconocerán el derecho de las PCD a la libertad de desplazamiento, a la libertad para elegir su residencia y a una nacionalidad, en igualdad de condiciones con las demás, incluso asegurando que las PCD:
 - a) Tengan derecho a adquirir y cambiar una nacionalidad y a no ser privadas de la suya de manera arbitraria o por motivos de discapacidad;
 - b) No sean privadas, por motivos de discapacidad, de su capacidad para obtener, poseer y utilizar documentación relativa a su nacionalidad u otra documentación de identificación, o para utilizar procedimientos pertinentes, como el procedimiento de inmigración, que puedan ser necesarios para facilitar el ejercicio del derecho a la libertad de desplazamiento;
 - c) Tengan libertad para salir de cualquier país, incluido el propio;
 - d) No se vean privadas, arbitrariamente o por motivos de discapacidad, del derecho a entrar en su propio país.
2. Los niños y las niñas con discapacidad serán inscritos inmediatamente después de su nacimiento y tendrán desde el nacimiento derecho a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y ser atendidos por ellos.

Artículo 19 Derecho a vivir de forma independiente y a ser incluido en la comunidad

Los Estados parte adoptarán medidas efectivas y pertinentes para facilitar el pleno goce de este

derecho por las personas con discapacidad y su plena inclusión y participación en la comunidad, asegurando en especial que:

a) tengan la oportunidad de elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir, en igualdad de condiciones con las demás, y no se vean obligadas a vivir con arreglo a un sistema de vida específico;

b) tengan acceso a una variedad de servicios de asistencia domiciliaria, residencial y otros servicios de apoyo de la comunidad, incluida la asistencia personal que sea necesaria para facilitar su existencia y su inclusión en la comunidad y para evitar su aislamiento o separación de ésta.

c) Las instalaciones y los servicios comunitarios para la población en general estén a disposición de las personas con discapacidad y tengan en cuenta sus necesidades.

Art 20 Movilidad personal

a) Facilitar la movilidad personal de las personas con discapacidad en la forma y en el momento que deseen a un costo asequible;

b) Facilitar el acceso de las personas con discapacidad a formas de asistencia humana o animal e intermediarios, tecnologías de apoyo, dispositivos técnicos y ayudas para la movilidad de calidad, incluso poniéndolos a su disposición a un costo asequible;

c) Ofrecer a las PCD y al personal especializado

que trabaje con estas personas capacitación en habilidades relacionadas con la movilidad;

Art. 21 Libertad de expresión y de opinión y acceso a la información

Los Estados Parte adoptarán todas las medidas pertinentes para que las personas con discapacidad puedan ejercer el derecho a la libertad de expresión y opinión, incluida la libertad de recabar, recibir y facilitar información e ideas en igualdad de condiciones con las demás y mediante cualquier forma de comunicación que elijan con arreglo a la definición del artículo 2 de la presente Convención, entre ellas: a) Facilitar a las personas con discapacidad información dirigida al público en general, de manera oportuna y sin costo adicional, en formatos accesibles y con las tecnologías adecuadas a los diferentes tipos de discapacidad; b) Aceptar y facilitar la utilización de la lengua de señas, el Braille, los modos, medios, y formatos aumentativos y alternativos de comunicación y todos los demás modos, medios y formatos de comunicación accesibles que elijan las personas con discapacidad en sus relaciones oficiales; c) Alentar a las entidades privadas que presten servicios al público en general, incluso mediante Internet, a que proporcionen información y servicios en formatos que las personas con discapacidad puedan utilizar y a los que tengan acceso; d) Alentar a los medios de comunicación, incluidos los que suministran información a través de Internet, a que hagan que sus servicios sean accesibles para las personas con discapacidad; e) Reconocer y promover la utilización de lenguas de señas.

Art. 22 Respeto a la privacidad

2. Privacidad de la información personal y relativa a la salud y la rehabilitación de las PCD

Art 23 Respeto del hogar y de la familia

a) Se reconozca el derecho de todas las PCD en edad de contraer matrimonio, a casarse y fundar una familia sobre la base del consentimiento libre y pleno de los futuros cónyuges;

b) Se respete el derecho de las PCD a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener y el tiempo que debe transcurrir entre un nacimiento y otro, y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad, y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos;

c) Las PCD, incluidos los niños y las niñas, mantengan su fertilidad, en igualdad de condiciones con las demás.

4. Los Estados parte asegurarán que los niños y las niñas no sean separados de sus padres contra su voluntad, salvo cuando las autoridades competentes, con sujeción a un examen judicial, determinen, de conformidad con la ley y los procedimientos aplicables, que esa separación es necesaria en el interés superior del niño. En ningún caso se separará a un menor de sus padres en razón de una discapacidad del menor, de ambos padres o de uno de ellos.

Art 24 Educación

2.a) Las PCD no queden excluidas del sistema general de educación por motivos de discapacidad, y que los niños y las niñas con discapacidad no queden excluidos de la enseñanza primaria gratuita y obligatoria ni de la enseñanza secundaria por motivos de discapacidad;

- b) Las PCD puedan acceder a una educación primaria y secundaria inclusiva, de calidad y gratuita, en igualdad de condiciones con las demás, en la comunidad en que vivan;
 - c) Se hagan ajustes razonables en función de las necesidades individuales;
 - d) Se preste el apoyo necesario a las PCD, en el marco del sistema general de educación, para facilitar su formación efectiva;
 - e) Se faciliten medidas de apoyo personalizadas y efectivas en entornos que fomenten al máximo el desarrollo académico y social, de conformidad con el objetivo de la plena inclusión.
3. a) Facilitar el aprendizaje del Braille, la escritura alternativa, otros modos, medios y formatos de comunicación aumentativos o alternativos y habilidades de orientación y de movilidad, así como la tutoría y el apoyo entre pares;
- b) Facilitar el aprendizaje de la lengua de señas y la promoción de la identidad lingüística de las personas sordas;
- c) Asegurar que la educación de las personas, y en particular los niños y las niñas ciegos, sordos o sordociegos se imparta en los lenguajes y los modos y medios de comunicación más apropiados para cada persona y en entornos que permitan alcanzar su máximo desarrollo académico y social.
4. A fin de contribuir a hacer efectivo este derecho, los Estados Parte adoptarán las medidas pertinentes para emplear a maestros, incluidos maestros con discapacidad, que estén cualificados en lengua de señas o Braille y para formar a profesionales y personal que trabajen en todos los niveles educativos. Esa formación incluirá la toma de conciencia sobre la discapacidad y el uso de modos, medios y formatos de comunicación aumentativos y alternativos apropiados, y de técnicas y materiales educativos para apoyar a las personas con discapacidad

Art 27 Trabajo y empleo

- a) Prohibir la discriminación por motivos de discapacidad con respecto a todas las cuestiones relativas a cualquier forma de empleo, incluidas las condiciones de selección, contratación y empleo, la continuidad en el empleo, la promoción profesional y unas condiciones de trabajo seguras y saludables;
- b) Proteger los derechos de las PCD, en igualdad de condiciones con las demás, a condiciones de trabajo justas y favorables, y en particular a igualdad de oportunidades y de remuneración por trabajo de igual valor, a condiciones de trabajo seguras y saludables, incluida la protección contra el acoso, y a la reparación por agravios sufridos;
- c) Asegurar que las PCD puedan ejercer sus derechos laborales y sindicales, en igualdad de condiciones con las demás;
- d) Permitir que las PCD tengan acceso efectivo a programas generales de orientación técnica y vocacional, servicios de colocación y formación profesional y continua;
- e) Alentar las oportunidades de empleo y la promoción profesional de las PCD en el mercado laboral, y apoyarlas para la búsqueda, obtención, mantenimiento del empleo y retorno al mismo;
- f) Promover oportunidades empresariales, de empleo por cuenta propia, de constitución de cooperativas y de inicio de empresas propias;
- g) Emplear a PCD en el sector público;
- h) Promover el empleo de PCD en el sector privado mediante políticas y medidas pertinentes, que pueden incluir programas de acción afirmativa, incentivos y otras medidas;
- i) Velar por que se realicen ajustes razonables para las PCD en el lugar de trabajo;
- j) Promover la adquisición por las PCD de experiencia laboral en el mercado de trabajo abierto;
- k) Promover programas de rehabilitación vocacional y profesional, mantenimiento del empleo y reincorporación al trabajo dirigidos a PCD.

Art. 28 Nivel de vida adecuado y protección social

1. Los Estados Parte reconocen el derecho de las personas con discapacidad a un nivel de vida adecuado para ellas y sus familias, lo cual incluye alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a la mejora continua de sus condiciones de vida, y adoptarán las medidas pertinentes para salvaguardar y promover el ejercicio de este derecho sin discriminación por motivos de discapacidad. 2. Los Estados Partes reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la protección social y a gozar de ese derecho sin discriminación por motivos de discapacidad, y adoptarán las medidas pertinentes para proteger y promover el ejercicio de ese derecho, entre

ellas: b) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en particular las mujeres y niñas y las personas mayores con discapacidad, a programas de protección social y estrategias de reducción de la pobreza; c) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad y de sus familias que vivan en situaciones de pobreza a asistencia del Estado para sufragar gastos relacionados con su discapacidad, incluidos capacitación, asesoramiento, asistencia financiera y servicios de cuidados temporales adecuados; d) Asegurar el acceso de las personas con discapacidad a programas de vivienda pública; e) Asegurar el acceso en igualdad de condiciones de las personas con discapacidad a programas y beneficios de jubilación.

Art. 29 Participación en la vida política y pública.

Garantizarán a los derechos políticos y la posibilidad de gozar de ellos en igual de condiciones con las demás y se comprometerán a:

a) Asegurando que puedan participar plena y efectivamente en la vida política y pública en igualdad de condiciones, directamente o a través de representantes libremente elegidos, incluidos el derecho y la posibilidad de votar y ser elegidas, entre otras formas, mediante:

i) La garantía de que los procedimientos, instalaciones y materiales electorales sean adecuados, accesibles y fáciles de entender y utilizar;

ii) La protección del derecho de emitir su voto en secreto en elecciones y referéndum públicos sin intimidación, y a presentarse efectivamente como candidatas en las elecciones, ejercer cargos y desempeñar cualquier función pública a todos los niveles de gobierno, facilitando el uso de nuevas tecnologías y tecnologías de apoyo cuando proceda;

iii) La garantía de la libre expresión de la voluntad como electores y a este fin, cuando sea necesario y a petición de ellas, permitir que una persona de su elección les preste asistencia para votar;

B) Promover activamente un entorno en la que puedan participar plena y efectivamente en la dirección de los asuntos públicos, sin discriminación y en igualdad de condiciones, fomentar su participación en los asuntos públicos y, entre otras cosas:

i) Su participación en organizaciones y asociaciones no gubernamentales relacionadas con la vida pública y política del país, incluidas las actividades y la administración de los partidos políticos;

ii) La constitución de organizaciones que representen a nivel internacional, nacional, regional y local, y su incorporación a dichas organizaciones.

Art.30 Participación en la vida cultural, las actividades, el esparcimiento y el deporte.

1.- Reconocen el derecho a participar en igualdad de condiciones con las demás, en la vida cultural y adoptarán todas las medidas pertinentes para asegurar que:

a) Tengan acceso a material cultural en formatos accesibles;

b) Acceso a programas de televisión, películas, teatros y otras actividades culturales en formatos accesibles;

c) Acceso a lugares en donde se ofrezcan representaciones o servicios culturales tales como teatros, museos, cines, bibliotecas, y servicios turísticos y, en la medida de lo posible, tengan acceso a monumentos y lugares de importancia cultural nacional.

2.- Adoptaran las medidas pertinentes para que puedan desarrollar y utilizar su potencial creativo, artístico e intelectual, no solo en su propio beneficio sino también para el enriquecimiento de la sociedad.

3.- Tomarán las medidas pertinentes, de conformidad con el derecho internacional, al fin de asegurar que las leyes de protección de los derechos de propiedad intelectual no constituyan una barrera excesiva o discriminatoria para el acceso de materiales culturales.

4.- Tendrá derecho, en igualdad de condiciones con las demás, al reconocimiento y el apoyo de su identidad cultural y lingüística específica, incluidas la lengua de señas y la cultura de los sordos.

5.- Participar en igualdad de condiciones en actividades recreativas, de esparcimiento y deportivas, los estados partes adoptaran las medidas:

a) Alentar y promover la participación en actividades deportivas.

b) Asegurar que tengan la oportunidad y desarrollar actividades deportivas y recreativas en igualdad de condiciones, instrucción formación y recursos adecuados.

c) Asegurar que tengan acceso a instalaciones deportivas, recreativas y turísticas;

d) Asegurar que las niñas y niños con discapacidad tengan igual acceso con la participación en actividades lúdicas, recreativas, de esparcimiento y deportivas, incluidas las que se realicen dentro

de las escuelas; e) Asegurar que tengan acceso a los servicios de quienes participan en la organización de actividades recreativas, turísticas, de esparcimiento y deportivas.
Art 31 Recopilación de datos y estadísticas
a) Respetar las garantías legales establecidas, incluida la legislación sobre protección de datos, a fin de asegurar la confidencialidad y el respeto de la privacidad de las PCD;
<i>Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para personas con discapacidad (ODM para las PCD)</i>
Atención (médico-rehabilitadora)
II.4.e acceso de las PCD a los servicios de atención de la salud, incluidos los servicios de atención primaria y especializada, entre otros medios, realizando inversiones en esos servicios y mejorando su asequibilidad para las personas con discapacidad;
II.4.k Incluir la accesibilidad y la rehabilitación como componentes esenciales en todos los aspectos y etapas de la respuesta humanitaria.
II.4.o Alentar la movilización de recursos públicos y privados que les permitan atender necesidades apremiantes para la incorporación de la discapacidad en el desarrollo, incluso en relación con la rehabilitación, la habilitación y la igualdad de oportunidades para las PCD, la promoción de la salud y la organización de campañas de salud pública para la prevención de enfermedades, y la gestión de factores de riesgo de índole social, ambiental y sanitaria, entre otras cosas, mediante la mejora de la atención de la salud, la salud materna y el acceso a vacunas, los servicios de abastecimiento de agua potable y saneamiento, y la seguridad del transporte
Inclusión
II-4-a: aplicación e implementación internacional sobre discapacidad y el desarrollo alentado la ratificación y aplicación de la Convención sobre Derechos Humanos sobre los derechos de las PCD
II.4.b El empleo pleno y productivo y el trabajo decente, y el acceso a los servicios sociales básicos, así como en sus procesos de adopción de decisiones,
II.4.c Aprobación y aplicación de planes nacionales que sean pertinentes para los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, a fin de promover la inclusión de las PCD;
II.4.d El derecho a la educación basado en la igualdad de oportunidades y la no discriminación asegurando que la educación primaria sea accesible, gratuita y obligatoria.
II. 4.e la educación temprana y la educación secundaria estén disponibles y sean accesibles para todos en general,
II.4.f Promover el acceso de las PCD a programas pertinentes basados en niveles mínimos de protección social.
II, 4. G Tomen medidas sostenibles para asegurar el acceso al empleo pleno y productivo y al trabajo decente, como al acceso a sistemas educativos inclusivos.
II.4.h Asegurar la accesibilidad mediante la eliminación de las barreras en el entorno físico, el transporte, el empleo, la educación, la asistencia sanitaria y los servicios como la información de servicios asistenciales.
II.4.i. Mejorar la reunión de datos sobre discapacidad y su análisis y seguimiento para la planificación, aplicación y evaluación de las políticas de desarrollo.
II.4.j Reforzar y apoyar, en coordinación con instituciones académicas y otros interesados las labores de investigación para fomentar el conocimiento y comprensión sobre la discapacidad
II.4. I Alentar la comprensión y conocimiento y el más alto grado posible de conciencia social (a través de campañas) respecto de las PCD para procurar eliminar la discriminación social y las barreras psicológicas para la participación plena en la sociedad
II.4.m Reforzar las iniciativas nacionales encaminadas a atender los derechos y las necesidades de las mujeres y los niños con discapacidad

Elaboración propia respetando la simbología y numeración de los documentos analizados.

Si bien en la tabla anterior se plasman los aspectos atendidos por México en relación con lo suscrito internacionalmente, es necesario llevar el análisis a los elementos que vinculan a las políticas -entendidas como toma de postura Estatal- y los programas -como la forma de operacionalizarlas en acciones concretas- que lleguen a la población objetivo, en este caso las personas con discapacidad. Por ello, el siguiente nivel de análisis se desarrolló detectando cuándo dichos aspectos a nivel nacional no solo son tomados en cuenta en la ley en donde se especifica los “qués”¹⁵, sino también buscando los “cómos” concretos en el Programa Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad 2014-2018, en sus objetivos, estrategias, líneas de acción y señalando el sujeto obligado para implementarlas. Es decir, se parte del supuesto de la importancia de que para cada uno de los rubros pueda implementarse, se debe tener en cuenta que cada “qué” tenga su correspondiente planeación del “cómo” como orientador de su puesta en marcha.

En este sentido es importante destacar a continuación las deficiencias encontradas:

- Efectuar la legislación correspondiente en nuestro país basada en la CDPCD, sin atender la realización de inversiones y mejorar la asequibilidad.
- En el numeral II.4 de atención cumple su cometido dentro del Objetivo 2 con la estrategia 2.7, esta estrategia no indica que hacer con el respectivo numeral de la ODM para las PCD y las líneas de acción que se desprenden no indica el cómo hacerlo, los verbos asociados son promover, garantizar, implementar, garantizar y asegurar.
- Lo que no quedan claros son los mecanismos de atención para casos de desastre y reducción de riesgos, más que la rehabilitación.
- II.4.O en su cruce con la legislación nacional este cumple lo marcado en el Art. 8 con las fracciones I y II de la LGIPCD, estrategia 2.2 Fortalecer y

¹⁵ En este caso la Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad.

mejorar la calidad de los servicios de salud para las PCD sin atender la movilización de los recursos privados

En los párrafos anteriores vimos lo relacionado con la atención rehabilitadora, ahora daremos paso a la categoría de inclusión para el análisis de este trabajo:

- Se atienden los siguientes rubros dentro de la legislación nacional; II.4. B y G relacionado en el capítulo II trabajo y empleo Art. 11 Fracciones del I-V (los siguientes incisos cotejarlos con los rubros sensibilización y rehabilitación; por ejemplo: el inciso VI está relacionado con el cambio cultural o de sensibilización, el sujeto obligado es la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS). El numeral 11.4.A lo atiende en el Objetivo 6 Estrategia 6.1 del PNDPCD 2014-2018 teniendo como sujeto obligado al Poder ejecutivo general como garante de la aplicación de lo convenido internacionalmente y al CONADIS.
- II.4.C se cruza con el PNDPCD 201-2018 dentro del Objetivo 1 con las estrategias 1.1 y 1.4, el cual nos dice que se incorporaran los derechos de las PCD en los programas o acciones de la administración pública, colocando en sus indicadores como sujeto obligado para la supervisión de este objetivo al Área de Políticas Públicas del Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las PCD y al CONADIS.
- II.4.D, E y G con el Capítulo III Educación Art. 12 fracciones del I-XIII, Art. 13 y 15 de la LGPIPCD, conjuntamente con el Objetivo 4 Estrategias 4.1,4.2, 4.3 y 4.5, coloca como sujetos obligados a la participación en conjunto de diversas instancias a nivel federal y local (Estatad), Órganos Constitucionales Autónomos, Participación social y coordinación Nacional.

- II.4.D se relaciona con el Capítulo III Educación Art. 12 fracciones del I, II, III, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, Arts. 13 y 15 de la LGIPCD. como sujeto obligado la SEP.
- II.4.h se vincula con el Capítulo V Art.19 Transporte Público y Comunicaciones Fracciones I-V y Art. 20 de la LGIPCD. El encargado de llevar la norma de esta fracción es la Secretaría de Comunicaciones y transportes (SCT), como garante de la promoción de los derechos de las PCD en el ámbito de acceso al título del capítulo.
- II. 4.i Capítulo VII Recopilación de datos y Estadística Art. 22 y 23

Los apartados anteriores nos mostraron lo hecho con los ODMPCD en las categorías del análisis del qué y el cómo, para la elaboración de los planes y programas por el Estado mexicano. Se va a dar paso al siguiente documento internacional que se tomó como referencia y en el que se ha basado la actual legislación de nuestro país. Se procederá con la primera categoría del análisis que es la atención médica-rehabilitadora y después con la inclusión en el ámbito de participación ciudadana.

- El Art. 25 de la CDPCD nos habla del derecho a la salud, la cual se vincula con la legislación de la LGIPCD en el Artículo 7 fracción II cumple con lo señalado en el inciso C, el Art. 9 cumple con el inciso D. Mientras que el Objetivo 2 del PNDPCD relacionado con la Mejora del acceso de las PCD a los servicios de salud, así como también de la salud especializada estrategia 2.1 a 2.7.
- EL Art. 26 nos dice qué hacer sobre la rehabilitación y habilitación de las PCD, se vincula con el título segundo de las personas con discapacidad capítulo I Salud y Asistencia Social en el Art. 7 de la LGIPCD, fracción IV, VII, X.

Dentro del PNDPCD está relacionado con el Objetivo 2 estrategia 2.1 (prevención y rehabilitación de discapacidades).

La siguiente categoría de análisis es correspondiente a la inclusión, desde una participación ciudadana la cual dentro de la Convención está muy marcada en los artículos que a continuación detallaremos en su correspondencia con la legislación de nuestro país:

- El Art. 8 de esta convención nos habla de la toma de conciencia, Título Segundo derechos de las PCD Capítulo I Salud y Asistencia Social Art. 8, fracciones de I al V y Capítulo XII Sistema Nacional para el desarrollo y la inclusión de las personas con discapacidad art 37 fracciones del I-VI Art. 11 Fracciones del I-V, donde el sujeto obligado son todas las dependencias de gobierno en sus respectivas atribuciones.
- El Art. 9 nos indica sobre la accesibilidad para las PCD, que en el Objetivo 5 y la Estrategia 5.3, en conjunto con el Capítulo IV ACCESIBILIDAD Y VIVIENDA Arts. 16-18, como encargados de llevar a cabo estas acciones la Participación Institucional, social y coordinación Nacional del Estado Mexicano.
- El Art. 12 habla sobre el Igual reconocimiento como persona ante la ley, el Objetivo 6 Estrategia 6.1 y 6.3 del PNDPCD es el que se alinea con los objetivos de esta declaración.
- Art. 13 indica sobre el qué hacer con el acceso a la justicia para las PCD, con el capítulo IX Acceso a la Justicia Art. 28-31 de la LGPIPCD y los Objetivos 5 Estrategia 5.4, 6 Estrategia 6.3 del PNDPCD.
- Art. 14 libertad y seguridad de la persona, objetivo 6 en conjunto con la estrategia 6.2 del PNDPCD.

- Art. 15 protección contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, al igual que el Art. 16 protecciones contra la explotación, la violencia y el abuso se vinculan con el objetivo 6 estrategia 6.5 del PNDPCD.
- Art. 20 movilidad personal; dentro del PNDPCD con el Objetivo 5 Estrategia 5.3 y 5.4, y en la LGPIPCD dentro del Capítulo V Transporte Público y Comunicaciones Art. 29 Fracciones I-III.
- Art. 21 libertad de expresión, de opinión y acceso a la información, está vinculada con el PNDPCD en el Objetivo 5 Estrategia 5.3. Referido al uso de las TICS.
- Art. 24 Educación, dentro del Capítulo III Educación Art. 12 fracciones del I-XIII de la LGPIPCD y el Objetivo 4 Estrategia 4.1, 4.2 del PNDPCD, como sujeto obligado la Secretaría de Educación Pública (SEP) como garante en función de este apartado.
- Art. 27 Trabajo y Empleo, dentro del Objetivo 3 Estrategias 3.1, 3.2, 3.3, 3.5, 3.6 y 3.7 del PNDPCD y el Capítulo II Trabajo y Empleo Art. 11 fracciones I-V de la LGPIPCD; como sujetos obligados la STPS, la Secretaría de Economía y SEDESOL.
- Art. 28 nivel de vida adecuado y protección social, con los objetivos: 1 estrategia 1.3 y 5 Estrategias 5.1 y 5.2 del PNDPCD, como sujeto obligado la Comisión Nacional de Vivienda.
- El Art. 29 habla de la participación en la vida política y pública, dentro del PNDPCD en el Objetivo 6 con la Estrategia 6.4.
- El Art. 30 participación en la vida cultural, las actividades, el esparcimiento y el deporte, de la LGPIPCD en el Capítulo VIII Deporte, Recreación, Cultura

y Turismo, Art. 24 fracción I, II, III; Art. 25 fracción I, II, Art. 26 fracción I-VII y Art. 27 fracción I, y del PNDPCD el Objetivo 4. Estrategia 4.4, 4.5 y 4.7

- En el Art. 31 referente a la recopilación de datos y estadísticas, dentro del PNDPCD en el Objetivo 1 estrategia 1.5 y en la LGPIPCD en el Capítulo VII Recopilación de datos y Estadística Arts. 22 y 23.

Después de hacer esta revisión podemos responder que no se logra visualizar de una manera clara el cómo se llevarán a cabo las acciones que corresponden a cada uno de los rubros, Ander- Egg, en sentido amplio hace referencia al concepto de programa “como un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos relacionados o coordinados entre sí y que son de similar naturaleza” (Ordaz y Saldaña, 2005:31). De ahí la necesidad de analizar si lo formulado hace referencia al qué y al cómo.

En este sentido es importante recordar que un plan está constituido por un conjunto de programas; un programa estipula las acciones orientadas a alcanzar las metas y objetivos propuestos dentro de un periodo determinado.

Es decir la efectividad de realizar un programa, como el PNDPCD debe de tener como objetivo en especial en el cómo hacerlo en relación al qué hacer, que si bien, en este caso, el plan se divide en Objetivos y estrategias, y líneas de acción que se corresponden a lo suscrito, en su análisis encontramos que estas no establecen metas a corto, mediano y largo plazo, fragmenta a los sujetos obligados a partir de la Organización por Secretarías de Gobierno, sin establecer los cruces entre ellas que darían certidumbre de cómo ir avanzado en las dificultades en la atención e inclusión a las PCD. En este sentido si bien están las líneas de acción faltan los programas específicos para cada uno de los apartados de atención médico rehabilitadora e inclusión.

En términos generales a partir del análisis realizado se destaca que hay una correspondencia entre los convenios internacionalmente y la legislación mexicana, en la cual se atiende los diversos aspectos pactados, la formulación de los objetivos y estrategias del Programa Nacional el Desarrollo y la inclusión para las PCD se corresponden a la letra a los propuestos y suscritos internacionalmente, sin embargo falta claridad en las acciones concretas y los tiempos para ir avanzando en el logro de los mismos.

En este sentido es importante tomar en cuenta que al tener la responsabilidad de formar parte de acuerdos internacionales, para llevarlos a cabo en el ámbito local, es necesario regionalizarlos, lo cual implica, en principio realizar un diagnóstico, de tal manera que se pueda reconocer los retos que se enfrentarían y en ese sentido, establecer compromisos en temporalidades, dado que se debe considerar el conjunto de acciones que implicarían alcanzar las metas, las cuales son diversas para cada uno de los países, e incluso diferentes en relación a la diversidad y complejidad de cada nación.

Derivado de los resultados se observa un mayor avance en la categoría de atención- rehabilitación sobre la de inclusión, es esta última además requiere transformaciones de manera compleja dado que engloba varios aspectos, entre los cuales se destaca los elementos de adaptación de infraestructura, capacitación de recursos humanos para la atención de las PCD en los distintos ámbitos de ejercicio de la ciudadanía y desde las distintas discapacidades, los ajustes razonables hacia los recursos materiales y el cambio cultural al interior de toda la sociedad, en respuesta a la mirada de modelo social transformación que en esta materia se impulsa.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

“lo normativo queda fuera de lo que podríamos llamar, una cultura incluyente en defensa de la diferencia, lo que implica ciertamente que lejos de conducir a una aceptación de los individuos con alguna alteración física, puede conducir a un nuevo racismo excluyente “ Cisneros, 2008

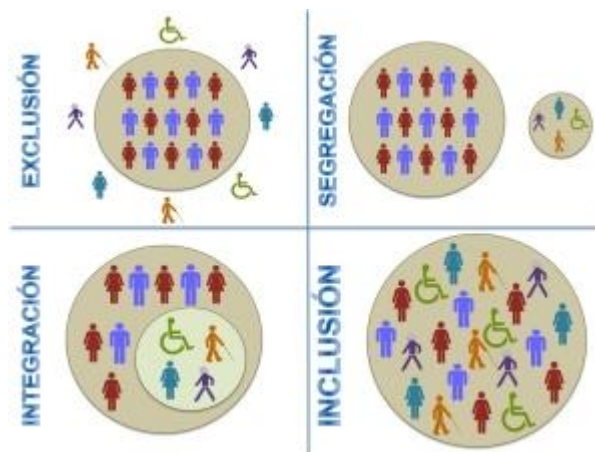
Según los resultados encontrados, se concluye que el contenido dentro de la normatividad y formulación de la política pública para las personas con discapacidad que atienden a los derechos y obligaciones asentados en los pactos y tratados internacionales, están planteados en dos documentos de importancia para esta legislación. Se puede apreciar que la normativa nacional en materia de las políticas y programas para las PCD hace énfasis en lo patológico (normal/anormal) y a partir de ello se enuncia implícitamente desde la lógica de Persona Sin Discapacidad/ Persona con Discapacidad, lo cual, si bien es excluyente, podemos inferir que se hace con la intención de marcarlo para poco a poco hacer un cambio sociocultural. Es decir, se considera necesario inicialmente marcar la diferencia para ir avanzando a la inclusión cultural, de tal manera que en el momento que se logre la igualdad social entre todos los seres humanos y su diversidad de condiciones, no será necesario señalarla. En este sentido, debemos entender que la inclusión es un proceso social, que debe transitar desde una cultura dominante incorporada que realiza una dicotomía, en este caso personas con y sin discapacidad, y sobre la que se establece prejuicios, estereotipos y que han dado forma a las prácticas hasta lograr una transformación de dichas prácticas hacia el entendimiento y comprensión de la diversidad existente entre los sujetos de la sociedad con igualdad jurídica.

También, en referencia con las discapacidades psicosociales, se ve la confusión o asociación con la discapacidad mental porque en algunas ocasiones viene adherida o junto con una de este tipo, en la normatividad mexicana no es clara en este punto, se tendría que reconocer en ella, que existen personas con discapacidad psicosocial no evidente, por lo que las coloca condiciones de

estigmatización social asociada a problemas conductuales o de educación sin atender las verdaderas necesidades que su condición implica y que difiere de discapacidad mental.

En este mismo sentido, el Estado mexicano reconoce lo normado, pero en la categoría de inclusión falta la operación en los programas, ya que alcanzar la igualdad implica considerar las necesidades de los diferentes tipos de discapacidades que observamos en la taxonomía descrita en el marco teórico de esta investigación, que permita adecuar y contar con los distintos recursos humanos y materiales como primer requisito para participación de las PCD en las distintas esferas sociales (educación, trabajo, movilidad, esparcimiento, etc.) en función de la discapacidad que se tenga.

Para ello es necesario tomar en cuenta que la inclusión e integración son términos que en muchas ocasiones se utilizan como conceptos iguales que comparten un mismo significado, sin embargo, inclusión e integración no son palabras sinónimas. Inclusión e integración representan filosofías totalmente diferentes, integrar a alguien es abrirle un espacio dentro de un grupo, pero ello no garantiza su participación e interacción plena con los otros y con el resto del contexto, en tanto que incluirlo si, ahora bien, pasar de la exclusión a la Inclusión supone un proceso largo que necesariamente requiere de un cambio cultural de todos los sujetos que conforman a la sociedad. En medio de esta transformación podemos situar la integración como requisito previo. Ahora bien, debemos ir más allá, paso a paso sin olvidar que el último fin siempre es la inclusión.



Esquema de diferencias: exclusión, segregación, inclusión e integración. Doble Equipo de Valencia, 2013

Un aspecto que se resalta en lo investigado anteriormente es que a pesar de los tratados internacionales que ha firmado y ratificado nuestro país, el Estado ha formulado, diseñado e implementado muy pocas políticas en materia de discapacidad, que de sexenio a sexenio siguen la misma inercia, sin llegar a una adecuada formulación, diseño e implementación. Habrá que estar atentos al posicionamiento y seguimiento que se haga en torno a la inclusión de las PCD en el presente sexenio, dado el cambio ideológico del gobierno federal actual, los recortes presupuestales y las políticas de solidaridad emprendidas.

Hasta lo aquí analizado, México desarrolla PP con base en los pactos y tratados internacionales en materia para las PCD, a nivel documental se observa que cumple con ellas parcialmente, pero a la hora que son supervisadas en su formulación e implementación por mecanismos internacionales como la ONU, no atiende las recomendaciones que ésta le hace para que sean más eficientes y que se avance hacia la meta.

Hay que reconocer que vivimos en un país que no cuenta con las mismas condiciones y recursos que los otros países firmantes, en donde el régimen de política social no es de igual manera distributiva lo cual debe considerarse en el momento en se suscribir tratados internacionales los que comprometen a establecer tiempos, los cuales se deben de considerar a partir del diagnóstico de

las condiciones en las que se ejecutarán para diseñar los mecanismos y las acciones a las que se compromete el Estado. En este sentido sería conveniente recuperar la guía para el análisis sobre políticas de Bardach y teniendo claro que la meta, generar los datos necesarios, no solo de cuántas personas con las diferentes discapacidades se encuentran y en que entidades, sino información cuanti-cualitativa de cómo perciben su desarrollo en los diferentes entornos, que necesidades detectan y desde ellas vincular las posibilidades de ir atendíéndolas, seleccionado desde las distintas alternativas la que brinda a través del análisis, los mejores y más eficientes resultados, entendiendo que el proceso es largo y con distintas aristas.

Cabe enfatizar nuevamente, que el compromiso radica fundamentalmente en transitar de una concepción de la discapacidad como una patología que debía de atenderse en el sentido médico rehabilitador, a un cambio en sentido cultural mediante la solicitud de DDHH con la Convención, hacia un modelo social de la inclusión y la participación ciudadana. Cambiando el paradigma cultural, que a partir de como la Convención deja atrás el modelo médico-rehabilitador asistencialista imperante para atender a las personas con discapacidad desde el enfoque de enfermedad, y en el que se evaluaba a la discapacidad por leve, moderada y grave, por el modelo social en el que la discapacidad se ve como una condición que se valora a partir de las dificultades de interacción con el entorno, es decir son personas dentro de la diversidad que tienen entornos poco favorables para su desarrollo.

Para esto las políticas sobre la discapacidad tienen que asegurar el acceso en su totalidad a los servicios que se le prestan a la comunidad en la que están inmersos, sin excluir a ningún sujeto. A su vez como la PCD tienen derechos también tendrán obligaciones. La imagen de las PCD depende de las actitudes sociales basándose en los múltiples factores, que permitan construir una mayor participación social de forma equitativa.

México tiene condiciones para llevar la toma de conciencia en torno a la inclusión de las PCD, pero debe considerar los retos que representa entre las variaciones de una localidad a otra (de estado a estado), en este sentido debe de considerar las diferencias culturales como las condiciones para establecer los programas, estrategias y líneas de acción. Un aspecto fundamental para que vaya cambiando y permeando en la cultura es empezar la concientización desde el núcleo familiar para que haya una reproducción cultural. Esto es, si las instituciones sociales no avanzan en el cómo atender a las PCD no habría un cambio cultural ya que es más difícil vencer la barrera actitudinal que una arquitectónica (accesibilidad). Será necesario centrarse sobre las capacidades de las PCD y no en las limitaciones que estos tengan. Así con la participación de la familia en la comunidad que permee la esencia de la experiencia humana en la sociedad para lograr un cambio. “La meta a largo plazo es crear una sociedad proyectado y construida de acuerdo con las auténticas necesidades de toda la población”

Y la promoción de la Salud ¿Qué puede hacer?

La PS puede actuar como mediador entre las PCD y las Instituciones que realizan las políticas públicas, puede estar inmersa junto con el Estado en la realización de los planes que les solicitan a nivel Internacional estudiando las necesidades de la población y colaborando en la sensibilización para lograr el cambio cultural.

Posiblemente en algún momento la PS realizando estudios de corte epidemiológicos longitudinales podría observarse si la aplicación de dichos instrumentos son la manera más correcta, para que no solo se permee en el ámbito legislativo o normativo, sino que también se vayan incorporando en la cultura y en la forma de cómo ver a las PCD no sólo como el marginado; que habiendo más allá de una integración sea también una inclusión social, por eso sería necesario influir en los gobiernos y los sectores de la sociedad un actor de cambio, el promotor de la salud, dando seguimiento a la implementación de programas y planes tanto para la atención rehabilitadora, como de la

construcción de una ciudadanía para las personas con discapacidad, identificando necesidades para promover el cambio y la conciencia pública evitando los prejuicios, los estereotipos “tradicionales” a los que estamos acostumbrados a oír públicamente.

La PS echando mano de sus conocimientos en el área de las ciencias y la humanidades, podría con sus saberes y el apoyo de un grupo de trabajo, tal vez en una ONG o IAP, contribuir en la creación de redes de apoyo que favorezcan la puesta en marcha de la inserción de las PCD en los distintos espacios sociales.

Con la capacidad de la PS y el uso de la exigibilidad jurídica y abogacía, puede apoyar a la legislación en la formación de PP y social para las PCD en su construcción de ciudadanos con derechos y obligaciones, así generando un verdadera cultura de la inclusión y valorar si con ello mejoran sus condiciones de salud. Sobre todo las PP tendrían que trascender para así poder lograr un cambio cultural, como un tema que implica a todos los sectores de la sociedad y no solo a las PCD. Si logramos con el aprendizaje entender la modificación de las conductas personales de nuestros actos se podría generar un mundo incluyente y respetuoso de la diversidad en la que estamos día con día inmersos como sujetos de cambio.

Dentro de los objetivos de la PS, es elevar los niveles de autonomía de los sujetos; como también elevar los niveles de salud de las comunidades en la cual no se pueden entender si los sujetos no se asumen como agentes políticos. Mediadores que intervengan en las relaciones de poder. Sí el promotor de la salud no interviene en las relaciones de poder, sin asumir lo relevante de la política que tiene en estas relaciones en las que se establecen a raves de la salud no es posible modificar las condiciones de vida de los sujetos.

PROPUESTA

Deben revisarse y en su caso realizar el cambio de lenguaje en la formulación de las políticas, siendo las políticas una de las esferas en las que se muestra la poca aceptación de la discapacidad, y también se expresa por otro lado como la discriminación de la cual son objetos las PCD, como la auto negación que las PCD tienen de su propia condición. Justamente en el ámbito de la toma de decisiones, las PCD luchan por tener una presencia efectiva, manifestando este problema gravemente.

“La discapacidad entendida como una opción política que debería ser de enorme interés para las grandes mayorías; no arrastra multitudes, ni siquiera lograr conseguir la firme adhesión de las propias PCD.”(Prieto, 2008:119)

Ya que las PCD siempre han sido asociadas a conceptos peyorativos o negativas, sin llegar a ser suficientemente inclusivas terminando siempre nada más como integradoras a lo largo de estos años. Marshall en Cruz y Hernández 2006, nos refiere a que el concepto de ciudadanía contiene tres tipos de derechos civil, político y social; cada uno con naturaleza y características propias, especialmente en lo que se refiere a la relación entre el Estado y el individuo o ciudadano. Esto es decir que no hay ciudadanía sin el Estado y ni Estado sin ciudadanos, en este sentido podemos decir que los derechos de las PCD, son derechos de ciudadanía y que solo existen en su función relacionada con el Estado.

La discapacidad es un fenómeno social objetivo y visible, en el cual está construido por situaciones de deterioro físico, psíquico y/o personal que afecta a un cierto grupo en específico. Esta condición genera inseguridad personal, económica y laboral implicando la falta de acceso a los servicios básicos; en este proceso de integración de las PCD ha sido parte por las barreras y prejuicios que

tiene nuestra sociedad hacia este grupo en específico que deben eliminarse para poder si constituir una verdadera inclusión.

Así garantizando a las PCD que puedan apropiarse de los espacios públicos y privados, enfrentándose y eliminando los obstáculos y barreras que se presentan en su vida, estas barreras son las sociales, físicas, culturales y tecnológicas.

Se necesita generar información estadística sobre el número de PCD y su tipo, sobre sus condiciones de vida y sobre la discriminación que sufren, ya que al haber asistido a las jornadas de CADUNAM por parte de la Facultad de Filosofía y Letras, como parte de la metodología de investigación para el presente trabajo varios ponentes y público que asistió nos refería que debería de haber censos más confiables por parte del Estado y las instituciones a las que pertenecen a nivel educativo. Así las instituciones educativas, pueden a su vez, empezar ordenadamente a generar el cambio, una transición para que puedan ser más incluyentes con los colectivos a los que pertenecen y así puedan desarrollarse como sujetos dentro de un nivel licenciatura y posgrados.

Por lo que dentro del modelo social de la discapacidad se deben de romper barreras y prejuicios sobre los diferentes tipos que ya se mencionaron en la taxonomía, ya que no todos son evidentes a simple vista pudiendo ser juzgados por la forma en la que se presente y así evitar la discriminación en las diferentes esferas de la sociedad.

Dentro de la constitución de la CDMX se reconocen los derechos humanos y la capacidad del ejercicio democrático de la ciudadanía, que es la capacidad jurídica de las PCD se reconoce en su pleno derecho humano inherente a los sujetos que viven en la localidad, esto serviría como un detonador para las otras entidades federativas, generando un cambio cultural y político que podría ser asimilado en algún tiempo.

Las instituciones gubernamentales de nuestro país que brinden servicios a la ciudadanía y ejercicio de derechos ciudadanos deberán de contar con lo

necesario para poder atender a las PCD, teniendo formatos accesibles para cada una de las discapacidades, intérpretes de lenguaje de señas, lecto-escritores de Braille, instalaciones adecuadas para que puedan realizar sus trámites sin importar la condición que tengan para poder ejercer su ciudadanía.

Porque la integración es el paso para llegar a la inclusión de las PCD en la sociedad, es una cuestión de ciudadanía por lo que se necesita ser afrontada desde un punto de vista político. Se deben de pensar en políticas y programas para cada momento de la vida, es decir la esperanza de vida de la población cada vez se eleva más; por consecuencia una parte de la población al entrar a la vejez tendrá una condición de discapacidad ya sea por alguna enfermedad o por la misma etapa de la vida que cursa.

Para finalizar es importante señalar que los alcances de esta investigación se limitaron a un análisis documental resultado del cual, como se ha mencionado, podemos concluir que se cuenta en México con una normatividad y formulación de propuestas de acción que, cumplen con lo pactado internacionalmente, aunque en ciertos aspectos no queden claras las acciones específicas que se llevarán a cabo, ni como los sujetos obligados de vincularan para darles cause frente a responsabilidades sobrepuestas.

Ahora bien, desde un inicio se consideró la pertinencia de complementar dicho análisis con la observación de la puesta en marcha de los programas y con ellos la legislación, por lo que para un segundo momento en esta misma línea se propone realizar una observación en campo para verificar en los hechos las condiciones que se tienen para el ejercicio de ciudadanía de las PCD, es decir, un diagnóstico sobre la implementación de los programas. Es en este sentido que se deja como propuesta la siguiente ficha de observación que se pretende aplicar en espacios, tales como oficinas del INE, SRE, INAPAM, ministerios públicos, oficinas del registro civil, oficinas de SEMOVI, clínicas y hospitales, en los que se puede verificar que estén dadas las condiciones arquitectónicas y de recursos materiales y humanos para atender dudas de las PCD, como requisito necesario, si bien no suficiente, para ejercer derechos ciudadanos.

Desde la promoción de la salud se puede alentar a la construcción de una PP que se centre más allá del factor de accesibilidad (rampas, elevadores, sillas, piso, etc.) en estos espacios arquitectónicos, sino que también aliente al estudio y la investigación del cambio cultural para dar una mayor visibilidad de los problemas que enfrenta esta porción de la población y atender sus necesidades, analizando cómo se va impactando en sus condiciones de salud no solo desde el punto de vista fisiológico, sino también social al ser partícipes de su ejercicio de ciudadanía.

Es necesario para la PS después de este recorrido analítico sobre la implementación de la PP, que se vigile la correcta aplicación de la normatividad, que siga en forma consecutiva y no se corte en cada cambio de sexenio por el régimen político e ideológico que traen la consigna presidencial. Teniendo un papel dentro de la gestión pública para adentrarse a las necesidades de la población, así resolviendo el problema del cómo se va a ejecutar una vez implementado.

FICHA DE OBSERVACIÓN

Fecha: _____

Lugar: _____

Hora inicio/hora de término: _____

Descripción (¿Qué puedo mirar?):

- ¿Hay Instalaciones adecuadas?

Hay rampas de acceso para usuarios de silla de ruedas			
Si		No	

Señalización para PCD visual piso podo táctil, Braille Baja visión .Macro tipo			
Si		No	

Señalización para sordos (LSM) Interprete de LSM			
Si		No	

- Trato del personal hacia las PCD

Se cuenta con personal capacitado			
Si		No	

Buen trato del personal			
Si		No	

Pudo orientar a la persona			
Si		No	

Hay lugares aptos para su ejercicio de ciudadanía			
Si		No	

- La PCD va acompañada

Si		No	
----	--	----	--

¿Cómo me siento hoy?

FUENTES DOCUMENTALES

Acosta, F. (2010). *La evaluación de la política social en México: avances recientes, tareas pendientes y dilemas persistentes*. SciELO. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000200007#notas 06/Abril/2017.

Animal Político. (2013) *Presentan las 5 metas del Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018*. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2013/05/publican-plan-nacional-de-desarrollo-2013-2018/>.

Animal Político (2013). *Resultados de la consulta Ciudadana para el PND 2013-2018*. Recuperado de: <https://www.animalpolitico.com/2013/05/resultados-de-la-consulta-ciudadana-para-el-pnd/#axzz2TiTgXwyx>

Barandas, M E. (2014). *Educación superior inclusiva en México, Una verdad a medias* Edición Kindle. PP. 40.

BARDACH, E. (1998) *Los 8 pasos para el análisis de Políticas Públicas*, Centro de Investigación y Docencia Económica.

Barton, Len (coord.) (1995). *Sociología y Discapacidad: algunos temas nuevos*. en *Discapacidad y sociedad*. Trad. Roc Filella, Ed. Fundación PAIDEIA-Morata. SL. Traductor Addison WesleyLongman. Madrid, España

Bojórquez, N., (2005) *Ciudadanía*. UAM Recuperado de <http://www.uam.mx/cdi/derinfancia/5nelia.pdf> 07/Octubre/2017

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2011). *Ley General de las Personas con discapacidad*. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD_120718.pdf

Campos C, Y. (2000) *Metodologías aplicadas en la administración de proyectos con cambios organizacional*. Recuperado de <http://www.camposc.net/0repositorio/ensayos/00admonmetodologiascambio.pdf>

Cásares, C. (2008) *Sobre el concepto de discapacidad. Una revisión de las propuestas de la OMS*. Dpto. de Trabajo Social y Servicios Sociales de la Universidad de La Laguna. Tenerife. Islas Canarias. España.

Castro, M del C., (2016), *En letras chiquitas. Construcción de ciudadanía y el derecho a la información en salud*. El Colegio de Sonora, México.

Cisneros, J. (2008) *“Pensar la discapacidad; una reflexión en torno al conflicto de integración”*. En B. Onofre, R. García y R. González (Eds.), *Pensar la discapacidad* (pp.21-22). Buenos Aires, Argentina: Ediciones Temas Estratégicos/ELALEPH.

Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. OMS, Salud y Bienestar Social de Canadá, Asociación Canadiense de Salud Pública.

Diario Oficial de la Federación 21 de junio de 2018. http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5528548&fecha=21/06/2018

DIF (2016). *Nuestros Valores. Misión y Visión*. Recuperado de <http://difscl-amigosdelaninez.com/> 31 de enero 2014.

Espíndola, J. (2014). *Evolución de las políticas públicas a partir del sexenio de Carlos Salinas de Gortari a la actualidad*. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP) Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Ciencias Políticas.

Recuperado de <http://ensayopol.blogspot.mx/2014/04/evolucion-de-las-politicas-publicas.html> 06/Abril/2017.

Figuroa, U., (2014). *El Sistema Internacional y los Derechos Humanos*, Ril Editores, Santiago de Chile Recuperado de: <https://books.google.com.mx/books?id=9Lc4s5DWkgMC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false> 12 de Noviembre 2018.

Gobierno Argentino. *Líneas de acción de promoción de la salud, recorrido de las principales declaraciones.* Recuperado de www.terceridad.net/sp3/por_unidad_extra/comunidad/LIN_ACC_PS_Res.doc.

Guzmán, F., (2012) *El binomio enfermedad-discapacidad: un análisis crítico.* Revista Internacional de Humanidades Médicas, v.1 (1): 61-71. INEGI (2001). *Población, Discapacidad en México.* Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P> Recuperado 27 de Febrero y 17 de Mayo 2017.

INEGI (2004) *Las personas con discapacidad en México: Una visión censal.* Recuperado de: <http://www.libreacceso.org/wp-content/uploads/2014/05/inegidiscapacidad2004.pdf> Pp. 13

INEGI (2016) *La discapacidad en México datos al 2014, INEGI* Recuperado de: http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825090203.pdf México, Pp.35.

López, O; Blanco, J (1994) *Modelos sociomédicos en salud pública: coincidencias y desencuentros.* Salud Pública de México, vol. 36, núm. 4, julio-agosto, 1994, pp. 374-384 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México.

Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad y Protocolo Facultativo*. Recuperado de <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>

Naciones Unidas (2013) *Documento final de la reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre la realización de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad: el camino a seguir: una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año*.

Ocampo, R (2004). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural. Valle Central de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica
Recuperado de http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_rocampo.pdf
05/Junio/2016.

OMS (2009) *La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud*, Nairobi, Kenia. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10212/Nairobi_2009_sp.pdf

OMS, (1982) *Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*

OMS (s/f) *Programas y proyectos, Discapacidades y rehabilitación. Normas Uniformes de las Naciones Unidas sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad*. Recuperado de http://www.who.int/disabilities/policies/standard_rules/es/ 20/Abril/2017.

OMS. *Temas de Salud, Atención primaria de salud* Recuperado de http://www.who.int/topics/primary_health_care/es/ 22/Septiembre/2016.

OPS (1978) *Declaración ALMA ATA*. Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

Ordaz. V. y Saldaña, G. (2005) *Análisis y crítica de la metodología para la realización de planes regionales en el Estado de Guanajuato*, Universidad de Guanajuato. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2006b/voz/1b.htm>
31 de octubre 2018.

Oszlak, O. (1980) *Políticas públicas y regímenes políticos: reflexiones a partir de algunas experiencias Latinoamericanas*, Estudios CEDES, vol. 3, N° 2. Buenos Aires Pág. 9. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un-padm/unpan040090.pdf>
31 de Octubre 2018.

Oszlak, Oscar y O'Donnell, Guillermo (1976). *Estado y Políticas Estatales en América Latina: Hacia una Estrategia de Investigación*, Doc. CEDES/G. E. CLACSO N° 4.

Palacios, A. y Bariffi, F. (2007) *La discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Una aproximación a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Ediciones Cinca, España.

Palacios, A. (2008) *El Modelo Social de la Discapacidad: Orígenes, Caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Ediciones Cinca, España. Pp. 26-27
Recuperado de:

<https://www.cermi.es/sites/default/files/docs/colecciones/Elmodelosocialdediscapacidad.pdf> 4 de Junio 2019.

Promoción de la Salud (2012) *LAS 5 FUNCIONES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD*. Departamento de Promoción de la Salud Baja California Sur. Recuperado el 4 de Junio 2016. Recuperado de: http://saludbcs.gob.mx/programas/promocion_salud/que-es-promocion.html#estrategias.

Ritzer, G. (2002). *Teoría Sociológica Moderna*. Ed. McGraw Hill. Recuperado el 24 de Mayo 2017. Recuperado de: <http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/TeoSocClall/9bRitzer.pdf>

Ruíz, Ramón. (2006), *Historia y evolución del pensamiento científico*. Glosario Recuperado el 9 de Octubre 2016. Recuperado de: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2007a/257/10.htm>

SEDESOL. *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las personas con discapacidad 2001-2018*. Recuperado el 30 de Junio 2016. Recuperado de: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5343100

Sales Heredia, F (2014) *Discapacidad en México*. LXII LEGISLATURA CAMARA DE DIPUTADOS, Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública. *Carpeta de indicadores y tendencias sociales, número 27*. Recuperado el 22 de Junio 2016. Recuperado de: <https://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjmsur6rbvUAhXF5YMKHdsdDiEQFggmMAA&url=http%3A%2F%2Fwww5.diputados.gob.mx%2Findex.php%2Fesl%2Fcontent%2Fdownload>

[d%2F10430%2F53390%2Ffile%2FCarpeta-27-discapacidad-en-mexico.pdf&usg=AFQjCNEjtX8cTQ6kGbNuijuvFyTBrXvhRw](#)

Secretaria de Educación Jalisco (2017) *Documento Orientador para la atención a la discapacidad social*. Recuperado el 10 de Marzo 2019. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/95934/triptico_de_discapacidad_psicosocial.pdf

Secretaria de Salud (2018) *Observatorio Nacional de Inequidades en Salud Marco Normativo*. Publicado el 7 de marzo de 2018. Recuperado de: http://onis.salud.gob.mx/site4/somos/marco_normativo.html

Secretaria de Salud (1977). *III Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Entornos propicios para la Salud, Declaración de Sundsvall*, Suecia. Recuperado de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/10208/4_declaracion_de_Sundsvall.pdf

Secretaria de Salud (1988) *Segunda Conferencia Internacional de Promoción de Salud "Políticas a favor de la Salud"* Adelaida, Australia. Recuperado de <https://www.gob.mx/salud/documentos/declaracion-de-adelaida>

Secretaría de Salud, (1997) *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. Yakarta, República de Indonesia. Recuperado de: https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_sp.pdf

Secretaría de Desarrollo Social –SEDESOL- (2013) *Programa Sectorial de Desarrollo Social 2013-2018* Recuperado el 1 de Mayo 2017. (p.p. 69) de: http://www.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/Transparencia/DocumentosOficiales/Programa_Sectorial_Desarrollo_Social_2013_2018.pdf

Significados.com (s. f.). “Necesidades” Recuperado el 11 de Mayo 2017 de: <https://www.significados.com/necesidad/>

Tamayo, M. (1997) *“El análisis de las políticas públicas” Capítulo 11 en La nueva Administración Pública* .Alianza Editores

UIPC-IMSERSO (s/f) *Unidad 3*. La clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Introducción Recuperado el 26 de Febrero 2017, de: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/PDF/unidad3.pdf>

Valdivieso, M (2012) *Aportes a la incidencia de feminicidios en el debate sobre ciudadanía y democracia en América Latina, en feminicidio y cambio social en América latina y el caribe*, Buenos Aires, Argentina. Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales.

Victoria M., (2013) *El modelo social de la discapacidad: una cuestión de derechos humanos*. Recuperado el 1 de Julio 2019, de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmdc/v46n138/v46n138a8.pdf>