UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DISCAPACIDAD, FORMAS DE INSERCION LABORAL Y CONSTRUCCIONES IDENTITARIAS EN EL AREA METROPOLITANA DE NUEVO LEON. PAUTAS HACIA EL REPLANTEAMIENTO DE POLITICAS SOCIALES DIRIGIDAS A INVIDENTES

TESIS

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE

MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

BRENDA ARACELI BUSTOS GARCIA

DIRECTORA DE TESIS

VERONICA SIEGLIN SUTERLIN

MAYO DE 2006

TM
HD7256
.2
.N84
B87
2006
c.1

1080130338

RIA

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DISCAPACIDAD, FORMAS DE INSERCION LABORAL Y CONSTRUCCIONES IDENTITARIAS EN EL AREA METROPOLITANA DE NUEVO LEON. PAUTAS HACIA EL REPLANTEAMIENTO DE POLITICAS SOCIALES DIRIGIDAS A INVIDENTES

T E S I S

QUE PARA OPTAR EL GRADO DE

MAESTRIA EN TRABAJO SOCIAL.

PRESENTA

BRENDA ARACELI BUSTOS GARCIA

DIRECTORA DE TESIS

VERONICA SIEGLIN SUTERLIN

MAYO DE 2003

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

DISCAPACIDAD, FORMAS DE INSERCIÓN LABORAL Y CONSTRUCCIONES IDENTITARIAS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE NUEVO LEÓN. PAUTAS HACIA EL REPLANTEAMIENTO DE POLÍTICAS SOCIALES DIRIGIDAS A INVIDENTES.

TESIS
QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE
MAESTRÍA EN TRABAJO SOCIAL

PRESENTA

BRENDA ARACELI BUSTOS GARCÍA

MAYO DE 2006

UANL

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL

A QUIEN CORRESPONDA:

Los suscritos, Miembros de la Comisión de Tesis de Maestría de la
***Lic.* BRENDA ARACELI BUSTOS GARCÍA**
Hacen constar que han evaluado y aprobado la Tesis **"DISCAPACIDAD, FORMAS DE INSERCIÓN LABORAL Y CONSTRUCCIONES IDENTITARIAS EN EL ÁREA METROPOLITANA DE NUEVO LEÓN. PAUTAS HACIA EL REPLANTEAMIENTO DE POLÍTICAS SOCIALES DIRIGIDAS A INVIDENTES"**, en vista de lo cual extienden su autorización para que dicho trabajo sea sustentado en examen de grado de Maestría en Ciencias con Orientación en Trabajo Social.

DRA. VERONIKA SIEGLIN SUETTERLIN
ASESOR DE LA TESIS

MTRA. MARÍA ZEBADÚA SERRA
MIEMBRO DE LA COMISIÓN DE TESIS

FACULTAD DE TRABAJO SOCIAL
Y DESARROLLO HUMANO
SUBDIRECCION DE
ESTUDIOS DE POSGRADO

DRA. MARÍA DEL SOCORRO ARZALUZ SOLANO
MIEMBRO DE LA COMISIÓN DE TESIS

MTS. MA. TERESA OBREGÓN MORALES
SUBDIRECTORA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

Monterrey, N. L. a 05 de Junio de 2006

Ciudad Universitaria C P 66451
San Nicolás de los Garza, Nuevo León
Teléfono y fax: 83 52 13 09, 83 76 91 77
Apdo. 4-F, Postal 2811

AGRADECIMIENTOS

Primero que nada deseo agradecer al Consejo Nacional para la Ciencia y la Tecnología (CONACYT); a la Universidad Autónoma de Nuevo León y a la Facultad de Trabajo Social. Asimismo al Consejo de Desarrollo Social por el apoyo financiero para becarios otorgado a la presente tesis.

A la doctora Verónica Sieglin por todo el apoyo académico; a la maestra Zebadúa cuyas observaciones han enriquecido este trabajo así como por su contagiosa vitalidad; a la doctora Socorro Arzaluz por sus valiosas aportaciones así como por la amistad que me ha brindado.

Muy especialmente a todos los entrevistados quienes me confiaron sus historias y cuyo espíritu combativo ha sido inspirador. A SOCOININ cuyo proyecto resultó esencial para el desarrollo de la tesis.

A mi familia (Papá, Mamá, Zoé y Mauro) por soportar mi aislamiento así como por todo su amor y ayudarme en la difícil labor de cuidar a Amaranta. A mi hermano Christian y su apoyo en el rastreo de documentos, esencial para la parte histórica de este trabajo.

A Adán Cano quien me presento al grupo SOCOININ. A todos los buenos amigos de la maestría: Vero, Lety, Sandra's, Max, Yadira y Ana's por los buenos momentos compartidos. A Paty, Iris, Rene y José Luis cuya curiosidad por este proyecto resultó un ejercicio estimulante. A los nuevos amigos.

Con todo el corazón a Jorge, sin cuyo apoyo hubiera sido imposible concluir este proyecto. A la pequeña Ixká nonata (al momento) cuyas vivaces y frecuentes pataditas me han rescatado de las tinieblas en que habitaba, contagiándome con su espíritu dionisiaco.

A mi por resistir y volver a vivir...

Santa Catarina, enero 2005.

RESUMEN

A lo largo de la historia humana ha habido personas discapacitadas. No obstante, las perspectivas sociales hacia la discapacidad y los discapacitados han variado profundamente entre una época y otra. Los discursos construidos en torno a ellos influyen la atención que se les ha brindado en las diversas épocas históricas. Esta tesis analiza la discapacidad desde una perspectiva socio-histórica. En la primera parte se realiza un análisis histórico de las variables empleadas en los Censos, desarrollados por el INEGI, para conceptuar la discapacidad en México.

Entre los resultados del análisis histórico se observa que en la terminología empleada para nombrar al discapacitado se ha subrayado siempre el elemento que hace referencia a la diferencia con lo *normal*. En 1895 se resaltaba únicamente una deficiencia general del individuo. En los censos de 1900 y 1910 se intentó concretar sobre todo tipo de "incapacidad" mental: preocupación que cedió su lugar a los aspectos físicos a partir de 1921. Para el 2000 se introdujo el concepto de discapacidad, término que sigue inscribiéndose en el discurso acerca de las limitaciones, deficiencias e incapacidades de ciertas personas.

El trabajo empírico se realizó mediante los métodos cualitativos, empleando la entrevista a profundidad. El análisis de las entrevistas se realizó a través del análisis del discurso. El análisis se centró en la relación existente entre los discursos identitarios y las formas de inserción laboral y social. Como resultado del análisis de las entrevistas realizadas se encontró que en Nuevo León predomina el desarrollo de tres modelos de integración laboral para invidentes. Tienen raíces sociopolíticas distintas y surgieron en diferentes momentos coyunturales. El modelo más antiguo data de la década de los años cuarenta y se basa en la integración de los invidentes a un trabajo informal (pedir limosna en los cruceros, cantar en camiones).

El imaginario en este modelo reivindica una normalidad, la de las sociedades ocularcentristas. Ante la anormalidad de los invidentes todo trato hacia ellos tiene que basarse en criterios de caridad, lástima, misericordia y filantropía. Por otra parte las maneras de acercarse al trabajo reproducen un profundo sesgo de género que se encuentra en la tradicional división intragenérica del trabajo: mientras que el discurso hegemónico tradicional ha caracterizado al

trabajo extradoméstico como un deber de los varones, las mujeres quedaron liberadas de este compromiso social.

El segundo modelo tiene origen a mitad de los años ochenta y persigue la integración de los invidentes al sector productivo en general. En este modelo se considera que la creación de una base económica constituye la precondición para lograr la independencia no sólo económica sino también social de los invidentes. El discurso en este modelo realiza una integración del discurso en torno al Estado de Bienestar con el ideario del neoliberalismo. Esto se observa con claridad al impulsar la asociación por un lado la aceptación de las personas discapacitadas en el sector laboral. Por el otro, empero, ratifica que este logro inicial sólo se consolida si los invidentes desarrollan una autodisciplina laboral que garantice su permanencia en el trabajo y cuando continúan perfeccionando sus capacidades individuales y su sentido de responsabilidad.

Los invidentes en este modelo consideran que en México las políticas públicas laborales dirigidas a personas discapacitadas enfrentan una paradoja: el Estado crea fuentes de empleo para discapacitados casi sólo a nivel de obreros, excluyendo a aquellos que estudiaron una licenciatura. Esta orientación política entra en contradicción con el discurso oficial que se inscribe retóricamente en la filosofía de la integración y que hace hincapié en la relación positiva entre el nivel educativo y las oportunidades laborales.

El tercero se basa en una sociedad cooperativista que surge por la insatisfacción de sus integrantes con los programas y modelos de apoyo a invidentes en el Área Metropolitana de Monterrey. Los cooperativistas consideran que los programas y modelos de apoyo a invidentes en el Área Metropolitana de Monterrey no promueven ni fomentan en la realidad la independencia económica de los invidentes ni tampoco respetan los derechos fundamentales y humanos de los invidentes.

El concepto de trabajo productivo y autodeterminado lo que distingue a este grupo de otras concepciones de trabajo que circulan entre los invidentes en el Área Metropolitana de Monterrey. El proyecto de cooperativa introduce así una diferenciación entre la justicia social y las acciones caritativas o asistenciales. La experiencia adquirida en la práctica productiva desde que se formó SOCOININ enriquece la perspectiva sociopolítica de este grupo y la convierte en un acervo de saber digno de ser tomado en cuenta por las instituciones públicas y privadas a cargo de la creación de programas de atención a discapacitados.

Entre las conclusiones a las que se llega resalta la importancia de crear políticas públicas dirigidas a personas invidentes. Entre las propuestas para políticas públicas, realizadas a partir del análisis de las entrevistas realizadas, se encuentran las siguientes: promover la creación de puestos de trabajo para invidentes con estudios profesionales y/o técnicos; sensibilización de la comunidad en el trato con las personas invidentes (p.e. creación de talleres para primarias y secundarias); impulsar la creación de una ludoteca (estimular producción de audio libros de literatura local).

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS..... I
INTRODUCCIÓN..... 1
OBJETIVOS..... 3
METODOLOGÍA..... 4
La metodología cualitativa..... 4
Selección de la muestra..... 6
Construcción de casos..... 6
El instrumento de recopilación de datos..... 7
Interpretación de los datos..... 8
CAPITULO 1.- ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO..... 9
1.1. Antecedentes históricos..... 9
1.2. La lepra en la edad media..... 10
1.3. La locura..... 12
1.4. El surgimiento del estado..... 13
1.5. La primera guerra mundial y su impacto en las políticas sociales hacia las personas discapacitadas..... 14
1.6. Las políticas orientadas a personas discapacitadas durante el fascismo alemán (1933-1945)..... 18
1.7. El estado de bienestar y las políticas hacia las personas discapacitadas..... 21
CAPITULO 2.- LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO..... 22
2.1. Los Censos..... 22
2.2. La discapacidad en la actualidad..... 34
2.2.1 La visión institucional de la discapacidad: El Programa de Integración para personas con discapacidad 2001-2006..... 34
2.2.2 Condiciones de vida de las personas discapacitadas: Censo de población y vivienda 2000..... 36
2.2.2.1 Educación..... 38
2.2.2.2 Empleo..... 40
CAPITULO 3.- MODELOS EN LA ATENCIÓN A PERSONAS INVIDENTES EN NUEVO LEÓN... 43
3.1. Algunas instituciones de atención a invidentes en Nuevo León.... 43
3.2. Instituciones enfocadas en la integración laboral de personas invidentes en el Área Metropolitana de Monterrey..... 44
3.2.1. Construcciones identitarias y trabajo informal..... 46
3.2.1.1 Algunos datos acerca de los informantes..... 46
3.2.1.2 Las características de la Asociación de atención a invidentes basada en el trabajo informal..... 46

3.2.1.3 Construcciones identitarias y trabajo informal..... 55
3.2.2. Construcciones identitarias y trabajo en el sector formal..... 64
3.2.2.2 Actividades desarrolladas por la Institución basada en el trabajo formal..... 65
3.2.2.3 Las características de la Asociación desde la perspectiva de sus integrantes..... 66
3.2.2.4 La situación de los invidentes en México, desde la perspectiva de los entrevistados..... 66
3.2.2.5 Construcciones identitarias..... 78
3.2.3 El concepto cooperativista como alternativo de integración económica y social: el caso de SOCOININ..... 82
3.2.3.1 Características de la Cooperativa..... 82
3.2.3.2 Concepciones acerca de los invidentes: la percepción del Estigma..... 87
3.2.3.3 Programas de política pública para invidentes: la propuesta de SOCOININ..... 89
CAPITULO 4.- CONCLUSIONES..... 94
4.1.- Propuestas para la creación de modelos de intervención con personas invidentes..... 98
BIBLIOGRAFIA..... 101
ANEXOS..... 109
Guión de entrevista..... 109
Historia de la Cooperativa: Este es nuestro México..... 112
Etnografía Plaza Morelos..... 114

INDICE DE TABLAS

	PAG.
Tabla 1.- Soldados movilizados, muertos y heridos durante la primera guerra mundial	15
Tabla 2.- Defectos físicos y mentales censo 1900	24
Tabla 3.- Defectos físicos y mentales censo 1921	26
Tabla 4.- Tipos de discapacidad censo 2000	28
Tabla 5.- Conceptualización de la discapacidad a través de la historia de los censos	30
Tabla 6.- Historia de la discapacidad a nivel nacional	32
Tabla 7.- Participación económica de la población discapacitada por grupos de edad, 2000	40
Tabla 8.- Comparación de la situación del invidente en México y E.U.	49
Tabla 9.- Comparación de la situación de Teresa al perder la vista con su situación actual (presente)	59
Tabla 10.- Percepción de la actividad informal a la que se dedican	61
Tabla 11.- Comparación trabajo formal, informal	62
Tabla 12.- Particularidades en la enseñanza de personas invidentes	69
Tabla 13.- Comparación del trato hacia el discapacitado en México y Estados Unidos	90
Tabla 14.- Comparación de la integración laboral en México y Estados Unidos	91
Tabla 15.- Asignaciones léxicas al trato dado por los medios de comunicación a asociaciones de discapacitados en México y Estados Unidos	92

INDICE DE GRAFICAS

	PAG.
Grafica 1.- Población discapacitada por causa de la Discapacidad, 2000.....	36
Grafica 2.- Porcentaje de población discapacitada según tipo de discapacidad 2000.....	37
Grafica 3.- Porcentaje de población discapacitada de 15 años y más analfabeta por grupos de edad y sexo 2000.....	38
Gráfica 4.- Porcentaje de población discapacitada de 15 años y más según nivel de instrucción, 2000.....	39
Grafica 5.- Porcentaje de población total y población discapacitada ocupada según situación en el trabajo, 2000.....	41
Grafica 6.- Porcentaje de población no económicamente activa según tipo de discapacidad	42

INTRODUCCIÓN

La discapacidad forma parte de la historia humana. No obstante, las perspectivas sociales hacia la discapacidad y los discapacitados han variado profundamente entre una época y otra. Los discursos construidos en torno a ellos reflejan la actitud de cada sociedad hacia ellos y en consecuencia la atención que se les ha brindado en las diversas épocas históricas.

Ante la diversidad de discursos sociales acerca de la discapacidad, el hecho de carecer de los sentidos (vista, oído), carecer de piernas o brazos no siempre ha definido sus trayectorias vitales ni los ha privado de la participación y del reconocimiento de la sociedad. Ello indica que un padecimiento físico – como la carencia de motricidad o de un sentido en particular – no condena a los afectados por naturaleza a la misma suerte. La diversidad de estilos de vida, los espacios sociales que han ocupado personas con una discapacidad y las relaciones que han establecido con el resto de la sociedad constituyen, por lo tanto, productos sociales. En otras palabras, la discapacidad es una construcción social.

Estos mismos discursos sociales constituyen el universo simbólico en el que las personas discapacitadas se piensan a si mismas, a los otros (los 'normales), a su relación con ellos y a su propia capacidad de acción. Dado que la autopercepción se construye a partir de los elementos conceptuales y paradigmáticos del entorno social, los discursos de los discapacitados incorporan a menudo los momentos estigmatizantes que la sociedad lanza en su contra. La marginación y la exclusión del entorno se traducen así en prácticas sociales a través de las cuales las personas discapacitadas tienden a autolimitarse. Las limitaciones construidas desde el exterior se refuerzan

al interior de los sujetos estigmatizados mediante ciertas formas de autocensura y autolimitación que operan de forma inconsciente.

No obstante, las construcciones identitarias no están supeditadas a un solo discurso social. Dado que en el universo social operan una infinidad de discursos – "algunos cuantos de ellos son hegemónicos, muchos otros más no logran generalizarse y tienden a desaparecer rápidamente" (Foucault, 2002: 20) – es posible que el contacto con nuevas formaciones discursivas, aunque tengan una circulación social restringida y no sean hegemónicas, abra interrogantes acerca del modo como los discapacitados se acostumbran construir en cada momento histórico dado. Los discursos alternos, les facilitan la crítica de los paradigmas sociales conocidos y aceptados.

En otras palabras, el acceso a discursos alternos permite crear un nuevo fundamento conceptual desde donde los sujetos pueden revisar sus propios discursos identitarios y desde donde los pueden re-elaborar. Este mismo efecto se observa en el campo de las necesidades y satisfactores que demandan los sujetos con base en un fundamento paradigmático y que puede ser criticado y superado al acceder a otro ámbito discursivo. Dado que las formaciones identitarias se encuentran enlazadas con la agencia social de los sujetos, las reconfiguraciones identitarias permiten también nuevas formas de integración económica y social, e incentivan o apagan la lucha de los discapacitados en el ámbito político.

La presente tesis explora esta problemática en el caso de tres grupos de invidentes que viven y trabajan en el Área Metropolitana de Monterrey. Los tres grupos padecen la misma problemática, pero se distinguen por discursos identitarios diferentes que producen formas de incorporación económica y social distintas y abren perspectivas hacia el futuro desemejantes. Si bien los tres grupos critican en general la exclusión social hacia las personas discapacitadas, en particular existen diferencias. Él primer grupo se ha guiado por el discurso hegemónico extremadamente excluyente y estigmatizante que margina a los discapacitados en todos los aspectos sociales y los arrincona económicamente. De hecho, este grupo busca a diario su sustento económico pidiendo limosna o cantando en camiones y cruceros.

A diferencia de los primeros, el segundo grupo de discapacitados se ha apropiado plenamente del discurso internacional acerca de los derechos humanos y de equidad social. Ellos luchan por salir de la marginación socioeconómica y por integrarse al sector formal de la economía. Este grupo está conformado, en su mayor parte, por personas jóvenes con niveles educativos elevados pero con pocas posibilidades de empleo. Sus diversas experiencias acerca de la marginación social por concepto de discapacidad motivaron la creación de una maquiladora donde laboran en la actualidad. El tercer grupo de invidentes combina la reivindicación social de los invidentes y el reclamo por la equidad social de los discapacitados con una crítica a las políticas del Estado neoliberal y la calidad de vida que una sociedad competitiva depara a las personas discapacitadas.

Para abordar el estudio se optó por iniciar el trabajo con una revisión histórica del imaginario social en torno a la discapacidad para dar respuesta a la pregunta de cómo se han conceptualizado en diversos momentos históricos ciertos tipos de discapacidad; qué espacios sociales fueron asignados a los discapacitados y en qué momento y por qué razones surgieron las políticas sociales dirigidas en específico hacia este segmento de la población.

El capítulo dos aborda esta problemática en el contexto mexicano donde la población discapacitada forma parte sólo recientemente del discurso del Estado y de la política, lo que ha motivado algunas acciones incipientes como la inclusión de políticas sociales de atención a los discapacitados en el Plan Nacional de Desarrollo; la creación de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad *y* algunas campañas publicitarias para sensibilizar a la población acerca de la problemática social y los derechos de las personas con discapacidad, entre otras. No obstante, el impacto de estas acciones es aún muy reducido. Para analizar, en el caso de México, el imaginario social acerca de la discapacidad en medios oficiales nos avocaremos a la forma cómo el Estado ha nombrado a los discapacitados a lo largo del Siglo XX.

El tercer capítulo se enfoca a las políticas públicas que el Estado mexicano adoptó en beneficio de personas discapacitadas entre 2001 y 2006. Asimismo se presentan algunos datos sociodemográficos que permiten visualizar mejor las condiciones de vida de la población discapacitada en México.

El cuarto capítulo presenta los hallazgos del trabajo empírico enfocado al análisis de los discursos identitarios y las formas de inserción laboral y social de las personas que apoyaron la investigación. Sobre la base de las experiencias de la población invidente se proponen algunos parámetros que pueden ser de utilidad al momento de crear políticas sociales en apoyo a este segmento poblacional.

OBJETIVOS

La presente tesis pretende:

- Analizar la discapacidad desde una perspectiva socio-histórica;
- Analizar el discurso en torno a la discapacidad en las distintas etapas históricas de México;
- Analizar la relación existente entre las distintas concepciones de discapacidad y las formaciones identitarias;
- Generar propuestas para la construcción de Políticas Públicas dirigidas a invidentes.

METODOLOGÍA

La metodología cualitativa

Uno de los debates existentes entre los cualitativistas es el referente al papel que debe desempeñar el uso de teoría social en el desarrollo de la investigación cualitativa. Dicho debate se ha dividido, principalmente, en dos propuestas: por un lado un modelo empiricista entre cuyos representantes podríamos citar a Taylor y Bogdan; por otra parte una propuesta en la que la teoría se convierte en una forma de validar los resultados obtenidos en la investigación cualitativa (Chalifoux, Mayer, entre otros). En este apartado intentaremos presentar, de manera sintetizada, ambas propuestas.

En su libro *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (1987) Taylor y Bogdan definen a los métodos cualitativos como aquellos que producen datos descriptivos: *"las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable"* (1987: 20). Agregan que una de las principales diferencias entre métodos cualitativos y cuantitativos es el hecho de que con la metodología cualitativa se trabajan datos descriptivos.

El hecho de que con la metodología cualitativa se trabajen datos descriptivos tiene varias implicaciones para el análisis empírico, entre estas Taylor y Bogdan (1987: 22) citan las siguientes:

1.- La investigación cualitativa es inductiva: los investigadores desarrollan conceptos, intelecciones y comprensiones partiendo de pautas de los datos (Taylor y Bogdan, 1987: 20).

2.- Otra característica del cualitativismo según Taylor y Bogdan, es que el investigador ve el escenario y a las personas en una perspectiva holística lo cual implica tomar en cuenta el contexto, el pasado y las diversas situaciones en que se hallan las personas y grupos (Taylor y Bogdan, 1987: 21).

3.- Para el investigador cualitativo todas las perspectivas son valiosas. Se busca una comprensión detallada de las diferentes perspectivas (1987: 21).

Entre las principales objeciones que se hacen a la propuesta de Taylor y Bogdan se encuentra el argumento de que conduce a un *empiricismo*. Se argumenta que si bien la unidad de análisis se constituye por fragmentos de las entrevistas realizadas durante el trabajo empírico es necesario un marco teórico para conceptuar dichas entrevistas.

Otra cuestión que se ha debatido es el hecho de que Taylor y Bogdan consideran que la metodología cualitativa desarrolla una *perspectiva holística*. Este punto ha sido criticado ya que se considera que toda perspectiva metodológica es parcial y segmenta la realidad. Al respecto Mayer (1991: 2) considera que en la metodología cualitativa se reconstruye la realidad social a partir de la vivencia de la gente. Para este autor los datos que se obtienen nos muestran la perspectiva de las personas insertadas en determinado espacio y tiempo (p.e las entrevistas realizadas en el Área Metropolitana de Monterrey, en el año 2002).

Chalifoux (1993: 2) considera que los métodos cualitativos permiten desarrollar una perspectiva *multidimensional* en la que se abordan las dimensiones culturales, sociales y psicológicas del desarrollo de una persona. Para Chalifoux esta metodología permite abordar "*un grupo de fenómenos intercalados entre lo que se concibe como organización sociocultural y la psicología... una perspectiva psicosocial*" (Chalifoux, 1993: 9).

Chalifoux (1993: 9) señala que para que un investigador pueda captar el carácter *multidimensional* de un fenómeno social, el análisis debe situarse en alguna de las teorías sociológicas. Para dicho autor la validación en la metodología cualitativa se logra a través de una *triangulación* entre los datos empíricos y el análisis teórico (Chalifoux, 1993: 10).

Para el desarrollo del presente estudio se eligió un enfoque cualitativo debido a que nos interesaba conocer la relación entre imaginario social, formaciones identitarias y agencia social entre invidentes del Área Metropolitana de Monterrey (AMM). Para desarrollar el análisis de las entrevistas se empleó el marco teórico desarrollado a partir de la perspectiva socio-histórica. Además se emplearon las perspectivas de Berger y Luckman; Erving Goffman, entre otras, acerca de la construcción de la identidad.

Selección de la muestra

Mayer (1991:13) considera que en los métodos cualitativos el investigador debe buscar una diversidad de posturas. Para encontrar casos diversos acerca de un fenómeno social recomienda tomar en cuenta, al momento de seleccionar la muestra, variables sociodemográficas como el nivel socio-económico (clase alta, media, baja, etc); la ocupación (amas de casa, obreros, estudiantes, desempleados); el género (mujer, hombre) o la escolaridad, entre otras más. Cada una de estas variables sitúa a los sujetos en espacios sociales diversos que influyen en sus experiencias y sus formaciones identitarias.

Para captar esta diversidad de posturas en el presente estudio se seleccionaron diferentes agrupaciones de invidentes que se ubican en el Área Metropolitana de Monterrey. Sus integrantes representan diversas formas de integración sociolaboral. Como ya se mencionó una asociación agrupa a invidentes que piden limosna o cantan en la vía pública; otra agrupación se integra por individuos que en su conjunto forman parte de una maquiladora para invidentes; la tercera asociación gira en torno a un modelo cooperativo que, además de fuente de ingreso, constituye al mismo tiempo una plataforma para reclamar una participación más activa del Estado en la construcción de la equidad social.

Los miembros de las tres asociaciones se diferencian, además, por su nivel socioeconómico y su escolaridad. Una variable importante resultó la causa de la discapacidad: las personas que son invidentes desde nacimiento tienen una percepción diferente de su discapacidad que aquellos que perdieron su vista a mayor edad.

El primer contacto con invidentes se estableció con apoyo de un profesional que realiza un trabajo de formación de cooperativas. Esta persona relacionó a la tesista con la Sociedad Cooperativa para Invidentes (SOCOININ). Sus miembros ayudaron posteriormente a la investigadora a establecer contactos con otras agrupaciones de invidentes. En otras palabras, la muestra se integró a través del principio de la *bola de nieve.*

Construcción de casos

La presente investigación constituye un estudio de casos. Stake (1994: 237) considera que en el desarrollo del estudio de caso el investigador debe preguntarse: "*¿específicamente qué podemos aprender de este caso?*" (Stake, 1994: 236). Este autor considera que un investigador considera importante ahondar en determinado caso debido a que presenta características particulares de resolver un problema, características que nos permiten comprender una teoría (Stake, 1994: 236).

Stake considera que existen tres tipos de estudio de caso:

a) **Intrínseco**: *"...aquí se analiza un caso en particular porque representa una manera particular en que se le da resolución a un*

problema común, ya sea en distintas etapas históricas; ya en un mismo contexto histórico[1]" (Stake, 1994: 237);

b) **Instrumental**: "*el estudio de caso sirve para comprender una teoría. El caso juega un papel de soporte para facilitar nuestra comprensión de una teoría*[2]" (Stake, 1994: 237);

c) **Colectivo**: "*se analizan de manera conjunta varios casos... son seleccionados porque comprenderlos a ellos puede llevarnos a una mejor comprensión de la teoría*[3]" (Stake, 1994: 237).

Por último Stake considera que en el estudio de caso se buscan tanto los aspectos comunes como los rasgos particulares. Sin embargo señala que para que un investigador logre profundizar en los rasgos particulares del caso debe considerar los siguientes tópicos: análisis de la historia del caso; comprensión de otros contextos con los que el caso se relaciona (p.e. económico, político, legal); informantes clave por quienes el caso puede ser "conocido" (p.e. personas que conocen la historia de la institución); otros casos que nos permiten diferenciar a este caso (Stake, 1994: 238).

La presente investigación constituye un estudio de caso comparativo. Asimismo se emplea el estudio de caso colectivo en cuanto que las tres asociaciones de invidentes representan cada una un caso. A la vez, cada caso colectivo es integrado a partir de un análisis de casos individuales basado en: las trayectorias de vida de algunos de sus integrantes. Los casos colectivos e individuales se construyeron de la siguiente manera: a través de entrevistas con invidentes se detectaron las principales asociaciones de invidentes en el Área Metropolitana de Monterrey y sus tipicidades. En el siguiente paso se integraron los datos referentes a la historia y las características de cada asociación. Por último, los informantes claves de cada grupo cuyas trayectorias de vida representan las tipicidades de cada caso colectivo.

El instrumento de recopilación de datos

A través de entrevistas a profundidad se intentó recopilar las experiencias de los invidentes en cuanto a la exclusión social y laboral. La hipótesis inicial contenida en la guía de entrevista consistió en proponer que, la discriminación se articula en gran medida a través de la deficiente infraestructura urbana (por ejemplo, ausencia de semáforos para invidentes en las cruces de avenidas y calles), sin embargo, pronto se reconoció que para los discapacitados la exclusión laboral y educativa pesaba mucho más que los problemas de infraestructura por lo que las entrevistas se enfocaron en mayor grado en las dificultades más sentidas por los informantes.

En el mismo sentido, se invirtió el orden de las preguntas seleccionadas con otro punto clave: la exploración de las estrategias desarrolladas para superar la discriminación y la exclusión

---

[1] "intrinsec case study...it is not undertaken primarily because the case represents other cases or because it ilustrates a particular trait or problem, but because, in all its particularity and ordinariness, this case itself is of interest...the case may reveal its story" (Stake, 1994: 237).

[2] "a particular case is examined to provide sinsight into an issue or refinement of theory. The case is of secondary interest; it plays a supportive role, facilitating our understanding or somthing else" (Stake, 1994: 237).

[3] "...they are cosen because it is believed that understanding them will lead to better understanding, perhaps better theorizing, about a still larger colection of cases" (Stake, 1994: 237).

social. Se confirmó así la prioridad de los discapacitados, los informantes enfatizaban en mucho mayor grado las estrategias ligadas al estudio y el empleo, por lo cual la guía de entrevista integró un mayor número de preguntas al respecto.

La guía de entrevista se aplicó a un total de diez personas. Seis entrevistas se realizaron de forma individual y cuatro en grupo. En una de ellas participaron cuatro personas; la segunda entrevista grupal se realizó durante una clase para entrenar a bebes invidentes. En ella participaron la maestra y algunas madres de familia. Otras dos entrevistas grupales se efectuaron con dos personas respectivamente.

Es importante señalar que no todas las entrevistas fueron utilizadas. Entre las razones por las que no todas se utilizaron, podemos mencionar: falta de profundidad, los entrevistados contestaban con monosílabos, debido a que no se logró establecer empatía con los entrevistados; los entrevistados no tuvieron tiempo para contestar a las preguntas negándose a una segunda entrevista. Por ejemplo la entrevista realizada durante la clase para bebés no fue utilizada para el análisis debido a que la maestra se encontraba ocupada impartiendo la clase y una segunda cita para entrevista resultó difícil debido a que la informante se encontraba muy ocupada.

Interpretación de los datos

El primer paso para la interpretación fue la transcripción de las entrevistas realizadas. La transcripción respetó los modismos empleados por los informantes, es decir fue literal. Cuando la entrevista se encontraba en archivo word se procedió a numerar las páginas y líneas de texto (Martínez, 2005: 7) con el fin de identificar palabras clave.

El siguiente paso consistió en la identificación de *unidades temáticas* (Martínez, 2005: 8) mediante palabras clave y párrafos que abordaron o refirieran a un concepto central. A partir de estos conceptos se crearon categorías de análisis como, por ejemplo, 'estudio' ,'estrategias', 'empleo', 'desplazamiento', tayectoria de la enfermedad (avance de la pérdida de la vista hasta llegar a la ceguera), desplazamiento, círculo social, compañero de trabajo, encuentros con transeúntes, etcétera. Cada categoría central fue dividida después en sub-categorías: por ejemplo, la categoría de 'estudio' se subdividió en 'tecnología didáctica', 'cursos', 'relación con compañeros'.

Para el análisis del discurso se retomó la obra de Renkema (1999), en particular sus observaciones acerca de la *deixis. D*ado que la deixis hace referencia al sujeto del discurso: su sentido de pertenencia a través de la deixis de la persona construida mediante los pronombres personales; su ubicación en el tiempo (a través de adverbios del tiempo y tiempo verbales) y su locación en el espacio 'real' y simbólico (a través de adverbios locales).

El análisis de la deixis resulta central en un estudio que analiza formaciones identitarias y la relación entre sujetos y entorno social. Por ejemplo, el análisis del campo deíctico indica cómo los sujetos entrevistados percibieron y construyeron la exclusión social, cómo construyeron a otros grupos de invidentes, el tipo de relación que sostienen con ellos o el grado de integración social a la sociedad.

CAPITULO 1. ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO

Este apartado tiene como principal fin ahondar en los debates del concepto de discapacidad que se han desarrollado principalmente en los Estados Unidos, Inglaterra, Francia y Alemania; así como proporcionar un esbozo acerca de la historia del término.

Situar la problemática de la discapacidad en la historia resulta importante ya que -por un lado- en México el debate en torno a éste concepto es extremadamente escaso, para no decir que nulo. Por el otro, permite identificar las posturas que devinieron en los modelos de intervención desarrollados en la actualidad.

Presentaré a continuación una historiografía acerca de diversas políticas asistenciales dirigidas a personas discapacitadas que portan el sello del imaginario social que circulaba en determinadas épocas entorno a la discapacidad.

1.1. Antecedentes históricos

Wyteman (2000:3) considera que si bien desde "*el tercer milenio de nuestra era hubo algunas civilizaciones que informan de anotaciones religiosas y legales de la discapacidad, no se las identificaba como tema de preocupación nacional*". En otras palabras, la distinción entre discapacitados y "normales"[5] no era tajante en aquel entonces. Aún no operaban variables que permitirían la construcción de un grupo minoritario que debería apartarse del resto de la

[5] Debo aclarar que éstos son términos empleados por Erving Goffman en su libro *Estigma*, con los cuales hace referencia a un grupo que ha sido estigmatizado para diferenciarlo de lo que en la sociedad se considera normal.

sociedad, o bien, en apoyo del cual debían crearse estrategias de atención especificas. Es hasta 1840, según Wyteman (2000: 3), cuando los censos europeos comienzan a diferenciar a los discapacitados de la sociedad.

Esta visión es puesta en duda por Foucault (2002) en su obra "*Historia de la locura en la época clásica*" al sugerir la idea de una arqueología de la exclusión. Según dicho autor, cada época ha seleccionado grupos sociales distintos – los leprosos en la Edad Media; los locos después- que son identificados como peligrosos y hacia quienes se dirigen diversas acciones inspiradas en la exclusión, la caridad y la rehabilitación. En su conjunto conforman políticas de exclusión.

1.2. La lepra en la Edad Media

Durante la Edad Media, la población europea descendió dramáticamente de entre 40 y 50 millones de personas en el siglo II a 30 millones en el siglo V y 20-25 millones en el siglo VII. Fue a partir del el año mil cuando la población comenzó a crecer de nueva cuenta ascendiendo a 30 millones, y más tarde a 45-50 millones en el siglo XIII (Ginatempo, 2001: 17).

El descenso poblacional durante el primer milenio (sobre todo en los siglos VII y VIII) se debió a diversos factores como el clima, las hambrunas, las constantes guerras y, sobre todo, las enfermedades como la peste negra, epidemias (lepra) así como patologías endémicas (malaria, tuberculosis) (Crisciani y Ferrari, 2001:18). Según Ginatempo (2001), estas enfermedades se ligan a los problemas económicos y sociales experimentados durante aquel tiempo.

La lepra es una enfermedad crónica producida por un microbio que se transmite de persona a persona. El contagio tiene lugar de manera cutánea pero sólo después de un período prolongado de convivencia. Algunos médicos consideran que para que la transmisión se dé, debe haber una conjunción de condiciones individuales y ambientales. Como condiciones individuales mencionan un estado de receptividad física y un nivel alto de desnutrición (Bejarano, 1940: 29). Entre las ambientales se encuentra una economía precaria que se combina con condiciones sanitarias paupérrimas (Prendes, 1965: 92). Durante la Edad Media estas condiciones para la propagación de la lepra en Europa estaban asentadas.

Dadas las características de la lepra (deformación del rostro, afonía, parálisis facial, garra cubital), los enfermos, quienes conformaron aproximadamente el tres por ciento de la población, sufrieron pronto de diversos tipos de discriminación (Fossier, 1985:85). En algunos momentos fueron incluso acusados de haber iniciado y propagado las demás enfermedades que afectaron a la población medieval.

La significación social de una enfermedad y las prácticas que despliega una sociedad hacia los enfermos depende del imaginario común que circula en una época histórica precisa. En el caso de las sociedades medievales el imaginario colectivo fue influido de forma muy fuerte por la religión católica y pendía de la idea y el temor al infierno y al castigo. Para eludir al infierno, se pusieron en marcha una serie de estrategias: oraciones, penitencias, ritos y/o, en su caso, la

exclusión o el destierro de los pecadores ya que ampararlos podría significar la propagación del castigo (Duby, 1995: 130).

Dentro de este contexto sociocultural, las enfermedades[6] como la lepra fueron identificadas como resultado de la vida pecaminosa de los individuos ya que es el cuerpo donde Dios inflige a los pecadores y donde él se manifiesta en su contra. Dicho pecado se manifestaba a través de la alteración del cuerpo. La lepra manifestaba así en el cuerpo la podredumbre del alma. El leproso era un pecador, un ser que desagradaba a Dios (Duby, 1995: 91). De esta manera se convirtió en un peligro para el grupo social. Era preciso tomar medidas hacia estos enfermos.

Este imaginario junto con el temor que los leprosos infundían a la población, motivaron la segregación de los enfermos del resto de la población para alejar el peligro para la sociedad. Se decidió enclaustrarlos en leprosarios[7]. Se trataba de una especie de hospitales en los que se aislaba a los contagiados con el fin de que no expandieran el mal a los sanos. Los enfermos no podían abandonar bajo ninguna circunstancia el leprosario. Sólo en casos excepcionales se les permitía salir, siempre y cuando portarán un sombrero y sonarán una campana a su paso (Crisciani y Ferrari, 2001:20) para advertir a la población de su presencia y permitirle ponerse a salvo.

Estas medidas fueron emprendidas por los gobernantes con ayuda de la iglesia. Los gobernantes construían los leprosarios mientras que los clérigos se encargaban de administrarlos. Sin embargo, no fue está la única manera de combatir dicha epidemia ya que la población intentó erradicarla en base a su fe, es decir, a través de ritos, ya fuesen paganos o religiosos, mediante los cuales invocaba la desaparición del *mal.*

De acuerdo con López[8] (1986: 3), la atención a los grupos excluidos se brindaba, en aquella época, en base a actitudes caritativas entre las que se encontraban: la dadiva de limosnas, el establecimiento de albergues y la creación de hospitales. A través de la caridad se buscaba agradar a Dios.

Según Foucault (1999:16), ni la creación de leprosarios ni la celebración de ritos buscaban suprimir la enfermedad. Se trataba solamente de formas para *"mantenerla a una distancia sagrada, fijarla en una exaltación inversa"* que refiere al miedo al contagio por la cercanía al mal. Se les temía y aislaba a los enfermos por considerarlos peligrosos, al tiempo que su existencia brindó a los sanos una oportunidad para realizar un acto benévolo que agradaría a Dios.

La lepra desapareció a finales de la Edad Media dejando un legado en el cual las visiones paganas y religiosas se unen en la valoración e imagen del leproso (Foucault, 1999: 17). El fin de la lepra arraigaba en el imaginario social la idea del éxito de las medidas que se tomaron. Así, se consideraba que gracias a la exclusión de los afectados, se había logrado terminar con tan mortal enfermedad.

---

[6] Georges Duby (1988:80) señala que se habló de los "prodigios milenarios" los cuales eran de tres tipos: signos en el cielo, desordenes biológicos y trastornos espirituales. Dentro de los desordenes biológicos había los monstruos y las epidemias. Los monstruos anunciaban la discordia; las epidemias eran resultado de las actitudes pecaminosas.

[7] Foucault señala que en 1266 existían más de 2 mil leprosarios (1999: 13)

[8] Este autor realiza un análisis histórico de la intervención partiendo del principio de solidaridad social.

Foucault (1999: 17) señaló que la imagen del leproso como una figura peligrosa y temible que debería ser excluida de la sociedad repercutió posteriormente en el trato brindado a otros grupos minoritarios *"anormales"*[9]. La sutil exclusión social de estas personas constituirá la salida política elegida.

1.3. La locura

Según Foucault (1999:16), la locura heredó el lugar de la lepra tanto en la preocupación suscitada como en la manera de concebir, abordar y atender a los individuos afectados. Para ello, habrían de darse una serie de transformaciones culturales en la manera de concebir a los locos. Se trata de un proceso largo que se extendió desde la Edad Media al Renacimiento y la Reforma.

Todavía durante la Edad Media los locos vagaban libremente por las ciudades. Sólo en caso de que uno de ellos ocasionará algún alboroto público, se le consideraba un perturbador social y se le confinaba al cuidado de sus parientes. En caso de no contar con familiares, las autoridades comunales se encargaban de ellos (Rosen, 1968:167).

Una sociedad teocrática como la medieval concebía la locura desde una perspectiva mágico-religiosa: era identificada como efecto de una posesión demoníaca o de algún espíritu impuro (Mora, 1982:58s). Dado que el individuo no fue considerado responsable de su locura, no había necesidad de excluirlo socialmente.

Ahora bien, con la creciente descomposición del régimen feudal y la naciente monarquía, en medio del caos sociopolítico, la locura empezó a ser interpretada como una especie de revelación religiosa y, por lo tanto, como un medio para alcanzar el conocimiento (Rosen, 1968:184). Esta "locura cósmica" tendrá enorme aceptación en el arte y la literatura.

En un principio, las medidas que se tomaron hacia los locos consistieron en un *exilio ritual* (Foucault, 1999: 25). Los que vagaban por las puertas de la ciudad fueron enviados en barcos (que se llamaron *nave de los locos*) a deambular por los ríos sin ningún destino, dado que se consideraba que el alma del loco se purificaba con el contacto con el agua.

La aparición, en 1511, del "Elogio de la Locura" de Erasmo de Rotterdam influirá enormemente la concepción benevolente de la locura. Rotterdam desarrolló su obra a través del personaje de *Estulticia*[10] quien se auto define como insensata; libertina y quien postuló el deleite y la vida alegre sin preocupaciones como su bien supremo (Rótterdam, 1998: 10-14). Rotterdam construyó al loco en oposición a los valores filosóficos y morales imperantes de la época.

La locura fue conceptualizada como una falla al interior del individuo por lo que la sociedad no tenía responsabilidad en su aparición. Se convirtió en una enfermedad que podía ser curada

[9] Empleando un frase de Foucault.
[10] Rotterdam emplea esta figura como sinónimo de locura.

y que debía ser atendida aunque no por la familia, como en el medioevo, sino por el Estado. Para ello se necesitaba crear lugares especiales que contarían con programas destinados a sanar a estos enfermos y permitir su reincorporación a la sociedad mediante el orden y el trabajo.

Durante el Renacimiento se observa, la emergencia de un imaginario dual entorno a la locura. Por un lado persistía aún la "visión cósmica" del loco entre los artistas, literatos, pintores, etcétera quienes la interpretaban como una especie de "razón irrazonable". Creían que dentro de su mundo privado de razón subsistía una especie de verdad que se manifestaba a través de las expresiones del loco (Foucault, 1999: 78) y que el loco tenía acceso a un conocimiento inaccesible para el hombre cuerdo.

Por el otro lado se expandió la idea de la locura como una enfermedad en la que se manifestaran las debilidades humanas. Sobre esta base se fundó, en 1656, el Hospital General en París donde poco a poco fueron recluidos los locos, los pordioseros, los desempleados y los huérfanos, es decir, los "miserables" y los "indeseables" de la ciudad. La exclusión social – ya observada en el caso de los leprosos – se combinaba ahora con el encierro.

Con está decisión (de 1656) nació la política asistencial como un deber del Estado. Hizo su aparición como parte del instrumentario represivo desplegado por el orden monárquico (Foucault, 1999: 82). Las primeras políticas asistenciales entremezclaban una serie de valores contradictorios: el deseo de ayudar a los miserables y el deseo de reprimirlos. Combinaba, por lo tanto, la caridad con el castigo.

Como se puede ver, cierto tipo de enfermedades como la locura, dieron lugar a la idea de una discapacidad social que gira en torno a la existencia de un grupo social peligroso que pone en peligro a la integridad de la sociedad y que requiere ser atendido. La atención concreta brindada a estos grupos dependía del imaginario social hegemónico en cada época histórica: durante la Edad Media se inspiró del discurso religioso y optó por el alejamiento de los enfermos a través de su encierre en leprosarios; en el Renacimiento el grupo de discapacitados sociales fue expuesto a medidas represivas y a trabajo forzoso en lugares encerrados. Durante esta época dichas políticas de atención no se dirigieron a un grupo social en particular sino a todos aquellos individuos que fueron considerados como un obstáculo al orden social: los locos, los pobres, los mendigos. El concepto de *asocial* es precisamente resultado de dicha segregación (Foucault, 1999:128). La segregación y la estigmatización siguen constituyendo hasta hoy en día la esencia de la concepción social hacia los discapacitados.

1.4. Surgimiento del Estado

El surgimiento del Estado-Nación es un factor de suma importancia dentro de la concepción contemporánea de la discapacidad, ya que sólo a partir de la existencia de un Estado podían surgir políticas que buscaran desarrollar programas con la finalidad de atender los problemas de los grupos de personas discapacitadas.

Según Crossman (1974: 35), el Estado moderno se originó en Europa entre los siglos XIII y XVI por cambios sociales y económicos como, por ejemplo, el desarrollo del mercantilismo y

a la formación de una clase burguesa (Crossman, 1974: 49). Al mismo tiempo hacia finales de la Edad Media, se produjo una paulatina pérdida del poder político de la Iglesia que incentivó las luchas políticas entre los señores feudales quienes debieron aliarse a un centro de poder más fuerte (Elias, 1994:40), situación que dio lugar al surgimiento del Estado Absolutista.

El Estado Absolutista, no reorganizó solamente las relaciones de poder y la administración pública sino se ocupó también de las acciones de beneficencia que habían estado en manos de la Iglesia, por ejemplo, el auxilio a los pobres y a los huérfanos, el cuidado de los enfermos en los hospitales y la administración de las escuelas.

En el contexto de la formación del Estado Moderno, la Revolución Francesa ocupó un papel fundamental ya que ayudó a fundamentar el Estado en el plano ideológico (Naef, 2000: 9) a través de la idea de un contrato de soberanía entre el pueblo y el príncipe (Naef, 2000: 9). En este contrato, el individuo tendría derechos y obligaciones. Entre las obligaciones se encuentran, entre otras, la obediencia y el pago de contribuciones monetarias: como derecho se le asegura una posición jurídica dentro del Estado (Naef, 2000: 9).

A través de un análisis histórico de la política de salud pública en España, Sánchez (2005: 71-78) demuestra cómo la atención hospitalaria pasa de la caridad (como motivo típico en la Edad Media) a un derecho ciudadano a finales del siglo XIX. Este cambio se relacionó, de acuerdo con este autor, con la incipiente identificación de la pobreza como un problema social frente al cual el Estado tenía la obligación de desarrollar servicios públicos (hospitales, escuelas, etc.) que atenderían a los pobres. Los recursos monetarios para financiar estos servicios públicos provenían de la recaudación de impuestos.

Los alcances del Estado moderno se observaron durante el Siglo XIX, sobre todo en Alemania en donde el gobierno de Bismarck empezó a proveer servicios de seguridad social, educación y salud pública con tal de mantener bajo control el creciente movimiento obrero. Las políticas de seguridad social beneficiaban inicialmente sólo a un sector reducido de la población – los obreros – y no se hicieron extensas a la población en general. Los seguros ofertados por Estado tenían una cobertura *individual*, es decir, el seguro cubría únicamente a la persona directamente afectada (por ejemplo, en caso de un accidente laboral el seguro beneficiaba sólo al trabajador y no consideraba las necesidades de sus dependientes). Para aspirar a estos beneficios, el trabajador debía haber pagado impuestos o contar con un empleo en la administración pública. Estas características limitaron considerablemente la extensión del modelo (Tomka, 2002: 32).

1.5. La primera guerra mundial y su impacto en las políticas sociales hacia las personas discapacitadas

El inicio del siglo XX se ve marcado por uno de los conflictos militares de mayor impacto social y económico hasta entonces conocido: La Primer Guerra Mundial. La particularidad de ésta guerra consiste en que participaron la mayoría de las potencias europeas.

En un artículo intitulado *Los horrores de la guerra,* Cardona (s/a: 80) señaló que el número de civiles heridos durante este conflicto bélico superaba en mucho el número de afectados en las

guerras pasadas. El mayor impacto de la Primera Guerra Mundial en la población civil se debió a los altos niveles de desnutrición por falta de alimentos; al uso de un nuevo tipo de armamento como, por ejemplo, el gas mostaza entre otros (Cardona, s/a: 81). Además, al no adaptar las estrategias de ataque y defensa utilizadas durante el siglo XIX al desarrollo armamentista, se provocó un mayor número de militares heridos y muertos (tabla 1).

Tabla 1.- Soldados movilizados, muertos y heridos durante la primera guerra mundial

PAIS	SOLDADOS MOVILIZADOS	MUERTOS	%	HERIDOS [11]	%
Alemania	11,000,000	1,773,700	16	4,216,058	38
Austria-Hungría	7,800,000	1,200,000	15	3,620,000	46
Inglaterra	8,904,467	908,371	10	2,090,212	23
E.U.	4,734,991	116,516	2	204,002	4
Francia	8,410,000	1,357,800	16	4,266,000	50
Italia	5,615,000	650,000	11	947,000	16
Rusia	12,000,000	1,700,000	14	4,950,000	41
TOTALES	**65,418,801**	**8,528,831**	**13**	**21,189,154**	**32**

Fuente: Grimberg, 1985, 115.

Dada la peligrosidad de las nuevas armas y las estrategias de combate, el número de militares muertos osciló alrededor del 13% del total. Un mayor nivel de afectación presentaban en Alemania (16%), Francia (16%), Austria-Hungría (15%) y Rusia. Algo similar se observa en cuanto a los heridos de guerra. En promedio uno de cada tres soldados (32%) que fue enviado al combate regresó con una herida. Sin embargo, en el caso del ejército francés uno de cada dos militares (50%) regresó lesionado. En el ejército austriaco, el 46% de los soldados sufrió lesiones; el 41% en el caso de los rusos y el 38% de los efectivos alemanes. Lo anterior significa que las sociedades en la Europa continental no sólo sufrieron fuertes pérdidas humanas sino que afrontaron, una vez restablecida la paz, un enorme contingente de lisiados que no podían ser ignorados por el Estado.

Tratándose de individuos identificados por la sociedad como héroes de guerra, los diversos gobiernos se vieron presionados a desarrollar una serie de programas asistenciales para atenderlos. Pero además, ante la magnitud de las personas lesionadas y discapacitadas para desarrollar una actividad laboral, el problema del discapacitado dejó de ser característica de una minoría y se convirtió en un problema social de gran magnitud.

Una primera medida de afrontar esta problemática social consistió en la integración de un capítulo especial al Tratado de Versalles – que se firmó entre los países integrantes de la Entente con Alemania – donde se obligó a Alemania a pagar un elevado monto para pensiones y reparaciones de guerra[12].

[11] Se hace referencia a invalides por concepto de ceguera o perdida de algún miembro.

[12] 74 mil millones de marco-oro para pensiones y subsidios; 30 mil millones de marco-oro para los daños causados directamente a la persona y a los bienes civiles; y 6 mil millones para Bélgica (Keynes, 1920: 127). El 67% del total a pagar

El Tratado de Versalles fue identificado por los países vencedores como un instrumento para resolver el problema de los lisiados de guerra en su respectivo territorio. Sin embargo, estas nuevas políticas no beneficiaron a todos los discapacitados sino solamente aquella parte de la población que la había adquirido en la guerra ya fuera por pelear en combate, ya por un ataque a alguna ciudad.

Sin embargo, dadas las dificultades económicas, Alemania incumplió pronto los pagos del Tratado de Versalles por lo que las indemnizaciones a los heridos no fluyeron (Winter, 1980: 79). Esta situación afectó particularmente a Francia donde el 50% de los soldados regresó con alguna lesión seria de los combates. Al considerar que el Tratado de Versalles resolvería el problema de las pensiones e indemnizaciones, el Estado francés había canalizado el gasto gubernamental a la reconstrucción industrial (Winter, 1980: 79).

La suspensión de los pagos de reparación de parte de Alemania, obligó al gobierno francés a desarrollar nuevas estrategias para hacer frente a esta situación: optó por embargar la producción alemana de carbón; adoptó una política económica inflacionaria; buscó la estabilización del franco frente a los otras monedes en condiciones ventajosas (Parker, 1985: 188s) y determinó la reducción general del gasto público sin afectar a los gastos de defensa y las prestaciones sociales (Parker, 1985: 189).

El desarrollo de una política social que atendía las necesidades más urgentes de los discapacitados de guerra, resultó un imperativo mayor ya que las numerosas huelgas amenazaron la estabilidad política. Los gobernantes querían evitar de las formas más diversas una agudización del clima político que podría desembocar en una revolución socialista.

En Alemania la situación era aún más alarmante dado que debía destinar buena parte de su presupuesto al pago de las reparaciones convenido en el Tratado de Versalles. En 1923 la crisis económica llevó a la suspensión temporal de la circulación de la moneda, la reaparición del trueque como forma de intercambio comercial y a la elevación de las tasas de inflación (Winter, 1980: 82; Parker, 1985: 241). Estos acontecimientos perjudicaron sobre todo a los asalariados y los *pensionistas* (Parker, 1985: 241).

En el plano de las políticas sociales el impacto de la Primera Guerra Mundial fue devastador en Alemania. Este país había guardado, a principios del siglo XX, una posición vanguardista en cuanto al gasto social: destinó en 1900 el 1% del Producto Interno Bruto (PIB)[13] a servicios de seguro social. Para 1913 esta cifra se elevó al 6.1% del PIB (Tomka, 2002: 9). Después de la Primera Guerra, el gasto social cayó al 5% del PIB y se mantuvo estable en este nivel hasta la década de los años setenta.

En el caso de los otros países europeos con una menor tradición en el campo de las políticas sociales, la posguerra trajo algunos cambios positivos ya que favoreció el reconocimiento sociopolítico respecto a que los mecanismos de autorregulación postulados por la teoría económica clásica habían fracasado. Se preparó así el terreno para una mayor intervención del

---

se destinaría al pago de pensiones y subsidios; el 27% repararía los daños causados a las personas y los bienes civiles y el 6% restante se canalizaría a Bélgica.

[13] *Gross domestic product*

Estado en la economía y en las relaciones sociales (Parker, 1985: 112). Además, ante la dimensión de los lisiados de guerra, las instituciones de beneficencia se habían vuelto pequeñas para atender las demandas de esta población. Poco a poco se empezaron a reconfigurar las formas tradicionales de asistencia social al tiempo que se preparaba el terreno para una nueva visión del papel del Estado en el bienestar social.

El bienestar social dejó de ser resultado de la caridad para convertirse, mediante la intervención estatal, en un derecho. Dentro de esta nueva visión, las políticas de bienestar social garantizaban a los sectores económicos más débiles ciertas condiciones básicas en cuanto a la alimentación y la educación (Parker, 1985: 122). Para ello se pusieron en práctica acciones como la asignación de pensiones en metálico o bienes y servicios.

Entre la Primera y la Segunda Guerra Mundial surgieron dos modelos de organización de las políticas sociales. El primero ofreció a la población servicios sociales públicos que fueron financiados con fondos hacendarios, en particular mediante la gravación de las clases adineradas con tasas impositivas más altas (Parker, 1985: 123). El segundo modelo favoreció la creación de un plan de seguros mutuos aplicables a sectores más o menos amplios de los sectores de la sociedad (Parker, 1985: 123). Ambos modelos desembocaron, según Tomka, en la *universalización* del bienestar social: los beneficios de las políticas sociales se extendieron a toda la población pobre. Se asentó asimismo la convicción de que el Estado debería garantizar un nivel mínimo de bienestar a los ciudadanos (Parker, 1985: 124).

La guerra influyó también el concepto de discapacidad en los diversos países europeos. Dentro del imaginario social se estableció una diferencia entre los heridos de guerra y el resto de la población discapacitada. Los heridos de guerra eran considerados hombres que se habían sacrificado por la patria. Por lo mismo, la nación y el Estado tenían la responsabilidad y la obligación de proveerles los medios necesarios para reintegrarse a la sociedad. Una primera acción política a su favor consistió en la creación de un régimen de pensiones de guerra (Griffo, 1999: 3).

Para acceder a la pensión, los interesados tenían que someterse a una evaluación médica en la que se determinaba, sobre una escala de 100, el porcentaje preciso de su invalidez ya que a cada porcentaje le correspondía una cantidad monetaria compensatoria. Así poco a poco la discapacidad empezó a transformarse en un número (Griffo, 1999: 3).

Paralelamente surgieron programas de rehabilitación física para dichas personas. Médicos y enfermeras trabajaban en la recuperación de la capacidad de movimiento perdida, en el desarrollo de prótesis y en la recuperación de las facultades psicofísicas cotidianas. Esta labor de rehabilitación se centraba aún en la persona y descuidaba la creación de una infraestructura urbana. Esta situación se convirtió pronto en un nuevo obstáculo social ya que los discapacitados no podían desplazarse dentro de las ciudades por lo que su integración laboral a las fábricas corrió peligro (Griffo, 1999: 5).

En síntesis: la Primera Guerra Mundial favoreció la aparición de una visión médica de la discapacidad que asignó a los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, etc.) la identificación, la rehabilitación y la reintegración social de los discapacitados. Esta perspectiva sigue vigente hasta nuestros días a pesar de las limitaciones sociales y políticas de

lo que implica este enfoque al basar su diagnóstico en un formato de evaluación estandarizado y homogéneo incapaz para identificar las necesidades particulares de cada grupo.

1.6. Las políticas orientadas a personas discapacitadas durante el fascismo alemán (1933-1945)

Las políticas públicas hacia la discapacidad dieron un viraje a raíz de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945). Si bien la Guerra anterior había causado grandes estragos en la población, la segunda rebasó todas las dimensiones hasta entonces conocidas. Dio pie a los más descarnados ataques militares y de exterminio de civiles con un saldo de entre 35 y 45 millones de personas muertas.

A diferencia de la Primera Guerra Mundial que afectó a aproximadamente el 5% de la población civil (Campbell, 1993:12), durante la Segunda la población civil aportó el 66% de las víctimas (Bourke, 2002: 10). Entre las actividades bélicas más dañinas y letales desplegadas en contra de la población civil se encontraban: el exterminio de judíos, de minorías étnicas (por ejemplo, los gitanos, polacos, eslavos), religiosas (por ejemplo, integrantes de los Testigos de Jehová), políticas (comunistas, miembros de organizaciones de resistencia) y sociales (delincuentes, mendigos, prostitutas) (Bourke, 2002: 125) así como de una amplia gama de personas *"anormales"* integradas por discapacitados físicos y mentales, enfermos crónicos y homosexuales (Bourke, 2002:11); y el lanzamiento de las bombas nucleares en Hiroshima y Nagasaki (Campbell, 1993: 12).

La escalación de las agresiones contra sectores poblacionales cuyas características físicas, sociales y culturales se desviaban de la norma social se fundamentada en los principios de la biología social la cual daba por supuesto la existencia de seres humanos superiores (la raza aria) y de razas inferiores. En vista de que la supervivencia de la sociedad humana dependería de la prevalencia de los mejores, la biología social sugería la adopción de políticas que ayudarían a la consecución de este fin. La experimentación con la procreación controlada de individuos con rasgos raciales deseados representó un lado de estas políticas biologistas; el exterminio planeado y sistemático de los 'inferiores' el otro. Estas políticas poblaciones se conocen bajo el concepto de *eugenesia.*

Dentro de este ideario el gobierno alemán inició, en 1933, una campaña de esterilización de cuatrocientos mil personas con enfermedades hereditarias, la mayoría entre los 20 y los 40 años de edad (Bourke, 2002: 127). Las llamadas "Cortes de Salud Hereditaria"[14] se encargaron de la vigilancia y la aplicación de la ley (Holocaust Memorial Museum). Paralelamente se desplegó una campaña publicitaria en contra de los discapacitados a quienes se les acusaba de ser una carga para el Estado y la nación. Su vida era *indigna de ser vivida* (Bowers, 2002: 1). Esta operación ideológica se efectuó en todos los espacios posibles, también en el escolar como lo demuestra el siguiente extracto de libro de matemáticas para primaria:

> *"la construcción de un asilo para locos cuesta 6 millones de marcos ¿cuántas casas de 15,000 marcos cada una pueden ser construidas con esta cantidad?"* (Bowers, 2002: 1).

[14] El Museo del Holocausto de los Estados Unidos estima que existían alrededor de 200 Cortes de éste tipo por toda Alemania.

En 1935 se creó una ley que forzó a mujeres embarazadas que padecían enfermedades congénitas, a efectuarse un aborto (Bourke, 2002: 127). En este mismo año se estableció, además, la *"ley de casamientos"* que autorizó los matrimonios sólo si los contrayentes podían comprobar que ninguno de ellos era portador de alguna enfermedad hereditaria. En 1939 Hitler puso en marcha la Operación "T4"[15] que obligaba a los hospitales públicos y privados a determinar el estado de salud y la capacidad de trabajo de todos sus pacientes. Con base en esta información un grupo de médicos – generalmente psiquiatras - determinaban la conveniencia de aplicar la eutanasia a todos aquellos individuos que:

> *"padecían enfermedades físicas o mentales incurables en comparación con el estado de salud de los individuos superiores"* (United States Holocaust Memorial Museum).

Finalmente entre 1944 y 1945 las personas que no podían trabajar fueron enviadas a campos de concentración o"*centros de eutanasia*" (United States Holocaust Memorial Museum). A consecuencia de estas políticas eugénicas, alrededor de 200,000 a 250,000 personas con discapacidades físicas y mentales perdieron la vida en las zonas controladas por Alemania (Bourke, 2002: 129). Por otra parte, el lanzamiento de las bombas nucleares en contra de dos ciudades japoneses provocó el disparo de malformaciones congénitas durante varias generaciones en Japón[16].

Estos acontecimientos durante la preguerra y la Segunda Guerra Mundial suscitaron serias dudas en torno a la garantía de los derechos humanos. Como en ningún otro período antes se vislumbraba la existencia de grupos humanos que corrían el riesgo de convertirse en víctimas de la violencia del Estado. Este reconocimiento motivó la creación de medidas que garantizarán los derechos individuales por encima de los Estados.

Por medio de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas, creaba un dispositivo legal universal que sustituiría al *"homo juridicus"*– al género humano o al ciudadano abstracto como portador de los derechos - de la legislación internacional en el período de entreguerras por el reconocimiento de grupos sociales concretos (como discapacitados, mujeres, homosexuales) que se encontraban en posiciones económicas y sociales de desventaja y que requerían por lo mismo una protección precisa (Barba, 2002: 1)[17]. En caso de la violación de sus derechos fundamentales los estados nacionales, se previó la intervención de instituciones supranacionales.

---

[15] En referencia a la dirección a la oficina de la Cancillería de Berlín, Tiergartenstrasse 4, donde la operación era planeada.

[16] Específicamente en las ciudades de Hiroshima y Nagasaki.

[17] 1. Todos los pueblos y naciones deben promover a través de medidas progresivas de carácter nacional e internacional el reconocimiento universal y eficaz de los derechos y libertades de los individuos;

1. Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona;
2. Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica;
3. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación;
4. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio;

Según Barba (2002:2), la proclamación de los derechos fundamentales cristaliza una moral que gira entorno a la dignidad de la persona así como a la libertad, la igualdad y la solidaridad como cauces para alcanzarla. Al mismo tiempo formula estos derechos como derechos sociales que se pueden alcanzar con el sustento de las políticas sociales.

Sobre este fundamento jurídico se consolidó[18] el llamado Estado de Bienestar que se planteó asegurarle una vida digna a cada habitante. Inglaterra fue el país precursor al poner en marcha el Plan Beveridge, cuyo objetivo era *"cuidar del ciudadano desde el nacimiento hasta la tumba"* en base a tres supuestos (Campbell, 1993: 155):

a) Consignación de un monto de manutención familiar por cada niño;
b) Creación de un servicio nacional de salud;
c) Prevención del desempleo masivo

Este modelo propuso que los esquemas de seguridad social se extendieran de un solo paso (y no de forma gradual como en el modelo bismarckiano) a toda la población (Tomka, 2002: 19). El principio definitorio para acceder a la seguridad social fue el de ciudadanía. En un principio el nivel de los beneficios otorgados era aún muy bajo y estático, pero en el transcurso del tiempo empezó a elevarse (Tomka, 2002: 19).

Dentro de este nuevo modelo de seguridad social, el Estado adoptó una función reguladora y administradora y diseñó estrategias para garantizar el respeto a los derechos de los ciudadanos en general para proteger a los grupos sociales que corrían riesgos particulares: por ejemplo, los heridos de guerra, las viudas, los pobres o los homosexuales. Las políticas adoptadas en su beneficio no se dirigían a cada subgrupo en específico sino al conjunto de personas que sufrió de desprotección, vulnerabilidad y marginalidad social (Tomka, 2002: 19).

Los grupos de riesgo se integraron con todo tipo de personas "anormales". Su problemática se unió indisolublemente a los problemas sociales. Por consiguiente la discapacidad pasó a sumarse a una problemática social que exigió la intervención de profesionales (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, etcétera) quienes definieron las necesidades, los derechos y las políticas para su protección (Rosen, 1968:184).

---

5. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad;
6. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual;
7. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social;
8. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

[18] Algunos autores que analizan la formación histórica del Estado de Bienestar, sostienen que nació en Alemania con Bismarck. Pero es hasta el período de entre-guerras debido a la crisis del capitalismo cuando se extendió por toda Europa.

1.7. El estado de bienestar y las políticas hacia la población discapacitada

Algunos autores (Gonzalez y Torres, 1992) señalan dos hechos que consolidaron la influencia del Estado de Bienestar: a) la crisis de Wall Street en la década de los 30 y b) el contexto posterior a la Segunda Guerra Mundial. La crisis de Wall Street evidenció que el Mercado *por sí solo* no garantiza la adecuada distribución de los recursos, ni tampoco un crecimiento económico equilibrado. Esto fue la razón para considerar la intervención del Estado en la producción y distribución de los recursos (González y Torres, 1992: 26).

La problemática socio-económica después de finales de los años cuarenta y principios de los cincuenta ejerció una fuerte presión social para que el Estado pensara en políticas de redistribución de la riqueza. En adelante adoptó un papel protagónico en la creación de un régimen de protección social (Cerdeira, 1989: 15). No obstante, la emergencia del Estado de Bienestar no significó una ruptura con el liberalismo. Como en el pasado, la economía seguiría rigiéndose por el mercado; pero el Estado intervendría mediante programas asistenciales que ayudarían a amortiguar ciertas situaciones sociales críticas (Moreno, 2003: 6). Dentro de este contexto el Estado promovería también programas sociales dirigidos a la población discapacitada: algunos para ofrecer capacitación laboral y reinserción al mundo de trabajo; otros para otorgar pensiones.

La creación del Estado de Bienestar expresaba el reconocimiento de que cada persona debería de gozar de un estándar de vida mínimo que sería asegurado mediante una serie de servicios estatales en el campo de la educación, la vivienda y la seguridad social los cuales constituyen a los derechos sociales. Asimismo, el Estado debía controlar a través de programas públicos las fluctuaciones económicas y mantener una economía estable que garantizaría el pleno empleo (Mishra, 1989: 22). Con la introducción del Estado de Bienestar la intervención social a favor de los grupos vulnerables daría un giro trascendental ya que pasaría de la caridad a la solidaridad; y de la beneficencia a los derechos sociales (Barba, 2002: 5). La intervención a favor de los grupos marginados se convirtió desde entonces en un principio de la justicia social y se relacionó estrechamente con los derechos humanos.

CAPITULO 2. LA DISCAPACIDAD EN MÉXICO

En este apartado nos abocaremos al análisis de la discapacidad en México. Para ello se realizará una historiografía de la discapacidad a través de los censos de población y vivienda realizados por el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI). Posteriormente se analizará el Programa de Integración Laboral para Personas con Discapacidad 2001-2006, el cual forma parte del Plan Nacional de Desarrollo.

2.1. Los Censos

La importancia de analizar los censos radica – según Wyteman 2000) – en el hecho de que a través de ellos podemos inferir cómo y cuándo se inicia la separación entre los discapacitados y el resto del grupo social. Asimismo, nos permiten estudiar la relación entre el discurso en torno a la discapacidad que subyace a los censos y el contexto sociohistórico en que se llevaron a cabo los registros de población (Lerner, 2001: 1).

En México, el primer censo poblacional se realizó en el año de 1895 y siguió la metodología los censos en Estados Unidos y Francia (INEGI, 1996: 8). Entre otras variables se incluyeron: la edad, el sexo, el estado civil, el lugar de nacimiento, la lengua y los defectos físicos y mentales.

Según el diccionario de la Real Academia (2000: 671), el término 'defecto' se define como:

a) Carencia o falta de las cualidades propias y naturales de una cosa;
b) Imperfección moral o natural;
c) *Deficiente*: que no alcanza el nivel considerado normal.

De acuerdo con Lerner (2001:1), el término *defectos físicos* surge en sociedades pre-industriales en las que las personas con *defectos* eran comúnmente objetos de burla o de compasión. Se consideraba que las personas con defectos no podrían desempeñar las mismas actividades que los individuos *normales* por lo que fueron excluidas.

El segundo censo poblacional se llevó a cabo en 1900. Comparado con el anterior, se puede observar un cambio importante dado que se incorporó un mayor número de datos acerca de la población con defectos físicos y mentales. Se documentaron así diversos tipos de defectos (INEGI, 1996: 12). De esta forma el grupo discursivamente homogéneo de los "individuos con defectos" se convirtió en un aglomerado social heterogéneo.

En 1900, la población total censada ascendió a 13 millones 607 mil de individuos. 33,921 de ellos (el 0.25%) registraron algún defecto físico o mental (tabla 2).

Tabla 2.- Defectos físicos y mentales censo 1900

DEFECTOS FISICOS	DEFECTOS MENTALES	SIGNIFICADO*
Ciegos 12,959	Cretinos 3,007	1.- Estúpido, necio 2.- *Cretinismo*: enfermedad caracterizada por un peculiar retraso de la inteligencia acompañado por lo común, de defectos del desarrollo orgánico 3.- Estupidez, idiotez, falta de talento
Sordomudos 8,983	Idiotas 4,114	1.- Que carece de toda instrucción 2.- Tonto, corto de entendimiento 3.- *Idiocia*: trastorno caracterizado por una deficiencia muy profunda de las facultades mentales, congénita o adquirida en las primera edades de la vida.
	Locos 4,858	1.- Privación del juicio o del uso de la razón 2.- acción inconsiderada o gran desacierto 3.- Exaltación del ánimo

FUENTE: INEGI (1996) "Estados Unidos Mexicanos, cien años de censos de población". México.
* Significado según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

En el caso de las deficiencias mentales los términos empleados (cretinos, idiotas y locos) aluden de manera directa a los trastornos mentales propios de sociedades con un régimen moralista como lo fue el *Porfiriato*. En este tipo de sociedad la moral va unida al comportamiento refinado por lo que la educación se expresa a través de los modales (Valdés, 1948: 16).

El siguiente pasaje narrado por Valdés (1948: 17-18) nos da una idea acerca del trato que recibían los individuos con defectos mentales y/o físicos durante el *Porfiriato*. En una fiesta de la clase alta de la capital, en el momento en que se serviría el plato fuerte, aparecieron los meseros cargando con dificultad un gran platón. Al levantar la tapa se apreció que

> *"todo desnudo de la enorme cabeza hasta los diminutos pies, perfectamente dormido y comatoso, en el último período de la embriaguez yacía el enano Florentino Carvajal, el celebrado Pirrimplín del circo Orrín".*

Este relato demuestra como las personas con defectos físicos y/o mentales fueron observados con morbo y utilizados como espectáculo tanto en fiestas privadas como en circos. La presentación del enano desnudo en un platón hace patente la cercanía de la persona discapacitada con el mundo de los objetos del consumo humano dentro del imaginario social de la época.

El tercer censo se efectuó en 1910, poco antes de estallar la Revolución Mexicana (INEGI, 1996: 18). México contó en aquel entonces con una población total de 15 millones 160 mil de habitantes. Curiosamente el número de individuos con "defectos físicos y mentales" (31,245 personas equivalente al 0.21% de la población total) disminuyó comparado con 1900: un hecho que se debía a *"problemas en el registro de éste grupo más que a mejoras en la salud"* (INEGI, 1996: 17). El censo de 1910 conservó los términos utilizados en el pasado para clasificar los defectos físicos y mentales: "ciegos", "sordomudos", "cretinos", "idiotas" y "locos".

Una década después del inicio de la Revolución se realizó el cuarto censo poblacional. En el año de su registro, 1921, el impacto de la Revolución en la población se aprecia con claridad en las cifras sobre discapacitados dado que el conflicto bélico había causado sensibles bajas en la población – sobre todo en el grupo de los hombres entre 20 y 30 años de edad – por lo que el número de habitantes (14.5 millones) se hallaba aún por debajo de 1910 (INEGI, 1996: 21).

Dicho censo poblacional documenta un total de 93,341 personas (el 0.6% de la población total) con defectos físicos y mentales, es decir, la cifra de discapacitados se triplicó entre 1910 y 1921. El incremento se registró entre los defectos físicos donde el número de individuos subió de 19,636 en 1910 a 83,337 personas en 1921; en cambio, el número de sujetos con defectos mentales disminuyó levemente de 11,609 en 1910 a 10,004 en 1921 (tabla 3). Las cifras demuestran el impacto de la Revolución en la salud de los mexicanos de aquella época.

Los males físicos a consecuencia de los enfrentamientos bélicos obligaron a una reconceptualización de los defectos físicos en el censo (tabla 3). El registro se amplió por las categorías de *mancos* (personas que habían perdido un brazo); *cojos* (individuos que habían perdido una pierna), *tullidos* (sujetos que no se podían mover) y *jorobados*. Se conservó, además, la categoría de *ciegos* y se distinguió entre *mudos, sordos* y *sordomudos*. En lo referente a los defectos mentales sólo se excluyó el concepto de *cretinos*.

Tabla 3.- Defectos físicos y mentales censo 1921

DEFICIENCIA MENTAL	DEFICIENCIA FÍSICA	DEFINICIÓN*
Idiotas 4,840	Ciegos 16,251	1.- Privado de la vista; 2.- Ofuscado, alucinado.
Locos 5,164	Mancos 10,651	1.- Aplícase a la persona o animal que ha perdido un brazo o una mano, o el uso de cualquiera de estos miembros; 2.- Defectuoso, falto de alguna parte necesaria.
	Cojos 18,592	1.- Aplícase a la persona o animal que cojea, bien por falta de una pierna o pie, bien por pérdida del uso normal de cualquiera de estos miembros.
	Tullidos 10,267	1.- Que ha perdido el movimiento del cuerpo o de alguno de sus miembros.
	Jorobados 3,150	1.- Convexidad notable de una cosa; 2.- Impertinencia y molestia enfadosa.
	Mudos 5,902	1.- Privado físicamente de la facultad de hablar.
	Sordos 14,985	1.- Que no oye, o no oye bien.
	Sordo-mudos 3,539	

FUENTE: INEGI (1996) "Estados Unidos Mexicanos, cien años de censos de población". México.
* Significado según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española

El censo de 1930 introdujo dos nuevas variables sociodemográficas para el registro de las categorías poblacionales: el sexo y el grupo de edad. La población discapacitada se cifró en 109,616 individuos en su mayoría (64.4%) hombres; el 35.6% eran mujeres. Del total de la población discapacitada el 13.8% sufrió de un trastorno mental (los "locos" y los "idiotas"), el 17.3% padeció de una discapacidad visual, el 26.7% de una discapacidad auditiva y de

lenguaje (sordos, mudos y sordomudos) y el 42.2% de algún grado de discapacidad motriz (mancos, cojos, tullidos).

Una novedad metodológica se aprecia en el censo de 1940 que registró a un total de 19.7 millones de habitantes y que clasificó a la población discapacitada según su integración laboral. Para tal efecto distinguió entre aquellas personas que trabajaban, que no trabajaban y los que se encontraban en condiciones para trabajar pero no tenían un empleo (INEGI, 1996: 29). Esta innovación metodológica refleja el impulso a la industrialización y el desarrollo urbano que se observa desde la década de los años treinta en el país y que convirtió al trabajo, dentro del imaginario colectivo, en el valor social por excelencia. Esta es la razón del porqué se buscaba:

> *"medir por primera vez la participación que pueda tener en la producción la población con defectos físicos y mentales y que fue la manifestación individual de estar desempeñando alguna ocupación retribuida"* (INEGI, 1943: VIII).

Al introducir el concepto de capacidad de trabajo en el universo de la población discapacitada, se puso por primera vez en duda que la población discapacitada estaría incapacitada para trabajar debido a sus impedimientos físicos. Esta idea no puede desligarse de otra categoría estrechamente ligada a la capacidad de trabajo: la productividad o improductividad de los sujetos sociales. La diferenciación de la población discapacitada según su capacidad e inserción laborales la segregó semánticamente en tres grupos: los productivos, los improductivos y los improductivos que podrían ser productivos.

En el censo de 1950 desapareció la variable 'defectos físicos y mentales' por lo que no se cuentan con registros demográficos acerca de la evolución de la población discapacitada y su estructura interna en aquel año (INEGI, 1996: 32). Esta laguna persistió asimismo en los censos de 1960, 1970 y 1980.

La desaparición de la población discapacitada de los censos de población se debió a un cambio en las prioridades sociopolíticas del Estado que centró en adelante su atención en la pobreza y la marginación y que atendió, de este modo, las recomendaciones metodológicas del Censo de las Américas, la Organización de las Naciones Unidas y el Instituto Interamericano de Estadística (INEGI, 1996: 32). Este nuevo rumbo sociopolítico y metodológico se articuló con gran transparencia en el Censo de Población y Vivienda de 1980 al establecer como objetivo principal:

> *"captar información que permitiera identificar y ubicar geográficamente a grupos de la población con niveles críticos de pobreza, es decir localidades y viviendas desprovistas de equipamiento y servicios básicos... identificar regiones y grupos de población que integraban los sectores menos desfavorecidas y hacia los cuales tendrían que orientarse programas de bienestar social"* (INEGI, 1996: 45).

En adelante los discapacitados formarán parte del grupo de marginados que abarcó, también a los desempleados, los analfabetas y los pobres. Estos cambios metodológicos revelan modificaciones en el imaginario social con relación a los discapacitados. La discapacidad dejó de ser definida con base en los atributos físicos y se convirtió en otro factor más de la pobreza.

La integración de los discapacitados al grupo de marginados sociales tiene consecuencias sociopolíticas considerables ya que su homogenización con otros grupos sociales pobres diluye por completo la problemática particular de los discapacitados e impide la construcción de políticas especiales dirigidas a este sector específico de la población.

La preocupación por la discapacidad resurgió apenas en el censo poblacional de 2000. Como ejes que guiaron la integración de los datos se definieron temáticas que reflejan las prioridades de interés nacional, el desglose geográfico de la información, la ausencia o la deficiencia de información estadística, las recomendaciones internacionales y la comparabilidad histórica de los datos (INEGI, 2000: 6). Los temas se agruparon en los siguientes bloques: vivienda; número de residentes y de hogares; características demográficas, sociales, educativas y económicas (INEGI, 2000: 6).

Como características sociales se documentaron la etnicidad, la religión, los servicios de salud, la discapacidad y las causas de la discapacidad así como el estado conyugal (INEGI, 2000: 6). Dentro de la variable discapacidad también se incluyen las características educativas y económicas.

El INEGI (2000: 403) definió el concepto de discapacidad de la siguiente manera:

> "*limitación o ausencia de la capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para un ser humano, como consecuencia de una deficiencia física o mental.*"

Al mismo tiempo se establecieron diversos tipos de discapacidad: motriz, auditiva, de lenguaje, mental y visual que *"refieren a las diferentes limitaciones o impedimentos que presenta una persona"* (INEGI, 2000: 411). Las definiciones arriba demuestran que la definición de la discapacidad reproduce el mismo imaginario social que estructuró en el pasado la información sobre este sector de la población mexicana. La discapacidad sigue siendo considerada como una limitante que impide las actividades normales, en particular, el trabajo y el recreo; y que obstaculiza la integración social.

Tabla 4.- Tipos de discapacidad censo 2000

TIPO DISCAPACIDAD	DEFINICIÓN
Motriz	Pérdida o restricción de la capacidad de movimiento, desplazamiento y equilibrio de todo o de una parte del cuerpo.
Auditiva	Pérdida o restricción de la capacidad para recibir mensajes verbales u otros mensajes audibles.

De lenguaje	Pérdida o restricción de la capacidad para producir y transmitir un significado entendible a través del habla.
Visual	Pérdida total de la capacidad para ver, así como debilidad visual en uno o ambos ojos.
Mental	Limitación de la capacidad para el aprendizaje de nuevas habilidades; trastorno de la conciencia y capacidad de las personas para conducirse o comportarse, tanto en las actividades de la vida diaria como en su relación con otros individuos.

FUENTE: INEGI (1996) "XII Censo general de población y vivienda". México.
* Significado según el XII Censo general de población y vivienda.

En el censo de población del año 2000 aparece, por primera vez, el concepto – ampliamente utilizado en esta tesis – de discapacidad. Según Lerner (2001:3), este término constituye un invento de las *sociedades tecnológicas* que emplean el prefijo *dis* para indicar semánticamente la pérdida o la falta de algo 'normal'. Estas mismas sociedades identifican, además, la realización del trabajo productivo como criterio de actividad. Esto se aprecia en la definición de la población económicamente activa. Como inactiva se define lo siguiente:

> *"se considera a aquellas personas de 12 años y más que en la semana de referencia no realizaron alguna actividad económica ni buscaron trabajo. Se clasifica en estudiantes, e incapacitados permanentemente para trabajar..."* (INEGI, 2000: 409). La categoría de "incapacitados" permanentemente para trabajar se constituye por *"personas de 12 años o más que no realizan un trabajo o actividad económica a causa de un impedimento físico o mental"* (INEGI, 2000: 406).

En síntesis: incluso en la actualidad el discurso hegemónico construye a los discapacitados como personas limitadas, anormales, deficientes, impedidas e incapacitadas para trabajar. Resalta así el carácter improductivo que se sigue asignando a este grupo de individuos (Lerner, 2001: 3).

Si analizamos los adjetivos calificativos utilizados para describir a los discapacitados desde el primer censo poblacional en 1895 hasta la actualidad (tabla 5) y las variables ejes, es decir, los aspectos que han regido dicha denominación, se aprecian pocas variaciones sustanciales en el imaginario social acerca de la discapacidad. En 1895 se resaltaba únicamente una deficiencia general del individuo. En los censos de 1900 y 1910 se intentó concretar sobre todo el tipo de "incapacidad" mental: preocupación que cedió su lugar a los aspectos físicos a partir de 1921. Para el 2000 se introdujo el concepto de discapacidad, término que sigue inscribiéndose en el discurso acerca de las limitaciones, deficiencias e incapacidades de ciertas personas.

Además, en el lenguaje cotidiano muchos de los términos despreciativos continúan circulando ya sea como medio para burlarse de los otros, ya para insultar (por ejemplo, nombrándole a alguien "idiota").

Tabla 5.- Conceptualización de la discapacidad a través de la historia de los censos

AÑO DEL CENSO	VARIABLE EJE	ADJETIVOS CALIFICATIVOS DE LA DEFINICIÓN	CATEGORÍAS
1895	Deficiencia (defectos físicos y mentales)	Carencia, falta, imperfección, anormalidad	No incluía
1900 y 1910	Defectos mentales	Estupidez, necedad, retardo, idiotez, tonto, Irrazonable, exaltación	Ciegos Sordomudos Cretinos Idiotas Locos
1921	Defectos físicos	Defecto, incompleto, privado o falto de...	Ciegos Mancos Cojos Tullidos Jorobados Mudos Sordos Sordo-mudos Idiotas Locos
1930	Defectos físicos: Sexo Grupos de edad	Defecto, incompleto, privado o falto de...	Ciegos Mancos Cojos Tullidos Jorobados Mudos Sordos Sordo-mudos Idiotas Locos
1940	Defectos físicos: Sexo Grupos de edad Trabajo		Ciegos Mancos Cojos Tullidos Jorobados

			Mudos Sordos Sordo-mudos Idiotas Locos
2000	Discapacidad	Limitación, incapacitado, disminución, deficiencia, carencia, restricción, trastorno	D. motriz D. visual D. auditiva D mental

FUENTE: INEGI, *Censos de Población 1921, 1930 y 1940. México.*

Para finalizar debemos resaltar que en la terminología empleada para nombrar al discapacitado se ha subrayado siempre el elemento que hace referencia a la diferencia con lo *normal* (tabla 6). En la actualidad la denotación de la diferencia se ha envuelto en términos más refinados y pudorosos. La exclusión ha sido enmascarada en una aparente integración, convivencia y homogeneidad (Cisneros, 2001: 75).

Tabla 6.- Historia de la discapacidad a nivel nacional

AÑO DEL CENSO	POBLACIÓN TOTAL REGISTRADA	TEMA	CATEGORÍAS
1895	12,632,000	Defectos físicos y mentales	No incluía
1900	13,607,000	Defectos físicos y mentales 33,921	Ciegos 12,959 Sordomudos 8,983 Cretinos 3,007 Idiotas 4,114 Locos 4,858
1910	15,160,000	Defectos físicos y mentales 31,245	Ciegos 11,862 Sordomudos 7,774 Cretinos 2,630 Idiotas 4,168 Locos 4,811
1921	14,500,000	Defectos físicos y mentales 93,341	Ciegos 16,251 Mancos 10,651 Cojos 18,592 Tullidos 10,267 Jorobados 3,150 Mudos 5,902 Sordos 14,985 Sordo-mudos 3,539 Idiotas 4,840 Locos 5,164
			Ciegos 18,939 Cojos 19,348 Idiotas 6,843 Jorobados 2,910

1930	16,552,722	Defectos físicos y mentales 109,616	Locos 83,05 Mancos 10,330 Mudos 7,706 Sordos 15,464 Sordomudos 6,080 Tullidos 13,691
1940	19,700,000	Defectos físicos y mentales 106,999	Sordos 13,295 Mudos 3,487 Sordomudos 5,064 Ciegos 16,884 Mancos 9,212 Cojos 21,871 Tullidos 10,772 Jorobados 1,848 Idiotas 5,999 Locos 9,174
1950 a 1990		No se incluyo	No se incluyo
2000		Población discapacitada 1,795,300	D motriz 44.9% D visual 28. 6% D auditiva 16.5% D mental 14.6% Problemas en uso del lenguaje 4.5% Otra 9.7%

FUENTE: INEGI. Censos de Población de los años 1921, 1930 y 1940. México.

2.2. La discapacidad en la actualidad

En este apartado se esboza la visión gubernamental entorno a los discapacitados y se presentan algunos datos sociodemográficos que permiten concluir las condiciones de vida de la población discapacitada en nuestro país. El análisis de las políticas públicas se basa en el Programa de Integración Laboral Para Personas con Discapacidad 2001-2006. Para conocer las condiciones de vida de los discapacitados se retoman los datos del Censo de Población y Vivienda del 2000. La información se presentará en dos rubros: la educación y el empleo.

2.2.1 La visión institucional de la discapacidad: El Programa de Integración Laboral para Personas con Discapacidad 2001-2006

Entre las recientes acciones gubernamentales a favor de la población discapacitada se encuentra la creación de la "Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad". Esta institución, creada en el 2001, diseñó junto con la Secretaria del Trabajo y Prevención Social el programa de integración laboral para discapacitados.

El programa tomó en cuenta las recomendaciones de las Naciones Unidas (Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, 2002) y las sugerencias de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad (CIF) (Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, 2002). Ambas instituciones supranacionales remarcan en sus documentos el imperativo de considerar dos aspectos fundamentales al diseñar programas sociales en beneficio de la población discapacitada (Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, 2002):

a) las necesidades individuales, la rehabilitación y los recursos técnicos auxiliares así como las diversas deficiencias de la sociedad;
b) los mecanismos para asegurar la calidad de vida (acceso a la educación, salud, empleo, recreación, deportes) de dicha población.

La realización de las observaciones arriba esbozadas tiene como objetivo llegar a una síntesis de los dos paradigmas antagónicos que habían prevalecido en la historia de la discapacidad: el modelo médico y el modelo social. Esta propuesta (realizada tanto por el CIF como por la Organización Mundial de la Salud) es considerada como el modelo *biopsicosocial* de la discapacidad. El modelo biopsicosocial constituye una *"visión coherente de las diferentes dimensiones de la salud"* (Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, 2002).

Sobre este fundamento conceptual el Plan de Integración Laboral estipula la integración social y laboral de los discapacitados como el objetivo prioritario de las políticas sociales dirigidas a este sector poblacional. Para lograrlo se requiere la participación de las instituciones de gobierno, la iniciativa privada, las organizaciones sociales y la sociedad en general.

Sin embargo, existe la conciencia que no será fácil alcanzar las metas propuestas dado que en México perduran prejuicios sociales hacia la población discapacitada que bloquean su

aceptación social y subestiman el potencial de trabajo y el desarrollo de otro tipo de actividades de parte de los discapacitados (Oficina de Representación, 2002: 5). A estos problemas se suman, además, las limitaciones del entorno físico (falta de una infraestructura física que permite la movilidad de los discapacitados dentro de un territorio): situación que incrementa la marginación comunicativa, social y laboral de la población discapacitada.

A partir de las consideraciones señaladas el Plan propone impulsar:

> "*un proceso de rehabilitación*[18] *integral, que permita la reincorporación de las personas con discapacidad a la vida social, al disfrute de los bienes y servicios en una sociedad incluyente, que se circunscribe dentro de un marco jurídico que garantice el ejercicio de estos derechos*" (Oficina de Representación, 2002: 7).

Para asentar las bases normativas de la rehabilitación se efectuaron, en el 2001, reformas al artículo 3 de la Constitución que establece el derecho al trabajo de cualquier mexicano sin distinción de etnicidad, género, presencia de capacidades diferentes y la condición social; al artículo 5° referente a la libre elección de las actividades laborales; y al artículo 123 que promueve la creación de empleos. Es así como se cree poder facilitar la integración laboral de los discapacitados.

> "..la *Nueva Cultura Laboral (NCL) promueva el trabajo como expresión de la dignidad de la persona, para su plena realización y para elevar su nivel de vida.. para lograrlo se promoverá la NCL con el sector empresarial (Oficina de Representación, 2002: 16).*"

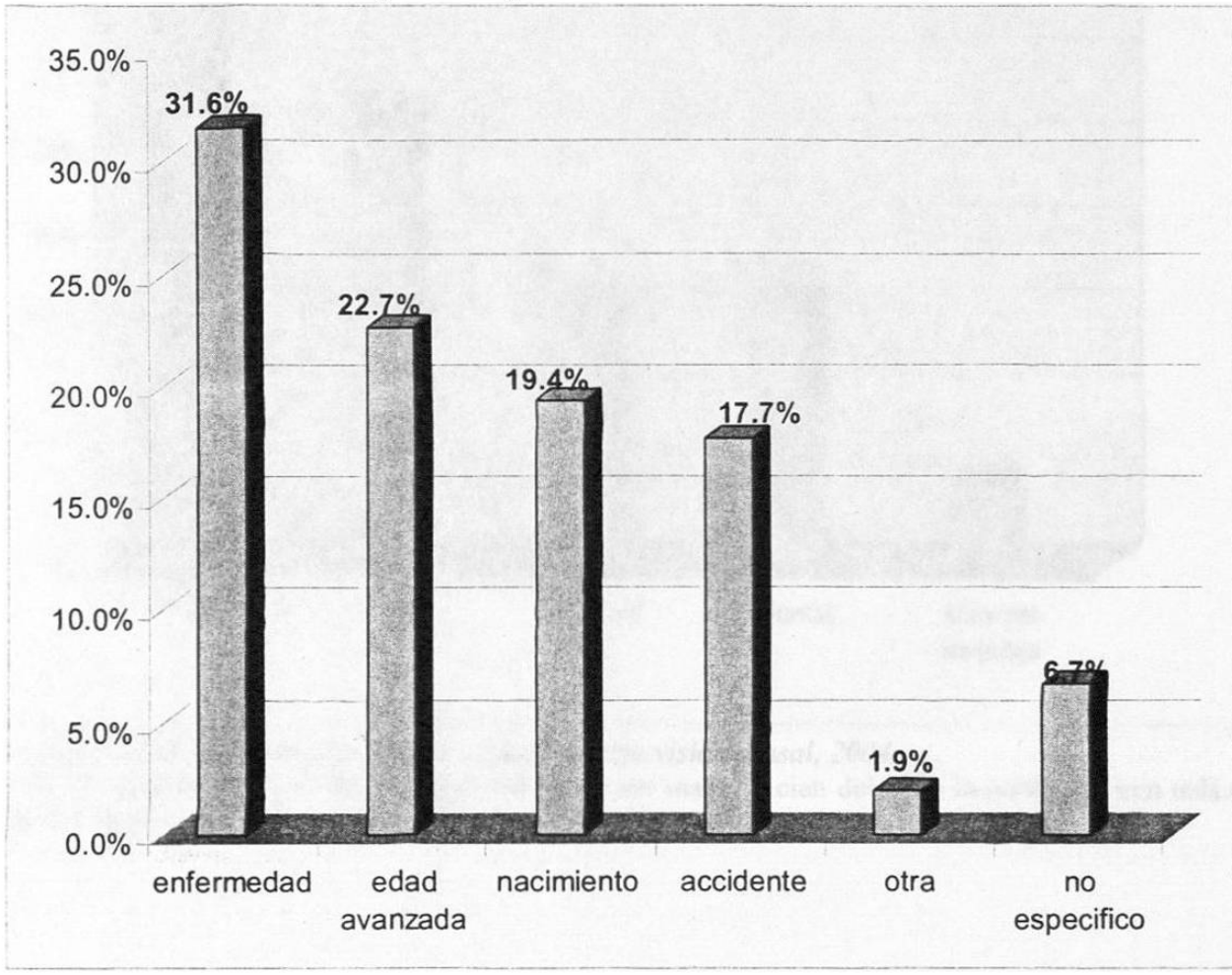
La rehabilitación laboral es identificada como el primer paso hacia la integración de la población discapacitada al sector productivo. Consiste en la evaluación de las habilidades y destrezas de los discapacitados, la orientación profesional, su capacitación en oficios pertinentes y la colocación selectiva de los individuos en centros productivos que demanden sus servicios. Un ejemplo de esta política constituyen los "*talleres protegidos*" que combinan actividades productivas con tareas de rehabilitación. Si bien representan proyectos sociolaborales prometedores que deberían de extenderse en el futuro, su impacto en la vida de los discapacitados mexicanos es aún marginal en la actualidad.

[18] El término de rehabilitación es definido como el *conjunto de métodos que tiene por finalidad la readquisición de una actividad o función perdida o disminuida por traumatismo o enfermedad* (Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad, 2002: 7).

2.2.2 Las condiciones de vida de los discapacitados mexicanos

Según el Censo de Población y Vivienda del 2000 (INEGI, 2004: 25) el número total de discapacitados se cifró en 1,795,000 personas[19]: el 52.6% eran hombres y el 47.4% mujeres. Dicha fuente estadística diferencia dos tipos de causas que generan la discapacidad: factores biológicos (problemas hereditarios, complicaciones al momento de nacer, enfermedades) y factores socioculturales (ya sean laborales, ya automovilísticos) (INEGI, 2004: 5). Sobre esta tipología, se detectó que en el año 2000 el 31.6% de los discapacitados adquirió su condición física o mental a causa de una enfermedad; el 22.7% por edad avanzada; el 19.4% por nacimiento; el 17.7% por accidente; el 6.7% no especifico y el 1.9% debido a otra causa (INEGI, 2004: 31) (grafica 1).

Grafica 1.- Población discapacitada por causa de la Discapacidad, 2000.



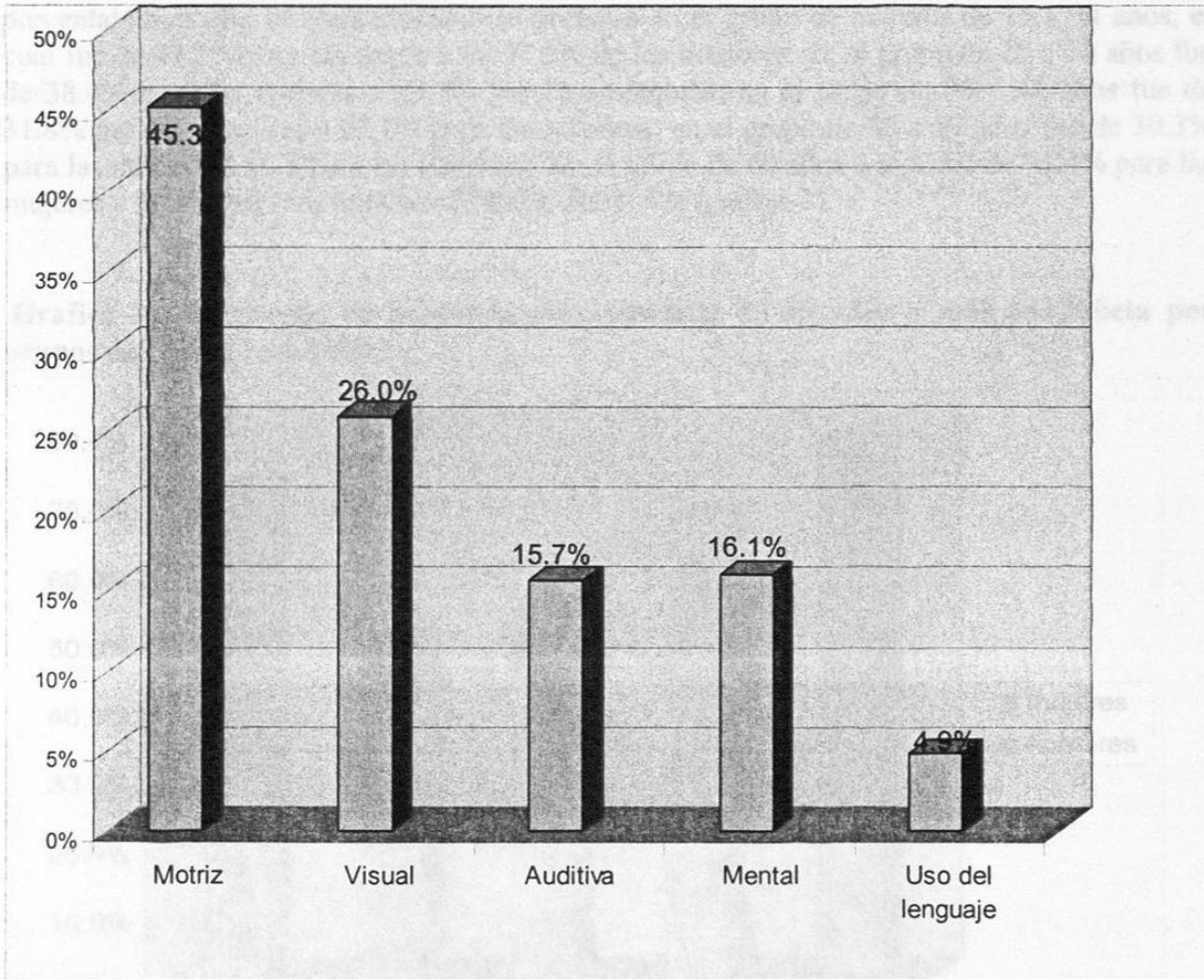
F

Fuente: INEGI, *Las personas con Discapacidad en México: una visión censal*, 2004.

[19] Existe controversia en torno a los datos proporcionados por el INEGI por lo que en el 2004 se elaboro el documento "Las personas con discapacidad en Mexico: una visión censal", en el que se aborda el tema de la discapacidad. En esta publicación el INEGI realiza aclaraciones de cómo se presento el análisis de los datos. Por ejemplo aclara, en la variable tipo de discapacidad, que la suma total puede ser mayor a 100 debido a la población con más de una discapacidad.

En el 2000, el 45.3% de la población afectada padeció de una discapacidad motriz; el 26.0% de discapacidad visual; el 15.7 de una auditiva; el 16.1% de discapacidad mental; el 4.9% tenía problemas en el uso del lenguaje (dislexia, tartamudeos, etcétera) (gráfica 2).

Grafica 2.- Porcentaje de población discapacitada según tipo de discapacidad 2000.

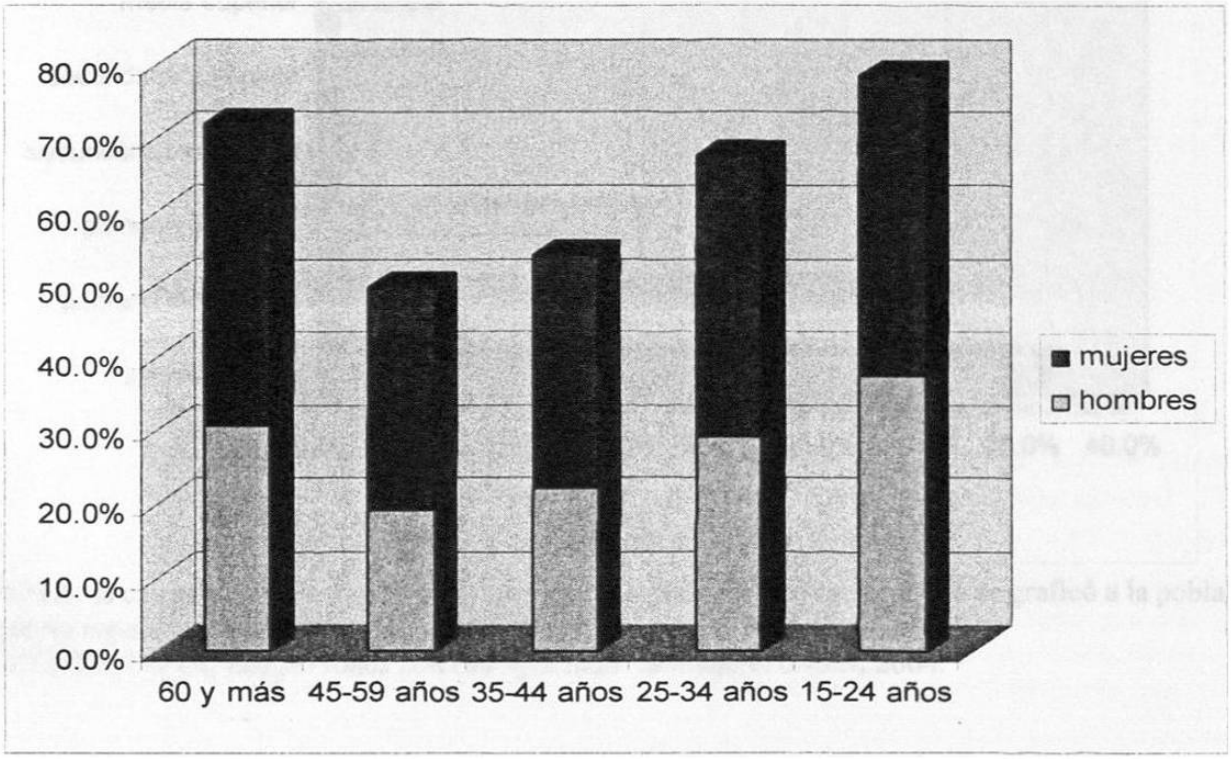


Fuente: INEGI, Las personas con discapacidad: una visión censal, 2004.
Nota: la suma de los tipos de discapacidad puede ser mayor a cien debido a la población con más de una discapacidad.

2.2.2.1 Educación

Nacer en México con una discapacidad o adquirirla durante la infancia significa, aún hoy en día, la marginación de las oportunidades educativas y formativas. Sólo así se explica la elevada tasa de analfabetismo en la población total discapacitada de 15 años y más la cual representó 32.9% frente al 9.6% de la población *"normal"*. Por grupos de edad y sexo el porcentaje más alto de analfabetismo se presentó en el grupo de mujeres de 15 a 24 años, el cual fue de 41.1% para las frente a un 37.5% de los hombres; en el grupo de 25 a 34 años fue de 38.4% para las mujeres y 29.2% para los hombres; en el grupo de 35 a 44 años fue de 31.8% para las mujeres y 22.1% para los hombres; en el grupo de 45 a 59 años fue de 30.3% para las mujeres y 19.3 para los hombres; en el grupo de 60 años a más fue de 41.4% para las mujeres y 30.5% para los hombres (INEGI, 2004: 47) (grafica 3).

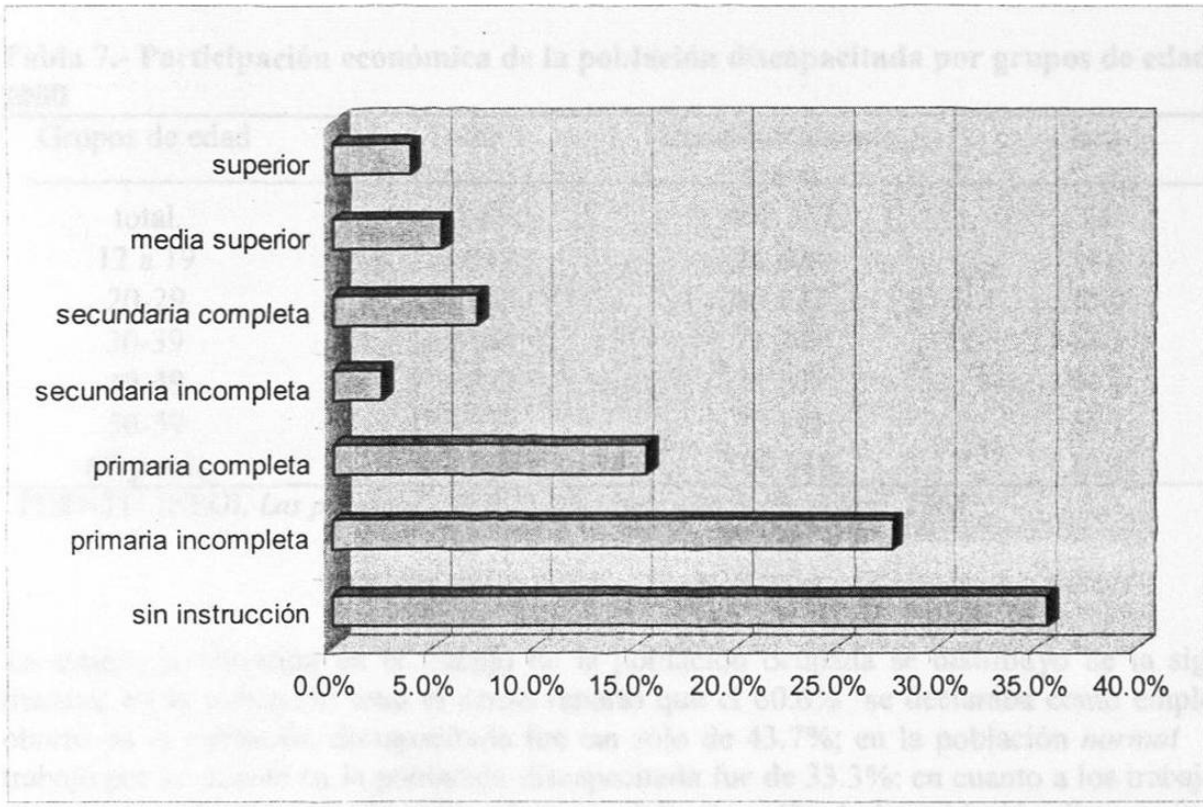
Grafica 3.- Porcentaje de población discapacitada de 15 años y más analfabeta por grupos de edad y sexo 2000.



Nota: Porcentaje en relación a cada grupo de edad y sexo. No se graficó a la población que no especificó su edad, lo que representa 1% de mujeres y 0.7% de hombres.
FUENTE: INEGI, *Las personas con discapacidad: una visión censal*, 2004.

La desigualdad en el acceso a oportunidades educativas de la población discapacitada se reflejan en el nivel de instrucción así mientras el 10.2% de la población total de 15 años y más no tenía instrucción entre la población discapacitada fue de 35.5%; el 27.8% de la población discapacitada de 15 años y más manifestó tener primaria incompleta; el 15.6% con primaria completa; 2.5% con secundaria incompleta; 7.2% con secundaria completa; 5.4% con media superior y tan sólo 3.9% con secundaria superior (INEGI, 2004: 48) (grafica 4).

Gráfica 4.- Porcentaje de población discapacitada de 15 años y más según nivel de instrucción, 2000.



NOTA: la categoría de secundaria se refiere a ésta o estudios equivalentes. No se graficó a la población que no especificó su nivel de instrucción (2.1%).
FUENTE: INEGI, *Las personas con discapacidad: una visión censal*, 2004.

Por último mencionaremos el promedio de escolaridad (años aprobados que alcanza la población) el cual fue de siete años y más entre la población total de 15 años y más mientras que en la población con discapacidad del mismo grupo de edad el promedio de escolaridad a nivel nacional fue de tan sólo 3.8 grados, cuatro años de primaria (INEGI, 2004: 51). Sobra decir que los bajos niveles de instrucción afectan las posibilidades laborales de los discapacitados, el tipo de empleo que pueden desempeñar y los niveles de remuneración.

2.2.2.2 Empleo

El censo del 2000 reportó que la tasa de población económicamente activa en la población total fue de de 49.3% mientras que entre las personas con discapacidad fue de tan sólo 25%, esto significa que tan sólo una cuarta parte de la población con discapacidad en edad de trabajar o buscar empleo lo hizo (INEGI, 2004: 53). Por grupo de edades la tasa de población económicamente activa de entre la población discapacitada se distribuye de la siguiente manera: de 12-19 años 14.3%; de 20 a 29 años 35%; de 30 a 39 años 43.1; de 40 a 49 años 44.7; de 50 a 59 años 36.1 y de 60 a más 13.4 (INEGI, 2004: 51) (tabla 7).

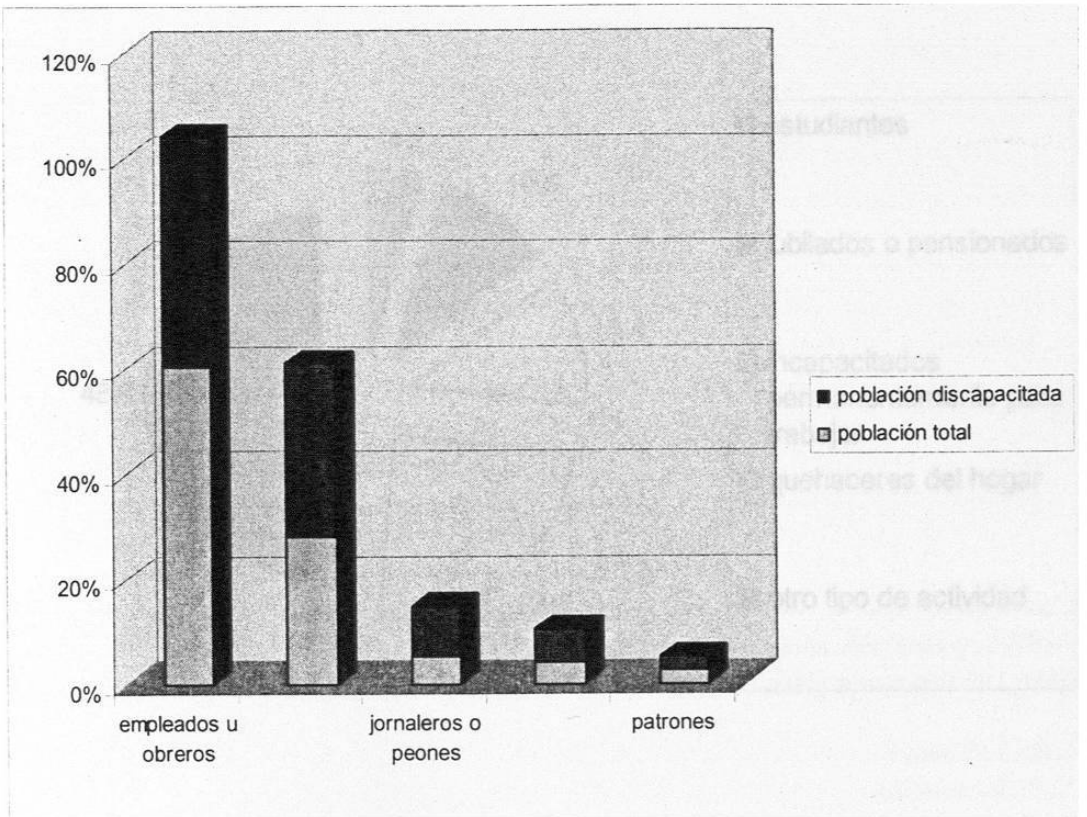
Tabla 7.- Participación económica de la población discapacitada por grupos de edad, 2000

Grupos de edad	Total	Económicamente activa	tasa
total	1 605 890	402 237	25
12 a 19	153 319	21 894	14.3
20-29	172 055	60 232	35.0
30-39	165 584	71 349	43.1
40-49	174 833	78 203	44.7
50-59	195 339	70 541	36.1
60 y más	744 760	100 018	13.4

FUENTE: INEGI, *Las personas con discapacidad: una visión censal*, 2004.

En cuanto la situación en el trabajo de la población ocupada se distribuyo de la siguiente manera: en la población total el censo reportó que el 60.6% se declaraba como empleada u obrero en la población discapacitada fue tan sólo de 43.7%; en la población *normal* 27.9% trabajó por su cuenta en la población discapacitada fue de 33.3%; en cuanto a los trabajadores sin pago fue de 4% entre la población normal frente a 6% de la población discapacitada; en cuanto a personas ubicadas como patrones fue de 2.5% en la población total y 2.5% en la población discapacitada (INEGI, 2004: 56) (grafica 5).

Grafica 5.- porcentaje de población total y población discapacitada ocupada según situación en el trabajo, 2000

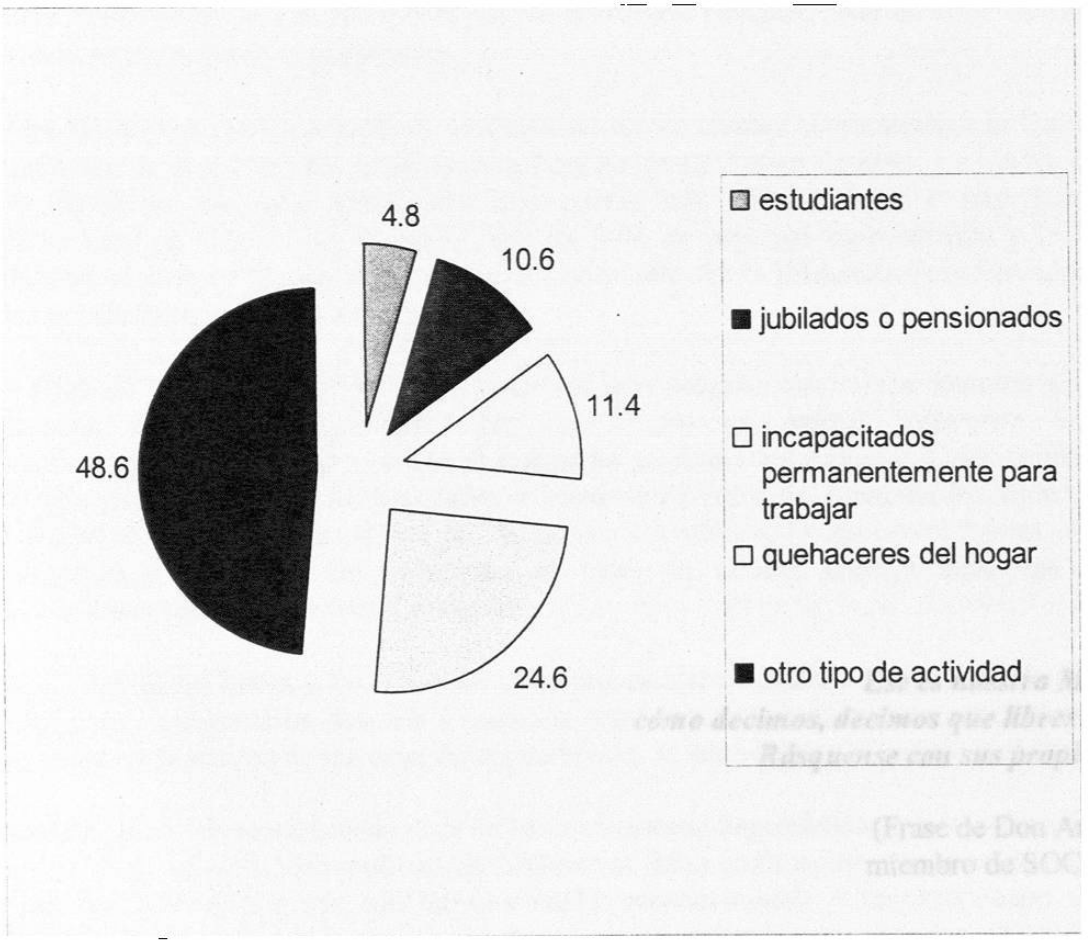


NOTA: los trabajadores sin pago se refieren a los trabajadores sin pago en el negocio familiar. No se graficó a las personas que no especificaron su situación en el trabajo.
FUENTE: INEGI, *Las personas con discapacidad: una visión censal*, 2004.

Las desigualdades entre la población *normal* y la discapacitada se reflejan en los ingresos percibidos los cuales se ordenaron tomando en cuenta el salario mínimo (sm) que en el 2000 fue de 1,054 pesos. El censo reportó que mientras que el 8.3% de la población total ocupada no percibía ingresos, entre la población discapacitada fue de 13.9%. La población discapacitada que percibió menos de 1sm fue de 22.6%; la población discapacitada que percibió de 1 a 2 sm (representa un ingreso de 1 054 a 2 108 pesos mensuales) fue de 28.2; más de s a 3 sm fue de 15.1; más de 3 a 5 sm fue de 7.4 y más de 5 sm fue de 6.0 (INEGI, 2004: 58).

En cuanto a la población no económicamente activa con discapacidad el censo reportó un total de 74%. De cada 100 personas con discapacidad 4.8 eran estudiantes; 10.6 eran jubilados o pensionados; 11.4 estaban incapacitados permanentemente para trabajar; 24.6 se dedicaban al quehacer del hogar y 48.6 a otro tipo de actividad (INEGI, 2004: 55).

Grafica 6.- Porcentaje de población no económicamente activa según tipo de actividad



FUENTE: INEGI, *Las personas con discapacidad: una visión censal*, 2004.

Los datos arriba reflejan el enorme nivel de pobreza que caracteriza las condiciones de vida de los discapacitados mexicanos. Su situación económica resulta aún más menesterosa si se toma en cuenta que este sector poblacional tiene necesidades de salud especiales y requiere – sobre todo cuando la discapacidad es causada por enfermedad o accidente – para su vida cierto tipo de medicamentos. En vista de que muchos discapacitados adultos no están económicamente activos y dado que la gran mayoría de los que trabajan se ubica en el sector informal de la economía, se puede suponer que la mayoría no cuenta con servicios médicos sino depende de la medicina privada: factor que incrementa aún más su nivel de pobreza.

Ese es nuestro México...
cómo decimos, decimos que libres ¿veda?
Rásquense con sus propias uñas

(Frase de Don Armando,
miembro de SOCOININ)

CAPITULO 3. MODELOS EN LA ATENCIÓN A INVIDENTES EN NUEVO LEÓN

3.1 Algunas instituciones de atención a invidentes en Nuevo León

La atención a invidentes en Nuevo León se guía en varios tipos de instituciones con características particulares y que se pueden dividir de la siguiente manera: a) instituciones que ofrecen apoyo técnico a los invidentes; b) instituciones que ofrecen entre su variada gama de servicios sociales atención a la discapacidad en general; c) instituciones creadas especialmente para la atención de invidentes que intentan combinar, en diversos grados, la asistencia educativa, social y médica con la integración laboral; d) un modelo cooperativista de integración económica y social que ha surgido últimamente entre grupos de invidentes.

En las siguientes líneas presentaré las características generales de los diversos enfoques de intervención tal como son percibidos por los invidentes que participan en ellos en calidad de 'beneficiarios' u como organizadores.

Entre las instituciones que ofrecen servicios de apoyo técnico se encuentran la Universidad Autónoma de Nuevo León y la Biblioteca Fray Servando Teresa de Mier. La UANL ofrece a los invidentes una sala tiflotécnica que cuenta con computadoras e impresoras para documentos en braille. Sin embargo, ante la falta de personal especializado y la falta de difusión, el alcance de estos servicios se ve disminuido. En la Biblioteca Fray Servando existe una sala de lectura para invidentes.

El Club de Leones es una de las instituciones más antiguas que ofrece atención general a personas con una discapacidad. En sus inicios se enfocó solamente a ciegos (http://www.lionsclubs.org) pero con el tiempo ha ampliado sus servicios y atendiendo hoy en día una gama mayor de discapacidades a través del Centro de Atención Múltiple[20]. En las mañanas se atienden a los niños y por la tarde a los adultos. Dicho centro brinda servicios educativos y consultas. En ocasiones, el Club de Leones entrega donativos a otras asociaciones que atienden la discapacidad.

En el caso de los bebes y los niños del nivel pre-escolar se práctica la intervención temprana para poder incorporarlos después a escuelas regulares. Los cursos para bebes y niños los capacitan en el manejo de texturas, la lectura braille, la lateralidad y el espacio y el tiempo.

A continuación presentaré un análisis de las instituciones hegemónicas que brindan servicios a invidentes en el Área Metropolitana de Monterrey. Estas instituciones son consideradas como hegemónicos debido a que son las que mayor reconocimiento e impacto tienen entre las personas invidentes además son las que han perdurado más tiempo y han logrado constituirse como Asociaciones de Beneficencia Pública.

3.2. Instituciones enfocadas a la integración laboral en el Área Metropolitana de Monterrey

En Nuevo León predominan dos modelos de integración laboral para invidentes que han encontrado respaldo de organismos públicos y privados. Tienen raíces sociopolíticas distintas y surgieron en diferentes momentos coyunturales. El modelo más antiguo data de la década de los años cuarenta y se basa en la integración de los invidentes a un trabajo informal; el segundo es de origen más reciente y persigue la integración de los invidentes al sector productivo en general. Para analizar los logros y limitaciones de estos modelos tomaremos en cuenta la perspectiva de tres invidentes cuya integración productiva se ha basado en uno de los dos enfoques.

---

[20] Andrea, quien ha sido usuaria de dichos servicios. relató: "*Ahí en Mitras estaba la escuela en que estudié el Braille. Antes era nada más de discapacidad visual ahora es Centro de Atención Múltiple por los nuevos cambios de la ley de la Educación.*"

Los diversos modelos de integración laboral no son meras técnicas de integración social sino se sustentan en discursos socialmente creados acerca de la relación entre la 'normalidad física' y la discapacidad, las capacidades y limitaciones de los invidentes frente a las exigencias del mercado laboral, la posición de los discapacitados en la sociedad y las necesidades y los derechos sociales de los discapacitados. Sin embargo, estos discursos sólo pueden surgir porque las condiciones de vida que encuentra un sujeto en su entorno no le proveen de todos los recursos necesarios para llevar a cabo sus actividades (Hahn cit. en Putnam, 2005:189). Y al revés: las condiciones del entorno parten de un sujeto con determinadas cualidades psicofísicas.

Cuando hay una incongruencia entre entorno y sujeto surgen narrativas que pretenden legitimar la exclusión de un sujeto como 'anormal', 'atípico' o que – desde la perspectiva de los excluidos – buscan revertir su marginación. Ambos relatos acerca de los 'sujetos especiales' se proponen influir la acción de los 'otros'. Se trata, por lo tanto, de políticas que hacen uso de discursos identitarios, es decir, de 'políticas identitarias (Parker, 2005:53ss; Putnam, 2005:188ss).

Los discursos identitarios tienen un efecto doble: por un lado informan al público en general acerca de las características de los 'otros' (por ejemplo, los invidentes) y encaminan a personas e instituciones hacia ciertas formas de apoyo. Por el otro actúan sobre las construcciones identitarias de los sujetos nombrados (los invidentes) mismos y moldean sus expectativas hacia los demás (por ejemplo, acerca de los apoyos que les deberían de brindar) y hacia si mismos (a lo que pueden aspirar en la vida; lo que son capaces e incapaces de hacer, por ejemplo). Por consiguiente es posible afirmar que las políticas identitarias representan al mismo tiempo modelos de socialización y de integración social.

Si bien es cierto que los discursos identitarios son, por lo general, autorreferenciales, es decir, articulan una serie de concepciones acerca del sujeto que habla de si mismo (Parker, 2005), también pueden ser utilizados para influir las acciones con relación a otros construyéndolos bajo una cierta luz. Las políticas identitarias se materializan, de esta forma no sólo en un discurso sino también en una práctica. Es por esto que hacemos un análisis de los modelos de integración laboral de invidentes intentando recuperar de ahí los preceptos básicos que regían en torno a los invidentes en un momento histórico determinado.

Ante la volatilidad de los discursos (Foucault, 2002), los discursos necesitan ser reproducidos incesantemente por los actores. La reproducción tiene lugar por medio de formas de intervención sociopolítica, como por ejemplo, las políticas sociales; al igual que en la acción de los invidentes mismos cuya integración laboral es guiada en uno de estos modelos.

En vista de que los dos modelos que analizamos en seguida surgieron en épocas históricas distintas y en medio de formaciones discursivas disímiles, se ligan a políticas identitarias diferentes que fueron dirigidas en cada época hacia los invidentes y que producen en ellos, por lo mismo, efectos identitarios divergentes.

El análisis de cada modelo busca, por consecuencia, rebasar el mero nivel técnico e incorporar las políticas identitarias contenidas en el mismo así como las correspondientes construcciones identitarias de los ciegos involucrados. La información no se encuentra de forma explícita en