

Lo que siempre hemos sabido... ignorar en salud

Juan Martell Muñoz*

Resumen

En el presente documento se pretende realizar una discusión y reflexión en torno a las políticas y programas de atención a la salud en México. En particular se discute cómo se ha hecho caso omiso de los pocos logros en materia de atención a la salud, así como la influencia de la mercantilización en dicho proceso. A su vez, se reflexiona sobre la necesidad de considerar las condiciones de vida y los determinantes sociales en los programas dirigidos a la salud de población mexicana.

Abstract

This document intends to produce a discussion and reflection on policies and programmes for health at Mexico. In particular discusses how has been ignored the few accomplishments in the field of health care, as well as the influence of the mercantilization in that process. At the same time, we discuss about the need to consider the living conditions and the social determinants of health of Mexican population programmes.

Palabras clave /Key words:

Programas de salud, condiciones de vida, salud y determinantes sociales / Programmes of health, living conditions, health and social determinants.

Introducción

La transición demográfica implicó la multiplicación de los trastornos de la personalidad, así como de las enfermedades psicosomáticas (Desjarlais, *et al*, 1997), sobre todo las relacionadas con el estrés y con el estrés postraumático, los estilos de vida y los accidentes automovilísticos, entre otros. Las poblaciones insisten en hacer caso a las aportaciones de los viejos y nuevos descubrimientos para la transformación de los servicios de salud, y en que se deben escuchar y atender los llamados para una reforma real y consistente de los servicios de salud de México, tomando en cuenta, una vez más, los modelos que se han creado con anterioridad y que han dado forma a dichos sistemas.

Las iniciativas y programas que han sido fundacionales de las políticas de salud en el mundo, y específicamente en México, han adquirido no solamente una presencia histórica, sino también han servido como fundamento

* *Estudiante del Doctorado en Filosofía con orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social de la Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL). Correo electrónico: jmartellm@yahoo.com*

teórico para encarar las problemáticas de salud a nivel global. Se encuentra que, con base en estos antecedentes históricos, los caminos que han recorrido los programas y políticas sociales dirigidos a la salud han ido transitando en una especie de peregrinar por el desierto, es decir, se ha hecho caso omiso de las causas y razones de la aparición de enfermedades en algunos grupos sociales y no así en otros sectores de la población; en la falta de higiene en algunas clases sociales y no así en otras; el seguimiento de las recomendaciones terapéuticas en algunos grupos sociales y no en otros; así como la falta de educación para la salud en algunos grupos sociales y no así en otros. Asimismo, estas conceptualizaciones de la enfermedad se encuentran enraizadas en la mentalidad de los integrantes del personal médico, existiendo una resistencia a modificar tales conceptualizaciones por temor a perder los beneficios de ser identificados como una profesión cercana al poder (Illich, 1976).

Es un hecho que los primeros programas preventivos e interventivos en la salud estaban atravesados por la conceptualización de salud de la época y por el trabajo práctico inmediato. Estas conceptualizaciones y prácticas se situaban dentro de un perímetro de juicios y valores comerciales y mercantiles internacionales. Por ejemplo, la Primera Reunión Panamericana de Salud fue motivada por la conservación y mantenimiento de relaciones comerciales *saludables*, es decir, la preocupación por la salud fue en realidad marginada a segundo o tercer término en comparación a los requerimientos económicos y comerciales. Asimismo, la conceptualización de salud no tomaba en cuenta los elementos sociales para explicar el tránsito de la salud a la enfermedad; y en vista de que los factores sociales se encuentran desproporcionadamente ignorados en las conceptualizaciones positivistas-genetistas, las prácticas médicas de esa época estaban sujetas a explicaciones endogenistas e individualistas sin la presencia de los aspectos socioculturales e históricos (Gómez-Dantés y Khoshnood, 1991).

La creación de los primeros programas y departamentos de salud en México y en el mundo incluían variables que han sido consideradas como primordiales en el estudio del proceso de salud-enfermedad-asistencia, como la higiene personal y las condiciones de vida. Sin embargo, se ha hecho caso omiso a los hallazgos y recomendaciones impulsadas por aquellos primeros pasos en la atención sanitaria en México. En la actualidad nos encontramos ante la disyuntiva de seguir por el camino de tratar e interpretar a la salud como una producción de bienes mercantiles, o bien cambiar de rumbo a decisiones más democráticas e incluyentes y benéficas para las poblaciones más desprotegidas, donde estén presentes los elementos históricos y culturales ya mencionados.

Estas primeras acciones estaban encaminadas a incidir en los comportamientos humanos, es decir, cambiar los hábitos, a fin de que también se

incidiera en la mejora de la calidad de vida de los sujetos. En un momento dado se creía que debían mantenerse sanas a las personas para que se convirtieran en el pistón del progreso del país y de ellas mismas —época cardenista—. Desde la creación de los primeros departamentos de salud se intentó, con relativo éxito, incidir en los estilos de comportamiento y de vida de las poblaciones, ya que ellos eran detonantes de la *buena o mala salud de un pueblo*.

Sin embargo, enfermedades que son consideradas como problemas actuales no han recibido la atención debida, de tal manera que no se conservaron las estrategias primigenias en cuanto a la atención a cierto grupo de enfermedades, y que han conservado una estrecha relación con las condiciones de vida y repercusiones directas en las políticas económicas, así como ideológicas respecto al origen de las enfermedades. Es decir, desde hace años se sabe que las condiciones de vida, por ejemplo la higiene del hogar y en el vecindario, son precursores de una mala salud de las poblaciones, sin embargo, las políticas y programas de salud dejaron de usar ese utillaje original de la lucha añeja contra las enfermedades que aparecen en un contexto determinado y que, no obstante y por no atenderse, siguen desembocando en problemáticas bien específicas en la salud.

Asimismo, los financiamientos de los programas y políticas de salud han dejado de ser prioridad en una ambiente donde se cambia drásticamente de idea respecto a lo que es o debe ser una política de salud; además, la impronta económica se hace cada vez más pesada e incomprensible, con consecuencias perniciosas en la población. Lo que aquí se expondrá es el vacío en torno a las políticas de salud; además se desarrollarán algunos temas históricos y contemporáneos de manera reflexiva y crítica, fundamentados en algunos datos de carácter actual en México y en otras partes del mundo.

Salud y política social

Después de los logros en el combate a la fiebre amarilla, el tifo y otras enfermedades estrechamente relacionadas con la higiene al principio del siglo pasado, se continuó con la visión positivista de la salud en cuanto al entendimiento de la relación entre los medios concretos de vida y la salud. Sin embargo, posteriormente las iniciativas se fueron adecuando a los estándares del entendimiento conservador respecto a la influencia de los factores sociales en la salud pública estrechamente relacionados con los principios positivistas individualistas, cuya idea central era llevar el canon de la ciencias naturales a la ciencias sociales, humanas y del espíritu, sin tomar en cuenta los factores externos en la salud (Carrillo, 2002).

A partir de una serie de principios de vigilancia se instó a la población a obedecer ciertos parámetros de comportamiento, como la higiene personal

y del hogar, empero, esta serie de movimientos de las instituciones hacia las personas no tuvo repercusión continuada en el diseño e implementación de programas de salud (Neri, 2002).

Así, por ejemplo, algunos médicos se opusieron a la aplicación de estas técnicas de intervención en la población —higiene y cuidado personal—, sobre todo en el combate a la fiebre amarilla. En posteriores ocasiones, los programas estaban supeditados a las decisiones de un grupo de académicos llamados “los positivistas” —por pertenecer a esta corriente filosófica—, próximos al poder, pero que no comprendían en ese tiempo la importancia de los factores sociales en el proceso salud-enfermedad, a pesar de los éxitos de este tipo de programas de vigilancia higiénica.

Para los europeos, por ejemplo, resulta imprescindible partir de tres puntos fundamentales:

—Cómo esta nueva política puede mejorar las maneras de capturar y tratar las principales tendencias y vectores que influyen en la salud.

—La importancia de la adopción de un enfoque conjunto “total de gobierno” de la gobernanza para la salud y la equidad sanitaria y una mayor capacidad de los ministerios de salud para liderar procesos de políticas intersectoriales y abogar por la equidad en salud en todas las políticas.

—La necesidad de crear un movimiento para la salud y el bienestar, inspirado por la [Salud de 2020](#), a través de un proceso verdaderamente participativo que involucrará y conectará con los responsables políticos y profesionales en todos los niveles, así como con la sociedad civil (Organización Mundial de la Salud, 2010).

En México, a diferencia de lo antes mencionado, se ha enraizado una concepción mercantilista de la salud en la cual se privilegia el gasto y se pierde de vista los costos reales en el ámbito ecológico, cultural, social y verdaderamente económico de la salud. Los costos se extienden al deterioro de la naturaleza —incluso de la propia naturaleza humana— y, por ende, a la salud de los individuos que componen una cultura.

Es evidente que la elaboración de programas para los servicios de salud exige la presencia de una participación honesta y genuina de los agentes políticos, así como de la agencia de los especialistas en salud, incluyendo aquellas profesiones y disciplinas que pueden explicar los procesos de cambio social: sociólogos, antropólogos, psicólogos sociales. Asimismo, exige una postura ideológica donde no esté presente la mercantilización de la salud; al entender a la salud como una mercancía se definirá como algo que se produce y por ello está supeditada a la renta y al consumo.

Las reformas de salud neoliberales en América Latina, por ejemplo en Guatemala y en México específicamente a principios de los años ochenta del siglo pasado, no han tenido el impacto esperado en el sentido de una mejora real de la salud y en la cobertura y en la ampliación de ésta. La historia de descentralización en México, que ya cuenta con veinte años, confirma que este proceso, promovido por las reformas neoliberales, tiene por objetivo reducir las aportaciones de los gobiernos centrales a los servicios sociales, entre ellos los de salud, para liberar fondos durante las crisis económicas (Verdugo, 2005).

En los años posteriores a la década de 1980 se presentó una serie de cambios que empañaban los logros de programas de salud en México; así, las reformas económicas intervienen directamente en la falta de políticas y de reglamentos claros, y la desarticulación de los equipos entrenados y el desinterés del gobierno hicieron que se descuidaran mucho las actividades de salud pública. Por ejemplo, la cobertura con la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica que debe aplicarse antes del primer año de vida descendió de 94 por ciento en 1995, a 80 por ciento en 2003. Según las encuestas de demografía y salud de 1990, 1995 y 2000, el porcentaje de niños de entre 12 y 23 meses de edad que recibieron todas las vacunas disminuyó de 83 por ciento en 1990, a 71 por ciento en 1995 y a 66 por ciento en 2000. La incidencia de malaria aumentó desde la década de 1960, pero su incremento se acentuó a partir de 1998, mientras que la incidencia de dengue clásico ha registrado un promedio anual de 30 mil 332 casos en el quinquenio de 1996-2001 (Homedes, y Ugalde, 2005).

Lo anterior es muestra del resquebrajamiento de las políticas y programas de principios del siglo anterior y mediados del mismo; la extensión de programas de higiene así como los programas de vacunación fueron abandonados, aún más: fueron abandonados las técnicas y métodos epidemiológicos que habían dado rumbo a estos primeros logros. Efectivamente, las primeras organizaciones de salud se fundaban en la preocupación por la actividad económica, pero al fin y al cabo era una preocupación por la salud; estas reformas que se gestaron a principios de la década de los ochenta sólo se preocupaban por la estabilidad y eficiencia financiera, restando recursos a los servicios de salud de los países, sobre todo los subdesarrollados.

En México, por ejemplo, las dos etapas de descentralización coincidieron con graves recesiones económicas, lo cual preteó una serie de reformas regresivas en el aspecto de la salud; asimismo se ubican en los cambios de modelos económicos: de sustitución de importaciones a uno centrado en el mercado. También corrobora que la descentralización neoliberal no consiguió los objetivos que anunciaban sus promotores, tales como mejorar la calidad, la eficiencia, la equidad y la participación comunitaria. Por el contrario, en los países latinoamericanos las reformas han contribuido a aumentar la desigual-

dad y, posiblemente, a usar los recursos menos eficientemente, pretextando, también, recortes regresivos en los programas de salud (Homedes, y Ugalde, 2005).

El caso de México enseña, además, que la descentralización puede ser sumamente costosa. Por lo tanto, es posible responsabilizar a los promotores de la descentralización neoliberal por el daño económico causado a México y a otros países y sus claras repercusiones en la salud. Se debe destacar que cuando el modelo de descentralización aplicado en México resultó un obstáculo para el proceso de privatización, se declaró que la descentralización no era tan necesaria como se había pensado y se descartó. Este hecho indica claramente que el objetivo más importante de las reformas liberales es la privatización de los servicios y que implica que los sectores más desfavorecidos carguen el pesado lastre de hacerse cargo de su salud y del financiamientos de sistemas regresivos, causando por ello un mayor daño para aquellos que menos tienen (Homedes y Ugalde, 2005).

Existe pues la necesidad de considerar las condiciones de vida de la población para dirigir programas y políticas de salud, de tal forma que se provea de estrategias epidemiológicas reales, programas eficaces y atención oportuna contextualizada a las condiciones culturales, sociales y económicas de la población. Al mismo tiempo, es necesario que se reconceptualice el proceso salud-enfermedad-asistencia con un fuerte tono cultural, más allá de las concepciones individualistas-asistenciales-reparadoras emanadas del positivismo.

Las condiciones de vida y la salud

El proceso salud-enfermedad se explica a través de analizar el ambiente en el que la población se desenvuelve. La actuación humana y su relación con el ambiente ofrecen la oportunidad de describir diferentes variables de la relación con la naturaleza. La relación del ser humano con su ambiente no sólo se circunscribe a la relación entre los organismos vivos, sino a través, precisamente, de la relación con la cultura, entendida ésta como creación humana. Es decir, el humano es un ambiente no sólo natural: es, por lo tanto, un ambiente económico, histórico, cultural (San Martín, 1992).

En primera instancia el ser humano no es más que biología y a la postre se convierte en cultura (Vigotski, 1989); la capacidad humana para interpretar y manipular los datos lingüísticos —lenguaje— implica que el humano establece una relación cualitativa y cuantitativamente diferente a la del resto de los animales. La disposición o inexistencia de algunos elementos materiales y simbólicos trascienden hacia el entendimiento del ambiente por parte del humano (Mead, 1973). En este sentido, las condiciones de vida condicionan la

calidad de vida y participan activamente en el bienestar de la población y por ende en el proceso-salud-enfermedad de esta misma.

En muchas ocasiones y en diferentes ámbitos se han señalado la influencia de las condiciones de vida, las diferencias de género y económicas, los estilos de vida y los comportamientos humanos en la salud y, en general, en el proceso salud-enfermedad-asistencia; sin embargo, no se ha hecho una real audiencia para cambiar de rumbo en el diseño, implantación y evaluación de políticas y programas de salud, a pesar de que los argumentos desde este punto de vista del proceso salud-enfermedad son sólidos y enriquecedores.

A finales del siglo antepasado y principios del pasado, médicos como Ascher descubrieron la relación entre las condiciones de trabajo y la salud; posteriormente se comenzó a relacionar las condiciones de la vivienda y el ingreso con el desgaste físico de las personas que vivían en estas condiciones (Rosen, 1998). A pesar de que desde antaño se ha descubierto la propensión a enfermar por parte de las poblaciones menos favorecidas, se ha hecho caso omiso al respecto.

Asimismo, las políticas de debilitamiento de los pobres (Gloyd, 2005) a través del detrimento de la salud —el negocio de la salud— otorgan un marco de pensamiento acerca del proceso salud-enfermedad-asistencia que toma en cuenta las diferencias socioeconómicas intrapoblacionales que determinan una estabilidad en las caracterizaciones de la enfermedad entre los más pobres y una heterogeneidad entre la población en general (Gloyd, 2005). Es evidente que las diferencias económicas y de las condiciones de vida se plasman en una profunda diferencia de la calidad de vida, así como en las posibilidades de poseer la oportunidad de recibir unos servicios de salud en un país determinado como es el caso de México.

Por ejemplo, si no se diferencia adecuadamente la información socioeconómica, racial y étnica en el proceso salud-enfermedad-asistencia, se generará la aparición de algunas enfermedades que pueden ser interpretadas, de manera implícita o explícita, como un reflejo de la genética o “consolidaciones culturales”, lo que puede generar también una serie de interpretaciones por parte de los profesionales acerca de dichas consolidaciones culturales y, por consecuencia, considerar que estas diferencias *genéticas* pueden o no estar influidas por las políticas de salud de un país. Los determinantes sociales siguen teniendo una gran importancia y, en el fondo, reclaman una mayor atención en la equidad y la igualdad en los factores sociales que influyen en la aparición de una o varias enfermedades en un estrato social determinado (Halfon, Larson y Russ, 2010).

Del mismo modo, si no se distingue la herencia colonial en las representaciones y conceptualizaciones de la salud —donde sí se tomaban en

cuenta las diferencias raciales, étnicas y económicas de la población para realizar a la postre una conceptualización del proceso de la aparición de la enfermedad como consecuencia de las condiciones antes señaladas—, se acaba concibiendo a la enfermedades como si fuesen una manifestación de una herencia biológica o bien cultural. Es decir, se realizaba una diferenciación *acentuada* de las condiciones culturales e históricas entre la población, cosa que en el presente documento se reclama; sin embargo, también se asume que se debe separar en lo posible de la herencia colonialista en lo referente a la salud, de tal modo que se puedan distinguir las condiciones culturales de un pueblo y la influencia de los programas de salud (Gish, 2005).

Las diferenciaciones exacerbadas y heredadas por los antecedentes coloniales dan cuenta de la cuesta no sólo científica sino moral y estereotípica del proceso salud-enfermedad, al tiempo que también dan luz acerca de las conceptualizaciones acerca de los valores morales que producen explicaciones acerca de las responsabilidades y/o etiologías de la enfermedad, es decir, se asume que la enfermedad es exclusiva de un fenotipo racial o étnico y no así surgida por las condiciones materiales donde ese fenotipo intenta o logra reproducirse; como se menciona antes, ésta es una de las concepciones positivistas de la salud.

De hecho, la no diferenciación de la información y los datos epidemiológicos pueden modificar la conceptualización de factores sociales tales como: los ingresos, la educación, la riqueza, condiciones de la infancia y socioeconómicas de vecindad, el ambiente físico y psicosocial, la oportunidad de tiempo libre y por lo tanto de ocio creativo y recreativo, condiciones de trabajo y condiciones de la vivienda, elementos que varían de forma sistemática por la raza o grupo étnico, es por ello que la diferenciación debe ser sistemática y adecuada al contexto donde se *lee* las condiciones de salud de una población.

Por una parte, se puede decir que la crisis económica actual hace que sea más difícil llevar a cabo ambiciosas políticas sociales, sobre todo cuando el tema se relaciona con el financiamiento; sin embargo, en la creatividad e innovación de estas políticas sociales se pueden presentar nuevas oportunidades.

Un ejemplo para contextualizar: la miseria desigualmente distribuida y la muerte como consecuencias del huracán *Katrina* sorprendieron a muchos estadounidenses, ofreciendo un testimonio crudo de profundas divisiones de clase y raza dentro de esa sociedad, no así en el contexto de México, donde estas divisiones de clase y raza se acentúan cada vez más, sin siquiera llegar a avergonzar a los integrantes que ocupan un lugar más privilegiado de esta sociedad (Braverman, Egarter y Mockenhaupt, 2011). Lo mismo ha sucedido en los casos de inundaciones y catástrofes de otro tipo en México: los sucesos casi siempre se producen entre las clases más desprotegidas o bien entre minorías raciales.

Otro ejemplo norteamericano y que se ligará a las condiciones de vida de los mexicanos, se refiere a la información acerca del proceso salud-enfermedad y las condiciones de vida. Se dice que la información debe ser renovada y actualizada con los datos en donde aparezca la información, por ejemplo, del antes y después del tamaño de la clase media; ahora, ante la situación precaria de estadounidenses afectados por la pérdida de empleo y/o ejecuciones de hipotecas y dependencia de la asistencia pública, el proceso es más complejo. Por ejemplo, cada vez más la pobreza en Estados Unidos no se limita a los centros de las ciudades y zonas rurales; para el año 2005, un millón más de americanos pobres vive en suburbios de las ciudades, lo que provoca que la pobreza sea más visible, presente y vívida para la clase media (Braverman, Egarter y Mockenhaupt, 2011). Esta realidad se vive entre los habitantes de México, quienes quizá no resienten el hecho de las hipotecas, pero sí el del desempleo, las malas condiciones de las viviendas, la baja y la desigualdad en general.

En México se ha puesto el acento en la influencia de las desigualdades e inequidades en el proceso salud-enfermedad; las concentraciones de la riqueza en pequeños sectores de la población y, por ende, de la miseria en amplios sectores transforman el espectro de viejas y nuevas enfermedades, así como las estrategias para enfrentarlas, sobre todo si no se hace una diferenciación de los procesos, contextualizando y comprendiendo las influencias sociales en dicho proceso. La diabetes, la obesidad, la tuberculosis y demás enfermedades parecen ser nuevas, empero, al mismo tiempo viejas enfermedades están presentes en nuestro contexto: las llamadas Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS). A ello se añade que estas viejas y nuevas enfermedades han sido enfrentadas con las mismas estrategias de un siglo a la fecha, indudablemente conexas a los referentes sociales de cada época y de las estrategias que se han seleccionado para enfrentarlas.

Para México la situación se vuelve cada vez más difícil en el sentido de que los datos no se actualizan y, en algunos casos, las evaluaciones están sujetas a los gustos y preferencias de los políticos.

Condiciones de vida en las viviendas, en el trabajo y las comunidades

Además de las oportunidades sociales y económicas de una comunidad, se añaden las condiciones físicas dentro del hogar y de la comunidad. Un estudio de actualidad se centra en tres factores, demostrando tener importantes efectos sobre la salud: el acceso a bienes y servicios dentro de la propia comunidad; la exposición ambiental; y calidad de la vivienda y la asequibilidad.

El acceso a bienes y servicios dentro de la propia comunidad puede promover y mantener la salud. La presencia de las aceras y cruces peatonales, carriles para bicicletas, campos de juego, parques, tiendas a las que se puede llegar a pie y en transporte público, junto con la percepción de que es seguro estar al aire libre, contribuyen sustancialmente a la cantidad promedio de actividad física regular de los residentes de un barrio. Otro factor de igual importancia a los recursos es la promoción de la salud (Miller, Pollack y Williams, 2011).

Una revisión reciente de una investigación que examina las diferencias de vecindad en el acceso a los alimentos llegó a la conclusión de que los residentes de los barrios con un mejor acceso a los supermercados y otros puntos de venta con los alimentos mínimamente procesados tienden a comer una dieta más saludable que sus contrapartes en los barrios con menos acceso a estos bienes. Sin embargo, también se encuentra una contradicción: la disponibilidad de ciertos productos puede dañar la salud. La densidad de restaurantes de comida rápida y la preponderancia de los alimentos con alto contenido energético en las tiendas de conveniencia y otros pequeños mercados se ha relacionado con una mayor prevalencia de la obesidad y mayor sobrepeso (Miller, Sadeggh-Nobari y Lillie-Blanton, 2011).

Del mismo modo, tiendas de bebidas alcohólicas tienen más probabilidades de estar ubicadas en países y regiones de bajos ingresos, y en mayor medida las comunidades de minorías y su mayor densidad se asocia con efectos adversos a nivel comunitario. Las comunidades más pobres también tienen una mayor prevalencia de la publicidad del tabaco y la accesibilidad de los productos del tabaco, que se asocian con mayor prevalencia del hábito de fumar. Steven H. Woolf, *et al* (2011) y Wilhelmine D. Miller, Tabashir Sadeggh-Nobari y Marsha Lillie-Blanton (2011) muestran cómo el ambiente comercial de la comunidad —lo que se anuncia, lo que está a la venta— y las normas cívicas —por ejemplo, la prohibición de fumar en interiores, el uso de medios de comunicación social para la promoción de la salud— puede apoyar los comportamientos saludables, sin embargo, la población más desfavorecida recibe mayor presencia mediática de esta publicidad.

Política y programas de atención a la salud

Como se ha mencionado, las primeras estrategias de acción para la atención de la salud se hicieron cargo, en lo suficiente, de modificar un tanto las condiciones de vida y los comportamientos humanos de diferentes regiones de México. A pesar de que esos primeros programas incidieron positivamente en recuperar la salud de las poblaciones atendidas, no se pudo continuar con este tipo de programas. Sin embargo, los avances en el conocimiento en el proceso salud-enfermedad han dado pie a un sinnúmero de recomendaciones de aspectos tales como: hábitos de salud, prevención de salud, la influencia

del ambiente en la salud y la enfermedad, las consecuencias psicosociales de los accidentes, etcétera.

Organizaciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se han preocupado en la producción de diferentes documentos donde se hace una serie de recomendaciones *ideales* para la modificación de algunas condiciones de desigualdad en la salud. Casi todas esas recomendaciones se han dirigido a la reducción de las brechas en las condiciones de vida de la población, elemento que también ha sido ignorado por los dirigentes políticos.

El Programa Nacional de Salud 2007-2012 insiste en la reducción de brechas y en el gasto en salud, si bien el Programa Nacional de Salud 2001-2006 ya lo planteaba. Además se vuelve hacer presente la visión asistencialista, todavía sin entender la impronta social del proceso salud-enfermedad.

En la misma dirección, ambos programas se han empeñado en mencionar la necesidad de deshacer la fragmentación de los servicios sociales de salud en México; empero, no han hecho los movimientos necesarios para crear una real gobernanza de los servicios de salud, es por ello que se han producido cambios limitados en estos servicios y, por ende, no se puede considerar una real política de salud en México.

Amanda Glassman y César Patricio Bouillon (2007) proponen tres grandes desafíos para aquellos países que han *reformado* sus sistemas de salud y sobre todo sus sistemas de financiamiento; incluso llegan a cuestionar la poca indignación de los países más ricos respecto a las condiciones de vida relacionadas con la salud de los países subdesarrollados. Estos desafíos se pueden resumir de la siguiente manera:

Por el lado de los desafíos, la serie destaca primero el reto de incrementar la visibilidad de las deficiencias de la protección social en salud en los países en desarrollo. La evidencia acumulada indica que los sistemas de salud que dependen del financiamiento directo de los hogares (gasto de bolsillo) exacerbaban la pobreza y reducen la capacidad de los hogares para cubrir sus necesidades básicas.

El segundo desafío lo constituye la urgencia de consensuar agendas integrales de reforma para la mejora de la protección social en salud. La experiencia mexicana ilustra cómo debemos utilizar la evidencia creciente... para dar la visibilidad a las deficiencias existentes en el área de protección social en salud y crear una urgencia para enfrentarlas entre los gestores de política, la sociedad civil, las agencias internacionales y los donantes.

Finalmente, el tercer desafío lo constituye la necesidad de generar y recopilar datos confiables... y metodologías de análisis para evaluar y proponer reformas a los sistemas de protección social en salud. Aun no hay consensos internacionales sobre los criterios más adecuados para describir y analizar la función de protección financiera en un sistema de salud y qué tipo de datos y preguntas son necesarios para realizar este análisis de manera efectiva (Glassman, y Bouillon, 2007: 1-2).

Además señalan el alto riesgo que implica este tipo de reformas para las personas, ya que el desembolso de recursos para la salud representa gastos catastróficos y empobrecimiento para quienes no pueden costear *libremente* el gasto en salud. Los autores insisten en una exhibición o visualización de los fracasos de este tipo de reformas y sus consecuentes redundancias en la salud de la población.

Asimismo, no se debe perder de vista el hecho de que la desigualdad en nuestro país ha ido en aumento, de tal manera que la necesidad imperiosa de reducir las brechas en salud y su acceso se ven limitadas y obstaculizadas, ello de acuerdo a los reportes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) respecto a la cantidad de trabajo en el hogar así como el desenvolvimiento de la desigualdad económica.

Molina-Salazar, Romero-Velázquez, y Trejo-Rodríguez (1991), realizan un estudio comparativo entre países de alto ingreso y países de bajo ingreso: los de alto ingreso representados por Estados Unidos e Inglaterra, Costa Rica como país de bajos ingresos y México como punto de comparación, con la intención de observar la influencia de los aspectos económicos en la salud de la población. Como es evidente, los países de bajos ingresos son menos saludables que los países de altos ingresos, sin embargo, en el caso de Costa Rica sorprende el hecho de que a pesar de tener menos ingresos, la esperanza de vida es más larga para su población, casi similar a la de Estados Unidos.

El mismo reporte de investigación señala que el gobierno mexicano compra medicinas de mala calidad a precios exorbitantes, y también mencionan que esos medicamentos no son los indicados para las enfermedades de mayor prevalencia del país. También recomiendan para el caso de México: mejorar la calidad de los servicios de salud; atenuar las desigualdades sociales; modernizar el sistema de salud; descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud. De estos elementos ya se ha hablado en el presente documento, sin embargo, se debe ser reiterativo, de tal manera que los principios fundacionales de algunos programas de salud se revaloren y al mismo tiempo que las nuevas aportaciones.

En el caso de México, los problemas de desigualdad social que ha originado el estilo del desarrollo económico se han reflejado en el nivel de sa-

lud de la población. Los referentes internacionales sobre el rezago que muestran las condiciones de salud y el deterioro de los servicios de salud en México mencionan, de hecho, que se debe “poner un dique” que detenga el sostenido aumento de los costos de salud para los mexicanos. Se vuelve a poner en la palestra el conflicto respecto al uso de tecnología en la medicina así como las estrategias curativas medicamentosas, ambos, medicamentos y tecnología, de orígenes extranjeros y extremadamente caros.

De hecho, en 2008 la OMS insistió en la reducción de brechas económicas respecto a la salud, y planteó también una serie de estrategias para la disminución de la inequidad en el acceso a la salud. Una de ellas viene a tono con lo que aquí se plantea: la distribución de poder, dinero y los recursos, así como mejorar las condiciones de vida; las condiciones en que la gente nace, crece, se desarrolla, en las que vive y en la que envejece. De hecho se llega a justificar, también, lo que aquí se menciona respecto a la salud mental y su relación con el ingreso y las oportunidades en la vida:

Según el carácter de esos entornos, las condiciones físicas, el apoyo psicosocial y los esquemas de conducta variarán para cada grupo, haciéndoles más o menos vulnerables a la enfermedad. La estratificación social también crea disparidades en el acceso al sistema de salud y en su utilización, lo que da lugar a desigualdades en la promoción de la salud y el bienestar, la prevención de enfermedades y las posibilidades de restablecimiento y supervivencia tras una enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2008: 3).

Las dificultades a las que se enfrentan las clases económicamente deprimidas comprometen a los sujetos en una serie de dinámicas en las que dominan la ansiedad y la angustia, así como el temor y resentimiento producto de la desigualdad (De la Fuente, Medina-Mora y Caraveo, 1997; Belloch, Sandín y Ramos, 2008). En el mencionado documento de la OMS se continúa con una serie de recomendaciones que no están lejos de las primeras recomendaciones de las políticas y programas de hace un siglo, haciendo hincapié en las desigualdades sociales como origen de las enfermedades y trastornos de salud de un sinnúmero de casos en la sociedad. Las recomendaciones se sitúan en la dirección de generar igualdad, equidad, de potenciar a los más pobres; recomendaciones que aluden a la forma en que se conceptualiza la salud y la equidad. Es evidente que en el caso de México no habrá resonancia en los agentes políticos encargados de estructurar programas y servicios de salud si no hay voluntad política.

Asimismo, se pone el acento en realizar una formación educativa para la salud de manera formal y explícita, y recomienda hacer un seguimiento sociocognitivo, de desarrollo emocional y social, que redundaría en una inte-

gración sólida a la sociedad donde se desenvuelvan los sujetos, además de ser el principal elemento de prevención para la salud mental.

Es por ello que aquí se expone la imperiosa necesidad del diseño e implementación de programas y políticas que construyan no sólo mejores servicios de salud para los mexicanos, sino también una real equidad en la formación de sujetos integrados y sanos mentalmente para el servicio al prójimo y a la naturaleza.

La elaboración de programas sociales que realmente se integren y compaginen con los intereses de las comunidades se debe realizar a partir de los potenciales de los integrantes de la comunidad y de la comunidad en su conjunto. Es decir, las conceptualizaciones se deben realizar a partir de una visión holística y no simplemente individual o particular a una persona o a un pequeño grupo de personas. La posibilidad de incidencia en la vida cotidiana de los sujetos que potencialmente pueden enfermar implica una correspondencia por parte del académico, siempre y cuando se empape de lo que representa, por ejemplo, ser diabético, sufrir de una enfermedad estigmatizante (Goffman, 1998) o, en suma, ser estereotipado por el hecho de padecer una enfermedad (Myers, 2004). Una pregunta que es vital en el diseño de programas y políticas de salud se debe fundar en cómo reconstruir el sentido psicológico de comunidad (Ovejero, 1998).

Reflexiones finales

Las disparidades y desigualdades en el acceso a los alimentos, a la actividad física, a los servicios de salud, así como la ausencia de servicios de salud coherentes con las finalidades y metas para lo que fueron creadas, crean un ambiente de duda y temor acerca de la existencia de servicios de salud gratuitos y adecuados a los contextos que más lo necesitan.

Si se sigue pensando desde el mismo modelo económico como fundamento que mercantiliza (Offe, 1990) casi todo tipo de servicios provistos por los gobiernos, y que sólo permiten pensar en una *ganancia* extraída para aquellos que ocupan un lugar más privilegiado dentro de la estructura social y su representación material en las grandes transnacionales; si se sigue creyendo en el mito de la austeridad (Peiró y Silla, 1999 citados en Garrido y Torregrosa, 1999) que ofrece la imagen mental de que no hay más opción que la privatización oculta o explícita de los servicios médicos, se acentuarán las grandes diferencias entre aquellos que son integrantes de la misma especie.

Hay que poner en relieve la estrategia militarista en las relaciones sociales, elemento que determina en buena parte los estilos de vida de la población así como las líneas de pensamiento respecto al proceso salud enfer-

medad. Es obvio que, por ejemplo, la militarización de la vida crea las condiciones para la malnutrición y la obesidad. Es evidente, también, la falta de respeto a los ritmos naturales de producción: se sigue forzando la producción de alimentos que, no obstante, sigue siendo la necesaria para la alimentación del mundo y específicamente de México; sin embargo, es la usura y la especulación las que han provocado esta situación.

Por otra parte, se convierte en algo indispensable la reconceptualización del proceso salud- enfermedad, de tal manera que los discursos teóricos estén emparentados y sean congruentes con la realidad de las poblaciones que más necesitan la participación de los *especialistas* en salud.

Asimismo, se debe hacer caso en el aspecto de la congruencia que deben tener los diferentes institutos y organismos de atención a la salud en México, los *pastiches* a los que hace referencia Peter Ward (1989). Los organismos que en la actualidad se presentan como ofertantes de salud en México, además de que se encuentran inmersos en políticas neoliberales productivistas y fincadas en el economicismo eficientista, son desde hace décadas una especie de islas inconexas que no participan de manera conjunta en el ofrecimiento real y humanitario de salud a la población. Se hace necesaria una real universalización de la salud en México de tal forma que los departamentos, organismos, institutos de salud estén y sean los más cercanos a las necesidades de igualdad y equidad en el acceso a la salud.

Una de las formas de que lo antes señalado se convierta en realidad es volver a los principios fundacionales respecto a la erradicación o bien control de las enfermedades. De nueva cuenta se debe salir de los consultorios en búsqueda de los problemas para intentar solucionarlos —*seeking mode*—, en vez de estar esperando que lleguen cuando ya todo es demasiado tarde —*waiting mode*— (Ovejero, 1998). Otra vez, el especialista debe escudriñar en los aspectos más nimios de la realidad cotidiana para intentar restablecer las relaciones sociales. Se debe estar del lado de los que menos tienen, de manera que esa actitud antigua pero fundamental nos procure el restablecimiento de la igualdad. Sin salud poblacional no se puede esperar la equidad en México.

Volviendo a los orígenes de los programas, la Organización Mundial de la Salud (2010) vuelve a hacer hincapié en los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad-asistencia. Este informe-discusión se centra —nuevamente— en el saneamiento del ambiente, en la posible incidencia en los comportamientos humanos y sus consecuencias insalubres, la reducción de los costos de la salud, la incidencia perniciosa de la globalización en la salud humana, etcétera.

Es decir, se confirma la idea de la necesidad de tener y posicionarse en una perspectiva holística, de forma tal que se puedan realizar una teorización, un diseño, una implementación y una evaluación más completas y más amplias, a fin de que los hallazgos y creaciones de las políticas sean pertinentes al contexto de las sociedades que se analicen y en las que se intervenga (Organización Mundial de la Salud, 2008).

El saneamiento del ambiente debe realizarse con la intención de integrar varias miradas e interpretaciones de la realidad social, por ejemplo: la disminución de la inequidad en la población. Existen informes como el de Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos (2011) que reflejan las consecuencias dañinas a la salud de la desigualdad y la inequidad en aspectos tales como la obesidad, el consumo alcohólico y tabáquico, la oportunidad de recibir atención y de poseer un seguro. Es por ello que se deben plantear soluciones alejadas de mercantilización y cercanas a la solidaridad y dirigidas a las necesidades más acuciantes de la gente (Freyermuth, s/f). Las prácticas deben respetar a la integridad humana y su independencia (Radoilska, 2009).

Además de que la inequidad y sus efectos se acentúan en los países de menor ingreso y de ingreso medio, las técnicas, tecnologías y recursos para la investigación no permiten una real captura de los datos y de la información (Cheung, *et al*, 2011).

Se deben hacer propuestas de programas y políticas de salud *ecológicas*, entendida la ecología o el ambiente del ser humano desde dos vertientes, el ambiente natural —clima, suelo, aire— y el artificial: aquel en el que el ser humano ha intervenido e incluso afectado, pero que es muestra de la gran capacidad adaptativa de este primate superior (San Martín, 1992). El ambiente no solamente debe ser entendido como la relación de un organismo vivo con otro, sino aquellos elementos materiales y simbólicos de la realidad humana, incluyendo las formas en que esa realidad es interpretada e imaginada, y que derivan en riesgos para la salud (Braubach y Fairburn, 2010).

Es pertinente aquí mencionar la historia de la salud vista desde dos puntos diametralmente antagónicos. El dios griego Asklepios —Escolapio para los romanos— tuvo dos hijas: Hygeia —higiene— y Panakeia —panacea—. El modelo médico clínico reactivo reparador, el dominante en la historia de las ciencias de la salud, ha estado sostenido por esta última. Bajo la protección del espíritu de Panakeia se puede comer y tomar lo que sea y en la cantidad que sea; al fin de cuentas la ciencia médica se encargará de restablecer o curar a aquel que se ha atrevido a comportarse de esa forma. La tecnificación de la salud se debe a esta tradición de pensamiento y de acción médica. En el otro bando, Hygeia recomienda ser moderado en el consumo de la comida y la be-

bida, realizar una actividad física moderada pero constante, mantener el contacto con la naturaleza y confiar en lo que ella aporta. Lamentablemente, esta perspectiva de la acción de las ciencias de la salud no ha sido la dominante: de hecho, ha sido la gran derrotada, la que siempre hemos sabido ignorar (Renaud, 1996 citado en Evans y otros, 1996).

Bibliografía

Belloch, Amparo, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos (2008). *Manual de Psicopatología*, España, McGraw-Hill Interamericana.

Braverman, P.A., Egerter, S.A. y Mockenhaupt, R.E. (2011). "Broadening the Focus The Need to Address the Social Determinants of Health Paula". *American Journal of Preventive Medicine*, pp. 4-18.

Braubach, Matthias y Jon Farburn (2010). "Social Inequities in Environmental Risks Associated with Housing and Residential Location—A Review of Evidence", *European Journal of Public Health*, vol. 20, núm. 1, pp. 36-42.

Carrillo, A.M. (2002). "Surgimiento y desarrollo de la participación federal en los servicios de salud". En Fajardo Ortiz, G., Carrillo, A.M. y Neri Vela, R., 2002, *Perspectiva histórica de la atención de la salud en México 1902-2002*. OPS.

CDC-US Department of Health and Human Services (2011). CDC Health Disparities and Inequalities Report-United States, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, suplemento, vol. 60, Atlanta.

Cheung, Andrew, John N. Lavis, Ali Hamandi, Jonathan Sachs y Nelson Sewankambo, (2011). "Climate for Evidence-informed Health Systems: A Print Media Analysis in 44 Low and Middle-income Countries that Host Knowledge-translation Platforms", *Health Research Policy and Systems*, 9: 7: 10.

De la Fuente, Ramón, María Elena Medina-Mora y Jorge Caraveo (1997), *Salud mental en México*, México, Fondo de Cultura Económica.

Desjarlais, Robert, Leon Eisenberg, Byron Good y Arthur Kleinman(1997). *Salud mental en el mundo*, EU, Organización Panamericana de la Salud.

Evans, R.G., Barer, M.L. y Marmor, T.R. (1996). ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? España: Díaz de Santos.

Freyermuth Enciso, María Graciela (s/f). *Mortalidad materna. Inequidad institucional y desigualdad entre mujeres*, México, Centro de Investigaciones y

Estudios Superiores en Antropología Social-Sureste/Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social/Comisión Nacional de Derechos Humanos.

Disponible en: http://www.coneval.gob.mx/contenido/info_public/6815.pdf

Gish, Oscar (2005). "El legado de la medicina colonial", en Meredith Fort, Mary Ann Mercer y Oscar Gish (comps.), *El negocio de la salud. Los intereses de las multinaciones y la privatización de un bien público*, Barcelona, Paidós Ibérica.

Glassman, Amanda y César Patricio Bouillon (2007). "La protección social en salud al frente de las políticas de reducción de la pobreza", *Salud Pública de México*, vol. 49, suplemento, pp. 12-13.

Gloyd, Steve (2005). "Debilitar a los pobres: el impacto de los programas de ajuste estructural", en Meredith Fort, Mary Ann Mercer y Oscar Gish (comps.), *El negocio de la salud. Los intereses de las multinaciones y la privatización de un bien público*, Barcelona, Paidós Ibérica.

Goffman, Erving (1998). *Estigma: la identidad deteriorada*, Buenos Aires, Amorrortu.

Gómez-Dantés, Octavio y Babak Khoshnood (1991). "La evolución de la salud internacional en el siglo XX", *Salud Pública de México*, 33, pp. 314-329.

González Block, Miguel Ángel (1990). "Génesis y articulación de los principios rectores de la salud pública de México", *Salud Pública de México*, 32, pp. 337-351.

Halfon, Neal, Kandyce Larson y Shirley Russ (2010). "Why Social Determinants?", *Healthcare Quarterly*, vol.14, número especial, octubre, pp. 9-20.

Homedes, Nuria y Antonio Ugalde (2005). "Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso", *Revista Panamericana Salud Pública/Pan Am J Public Health* 17.

Illich, Ivan (1976). *Némesis médica*, México, Joaquín Mortiz.

Mead, George H., (1973). *Espíritu, persona y sociedad: desde el punto de vista del conductismo social*, España, Paidós.

Miller, Wilhelmine, D., Craig E. Pollack y David R. Williams (2011). "Healthy Homes and Communities Putting the Pieces Together", *American Journal of Preventive Medicine*, 40, pp. 48-57.

Miller, Wilhelmine D., Tabashir Sadeggh-Nobari y Marsha Lillie-Blanton (2011). "Healthy Starts for All Policy Prescriptions", *American Journal of Preventive Medicine*, 40, pp. 19-37.

Molina-Salazar, R. E; Romero-Velázquez, J. R. y Trejo-Rodríguez, J. A. (1991). Desarrollo Económico y Salud. *Salud Pública de México*, 33, pp. 227-234.

Myers, D. (2004). *Psicología social*. Colombia: McGraw-Hill Interamericana.

Neri Vela, Rolando (2002). "La salud en México durante los años 1941-1981", en Guillermo Fajardo Ortiz, Ana María Carrillo y Rolando Neri Vela, *Perspectiva histórica de la atención de la salud en México 1902-2002*, Organización Panamericana de Salud.

Offe, Claus (1990). *Contradicciones del Estado de Bienestar*, Madrid, Alianza Editorial.

Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación*, Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2010). *Action on the Social of Health: Learning from Previous Experiences*, Ginebra, World Health Organization.

Ovejero Bernal, Anastasio (1998). *Psicología comunitaria*, España, Prensa Universitaria.

Peiró y Silla, J.M. (1999). "Psicología social del Trabajo". En Álvaro, J.L., Garrido, A. y Torregrosa, J.R., 1999., *Psicología Social Aplicada*. España, McGraw-Hill Interamericana

Radoilska, Lubomira (2009), "Public Health Ethics and Liberalism", *Public Health Ethics*, vol. 2, núm. 2, pp. 135-145.

Rosen, George (1998). "La evolución de la medicina social", en Howard E. Freeman, Sol Levine y Leo G. Reeder (comps.), *Manual de Sociología Médica*, México, Fondo de Cultura Económica.

San Martín, Hernán (1992). *Tratado general de salud en la sociedades humanas*, México, La Prensa Médica.

Shiva, Vandana (2005). "Cosecha robada: el secuestro del suministro global de alimentos", en Meredith Fort, Mary Ann Mercer y Oscar Gish (comps.), *El negocio de la salud. Los intereses de las multinaciones y la privatización de un bien público*, Barcelona, Paidós Ibérica.

Stringhini, Silvia, Aline Dugravot, Martin Shipley, Marcel Goldberg, Marie Zins, Mika Kivimäki, Michael Marmot, Séverine Sabia y Archana Singh-Manoux (2011). "Health Behaviours, Socioeconomic Status, and Mortality: Further Analyses of the British Whitehall II and the French GAZEL Prospective Cohorts", *PlosMedicine*, febrero, vol. 8, núm. 2.

Verdugo, Juan Carlos (2005). "Los fracasos del neoliberalismo: la reforma del sector sanitario en Guatemala", en Meredith Fort, Mary Ann Mercer y Oscar Gish (comps.), *El negocio de la salud. Los intereses de las multinaciones y la privatización de un bien público*, Barcelona, Paidós Ibérica.

Vigotski, Lev S. (1989). *Pensamiento y Lenguaje*, México, Ediciones Quinto Sol.

Ward, Peter (1989). *Políticas de Bienestar Social en México: 1970-1989*, México, Nueva Imagen.

Wolf, Steven H., Mercedes M. Dekker, Fraser R. Byrne y Wilhelmine D. Miller (2011). "Citizen-Centered Health Promotion Building Collaborations to Facilitate Healthy Living", *American Journal of Preventive Medicine*, 40, pp. 38-47.

World Health Organization (2011). *Global Status Report on Alcohol and Health*, Suiza.

A Comparison between the *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* and the Americans with Disabilities Act

Elvia Susana Prieto Armendáriz*
Shawn P. Saladin**

Abstract

The purpose of this study is to understand more about the currently enacted *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* (General Law for the Inclusion of People with Disabilities) in Mexico and compare it to the Americans with Disabilities Act (ADA) in the United States. There is a difference in historical events that occurred in each country that lead to the passing of each law. The understanding of the Mexican disability background is helpful for disability advocates and anyone in this field to be able to understand where Mexican citizens with disabilities are coming from when they seek services in the United States. Due to the Mexican law being passed in May 2011 there is not enough information that provides criticism to the effectiveness of the law and how it has impacted its citizens.

Resumen

El propósito de este estudio es para entender más sobre la reciente ley Mexicana aprobada nombrada Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad y compararla con la ley para las personas con discapacidades de Estados Unidos (*The Americans with Disabilities Act-ADA*). Al comprender la historia sobre discapacidad en México, los defensores sobre este tema y cualquier persona en el campo de rehabilitación serán capaces de entender los antecedentes de los mexicanos con discapacidades cuando soliciten servicios en Estados Unidos. Debido a que la ley mexicana fue aprobada en mayo del 2011, no hay suficiente información que proporcione críticas sobre el funcionamiento e impacto de esta ley en los ciudadanos mexicanos.

Key words/ Palabras clave:

General Law for the Inclusion of People with Disabilities (Mexico), Americans with Disabilities Act (EUA), comparision/ Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (México), Ley para las Personas con Discapacidades (E.U.A.), comparación.

* Alumni from The University of Texas-Pan American, Edinburg, TX, USA. Email: elvia.prieto@dars.state.tx.us

** Associate Dean College of Health Sciences and Human Services The University of Texas-Pan American. Email: ssaladin@utpa.edu

Introduction

As the population of Hispanic (Mexican) grows in the U.S. it is arguable that the number of people with disabilities should also grow. As they become citizens they may require services from the State Federal VR programs. It may be wise for the vocational rehabilitation counselors of the state/federal VR systems to have a better understanding of the history of the disability legislation of the new citizens from south of the U.S. Mexico Border. It can further be argued that an understanding of the legislation, culture and history the state/federal VR system may enhance the successful outcome for this population. The focus of this paper is to discuss the events in Mexico and the United States which lead up to the major legislation of each country and compare the two. For Mexico the legislation is *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* [General Law for the Inclusion of People with Disabilities] and for the United States it is the Americans with Disabilities Act.

Historical Background of Disability and Legislation

Arguably disability has been present since the beginning of human life. Mexico and the United States had different perspectives of disability which influenced on to the creation of laws protecting this population. Also, historical event in each country's history that influenced the laws that both countries currently have.

México in the 1500s

Disability issues in México date back to the Colonial years (1521) where religious institutions were in charge of providing services and protection to individuals with any medical or monetary needs (INEGI, 2004). As stated by INEGI (2004), in 1566 Fray Bernardino Alvarez Herrera founded the *Hospital San Hipolito* in México City. This was the first hospital in the continent dedicated to the treatment of people with mental disabilities.

México in the 1800s

During the Reform era in México (1857-1861), the church's resources including its charitable institutions were taken by the state as well as a series of responsibilities that traditionally had been carried out by the church. By this, the original concept of charity changed to an idea of solidarity and support from institutions from the government sustained by the necessity of establishing a coherent organization to ensure help to the population in the country (Fuentes, 1998). In 1851 president Benito Juárez ordered the establishment of a school for individuals with hearing impairments in Mexico City (Fuentes, 1998). Later in 1870, Ignacio Trigueros inaugurated the School for the Blind in the Convent of

Our Lady del Pilar. These two schools are considered the origin of special education in México (INEGI, 2004). In 1881, the improper operation of care centers largely driven by the lack of administrative continuity forced to make changes in its structure. Charity centers that were under the responsibility of local councils passed to be part of the Department of Public Charity by the Ministry of Interior. Among the established hospitals under this department were the *Hospital de Dementes* and the *Hospital de Mujeres Dementes* (INEGI, 2004). Despite efforts for the state to be sole provider of services and assistance to people with disabilities, during the Porfiriato era (1877-1911) private organizations emerged and increased and assisted in the care for the “needy”. Included in the definition of “needy” were people with disabilities (Fuentes, 1998).

México in the 1900s

During the next century the focus was taken away from helping the “needy” into ensuring financial security of workers who obtained disabilities. In 1910 president Porfirio Díaz inaugurated on the grounds of the hacienda *La Castañeda* the Manicomio General, which provided services to individuals with mental disorders (INEGI, 2004). It was not until 1944 when the *Ley del Seguro Social* mandated protection of the livelihood of those workers who could be injured in the work and that acquire a disability (INEGI, 2004).

Medical rehabilitation in Mexico increased during the years of the polio outbreak affecting children. INEGI (2004) states that the *Centro Nacional de Rehabilitación Francisco Miranda* was established in 1950 to provide services to individuals with polio. In 1951, the *Hospital Infantil* began to train physical therapists and doctors which were the first to conduct research in rehabilitation (INEGI, 2004). Later in 1952, the *Centro de Rehabilitación #5* was created which later turned in into the *Centro de Rehabilitación del Sistema Musculo Esquelético*. This center was later named by order of the president as the *Instituto Nacional de Medicina y Rehabilitación* (Soberon, Kumate, & Laguna, 1988).

The fifties brought out an important social and civil mobilization to promote the development of people with disabilities in Mexico. Momentum of this movement increased drastically during this time frame. The leaders of this movement expanded from religious institutions to include parents, teachers, doctors, therapists, and psychologists. Most of the achievements were seen throughout the 80s and 90s. At the same time, several private institutions created a social network whose presence has been strengthened through the years (Fuentes, 1998).

In 1977 the *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia* (DIF) [National System for Integral Development of the Family] was created with the purpose of providing assistance as an obligation of the states and

in benefit of the marginalized population, the disabled or people with some type of social disadvantage (Fuentes, 1998). DIF established a rehabilitation program which covered activities related to neuromuscular impairments, communication, blindness, as well as mental health (Fuentes, 1998). In January 1986 the *Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social* [Law on the National Social Assistance] was promulgated which established that individuals not only individuals with mental illness could be eligible to receive social care services but those with blindness, low vision, deafness, speech impairments, neuromuscular system disorders, mental impairments, and other deficiencies would be included in the legislation (INEGI, 2004). Furthermore in 1988-1994 DIF developed the *Programa de Asistencia a Minusválidos* [Program to Assist the Disabled] which had the objective of providing non-hospital rehabilitation services to individuals with disabilities that due to marginalization are not able to receive services elsewhere. This program tried to integrate them into their own family as well as to the rest of society (DIF, 1994).

During the eighties and early nineties, significant progress was made in the regulatory framework in terms of attention and recognition of the rights of people with disabilities in Mexico, which included modifications to the *Ley General de Salud* [General Health Law] for people with disabilities of 1984 (INEGI, 2001). Despite efforts to address disability issues and provide quality services to this population, the federal government began to take more control during the presidential years of Ernesto Zedillo; 1994-2000 (CONADIS, 2010a). During these years the *Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social de las Personas con Discapacidad* [Office for the Promotion and Social Integration of People with Disabilities] was created with the main purpose of planning, coordinating, supporting and promotion of information about this population. It is also in charge of interacting with other organizations of society to accomplish the well-being of people with disabilities nationally (ORPISPCD, 2000). Also with the help of this office, individuals with disabilities created the Accessibility Plan along with other non-governmental organizations with the objective of eliminating physical, architectural, urban, transportation and communication barriers to ensure free access and use of every space without any barrier (ORPISPCD, 2000).

In February 1995 the *Comisión Nacional Coordinadora para el Bienestar y la Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad* (CONVIVE) [National Coordination Commission for the Welfare of People with Disabilities] was created and designed an action plan to orient any project in favor of this part of the protected population. Its main objective was to

Promote the development and integration of people with some type of disability, ensuring a full respect and use of human, political and social

rights; equal opportunities, fair access to health services, education, training, job, culture, recreation, sports, and infrastructure, as well as everything that contributes to the well-being and improvement of the individual's quality of life. It spread a culture of integration based on respect and dignity considering that any participation of someone with a disability enriches society and strengthens the values of family unity (Fuentes, 1998, p.715).

Eight subprograms were established to ensure that the objectives of the program were followed: Health, Welfare and Social Security Program; Education Program; Training and Employment Program; Recreation and Sports Program; Accessibility Program; Telecommunications and Transportation Program; Legislation and Human Rights Program; and the National Program for Information about the Population with Disability (CONVIVE, 1999).

México in the 21st century

Despite long history and all the efforts to help people with disabilities, it was not until the presidential years of Vicente Fox, 2000-2006, when the Mexican Federal Government took the initiative to create legislation to protect the rights of individuals with disabilities. To ensure the drafted legislation would be followed, on June 10, 2005 the Mexican Federal Government signed into law the *Ley General para las Personas con Discapacidad* [General Law for People with Disabilities] was signed by president Vicente Fox (CONADIS, 2010a; Olguin, 2006) with the purpose of promoting the development of different programs to assist people with disabilities, reduce any barriers and enforce the law that protects their rights and responsibilities of citizens of Mexico (CONADIS, 2010a). The *Consejo Nacional para las Personas con Discapacidades* (CONADIS) [National Council for People with Disabilities] was created after the law was passed, making it in charge of promoting, guiding and monitoring the institutional programs in charge of the departments and agencies from the Federal Public Administration to make efforts and activities toward the attention and resolution of problems and necessities of people with disabilities (ORPISPCD, 2002). This is a governmental institution is under the Secretaría de Salud which is currently serving as the main organization to promote the full integration of people with disabilities into society. In May 30, 2011, president Felipe Calderon signed into law the *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* (LGIPD) [General Law for the Inclusion of Persons with Disabilities] (CONADIS, 2011). This new law mandates the state to promote, protect, and guarantee the use of all human rights and liberties of people with disabilities, ensuring the full inclusion into society with respect, equality, and equal opportunities (CONADIS, 2011).

United States in the 1800s

Throughout the 1800s people with disabilities were feared by other people and it was thought that they were not able to contribute to society aside from them being used as entertainment in public events (Anti-Defamation League (ADA), 2005). People with disabilities were seen as inferior, possessed, and sick individuals who were expected to remain separate from the “normal” people. Thus, they were sometimes forced to undergo mandatory sterilization and often placed in institutions in an attempt to prevent the spread of disabilities, (ADL, 2005). By excluding people with disabilities from the rest of society, the general population thought there was something extremely wrong with people with disabilities causing them to be placed in an institution and they needed to be cured (DLC, 2010). This practice created amongst the general population a greater fear of being in contact with people with disabilities and when someone did encounter an individual with a disability there was confusion on how to engage with them or simply how to approach them (DLC, 2010). All of these behaviors only resulted in marginalization, stigmatization and the creation of biased assumptions (ADL, 2005).

United States in the early1900s

During WWI and in the middle of the 20th century thousands of soldiers began to return to the United States after acquiring a disability during the war. As a result of this, they expected to receive assistance from the federal government as a way to pay them back because of their service in the war (ADL, 2005). President Franklin Delano Roosevelt advocated for the rehabilitation of people with disabilities. Despite having a disability, he still thought that having a disability was not normal, and should be seen as a medical condition that had to be treated and if possible cured (ADL, 2005). The pressure towards the government from disabled veterans persisted through WW II to receive rehabilitation and vocational training as payment for their services during the war. Regardless of the increased efforts to gain independence and receive equal treatment, they were still not able to access transportation, bathrooms, stores, buildings were not accessible for them to look for a job and have a job which only prevented them from the opportunity of having a satisfying job (ADL, 2005).

United States in the late 1900s

Around the 1970s people with disabilities stepped forward to demand the government for equal rights. A group of individuals with disabilities marched in Washington D.C. to demand this right. At that time President Nixon vetoed the Rehabilitation Act of 1972 (Disability Law Center, 2010). The following year the act was passed and for the first time in U.S. history the civil rights of people

with disabilities were protected by law (Disability Law Center, 2010). Later, the Education for All Handicapped Children Act of 1975 (PL 94-142) was passed and later in 1990 was renamed to Individuals with Disabilities Act (IDEA) (ADL, 2005). This law demanded public education to be free and appropriate to every child with a disability in the least restrictive environment (Disability Law Center, 2010).

Even with these mayor changes to education and rehabilitation there remained a lot of work to be done to protect individuals with disabilities and remove discrimination. In 1990 the Americans with Disabilities Act (ADA) was passed being the first federal antidiscrimination law that ensured the equal access to employment, public accommodations, the full participation and integration to society of people with disabilities (Disability Law Center, 2010). The enactment of the ADA was a big change in favor of many people with disabilities who had experienced discrimination. However societal views of people with disabilities did not change automatically, this would take time.

United States in 21st century

It has been twenty years since the ADA (1990) was passed and there is still a lot to be done. Slowly public buildings, schools, buses, houses, etc. have been modified so that individuals with disabilities can easily access them. Buildings constructed after the ADA was passed should comply with the regulations established under the law. Due to the changes in physical access more people with disabilities are able to get involved in activities they could not in the past because of the inaccessibility.

More students with disabilities now are able to access school buildings and programs, therefore are better able to receive education. As a result of the accessibility in buildings, people and children are more aware of disability issues leading to more respect and equal treatment towards this part of society (Lafee, 2011).

Content of the Disability Laws

Following is a brief outline of the titles under the LGIPD (2011) most recent law Mexico adopted to protect the rights of people with disabilities. This law contains similar titles and information as the LGDP with the main difference that new information was added to the LGIPD making each article more specific. It is then compared to the ADA (1990) being the law that protects people with disabilities in the United States and a brief description of each title.

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad of 2011

This law is composed of four titles, each title is then divided into chapters and under each chapter there are various articles describing the rights covered by this law. Title I is composed of one chapter that covers general provisions. Title II Rights for People with Disabilities is further divided into twelve chapters. Chapter I under title II refers to health and social care and is enforced by the *Secretaría de Salud* [Ministry of Health]; chapter II discusses Work and Employment covered by the *Secretaría del Trabajo y Previsión Social* [Ministry of Labor and Social Prevision]; chapter III relates to education being the *Secretaría de Educación Pública* [Ministry of Public Education] the agency enforcing this chapter; chapter IV covers accessibility and housing regulated by agencies of the federal public administration, states and municipalities; chapter V relates to public transportation and communications and the organization in charge of regulating it is the *Secretaría de Comunicaciones y Transportes* [Ministry of Communication and Transportation]; chapter VI is related to social development being enforced by the *Secretaría de Desarrollo Social* [Ministry of Social Development]; chapter VII talks about the collection of data and statistics and the *Instituto Nacional de Estadística y Geografía* [National Institute of Statistics and Geography] will be responsible for this part of the law; chapter VIII covers recreation, culture, tourism and sports being enforced by the *Comisión Nacional de Cultura Física y Deporte* [National Commission of Physical Culture and Sport]; chapter IX access to justice being the federal government and each state the ones in charge of enforcing this chapter; chapter X states the liberty of expression, opinion and access to information; chapter XI relates to the guidelines of the national program for the development and inclusion of people with disabilities being enforced by the federal government, states and municipalities; chapter XII covers the national system for the development and inclusion of people with disabilities.

Title III states the National Council for the Development and Inclusion of People with Disabilities and is divided into six chapters. Chapter I discusses the creation of the National Council for the Development and Inclusion of People with Disabilities; chapter II covers the responsibilities of this new council; chapter III mentions how this council will be administrated and integrated; chapter IV details how the assembly of the council will analyze and propose programs and actions that will ensure the fulfillment of the proposed programs; chapter V covers the organism that will monitor the law; chapter VI states the relationship between the council and the employees and the rules of employment between them.

Title IV consists of one title where sanctions and responsibilities in case of the violation of the law. The last part of the law includes seven transitory points including where the law will be published, when will it be effective, etc.

Americans with Disabilities Act

The Americans with Disabilities Act (ADA) is the United States first law that protected the rights of people with disabilities. This law is composed of five titles each describing specifically the elements covered under them. Also, each title is enforced by a specific entity that is responsible for monitoring the proper establishment of what the ADA covers.

Title I of the ADA states employers should not discriminate against qualified individuals with disabilities and employers are required to make reasonable accommodations for employees with disabilities. An individual with a disability is someone whose physical or mental impairment impairs one or more major life activities. A qualified individual is someone who has the skills, experience, education, and meets other job requirements and who is able to perform the essential functions of the job. Reasonable accommodations are adjustments or modifications to the job that would enable the individual to perform the job. Any accommodation should not cause undue hardship to the employer, meaning that they should not be overly costly (Bruyere, Jenkins, Patterson & Symnanski, 2012).

Title II of the ADA establishes that state and local governments are required to provide equal opportunity for people with disabilities to benefit from public education, transportation, recreation, social services, etc. Under this title, public buildings and public transportation should be accessible for all individuals with disabilities. Title III protects people with disabilities from being discriminated in the opportunity to enjoy goods, services, accommodations from the access to any public building however, private buildings and churches are excluded. Title IV provides individuals with speech and hearing impairments to have access to telecommunication services. Public service announcements that are federally funded must contain closed captions. Title V mentions miscellaneous provisions including guidelines for historical sites so that people with disabilities can access them. The Senate and Congress are covered under this title. It also provides a mechanism for providing legal fees for successful litigation under this law (Bruyere, Jenkins, Patterson & Symnanski, 2012).

As mentioned in the ADA, there are specific architectural standards that state and government buildings need to follow in order to be accessible to individuals with disabilities. Any building that is currently inaccessible must be relocated or otherwise be modified to be accessible for individuals with disabilities to be able to access any services being provided in those buildings. Any modifications done to these buildings should not cause financial or administrative burden (ADA, 1990).

Comparison

There exist similarities between the two pieces of major disability legislation *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* and the *Americans with Disabilities Act*. They were both landmark legislation geared toward protecting the rights of people with disabilities through a variety of chapters or titles. They both are written to include all people with disabilities as opposed to the earlier legislation focusing on mental illness.

The first difference is the method in which they were developed. In Mexico the law stemmed from the government activities while in the United States it was people with disabilities who advocated for the passage of the legislation. The dates in which they were signed into law are also different. The *American with Disabilities Act* was signed in 1990 while the *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* (LGIPD) was signed twenty one years later in 2011. The LGIPD contains more detailed information than the LGDP which was signed in 2005. Both of these laws are divided the same way and cover the same provisions but the main difference is that the Mexican law specifies the entities that will enforce each chapter under the particular title.

Another major difference is in the enforcement of the laws. In Mexico the National Council for the Development and Inclusion of People with disabilities will be the main entity in charge of monitoring the law and making sure it is followed as established. This law is part of CONADIS which this is under the *Secretaría de Salud* [Ministry of Health] which was created prior to the signing of the law. In the United States, responsibility falls on different entities depending on which title was violated. Violations of Title I Employment are referred to the Equal Employment Opportunity Commission. Title II Public Transportation violations are referred to Federal Transit Administration's Office of Civil Rights. Title III Public Accommodations complaints are filed with the Disability Rights Section of the Civil Rights Division of the Department of Justice. Title IV Telecommunications issues are filed with the Federal Communications Commission. And Title V Miscellaneous Provisions prevents threatening or retaliation of individuals who file claims with the various departments to enforce the ADA. It also is a mechanism to recover legal fees.