

2026

PROPUESTA DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD MOTRIZ EN MÉXICO

ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA MÉXICO

FUNSALUD

Propuesta de atención a la discapacidad motriz en México.

D.R.©
Mariana Valle Muñoz ORCID iD 0009-0005-4842-5010
Michelin Álvarez Camacho ORCID iD 0000-0003-1540-9522
Rigoberto Antonio Cisneros García ORCID iD 0000-0001-6670-1705
Propuesta de atención a la discapacidad motriz en México, Funsalud 2026.

D.R.©
Fundación Mexicana para la Salud
Fundación Mexicana para la Salud, A.C.
Periférico Sur 4809, Col. Arenal Tepepan, Tlalpan, Ciudad de México
http://funsalud.org.mx

Primera Edición: 500 ejemplares

ISBN Obra independiente (Versión digital): 978-607-7897-47-7
ISBN Obra independiente (Versión impresa): 978-607-7897-46-0

Diseño Gráfico: LDG Alejandro Rodríguez Torres
Fotografías de interiores: Freepick, Depositphotos

La reproducción total o parcial de este libro, su incorporación a un sistema informático o su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio sea este electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, está permitido por los titulares de los derechos siempre y cuando se cite la fuente.

Citación Sugerida: Valle Muñoz M., Álvarez Camacho M., Cisneros García R. A., **Propuesta de atención a la discapacidad motriz en México**. México, Funsalud, 2026.

Las opiniones expresadas en este libro son responsabilidad exclusiva de los autores y no necesariamente reflejan la posición de la Fundación Mexicana para la Salud.

Los términos utilizados en esta publicación, así como la forma en que se presentan los datos, no implican juicio alguno. El documento tiene como propósito realizar un diagnóstico de la situación actual y plantear propuestas a partir de las áreas de oportunidad identificadas. No se emite opinión sobre la manera en que se organizan actualmente los sistemas de atención a la discapacidad.

Se tomaron precauciones para verificar la información que se presenta. La lista completa de fuentes se encuentra al final del documento. Para la elaboración de las gráficas se integraron varias fuentes con el fin de comparar datos y en cada una se presenta la fuente de los datos. Sin embargo, la interpretación y uso que se haga del material son responsabilidad del lector.

Por este medio, asentamos nuestra independencia en el desarrollo, ejecución, planeación y planteamiento del contenido de esta publicación. Por lo tanto, las opiniones y puntos de vista contenidas en el texto son responsabilidad directa y exclusiva de las personas autoras.

La mención en el presente documento de entidades públicas o privadas, organismos y asociaciones, no implican de ninguna manera que sean recomendadas o aprobadas por las personas autoras o por Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Impreso y hecho en México.

Agradecimientos

La elaboración del presente Documento Marco Contextual, titulado "Propuesta de Atencion a la Discapacidad Motriz en México", fue posible gracias a la colaboración y aportaciones de diversas personas expertas que, con generosidad y compromiso, dedicaron tiempo a la lectura de versiones preliminares del documento.

Expresamos nuestro más sincero agradecimiento al Lic. Carlos Calderón Cosío, el Dr. Eduardo González Pier, el Lic. Héctor Valle Mesto, el Mtro. Jesús Jaime Ponce Águila, el Dr. José Ramón Narro Robles y la Dra. María de las Mercedes Martha Juan López, quienes revisaron el contenido, compartieron observaciones y realizaron comentarios que permitieron fortalecer la calidad, claridad y pertinencia de esta propuesta.

De la misma manera, expresamos nuestro sincero agradecimiento al Consejo del proyecto Moviendo Barreras de FUNSALUD conformado por el Ing. Antonio Gaitán Guzmán, el Dr. Arturo Pichardo Egea, el Lic. Carlos Calderón Cosío, C.Darwin Emilio Ortiz Medina, el Dr. Eduardo Gutiérrez, el Lic. Héctor Valle Mesto, el Dr. José Ramón Narro Robles, la Ing. Mariana Valle Muñoz, la Dra. Michelín Álvarez Camacho y la Mtra. Mónica Guadalajara Villalobos por su valiosa orientación a lo largo del proceso de elaboración de este documento.

Asimismo, expresamos nuestro agradecimiento a la Dra. Paola Arias Heredia por sus aportaciones bibliográficas en la etapa inicial del documento.

Sus contribuciones ayudaron a enriquecer el desarrollo del documento y avanzar en la construcción de un marco orientado a mejorar la atención y comprensión de la discapacidad motriz en México.
El trabajo inicial de la iniciativa denominada Moviendo Barreras y la publicación de este documento, se elaboro gracias al financiamiento de la Academia Nacional de Medicina, Fundación Teletón, Nadro, Ottobock y Salud Digna, A.C, en conjunto con la Fundacion Mexicana para la Salud, A.C.

A todas y todos, reiteramos nuestro profundo reconocimiento y gratitud por su apoyo.

FUNSALUD · Academia Nacional de Medicina México · Teletón Fundación · NADRO · ottobock. · Salud Digna La salud es para todos



ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO 6

INTRODUCCIÓN 7

DEFINICIÓN GENERAL DE DISCAPACIDAD 7

DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD MOTRIZ 7

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO (CIF) 7

TIPOS DE DISCAPACIDAD MOTRIZ 8

CAUSAS DE DISCAPACIDAD MOTRIZ 8

CONSECUENCIAS EN SALUD 11

CONTEXTO INTERNACIONAL 13

PREVALENCIA GLOBAL 13

CARGA GLOBAL DE ENFERMEDAD 13

NORMATIVAS Y RESOLUCIONES GLOBALES 16

MODELOS INTERNACIONALES EXITOSOS 19

MARCO NORMATIVO EN MÉXICO 20

DIAGNÓSTICO NACIONAL 24

MAGNITUD DEL PROBLEMA EN MÉXICO 24

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA 28

DISTRIBUCIÓN POR EDAD, GÉNERO Y POBLACIÓN EN SITUACIÓN DE VULNERABILIDAD 30

BRECHAS SOCIALES Y ECONÓMICAS 34

PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS MÉXICO 2030–2050 38

INFRAESTRUCTURA Y CAPACIDAD INSTALADA EN MÉXICO 42

RECURSOS HUMANOS 42

SERVICIOS DE REHABILITACIÓN 44

ORGANIZACIONES E INSTITUCIONES RELEVANTES DEL ECOSISTEMA 45

VISIÓN ESTRATÉGICA Y ALINEACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 48

ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD MOTRIZ 53

MENSAJE DE CIERRE 59

REFERENCIAS 61

RESUMEN EJECUTIVO



Este documento presenta un análisis de la situación de la discapacidad motriz, integrando información sobre prevalencia, consecuencias en salud y brechas sociales, así como un análisis del contexto internacional y nacional. También describe la infraestructura disponible, los marcos normativos que guían la atención y el acceso a servicios, y culmina con propuestas estratégicas para mejorar la inclusión, el acceso a rehabilitación y dispositivos de apoyo, y la calidad de vida de las personas con discapacidad motriz.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2025) estima que el 16% de la población mundial vive con alguna discapacidad; esto equivale a 1,300 millones de personas (Database Earth, 2022), incluyendo discapacidad motriz. Esta condición afecta significativamente la capacidad de la persona de llevar una vida plena, con limitaciones en el acceso a servicios de salud, transporte y otras áreas esenciales (OPS, 2025).

En México, más de 8.8 millones de personas (7.2% de la población) viven con algún tipo de discapacidad. De ellas, alrededor de 3.5 millones presentan una discapacidad motriz, siendo esta una de las más prevalentes, pues se presenta en el 40.2% de las personas con discapacidad (INEGI, 2024). La discapacidad motriz afecta de forma desproporcionada a mujeres, personas adultas mayores y comunidades en situación de pobreza, donde las limitaciones estructurales intensifican las barreras para la participación plena en la sociedad.

Este análisis incluye datos clave del Sistema Nacional de Salud, recursos humanos y tecnológicos, accesibilidad urbana y digital, y las principales brechas detectadas en términos de educación, empleo y participación social. Asimismo, se integran ejemplos de modelos internacionales exitosos que pueden contribuir a visualizar soluciones adaptadas al contexto mexicano.

En este documento se subrayan las graves consecuencias de la discapacidad motriz en la población mexicana, entre ellas un mayor riesgo de problemas de salud física y mental, así como un impacto significativo tanto en la economía personal como en la nacional. Las personas con discapacidad enfrentan barreras para acceder a Tecnología de Apoyo, al empleo, la educación y a los servicios de salud, lo que agrava la pobreza y limita su calidad de vida.

Finalmente, se presentan estrategias concretas que buscan fortalecer la recolección de datos, promover un modelo de atención domiciliaria y comunitaria, impulsar la inclusión educativa y laboral, crear un fondo de financiamiento sostenible, y garantizar una participación de las personas con discapacidad en la toma de decisiones.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad motriz constituye un desafío creciente para México y el mundo debido al aumento en la esperanza de vida, la prevalencia de enfermedades crónicas, los accidentes y las desigualdades sociales. Este documento analiza la situación nacional e internacional, expone el marco normativo, presenta un diagnóstico integral y propone estrategias de atención para fortalecer la inclusión, autonomía y bienestar de las personas con discapacidad motriz.

Definición general de discapacidad

La Organización Mundial de la Salud, en la 74ª Asamblea Mundial de la Salud, estableció la siguiente definición de discapacidad: "Cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano" (WHO, 2021a). Por su parte, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) señala que las personas con discapacidad son "aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, en interacción con diversas barreras, pueden obstaculizar su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás" (OPS, 2024). De acuerdo con el Informe Mundial sobre la Discapacidad el 16% de la población vive con algún tipo de discapacidad (WHO, 2025).

Definición de discapacidad motriz

La discapacidad motriz se define como la alteración del aparato locomotor que dificulta o imposibilita el control de la postura y el movimiento corporal, afectando actividades básicas de la vida diaria, como caminar, subir escaleras o manipular objetos (Secretaría de Educación Pública, 2016). De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2011), este concepto abarca desde limitaciones leves en la marcha hasta parálisis completas, e incluye condiciones de origen congénito, adquirido o progresivo.

Clasificación internacional del funcionamiento (CIF)

La discapacidad motriz comprende alteraciones del sistema músculo-esquelético y neuromotor que afectan la movilidad y el desempeño funcional de las personas. Su abordaje requiere



un enfoque biopsicosocial, conforme a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001), la cual considera de manera integral los estados de salud, el entorno y la participación social.

El modelo biopsicosocial propuesto por la CIF integra las condiciones de salud con los factores ambientales y personales, así como con los niveles de actividad, participación y las posibles limitaciones funcionales. En México, este enfoque ha sido adoptado en la **Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA-2023**, aplicable para la emisión del certificado de discapacidad, la cual se encuentra actualizada y fundamentada en un modelo integrador basado en la CIF (Secretaría de Salud, 2024a).

Tipos de discapacidad motriz

La discapacidad motriz puede abordarse a partir de tres grupos de afecciones (Figura 1). El primero corresponde a los trastornos musculoesqueléticos que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) "abarcan desde trastornos repentinos y de corta duración, como fracturas, esguinces y distensiones, a enfermedades crónicas que causan limitaciones de las capacidades funcionales e incapacidad permanentes" (OMS, 2021b).

El segundo grupo son las amputaciones de extremidades, es decir, la ausencia de alguna extremidad ya sea de nacimiento o como consecuencia de la remoción por cirugía. Por este motivo, tanto en encuestas nacionales e internacionales se toman en cuenta los rubros al analizar la discapacidad motriz. El tercer grupo incluye los trastornos neurológicos que afectan a la neurona motora y que, en consecuencia, limitan el uso o movimiento de piernas, el equilibrio y control del tronco, así como el movimiento y uso de brazos (GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators, 2024).

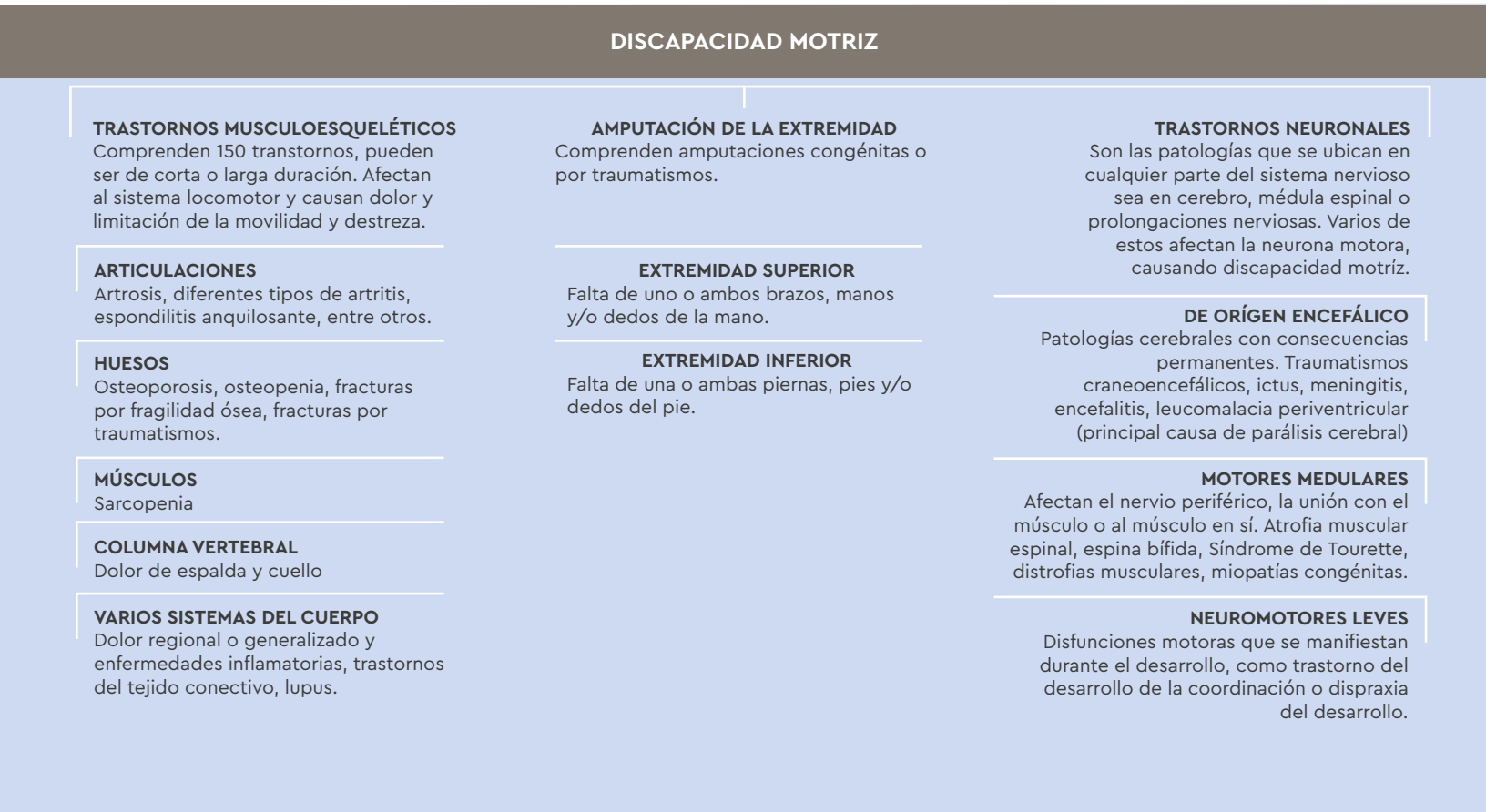


Figura 1: Tipos de discapacidad motriz. *Esquema de elaboración propia con información de la OMS, 2021, 2024.*

Las discapacidades motrices pueden clasificarse según la naturaleza y localización de la lesión:

1. Parálisis y alteraciones del tono muscular: Hemiplejia, paraplejia y cuadriplejia, como resultado de lesiones medulares o cerebrales (WHO,2001). Espasticidad o discinesias, frecuentes en parálisis cerebral, que afecta a 2–3 de cada 1.000 nacidos vivos a nivel mundial (WHO, 2011).

2. Debilidad y atrofia muscular: Asociadas a enfermedades neuromusculares progresivas, como la esclerosis lateral amiotrófica o distrofias musculares (WHO,2001).

3. Amputaciones y lesiones traumáticas: Accidentes de tránsito y laborales son la principal causa de discapacidad motriz en jóvenes de 17–24 años en México (CONADIS, 2016). Complicaciones de la diabetes (Basto-Abreu et al., 2023), con amputaciones de extremidades inferiores, representan una proporción creciente en adultos (González-Fernández et al., 2018). Enfermedades vasculares periféricas es responsable de una alta proporción de casos de amputación (Beckley et al., 2025).

Causas de discapacidad motriz

Las causas de la discapacidad motriz pueden agruparse en tres grandes periodos (Figura 2). El primero está relacionado a factores prenatales, que se desarrollan mientras el bebé está en el útero; el segundo son factores perinatales, se dan desde el inicio del trabajo de parto hasta 48 horas después del parto; y por último factores posnatales, se dan posteriores a las 48 horas del parto y pueden suceder durante el desarrollo y la vida de la persona (Cerebral Palsy Alliance Australia, 2023).

Los principales factores de riesgo asociados a las amputaciones, particularmente en el contexto del pie diabético, incluyen comorbilidades como la hipertensión arterial, la



Figura 2: Causas de la discapacidad motriz de acuerdo con su momento de origen.
Gráfico de elaboración propia con información de IMSS, 2010; CDC, 2024a

obesidad y la dislipidemia. Un análisis reciente de amputaciones por diabetes reportó que aproximadamente el 75% de los pacientes presentaba hipertensión arterial y alrededor del 51.3% vivía con obesidad, además de otras alteraciones metabólicas (Rusu, et al., 2024). De forma consistente, otros estudios confirman la presencia frecuente de estas comorbilidades entre personas con úlceras del pie diabético, señalando su papel determinante en la progresión hacia amputaciones (Luo et al., 2024).

Además, **factores sociales como el bajo nivel educativo (40% con educación básica) y la pobreza (55% viven en condiciones de marginación) incrementan la vulnerabilidad.** Los datos del IMSS muestran que en 2023 se registraron 290,527 accidentes de trabajo, de los cuales 4,790 derivaron en incapacidad permanente. Estas cifras evidencian que una parte significativa de las discapacidades adquiridas en población laboral se vincula a lesiones ocurridas en el entorno de trabajo (IMSS,2023).



De los subgrupos de causas de la discapacidad motriz presentadas en la Figura 2, más del 50% son prevenibles. Entre las causas prenatales, las relacionadas a la madre como el tabaquismo, el alcoholismo y las infecciones pueden evitarse mediante intervenciones de salud materna (CDC 2024b). En las causas perinatales, los traumatismos, la exposición a agentes infecciosos o intoxicaciones y las reacciones a medicamentos también son prevenibles. Finalmente, en las causas posnatales, los traumatismos, las infecciones, la mala alimentación y los factores ambientales vinculados al contexto socioeconómico, aunque son complejos, pueden prevenirse mediante políticas de bienestar social, acceso adecuado a servicios médicos y mejora en condición de vida.

CONSECUENCIAS EN SALUD

En general, las personas con discapacidad motriz presentan factores de riesgo que están asociados con una menor calidad de vida y una mayor mortalidad temprana. Según una revisión sistemática que incluyó la búsqueda metódica de estudios transversales sobre la prevalencia de distintos problemas de salud física en adultos con discapacidad motriz, se identificaron los principales problemas de salud a los que se enfrentan estas personas (van Timmeren, 2017). Estos problemas están relacionados con la falta de movilidad, la postración prolongada en cama o en silla de ruedas, y la dificultad para realizar actividades de autocuidado, entre otros (Tawfik et al. 2024). A continuación, se describen las principales patologías derivadas de la discapacidad motriz:

- Dolor crónico: consecuencia de la sobrecarga en músculos, articulaciones y huesos que compensan la movilidad limitada.
- Desórdenes Neurológicos, como epilepsia y neuropatías.
- Desórdenes psiquiátricos, como ansiedad, depresión y otras condiciones de salud mental (Clark,DM et al., 2009)
- Problemas gastrointestinales y metabólicos, como dificultades con la deglución (Arroyo-Luna, et al., 2022) espasticidad de los músculos faríngeos y esofágicos (encargados de mover el bolo alimenticio desde la boca hacia el esófago), estreñimiento, dislipidemia.
- Problemas dermatológicos, algunos relacionados con el uso de pañal o la presencia de úlceras por presión.
- Afecciones ortopédicas tales como escoliosis, inmovilidad articular, atrofia muscular, fracturas.
- Afecciones óseas: osteoporosis, osteopenia, sarcopenia.
- Afecciones respiratorias y pulmonares derivados de la disfunción de los músculos encargados de la respiración.
- Desórdenes urinarios: incontinencia e infecciones urinarias recurrentes frecuentemente asociadas al uso de sonda vesical.
- Afecciones cardiovasculares, hipertensión; la inmovilidad prolongada puede favorecer complicaciones circulatorias, como edema y trombosis venosa profunda.

Un claro ejemplo de la asociación entre la discapacidad motriz con la aparición de otras patologías son las afecciones frecuentes en niños con parálisis cerebral (Janshesky, 2025). A lo largo de su vida enfrentan múltiples desafíos de salud que, en ausencia de un tratamiento adecuado, pueden agravarse y derivar en complicaciones. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran la espasticidad (músculos rígidos), ataxia (movimientos incontrolados), y discinesia (movimientos involuntarios), estas condiciones son responsables de complicaciones neuro-ortopédicas, tales como contracturas musculoesqueléticas, luxación de cadera, escoliosis, osteopenia y fracturas patológicas en hueso (Skalsky, Aj, & Dalal, P.B., 2015).

En cuanto a la salud mental, el CDC (2023) estimó que el 32.9% de adultos con discapacidad motriz experimentaron angustia mental frecuente. Esta afección se asocia con comportamientos de salud deficientes, mayor uso de los servicios de salud, presencia de trastornos mentales, incremento en enfermedades crónicas y limitaciones en la vida diaria.

La discapacidad motriz suele conllevar pérdida de autonomía, depresión y aislamiento social, afectando el bienestar psicosocial.

La discapacidad motriz suele conllevar pérdida de autonomía, depresión y aislamiento social, afectando el bienestar psicosocial (González et al., 2012). Los tres problemas de salud mental más comunes en esta población son: la depresión y las alteraciones del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y las dificultades sociales y de comportamiento (CDC, 2023).

Es importante señalar que, sin la adecuada rehabilitación, la discapacidad motriz puede tener consecuencias graves, ya que constituye la condición con mayor proporción de Años Vividos con Discapacidad (AVD). Esta métrica evalúa la carga de una enfermedad o condición, indicando los años que una persona vive con una discapacidad que impacta su funcionalidad diaria y bienestar (GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators, 2024). El decir, que la discapacidad motriz (específicamente los trastornos musculoesqueléticos) representa el 17% de los AVD. Esto implica que las personas afectadas enfrentan años prolongados de limitaciones físicas, lo que puede repercutir en su salud mental, y limitar su participación en actividades sociales y laborales, deteriorando significativamente su calidad de vida, incluso más que cualquier otro tipo de discapacidad (WHO, 2021b).



CONTEXTO INTERNACIONAL

Prevalencia global

Datos de la OMS estiman que un 16% de la población mundial vive con alguna discapacidad, siendo la discapacidad motriz una de las más prevalentes. El número total de personas que la OMS estima que presentan alguna condición de discapacidad importante es de 1,300 millones (WHO, 2025). En 2023, la Oficina de Naciones Unidas para la Reducción del Riesgo de Desastres realizó un estudio sobre la situación de las personas con discapacidad ante desastres naturales a nivel global, en el cual se encontró que el 69% de los encuestados reportó tener alguna dificultad para subir escaleras, desde dificultades leves hasta la imposibilidad absoluta, y el segundo porcentaje más alto correspondió a dificultades en actividades de autocuidado, como bañarse o vestirse, con un 57% de los (UNDRR, 2023).



Carga global de enfermedad

El "Informe Mundial sobre la Discapacidad" de la OMS y el Banco Mundial de 2011, indicó que aproximadamente 190 millones de personas tienen discapacidades graves, incluyendo las de tipo motriz. La prevalencia es mayor en países de ingresos bajos, donde la cobertura de rehabilitación es inferior **(World Report on Disability, 2011).** Aunque no existen cifras actualizadas oficiales, se estima que, siguiendo el crecimiento de la población, actualmente hay más de 223 millones de personas con discapacidades graves, incluidas las discapacidades motrices.

Los trastornos musculoesqueléticos y neurológicos constituyen la principal causa de discapacidad y de necesidad de rehabilitación a nivel mundial. Los trastornos musculoesqueléticos representan el 17% de los Años Vividos con

Discapacidad (AVD) (WHO, 2021b). Esta cifra ha ido en aumento, en gran medida debido al incremento de la esperanza de vida. Si bien las personas viven más años, también crecieron los años vividos con discapacidad, lo que refleja un problema creciente de salud pública (OPS, 2024).

Respecto a la demanda estimada de servicios de rehabilitación en cada país, el estudio de la OPS (2019) muestra las diferencias entre países y señala que México se encuentra por encima del promedio regional. La Figura 3 presenta estas variaciones: en el eje vertical se muestra la cantidad de personas con trastornos musculoesqueléticos o neuronales por cada 100 000 habitantes, considerando todas las edades. El informe también señala que, en general, la región de las Américas registra cifras más altas que otras regiones del mundo.(OPS, 2019).

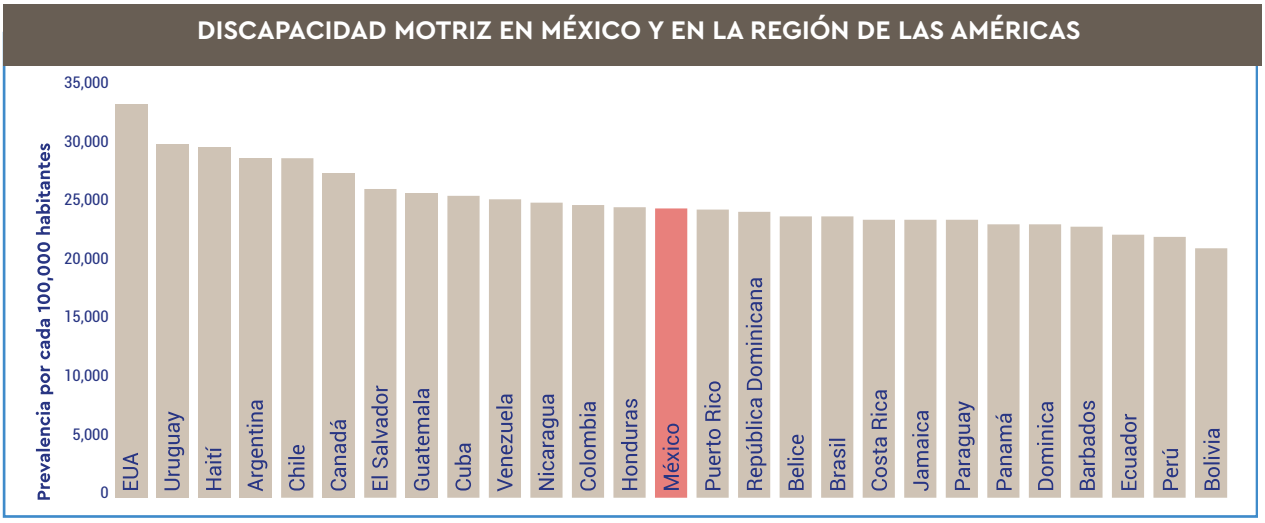


Figura 3. Prevalencia de discapacidad motriz en México y en la Región de las Américas. *Gráfico de elaboración propia con información de la OPS 2019*



La Organización Panamericana de la Salud, en el 2019, compartió los datos de la región con respecto a la demanda de rehabilitación, los trastornos musculoesqueléticos son los que generan mayor demanda. Como se muestra en la Figura 4, estos trastornos, que forman parte de la discapacidad motriz, tienen una demanda bastante mayor que cualquier otra discapacidad. En promedio, se registraron 28,141 personas por cada 100,000 habitantes con trastornos musculoesqueléticos y 2,790 con trastornos neurológicos que requieren rehabilitación (OPS, 2019).

La Organización Panamericana de la Salud, en el 2019, compartió los datos de la región con respecto a la demanda de rehabilitación, los trastornos musculoesqueléticos son los que generan mayor demanda. Como se muestra en la Figura 4, estos trastornos, que forman parte de la discapacidad motriz, tienen una demanda bastante mayor que cualquier otra discapacidad. En promedio, se registraron 28,141 personas por cada 100,000 habitantes con trastornos musculoesqueléticos y 2,790 con trastornos neurológicos que requieren rehabilitación (OPS, 2019).

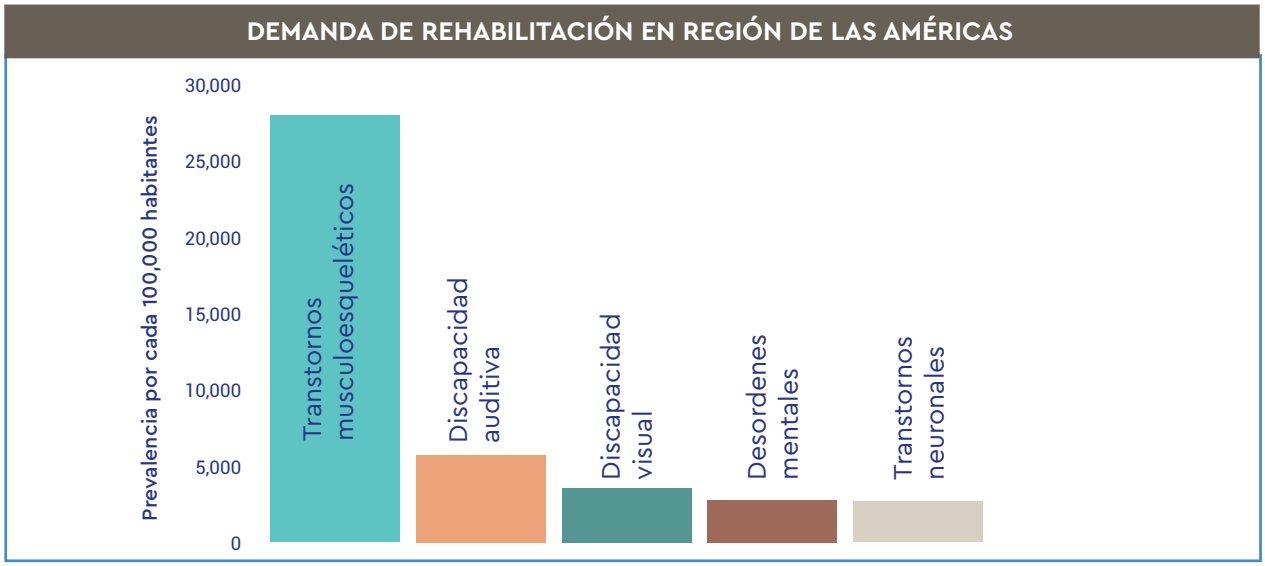


Figura 4. Demanda de rehabilitación en la región de las Américas. *Gráfico de elaboración propia con información de la OPS 2019.*

En términos económicos y en la búsqueda de soluciones, se estima que por cada dólar invertido en la implementación de medidas de prevención y atención de enfermedades que incluyan a las personas con discapacidad, se podría obtener un rendimiento cercano a 10 dólares (OPS, 2025). Este cálculo se basa en el impacto de una atención temprana y adecuada para reducir los costos futuros asociados con el tratamiento de complicaciones, el apoyo continuo y la pérdida de productividad tanto de las personas con discapacidad motriz como de sus cuidadores. En ese sentido, se estima que el costo anual para el sistema de salud nacional alcanza el destinado a gastos en prótesis, terapias y atención de complicaciones (WHO, 2018). La inversión en campañas de nutrición adecuada y en políticas para reducir accidentes laborales y de tránsito contribuye a disminuir los costos asociados a hospitalizaciones y tratamientos prolongados.

En términos económicos y en la búsqueda de soluciones, se estima que por cada dólar invertido en la implementación de medidas de prevención y atención de enfermedades que incluyan a las personas con discapacidad, se podría obtener un rendimiento cercano a 10 dólares (OPS, 2025).



2,500 millones de personas en el mundo requieren uno o más dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas, muletas u otros, de manera temporal o permanente (WHO & UNICEF, 2022).

De igual manera, en 2022 UNICEF reportó que más de 2,500 millones de personas en el mundo requieren uno o más dispositivos de apoyo, como sillas de ruedas, muletas u otros, de manera temporal o permanente (WHO & UNICEF, 2022). Sin embargo, cerca de mil millones de estas personas no tienen acceso a ellos. El mismo, el reporte estima que para 2050 cerca de 3,500 millones de personas en el mundo necesitarán una tecnología de apoyo. Aunque en algunos de estos casos los requerimientos sean temporales, resultan fundamentales para garantizar el continuo desarrollo de las personas y mejorar su calidad de vida (OPS, 2024).

Se ha documentado que la inversión en la provisión de ayudas técnicas representa una medida de atención que puede repercutir positivamente en la productividad de las personas con discapacidad motriz. Según la OMS las ayudas técnicas se definen como "cualquier ayuda externa (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricada especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la autonomía y el funcionamiento de las personas y, por lo tanto, promover su bienestar" (WHO, 2016).

Normativas y resoluciones globales

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en diciembre de 2006, reconoce a las personas con discapacidad como titulares de derechos y agentes activos de cambio social (CNDH, 2020b). Este instrumento establece principios fundamentales como la dignidad inherente, la no discriminación, la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad, la igualdad de oportunidades y el respeto de la diferencia (UN, 2006).

"cualquier ayuda externa (dispositivos, equipos, instrumentos o programas informáticos) fabricada especialmente o ampliamente disponible, cuya principal finalidad es mantener o mejorar la autonomía y el funcionamiento de las personas y, por lo tanto, promover su bienestar".

A nivel global, la Convención ha sido ratificada por 182 Estados Parte, lo que ha impulsado reformas legislativas y normativas orientadas a garantizar la accesibilidad en entornos físicos, información y comunicaciones. En este contexto, la ONU en la resolución WHA74.8, establece que "Los países tienen la obligación de abordar las desigualdades

a las que se enfrentan las personas con discapacidad en materia de salud" (WHO, 2021a). Esto implica que las personas con discapacidad deben tener acceso a atención de salud gratuita o a precios asequibles y de la misma calidad que el resto de la población.

En 2019, la OPS enunció que, para darle solución a la problemática de la discapacidad, es necesario poner atención a los siguientes cuatro rubros fundamentales (OPS, 2019):

"**1.** La promoción de la equidad en materia de salud para las personas con discapacidad en América, mediante sistemas de salud accesibles e inclusivos

2. Mejorar los mecanismos inclusivos de preparación y respuesta ante situaciones de emergencia

3. El fortalecimiento de la recolección de datos y evidencias sobre la discapacidad

4. La promoción del desarrollo inclusivo basado en la comunidad/rehabilitación basada en la comunidad como medio para aplicar la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y empoderar a las personas con discapacidad y sus comunidades."

A su vez la ONU y la UNICEF proponen 10 medidas concretas para garantizar a que más personas con discapacidad en el mundo tengan acceso a ayudas técnicas (WHO & UNICEF, 2022):

1. Mejorar el acceso en el marco de los sistemas de educación, salud y atención social.
2. Garantizar la disponibilidad, la seguridad, la eficacia y la asequibilidad de los productos de apoyo.
3. Ampliar, diversificar y mejorar la capacidad del personal.
4. Implicar activamente a los usuarios de tecnología de apoyo y a sus familias.
5. Aumentar la concientización pública y combatir el estigma.
6. Invertir en políticas basadas en datos y en la evidencia.
7. Invertir en investigación, innovación y un ecosistema propicio.
8. Desarrollar entornos propicios e invertir en ellos.
9. Integrar la tecnología de apoyo en las respuestas humanitarias.
10. Presentar asistencia técnica y económica mediante la cooperación internacional para respaldar los esfuerzos nacionales.

Con respecto a los servicios de rehabilitación, la Organización Mundial de la Salud ha emitido diversas declaraciones y resoluciones para fortalecerlos a nivel mundial. La Resolución WHA62.14 (2009) instó a los Estados Miembros a desarrollar e integrar servicios de rehabilitación en sus sistemas de salud pública (WHO, 2009).

Más recientemente, la Estrategia Mundial de Rehabilitación 2030 (WHO, 2022a) y la resolución WHA76.6 Fortalecimiento de la rehabilitación en los sistemas de salud (WHO, 2023), enfatizan la creciente demanda de servicios debido al envejecimiento poblacional y al aumento de enfermedades crónicas. Estas guías recomiendan la formación de recursos humanos especializados, la inversión sostenible en infraestructuras y la creación de redes de atención comunitaria.

México, ratificó La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad en 2007, lo que motivó la modificación de la **Ley General para la**



Inclusión de las Personas con Discapacidad y la emisión de directrices de accesibilidad universal en espacios públicos y servicios de transporte (LGIPD, 2011). Asimismo, la Convención ha servido como base para que organismos de la sociedad civil monitoreen el cumplimiento estatal mediante informes alternativos, generando una dinámica de rendición de cuentas y transparencia. También, la OMS ha colaborado con la Secretaría de Salud en México para desarrollar programas de capacitación nacional en medidas de rehabilitación basadas en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF).

Modelos internacionales exitosos

Algunos modelos internacionales de atención y rehabilitación exitosos son los siguientes:

- Brasil: Sistema Único de Salud (SUS) integra unidades básicas con servicios de rehabilitación comunitaria, logrando una cobertura pública al 75% de la población (da Silva & Fagnani, 2022).
- Reino Unido: Fisioterapeuta de Primer Contacto (FCP) incorpora fisioterapia comunitaria y programas de ejercicio en atención primaria sin necesidad de valoración previa por el médico general (GP) (Goodwin et al., 2021).
- Australia: National Disability Insurance Scheme financia apoyos individualizados y fomenta la competitividad laboral de personas con discapacidad (NDIS, 2019).

Asimismo, se ha demostrado que la coordinación intersectorial, la formación continua de profesionales y la utilización de telemedicina pueden mejorar la participación y atención de los usuarios de los servicios de rehabilitación (NICE,2023).



Por su parte, el Artículo 3 de la Ley General de Salud menciona que es responsabilidad del Estado el control sanitario sobre el uso, mantenimiento, y disposición final de prótesis, órtesis y ayudas funcionales, garantizando que las personas con discapacidad motriz tengan acceso a estos dispositivos.

MARCO NORMATIVO EN MÉXICO

En la normatividad mexicana, la discapacidad motriz y las ayudas técnicas están mencionadas de la siguiente manera:

El artículo 1° de la Constitución establece la obligación de todas las autoridades de promover, respetar, proteger y garantizar los derechos humanos de las personas con discapacidad sin discriminación alguna. La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad (LGIPD, 2011) complementa este mandato, regulando el acceso a la salud, educación, trabajo y transporte, e instituye criterios de accesibilidad universal y medidas de apoyo. Las Normas Oficiales Mexicanas, en particular la NOM-031-SSA3–2012, establecen protocolos clínicos y de rehabilitación basados en evidencias científicas (SSA,2012). Adicionalmente, el Código Penal Federal (Cámara de diputados,2025) sanciona la discriminación y los actos de violencia contra personas con discapacidad, mientras que algunas entidades han reportado acciones para mejorar la accesibilidad universal en el transporte público (Secretaría de Movilidad, 2024).

Por su parte, el Artículo 3 de la Ley General de Salud menciona que es responsabilidad del Estado el control sanitario sobre el uso, mantenimiento, y disposición final de prótesis, órtesis y ayudas funcionales, garantizando que las personas con discapacidad motriz tengan acceso a estos dispositivos. Asimismo, el Artículo 174 destaca la necesidad de incluir estos dispositivos dentro de los servicios de atención integral para personas con discapacidad, asegurando su disponibilidad y correcta adaptación (LGS, 1984).

Por otro lado, el Artículo 177 obliga a las autoridades sanitarias y estatales a promover la creación de centros y servicios de rehabilitación para personas con discapacidad. Estos centros

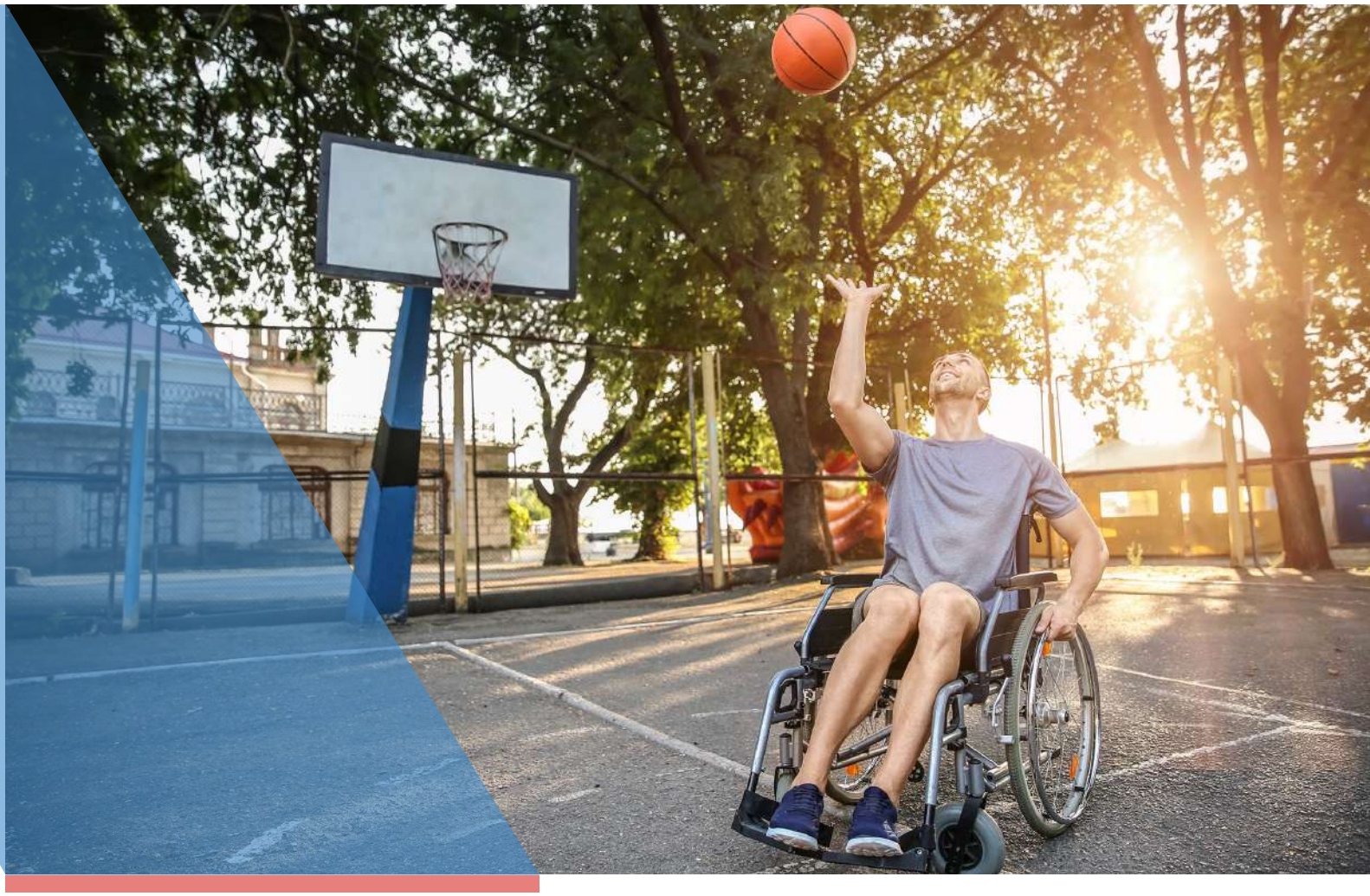
deben proporcionar acceso a prótesis y órtesis como parte del proceso de rehabilitación. En el ámbito normativo, el Artículo 262 define a las prótesis y órtesis como dispositivos médicos que, respectivamente, reemplazan o complementan funciones corporales, y establece que su uso está regulado por la Secretaría de Salud para asegurar que cumplan con las normativas de seguridad y eficacia (LGS, 1984).

La Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad refuerza estos compromisos, destacando la importancia de crear bancos de prótesis y órtesis que deben estar accesibles para la población que las necesite. Este esfuerzo se complementa con disposiciones que buscan asegurar que dichos dispositivos sean de alta calidad y estén disponibles tanto en términos económicos como físicos para quienes los requieran (LGIPD, 2011).

El Reglamento de Insumos para la Salud también participa en la regulación de las prótesis y órtesis estableciendo que estos dispositivos requieren un registro sanitario y que su fabricación debe cumplir con normas de seguridad y calidad. Asimismo, los dispositivos de uso médico deben contar con etiquetado adecuado que garantice su correcto manejo y conservación.

En cuanto a la fabricación, la NOM-241-SSA1–2025, establece buenas prácticas de fabricación para dispositivos médicos, incluyendo prótesis y órtesis. Esta norma busca asegurar que estos dispositivos se fabriquen bajo condiciones óptimas para su uso seguro y efectivo.

Varias entidades federativas han adoptado políticas locales de transporte gratuito o exención de pago, para personas con discapacidad, personas mayores o grupos en situaciones de



vulnerabilidad. En la Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México (SEMOVI-CDMX, 2025) existe la Tarjeta Incluyente (también llamada "Tarjeta de Gratuidad"). El Programa de Apoyos para la Rehabilitación e Inclusión para el Bienestar de Niñas y Niños con Discapacidad, resultado de un convenio entre la Secretaría del Bienestar y Fundación Teletón, financia terapias y órtesis (Secretaría del Bienestar, 2021). El Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial (PFSEE), promueve la educación inclusiva para personas con discapacidad; tiene por objetivo mejorar las condiciones de funcionamiento, organización, equipamiento y accesibilidad de los planteles de educación básica y de los servicios de educación especial, así como la profesionalización de los asesores técnicos, del personal directivo y docente para garantizar una educación inclusiva (SEP, 2025). Estas iniciativas cuentan con metas cuantificables y sistemas de información que permiten dar seguimiento a su implementación.

Con respecto a las acciones que se encuentran pendientes para atender la discapacidad motriz en México, existen tres iniciativas en el Congreso Federal que aún no han sido aprobadas (Gaceta Parlamentaria, mayo 2020, octubre 2021, marzo 2023).

Una de estas iniciativas presentada el 8 de marzo de 2023, propone reformar y adicionar diversas disposiciones de la Ley del Seguro Social con el objetivo de crear centros de vida independiente y ayuda asistencial. Entre otras medidas, la iniciativa plantea modificar el derecho de la seguridad social como medio necesario para garantizar el bienestar individual y colectivo a través de la asistencia médica, asistencia personal para la vida independiente, protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales adecuados para cada edad, incluyendo la otorgación pensiones. Además, establece que el asegurado que sufra un riesgo de trabajo tiene derecho a atención médica, psicológica quirúrgica y farmacéutica, así como a las ayudas técnicas necesarias para la rehabilitación y vida independiente. Estas ayudas comprenden aparatos ortopédicos, órtesis, prótesis, sillas de ruedas adecuadas para la persona, sean manuales o motorizadas, aparatos auditivos, bastones para discapacidad visual, equipos de comunicación y acceso a la información, entre otros.





Otra de las iniciativas pendientes consiste en adicionar el artículo 15 de la Ley del Impuesto al Valor Agregado, con el objetivo de crear el Fondo Nacional de Órtesis, Prótesis y Ayudas Técnicas y el Fondo Nacional de Accesibilidad Universal. La iniciativa presentada el 14 de octubre de 2021, plantea el desarrollo de esquemas de financiamiento y microcréditos para productores y proveedores de ayudas técnicas, así como créditos y subsidios para que las personas con discapacidad accedan a las ayudas técnicas que requieren para su inclusión plena y efectiva.

Finalmente, se encuentra la iniciativa de reforma al artículo 473 de la Ley Federal del Trabajo, presentada el 27 de mayo del 2020: **cuyo objetivo es reconocer los derechos laborales frente a riesgos de trabajo inminente dentro de períodos de emergencia sanitaria.** Esta propuesta contempla otorgar a los trabajadores de la salud el derecho a la asistencia médica, quirúrgica, rehabilitación, hospitalización, acceso a medicamentos y material de curación, así como a aparatos de prótesis y ortopedia, entre otros beneficios.

A pesar de contar con un marco normativo robusto, su implementación presenta brechas. El informe de CONADIS, aunque reúne diversas "acciones" realizadas por las entidades federativas para promover la inclusión, no ofrece un sistema integral de indicadores de resultados que permita evaluar de manera uniforme el cumplimiento entre estados. Las acciones reportadas varían ampliamente en alcance y calidad, y no se especifica cuántas se relacionan directamente con rehabilitación o acceso efectivo a servicios. Tampoco se incluyen datos esenciales como cobertura, seguimiento longitudinal o evaluación de resultados, por lo que no existe evidencia pública de un monitoreo sistemático que permita cuantificar brechas o impactos en la implementación (CONADIS, 2025). A ello se suma la duplicidad de programas federales y estatales, que genera ineficiencias, y la participación aún marginal de las personas con discapacidad en los procesos de evaluación y diseño de políticas, lo que disminuye la pertinencia e impacto de las intervenciones.

DIAGNÓSTICO NACIONAL

Magnitud del problema en México

Desde hace más de dos décadas, en México se ha documentado de manera reiterada la necesidad de atender de forma integral a la población con discapacidad, así como de fortalecer los sistemas de información, la formación de recursos humanos especializados y la organización de los servicios de rehabilitación. Diversos análisis desde el ámbito de la salud pública —muchos de ellos centrados en condiciones específicas como las amputaciones— han señalado que la rehabilitación integral constituye no solo una responsabilidad social del Estado, sino también una inversión recuperable en el corto y mediano plazo, y han advertido que postergar acciones estructurales incrementa de manera significativa los costos humanos, sociales y económicos (Academia Nacional de Medicina de México, 2010).

En este contexto, la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2023 reporta que de las más de 121.6 millones de personas que habitan el país, el 7.2% presenta alguna discapacidad, lo que equivale a casi 9 millones de personas. Una proporción importante de este grupo vive con discapacidad motriz. Según los datos recabados, el 40.2% de las personas con discapacidad motriz no puede caminar ni subir o bajar utilizando sus piernas, y el 17.2% presenta limitaciones para mover o usar sus brazos o manos (INEGI, 2023b). Estas condiciones impactan de manera sustancial múltiples dimensiones de la vida cotidiana, ya que muchas personas con discapacidad motriz dependen de familiares o personas cuidadoras para realizar actividades básicas de la vida diaria.

En los principales ejercicios estadísticos del país, realizados por el INEGI, ENADID 2023 y Censo 2020, la discapacidad motriz aparece de manera consistente como la segunda más frecuente. Esta categoría se define a partir de dos ámbitos funcionales: **"Caminar, subir o bajar usando sus piernas" y "Mover o usar sus brazos o manos".** Para dimensionar con mayor precisión la magnitud de esta población es indispensable considerar tanto a las personas que reportan una **"discapacidad"**, como a quienes indican una **"limitación".** En la Figura 5, las barras en naranja representan a las personas que reportan una limitación, mientras que las azules corresponden a quienes se identifican con una discapacidad. Los valores reflejan el porcentaje de la población que no puede realizar la actividad o que solo puede llevarla a cabo con dificultad, según el tipo de actividad evaluada.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica de 2023 reporta que de las más de 121.6 millones de personas que habitan el país, el 7.2% presenta alguna discapacidad, lo que equivale a casi 9 millones de personas.

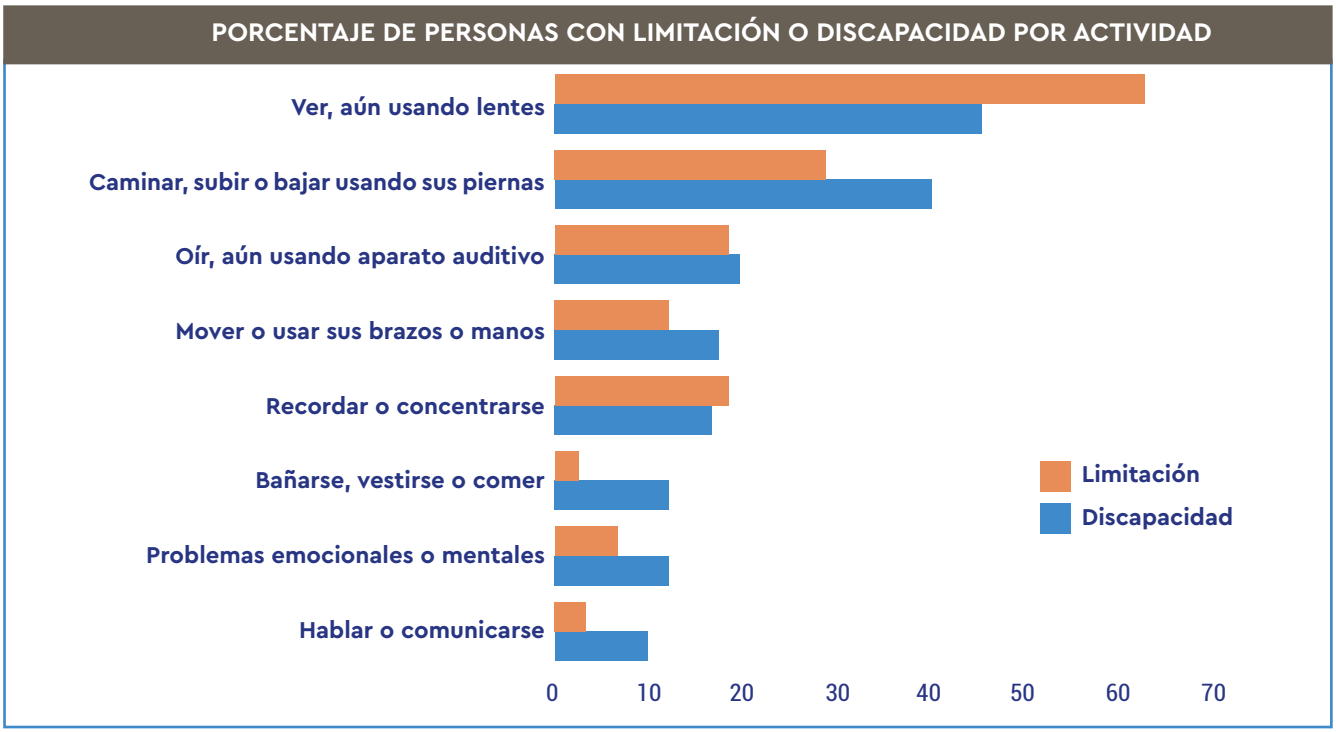


Figura 5. Porcentaje de personas con limitación o discapacidad según la actividad que presentan dificultad o no pueden realizar.
Gráfico de elaboración propia con información del ENADID 2023



Desde el punto de vista metodológico, una persona se clasifica con discapacidad cuando **no puede realizar la actividad evaluada**, mientras que se considera que tiene una limitación cuando **puede realizarla, pero con dificultad**. No obstante, en la práctica, muchas de las limitaciones catalogadas como de "mucha dificultad" son funcionalmente equiparables a una discapacidad, lo que genera variaciones importantes en los recuentos poblacionales dependiendo de los criterios o umbrales utilizados. Desde una perspectiva de salud pública, ambas categorías representan grupos que requieren atención, rehabilitación o apoyos tecnológicos, por lo que su análisis conjunto resulta fundamental para la planeación de servicios.

A ello se suma la falta de comparabilidad histórica de las cifras. En el **Censo 2020**, por ejemplo, la discapacidad motriz se definió únicamente como la imposibilidad para usar los miembros inferiores, mientras que la información sobre miembros superiores se incorporó de manera más explícita en ejercicios posteriores. Este es, además, el único rubro del censo que hace referencia directa a la discapacidad motriz. Como consecuencia, quedó fuera información relevante sobre limitaciones asociadas al tronco, la cabeza y las extremidades superiores, lo que sugiere que el porcentaje real de personas con discapacidad motriz en el país es mayor al registrado oficialmente.

En este contexto, resulta clave reconocer las limitaciones de la información proveniente exclusivamente de censos y encuestas poblacionales. Estudios recientes basados en información del sector salud muestran que la carga real de algunas condiciones puede estar subestimada. Por ejemplo, en un estudio de detección temprana realizado en el noreste de México, Barron-Garza et al. (2023) reportaron una incidencia de parálisis cerebral mayor a la media internacional, lo que pone de manifiesto la importancia de la evaluación clínica sistemática y de la generación de datos desde los servicios de salud, más allá de los ejercicios censales. Este tipo de hallazgos sugiere que la prevalencia de ciertas condiciones asociadas a discapacidad motriz podría ser mayor a la actualmente documentada.

Asimismo, para una planeación efectiva de la atención, no basta con conocer el número total de personas con discapacidad motriz. Es indispensable poder estimar la incidencia, la prevalencia y los años vividos con discapacidad desagregados por enfermedad o condición de base, como lo plantea el marco del Global Burden of Disease (GBD) (GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2018). Cada





afección genera perfiles de discapacidad distintos y, por lo tanto, necesidades diferenciadas de atención, rehabilitación y tecnología de asistencia. No es lo mismo planear servicios para una persona que no puede caminar debido a una amputación, que para alguien con parálisis cerebral o para una persona mayor con limitaciones derivadas del envejecimiento.

Solo a partir de información poblacional completa, integrada y sistemática, proveniente tanto del sistema de salud como de los registros administrativos y de los programas asociados a la Cédula de Discapacidad, será posible diseñar planes de acción realistas y efectivos para mejorar la cobertura, la oportunidad y la calidad de la atención. Esta integración de fuentes permitiría transitar de una caracterización general de la discapacidad motriz hacia una planeación basada en necesidades específicas, alineada con los retos actuales y futuros del sistema de salud y de rehabilitación en México.

Finalmente, debe considerarse que existe un aumento sostenido en las necesidades de atención derivadas de la discapacidad motriz y de otras condiciones que generan limitaciones funcionales. La demanda de servicios de rehabilitación ha crecido de manera notable en las últimas décadas para enfermedades neurológicas, sensoriales, respiratorias, cardiovasculares y oncológicas, impulsada tanto por el envejecimiento poblacional como por el incremento de enfermedades crónicas (Cieza et al., 2020).

En México, aunque la población con limitaciones funcionales es considerable, solo una fracción accede efectivamente a servicios de rehabilitación. Además, el acelerado crecimiento de la población adulta mayor entre 2015 y 2050 incrementará aún más la demanda futura (Guzmán-González, 2016), lo que subraya la urgencia de fortalecer la infraestructura existente y de adoptar estrategias integrales orientadas tanto a la prevención como al acceso oportuno a la rehabilitación y a las tecnologías de asistencia.

Distribución geográfica

Bajo esa definición más restringida, el Censo 2020 estimó que la prevalencia de discapacidad motriz era de **5.8%**, equivalente a **7.3 millones de personas**, con las tasas más altas en Oaxaca (7.8%), Guerrero (7.6%), Morelos (7.0%) y la Ciudad de México (6.7%) (INEGI, 2020). **La Figura 6 presenta el porcentaje de personas por estado que tiene discapacidad o limitación con respecto al rubro de "caminar, subir o bajar usando sus piernas" en el Censo 2020 del INEGI.**

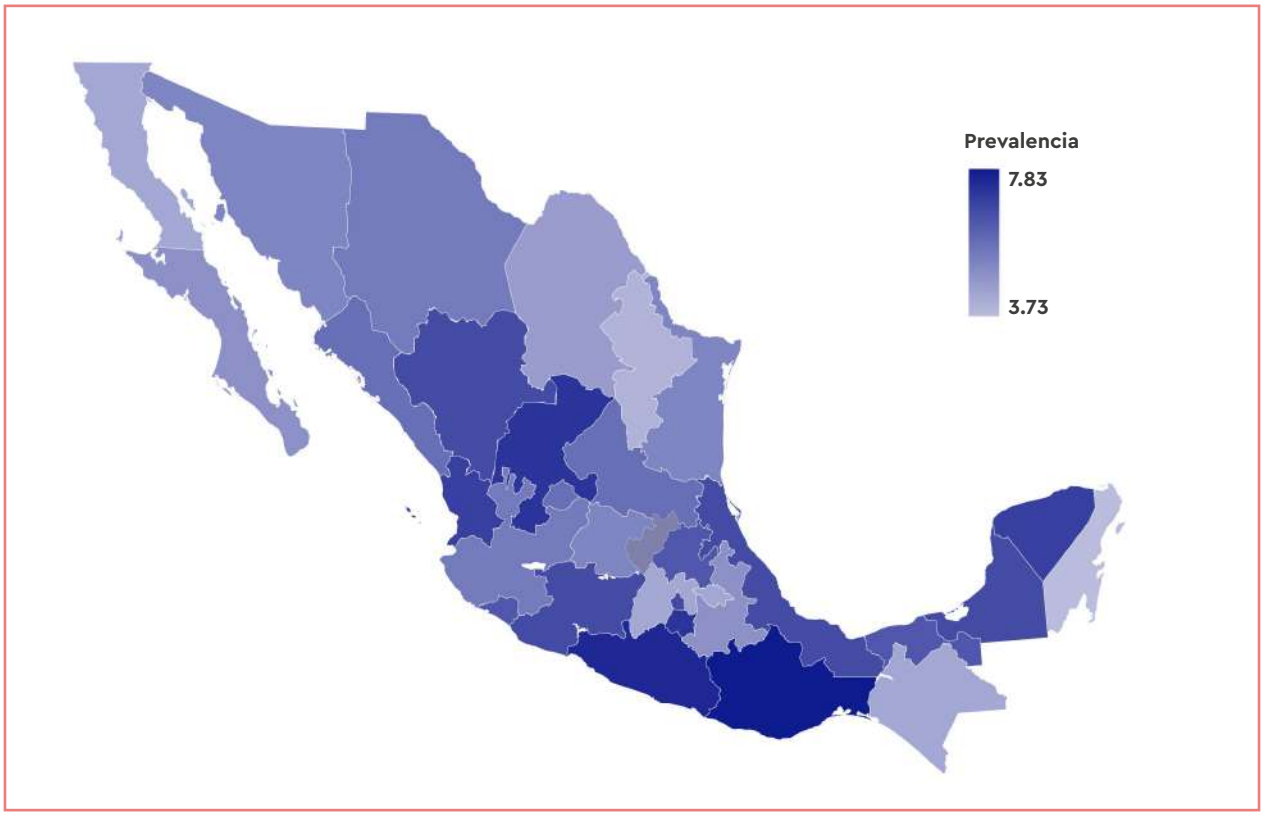


Figura 6. Porcentaje de personas con discapacidad o limitaciones para caminar, subir o bajar escaleras usando sus piernas, por estado de la República. *Gráfico de elaboración propia con datos del censo poblacional 2020 del INEGI (INEGI, 2020a).*

El análisis por estado muestra un gradiente norte-sur en la prevalencia de discapacidad motriz. Los estados de Oaxaca (7.9%) y Guerrero (7.2%) superan la media nacional de 6.2%, situación atribuible a factores de marginación y falta de infraestructura sanitaria (INEGI, 2020). Un análisis del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (CIEP) sobre el gasto en salud por entidad federativa en 2018 muestra que el gasto total per cápita difiere ampliamente entre estados, con una brecha de hasta 6,500 pesos por persona entre la entidad con mayor gasto y la de menor gasto. Esto indica que en algunos estados el gasto público en salud por habitante puede ser más del doble que en otros, lo que sugiere desigualdad en la capacidad operativa de los servicios públicos de salud que también pueden influir en la disponibilidad de programas como rehabilitación (CIEP, 2018).

Según Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT), el acceso efectivo a la salud, es decir, no solo tener seguro, sino usar los servicios cuando se necesitan, está lejos de ser universal. En poblaciones rurales, sólo el 32 % de quienes reportaron un problema de salud fueron atendidos en instituciones públicas y 34 % en privadas, el resto no reportó recibir atención.

Estas diferencias reflejan barreras de acceso, especialmente en zonas rurales o en poblaciones de menores ingresos, donde la disponibilidad de servicios especializados es más limitada. Las inequidades dependen tanto del ámbito geográfico como de factores socioeconómicos, aseguramiento y estructura de los servicios (INSP & INEGI, 2019).

La disponibilidad de personal especializado en rehabilitación y atención a la discapacidad presenta una brecha importante entre zonas urbanas y rurales. De acuerdo con la OMS (WHO, 2017), la fuerza laboral de rehabilitación está concentrada de manera desproporcionada en ciudades, lo que deja a muchas comunidades rurales con una cobertura limitada o nula de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y otros especialistas. Esta desigualdad también es señalada por el Banco Mundial (WB,2022), que documenta menor acceso a servicios de salud y rehabilitación en áreas rurales, y por UNICEF (2021), que destaca que los niños con discapacidad en zonas rurales enfrentan mayores obstáculos para recibir atención oportuna. A ello se suman las distancias geográficas y las deficiencias en transporte accesible, que incrementa los costos indirectos y tiempos de desplazamiento, lo que desincentiva la continuidad de tratamiento. En este contexto, la tele-rehabilitación emerge como una estrategia que podría ayudar a reducir estas brechas.

Según Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 (ENSANUT), el acceso efectivo a la salud, es decir, no solo tener seguro, sino usar los servicios cuando se necesitan, está lejos de ser universal. En poblaciones rurales, sólo el 32 % de quienes reportaron un problema de salud fueron atendidos en instituciones públicas y 34 % en privadas, el resto no reportó recibir atención.



Distribución por edad, género y situación de vulnerabilidad

La siguiente brecha corresponde a la edad, donde se observa que el mayor porcentaje de personas con discapacidad motriz se concentra a partir de los 45 años Figura 7. La gráfica presenta dos dimensiones de análisis obtenidas de la Encuesta Nacional de la Distribución Demográfica (ENADID) 2023: en el panel izquierdo, el porcentaje de la población con discapacidad correspondiente a cada grupo etario que tienen dificultad al mover o usar sus brazos o manos; y en el panel derecho, el porcentaje con dificultad al caminar, subir o bajar usando sus piernas (INEGI, 2024).

Es importante mencionar, que la Encuesta hace una aclaración metodológica respecto a la población de 0 a 4 años de edad con discapacidad: de acuerdo con el Grupo de Washington sobre Estadísticas de Discapacidad y UNICEF, los datos deben interpretarse con precaución, debido a los múltiples cambios en los procesos de desarrollo propios de la primera infancia, en especial para el grupo de edad de 0 a 2 años, sin que se considere necesariamente una discapacidad (Aclaración como subíndice, ENADID, 2023).

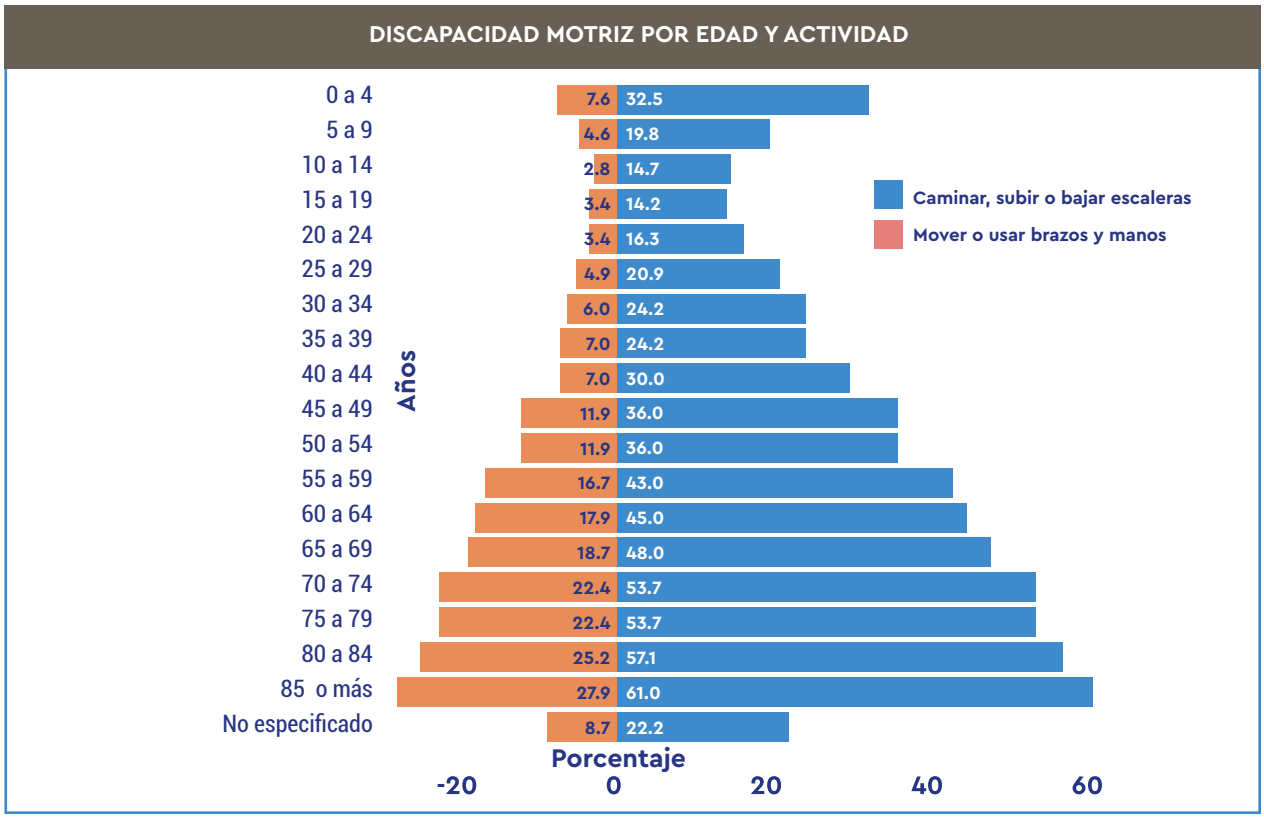


Figura 7. Discapacidad motriz por edad y actividad que no puede realizar. *Gráfico de elaboración propia con información del ENADID 2023*

Es importante señalar que, conforme ha aumentado la esperanza de vida, también lo ha hecho la productividad de las personas, de modo que un número creciente de quienes viven con discapacidad motriz se encuentran en edades productivas. Un estudio del "National Bureau of Economic Research" que la mayoría de grandes innovaciones ocurren en edades posteriores a los 40 años y que la edad promedio de los innovadores ha aumentado con el tiempo. Este patrón se refleja en los ganadores del Premio Nobel y en inventos tecnológicos destacados. El estudio proyecta que, además, que conforme aumente la esperanza de vida, es probable que esta "edad productiva" también siga desplazándose hacia edades más avanzadas (Jones, 2005).

El estudio proyecta que, además, que conforme aumente la esperanza de vida, es probable que esta "edad productiva" también siga desplazándose hacia edades más avanzadas.

En este contexto, la esperanza de vida en la región de las Américas alcanzó 72.6 años para los hombres y 78.6 años para mujeres; sin embargo, el 12 y el 15% respectivamente de este tiempo, corresponden a años con mala salud. En consecuencia, la esperanza de vida saludable se situó alrededor de los 64 años en hombre y 67 en las mujeres (OPS, 2019). Esta diferencia entre longevidad y salud funcional ayuda a explicar por qué la discapacidad motriz se concentra particularmente en personas mayores.

En México, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Contínua 2023, la prevalencia de dificultad severa para caminar en personas de 60 años y más, es casi del 12%, aproximadamente 11 veces mayor que en menores de 17 años (1.1%) (INSP, 2023; Vázquez-Salas et.al, 2023). Las personas mayores enfrentan una doble vulnerabilidad asociada tanto a la dependencia física como a la precariedad económica, en un contexto donde los sistemas de apoyo social siguen siendo insuficientes.

Las mujeres mayores presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los hombres, una brecha que diversos estudios cuantifican como **entre 1.3 y 1.5 veces más alta** para limitaciones funcionales y dificultades en actividades de la vida diaria. Una revisión realizada por Augustsson en 2023 reporta que **entre el 36 % y el 48 %** de la diferencia en el riesgo, puede atribuirse a condiciones socioeconómicas,

Las mujeres mayores presentan un riesgo significativamente mayor de discapacidad que los hombres, una brecha que diversos estudios cuantifican como entre 1.3 y 1.5 veces más alta para limitaciones funcionales y dificultades en actividades de la vida diaria.



principalmente menor educación, ingresos y redes de apoyo, mientras que el resto parece explicarse por factores de salud y biológicos, como mayor supervivencia con enfermedades crónicas, mayor prevalencia de condiciones osteomusculares y acumulación de comorbilidades asociadas a fragilidad (Augustsson et al.,2023). La literatura coincide en que además de la mayor prevalencia, las mujeres enfrentan mayores barreras de acceso a servicios de salud, rehabilitación y empleo formal, además de factores sociales, entre ellos la carga desproporcionada de cuidados y roles de género tradicionales.

Programas de capacitación a personas cuidadoras, servicios comunitarios de rehabilitación y esquemas de protección social adaptados para mujeres mayores con discapacidad motriz resultan clave para reducir estas brechas.

En el caso de las mujeres mayores, esta situación se agrava por la discriminación múltiple (por género, edad y discapacidad) que afecta su participación laboral, comunitaria y en la toma de decisiones (Prieto de la Rosa, 2019). Para atender estas necesidades específicas, las estrategias de apoyo familiar y comunitario son fundamentales, pero deben complementarse con políticas públicas con enfoque interseccional que consideren simultáneamente edad, género y discapacidad (INMUJERES, 2017). Programas de capacitación a personas cuidadoras, servicios comunitarios de rehabilitación y esquemas de protección social adaptados para mujeres mayores con discapacidad motriz resultan clave para reducir estas brechas.



Las desigualdades se profundizan también en grupos indígenas: el porcentaje de personas con discapacidad es más alto entre la población indígena que entre la no indígena. Un análisis basado en microdatos del Censo de Población y Vivienda 2020, estima que

aproximadamente 7 % de la población indígena presenta alguna discapacidad, frente a 5 % en la población no indígena (CEPAL, 2024). Estas disparidades evidencian la necesidad de fortalecer intervenciones con enfoque interseccional y territorial.

Por otra parte, la niñez con discapacidad motriz también enfrenta desafíos significativos. Uno de los más importantes es la falta de infraestructura inclusiva y de docentes capacitados, menos del 30% de las escuelas del preescolar a media superior, cuentan con infraestructura adaptada (Secretaría de Educación Pública, 2023). Esta situación compromete su acceso equitativo a la educación y limita su desarrollo a largo plazo.

Menos del 30% de las escuelas del preescolar a media superior, cuentan con infraestructura adaptada.



Brechas sociales y económicas

Con respecto a la brecha socioeconómica, el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL, 2022) informó que la población con discapacidad enfrenta múltiples carencias sociales, tales como acceso limitado a la seguridad social, rezago educativo y barreras para recibir servicios de salud (Figura 8). En este último punto, el 23.9% de las personas con discapacidad permanece fuera de cobertura.

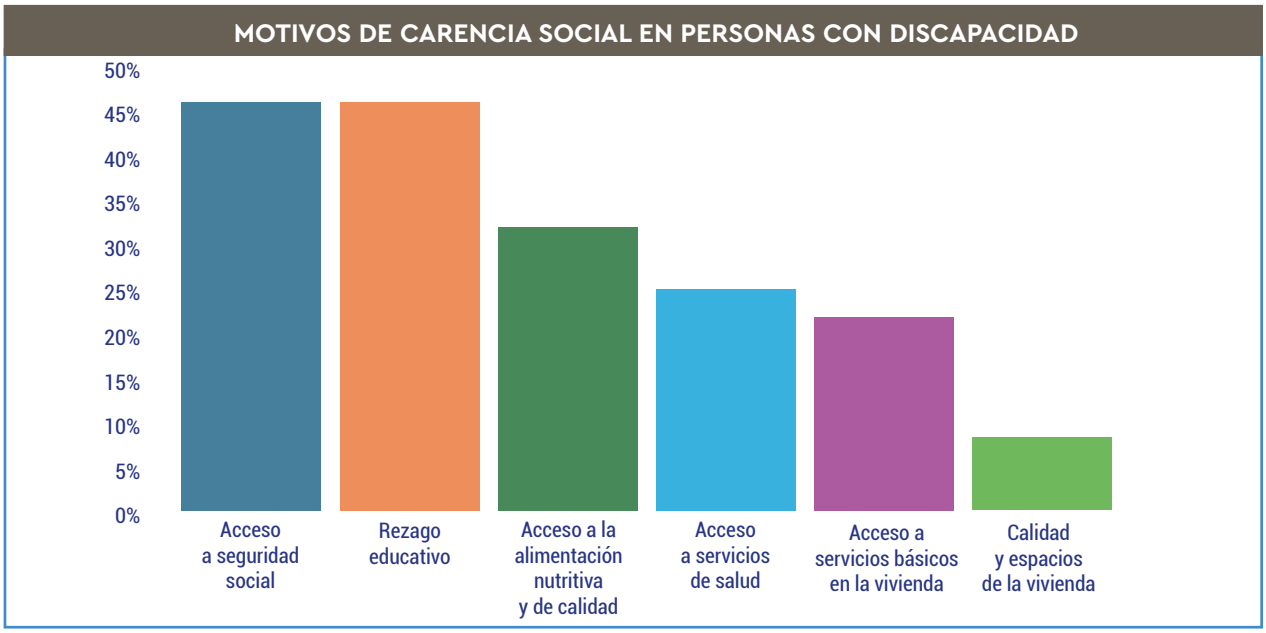


Figura 8. Motivos de carencia social en personas con discapacidad. *Gráfico de elaboración propia con información del CONEVAL 2022*

En el caso específico de la discapacidad motriz, el 40.7 % de las personas presenta rezago educativo y el 23.4 % enfrenta carencias por acceso a servicios de salud **(CONEVAL, 2022)**. Aunque el 79.7 % de las personas mayores de 15 años con discapacidad sabe leer y escribir, aún el 20.3 % permanece en condición de analfabetismo (INEGI, 2020a). En general, las personas con discapacidad en México suelen alcanzar **niveles educativos más bajos** que quienes no la presentan. Entre la población con discapacidad de 15 años y más, el 20.2 % cuenta solo con primaria incompleta y el 19.1 % con primaria completa (INEGI, 2020a). Estos rezagos educativos reducen sus posibilidades de acceder a empleos formales y bien remunerados, profundizando la desigualdad estructural que enfrentan.

En el caso específico de la discapacidad motriz, el 40.7 % de las personas presenta rezago educativo y el 23.4 % enfrenta carencias por acceso a servicios de salud.

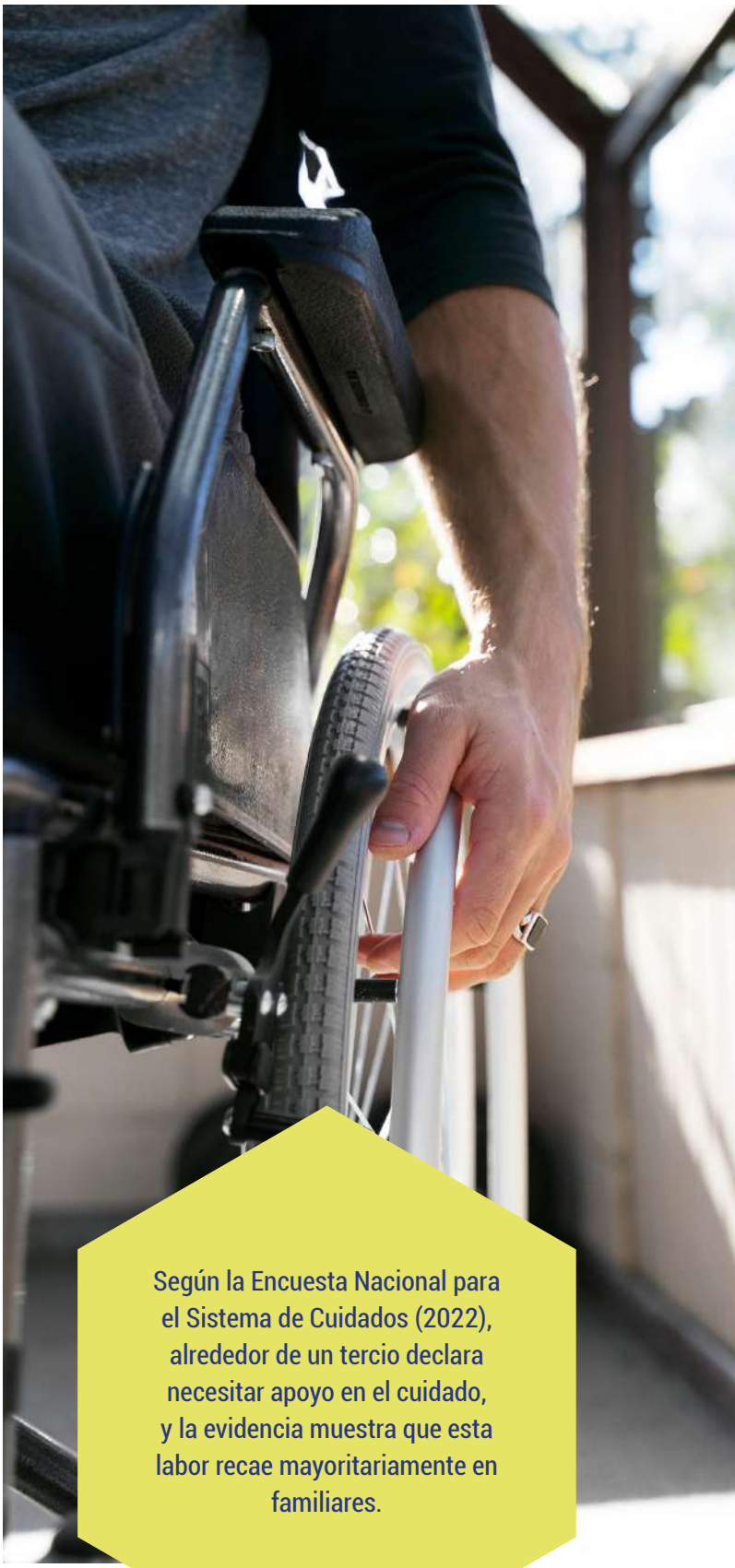
También existe evidencia de una alta participación de personas con discapacidad en la economía informal. Según datos de la Fundación Paralife, antes de la pandemia aproximadamente el 70 % de esta población trabajaba en ese sector, situación que incrementa la precariedad y limita el acceso a protecciones laborales (Cámara de Diputados, 2022). De acuerdo con la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID) 2018, la brecha en participación

económica es notable: mientras que la tasa de participación de quienes no tienen discapacidad es de 65.4 %, entre la población con discapacidad se reduce a 38.5 % (INEGI, 2019). Esta diferencia no solo afecta los ingresos familiares, sino también las posibilidades de acceder a vivienda adecuada, movilidad urbana y oportunidades de participación social.

Esta situación se agrava en el entorno familiar. Una proporción importante de personas con discapacidad requiere apoyo para su desplazamiento y actividades cotidianas. Según la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (2022), alrededor de un tercio declara necesitar apoyo en el cuidado, y la evidencia muestra que esta labor recae mayoritariamente en familiares —principalmente mujeres— que frecuentemente no participan en actividades laborales remuneradas o perciben ingresos bajos (INEGI, 2022). Como consecuencia, **el 55 % de estos hogares vive en pobreza multidimensional** (Banks et al., 2017). Esta dinámica genera un efecto en cadena: la reducción de ingresos limita la inversión en salud preventiva y servicios de rehabilitación, lo que a su vez puede agravar la discapacidad y perpetuar la exclusión social.

A estas condiciones económicas se suma un contexto social marcado por el estigma. Las actitudes hacia la discapacidad motriz suelen basarse en percepciones erróneas y estereotipos. Algunos empleadores asocian la discapacidad con menor productividad, lo que obstaculiza la contratación y la permanencia en el empleo. En este sentido, se ha reportado que solo el 30 % de las empresas en México se consideran intencionalmente inclusivas y que el 48 % de los ejecutivos percibe que su organización está verdaderamente comprometida con fortalecer sus políticas de inclusión (Cámara de Diputados, 2022).

En México, los medios suelen contar la discapacidad desde miradas que colocan a las personas en roles de pasividad. Como señalan Montes y



Según la Encuesta Nacional para el Sistema de Cuidados (2022), alrededor de un tercio declara necesitar apoyo en el cuidado, y la evidencia muestra que esta labor recae mayoritariamente en familiares.

Rodelo (2019), muchos periódicos recurren al modelo médico y a enfoques paternalistas que muestran a las personas con discapacidad ajenas a las decisiones y dependientes de otros. Estas narrativas no solo refuerzan estereotipos sobre incapacidad, sino que también opacan su presencia como actores sociales plenos y frenan una inclusión auténtica al transmitir la idea de que no pueden participar activamente en las decisiones que afectan su vida.

La representación política y comunitaria también es reducida. Organizaciones internacionales y grupos de derechos humanos como Human Rights Watch, señalan que las personas con discapacidad en México están subrepresentadas en la política, con poca visibilidad en los partidos y en órganos representativos, incluyendo ayuntamientos y legislaturas locales (Ríos, 2021). La falta de mecanismos accesibles en los procesos de consulta pública y las barreras de comunicación dificultan su inclusión efectiva. Existen enfoques para formar personas con discapacidad en liderazgo mediante mentoría y acompañamiento, que sugieren beneficios como mejores habilidades, redes de apoyo y mayor participación social (Inventiva, 2024), aunque su impacto continúa limitado por la necesidad de financiamiento y cobertura territorial.

Las barreras en la vida diaria refuerzan estas desigualdades. De acuerdo con la OMS, entre las personas con discapacidad enfrentan desigualdades dentro del propio sistema de salud, desde establecimientos inaccesibles, ya sea por falta de adaptaciones o por encontrarse lejos de la población que los necesita, hasta distancias excesivas para recibir atención, lo que puede hacer hasta seis veces más difícil el acceso al sistema (WHO,2023).

La restricción de la movilidad limita la autonomía personal y reduce el acceso a oportunidades educativas y laborales. Diversos estudios muestran que las personas con discapacidad motriz reportan una calidad de vida significativamente menor en las dimensiones física y social, así como mayores niveles de ansiedad y depresión (Shafrin et al., 2017; Zhang et al. 2022).

Asimismo, la inaccesibilidad del transporte público y de los espacios urbanos profundiza el aislamiento social y restringe la participación comunitaria (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2024). Se ha reportado que



los medios de transporte pueden ser hasta 15 veces más difíciles de utilizar para una persona con discapacidad motriz en comparación con una persona sin discapacidad. (WHO, 2023).

En México, los hogares con integrantes que presentan discapacidades motrices severas destinan casi el doble de sus ingresos al cuidado de la salud y equipos de asistencia, comparado con hogares sin personas con discapacidad (Urqueta-Salómón et al., 2008; INEGI, 2025).

En conjunto, estos factores muestran que la discapacidad motriz en México tiene un impacto profundo en la calidad de vida y la autonomía. Las barreras arquitectónicas, sociales y de transporte restringen la movilidad cotidiana y la participación en actividades esenciales como el trabajo, la educación y la vida social. Ante este panorama, resulta indispensable garantizar servicios de rehabilitación accesibles, atención especializada y dispositivos de asistencia adecuados, como sillas de ruedas, andaderas o prótesis, que favorezcan la inclusión y mejoren las condiciones de vida de esta población (Lotito & Shanhueza, 2011).



Proyecciones demográficas México 2030–2050

En el gráfico de la Figura 9 se muestra una proyección de la población con discapacidad motriz por tipo de dificultad, comparando la situación actual con las estimaciones para 2050. Las tendencias indican un aumento significativo asociado al envejecimiento poblacional y al incremento de enfermedades crónicas. Se proyecta que para 2050 habrá más de **un millón y medio de personas de 85 años o más con discapacidad en miembros inferiores**, un crecimiento sin precedentes en este rango de edad. Asimismo, más de **200 mil personas de 45 a 49 años** presentarán dificultades para usar sus piernas, lo que refleja que la discapacidad motriz ya no será exclusiva de grupos de edad avanzada. En cuanto a la funcionalidad de miembros superiores, se estima que para 2050 cerca de **200 mil personas de 55 a 59 años** tendrán limitaciones para usar brazos o manos (INEGI, 2023b; CONAPO, 2025).

Se proyecta que para 2050 habrá más de un millón y medio de personas de 85 años o más con discapacidad en miembros inferiores, un crecimiento sin precedentes en este rango de edad. Asimismo, más de 200 mil personas de 45 a 49 años presentarán dificultades para usar sus piernas, lo que refleja que la discapacidad motriz ya no será exclusiva de grupos de edad avanzada. En cuanto a la funcionalidad de miembros superiores, se estima que para 2050 cerca de 200 mil personas de 55 a 59 años tendrán limitaciones para usar brazos o manos.



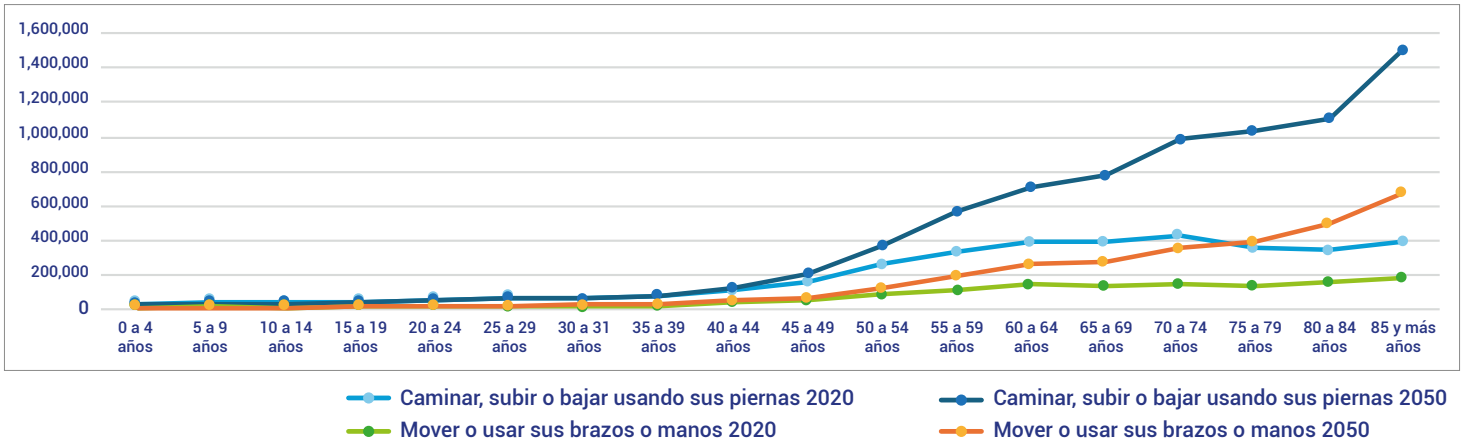


Figura 9. Población 2020 y 2050 con discapacidad motriz por actividad en la que presentan dificultad y grupo etario. *Gráfico de elaboración propia con información de ENADID 2023, CONAPO 2025.*

Estas proyecciones anticipan un escenario de **mayor demanda de servicios de salud, rehabilitación y cuidados de largo plazo**, así como un incremento sustancial en la **dependencia de tecnologías asistivas** que permitan preservar la autonomía funcional. La ampliación del grupo de personas mayores con discapacidad motriz implica una mayor presión sobre los sistemas de atención domiciliaria, los programas de apoyo a personas cuidadoras, y las redes de servicios comunitarios. Además, el crecimiento de la discapacidad en grupos de edad productiva subraya la necesidad de fortalecer políticas de prevención, rehabilitación temprana y adecuación laboral.

El entorno construido representa un reto fundamental para responder a esta demanda creciente. Actualmente, **sólo una parte de las estaciones y unidades de trasporte público urbano cuentan con infraestructura para personas con discapacidad motriz, evidenciando retos en rampas, elevadores y espacios para sillas de ruedas** (SEMOVI, 2020). A ello se suma que muchas paradas de autobús y estaciones de metro no cuentan con señalización accesible ni guías táctiles, lo que dificulta la movilidad y orientación de usuarios, incluidos aquellos que presentan discapacidades visuales asociadas. Aunque algunas entidades, como la Ciudad de México y Guadalajara, han incorporado unidades accesibles, su cobertura sigue siendo limitada. La Encuesta Nacional sobre Discriminación 2023 (ENADIS), muestra que la falta de transporte inclusivo no solo incrementa los costos indirectos de atención, sino que también **reduce la autonomía y participación social**, aspectos que serán cada vez más críticos conforme aumente la población que requiere desplazarse con apoyo técnico (INEGI, 2023a).

Dentro de este mismo entorno, el acceso a tecnología de asistencia se vuelve un componente central para garantizar la inclusión futura. Estudios internacionales señalan que una proporción importante de personas con discapacidad motriz depende de dispositivos que no siempre son nuevos, apropiados o acompañados de servicios de evaluación, ajuste y mantenimiento.

la ausencia de estándares nacionales de calidad y de protocolos de evaluación funcional genera una notable variabilidad en el desempeño y la seguridad de los dispositivos.

Dentro de este mismo entorno, **el acceso a tecnología de asistencia se vuelve un componente central para garantizar la inclusión futura**. Estudios internacionales señalan que una proporción importante de personas con discapacidad motriz depende de dispositivos que no siempre son nuevos, apropiados o acompañados de servicios de evaluación, ajuste y mantenimiento (WHO & UNICEF, 2022), y que muchos equipos de segunda mano o donados carecen de soporte técnico adecuado (Pearlman et al., 2014; Oldfrey et al., 2024). Esta situación se agrava por la **alta dependencia de importaciones**, que eleva los costos, prolonga los tiempos de entrega y limita la personalización, la garantía y la reposición de piezas (WHO, 2022b). **Además, la ausencia de estándares nacionales de calidad y de protocolos de evaluación funcional genera una notable variabilidad en el desempeño y la seguridad de los dispositivos** disponibles en el país (WHO, 2021c; WHO, 2016). A medida que crezca la población que requiere prótesis, órtesis, sillas de ruedas y otras ayudas técnicas especializadas, estas brechas podrían ampliarse, afectando la autonomía y la participación comunitaria de un número creciente de personas (WHO, 2022b).



Finalmente, en un contexto donde la oferta de servicios debe expandirse y diversificarse, la **accesibilidad digital** adquiere un papel determinante. La evidencia disponible muestra que, aunque **algunas instituciones del sector salud en México**, como el IMSS, han publicado **declaraciones de accesibilidad que afirman adherirse a las pautas WCAG 2.1** (IMSS,2023), no existen estudios públicos que midan de manera sistemática el porcentaje de cumplimiento de estas pautas en los portales o trámites del sistema de salud (Secretaría de Gobernación). Los análisis disponibles se limitan a evaluaciones generales sobre accesibilidad digital en servicios públicos, que señalan brechas persistentes. La falta de capacitación de desarrolladores y la ausencia de normativas vinculantes obstaculizan la adopción de estándares, limitando el acceso remoto a consultas médicas, seguimiento clínico y servicios de rehabilitación por telemedicina. Estas limitaciones tendrán un impacto aún mayor en 2050, cuando una proporción considerable de la población de personas mayores dependa de soluciones digitales para compensar barreras físicas del entorno.



INFRAESTRUCTURA Y CAPACIDAD INSTALADA EN MÉXICO

El acceso a la atención para personas con discapacidad motriz está determinado por los recursos humanos, la infraestructura y las instituciones disponibles; esta sección analiza su distribución y alcance en México, así como las brechas que aún persisten.

Recursos humanos

La atención especializada para personas con discapacidad motriz requiere una amplia diversidad de profesionales. La Figura 10 presenta un panorama general del personal disponible en el país, de acuerdo con cifras del Consejo Nacional de Certificación en Medicina (CONACEM) y los consejos de especialidades (Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica, Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología, Consejo Mexicano de Neurología); en México, existen aproximadamente 2,578 médicos certificados en Medicina Física y Rehabilitación, 1,160 en neurología, 1,000 en neurocirugía, 5,521 en ortopedia y traumatología, y alrededor de 27,000 en pediatría. A ello se suman perfiles esenciales como fisioterapia, terapia ocupacional, enfermería, psicología e ingeniería biomédica, cuyo trabajo resulta indispensable en los procesos de rehabilitación y adaptación de dispositivos (Observatorio Laboral, 2024).

Sin embargo, estas cifras muestran una marcada concentración en zonas urbanas, lo que deja a las áreas rurales con acceso limitado a la atención especializada. En muchos casos, las personas deben recorrer largas distancias para recibir terapia, colocarse una prótesis o adaptar una ayuda técnica, lo que incrementa costos y retrasa los procesos de recuperación.



ESPECIALIDAD	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD EN EL PAÍS
Fisiatra (medicina en rehabilitación)	Médico con conocimiento en medicina física y rehabilitación. Tiene conocimiento de técnicas de restauración de la movilidad por lesión, enfermedad o intervención quirúrgica.	2,578
Neurología	Médico especializado en el estudio de enfermedades y trastornos del sistema nervioso.	1,160
Neurocirugía	Médico especializado en el manejo quirúrgico de enfermedades del sistema nervioso.	1,000
Ortopedia y traumatología	Médico especializado en lesiones y enfermedades del aparato locomotor. Esto incluye huesos, músculos, ligamentos, tendones y articulaciones.	5,521
Pediatría	Detecta la discapacidad motriz congénita o desarrollada en edades tempranas y comienza a tratar desde que el paciente es pediátrico.	27,000
Fisioterapia y terapia ocupacional	Ayuda a que el paciente con discapacidad motriz recupere las funciones a través de desarrollar habilidades de movilidad gruesa e identificar la necesidad de equipos o dispositivos. Ayuda a mejorar y desarrollar funciones relacionadas a actividades del trabajo o actividades diarias como bañarse, vestirse, etc.	128,317
Enfermería	Analiza procesos de rehabilitación de personas con participación multidisciplinaria para crear el plan de cuidados especializados para personas con discapacidad motriz.	393,670*
Psicología	Tratamiento de los problemas de ansiedad, depresión, baja autoestima, duelo de la discapacidad, estrés, exclusión social, conflictos familiares, etc. derivados de la discapacidad motriz.	413,152*
Ortesista prótesista	Diseña, fabrica y adapta prótesis y ortesis para personas con discapacidad en el aparato locomotor.	300
Ingeniería biomédica	Utiliza la ingeniería para crear soluciones y dispositivos tecnológicos para asistir a personas con discapacidades.	11,300*
Geriatría	Especialidad en personas mayores, trata problemas de movilidad derivados de artritis y osteoporosis y problemas de demencia.	153*

Tabla de elaboración propia con información del CONACEM y del Observatorio Laboral (OLA) 2024
*No se encontraron cifras específicas de esta profesión especializada en rehabilitación, por lo que no todos los profesionistas en esta cifra pueden atender estos casos.

Figura 10: Recursos humanos para atender discapacidad motriz en México.

Servicios de rehabilitación

La disponibilidad y calidad de la infraestructura de salud es un determinante crítico del acceso a la rehabilitación. En México existen normas y manuales que establecen requisitos de arquitectura accesible, aplicables a los establecimientos de salud, como la NOM-030-SSA3–2013 (Secretaría de Salud, 2013; CONADIS, 2011). Sin embargo, el sistema de salud está altamente fragmentado (SSA/SESA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, SEMAR, IMSS-Bienestar y el sector privado) y cada subsistema evalúa de forma independiente la accesibilidad de sus unidades (INEGI, 2023c).

Las encuestas y estadísticas oficiales evalúan el uso de servicios y el número de establecimientos, sin realizar verificaciones sobre el cumplimiento de normas de accesibilidad, por lo que se desconoce el nivel real de apego a la normativa en todo el país (CONEVAL, 2022). Además, aunque los hospitales suelen presentar mejores condiciones de equipamiento e infraestructura, las unidades rurales y de primer nivel con frecuencia carecen de espacios adecuados y de equipamiento básico, como áreas específicas de terapia física o modalidades de electroterapia, lo que amplía las brechas territoriales en el acceso a la rehabilitación (OPS, 2021).



Una proporción importante de las personas con discapacidad no tiene garantizado el acceso a servicios de rehabilitación y a productos de apoyo. A nivel global, la Organización Mundial de la Salud reporta que en muchos países de ingreso medio y bajo más del **50% de las personas que requieren rehabilitación no reciben los servicios** que necesitan (WHO, 2024), y el informe conjunto de la OMS y UNICEF sobre tecnologías de asistencia documenta una brecha sustancial en el acceso a prótesis, órtesis y ayudas técnicas, con variaciones amplias entre países y niveles de ingreso (WHO & UNICEF, 2022)

En México, los registros y evaluaciones de programas estatales y del Sistema DIF, documentan **coberturas heterogéneas** y, en muchos casos, **insuficientes**, así como un uso frecuente de medicinas y terapias complementarias por parte de pacientes (INSP, 2019; INEGI, 2020; Gorn et al., 2009). Estos resultados evidencian variabilidad en la calidad de la atención, barreras de accesibilidad, particularmente en zonas rurales y una **oferta limitada frente a la magnitud real de la demanda de servicios de rehabilitación y dispositivos de asistencia** (CNDH, 2019).

Organizaciones e instituciones relevantes del ecosistema

La red institucional que atiende a personas con discapacidad motriz está conformada por actores del sector público, privado y de la sociedad civil.
En el ámbito gubernamental destacan:

- La Secretaría de Salud coordina la red de hospitales de rehabilitación, promueve la formación continua y supervisa el cumplimiento de normas oficiales.

- IMSS e ISSSTE: Cuentan con áreas de rehabilitación para derechohabientes con discapacidades físicas, ofreciendo servicios especializados en unidades de medicina física y rehabilitación, con coberturas diferenciadas.

- DIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia): Proporciona servicios de rehabilitación y apoyo a personas con discapacidades a través de Centros de Rehabilitación Integral en todo el país, además de liderar programas sociales y de prevención, con énfasis en la atención a grupos vulnerables

- INR (Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra): Instituto especializado en rehabilitación física y atención a personas con discapacidad motriz.

- CAM (Centros de Atención Múltiple): Brindan educación básica con servicios escolarizados y de apoyo. Tienen niveles de prescolar, primaria, secundaria y formación para la vida y el trabajo.

- CONAPRED (Consejo Nacional para prevenir la Discriminación): Órgano de Estado creado por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación que promueve las políticas y medidas para contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social.



En el sector social y privado, múltiples asociaciones civiles brindan terapias, donación de ayudas técnicas, acompañamiento psicológico, educación especial y actividades de inclusión laboral. Entre ellas destacan:

- Ampuvalia: Asociación Civil que brinda acompañamiento psicológico, físico, protésico y nutricional a personas amputadas (Ampuvalia).
- Asociación Mexicana Anne Sullivan (ASOMAS): Busca habilitar y rehabilitar a personas con discapacidad múltiple, entre ellas discapacidades neuromotoras; ubicada en Ciudad de México.
- Asociación para los Derechos de Personas con Alteraciones Motoras (ADEPAM): Institución sin fines de lucro que dona ayudas técnicas y ofrece terapias ocupacionales a personas con discapacidad motriz; ubicada en la Ciudad de México.
- Asociación Pro-Parálisis Cerebral (APAC): Busca dar calidad de vida a las personas con parálisis cerebral mediante terapias ocupacionales, físicas, educación especial, educación laboral, entre otros, para lograr una verdadera inclusión; está ubicada en la Ciudad de México.
- Centro de Atención Integral Playa del Carmen: Asociación civil sin fines de lucro creada para transformar de manera positiva la calidad de vida de niños y jóvenes con discapacidad motriz e intelectual; ubicada en Quintana Roo.
- Centro de Intervenciones Asistidas con Equinos y Formación para el Bienestar y Sustentabilidad (QUIRÓN): Ayuda a niños con discapacidad a mejorar sus habilidades motrices, cognitivas y socioemocionales a través de la equinoterapia.
- Don Bosco sobre Ruedas: Instituciones sin fines de lucro que contribuye a reintegrar a las personas con discapacidad motriz particularmente usuarios de sillas de ruedas a buscar su nivel máximo de autonomía (Don Bosco sobre Ruedas, 2025).
- Educación Especial Más: Ofrece educación, terapia física, ocupacional, entre otros para niños con discapacidad; ubicado en Ciudad de México.
- Familia Incluyente: Ayuda al desarrollo de familias de personas con discapacidad; ubicado en Jalisco.
- Fundación Corazón de Cristal: Busca mejorar la calidad de vida de personas con discapacidad de cualquier edad. Dan terapias, educación, actividades culturales, entre otros; está ubicado en Veracruz.
- Fundación Dime y Juntos Lo Hacemos: Ofrece rehabilitación y apoyo a personas con discapacidad motriz, se encuentra ubicada en Jalisco.

- Fundación Humanista de Ayuda a Discapacitados (FHADI): Asiste la problemática de las personas adultas con discapacidad motriz para darles inclusión social o laboral y lograr incorporarlas a la vida laboral con trabajo digno y de manera independiente física, emocional y económicamente; ubicado en Ciudad de México.

- Fundación Inclúyeme: Brinda apoyo y fomenta la inclusión social y laboral de personas con discapacidades.

- Fundación Markoptic: Provee órtesis y prótesis personalizadas y trabaja en el desarrollo de tecnología para personas con discapacidad motriz.

- Fundación Oaxaqueña de Equinoterapia: Brindan servicios de rehabilitación a personas con discapacidad de todas las edades a través del uso terapéutico del caballo; ubicado en Oaxaca.

- Fundación Pasos Firmes: Especializada en atención a personas con parálisis cerebral y otros tipos de discapacidades motrices en la Ciudad de México.

- Fundación RIE: Busca dar terapia de rehabilitación, atención psicológica, terapia ocupacional y atención médica a niños con discapacidad de escasos recursos.

- Hermanos en la Discapacidad A.C.: Busca apoyar a las personas con discapacidad motriz para darles las herramientas necesarias para integrarse a la vida cotidiana; ubicado en el Estado de México.

- Independencia e Inclusión Chiapas, si podemos A.C.: Busca hacer de Chiapas un estado más incluyente a partir de realizar actividades con la comunidad y las personas con discapacidad.

- Juntos A.C.: Institución que trabaja para la inclusión social y laboral de personas con discapacidad en todo México; el centro está ubicado en San Luis Potosí.

- Libre Acceso, A.C.: Promueve la inclusión de las personas con discapacidad por medio del derecho a la accesibilidad; ubicado en Ciudad de México.

- Nuevo amanecer: Ofrecen servicios médicos, de educación y desarrollo humano a personas con parálisis cerebral; ubicados en Nuevo León.

- Proactible A.C.: Ayuda a personas con amputación de miembro inferior a obtener una prótesis y realizar su rehabilitación física con atención psicológica. (Proactible)

- SCRIT (Sistema de Centros de Rehabilitación e Inclusión Infantil Teletón): Atención a niños y adolescentes menores de 18 años con discapacidad motriz y a sus familias.

Estas organizaciones complementan la oferta institucional y reducen brechas territoriales mediante servicios especializados, modelos comunitarios y programas de apoyo para familias.

VISIÓN ESTRATÉGICA Y ALINEACIÓN CON LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

En 2015 la ONU estableció los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con el propósito de unificar a todos los países y garantizar "que para el 2030 todas las personas disfruten de paz y prosperidad" (UN, 2015). Alrededor de la mitad de estos objetivos están vinculados con la discapacidad, incluida la discapacidad motriz, lo que demuestra que la inclusión constituye una preocupación mundial y debe recibir la debida relevancia.

En el caso de las personas con discapacidad motriz, las ayudas técnicas, las adaptaciones arquitectónicas en viviendas, escuelas y centros de trabajo, así como las mejoras en los medios de transporte son fundamentales para facilitar su desarrollo laboral, con repercusiones favorables en su economía y en su vida social. Garantizar empleos y la educación inclusiva no sólo impulsa el desarrollo sostenible, sino que además constituye un derecho humano, razón por la cual este tema se encuentra reflejado en varios de los ODS 2030 (UN, 2015).



Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados en 2015 en la Agenda 2030, reconocen explícitamente la inclusión de las personas con discapacidad como pilar fundamental para el desarrollo sostenible.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados en 2015 en la Agenda 2030, reconocen explícitamente la inclusión de las personas con discapacidad como pilar fundamental para el desarrollo sostenible, como puede observarse en la Figura 11. Entre los más relevantes para la discapacidad motriz se encuentran:

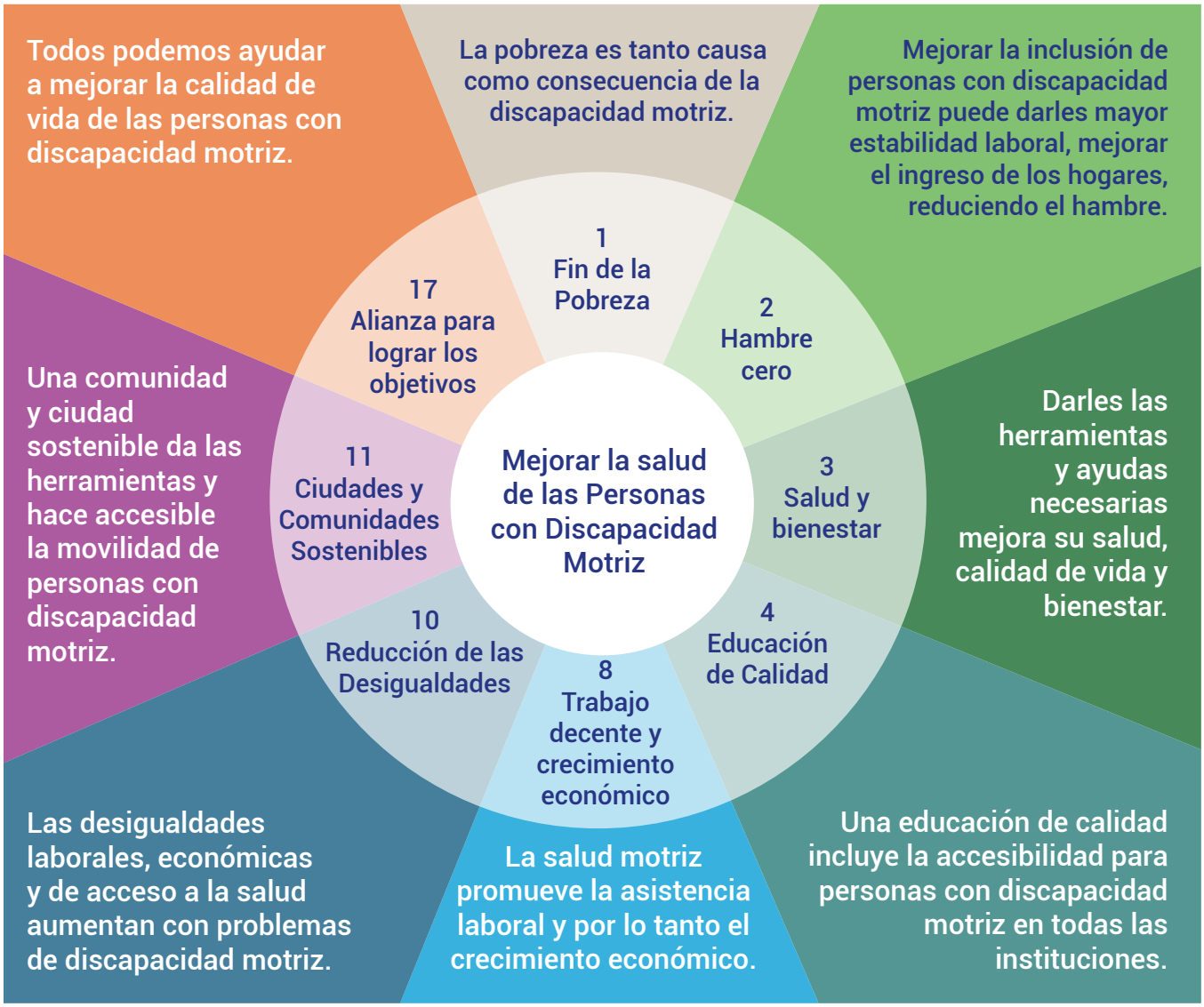


Figura 11. Correspondencia entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y los retos asociados a la discapacidad motriz. *Gráfico de elaboración propia con información de la ONU, Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030 y Fundación Aquae.*

- El ODS 1 (Fin de la pobreza) busca erradicar la pobreza extrema y reducir al menos a la mitad la proporción de personas que viven en situaciones vulnerables, lo cual implica garantizar redes de protección social y acceso igualitario a recursos para quienes enfrentan barreras funcionales.

- El ODS 2 (Hambre cero) promueve el acceso a una alimentación suficiente, nutritiva y accesible para todos, subrayando la necesidad de adaptar programas de distribución alimentaria y asistencia nutricional a las particularidades de las personas con discapacidad motriz.

- El ODS 3 (Salud y Bienestar) impulsa la cobertura sanitaria universal y el acceso a servicios esenciales de calidad, instando a reducir las disparidades en la atención.

- El ODS 4 (Educación de calidad) y el ODS 8 (Trabajo decente y crecimiento económico) establecen metas de inclusión educativa y laboral, enfatizando entornos accesibles y oportunidades equitativas para el desarrollo de capacidades y el empleo digno.

- El ODS 10 (Reducción de las desigualdades) plantea medidas para promover la inclusión social, económica y política de todos los grupos marginados, incluidas las personas con discapacidad.

- El ODS 11 (Ciudades y comunidades sostenibles) destaca la creación de entornos urbanos inclusivos, seguros y resilientes, mediante la eliminación de barreras arquitectónicas y la mejora del transporte público accesible.

- El ODS 17 (Alianzas para lograr los objetivos) enfatiza la necesidad de fortalecer los medios de implementación y revitalizar alianzas multi-actor, entre gobiernos, sociedad civil, sector privado y organismos internacionales, para garantizar el financiamiento, la coordinación y la vigilancia de las políticas de inclusión.





En México, la alineación de las políticas públicas con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible ha favorecido la incorporación progresiva de indicadores relacionados con discapacidad e inclusión en el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG), particularmente a través del Catálogo Nacional de Indicadores y de los lineamientos emitidos por el INEGI para la captación, integración y presentación de información sobre población con discapacidad (INEGI, 2022; SNIEG). Esta integración fortalece el monitoreo de avances, permite identificar brechas territoriales y poblacionales, y contribuye a la rendición de cuentas en la implementación de estrategias inclusivas, en concordancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

En este marco, la política nacional hacia 2030 se orienta a reducir las desigualdades en el acceso a servicios de rehabilitación y a tecnologías de asistencia, en línea con los compromisos internacionales impulsados por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, que reconocen la rehabilitación como un componente esencial de los sistemas de salud y del bienestar social (WHO, 2022a; OPS, 2021). Para avanzar en este objetivo, se hace evidente la necesidad de fortalecer los sistemas de información en salud mediante esquemas interoperables, por lo que se propone consolidar un sistema nacional de datos que permita el seguimiento continuo de indicadores de inclusión y salud, evaluación de políticas públicas y rendición de cuentas.

Adicionalmente, Además, diversos marcos institucionales y programas de formación en México contemplan la capacitación, formación y certificación de profesionales especializados en atención integral de la discapacidad motriz, incluyendo colaboraciones entre universidades, organismos de la sociedad civil y el sector privado, con el objetivo de fortalecer competencias clínicas y de rehabilitación para atender integralmente a esta población (APAC,2024;

SNDIF,2024; IMSS,2025). Asimismo, se busca impulsar la investigación aplicada en tecnologías asistivas de bajo costo, a través de convocatorias anuales del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT), actual Secretaría de Ciencia, Humanidades, Tecnología e Innovación, con la finalidad de fomentar la innovación local (CONACyT, 2022).

Los principios rectores del modelo incluyen: enfoque de ciclo de vida, que garantiza intervenciones preventivas y de rehabilitación desde la infancia hasta la vejez; la atención centrada en la persona, respetando sus preferencias y promoviendo la autonomía mediante planes de rehabilitación individualizados; equidad, priorizando a poblaciones vulnerables, como mujeres, comunidades indígenas y habitantes de zonas rurales; corresponsabilidad, involucrando a la sociedad civil, el sector privado y la academia en el diseño y ejecución de programas; y transparencia, a través de procesos de rendición de cuentas y acceso público a datos de impacto (WHO, 2018).

El enfoque de derechos humanos se fundamenta en la Convención de la ONU sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, que establece la participación activa y el co-diseño de políticas junto con las propias personas afectadas (UN, 2006). Para asegurar la inclusión y equidad, se prevé el desarrollo de mecanismos de consulta permanente con organizaciones representativas, garantizando la incorporación de perspectivas de género, etnia y edad. Asimismo, se impulsarán campañas nacionales de sensibilización para transformar actitudes sociales y reducir estigmas.

Avanzar en los ODS 2030 vinculados con salud, educación, empleo y reducción de desigualdades tiene efectos directos en la calidad de vida de las personas con discapacidad motriz. Mejorar su acceso al trabajo, la educación y los servicios de salud fortalece la economía familiar y contribuye al bienestar y al desarrollo económico del país.

En esta ruta, el 4° Informe Nacional Voluntario (Secretaría de Economía, 2024) destaca acciones como Jóvenes Construyendo el Futuro, que impulsa la inclusión laboral de 2.3 millones de jóvenes que no estudiaban ni trabajaban, avanzando en las metas 8.5 y 8.6 sobre empleo pleno, trabajo decente e integración de personas jóvenes y con discapacidad. El informe también resalta iniciativas como "Original", orientada a garantizar los derechos culturales de pueblos indígenas y comunidades afromexicanas mediante capacitación técnica y el fortalecimiento de sus capacidades creativas, contribuyendo a la meta 4.5 del ODS 4 sobre acceso igualitario a la educación. Asimismo, se enfatiza la reforma al artículo 4° constitucional que reconoce el derecho a pensiones no contributivas para personas mayores y para personas con discapacidad permanente, acciones que consolidan el avance del país hacia una mayor inclusión y bienestar



ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN A LA DISCAPACIDAD MOTRIZ

Existen múltiples aristas desde las cuales abordar la discapacidad motriz en México y sus implicaciones. La evidencia presentada en este Documento Marco confirma que se trata de un fenómeno poblacional, heterogéneo y dinámico, cuya atención requiere superar enfoques fragmentados y avanzar hacia una planeación basada en información integrada, continua y centrada en la persona.

Si bien el sector salud constituye un eje estratégico para detonar cambios estructurales, estos solo serán efectivos si se articulan con otros sectores y si se sustentan en la recuperación, integración y análisis sistemático de la información actualmente dispersa entre instituciones, niveles de atención y ámbitos de intervención. Para ello se proponen las siguientes estrategias:

1. **Fortalecimiento de la información y generación de evidencia sobre discapacidad motriz en el país:**

Uno de los hallazgos centrales es la fragmentación y limitada **precisión de los datos poblaciones sobre discapacidad motriz y sobre el acceso y uso de la tecnología de asistencia** en México. Se prioriza la construcción de un sistema integrado de información que articule datos sobre el número de personas con discapacidad y el acceso a atención, proveniente de censos, encuestas, registros administrativos, del sector productivo y educativo, servicios de salud, programas como el de Cédula de Discapacidad y organizaciones de la sociedad civil.

Como estrategia inicial, se plantea el **mapeo de la infraestructura, capacidades y flujos de atención**, utilizando herramientas internacionales como ATA-C de la OMS, que permita integrar información de instituciones públicas, ONG, proveedores y grupos de pacientes, manteniendo la comparabilidad entre fuentes y periodos. Otra estrategia importante es generar un banco estandarizado de variables y preguntas que pueda integrarse a registros administrativos, que permita estimar incidencia, prevalencia, necesidades de atención y brechas de cobertura.

2. Mesas de diálogo como mecanismos permanentes de análisis y construcción de soluciones.

Toda iniciativa de ley o política pública debe considerar las necesidades reales de las personas con discapacidad y de otros actores importantes del ecosistema de rehabilitación, de tal manera que promuevan efectivamente su salud y el bienestar. Las mesas de diálogo y entrevistas se plantean como propuesta metodológica central para reducir la brecha entre el marco normativo y la realidad práctica. Se propone formar mesas de análisis y debate que reúna a asociaciones de pacientes con discapacidad motriz, personas cuidadoras, autoridades sanitarias, academia, sector productivo y reguladores. Estos espacios de análisis estarán orientados a incorporar experiencia deal de las personas con discapacidad, identificar cuellos de botella en regulación, provisión de tecnología y seguimiento y construir propuestas de política pública basadas en evidencia y consenso multisectorial, en cumplimiento del Capítulo IV de la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

3. Transición hacia un modelo de atención continuo, híbrido y centrado en la persona.

Una de las estrategias clave consiste en desarrollar e implementar un modelo de atención integral. Se propone avanzar de un modelo fragmentado y centrado en el evento agudo hacia un modelo de atención continua, que acompañe a la persona desde el diagnóstico hasta la vida comunitaria. Este modelo combina atención presencial, domiciliaria y telemedicina, fortalece el primer nivel de atención y reduce la ruptura hospital–comunidad. La estrategia reconoce el papel clave de coordinadores de atención, responsables de articular equipos, agendas y metas, así como de garantizar el seguimiento a largo plazo. Se integrará un componente de capacitación orientado a fomentar la autonomía y habilidades de autocuidado, así como la disponibilidad de ayudas técnicas, de manera que en un futuro los pacientes y sus cuidadores puedan acceder a oportunidades laborales durante las edades productivas, independientemente de su condición de discapacidad.

4. Atención interprofesional con continuidad y uso compartido de información para seguimiento

La revisión de la información evidenció que la falta de coordinación entre profesionales limita la efectividad del tratamiento. Por ello, se propone consolidar equipos interprofesionales con experiencia en discapacidad motriz, que operen bajo rutas de atención personalizadas, con metas claras por etapa de vida. La inclusión temprana de la familia y personas cuidadoras, desde antes del egreso hospitalario, se reconoce como un elemento clave para mejorar la adherencia, la seguridad del cuidado en casa y la sostenibilidad del modelo. De esta forma, los pacientes podrán contar con la atención de distintos especialistas, como médicos rehabilitadores, fisioterapeutas, psicólogos, trabajadores sociales y nutricionistas, siguiendo protocolos estandarizados basados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento (WHO, 2001). Además se promoverá la tele-rehabilitación para pacientes en zonas remotas, utilizando plataformas seguras y optimizadas

5. Profesionalización y fortalecimiento de capacidades en rehabilitación y tecnologías de asistencia.

Se identificó **un déficit estructural de formación especializada en rehabilitación y tecnologías de apoyo** en los diversos profesionales y acompañantes encargados del cuidado y seguimiento de la persona con discapacidad. En este punto se plantea desarrollar programas de formación continua, certificación para profesionales y profesionalización tanto de personal empírico como de familiares que ya prestan servicios de cuidado y atención. Los programas de formación se generarán en colaboración con instituciones académicas, el sector productivo y organismos internacionales, asegurando la actualización de competencias. Se reconoce la necesidad de fortalecer las redes de apoyo con recursos que puedan guiarlos para generar una adecuada atención domiciliaria y comunitaria.

Otra línea prioritaria de trabajo identifica que las ayudas técnicas no se encuentran plenamente reconocidas como dispositivos médicos dentro del marco regulatorio vigente, y que los procesos de adquisición gubernamental se realizan de manera masiva y estandarizada, sin considerar las necesidades individuales de las personas usuarias. Ante este escenario, se **propone definir y priorizar un conjunto de tecnologías de asistencia estratégicas para el país,** como punto de partida para su alineación progresiva con normas y estándares internacionales. De manera complementaria, se plantea el **desarrollo de un catálogo oficial con fichas técnicas actualizadas,** que permita orientar a compradores institucionales y que pueda integrarse al **Compendio Nacional de Insumos para la Salud**. Este esfuerzo sentará las bases para avanzar hacia **lineamientos nacionales** que promuevan la calidad, el ajuste individualizado y una prescripción **ética y técnicamente fundamentada** de las ayudas técnicas.

6. Financiamiento y sostenibilidad

Para garantizar la viabilidad de estas estrategias, se propone la creación de un Fondo Nacional para la Discapacidad Motriz, administrado por un comité multisectorial. Este fondo integrará aportaciones federales, estatales, privadas y de organismos internacionales para financiar anualmente proyectos de infraestructura, investigación y desarrollo de tecnología asistiva. La corresponsabilidad local mediante mecanismos de cofinanciamiento tipo matching funds, complementada con auditorías externas e informes públicos, fortalecerá la transparencia y la rendición de cuentas (OECD, 2020).

El sustento para este mecanismo proviene de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. El ODS 3 impulsa la cobertura sanitaria universal y la reducción de disparidades; los ODS 4 y 8 promueven la inclusión educativa y laboral en entornos accesibles; y el ODS 10 orienta acciones para disminuir desigualdades sociales y económicas. Finalmente, el ODS 17 destaca la necesidad de alianzas multisectoriales para asegurar medios de implementación y financiamiento sostenible, respaldando así la creación de un fondo nacional dedicado a la discapacidad motriz.

7. Comunicación, difusión y sensibilización social.

La comunicación debe posicionar la discapacidad motriz como un tema de derechos, salud y participación social, reduciendo estigmas y barreras en empleo, educación y vida comunitaria mediante campañas sustentadas en información clara y verificable. La desinformación sigue siendo una barrera transversal que impacta en aspectos como el acceso a empleo a personas con discapacidad, debido tanto al rechazo laboral por discapacidad como a la falta de espacios y herramientas adaptadas. Para abordar este punto, es fundamental informar y sensibilizar a la población sobre la discapacidad motriz. Esto se puede lograr a través de foros, campañas en redes sociales, medios de comunicación y talleres comunitarios, promoviendo una comprensión más amplia de las capacidades y necesidades de estas personas. La difusión efectiva podrá contribuirá a reducir barreras sociales y laborales, fomentando la inclusión y participación en la vida comunitaria. Estas acciones buscan modificar percepciones, reducir estigmas y visibilizar la discapacidad motriz como un tema de derechos, salud y participación social.

8. Detección temprana

En alineación con el enfoque de fortalecimiento al primer nivel de atención y las redes locales, se propone la identificación temprana de riesgos asociados a discapacidad motriz mediante estrategias comunitarias, educativas y laborales. (Barron-Garza et al., 2023; Gobierno de Chile, 2007). Estas campañas se apoyarán en el desarrollo de aplicaciones móviles de autodiagnóstico validadas clínicamente (Safari et al., 2020) y en la formación de promotores comunitarios. Estas acciones se articulan con programas de educación para la salud y con la recopilación de datos que alimenten el sistema de información propuesto.

9. Fortalecimiento de redes comunitarias y alianzas multisectoriales

Este trabajo reconoce que la fragmentación institucional limita el impacto de las intervenciones. Por ello, se plantea fortalecer redes con una agenda común, integrando hospitales, ONG, empresas, universidades y grupos de pacientes. El uso de plataformas colaborativas permitirá el trabajo conjunto, el intercambio de experiencias y el seguimiento coordinado de acciones a nivel local y regional.

10. Dar continuidad a las políticas públicas en materia de discapacidad motriz ya existentes y que se encuentran en proceso.

Es prioritario dar seguimiento técnico a las políticas y propuestas legislativas en curso, reduciendo la brecha entre diseño e implementación y priorizando cobertura mínima, acceso a tecnología y continuidad de la atención. Actualmente existen tres propuestas legislativas que aún no se han aprobado en el congreso, una de ellas desde el 2020. Es esencial dar seguimiento a estas propuestas para asegurar la cobertura mínima de servicios y entrega de ayudas técnicas, tal como lo sugiere la propuesta presentada el 8 de marzo del 2023.

11. Evaluación y monitoreo participativo

Finalmente, se propone incorporar la evaluación y el monitoreo como un proceso continuo y participativo. Se diseñará un sistema de indicadores co-diseñado con organizaciones de personas con discapacidad, que contemple tanto métricas de proceso, como número de atenciones brindadas y tecnologías de asistencia entregadas, como indicadores de resultado, incluyendo mejora funcional, calidad de vida y satisfacción de las personas usuarias.

La recolección de la información se realizará mediante una plataforma digital de reporte abierto, accesible y segura, que permita dar seguimiento sistemático a las acciones implementadas. Se establecerán revisiones trimestrales para ajustar las estrategias en tiempo real y un taller anual con actores clave para analizar los resultados, identificar áreas de mejora y redefinir prioridades. Este enfoque garantiza coherencia con el principio de atención centrada en la persona y con una visión de mejora continua del modelo de atención.

MENSAJE DE CIERRE

La discapacidad motriz en México constituye un reto estructural y multisectorial que exige una respuesta urgente, coordinada y sostenida, basada en información poblacional. Su impacto trasciende el ámbito de la salud para convertirse en un desafío de derechos humanos, desarrollo social y productividad económica (UN,2006; WHO, 2022a). Las principales brechas que enfrentan las personas con discapacidad motriz (acceso a servicios, movilidad, empleo, educación y apoyos técnicos) no derivan exclusivamente de la condición funcional, sino de la fragmentación institucional, un entorno que aún no garantiza accesibilidad, inclusión ni justicia social.

Las consecuencias socioeconómicas de esta situación son profundas. La discapacidad motriz incrementa el riesgo de pérdida de empleo, abandono escolar, aislamiento social y dependencia económica. En numerosos hogares, la responsabilidad del cuidado recae sobre un familiar, reduciendo aún más los ingresos y afectando la estabilidad financiera. A nivel nacional, esta exclusión representa también una pérdida significativa de productividad y limita la capacidad de desarrollo del país.

En este contexto, la atención domiciliaria y la telemedicina se presentan como estrategias que pueden acercar los servicios de salud, rehabilitación y apoyo técnico al hogar del usuario, de esta forma se reducen los traslados, mejora la adherencia terapéutica y permite brindar soluciones adaptadas a las características de cada persona y su entorno inmediato. Este enfoque fortalece la autonomía, evita complicaciones y contribuye a la materialización del derecho a una vida plena y digna.

Por otro lado, es indispensable avanzar hacia un **Pacto Nacional por la Inclusión Motriz**, capaz de articular a todos los sectores, gobierno, sociedad civil, academia, sector privado y organizaciones de personas con discapacidad, en torno a objetivos comunes, acciones coordinadas y una visión de largo plazo. Dicho pacto debe sustentarse en un enfoque de derechos humanos y en políticas basadas en evidencia, garantizando que ninguna persona quede excluida de los servicios, apoyos y oportunidades necesarias para su participación plena (CNDH, 2020a).

Para lograrlo, se proponen las siguientes líneas prioritarias de acción:

1. **Creación de un Consejo Rector Nacional de Discapacidad Motriz**, con participación intersectorial y representación de personas con discapacidad, encargado de coordinar la estrategia nacional, garantizar su transversalidad y asegurar la continuidad sexenal.

2. **Incrementar el presupuesto destinado a infraestructura de rehabilitación y tecnologías de asistencia**, priorizando zonas con rezago social y fortaleciendo las capacidades técnicas locales (Secretaría de Salud, 2024).

3. **Impulsar reformas normativas** que garanticen accesibilidad universal en entornos físicos y digitales, así como prácticas laborales inclusivas con mecanismos verificables de cumplimiento.

4. **Desarrollar sistemas de información integrados y accesibles**, con datos desagregados que permitan monitorear resultados, orientar decisiones y ajustar políticas en tiempo real (OECD,2020).

5. **Fortalecer la formación profesional** en salud, educación, justicia y desarrollo social, incorporando contenidos de discapacidad, accesibilidad, derechos humanos y atención centrada en la persona. La educación inclusiva desde los niveles básicos hasta los programas de posgrado debe consolidarse como una política de Estado.

6. **Establecer mecanismos de rendición de cuentas, auditoría social y evaluación externa**, que aseguren transparencia, eficacia e impacto real en la vida de las personas.

Avanzar hacia un país verdaderamente inclusivo implica reconocer que la discapacidad motriz no es un asunto de minorías, sino una realidad creciente vinculada al envejecimiento poblacional y a los determinantes sociales de la salud. La oportunidad de transformar este sistema está al alcance: requiere voluntad política, coordinación multisectorial y un compromiso firme con la dignidad humana. Solo así será posible garantizar que todas las personas, incluidas las que viven hoy con discapacidad motriz y las que podrían enfrentarla en el futuro, ejerzan plenamente sus derechos y participen en igualdad de condiciones en la vida social, económica y comunitaria del país.

REFERENCIAS

Academia Nacional de Medicina de México. (2010). Los amputados y su rehabilitación: Un reto para el Estado. Academia Nacional de Medicina de México. https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/Rehabilitacion.pdf

Ampuvalia. Nosotros. https://ampuvalia.org/nosotros/

Augustsson, E., Rehnberg, J., Simmons, C. et al. Can Sex Differences in Old Age Disabilities be Attributed to Socioeconomic Conditions? Evidence from a Mapping Review of the Literature. Population Ageing 16, 761–780 (2023). https://doi.org/10.1007/s12062–022–09395–1

APAC. (2024). APAC lanza el curso de Atención Integral para Personas con Discapacidad, apoyado por Johnson & Johnson. https://apac.mx/apac-lanza-el-curso-de-atencion-integral-para-personas-con-discapacidad-una-iniciativa-apoyada-por-johnson-amp-johnson/

Arroyo-Luna, D. G., Jiménez-Fernández, E. J., Valdez-Patiño, G., Anaya-Álvarez, M., R eyes-Rivas, H., Luengo-Fereira, J. A., & Paredes, S. (2022). Trastornos de la deglución en pacientes con parálisis cerebral. Contexto Odontológico, 12(23), 18–25. https://doi.org/10.48775/RCO.V12I23.1853

Banks, L. M., Kuper, H., & Polack, S. (2017). Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. PloS One, 12(12), e0189996. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996

Barron-Garza, F., Coronado-Garza, M., Gutierrez-Ramirez, S., Ramos-Rincon, J.-M., Guzman-de la Garza, F., Lozano-Morantes, A., Flores-Rodriguez, A., Nieto-Sanjuanero, A., Alvarez-Villalobos, N., Flores-Villarreal, M., & Covarrubias-Contreras, L. (2023). Incidence of cerebral palsy, risk factors, and neuroimaging in northeast Mexico. Pediatric Neurology, 143, 50–58. https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2023.02.005

Basto-Abreu, A., López-Olmedo, N., Rojas-Martínez, R., Aguilar-Salinas, C. A., Moreno-Banda, G. L., Carnalla, M., Rivera, J. A., Romero-Martinez, M., Barquera, S., & Barrientos-Gutiérrez, T. (2023). Prevalencia de prediabetes y diabetes en México: Ensanut 2022. Salud publica de Mexico, 65, s163–s168. https://doi.org/10.21149/14832

Beckley, A., Ton, Y., & Wong, C. K.(2025). Lower Limb Amputations: Epidemiology and Assessment. Recuperado de https://now.aapmr.org/lower-limb-amputations-epidemiology-and-assessment/

Cámara de Diputados. (2022, 7 enero). Gaceta Parlamentaria, 65(1), 07-ene-2022-V. https://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/65/2022/ene/20220107-V.html

Cámara de Diputados. (2025). Código Penal Federal: Art. 149 Ter. Discriminación.

CDC. (2023, noviembre 20). The mental health of people with disabilities. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/features/mental-health-for-all.html

CDC. (2024a, mayo 2). Disability and health overview. Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/disability.html

CDC. (2024b, octubre 24). About fetal alcohol spectrum disorders (FASDs). Fetal Alcohol Spectrum Disorders (FASDs). https://www.cdc.gov/fasd/about/index.html

Centro de Investigación Económica y Presupuestaria (2018). Gasto en salud por entidad federativa, 2018 (Análisis CIEP). Recuperado de https://ciep.mx/D25F

Cerebral Palsy Alliance Australia. (2023, octubre 5). World CP Day: global cerebral palsy community celebrates Millions of Reasons for a more inclusive world. https://cerebralpalsy.org.au/news-stories/world-cp-day-global-cerebral-palsy-community-celebrates-millions-of-reasons-for-a-more-inclusive-world/

Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL]. (2024). Cuidar en México: del ámbito familiar a un sistema público. Recuperado de https://www.cepal.org/en/node/64678

Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., & Smedley, R. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. Behaviour Research and Therapy, 55, 19–31.

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2019). Informe especial sobre el derecho a la accesibilidad de las personas con discapacidad (Informe). https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-08/IE-Accesibilidad.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2020a). Situación económica, social, cultural y de salud de las personas con discapacidad. https://informe.cndh.org.mx/images/uploads/nodos/61047/content/files/SESCSD2020.pdf

Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2020b). La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo. https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/Discapacidad-Protocolo-Facultativo%5B1%5D.pdf

Cieza, A., Causey, K., Kamenov, K., Hanson, S. W., Chatterji, S., & Vos, T. (2020). Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet CONACEM. Recuperado el 15 de noviembre de 2024, de https://conacem.org.mx/

CONACyT. (2022). Convocatoria para proyectos de tecnologías asistivas. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

Consejo Nacional de Población (CONAPO). (2025). Proyecciones de la población de México y las entidades federativas 2020–2070 (v. 2.1) [PDF]. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/1001571/Proyecciones_Poblacion_280525_V2.1.pdf

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS. (2011). Manual de accesibilidad universal. Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS). (2016). Los accidentes de tránsito y la discapacidad. Gobierno de México. https://www.gob.mx/conadis/articulos/los-accidentes-de-transito-y-la-discapacidad

Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS). (2025). Informe de gestión gubernamental 2024–2025: Inclusión social y económica de las personas con discapacidad. Gobierno de México.

CONEVAL. (2022). Informe de Evaluación Política de Desarrollo Social. https://www.coneval.org.mx/EvaluacionDS/PP/IEPDS/Documents/IEPDS_2022_Presentacion.pdf

Consejo Mexicano de Cirugía Pediátrica. (s/f). Consejomexicanodecirugiapediatrica.org. Recuperado el 15 de noviembre de 2024, de https://consejomexicanodecirugiapediatrica.org/contacto/

Da Silva Barbosa, R., Fagnani, E. (2022) The unified health system of Brazil and the effectiveness of health services. J Public Health (Berl.) 30, 1273–1283 . https://doi.org/10.1007/s10389-020-01404-x

Database Earth. (2022). World population by country in 2022. Recuperado el 26 de agosto de 2024, de https://database.earth/population/by-country/2022

Consejo Mexicano de Ortopedia y Traumatología. (2025). Médicos Certificados. Recuperado el 15 de noviembre de 2024, de https://cmot.org.mx/medicos-certificados

Don Bosco Sobre Ruedas AC. Recuperado el 18 de julio de 2025, de https://www.dbsr.org.mx/nosotros/

Federación Mexicana de Diabetes, A.C (2021, octubre 7). ¿Qué es el pie diabético? https://fmdiabetes.org/que-es-el-pie-diabetico/

Gaceta Parlamentaria, Cámara de Diputados. (s/f). Gob.mx. Recuperado el 15 de noviembre de 2024, de https://gaceta.diputados.gob.mx/

GBD 2017 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet (London, England), 392(10159), 1789–1858. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7

GBD 2021 Nervous System Disorders Collaborators. (2024). Global, regional, and national burden of disorders affecting the nervous system, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Neurology, 23(4), 344–381. https://doi.org/10.1016/S1474-4422(24)00038-3

Guzmán-González, J. M. (2016). Rehabilitation, present and future in Mexico. Cirugía y Cirujanos (English Edition), 84(2), 93–95. https://doi.org/10.1016/j.circen.2016.03.001

Gobierno de Chile (2007). Guía de apoyo tecno-pedagógico: Necesidades Educativas Especiales en el Nivel de Educación Parvularia. Necesidades educativas asociadas a discapacidad motora. https://especial.mineduc.cl/wp-content/uploads/sites/31/2016/08/GuiaMotora.pdf

Gorn, S. B., et al. (2009). El uso de terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: resultados de una encuesta en la Ciudad de México. Salud Mental. https://revistasaludmental.gob.mx/index.php/salud_mental/article/view/1274/1272

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Declaración de accesibilidad del sitio web del IMSS. https://www.imss.gob.mx/sites/all/themes/responsive_bartik_imss/js/accesibilidad/readabler/accessibility-statement.html

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2023). Capítulo III. Seguro de riesgos de trabajo (Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la situación financiera y los riesgos del IMSS 2022-2023, pp. 84–117). https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/pdf/informes/20222023/07-Cap03.pdf

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). (2025). Capacita UMFRC del IMSS profesionales líderes en rehabilitación para transformar vidas con movilidad digna. https://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202509/448

Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018–19 (ENSANUT 2018) — Resultados nacionales. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018

Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). (2024). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023: Resultados nacionales [Informe]. https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2023/doctos/informes/ensanut_23_112024.pdf ensanut.insp.mx

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). La discapacidad en México, datos al 2014. Versión 2017. INEGI. https://www.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/702825094409.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2019). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2018 (ENADID 2018): Resultados de la encuesta [Documento PDF]. INEGI. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enadid/2018/doc/resultados_enadid18.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica (SNIEG). https://www.inegi.org.mx/sistema/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Discapacidad. https://www.inegi.org.mx/temas/discapacidad/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020a) Tabulados Interactivos-Genéricos. Recuperado el 16 de agosto de 2024, de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?pxq=Discapacidad_Discapacidad_03_82c7c00a-69ab-42db-bb51-e21f770936ca&idrt=151&opc=t

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020). Censo de Población y Vivienda 2020. Recuperado el 23 de agosto de 2024, de https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2022). Lineamientos para la captación, integración y presentación de información de población con discapacidad en los Programas de Información del Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica. Diario Oficial de la Federación, 22 de diciembre de 2022.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023a). Encuesta Nacional sobre Discriminación 2022 (ENADIS). INEGI. https://www.inegi.org.mx/programas/enadis/2022/

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2023b). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2023) [Data set].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2023). Principales servicios otorgados en las instituciones del sector público de salud según institución [Base de datos]. INEGI. https://www.inegi.org.mx/app/cuadroentidad/Sin/2022/05/5_9

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2024). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (ENADID 2023). https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2024/ENADID/ENADID2023.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2025). Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas con Discapacidad — Hogares con y sin integrantes con discapacidad: gasto corriente trimestral en cuidados de la salud y aparatos ortopédicos y terapéuticos.

Comunicado de prensa 151/25, 1–8. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2025/EAP_PersDiscap_25.pdf

Instituto Nacional de las Mujeres (INMUJERES). (2017). Estudio diagnóstico de políticas públicas para adultas mayores. México: Secretaría de las Mujeres CDMX. Recuperado de https://semujeres.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Estudios_Diagnosticos/2017/2mipolitica-publicaestudioadultas-mayores.pdf

Inventiva / Fundación QUALIS. (2024). Hacia un co-liderazgo de personas con discapacidad. Inventiva. Recuperado de https://inventiva.ar/conocimientos/hacia-un-co-liderazgo-de-personas-con-discapacidad/

Janshesky, G. (2025). Cerebral palsy. Cerebral Palsy Guidance. https://www.cerebralpalsyguidance.com/cerebral-palsy/

Jones, B. F. (2005). Age and Great Intervention. National Bureau of Economic Research. https://www.nber.org/system/files/working_papers/w11359/w11359.pdf

Ley General de Salud [LGS]. (1984). Versión vigente, reformada al 7 de junio de 2024. Cámara de Diputados. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf_mov/Ley_General_de_Salud.pdf

Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad [LGIPD]. (2011). Última reforma 14 de junio de 2024. Cámara de Diputados. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGIPD.pdf

Lotito, F., & Sanhueza, H. (2011). Discapacidad y Barreras Arquitectónicas: un desafío para la inclusión. Revista AUS, (9), 10–13.

Luo, Y., Liu, C., Li, C., Jin, M., Pi, L., & Jin, Z. (2024). The incidence of lower extremity amputation and its associated risk factors in patients with diabetic foot ulcers: A meta-analysis. International wound journal, 21(7), e14931. https://doi.org/10.1111/iwj.14931

Montes, M., y Rodelo, F. (2019). Absueltos y oprimidos: representaciones mediáticas de las personas con discapacidad en México. MEDIACIONES, 15(22), 23–42. https://doi.org/10.26620/uniminuto.mediaciones.15.22.2019.23–42

NDIS. (2019). National Disability Insurance Scheme Operational Guidelines. Australian Government Publishing Service.

National Institute for Health and Care Excellence. (2023). Evidence reviews for the clinical and cost-effectiveness of telerehabilitation for adults after a stroke: Stroke rehabilitation in adults (update): Evidence review G (NICE Guideline No. 236). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK600502/

Neurólogos Certificados. Consejomexicanodeneurologia.org. Recuperado el 15 de noviembre de 2024, de https://www.consejomexicanodeneurologia.org/neurologos-certificados.html

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2020). Multilateral development finance 2020. OECD Publishing. https://www.oecd.org/en/publications/multilateral-development-finance-2020_e61fdf00-en.html

Observatorio Laboral. Ciencias biológicas. Recuperado el 15 de noviembre de 2024, de https://www.observatoriolaboral.gob.mx/static/estudios-publicaciones/Biologia.html

Oldfrey, B., Borg, J., Layton, N., & Davies, T. C. (2024). Repair strategies for assistive technology in low-resource settings: Lessons from wheelchair repair studies. Disability and Rehabilitation: Assistive Technology, 19(2), 203–214.

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Estimaciones de la necesidad de rehabilitación. https://www.paho.org/es/enlace/estimaciones-necesidad-rehabilitacion

Organización Panamericana de la Salud. (2019). Mortalidad y esperanza de vida en las Américas. https://www.paho.org/pub/en/leading-causes-death-disease-burden-americas/mortality-and-life-expectancy-in-the-americas.html

Organización Panamericana de la Salud. (2021). Rehabilitación en los sistemas de salud: Situación y desafíos en las Américas. OPS. https://www.paho.org/es/temas/rehabilitacion

Organización Panamericana de la Salud. (2024) Discapacidad. Recuperado el 16 de agosto de 2024, de https://www.paho.org/es/temas/discapacidad

Organización Panamericana de la Salud. (2025). Informe mundial sobre la equidad en materia de salud para las personas con discapacidad. https://doi.org/10.37774/9789275330234

Pearlman, J. L., Cooper, R. A., Krizack, M., Lindsley, A., Countey, J., & Dyson-Hudson, T. (2014). Assistive technology provision in low-resource settings: Outcomes and challenges. Journal of Rehabilitation Medicine, 46(5), 438–445.

Prieto de la Rosa, A. (2019). Discriminación múltiple: mujeres con discapacidad en México. Gobierno de México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/249671/Discriminacionmultiplemujerescon.pdf

Proactible. Proactible para la comunidad. Proactible.org. Recuperado el 18 de julio de 2025, de https://www.proactible.org/

Ríos Espinosa, C. (2021). People with disabilities in Mexico underrepresented in politics. Human Rights Watch. https://www.hrw.org/news/2021/12/03/people-disabilities-mexico-underrepresented-politics

Rusu, E., Catrina, E. L., Brezean, I., Georgescu, A. M., Vișinescu, A., Georgescu, D. A. V., Mioara, C. A., Dobra, G. M., Verde, I., Stanciu, S., Coșoreanu, A., Rusu, F., Nica, A., Mihai, D. A., & Radulian, G. (2024). Lower Extremity Amputations Among Patients with Diabetes Mellitus: A Five-Year Analysis in a Clinical Hospital in Bucharest, Romania. Medicina, 60(12), 2001. https://doi.org/10.3390/medicina60122001

Safari, R., Jackson, J., & Sheffield, D. (2020). Digital Self-Management Interventions for People With Osteoarthritis: Systematic Review With Meta-Analysis. Journal of medical Internet research, 22(7), e15365. https://doi.org/10.2196/15365

Secretaría del Bienestar. (2021). Secretaría del Bienestar y Fundación Teletón presentan programa para rehabilitación de niñas y niños con discapacidad [Comunicado]. https://www.gob.mx/bienestar/prensa/secretaria-de-bienestar-y-fundacion-teleton-presentan-programa-para-rehabilitacion-de-ninas-y-ninos-con-discapacidad

Secretaría de Economía , Secretariado Ejecutivo del Consejo Nacional de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. (2024). 4° Informe Nacional Voluntario, México 2024. Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Ciudad de México,.

Secretaría de Educación Pública. (2016). Educación pertinente e inclusiva. La discapacidad en educación indígena. Guía-cuaderno 4: Atención educativa de alumnos y alumnas con discapacidad motriz. México: SEP

Secretaría de Educación Pública, Dirección General de Planeación, Programación y Estadística Educativa. (2023). Principales Cifras del Sistema Educativo Nacional 2022–2023. https://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/principales_cifras/principales_cifras_2022_2023_bolsillo.pdf

Secretaría de Educación Pública. (2025, 19 de febrero). Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa Fortalecimiento de los Servicios de Educación Especial (PFSEE) para el ejercicio fiscal 2025. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/2025/SEP/SEP_190225.pdf

Secretaría de Gobernación. Accesibilidad a la información digital para las personas con discapacidad en los servicios. Genera Conocimiento. https://generaconocimiento.segob.gob.mx/biblioteca/accesibilidad-la-informacion-digital-para-las-personas-con-discapacidad-en-los-servicios

Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México. (2020). Accesibilidad para la movilidad (informe de accesibilidad en transporte). Gobierno de la Ciudad de México. https://semovi.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Accesibilidad%20para%20la%20Movilidad.pdf

Secretaría de Movilidad. (2024). Sexto informe de gobierno 2019–2024. Gobierno de la Ciudad de México. https://www.semovi.cdmx.gob.mx/storage/app/media/Publicaciones/6to_Infome_SEMOVI.pdf

Secretaría de Movilidad de la Ciudad de México (SEMOVI). (2025). Tarjeta de Gratuidad / Tarjeta Incluyente: transporte público gratuito para personas con discapacidad. Recuperado de https://semovi.cdmx.gob.mx/movilidad-integrada/tarjeta-de-gratuidad

Secretaría de Salud. (2012). NOM-031-SSA3–2012: Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad.

Secretaría de Salud. (2013). NOM-030-SSA3–2013, Para la organización y funcionamiento de los servicios de rehabilitación. Diario Oficial de la Federación.

Secretaría de Salud. (2024). Programa Sectorial de Salud 2025–2030. Gobierno de México. https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-sectorial-de-salud-2025–2030

Secretaría de Salud. (2024a). Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA-2023, Para la certificación de la discapacidad. Diario Oficial de la Federación. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5715918&fecha=02/02/2024

Shafrin, J., Sullivan, J., Goldman, D. P., & Gill, T. M. (2017). The association between observed mobility and quality of life in the near elderly. PLOS ONE, 12(8), e0182920. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182920

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) (2024). Manual de Organización del DIF Nacional. Diario Oficial de la Federación, 2024

Skalsky, A. J., & Dalal, P. B. (2015). Common complications of pediatric neuromuscular disorders. Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America, 26(1), 21–28. https://doi.org/10.1016/j.pmr.2014.09.009

Tawfik, Y., Abdel-Magied, R., Ali, M., & Kamel, S. (2024). Risk factors and comorbidities in cerebral palsy patients aged 6 months to under 5 years. Minia Journal of Medical Research, 35(4), 99–107. doi: 10.21608/mjmr.2023.241396.1522.

UNDRR. (2023) Global Survey report on Persons with disabilities and disasters. https://www.undrr.org/report/2023-gobal-survey-report-on-persons-with-disabilities-and-disasters

UNICEF. (2021). Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities. United Nations Children's Fund. https://www.unicef.org

United Nations (UN). (2006). Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Naciones Unidas. https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf

United Nations (UN). (2015). Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Recuperado de https://www.un.org/sustainabledevelopment/development-goals/

Urquieta-Salomón, J. E., Figueroa, J. L., & Hernández-Prado, B. (2008). El gasto en salud relacionado con la condición de discapacidad: Un análisis en población pobre de México. Salud Pública de México, 50(2), 136–146. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342008000200007&script=sci_arttext

Van Timmeren, E. A., van der Schans, C. P., van der Putten, A. A. J., Krijnen, W. P., Steenbergen, H. A., van Schrojenstein Lantman-de Valk, H. M. J., & Waninge, A. (2017). Physical health issues in adults with severe or profound intellectual and motor disabilities: a systematic review of cross-sectional studies. Journal of Intellectual Disability Research: JIDR, 61(1), 30–49. https://doi.org/10.1111/jir.12296

Vázquez-Salas, R. A., Hubert, C., Pérez-Reyes, M. del R., & Allen-Leigh, B. (2023). Dificultades de funcionamiento en la infancia, adolescencia y edad adulta en México, 2022. Salud pública de Mexico, 65, s102–s109. https://doi.org/10.21149/14822

World Bank. (2022). Disability Data Hub. World Bank Group. https://www.worldbank.org

World Health Organization. (2001). International classification of functioning, disability and health (CIF): Fifty-fourth World Health Assembly, WHA54.21. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/ea54r21.pdf

World Health Organization. (2009). WHA62.14 Resolution on Disability, including prevention, management and rehabilitation. World Health Organization.

World Health Organization. (2011). World Report on Disability. Recuperado de: https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241564182

World Health Organization. (2016). Lista de ayudas técnicas prioritarias. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/207697/WHO_EMP_PHI_2016.01_spa.pdf?sequence=1

World Health Organization. (2017). Rehabilitation in health systems. World Health Organization. https://www.who.int

World Health Organization. (2018). Rehabilitation in Health Systems. World Health Organization. Recuperado de https://www.who.int/publications/i/item/9789241549974

World Health Organization. 74a Asamblea Mundial. (2021a). El más alto nivel posible de salud para las personas con discapacidad. WHA74.8, 6. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/wha74/a74_r8-sp.pdf

World Health Organization. (2021b). Musculoskeletal conditions. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/musculoskeletal-conditions

World Health Organization. (2021c). Guidance for post-market surveillance and vigilance of medical devices. World Health Organization. https://www.who.int/publications/i/item/9789240015319

World Health Organization. (2022a). Global Rehabilitation 2030: A Call for Action. World Health Organization.

World Health Organization. (2022b). Assistive technology: Key facts. World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology

World Health Organization. World Health Assembly. (2023). Resolution WHA76.6: Strengthening rehabilitation in health systems. World Health Organization.

World Health Organization. Discapacidad. (2023). https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health

World Health Organization. (2024). Rehabilitation (fact sheet). World Health Organization. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

World Health Organization. (2024). Assistive technology. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology

World Health Organization. (2025). Disability. Recuperado el 23 de agosto de 2024, de https://www.who.int/health-topics/disability

World Health Organization. & United Nations Children's Fund (WHO & UNICEF). (2022). Global Report on Assistive Technology. http://chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354357/9789240049451-eng.pdf?sequence=1&

Zhang, M., Zhu, W., He, X., Liu, Y., Sun, Q_., & Ding, H. (2022). Correlation between functional disability and quality of life among rural elderly in Anhui province, China: A cross-sectional study. BMC Public Health, 22, 397. https://doi.org/10.1186/s12889–021–12363–7