

AXIS CONSULTORÍA

**SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA**

DIF

**EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PROGRAMA
DE ATENCIÓN A POBLACIÓN EN DESAMPARO**

PERÍODO ENERO – DICIEMBRE 2003

Febrero del 2004

ÍNDICE

	Presentación	4
I.	Introducción	5
II.	El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	5
III.	Población en Desamparo	9
IV.	Metodología de Evaluación	10
V.	Análisis de los recursos dedicados al Programa de Atención en Desamparo	12
VI.	Centros Asistenciales	14
VI.1	Centros Asistenciales para la Atención de Menores	16
VI.2	Centros Asistenciales para la Atención de Adultos Mayores	19
VII.	Apoyos económicos y apoyos en especie.	22
VII.1	Identificación de los beneficiarios de los apoyos económicos y en especie	23
VII.2	Hogares específicos	24
VII.3	Hogares familiares	27
VII.4	Subsidio familiar	30
VII.5	Apoyos en especie	31
VIII.	Campamentos Recreativos	34
IX.	Programa de Asistencia Jurídica Familiar	36
X.	Programas de Infancia	37
X.1	Programa de Atención de la Salud del Niño	37
X.2	Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales	46
X.3	Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes	53

X.4	Programa para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal	61
X.5	Programa de Atención a Menores Fronterizos	67
XI.	Indicadores de Resultados	76
XII.	Diagnóstico de muestra de Unidades Operativas	79
XIII.	Calidad y Calidez	87
XIII.1	Evaluación de la calidad y calidez de los servicios que ofrece el DIF	87
XIII.2	Acciones del DIF dirigidas al mejoramiento de la calidad	95
XIV.	Conclusiones y Recomendaciones	106
	Bibliografía	108
	Apéndice A.	109
	Apéndice A.2	111

Presentación

En cumplimiento al Artículo 54 del Decreto del Presupuesto de Egresos de la Federación 2003, a continuación se presenta el trabajo de evaluación de resultados del Programa de Atención a Personas en Desamparo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, para su presentación a la Comisión de Presupuesto y Cuenta Pública de la Cámara de Diputados, misma que abarca el período de enero a diciembre del 2003. Esta evaluación se basa en las Reglas de Operación que para dicho Programa fueron publicadas en el Diario Oficial de la Federación con fecha 15 de marzo del 2002.

La importancia de evaluar el Programa de Atención a Personas en Desamparo, es la de contar con más elementos para tomar decisiones sobre el desarrollo del Programa, que conlleven a mejorar y cumplir con el objetivo de elevar el bienestar de la población a la cual está dirigido.

I. Introducción

En este documento se presentan los resultados de la evaluación del Programa de Atención en Desamparo, que lleva a cabo el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Este Programa tiene varios componentes entre los que se encuentran la atención integral de población en situación de desamparo, el apoyo a personas en una situación de crisis, el fomento de actividades de recreación y la prevención de riesgos en la infancia y la adolescencia.

El Programa de Atención en Desamparo se sitúa dentro del marco del Programa Nacional de Salud. Tiene como objetivo el fortalecer la integración y el desarrollo de familias y personas en situación de vulnerabilidad social. Los mecanismos que se emplean para cumplir con estos objetivos incluyen transferencias monetarias a personas o familias, la atención integral de personas en desamparo, en especial menores y adultos mayores, la atención de la recreación de población en desamparo y acciones que lleven a la prevención de riesgos en la infancia y la adolescencia.

Para evaluar el Programa se analizó información del presupuesto que a él se destina, datos sobre la cobertura de cada uno de sus componentes y la forma en que se focalizan los recursos destinados. Además otro factor que se buscó evaluar fue la Calidad y Calidez de los servicios que se ofrecen en el Programa, primero a través de un diagnóstico de una muestra de Unidades Operativas y posteriormente con la información de cuatro encuestas de calidad, dirigidas a los Centros Asistenciales, a las Instituciones de Asistencia Privada, a los Campamentos Recreativos y finalmente a los Programas de Infancia. Los resultados del análisis del conjunto de información se presentan para cada uno de los componentes del Programa.

A continuación se describe al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en cuanto a su función dentro de la asistencia y social y las atribuciones que tiene, así como las acciones que lleva a cabo. En el siguiente capítulo se describe lo que se considera como población en desamparo y a continuación se analizan cada uno de los componentes del Programa.

II. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) es un Organismo que forma parte del Sistema Nacional de Asistencia Social (SNAS), que es el conjunto de instituciones públicas, sociales y privadas, encargadas del desarrollo de la familia, de la protección de la infancia y de la prestación de servicios de asistencia social. El DIF coordina y promueve los trabajos del SNAS y complementa las acciones encaminadas a proteger el capital social y humano de México.

El Sistema Nacional DIF es una de las estructuras de gobierno más federalizadas. Cuenta con 32 Sistemas Estatales, autónomos que dependen de los Ejecutivos Estatales y más de 1,459 Sistemas municipales, que dependen de las presidencias municipales. De esta forma, el DIF Nacional es un Organismo rector y normativo de las acciones de los DIF Estatales y es en los municipios donde se ejecutan las acciones de atención a la población vulnerable.

Las atribuciones del DIF de acuerdo al artículo 2o. del Estatuto Orgánico de 1999, son principalmente las de promover y prestar servicios de asistencia social, así como apoyar el desarrollo de la familia y de la comunidad. Esto comprende realizar acciones de apoyo educativo para la integración social capacitación para el trabajo con los sujetos de la asistencia social y promover e impulsar el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez. También se encuentra el fomento y apoyo a las asociaciones y sociedades civiles, así como a todo tipo de entidades privadas cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social. Todo esto con el propósito de encaminar las acciones hacia el mejoramiento del bienestar de las personas y de las familias, que se encuentran en desamparo.

II.1 Antecedentes del DIF

El DIF nació en enero de 1977, cuando el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) y el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN) se fusionan. En 1961, se funda el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI) siendo este el antecedente del IMPI. Este instituto nació para prestar cierto tipo de servicios asistenciales entre los que se encontraba el Programa de desayunos escolares. Es en 1975 cuando se convierte en IMPI, con un objetivo más ambicioso que su antecesor, el de ser una instancia de promoción de la familia y la comunidad. El IMAN, por su parte, surgió en 1968 con el fin primordial de contribuir a resolver los problemas originados por el abandono y la explotación de los menores. Con la fusión del IMPI y del IMAN tuvo el propósito de reunir en un sólo Organismo la responsabilidad de coordinar los Programas gubernamentales de asistencia social y en general las medidas a favor del bienestar de las familias mexicanas.

El Sistema Nacional DIF concibe a la asistencia social como el conjunto de acciones dirigidas a propiciar la integración social y el sano desarrollo de la población que se encuentra en una condición de vulnerabilidad social. El DIF contribuye a fortalecer la capacidad de esta población para satisfacer sus necesidades y ejercer sus derechos. Busca en todo momento coadyuvar a la integración de cada individuo a su familia y a la sociedad.

Conforme al Programa de Atención en Desamparo, el DIF Nacional desarrolla acciones y presta un conjunto de servicios asistenciales integrales, consistentes en albergue, alimentación, vestuario, esparcimiento y recreación, educación, atención médica, actividades culturales, asistencia jurídica, enlace laboral, ayudas económicas y en especie en favor de menores abandonados, huérfanos, niños maltratados física y psicológicamente, adultos mayores abandonados, indigentes,

mujeres y todo tipo de personas sujetas a maltrato; todos ellos de bajos recursos económicos, dentro del perfil que los hace sujetos de asistencia social.

El Sistema DIF está integrado por un Organismo central, el DIF Nacional, que de acuerdo a la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social debe coordinar las actividades en la materia, así como por 32 Sistemas Estatales DIF y los Sistemas municipales DIF que existen en alrededor de 1,500 de los 2,414 municipios mexicanos. El DIF Nacional es un Organismo público, descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propios, creado por Decreto el 13 de enero de 1977 y que, de acuerdo al artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social de 1986, es el promotor de la asistencia social y de la interrelación sistemática de sus acciones por lo que es el rector del campo de la asistencia social y coordinador del Sistema compuesto por los órganos Estatales y municipales.

Tal y como lo define el artículo 4° de la misma Ley, el DIF es el responsable de la Atención de Menores en situación de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos de maltrato, de menores infractores, de alcohólicos, de fármaco dependientes y de individuos en condición de vagancia, de mujeres en período de gestación o lactancia, de ancianos en desamparo, incapacidad y marginación, de los inválidos con problemas de diferentes órganos o Sistemas, de indigentes, de personas que por su ignorancia requieran servicios asistenciales, de las víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono, de los familiares que han sido abandonados y dependan económicamente de aquellos que se encuentran detenidos por causas penales, de los habitantes del medio rural o urbano que estén marginados y de las personas afectadas por desastres

II.2 Organización del DIF

El DIF cuenta con dos órganos superiores de gobierno, el Patronato y la Honorable Junta de Gobierno. El primero esta formado por 11 miembros designados y removidos libremente por el Presidente de la República. El titular de la Secretaría de Salud y la Directora General del Organismo, representan a la Junta de Gobierno del Organismo ante el Patronato. Este órgano tiene facultades para opinar y recomendar acerca de los planes de trabajo del Organismo, apoyar sus actividades y formular sugerencias, y contribuir a la obtención de recursos para incrementar el patrimonio del Organismo.

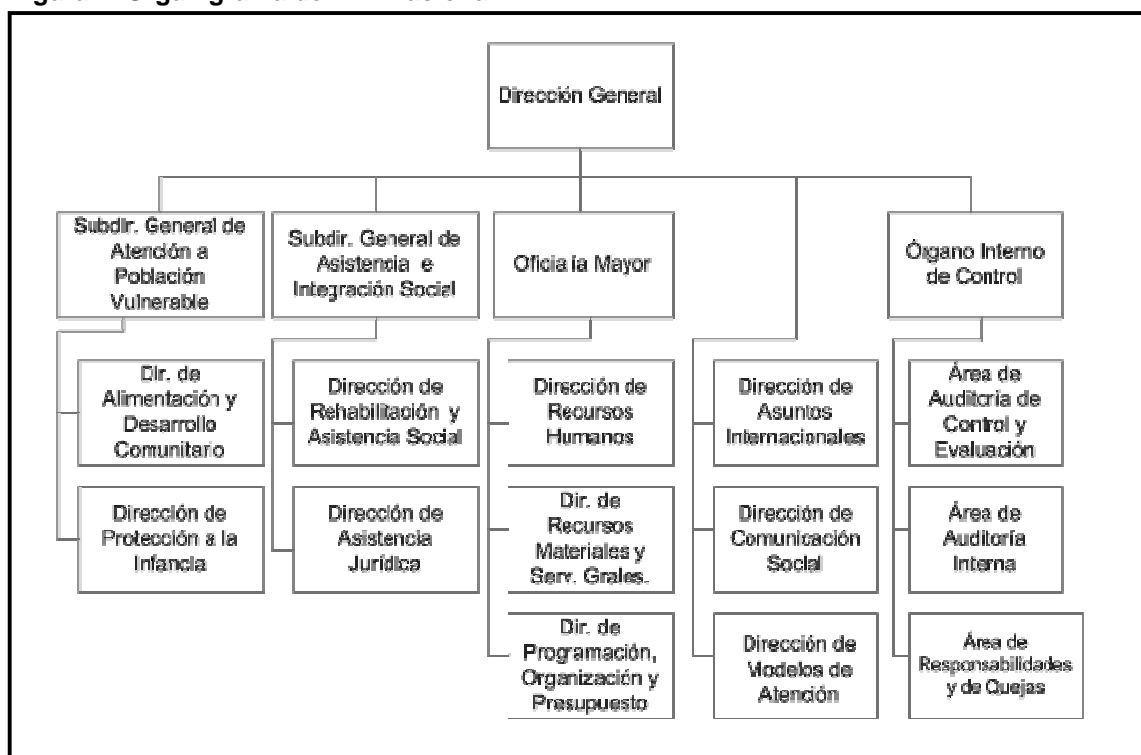
En lo que se refiere a la Honorable Junta de Gobierno, esta conformada por funcionarios públicos del más alto nivel, los titulares de las Secretarías de Salud (que preside esta instancia de gobierno), Gobernación, Hacienda y Crédito Público, Educación Pública, Trabajo y Previsión Social y de la Procuraduría General de la República y los Directores Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores al Servicio del Estado, de la Lotería Nacional, de Pronósticos Deportivos, así como de la Compañía Nacional de Subsistencias Populares y el Director General del propio Organismo. Esta instancia es la que representa al Organismo legalmente,

autoriza sus planes de trabajo, sus presupuestos, los informes de labores, los estados financieros y aprueba los reglamentos internos, designa a los Subdirectores Generales, Directores y al Oficial Mayor y aprueba la aceptación de herencias, legados y donaciones, así como proyectos de inversión, convenios de coordinación y la integración de comités y grupos de trabajo internos del Organismo y Programas de mediano plazo.

El Presidente de la República designa y remueve libremente al Director General del Organismo, quien por Ley está facultado para ejecutar los acuerdos y disposiciones de la Junta de Gobierno, presentar los informes y estados financieros, los presupuestos, expide los nombramientos del personal, celebra contratos, convenios y actos jurídicos donde representa legalmente al Organismo y planea, dirige y controla su funcionamiento.

En la figura 1 se muestra el organigrama del DIF Nacional, cuenta con dos Subdirecciones Generales, una de Atención a Población Vulnerable y la otra de Asistencia e Integración Social. Dentro de las dos se da atención directa a personas en desamparo, y se desempeña la rectoría y normatividad de la atención hacia la población que se encuentra en situación vulnerable.

Figura 1. Organigrama del DIF Nacional



III. Población en desamparo

El DIF proporciona un conjunto de servicios asistenciales para atender a población en condición de pobreza que además se encuentra en situación de riesgo por su condición de abandono o en una situación crítica de violencia intrafamiliar; población que se considera en situación de desamparo. Esta se compone de menores en situación de orfandad, menores abandonados, menores maltratados, adultos mayores abandonados, indigentes, mujeres maltratadas y todo tipo de personas con maltrato.

A la población en desamparo se le considera como población vulnerable, que se entiende como una condición social de riesgo, de dificultad, de inhabilitación o invalidez inmediata o en el futuro, afectada en su capacidad de subsistencia y calidad de vida. Se da un vínculo con la condición de pobreza de las personas ya que por su menor disponibilidad de recursos materiales y de capital humano, quedan expuestos a sufrir alteraciones bruscas y significativas en sus niveles de vida, ante cambios en la situación laboral de sus miembros laboralmente activos. Es entre la población en condición de pobreza donde se tiene mayor riesgo de sufrir violencia intrafamiliar, que lleva, por ejemplo, a consecuencias como el maltrato infantil, entre otras.

Para cuantificar a la población en desamparo se pueden revisar los datos sobre pobreza del país. Para el año 2002 se estimaba que la población que se encontraba en el umbral de desarrollo alcanza el 51.7 por ciento de la población total del país, aquella que se situaba en el umbral de desarrollo de capacidades era el 26.5 por ciento de la población y la que se encontraba en pobreza alimentaria era del 20.3 por ciento¹. En números absolutos la que se encuentra en pobreza alimentaria es de alrededor de dos millones de personas.

Cuadro 3.1 Evolución de la Pobreza, 2000-2002

Umbral de clasificación	Población	(%) del total	
		2000	2002
Pobreza Alimentaria	Hogares	18.6	15.8
	Personas	24.2	20.3
Desarrollo de Capacidades	Hogares	25.3	21.1
	Personas	31.9	26.5
Desarrollo de Patrimonio	Hogares	45.9	44.1
	Personas	53.7	51.7

Fuente: Cálculos de la Secretaría de Desarrollo Social con base en la metodología oficial de medición de la pobreza aplicada a la ENIGH 2000 y a la ENIGH 2002 del INEGI

¹ La Secretaría de Desarrollo Social, conformó el Comité Técnico para Medición de la pobreza en México en el 2001, donde se estimaron los niveles de pobreza del país utilizando la información de las Encuestas de Ingresos y Gastos de los Hogares del INEGI. Como pobreza alimentaria se considera a los hogares que cuentan con un ingreso entre 15.4 y 20.9 pesos diarios del 2000 por persona en áreas rurales y urbanas, respectivamente.

La población que se encuentra en pobreza alimentaria es la más vulnerable; se trata de hogares sin recursos para afrontar una situación de crisis, una de las funciones de la asistencia social es el resguardar a este grupo de población con medidas para mejorar o proteger su capital humano como uno de los medios para impulsar su salida de la pobreza o evitar su incremento.

IV. Metodología de Evaluación

Para la evaluación del DIF Nacional en lo que se refiere a las acciones que lleva a cabo para la atención de población vulnerable, se consideraron tres aspectos. El primero tiene que ver con la operación del Programa y sus resultados en cuanto al otorgamiento de productos y servicios, el segundo y tercero tienen que ver con los procesos y estructura con base a las percepciones de responsables de Unidades Operativas y Programas de Atención en los estados. Lo anterior como una vía de obtención de información sobre los principales determinantes de la calidad y la calidez en el otorgamiento de servicios del DIF.

En lo respecta a la Operación del Programa, se busca establecer el comportamiento entre el 2002 y 2003 en puntos como el presupuesto que se dedicó al Programa en este periodo, a través de la comparación del número de personas atendidas en cada uno de los componentes del Programa, mismo que son los Centros Asistenciales, apoyos económicos y en especie, Campamentos Recreativos, orientación jurídica y social. También se recolectó información sobre cinco Programas de Infancia: Atención de la Salud del Niño, Prevención de Riesgos Psicosociales, Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal y Atención a Menores Fronterizos. La información con la que se contó para la realización de este trabajo fue sobre la población atendida en cada centro asistencial, el número de apoyos económicos y en especie que se han otorgado entre ambos años, la población atendida en los Campamentos Recreativos y la cobertura de los Programas de Infancia. Los resultados del análisis de estos datos se encuentran dentro del capítulo destinado a cada uno de los componentes del Programa de Atención en Desamparo.

Al evaluar la operación de los Programas, un punto importante es el que se refiere a la focalización de cada uno de ellos. Ya que es la forma en que se garantiza que los recursos destinados a la atención de esta población en realidad les llegue e impacten positivamente en su bienestar. Así la focalización pretende concentrar los recursos disponibles en la población que se identifique en desamparo. Para cada uno de los componentes del Programa de Atención en Desamparo, se buscó identificar el proceso de focalización que llevan a cabo, así como su efectividad. En los apartados de este trabajo que se dedican a cada componente del Programa se describe y analiza la focalización, es decir, como seleccionan a sus beneficiarios.

Se realizó un diagnóstico de 2 Centros Asistenciales del DIF Nacional utilizando como metodología el Sistema de Marco Lógico, como vía de trabajo colaborativo con sus principales responsables para obtener información sobre sus problemáticas esenciales y encontrar posibles soluciones basadas en elementos de estructura y procesos, a fin de delinear matrices de marco lógico para su discusión como muestras de Programas de intervención de incremento en Calidad y Calidez en el otorgamiento de servicios y para contar con una vía de complemento informativo al enfoque de análisis de resultados de los Programas.

Otro punto importante del presente trabajo es el análisis de la Calidad y Calidez de cada una de las partes que integran el Programa de Atención en Desamparo. Con el propósito de obtener información sobre Calidad y Calidez se levantaron tres encuestas, una dirigida a los responsables de los Centros Asistenciales y Campamentos Recreativos. La segunda dirigida a las trabajadoras sociales que se encargan de la supervisión de las Instituciones de Asistencia Privada que atienden a la población beneficiaria del Programa Hogares específicos. Por último, para los Programas de Infancia se encuestó a los responsables en los DIF Estatales de cada uno de los cinco Programas. Se obtuvo información para los Centros Asistenciales, para los Campamentos Recreativos y las Instituciones de Asistencia Privada sobre tres factores que inciden directamente en la calidad; recursos humanos, recursos materiales y recursos financieros. Sobre la calidez del servicio que otorgan se trataron puntos como el trato digno a los beneficiarios, confidencialidad, privacidad y accesibilidad.

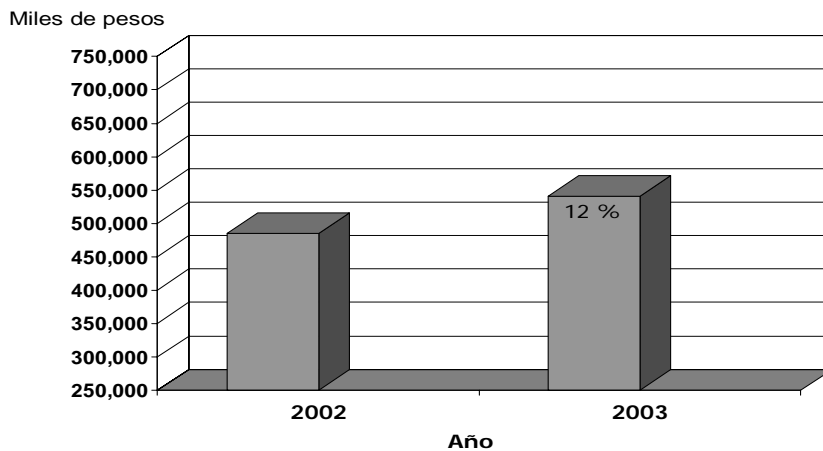
La información que se obtuvo para los Programas de Infancia comprende lo referente a como perciben la atención que el DIF Nacional les brinda como instancia normativa, aspectos de promoción, capacitación, evaluación y recursos financieros para su operación. La descripción y análisis de la información recolectada con estas encuestas se presenta en el capítulo XIV de este documento.

También se muestran acciones encaminadas al mejoramiento de la Calidad y Calidez., observando su propósito y avance.

V. Análisis de los recursos dedicados al Programa de Atención en Desamparo

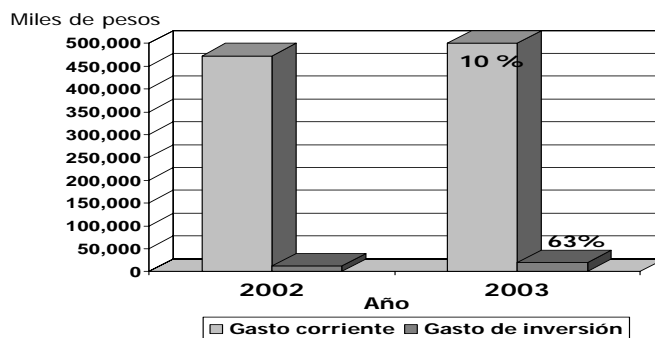
El presupuesto destinado al Programa de Atención en Desamparo mostró para 2003 un incremento en términos reales del 12.0 por ciento tomando en cuenta la inflación del período, pasando de \$484,468,9 miles de pesos en el 2002 a \$540,472.4 miles de pesos en el 2003.

Gráfica 5.1 Presupuesto destinado al Programa de Desamparo



El gasto corriente aumentó en un 10 por ciento en términos reales, mientras que el gasto en inversión lo hizo en un 63 por ciento.

Gráfica 5.2 Presupuesto destinado al Programa de Desamparo, según objeto del gasto



Gastos de Operación

Los gastos de Operación están clasificados principalmente en cuatro grandes rubros: Servicios Personales, Materiales y Suministros, Servicios Generales y Transferencias.

Servicios Personales

agrupa las remuneraciones al personal que presta sus servicios en la dependencia, incluye las prestaciones económicas, repercusiones por concepto de seguridad social y de seguros de vida, contribuciones y demás asignaciones derivadas de compromisos laborales, así como provisiones para cubrir las medidas de incremento en percepciones, prestaciones económicas, creación de plazas, en su caso y demás medidas salariales y económicas aprobadas en el Presupuesto de Egresos.

Materiales y Suministros

Considera todos aquellos gastos en elementos de aseo y limpieza, útiles de oficina y todos los materiales complementarios para el mantenimiento de las instalaciones y combustibles requeridos.

Servicios Generales

desembolsos ocurridos por concepto de servicios de agua, luz, servicio postal y telefónico principalmente, lo mismo que por los arrendamientos necesarios para el funcionamiento de las oficinas que apoyan la gestión del Programa. También está previsto el pago de algunos servicios externos en informática, estudios e investigaciones en beneficio del Programa.

Transferencias

Agrupar las asignaciones que se destinan mediante el otorgamiento de subsidios a fideicomisos privados y Estatales, y entidades federativas. Asignaciones de recursos por concepto de transferencias que reciben las entidades y órganos administrativos desconcentrados como ingresos destinados a cubrir parcial o totalmente otros Programas y actividades en sus presupuestos. En el caso del DIF se refiere a recursos que dentro de gasto corriente se deriva a 10 Centros de rehabilitación en el interior del país.

La estructura de los gastos de Operación indica que los servicios personales constituyen al mes de diciembre del 2003 el 69 por ciento del gasto (gasto corriente mas gasto en inversión) donde la Oficialía Mayor que incluye a Recursos Humanos, Programación Organización y Presupuesto, Recursos

Materiales y Servicios Generales representa el 77.5 por ciento; y el área normativa que corresponde a la Dirección General, Comunicación Social, Asuntos Internacionales y Modelos de Atención representa el 22.5 por ciento .

VI. Centros Asistenciales

El DIF proporciona un conjunto de servicios asistenciales para atender a población en condición de pobreza que además se encuentra en situación de abandono o en una situación crítica de violencia intrafamiliar. La población que atiende el DIF se compone de menores en situación de orfandad, menores abandonados, menores maltratados, adultos mayores abandonados, indigentes, mujeres maltratadas y todo tipo de personas sujetas de maltrato. Se les proporciona albergue, alimentación, vestido, educación, atención médica, asistencia jurídica, enlace laboral, actividades culturales y ayudas monetarias y en especie.

En los Centros Asistenciales se brinda atención a población vulnerable o en situación de riesgo por su condición de abandono o desprotección. El DIF busca cubrir para esta población sus necesidades básicas diarias, como albergue, alimentación y vestido. Además se les brinda atención médica, educación y asistencia jurídica. Estos Centros Asistenciales atienden a tres grupos de población, de 0 a 6 años en las Casas Cuna, de 6 a 18 años en las Casas Hogar para Menores y de 60 años en adelante en las Casas Hogar para Ancianos. En el cuadro 6.1 se listan los 8 Centros Asistenciales de acuerdo al grupo de edad que atienden.

Es importante mencionar que a estos Centros se les identifica como Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación, ya que uno de los objetivos que persigue el DIF es establecer la metodología para la atención de esta población. Para lo cual es necesario, por una parte, realizar investigación que lleve a mejorar la atención que se brinda a las personas que por diferentes circunstancias se encuentran en instituciones de asistencia, públicas o privadas. Uno de los productos de la investigación se refiere a la formación de recursos humanos para la Atención de Menores y adultos mayores institucionalizados

Los servicios que se otorgan a la población que se encuentra en los Centros Asistenciales son los que marcan las Normas Oficiales Mexicanas vigentes para la Prestación de Servicios de Asistencia Social a Menores y Adultos Mayores². Estos servicios consisten en: albergue, trabajo social, servicios de salud, alimentación, vestido, educación, psicología, desarrollo humano, capacitación, empleo y asistencia jurídica.

² La Norma Oficial es la NOM-167-SS-A1-1997, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 17 de noviembre de 1999.

Cuadro 6.1. Centros Asistenciales

Centro Asistencial	Grupo de población	Ubicación
Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación, "Casa cuna Coyoacan"	Niños y niñas de 0 a 6 años	Distrito Federal
Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación, "Casa cuna Tlalpan"	Niños y niñas de 0 a 6 años	Distrito Federal
Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación, "Casa hogar para niñas "Graciela Zubirán Villareal""	Niñas de 7 a 18 años	Distrito Federal
Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación, "Casa hogar para varones"	Niños de 7 a 18 años	Distrito Federal
Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación gerontológico "Arturo Mundet"	Personas de 60 años y más	Distrito Federal
Centro nacional modelo de atención, investigación y capacitación gerontológico "Vicente García Torres"	Personas de 60 años y más	Distrito Federal
Casa hogar para ancianos "Olga Tamayo"	Personas de 60 años y más	Morelos
Casa hogar para ancianos "Los Tamayo"	Personas de 60 años y más	Oaxaca

En cuanto al albergue comprenden los espacios físicos y recursos materiales para el alojamiento digno de los beneficiarios los 365 días del año. Otra parte importante, es el servicio de trabajo social, que se encarga de buscar las alternativas de solución a los problemas y mantener a la persona integrada a la sociedad. Dentro de la atención integral de las personas que se encuentran en los Centros Asistenciales, esta la atención a la salud, tanto preventiva, como curativa. La atención estomatológica preventiva y curativa. En cuanto a la alimentación, se busca ofrecer una dieta equilibrada y de calidad a su población.

En lo que se refiere a la educación, los menores en edad escolar que se encuentran en los Centros Asistenciales asisten a escuelas públicas para recibir una educación formal. Aunque es importante destacar que dentro de los Centros se cuenta con talleres para complementar la formación de los menores, buscando la capacitación para un oficio. Además de la instrucción que se les da sobre creación de hábitos y educación sobre valores necesarios para el desarrollo de los menores.

Un aspecto importante es el cuidado y el apoyo psicológico que se brinda tanto a los menores y como a los adultos mayores, desde su evaluación y el diagnóstico oportuno de problemas, con el fin de ayudarlos a su superación. En especial, el ingreso de los adultos mayores a la institucionalización repercute en el adulto mayor de manera negativa, su estado emocional se encuentra afectado ya sea por el rechazo familiar o por la disminución de sus capacidades físicas y/o mentales. Lo anterior se realiza a través de terapias individuales y grupales, con participación del equipo especializado y coordinación por el grupo de psicólogos, quienes modificarán el manejo de acuerdo a los resultados obtenidos, lo mismo se aplica a los menores.

La atención jurídica que se otorga a la población de los Centros Asistenciales, comprende regularización de la situación de los menores en el establecimiento de su situación de orfandad, de su tutoría legal o preparación de adopción. Para los adultos mayores se otorga asistencia jurídica para el reclamo de pensiones y liquidaciones en el ámbito laboral.

Es importante, mencionar que algunos de los menores que se encuentran en los Centros Asistenciales lo hacen en forma temporal, cuando su familia no tiene los medios económicos para sostenerlos, el DIF se hace cargo del menor hasta que la situación de la familia se establezca. Otros menores que se encuentran en los Centros Asistenciales están en situación de orfandad, a algunos de ellos se les separa de sus padres por el maltrato de que son objeto o por la situación de violencia familiar en que viven.

En lo que se refiere a los adultos mayores en los Centros Asistenciales se les atiende de dos formas, con un Programa de día y con el ingreso total al centro. A continuación se describe la información estadística sobre la atención que se les brinda a los menores y a los adultos mayores.

VI.1 Centros Asistenciales para la Atención de Menores

Los Centros Asistenciales para menores comprenden las Casas Cuna, la Casa Hogar para Varones y la Casa Hogar para Niñas. Los menores llegan a las Casas Hogar por los siguientes motivos: exposición voluntaria, maltrato, extravío, abandono, abuso, orfandad, rechazo y desintegración familiar, entre otros. Algunos de los menores se canalizan al DIF para su atención, desde otras instituciones.

Al ingresar estos menores a las Casas Hogar, se busca además de cubrir sus necesidades básicas, ofrecer atención integral física y mental, para lo cual un

equipo de médicos, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros, trabajan para mejorar la calidad de vida del menor.

El DIF cuenta también con un Programa de protección temporal para menores en las Casas Hogar. Para ser atendidos, los familiares deben solicitar su admisión. La estancia del menor en la Casa Hogar puede ser de 3 meses a un año de acuerdo a la evaluación social, médica y psicológica del menor.

Cuando el menor se canaliza de otra institución al DIF a menudo se debe a que son víctimas de maltrato infantil en su núcleo familiar, por lo que las autoridades correspondientes retiran al menor de su hogar. El maltrato infantil es la denominación que reciben las agresiones que los adultos descargan sobre los menores, produciéndoles daños físicos y emocionales, afectando su desarrollo intelectual, educación y su adecuada integración a la sociedad. Generalmente son los familiares cercanos quienes de manera intencional los lesionan, con el pretexto de corregir su conducta por desobediencia o no cumplimiento de las tareas encomendadas. Por otra parte, también la violencia intrafamiliar causa al menor un daño emocional que se debe considerar dentro de la definición de maltrato infantil. Así como también se deben incluir el abandono o la negligencia en su cuidado (UNICEF, 1999). El maltrato infantil puede tener varios efectos negativos sobre el desarrollo físico e intelectual del menor, como retraso en su crecimiento, problemas de aprendizaje y mala integración social. La problemática que presentan estos menores requiere una atención especializada y de calidad que los lleve a superarla, que impacte también de forma favorable en su vida adulta.

En el cuadro 6.2 se muestra la población atendida en el año 2002 y 2003, para los dos grupos de edad, de 0 a 6 años y de 7 a 18 años. La población de 0 a 6 años en los Centros se ha mantenido en el mismo nivel entre el 2002 y 2003, al pasar de 135 menores a 139 en el 2003, esto es un incremento del 3 por ciento. Por otro lado el grupo de menores de 7 a 18 años muestra una ligera caída de 5.6 por ciento, al pasar de 357 menores institucionalizados, a 337 para el 2003. En general los menores atendidos en las Casas Hogar disminuyeron ligeramente entre 2002 y 2003, pasando de ser 492 menores atendidos en 2002 a 476 menores en 2003, lo que representa un decremento del 3 por ciento.

Cuadro 6.2 Población atendida en Casas Hogar para menores según grupo de edad, 2002 y 2003

	2002	2003	Tasa de crecimiento 5
0 a 6 años	135	139	3.0
7 a 18 años	357	337	-5.6
Total	492	476	-3.3

Dentro de los Centros Asistenciales se ofrecen dos tipos de atención, la de salud de los menores y la de vida diaria. En el cuadro 6.3 se presenta información estadística que cuantifica estas atenciones que reciben los menores. En lo que se refiere a la atención de la salud de los menores, ellos reciben consultas médicas, odontológicas y psicológicas. En el año 2002 se ofrecieron un total de 34, 317 consultas medicas y en 2003 de 33,201, lo que representa un ligero decremento que está en relación al decremento que se presenta en el 2003 de menores atendidos. Lo mismo ocurre en cuanto a las consultas, odontológicas y psicológicas. Sin embargo, llama la atención que las inmunizaciones se incrementaron en forma significativa, pasando de 670 a 923, de 2002 a 2003, esto es un 27 por ciento de incremento. Otro rubro en el que se dio un incremento significativo es en las terapias de lenguaje del 14 por ciento, pasando de 3,675 en 2002 a 4,266 en el 2002.

La Atención Diaria comprende la alimentación, los cuidados diarios a los menores en especial a los pequeños, como son higiene, recreación y supervisión de las actividades. Atención de puericultura se refiere a los cuidados que requieren los menores en las casas cuna. Las actividades de la vida diaria son actividades de supervisión y enseñanza de hábitos de higiene personal. Lo que comprende la educación valoral es la enseñanza de valores como la honestidad, respeto, responsabilidad entre otros. Dentro del rubro de pedagogía se registran las actividades de revisión de tareas escolares y recreación de los menores. Los eventos cívicos se refieren a ceremonias como el Día de la Bandera, el Día de la Independencia entre otros. Estas acciones en general disminuyeron para el 2003, a excepción de la Educación Valoral que se ha visto reforzada en el último año, con un incremento del 11 por ciento.

Cuadro 6.3 Atención en las Casas Hogar para menores, 2002 y 2003

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Atención de la salud			
Consulta médica	34,317	33,201	-3.4
Consulta odontológica	4,881	4,722	-3.4
Consulta psicológica	40,166	38,860	-3.4
Atención de enfermería	1,143,572	1,106,383	-3.4
Inmunizaciones	670	923	27.4
Terapia de rehabilitación	4,051	3,919	-3.4
Terapia ocupacional	6,088	5,890	-3.4
Terapia de lenguaje	3,675	4,266	13.9
Atención diaria			
Alimentación	650,063	628,923	-3.4
Atención de puericultura	151,910	146,970	-3.4
Actividades de la vida diaria	16,015	13,939	-14.9
Educación valoral	72	81	11.1
Pedagogía	128,428	115,353	-11.3
Eventos cívicos	283	274	-3.4
Otras actividades			
Programa de orientación familiar	47	45	-4.4
Lazos fraternos	48	44	-9.1
Atención Social	42,644	41,257	-3.4

En los Centros Asistenciales se ofrece el Programa de orientación familiar que se ofrece a las personas que desean adoptar a un menor o bien a las madres o padres de los menores que se encuentran dentro del Centro en forma temporal. El Programa de Lazos fraternos tiene como objetivo estrechar los vínculos entre los hermanos que se encuentran en los distintos Centros, principalmente a través de reuniones frecuentes. La atención social se refiere a las actividades de las trabajadoras sociales, dar seguimiento a los menores en las Casas Hogar, en cuanto a su situación jurídica, la relación con sus familiares, entre otras actividades.

VI.2 Centros Asistenciales para la Atención de Adultos Mayores

El DIF ha buscado además de atender las necesidades básicas de los adultos mayores en las 4 Casas Hogar para ancianos, mejorar su calidad de vida. Esto lo hace a través de una atención interdisciplinaria que comprende médicos, psicólogos y trabajadores sociales, entre otros.

Es frecuente que al proceso de envejecimiento se asocien uno o varios procesos patológicos, aumentando así la necesidad de atención de la salud, la atención es proporcionada por el médico, el odontólogo, la enfermera y el terapeuta físico. Este personal en forma conjunta elabora un diagnóstico y el plan de manejo individualizado para cada adulto mayor de acuerdo a sus propias necesidades, el cual incluye acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, además del control adecuado de las patologías crónico-degenerativas y de los estados agudos, propiciando así las condiciones para obtener una mejor calidad de vida.

El adulto mayor que llega a vivir a los Casas Hogar presenta una problemática específica, soledad al final de su vida. Por lo cual es importante, buscarles un vínculo con la sociedad o bien fortalecer el que puedan tener. La tarea del trabajador social es establecer vías de comunicación con los involucrados en la solución de los problemas del adulto mayor, ya sea otras instancias de la institución o bien otras instituciones.

Es importante mencionar que las Casas Hogar cuentan también con Programas de extensión a la comunidad que tienen como finalidad evitar o retrasar la institucionalización del adulto mayor, creando mayor conciencia, dentro de su ámbito familiar o social. Estos Programas son: Atención de Día, Asistencia Gerontológica a Domicilio y Escuela para Hijos.

El Programa de Atención de Día tiene como objetivo brindar atención a adultos mayores que viven solos o que cuentan con familia, pero que debido a sus ocupaciones los dejan solos la mayor parte del día. Al asistir a la Casa Hogar, el adulto mayor ocupa su tiempo libre para ampliar sus contactos sociales y desarrollar habilidades, mejorando su autoestima y estilo de vida, permitiéndole permanecer dentro de su núcleo familiar, sin riesgos de institucionalización, además de ser un gran apoyo familiar. El Programa ofrece actividades ocupacionales, recreativas, culturales y sociales. Además se les brinda atención de problemas de salud, conductuales y familiares. Por otra parte también se les da capacitación a los familiares para asistir a los adultos mayores en las actividades. En el cuadro 1.3 se presenta el número de adultos mayores que se tienen albergados y el número de personas en el Programa de día.

La Asistencia Gerontológica a Domicilio se dirige a adultos mayores que por su problemática se ven imposibilitados para acudir a las instituciones a recibir atención médica. El objetivo es llevar la atención hasta el adulto mayor, en busca de mejorar su calidad de vida.

El otro Programa es el de Escuela para Hijos, donde el objetivo es sensibilizar a los integrantes del hogar para que brinden un mejor trato a sus adultos mayores, estén o no dentro de una Casa Hogar. Con esto se busca, por un lado, fomentar el envejecimiento exitoso y, por el otro, prevenir el abandono y el rechazo.

Cuadro 6.4 Adultos mayores beneficiarios de los Centros de Asistencia según modalidad de atención

Tipo de Atención	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Albergados	483	377	-21.9
Programa de día	97	94	-3.1
Total	580	471	-18.8

En el cuadro 6.4 se puede observar el número de adultos mayores que se atienden en los Centros Asistenciales. En el 2002 eran 580 y para el 2003 disminuyeron a 471, esto es una caída del 19 por ciento. En ambos Programas el número de beneficiarios se redujo, sin embargo donde se presentó el descenso más importante es en los adultos mayores albergados, que en el 2002 eran de 483 y para el 2003 eran 377, con decremento del 22 por ciento. Los beneficiarios del Programa de día tan sólo disminuyeron en 3 por ciento, pasaron de 97 a 94 adultos mayores atendidos.

Las acciones que se llevan a cabo dentro de las Casas Hogar para Adultos Mayores durante el 2002 y 2003 se encuentran en el cuadro 6.5. En cuanto a la atención salud, se brindan consultas médicas, odontológicas y psicológicas, además de la atención del personal de enfermería. Además se les ofrece en caso de que lo necesiten terapia de rehabilitación. Dentro del cuidado de la salud mental del adulto mayor se ofrecen terapias ocupacionales. A pesar del descenso de beneficiarios que se presentó en el 2003 (cuadro 6.4) respecto al año anterior, 19 por ciento, las consultas médicas y odontológicas se incrementaron, 8 por ciento y 29 por ciento respectivamente. La atención de enfermería disminuyó en 14 por ciento, las consultas disminuyeron en 8 por ciento y las terapias ocupacionales disminuyeron 24 por ciento. Sin embargo las terapias de rehabilitación tuvieron un ascenso pasando de 39,765 durante el 2002 a 46,065 durante el 2003, siendo esto un incremento de 16 por ciento.

El siguiente rubro que se describe en el cuadro 6.5, es la atención diaria que consiste en las raciones que se les ofrecen diariamente a los adultos mayores (3 comidas diarias) y la atención de gericultura que comprenden la vigilancia y ayuda a los adultos mayores para desempeñar su vida diaria. Ambas acciones disminuyeron para el 2003, en 4 y 10 por ciento respectivamente.

Cuadro 6.5 Atención en las Casas Hogar para adultos mayores, 2002 y 2003

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Atención a la salud			
Consulta médica	28,608	30,806	7.7
Consulta odontológica	3,997	5,168	29.3
Atención de enfermería	1,347,670	1,159,810	-13.9
Consulta psicológica	27,650	25,354	-8.3
Terapia de rehabilitación	39,765	46,065	15.8
Terapia ocupacional	45,791	34,826	-23.9
Atención diaria			
Alimentación	534,899	513,487	-4.0
Atención de Gericultura	133,471	119,975	-10.1
Otras Acciones			
Atención Social	33,998	34,551	1.6
Programa de orientación familiar	99	92	-7.1

Los adultos mayores también reciben otras acciones como es la atención social, es decir, las acciones que llevan a cabo las trabajadoras sociales a favor del bienestar de los beneficiarios. Estas tuvieron un incremento para el 2003, de alrededor del 2 por ciento. Si consideramos que el número de beneficiarios disminuyó, el número de acciones de atención social se incrementó aún más.

El Programa de Orientación Familiar comprende lo que es la Escuela para Hijos y las acciones son el número de sesiones de este Programa. Estas tuvieron un descenso de 7 por ciento en el 2003 con respecto al 2002. Este Programa se ofrece a los familiares de los beneficiarios albergados, como a los del Programa de día. A través de este Programa se busca concientizar a la familia sobre las necesidades afectivas y físicas de los adultos mayores, así como el cuidado que se le debe dar.

A través de las acciones que se toman a favor de los beneficiarios de las Casas Hogar para Adultos Mayores se busca incrementar la calidad de vida, en cuanto a mejora de salud, tanto física como mental.

VII. Apoyos económicos y apoyos en especie

El DIF como parte de sus Programas para la Atención de Población en Desamparo otorga apoyos económicos y en especie. Los apoyos económicos son

transferencias monetarias a personas en tres modalidades denominadas: Hogares específicos, Hogares Familiares y Subsidios Familiares.

En cuanto a los apoyos en especie son muy variados y se entregan por única vez a los beneficiarios, tratando de cubrir la necesidad que se presenta de forma extraordinaria en el hogar o en la persona. Pueden ser sillas de ruedas, andaderas, aparatos de audición, entre otros. A continuación se describe como se identifican a los beneficiarios de estos apoyos. Después se revisa cada uno de los apoyos y como ha sido su desarrollo en el 2002 y 2003.

VII.1 Identificación de los beneficiarios de los apoyos económicos y en especie.

Los recursos que se destinan para la atención de población en desamparo, se tienen que hacer llegar a los miembros más vulnerables de la sociedad. La forma en el DIF focaliza estos recursos es por medio de la identificación de población que se encuentre en situación de vulnerabilidad social, población en condición de pobreza extrema y que además atravesase por una situación crítica, como es una incapacidad para trabajar, una enfermedad o cualquier tipo de discapacidad.

Dado que el enfoque de asistencia social se basa en el fortalecimiento de la familia, se ve a las personas como parte de un núcleo familiar, como parte de un hogar. De esta forma un primer paso para la identificación de beneficiarios de estos apoyos es el establecer si el hogar está en condición de pobreza extrema. Después se valora la situación de crisis y se determina el tipo de apoyo que se le pueda otorgar.

Un hogar se considera en pobreza extrema si su ingreso per cápita es menor o igual a un salario mínimo vigente en el Distrito Federal. Para determinar si es sujeto de estos apoyos se realiza una investigación socioeconómica y una visita domiciliaria. Con lo cual se integra un expediente con la información que respalde el otorgamiento del apoyo, como es la valoración socioeconómica, la solicitud de la ayuda y el dictamen del área correspondiente. Sin embargo se deja gran parte de la selección a criterio del personal del DIF, lo cual puede ser poco objetiva. Un criterio objetivo es que el ingreso per cápita del hogar sea menor al salario mínimo, pero no se establecen otros criterios. Faltaría contar con una cedula de solicitud en la cual se estandaricen las variables a tomar en cuenta en la evaluación socioeconómica. Así mismo falta una cedula de seguimiento con información de variables que pudieran comparar la situación de la persona y de su familia antes y después de la entrega del apoyo.

A continuación se describe cada uno de los tipos de apoyos económicos y en especie, así como también se presentan estadísticas sobre la cobertura que tiene cada uno de ellos.

VII.2 Hogares específicos

En ocasiones, el perfil de la población en desamparo impide integrarlas a las Casas Hogar que tiene el DIF. Son personas con problemas de discapacidad mental o física, el DIF estableció un convenio de colaboración con 17 Instituciones de Asistencia Privada. El Sistema aporta una cuota mensual a la institución por cada persona que difiera para su atención. La cuota varía entre 800 pesos y 2,875 pesos dependiendo del tipo de cuidados que brinde la institución (apéndice A, cuadro A2). El apoyo económico para la persona es la cuota que paga el DIF a la institución por la atención que brinda a la persona, a esta institución se le denomina Hogar Específico.

El proceso para identificar a los beneficiarios de este Programa es el que se ha mencionado anteriormente. Al DIF llega la demanda de atención, el Sistema lo canaliza a la institución más adecuada, donde se le brinda atención integral. Con este tipo de apoyo se beneficia a personas de cualquier edad y sexo, en el Cuadro 3.1, se puede observar que el Sistema tiene convenio con 7 instituciones que brindan atención a menores que tiene problemas de conducta, con deficiencia mental de leve a profunda o problemas neuromusculoesqueleticos. Son 6 las instituciones que se dedican a atender a población adulta mayor que generalmente presentan alguna discapacidad. Por otro lado, existen 4 instituciones que atienden tanto a menores como adultos, tres de ellas atienden a personas con problemas de discapacidad física y/o mental y una atiende a menores y adultos portadores del V.I.H. En el apéndice A. en el cuadro A1 se listan con mayor detalle estas instituciones.

Cuadro 7.1 Instituciones según perfil de atención

Atención	Número	Ubicación
Instituciones para la Atención de Menores	7	6 en Distrito Federal 1 en Edo.de México
Instituciones para la Atención de Adultos Mayores	6	Distrito Federal
Instituciones para personas menores y adultos	4	1 en Distrito Federal 3 en Edo.de México
Total	17	

En el cuadro 7.2 se muestra para el año 2002 y 2003, los beneficiarios de esta modalidad de atención por grupo de edad y sexo. Se considera como menores a

personas de 0 a 17 años, adultos de 18 a 59 años y adultos mayores a personas de 60 años y más. Llama la atención el hecho de que para el grupo de adultos mayores la proporción de mujeres es significativamente mayor que la de los hombres, alrededor de 80 por ciento y 20 por ciento respectivamente, tanto en 2002 como en 2003. Esto puede deberse a la mayor proporción de mujeres que llega a esta edad. Para los otros grupos la proporción se mantiene cercana al 50 por ciento, sin embargo en el 2003 la proporción de mujeres en el grupo de menores alcanza el 57 por ciento.

Por otro lado, en el 2002 el 44 por ciento de la población atendida era de adultos mayor a la proporción de menores y adultos mayores, 32 y 24 por ciento respectivamente. Para el 2003 cambia la situación, ya que el grupo donde se concentran el mayor número de beneficiarios es el de menores con 47 por ciento, mientras que el de adultos paso a 27 por ciento y el de adultos mayores se incrementó ligeramente.

Cuadro 7.2 Beneficiarios de Hogares Específicos, según grupo de edad y sexo

Año	Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total		
			%		%	%	%	
2002	Menores	499	50.9	481	49.1	980	100	32.4
	Adultos	722	54.6	600	45.4	1,322	100	43.7
	Adultos mayores	120	16.6	602	83.4	722	100	23.9
	Total	842	27.8	1,202	39.7	3,024	100	100.0
2003	Menores	845	57.8	618	42.2	1,463	100	46.8
	Adultos	415	48.4	443	51.6	858	100	27.5
	Adultos mayores	162	20.2	640	79.8	802	100	25.7
	Total	577	18.5	1083	34.7	3,123	100	100.0

En el grupo de adultos se registró un decremento de 35 por ciento en 2003 con respecto al 2002, como se muestra en el Cuadro 7.3. El grupo de menores registró un incremento de 49 por ciento, pasó de 980 beneficiarios a 1,463 en el año 2003. Mientras que los de adultos mayores eran 722 en el 2002 ascendieron a 802 para el 2003, esto es un incremento de 11 por ciento para este periodo. Sin embargo, la tasa de crecimiento total fue de tan sólo 3 por ciento, donde el total de beneficiarios pasó de 3,024 en el 2002 a 3,123 en el 2003. Esto se debe a que el presupuesto no se ha incrementado, aún cuando la demanda de estos servicios asistenciales sí. Se da una reasignación de los espacios que quedan libres por diferentes motivos, como puede ser la defunción de un beneficiario, o que la persona no entra dentro del perfil de atención de la institución o bien en el caso de los menores que pueden reintegrarse a su núcleo familiar. Otro factor que hay que considerar es el hecho de que la capacidad de atención a usuarios en estas

instituciones es limitada, por lo que en ocasiones no pueden ingresar usuarios que el DIF canaliza.

Cuadro 7.3 Tasa de crecimiento de los beneficiarios de Hogares Específicos

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Menores	980	1,463	49.3
Adultos	1,322	858	-35.1
Adultos Mayores	722	802	11.1
Total	3,024	3,123	3.3

El total de cuotas que el DIF pagó en 2003 se incrementó respecto al 2002 debido al incremento de beneficiarios observándose la recomposición de sus edades. En el 2002 ascendieron a 5'660,040 pesos y en 2003 fueron de 6'225,635 pesos, lo que corresponde a un incremento de cerca del 9 por ciento. Hay que considerar que una vez que las personas logran entrar a estas instituciones, su estancia será larga, por un tiempo indefinido.

No se cuenta con estadísticas de la demanda no atendida en cuanto a este tipo de población con necesidades específicas. Sería importante poder cuantificar como se modifica esta demanda en el tiempo, a través de la formación de una base de datos con variables de edad, sexo, problemática, de que tipo de hogar proviene, su estructura familiar y sus características económicas entre otras variables para poder hacer un análisis de la población que llega al DIF buscando este tipo de apoyo.

VII.3 Hogares familiares

Los apoyos económicos que se otorgan a través de Hogares Familiares son transferencias monetarias mensuales a hogares y/o personas en situación de vulnerabilidad social que presenten adicionalmente las siguientes características:

- Personas con enfermedades degenerativas discapacitantes o diagnóstico de enfermedad terminal (VIH-SIDA, cáncer, diabetes, entre otras).
- Población con alguna discapacidad que les obstaculice definitivamente su incorporación al medio laboral.
- Familias que tengan bajo su custodia a menores abandonados, en estado de orfandad total o parcial.
- Madres solteras con pocas posibilidades de desempeño laboral, por tener que atender a hijos menores con alguna discapacidad y que no cuenten con apoyo familiar.
- Mujeres embarazadas, sin apoyo de pareja o familiares.
- Ser adultos mayores de 60 años o más con problemas severos de salud, crisis económica, carentes de apoyo familiar, vivienda y/o seguridad social; o que no deseen institucionalizarse.

Estos apoyos se otorgan por tres, seis o nueve meses como máximo, sin embargo en adultos mayores con enfermedades degenerativas, discapacitantes o en fase terminal, este apoyo podrá otorgarse hasta por seis meses más, previa revaloración del caso e informe médico y social correspondiente.

En el Cuadro 7.4 se presentan los montos del 2002 y del 2003. El DIF da seguimiento a los beneficiarios para corroborar su situación, antes y después de recibir el apoyo monetario.

2002*	\$475
2003	\$600

* Hasta junio de 2002

Por otra parte si se considera que el apoyo beneficia a todo el hogar, se puede considerar como beneficiario a los hogares no sólo a las personas. Así si

consideramos que un hogar en condición de pobreza tiene 5.23 miembros³, el número de personas que se benefician de este apoyo asciende a 15,753 en el año 2003, como se reporta en el cuadro 7.5.

Cuadro 7.5 Beneficiarios de los apoyos económicos, Hogares familiares

Año	Personas	Hogares
2002	2,781	14,545
2003	3,012	15,753

En el cuadro 7.6 se consideran a los beneficiarios de este Programa en tres grupos de edad menores (0 a 17 años), adultos (18 a 59 años) y adultos mayores (60 años y más). En cuanto a la distribución por sexo de los beneficiarios se observa que es mayor la proporción de mujeres atendidas en todos los grupos de edad, a excepción en el año 2002 con el grupo de menores donde los hombres presentan una mayor proporción. En cuanto a grupos de edad se observa que para el año 2002 el grupo de menores representaba el 47 por ciento de los beneficiarios, siguiendo el de adultos con 33 por ciento y el después el de adultos mayores con 20 por ciento. Esta situación cambia para el año 2003, ya que el grupo con mayor participación es el de adultos mayores con 38 por ciento, le sigue el de adultos con 37 por ciento y finalmente el de menores con 25 por ciento.

Cuadro 7.6 Beneficiarios de Hogares familiares, por grupo de edad y sexo

Año	Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total		
			%		%	%	%	
2002	Menores	673	51.7	630	48.3	1,303	100	46.9
	Adultos	415	45.3	502	54.7	917	100	33.0
	Adultos mayores	248	44.2	313	55.8	561	100	20.2
	Total	1,336	48.0	1,445	52.0	2,781	100	100
2003	Menores	345	45.9	406	54.1	751	100	24.9
	Adultos	501	45.3	606	54.7	1,107	100	36.8
	Adultos mayores	536	46.4	618	53.6	1,154	100	38.3
	Total	1,382	45.9	1,630	54.1	3,012	100	100

³ De acuerdo a la información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares de 2000, el promedio de personas por hogar en condición de pobreza extrema en áreas urbanas es de 5.23. Se considera tan sólo a hogares urbanos debido a que principalmente estos apoyos se otorgan a hogares en áreas urbanas.

El comportamiento del número de beneficiarios del periodo 2002 a 2003 se puede observar en el cuadro 7.6. El número total de beneficiarios pasó de 2,781 en 2002 a 3,012 en 2003, lo que representa una tasa de crecimiento de 8.3 por ciento.

Por otra parte, el grupo de ancianos mayores tuvo un incremento de 106 por ciento, paso de 561 adultos mayores beneficiados en el 2002, a 1,154 en 2003.

En contraste el grupo de menores tuvo un decremento de 42 por ciento, ya que pasó de 1,303 beneficiarios a 751. El presupuesto destinado para este Programa no se ha incrementado, se dio un incremento de beneficiarios para el 2003, el gasto disminuyó en 17 por ciento, pasó de 753,475 pesos en 2002 a 626,400 pesos en 2003.

El número de beneficiarios de Hogares Familiares se incrementó de 2002 a 2003, el grupo de edad que se incrementó en una forma considerable fue el de los adultos mayores que pasó de 561 beneficiarios en el 2002 a 1,154 en el 2003 lo que significó un ascenso del 106 por ciento (cuadro 7.7). Le siguen los adultos con un crecimiento de 21 por ciento, donde en 2002 era 917 y en el 2003 llegan a 1,107. Para los menores se dio un decremento considerable de 42 por ciento, en el 2002 alcanzaron a ser 1,303 beneficiarios y para el 2003 cayeron a 751 beneficiarios.

Cuadro 7.7 Tasa de crecimiento de los beneficiarios de Hogares Familiares

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Menores	1,303	751	-42.4
Adultos	917	1,107	20.7
Adultos Mayores	561	1,154	105.7
Total	2,781	3,012	8.3

Para elaborar un análisis más extenso sobre este Programa se necesita contar con más información sobre los beneficiarios, se necesita contar con una base de datos del padrón de beneficiarios, con lo que además de conocer su distribución por edad y sexo, se podría conocer más características de los beneficiarios. Se podría medir la eficacia del apoyo para impactar positivamente el bienestar de la persona y de su núcleo familiar.

VII.4 Subsidio Familiar

El subsidio familiar es una transferencia monetaria mensual, que se atorga al hogar o la persona cuando atraviesan por alguna de las siguientes situaciones:

- Cuando el proveedor económico de la familia se encuentra en detección legal y/o con alguna enfermedad crónica o con incapacidad laboral temporal, que por lo mismo no recibe ingresos.
- Economía familiar desequilibrada por gastos destinados a la atención médica de alguno de sus integrantes.
- Familias extensas que cuenten con ancianos y/o personas con discapacidad. Personas que requieran asistir a tratamientos médicos o terapéuticos.

Los apoyos se otorgan por tres, seis o nueve meses como máximo previa revaloración del caso. Los montos de los apoyos son los mismos que los que se otorgan dentro de la modalidad Hogar Familiar que se presentan en el cuadro 7.4.

Cuadro 7.8 Beneficiarios de Subsidio familiar, por grupo de edad y sexo

Año	Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total		
			%		%		%	%
2002	Menores	96	75.0	32	32.0	128	100	36.8
	Adultos	112	60.9	72	39.1	184	100	52.9
	Adultos mayores	25	69.4	11	30.6	36	100	10.3
	Total	233	67.0	115	33.0	348	100	100.0
2003	Menores	62	55.9	49	44.1	111	100	30.1
	Adultos	89	44.3	112	55.7	201	100	54.5
	Adultos mayores	18	31.6	39	68.4	57	100	15.4
	Total	169	45.8	200	54.2	369	100	100.0

Se puede observar en el Cuadro 7.8 que para el año 2002 la mayoría de las personas beneficiarias eran hombres, 67 por ciento contra 33 por ciento de mujeres. Para el 2003 esta situación cambia y tan sólo prevalece para el grupo de menores con 56 por ciento de hombres, mientras que en los otros grupos de edad son más las mujeres.

Tanto para el 2002 como para el 2003, el grupo con mayor número de subsidios fue el de adultos con 53 por ciento y 55 por ciento, respectivamente. Se puede decir que la estructura por grupos de edad se conserva en el 2003.

Los beneficiarios de este Programa ascendieron en el 2003, a 369 personas ligeramente mayor a las que recibieron el subsidio en el 2002, que fueron 348. Esto representa un incremento de 6 por ciento. Se presentó un decremento para el grupo de menores de 13 por ciento. En contraste el grupo de adultos mayores se incrementó en 58 por ciento.

Cuadro 7.9 Tasa de crecimiento de los beneficiarios de Subsidio familiar

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Menores	128	111	-13.3
Adultos	184	201	9.2
Adultos Mayores	36	57	58.3
Total	348	369	6.0

Al igual que en los dos Programas anteriores es necesario contar con mayor información para poder establecer la magnitud del impacto que tienen estos subsidios en el bienestar de los hogares beneficiarios.

VII.5 Apoyos en Especie

Las ayudas en especie se brindan por única vez de acuerdo a las necesidades específicas de cada solicitante y estas consisten en: órtesis, prótesis y ayudas funcionales (sillas de ruedas, auxiliares auditivos, andaderas y reparación del mismo) así como medicamentos, material de cirugía, hospitalizaciones, cirugías Programadas (nivel mínimo de clasificación de cuotas de recuperación), pago por servicios funerarios y pasajes foráneo nacional vía terrestre. Los apoyos se proporcionan por única vez a cada persona.

Estos apoyos se otorgan a personas que tengan las siguientes características:

- Personas de escasos recursos económicos y en condiciones de vulnerabilidad.
- Personas con enfermedades que les limiten realizar actividades de la vida diaria y ser productivos social y familiarmente.
- Población con alguna discapacidad que les obstaculice su incorporación al medio laboral y/o social.

En el cuadro 7.10 se presentan los tipos de apoyos en especie que se otorgaron en el 2002 y en el 2003. Principalmente se brindan auxiliares auditivos y medicamentos. También es significativo en número de pasajes que se dieron en ambos años. Llama la atención que en el 2003 ya no se dieron micas para lentes, oxígeno, alimentos especiales, carreolas y estudios médicos. En general el número de apoyos en especie disminuyeron en forma considerable, en 58 por ciento.

En cuanto a la distribución de los beneficiarios por sexo en el cuadro 7.11 se puede observar que en el año 2002 la proporción de hombres que recibían este tipo de apoyos era mayor al de las mujeres, 55 y 45 por ciento respectivamente. Cuando lo vemos por grupo de edad, en el de adultos mayores, la proporción de mujeres es mayor (52 por ciento) que la de los hombres (48 por ciento). Para el 2003 la proporción de hombre y mujeres es muy cercana al 50 por ciento, sin

Cuadro 7.10 Cantidad de apoyos en especie por tipo de apoyo y año

Tipo de apoyo	2002	2003
Auxiliar auditivo	56	47
Micas para lentes	32	
Andaderas	3	1
Carreola	2	
Silla de ruedas	29	14
Ortesis	6	4
Prótesis	4	3
Alimentos especiales	2	
Oxígeno	4	
Medicamentos	62	36
Pago de cirugías	11	3
Material para cirugía	8	6
Estudios médicos	1	
Atención médica		4
Gastos funerarios	2	1
Pasaje	40	38
Total	262	157

embargo dentro de los grupos de edad, llama la atención que es mayor la proporción de mujeres que de hombres, 63 por ciento contra 37 por ciento de los hombres. En ambos años el grupo de edad con mayor número de apoyos fue el de adultos, 56 por ciento en el 2002 y 54 por ciento en el 2003, le sigue el grupo de menores con alrededor de 35 por ciento y finalmente el grupo de adultos mayores con 8 por ciento para el 2002 y 12 por ciento para el 2003.

Cuadro 7.11 Beneficiarios de apoyos en especie por edad y sexo

Año	Grupo de edad	Hombres		Mujeres		Total		
			%		%		%	%
2002	Menores	55	58.5	39	41.5	94	100	35.9
	Adultos	79	53.7	68	46.3	147	100	56.1
	Adultos mayores	10	47.6	11	52.4	21	100	8.0
	Total	144	55.0	118	45.0	262	100	100
2003	Menores	24	45.3	29	54.7	53	100	33.8
	Adultos	48	56.5	37	43.5	85	100	54.1
	Adultos mayores	7	36.8	12	63.2	19	100	12.1
	Total	79	50.3	78	49.7	157	100	100

Por otra parte, el decremento de los beneficiarios de estos apoyos fue de 40 por ciento, disminuyendo más en el grupo de menores con un 44 por ciento, mientras que el grupo de adultos mayores tan sólo fue de 9 por ciento. Sin duda, la demanda de la población por estos apoyos es muy grande, por lo que la satisfacción de las necesidades de la población que requiere este tipo de apoyos es muy marginal.

Cuadro 7.12 Tasa de crecimiento de los beneficiarios de apoyos en especie

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Menores	94	53	-43.6
Adultos	147	85	-42.2
Adultos Mayores	21	19	-9.5
Total	262	157	-40.1

A menudo parte de los apoyos en especie son proporcionados por instituciones privadas. El costo para el DIF pasó de 599,674 pesos en 2002, a 172,2263 pesos en 2003. Esto debido a la disminución del presupuesto que se destino para este tipo de apoyos.

VIII. Campamentos Recreativos

El DIF cuenta con 7 Centros para desarrollar el Programa de Campamentos Recreativos (cuadro 8.1). El objetivo de éste es brindar espacios para la recreación, el deporte, la cultura, así como alojamiento y alimentación. Los Centros se ubican en los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Guerrero, Nayarit, Quintana Roo, Sinaloa y Veracruz.

Los Campamentos Recreativos se dedican atender a población de escasos recursos, personas con discapacidad y adultos mayores brindándoles un Programa recreativo, deportivo y cultural. Cada uno de los campamentos tiene instalaciones propias para el esparcimiento y el descanso de los visitantes.

Cada Campamento Recreativo cuenta con las siguientes instalaciones:

- Cabañas
- Regaderas comunales
- Sanitarios
- Albercas (excepto Playa Aventuras)
- Comedor
- Canchas deportivas
- Salón de usos múltiples
- Cocina y
- Áreas verdes

Dentro del modelo de campamentos se tienen consideradas actividades fuera de las instalaciones, tales como visitas a lugares de interés, Centros culturales, museos, iglesias, acuarios, playas, entre otros.

Para poder asistir a uno de estos Campamentos Recreativos se tiene que cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser una institución o grupo al cual se le haya realizado por parte de la Coordinación de Campamentos, un estudio.
- Integrar grupos homogéneos de menores, adolescentes, adultos, adultos mayores, personas con discapacidad en situación de riesgo.
- Elaborar oficio de solicitud y entregar formato de visita previamente solicitado y requisitado en el cual se señale el lugar y el periodo a asistir, sólo aplica este punto para el área metropolitana del Distrito Federal, en el caso de ser una institución o grupo del interior de la república contactar al DIF Estatal correspondiente en donde se tramite su petición.

Cuadro 8.1 Campamentos Recreativos

Campamento Recreativo	Ubicación	Capacidad
Alfredo V. Bonfil	Aguascalientes, Aguascalientes	120 personas
Vicente Guerrero	Ixtapa Zihuatanejo, Guerrero	120 personas
Los Insurgentes	Guanajuato, Guanajuato	90 personas
Mártires de Río Blanco	Catemaco, Veracruz	120 personas
Playa Aventuras	Cancún, Quintana Roo	120 personas
Heroico Puerto de Mazatlán	Mazatlán, Sinaloa	120 personas
Revolución	Bucerías, Nayarit	100 personas

Los Campamentos Recreativos representan una alternativa de esparcimiento para la población en desamparo. En ellos se promueve en los menores y adolescentes, el compañerismo y el espíritu de cooperación. Para las personas con discapacidad, son una excelente oportunidad para valorar sus avances en su autonomía e independencia. Las personas de la tercera edad, tienen la posibilidad de convivir, de respetar su autosuficiencia y mejorar su estado de ánimo.

Cuadro 8.2 Beneficiarios de Campamentos Recreativos por grupos de edad y condición de discapacidad.

Grupos de edad y condición de discapacidad	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Menores (8 a 12 años)	7,190	5,943	-21.0
Adolescentes (13 a 19 años)	4,657	5,205	10.5
Adultos (20 a 59 años)	5,912	6,219	4.9
Adultos Mayores (60 años y más)	13,000	14,194	8.4
Personas con discapacidad	1,712	1,592	-7.5
Total	32,471	33,153	2.1

En el cuadro 8.2 se muestra el número de personas que se atendieron en el año 2002 y 2003, por grupo de edad y condición de discapacidad. En el 2002 se atendieron a 32,471 personas y en el 2003 a 33,153 personas, esto significa un incremento para el 2003 de 2 por ciento con respecto a 2002. Sin embargo, si observamos el grupo de menores, encontramos que para el año 2003 se presenta un decremento de 21 por ciento. Lo mismo sucede para las personas con discapacidad, donde el número de personas con discapacidad que asistieron a un Campamento Recreativo descendió en 7.5 por ciento en el 2003 respecto al año anterior. El grupo que creció más en este periodo fue el de los adolescentes, que paso de 4,657 a 5,205 lo que significó un incremento de 10.5 por ciento.

IX. Programa de Asistencia Jurídica Familiar

El propósito de este Programa es el de representar y asesorar a personas que enfrenten un problema legal que afecte la integridad de su persona o de su familia. Los objetivos específicos son:

- 1) prestación organizada y permanente de servicios de asistencia jurídica a menores, ancianos y personas con discapacidad en estado de abandono (mujer-familia);
- 2) investigación de la problemática jurídica que aqueja a los sujetos de asistencia social, con elementos propios y en coordinación con otras instituciones afines;
- 3) estudio y resolución de solicitudes de adopción, regularización del estado civil de las personas (nacimiento y matrimonio); y,
- 4) promover medidas de libertad asistida, a menores iniciados por el Consejo de Menores.

Este Programa brinda atención tanto a población abierta como a la población que se encuentra albergada en los Centros Asistenciales y en las Instituciones de Asistencia Privada con convenio de colaboración. Dentro de las actividades que el Programa dedica a las personas que son sujetos de asistencia social se encuentran la divulgación de los instrumentos jurídicos, la asesoría legal, orientación al público. También se tienen servicios permanentes para la atención y prevención del maltrato al menor.

La población beneficiaria de este Programa son menores, mujeres adultas, adultos mayores, personas discapacitadas y población en general que sea víctima de violencia intrafamiliar. A ellos se les brinda asistencia jurídica en los tres niveles de gobierno (federal, Estatal y municipal), por medio de las diversas procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, que pueden variar en cuanto a su denominación y su naturaleza jurídica, pero no en cuanto a su servicio.

El Programa guarda relación con otros Programas de otras instituciones de gobierno, así como de organizaciones no gubernamentales y también con organizaciones internacionales. Por ejemplo, con la Secretaría de Relaciones Exteriores y el Servicio Social Internacional. Con los Centros de Apoyo a Personas

Extraviadas y Ausentes (CAPEA), Televisa, Secretaría de Educación Pública, entre otras.

Son muchas las actividades que se realizan en este Programa sin embargo no se cuenta con información estadística de ellas. Es necesario recolectar la información en forma sistemática para conocer con mayor certeza el perfil de los beneficiarios de este Programa, además de la problemática que se presenta con mayor frecuencia y en que proporción se soluciona la situación de los beneficiarios de este Programa. Con esta información se podría evaluar y medir el impacto que tiene este Programa en el bienestar de las personas y de sus familias.

X. Programas de Infancia

El DIF Nacional tiene entre sus objetivos la prevención de riesgos en la infancia y la adolescencia. Como parte del Programa de Desamparo se han diseñado cinco Programas que buscan cumplir con este objetivo, estos son el Programa de Atención a la Salud del Niño, Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales, Programa de Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes, Programa para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal y el Programa de Atención a Menores Fronterizos .

Los primeros tres Programas están encaminados a mejorar las condiciones de salud, física y mental, de los niños y adolescentes, con acciones primordialmente de educación para la salud, que lleven a crear una conducta de prevención entre los menores. En lo que se refiere a los Programas de trabajo infantil, se creo con el fin de que los menores se reintegren a la escuela o bien dediquen todo su tiempo a esta actividad, ya que se considera a la educación como un medio para lograr una vida adulta con mayores oportunidades de salir de la pobreza. Por último el Programa de Atención a Menores Fronterizos busca atender a los menores que llegan solos a la frontera norte del país en busca de búsqueda de trabajo, se les da albergue y se les regresa a su lugar de origen, previniendo con esto el que se involucren en actividades que ponen en riesgo su integridad física. A continuación se describe con mayor detalle cada uno de los Programas, así como también se presenta información que permite evaluar el desempeño de estos Programas.

X.1 Programa de Atención de la Salud del Niño

El objetivo de este Programa es mejorar permanentemente los niveles de salud de los niños mediante la integración de los Programas de prevención y control de las enfermedades que con mayor frecuencia los afectan. Las acciones emprendidas para esto pueden clasificarse en dos grupos:

- 1) aquellas que se dirigen a elevar la calidad de vida mediante el autocuidado de la salud a población abierta y población de los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y los Centros Asistenciales infantil Comunitarios (CAIC), y;
- 2) ampliar las acciones en materia de salud dirigidas a la población infantil.

El Programa tiene componentes de atención primaria a la salud y de educación para la salud, estos son:

- a) vacunación universal;
- b) prevención y control de enfermedades diarreicas;
- c) prevención y control de infecciones respiratorias agudas; y,
- d) nutrición:
 - i) vigilancia del crecimiento y desarrollo;
 - ii) promoción de la lactancia materna;
 - iii) deficiencias de micronutrientes; y,
 - iv) capacitación y apoyo alimentario.

Este Programa esta dirigido hacia los menores que no tienen acceso a servicios de salud privados o de seguridad social. Una parte importante de la población que atiende el Programa es la que asiste a los Centros CADI-CAIC. Donde se integra a los padres y madres de familia y/o responsables de los menores atendidos, su familia y su comunidad.

El Programa para su operación cuenta con los consultorios comunitarios, unidades móviles, los consultorios en los CADI y los consultorios en los CAIC. El Programa opera permanentemente sin embargo sus acciones se intensifican durante las Semanas Nacionales de Salud, donde participa como lo hacen otras instituciones que son parte del Sistema Nacional de Salud. Un componente importante y novedoso es el Club Salud del Niño, este opera dentro de los CADI y CAIC.

El Programa de Atención a la Salud del Niño mantiene una coordinación interinstitucional con los otros Programas que manejan los Sistemas Estatales. También se coordina con los Comités Estatales de Vacunación (COEVA), con los Comités Estatales de Vigilancia Epidemiológica (CEVE) y con las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud⁴.

La metodología seguida por el Programa es, primero realizar un diagnóstico que consiste en reconocer el terreno donde se pretende realizar la acción, los síntomas o signos reales y concretos de una situación problemática. Esto conlleva a un proceso de planificación y detección de la situación problemática, para determinar acciones que permitan superar dicha situación con base en las necesidades detectadas y los recursos disponibles.

⁴ El Sistema Nacional de Salud comprende a la Secretaría de Salud (cabeza de sector), IMSS Ordinario, ISSSTE, Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional y PEMEX.

La investigación se realiza conforme a las problemáticas detectadas y consiste en:

- definir estrategias para la solución de problemas de salud;
- elaborar Programas o subProgramas específicos;
- capacitación del personal;
- optimización de recursos;
- evaluación y seguimiento;
- reestructurar o adecuar estrategias, Programas y subProgramas; y,
- elaboración de material de promoción de la salud y apoyo del personal de salud.

Los criterios para la aplicación del recurso en las acciones de salud son de acuerdo al diagnóstico realizado en cada municipio y del diagnóstico Estatal. Los elementos considerados son el número de municipios, el número de población beneficiada, la problemática que se detecta, los recursos humanos y materiales, además de la morbilidad y mortalidad que se presenten.

Transferencia de recursos del DIF Nacional

El DIF Nacional hace transferencias de recursos a los DIF Estatales y el uso de estos recursos se define en el documento “Lineamientos para la Radicación, Aplicación y Comprobación de los Recursos asignados por el DIF Nacional para el ejercicio del año presupuestal”. Estos lineamientos tienen como finalidad el facilitar y orientar el trabajo de los Sistemas DIF Estatales y Municipales, así como propiciar la Sistematización y el seguimiento evaluativo de las acciones y actividades que se realicen en el área de Salud. Las asignaciones las establece la Dirección de Protección a la Infancia del DIF Nacional quien es la instancia encargada de enviar los recursos.

Los criterios que se toma en cuenta el DIF Nacional para la asignación de los recursos a los Sistemas Estatales son:

1. cobertura por número de municipios atendidos;
2. número de población atendida por grupo de edad;
3. actividades de difusión promoción y prevención realizadas por los Sistemas Estatales y Municipales en el ejercicio anterior;
4. envío oportuno de la información de las acciones realizadas en el Programa Permanente, durante las Semanas Nacional de Salud y Semana Nacional de Salud Bucal, de acuerdo a los tiempos establecidos por el DIF Nacional y en los formatos correspondientes;
5. aplicación adecuada del recurso en acciones preventivas del Programa de Atención a la Salud del Niño;
6. comprobación de recursos en tiempo y forma, es decir, no tener antecedentes de adeudo en ejercicios anteriores;
7. de acuerdo a la morbilidad de padecimientos que afectan con mayor frecuencias a la población beneficiaria;

8. una propuesta de trabajo donde se listen acciones innovadoras, la instalación del Club Salud del Niño.

La aplicación de los recursos está señalada para ejercerse en tres acciones establecidas, a saber:

1. Promoción y difusión sobre diferentes conceptos del Programa de Atención a la Salud del Niño.
2. Prevención y Educación para la Salud.
3. Capacitación a personal operativo.

Así también se establece una lista para el destino de los recursos financieros, definiendo en algunos casos como en el de apoyos complementarios, por ejemplo comida, un monto máximo. Además se da también una lista de restricciones de gastos que no deben realizarse. Si se requiere ejercer recursos en otro concepto no considerado en los Lineamientos, debe enviarse previamente una solicitud por escrito a la Dirección de Protección a la Infancia, turnado copia de conocimiento a la Dirección de Programación, Organización y Presupuesto, en la que se justifique la petición y se escriba el concepto, objetivo, población beneficiada y monto. El gasto puede ejercerse únicamente hasta contar con la respuesta de autorización por escrito de la propia Dirección de Protección a la Infancia. Asimismo, el ejercicio y comprobación de los recursos debe cumplir con los tiempos y forma que establezca la Dirección de Programación, Organización y Presupuesto del DIF Nacional

Club Salud del Niño

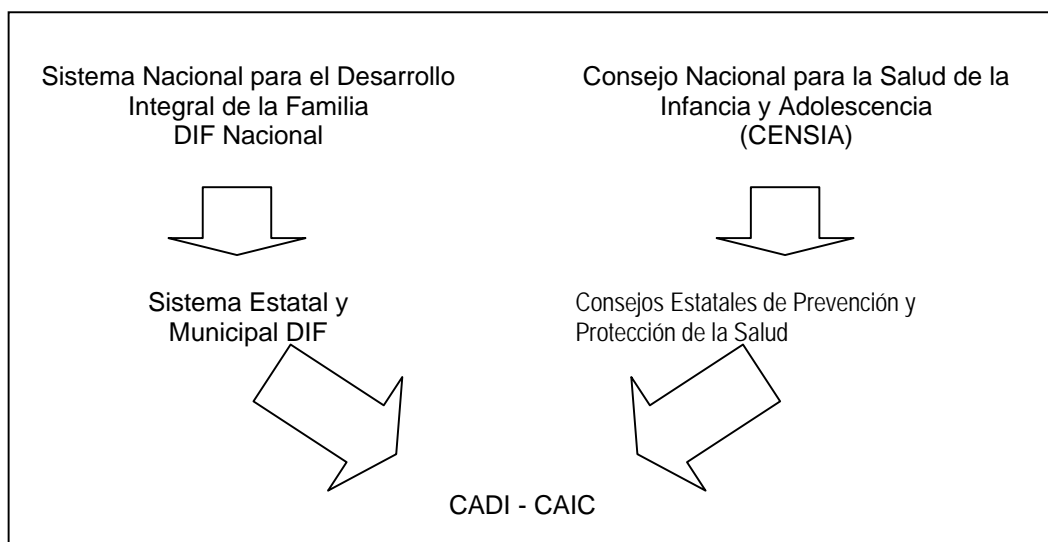
El Club Salud del Niño, tiene por objetivo ofrecer a la población infantil un paquete de servicios de salud que contempla cinco componentes, los cuales se determinaron con base en los problemas de salud que afectan a los niños del país con mayor frecuencia, estos son: vacunación, enfermedades diarreicas, infecciones respiratorias agudas, nutrición y prevención de accidentes.

De esta forma el Club Salud del Niño es un instrumento para que los menores entre 3 a 6 años conozcan y aprendan a cuidar su salud. Así, su utilidad radica en permitir que los niños obtengan una cultura de prevención de la salud, y en que establece un canal de comunicación permanente con los menores a través de correspondencia. Lo que les crea un sentido de pertenencia y compañerismo.

En el Programa de Atención a la Salud del Niño participan diferentes instancias, como se puede apreciar en la figura 1, el DIF Nacional, los DIF Estatales, el Consejo Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia (CENSIA) y los Consejos Estatales de Prevención y Protección de la Salud. Las instancias participan en la capacitación para la aplicación del Programa, en su promoción, en la obtención de apoyos, en lo que es el Programa operativo, el seguimiento y la evaluación del Programa.

La operación del Club Salud del Niño, en lo que se refiere a su instalación y funcionamiento, esta a cargo de los responsables de los Programas CADI-CAIC, de los responsables del Programa de Atención a la Salud del Niño y de los responsables de grupo y orientadoras comunitarias.

Figura 2.



Dentro del procedimiento para la instalación del Club se levanta el acta constitutiva, se integra el comité de vigilancia, se realiza el pacto de honor con los miembros y se hace entrega de las credenciales. Una vez que se ha instalado, se llevan a cabo actividades preventivas, recreativas, deportivas, culturales y de difusión.

El Club Salud del Niño opera en 130 municipios de siete Estados de la República, Guanajuato, Morelos, Nayarit, Puebla, Sonora, San Luis Potosí y Zacatecas. Para el año 2003, el número de socios llegó a 11,765, en el siguiente cuadro se presenta esta información.

Cuadro 10.1 Número de Clubes por entidad, 2003

Entidades Federativas	No. de Clubes		No. de socios	Municipios
	CADI	CAIC		
Guanajuato	14	181	6,036	18
Morelos		16	622	9
Nayarit	1		120	1
Puebla		53	2,463	48
Sonora	11	6	931	8
San Luis Potosí	62 comunitarios		1,036	27
Zacatecas			70	19
Total	17	203	11,765	130

Por otro lado, en el 2002, el Programa de Atención a la Salud del Niño atendió 2'512,239 personas y en el 2003 esta cifra fue de 2'468,060. Los municipios atendidos fueron 770 en 2002 y 684 en 2003 (Cuadro 10.2). La cobertura del Programa disminuyó en 43,890 personas y 86 municipios, en 2 por ciento y 11 por ciento, respectivamente.

Cuadro 10.2. Población atendida en el Programa de Atención a la Salud del Niño

	2002	2003	Tasa de Crecimiento %
Población	2,512,239	2,468,060	-1.8
Municipios	770	684	-11.2

Otra actividad que disminuyó durante el 2003 fue la capacitación a los promotores, donde el número de sesiones cayó significativamente, pasó de 1,394 en el 2002 a 546 en el 2003, esto fue un decremento del 61 por ciento. Sin embargo, el número de asistentes disminuyó en tan sólo 22 por ciento, lo que compensa en parte la caída de las sesiones de capacitación (cuadro 10.3).

Cuadro 10.3 Número de sesiones de capacitación y número de asistentes

	2002	2003	Tasa de Crecimiento %
Capacitación a promotores	1,394	546	-60.8
No. de asistentes	16,479	12,871	-21.9

En cuanto a las pláticas de educación para la salud, también sufrieron una caída del 16 por ciento, pasaron de ser 74,560 en el 2002 a 62,249 en el 2003 (Cuadro 10.4). Dado que esta es una de las actividades que marca la entrada a la atención al cuidado de la salud, tanto en la prevención de las enfermedades, como la atención oportuna de las mismas, seguramente la disminución de las pláticas de salud tendrá un efecto negativo sobre las otras actividades que se desarrollan en el Programa.

Cuadro 10.4 Número de pláticas de educación para la salud y número de asistentes

	2002	2003	Tasa de Crecimiento %
Pláticas	74,560	62,249	-16.5
Asistentes	1,093,565	913,304	-16.5

En el cuadro 10.5 se muestra el comportamiento de las otras actividades que se desarrollan en el Programa. Se puede observar como la información a las madres disminuyó significativamente, en 35 por ciento, paso de 306,262 en el 2002 a 198,235 en el 2003. La sobres de vida suero oral distribuidos tuvieron un ligero incremento de casi 2 por ciento. Llama la atención el incremento que se dio en las dosis de vitamina "A" que tuvieron un incremento de 211 por ciento para el 2003, al pasar de 22,281 en 2002 a 69,323 en el 2003.

Cuadro 10.5 Actividades del Programa de Atención de la Salud del Niño

Actividades	2002	2003	Tasa de Crecimiento %
Información a las madres	306,262	198,235	-35.3
Sobres vida suero oral distribuidos	325,000	330,683	1.7
Albendazol	172,455	198,062	14.8
Vitamina "A"	22,281	69,323	211.1
Consultas de infección de enfermedades respiratorias agudas	167,018	193,811	16.0
Consultas de enfermedades diarreicas	52,867	73,422	38.9
Biológico aplicado	356,312	478,349	34.3

El Programa trabaja en coordinación con la Secretaría de Salud para la realización de las Semanas Nacionales de Salud. Para que dichas Semanas tengan una cobertura apropiada, se realizan actividades de promoción y difusión a nivel Estatal. Estas actividades incluyen pláticas, puestos, impresos, periódicos murales, etc. En el cuadro 10.6 se observa un crecimiento del año 2003 respecto al 2002 en todas las actividades, excepto en los anuncios en bardas y puestos.

Los resultados de las Semanas Nacionales de Salud, operadas por el DIF muestran una disminución en el 2003 de 17,326 personas beneficiadas, con respecto al año anterior, a pesar de que se realizó el esfuerzo por cubrir más municipios (cuadro 10.7). Pasaron de 1,279 municipios atendidos en el 2002 a 1,581 municipios en el 2003.

Cuadro 10.6 Acciones de promoción y difusión realizadas por los estados para las semanas nacionales de salud.

	2002	2003
Pláticas	34,946	50,452
Impresos	432,394	716,936
Horas perifoneo	4,280	5,647
Bardas	1,385	1,230
Mantas	1,741	2,234
Periódicos murales	1,469	2,644
Desfiles	1,111	1,356
Puestos	3,466	2,895
Personal de apoyo	11,497	37,506

El recurso que transfiere el DIF Nacional a los Estados es muy limitado y se debe usar en actividades de promoción del Programa. Los insumos necesarios para, por ejemplo, las acciones de vacunación o la distribución de Sobres Vida Suero Oral los brindan otras instancias del Sistema Nacional de Salud. Un problema que se presenta es que existe un desfase entre el momento en que se necesitan

Cuadro 10.7 población beneficiada en las semanas nacionales de salud según tipo de actividad y año

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Biológico aplicado	433,189	360,819	-16.7
Albendazol	199,011	189,286	-4.9
Vitamina "A"	81,775	69,351	-15.2
Sobres vida suero oral distribuidos	333,436	212,521	-36.3
Madres informadas EDAs	288,721	246,029	-14.8
Madres informadas IRAS	112,625	141,074	25.3
Madres inf. tétanos neonatal	40,569	112,859	178.2
Asistentes pláticas	515,969	656,030	27.1
Población beneficiada	2,005,295	1,987,969	-0.9

ejercer estos recursos y el momento en que se radican. Este Programa tiene actividades cuya calendario involucra a otras instituciones y que para poder llevarlas a cabo es necesario contar con los recursos que les envía el DIF Nacional a los DIF Estatales. Un ejemplo de estas actividades son las Semanas Nacionales de Salud.

X. 2 Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales, PREVERP

El consumo de drogas en México está aumentando, no solo como práctica de experimentación, sino como uso constante, debido entre otros factores, al incremento en la disponibilidad de algunas drogas en diversas zonas del país, así como a cambios socioculturales importantes entre los que se encuentra el aumento del número de jóvenes que atraviesan por una etapa de definición, enfrentando la influencia de modelos culturales extranjeros en los que el consumo de drogas como una de las características que los distingue, la marginación, el desempleo, la falta de oportunidades y el rompimiento del esquema tradicional de la familia en el marco de la actual economía.

Actualmente son los niños y adolescentes, los grupos de población más vulnerables para iniciarse en el consumo de sustancias, aún cuando hasta ahora, la mayoría de los consumidores de drogas ilegales son hombres jóvenes. Asimismo, la edad de inicio en el consumo es cada vez menor, alrededor de los diez años. Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002,⁵ La presencia de fumadores entre el grupo de adolescentes de zonas urbanas fue del 10.1 por ciento, lo que equivale a casi un millón de individuos, con una mayor proporción de hombres (15.4 por ciento) que de mujeres (4.8 por ciento). Es decir, se identifican 3 fumadores varones por cada mujer.

En los jóvenes de población rural, la frecuencia de fumadores fue de 6.1 por ciento, de los cuales 11.3 por ciento son varones y tan solo uno por ciento mujeres. La escolaridad de los jóvenes fumadores de áreas urbanas fue, en casi la mitad de ellos, (40.7 por ciento) de nivel secundaria, seguidos del 35.4 por ciento con preparatoria y del 23.4 por ciento con primaria. En cuanto a la escolaridad de los menores fumadores de la zonas rurales, poco más de la mitad de ellos (55.2 por ciento) tienen como máxima escolaridad la primaria, seguidos por el 43.4 por ciento que han cursado la secundaria y tan solo 1.4 por ciento estudian preparatoria.

Respecto a la edad de inicio en el consumo de tabaco en los jóvenes de población urbana, casi la mitad (47.6 por ciento) comenzó a fumar entre 15 y 17 años, mostrando variabilidad entre sexos (46.1 por ciento hombres y 52.3 por ciento mujeres). Cabe señalar que mientras uno de cada diez adolescentes varones empezó a fumar antes de los 11 años de edad, ninguna mujer hizo mención de iniciar a edad tan temprana. Asimismo, de aquellos adolescentes entrevistados en

⁵ Encuesta Nacional de Adicciones 2002, CONADIC, México, 2002.

áreas rurales, más de la mitad (50.5 por ciento) iniciaron a los 15 y 17 años, sin embargo la distribución por sexo fue semejante para este grupo de edad (50.3 por ciento varones y 53.5 por ciento mujeres).

Cerca de tres millones (3'522,427) de adolescentes entre 12 y 17 años consumió una copa completa de bebidas con alcohol en el año previo al estudio, los cuales representan al 25.7 por ciento de la población en este grupo. El consumo en la población urbana alcanza 35 por ciento de la población masculina y 25 por ciento de la femenina. En la población rural el índice de consumo es menor 14.4 por ciento, 18 por ciento en los varones y 9.9 por ciento en las mujeres.

La Encuesta mencionada también habla sobre drogas. En el país 215,634 adolescentes entre 12 y 17 años han usado drogas alguna vez. De este grupo de usuarios, el 55.3 por ciento continúa usándola en el último año y de éstos, un 37 por ciento las ha usado en el mes previo a la encuesta. La proporción por sexo es de 3.5 usuarios hombres por cada mujer.

Los índices mayores de consumo se encuentran entre los habitantes de poblaciones urbanas 86 por ciento. Sin embargo, en la población rural el 1.87 por ciento de los adolescentes ha consumido alguna vez en la vida y 1.03 por ciento lo hizo en el año previo al estudio. Para los adolescentes, la edad promedio de inicio fue cerca de los 14 años. Sin considerar al tabaco y al alcohol, la primera droga de uso fue la marihuana, seguida de los inhalables y en tercer lugar la cocaína. Esta Encuesta muestra que el inicio en el consumo de drogas, se da en la edad temprana, en la niñez y adolescencia.

Existen estrategias que focalizan su atención en aquellos menores adictos y con trastornos emocionales que requieren atención especializada, dejando de lado a muchos otros grupos que sin ser adictos se encuentran en ambientes de riesgo. Por lo tanto uno de los problemas que se enfrenta es proteger el desarrollo de aquellos menores que se desenvuelven en un medio ambiente adverso, pero que mostrando ya conductas de riesgo psicosocial, aún no desarrollan trastornos.

Las acciones desarrolladas en este Programa se proponen contribuir a la disminución de las causas y consecuencias que genera el fenómeno de las adicciones, a través de propiciar el incremento de las fortalezas y factores de protección de los individuos y las familias que les permitan construir proyectos de vida positivos y saludables que impacten en las distintas áreas de la vida cotidiana. Asimismo, involucrar a las comunidades y sociedad en su conjunto, en tareas a favor de las niñas, niños y adolescentes, para formar barreras de contención hacia el inicio del consumo de drogas.

La Dirección de Protección a la Infancia, crea en 1998 el Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales que representa una estrategia preventiva que permite metas alcanzables que le permitan a la población decir no a las drogas. Se sustentan en la instrumentación y fortalecimiento de metodologías con un enfoque preventivo que contemplen el fortalecer los factores de protección y estilos de vida

saludables en los menores y sus familias mediante la formación de redes comunitarias; la profesionalización y redefinición del papel del Promotor del papel del Promotor Infantil Comunitario en su quehacer de prevención y como interventor comunitario.

El objetivo general del Programa es favorecer en niñas, niños, adolescentes, familias y comunidades el desarrollo de habilidades y actitudes, que les permitan tener mayor capacidad de respuesta autogestiva, a través de impulsar en los Sistemas Estatales y Municipales DIF la operación de modelos, Programas y acciones de prevención de riesgos psicosociales y promoción de estilos de vida saludables, ante los riesgos psicosociales y fortalecer los factores de protección, con la participación y compromiso de la sociedad en su conjunto.

La población objetivo es aquella que habita en zonas urbanas, rurales e indígenas en riesgo de exclusión social: niñas, niños y adolescentes de 6 a 18 años; familias con carencias y/o circunstancias de vulnerabilidad en sus miembros; comunidades donde se desenvuelven los niños y sus familias.

Las estrategias para el logro de los objetivos son:

- Instrumentar y consolidar el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli-DIF en los Sistemas Estatales DIF.
- Vincular en la práctica las acciones de difusión, promoción y participación comunitaria para la prevención de adicciones con un enfoque integral de riesgos psicosociales.
- Promover y recuperar los Programas y acciones regionales y/o locales y de otras instituciones, enfocadas hacia la prevención de adicciones para atender a los grupos de población infantil y adolescente.
- Fortalecer e impulsar la coordinación inter e intrainstitucional para sumar esfuerzos entre los sectores público, privado y social así como las demás áreas de la Dirección de Protección a la infancia para evitar duplicidad de acciones y beneficiar a un mayor número de población objetivo.
- Impulsar la profesionalización del Promotor Infantil Comunitario y de los responsables de normar la operación del Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales que les posibilite su intervención preventiva en la comunidad y con los grupos de niñas, niños y adolescentes en mayor situación de riesgo psicosocial.
- Dar seguimiento y evaluar las acciones de prevención de riesgos psicosociales e incorporar modelos de atención que cuenten con un sólido fundamento científico para mejorar la calidad del servicio que se brinda.

Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli-DIF

En la actualidad, de la población que habita en México sobresale en número la que se refiere a menores de 18 años, de éstos, un gran porcentaje vive en condiciones de pobreza extrema, sometidos a circunstancias adversas que se reflejan en carencia de oportunidades, situación de vulnerabilidad tanto para un armonioso desarrollo físico y mental como para el respeto a sus derechos humanos más elementales y el acceso a los servicios sociales básicos.

El Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales basa sus acciones sustentadas en la instrumentación y desarrollo de metodologías con un enfoque preventivo contemplando a corto y mediano plazo fortalecer los factores de protección en el menor, la familia y la comunidad.

Al mismo tiempo persigue promover la formación del Promotor Infantil Comunitario que le permita actuar como gestor y agente emancipador de los derechos de los niños, adolescentes y sus familias.

Un primer proyecto que se ha concretizado con el apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la asistencia técnica de Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos, A.C. (INEPAR), es el Modelo Preventivo de Riesgos Psicosociales para Menores, Adolescentes y sus Familias Chimalli-DIF. Este modelo se dio a conocer en y tiene como objetivo incrementar las habilidades de protección y competencia social en la resolución de problemas con un sentido propositivo-proactivo, mediante la participación comunitaria en la creación de redes que favorezcan un clima social de protección y desarrollo dentro de una cultura de los derechos humanos.

Uno de los principales propósitos es fortalecer habilidades para la vida que les permitan enfrentar con éxito los factores de riesgo y transformar los ambientes más inmediatos.

El modelo Chimalli utiliza un enfoque de Prevención Primordial, este se orienta al desarrollo humano y a la promoción social. Se identifica con la “educación preventiva” como distinta y que abarca más, temáticamente, que la mera “educación de la salud”, y aunque ambas buscan la promoción, cuidado y recuperación de la salud, la prevención primordial va más allá y descansa en la acción de la familia y la escuela o de los promotores infantiles comunitarios, encontrando sus límites con la prevención primaria en salud, porque esta última se centraría en la acción de vigilancia epidemiológica y atención de enfermos por parte de las instituciones y profesionales de la salud que enfocarían el continuo enfermedad-salud. De manera semejante el Modelo Chimalli distingue su enfoque de la “prevención del delito” por ir a las condiciones que en la familia y en la escuela coadyuvan a fortalecer la promoción social que evite la conducta antisocial.

El Modelo Chimalli difiere de otros enfoques de la prevención que descansan en la prohibición, o en la oferta de alternativas de la información como educación, porque apoya aspectos formativos, fortalecedores de estilos de vida que permiten enfrentar exitosamente las opciones de riesgo. El siguiente cuadro resalta las ventajas del Modelo.

Cuadro 10.8 Enfoques a la prevención

Enfoque Chimalli	Enfoque médico-asistencial (enfermedad-salud)		
Prevención Primordial	Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
Familia-Escuela	Centro de Salud	Hospital general	Hospital especializado
Desarrollo humano	Vigilancia epidemiológica y atención a enfermos	Tratamiento	Rehabilitación
Promoción, cuidado y recuperación de la salud			
Educación para la salud			
Educación preventiva			
Enfoque Chimalli	Enfoque ético-jurídico (norma/delito)		
Prevención Primordial	Prevención Primaria	Prevención Secundaria	Prevención Terciaria
Familia-Escuela	Policía preventiva	Ministerio Público Policía judicial Jueces	Consejos tutelares Centros de readaptación
Desarrollo comunitario	Vigilancia	Administración de justicia	Readaptación social
Promoción social	Prevención social, custodia y readaptación de delincuentes		

El Modelo Chimalli-DIF contempla la realización de Planes de Acción que involucran al Promotor Infantil Comunitario y a los miembros de la comunidad a través de redes y el desarrollo de un ciclo preventivo de aproximadamente 5 meses, el cual se lleva a cabo en cuatro pasos:

1. Integración de la red comunitaria y diagnóstico.

2. Programación del contenido del ciclo de actividades a través de sesiones preventivas con grupos de niñas, niños, adolescentes y adultos para el desarrollo de habilidades protectoras, así como de actividades complementarias tanto con los miembros del grupo como con los de la red.
3. Evaluación de proceso, resultados e impacto.
4. Difusión de logros y avance a un nuevo ciclo.

Los Sistemas Estatales que han continuado la operación del Modelo Chimalli-DIF, reportan un gran avance en el trabajo conjunto con las redes comunitarias en la elaboración y ejecución de planes de acción para el desarrollo de habilidades y actitudes protectoras. En estas redes comunitarias se han realizado por lo menos dos ciclos preventivos con los mismos grupos de niñas, niños, adolescentes, padres de familia y adultos, y se ha incrementado el número de integrantes por red.

El Sistema Nacional DIF, en su carácter normativo, lleva a cabo acciones de capacitación, asesoría, seguimiento y evaluación de las acciones del Programa, en cada una de las 31 entidades. Asimismo diseña y elabora documentos normativos y materiales de apoyo didáctico que sustentan el Programa que facilite la labor del Promotor Infantil Comunitario y enriquezca la intervención preventiva y comunitaria.

En la gran mayoría de los Sistemas Estatales DIF se establece coordinación con otros Organismos de la sociedad civil e instancias públicas y privadas para la operación de acciones conjuntas y articuladas en las temáticas de alcohol, tabaco y drogas, como los Consejos Estatales contra las Adicciones, Centros de Integración Juvenil, Unidades de Servicio de Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, Procuraduría General de Justicia, Instituto Mexicano de la Juventud, Secretaría de Salud, Secretaría de Seguridad Pública a través de campañas Nacionales “Día Mundial sin Tabaco”, Día Internacional de Lucha contra el Tráfico ilícito de Drogas”, Semana Nacional de Información en alcohol, pláticas de sensibilización y orientación, jornadas comunitarias, actividades artísticas, deportivas, recreativas y culturales y la derivación de casos para tratamiento y rehabilitación.

El número de redes del Programa disminuyó en 2003 respecto al año anterior. No obstante, el número de menores y de grupos participantes aumento considerablemente. Los grupos aumentaron en 121 por ciento y el número de menores en 94 por ciento. Los grupos de padres de familia aumentaron en 116 por ciento y el número de participantes en 52 por ciento. Esto refleja la eficacia del Programa no solo para cumplir sus metas, sino para rebasarlas.

Cuadro 10.9 Cobertura del Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales (PREVERP)

	Redes		Niñas, niños y adolescentes		Padres de familia y adultos	
	Número	Miembros de las redes	Grupos	Participantes	Grupos	Participantes
2002	313	2,434	593	19,886	130	3,747
2003	236	2,017	1,313	38,558	282	5,681

Cobertura del Modelo Chimalli-DIF en el 2003

Mpio	Com.	Pic.	Red		Niños		Adolesc.		Adultos	
343	718	673	560	2979	430	9839	439	9721	537	9776

Transferencia de recursos del DIF Nacional

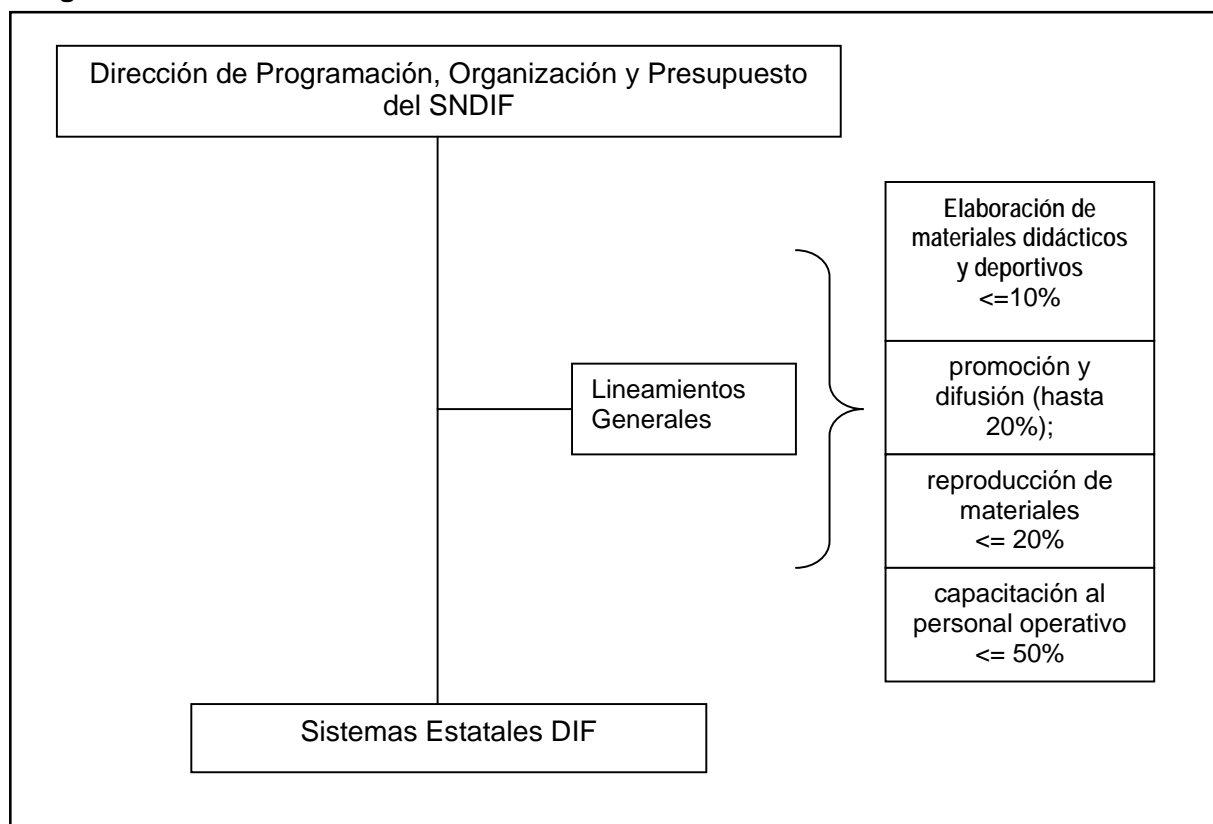
La decisión de utilización de los recursos, debe estar a cargo del responsable Estatal del Programa PREVERP de acuerdo con las prioridades establecidas en su Plan Anual de Trabajo, con el fin de que los recursos puedan ser optimizados.

La aplicación de los recursos financieros se hace conforme los Lineamientos Generales del Programa; este proporciona la guía de los rubros en los que se pueden aplicar los recursos. Estos rubros son: a) capacitación al personal operativo (hasta un 50 por ciento del monto asignado); b) reproducción de materiales (hasta 20 por ciento); c) promoción y difusión (hasta 20 por ciento); d) elaboración de materiales didácticos y deportivos (hasta el 10 por ciento). Asimismo, existen restricciones en rubros como: capacitación al personal operativo, reproducción de materiales no autorizado dentro de los Lineamientos, promoción y difusión, elaboración de materiales didácticos. Por otra parte, la comprobación de los recursos financieros entregados deberá hacerlos los Sistemas Estatales DIF, ante la Dirección de Programación, Organización y Presupuesto del Sistema Nacional DIF (Figura 3)

La importancia del Programa está en el enfoque preventivo que toma y en que promueve el desarrollo humano, con la implicación de la familia. Esto permite el establecimiento de una red de apoyo social en la que el Estado es el promotor, pero en las que la sociedad se involucra y participa en la prevención de problemas sociales en grupos vulnerables.

El Programa se dirige a los individuos, pero no los observa de manera aislada, sino como parte de una comunidad, por lo tanto, la comunidad participa para generar identidad individual y cooperación. Ningún otro Programa gubernamental tiene este enfoque.

Figura 3.



El Programa permite la participación de los actores locales por medio de la elaboración de un Programa Anual de Trabajo. La naturaleza de las acciones preventivas pudiera mejorarse si se tiene mayor flexibilidad en la toma de decisiones para ejercer el gasto, estableciendo un porcentaje máximo, no muy grande, en el gasto sobre el que los locales puedan decidir.

La organización para la operación del Programa es adecuada porque se afirma en lo simple y disminuye los costos de transacción. Por otra parte, el estímulo al desempeño pudiera ser la asignación de recursos con base en resultados. De esta manera disminuyen las conductas oportunistas.

X.3 Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA)

Las causas del embarazo en adolescentes (Stern,1997) son: el aumento y la mayor visibilidad de la población adolescente; la persistencia de las condiciones de pobreza de la población y la falta de oportunidades para las mujeres -que tienden a conducir a la formación temprana de las familias y que se asocian con mayores riesgos para la salud de éstas-; los cambios sociales y culturales que han

llevado a modificar el contexto normativo bajo el cual se sancionan los embarazos tempranos y, por último, las condiciones adversas a las que se enfrenta un número creciente de jóvenes que difícilmente pueden hacerse cargo de una familia, a pesar de que en muchas ocasiones estarían dispuestos y aun deseosos de hacerlo.

En comparación con las mujeres sanas de entre 20 y 30 años de edad, la posibilidad de que las jóvenes mueran por parto es 5 veces mayor cuando son menores de 15 años de edad y es 2 veces mayor cuando tienen entre 15 y 19 años.

Debido a factores fisiológicos y sociales, las adolescentes son más vulnerables a las complicaciones del embarazo y a las enfermedades transmitidas por el sexo (inclusive SIDA-VIH) y al aborto inseguro. Aunque la mayoría de las adolescentes son fisiológicamente maduras para embarazarse, su Organismo no está suficientemente desarrollado para llevar un embarazo a término con seguridad.

Los adolescentes de 15 a 19 años de edad representan casi la cuarta parte de la población nacional, y actualmente se registran 430,000 embarazos anuales en mujeres de esa edad (Conapo, 1991). Uno de los resultados de las uniones tempranas son los embarazos en mujeres jóvenes, muchos de los cuales se caracterizan por la presencia de toxemia, desproporción cefalopélvica y otros cuadros que aumentan el riesgo reproductivo. Por otra parte, el primer producto de una madre adolescente corre más riesgos de tener bajo peso al nacer y de ser prematuro, que los primeros hijos de madres de más de 20 años de edad (Ehrenfeld-Lenkiewicz, 1994).

El embarazo no deseado es un aspecto que incide de manera adversa en las expectativas de desarrollo y es, además, causa de exclusión social entre la población adolescente. Este se manifiesta a consecuencia de la intervención de una serie de factores de riesgo como puede ser en la esfera social, familiar e individual, manifestándose a través de una baja autoestima y falta de asertividad en la toma de decisiones, desintegración familiar y deficiente comunicación intrafamiliar.

El embarazo no deseado es un proceso biológico en el que participan mujeres y hombres entre los 12 y 19 años de edad, encaminado a la procreación de un nuevo ser humano, asociado a consecuencias biopsicosociales para la salud de la madre y del hijo, debido a la inmadurez biológica y psicoafectiva de la adolescente que se embaraza. En el caso del varón las consecuencias se manifiestan en aspectos psicosociales. Los adolescentes que viven en condiciones de vulnerabilidad social, enfrentan los riesgos de vivir en marginación y con limitadas opciones de desarrollo integral para lograr su autonomía.

El objetivo general de PAIDEA es prevenir y atender los riesgos de exclusión social derivados del embarazo y la maternidad no planeada en la adolescencia, proporcionando en concordancia con sus características y bajo una nueva

perspectiva de género, la orientación y asistencia adecuada e integral que fomente una actitud responsable frente a su sexualidad, propiciando su incorporación a una vida plena y productiva.

El Programa considera para su ejecución dos grandes vertientes: la de atención a madres y embarazadas adolescentes menores de 20 años en situación de vulnerabilidad social, y la vertiente preventiva dirigida a población adolescente en situación de riesgo, de ambos sexos hasta los 17 años 11 meses de edad.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, bajo la adscripción de la Dirección de Protección a la Infancia, coordina y norma a través del departamento de Prevención de Riesgos en Adolescentes, los Programas para la prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA) y de Prevención de Riesgos Psicosociales (PREVERP)

El propósito del Programa para la Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes (PAIDEA), es prevenir y atender los riesgos de exclusión social derivados del embarazo, la maternidad y la paternidad no planeada en adolescentes, con base en el diseño, articulación y desarrollo de acciones que les permitan a los Sistemas Estatales y Municipales DIF promover actitudes y habilidades de protección entre las niñas, niños, adolescentes y sus familiares, principalmente de aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social.

Para lograr los propósitos del Programa, los Sistemas Estatales y Municipales DIF llevan a cabo una serie de actividades establecidas en la metodología operativa que se incluye en los documentos denominados Normatividad del Programa PAIDEA, como son: la investigación sobre las causas, consecuencias, características y necesidades de la población objetivo; la planeación anual de las acciones específicas a realizar por municipio y metas a alcanzar; la identificación y realización de mensajes relacionados con la prevención del embarazo no planeado en adolescentes.

La operación del Programa se efectúa en dos vertientes:

1. La vertiente de atención tiene como objetivo compensar los efectos de la exclusión social, buscando la permanencia o reinserción a los ámbitos familiar, escolar o laboral de la madre y embarazada adolescente, a través del Taller de Salud Sexual y Reproductiva, con acciones que además de atender el fenómeno, informen y formen a las adolescentes en la adquisición de habilidades y destrezas para la vida, tendientes a elevar su autoestima y favorecer su asertividad para una mejor toma de decisiones; así como ofrecerles servicios de apoyo compensatorios temporales entre los que se encuentran:

- Asesoría jurídica,
- atención en Centros Asistenciales para el desarrollo de sus hijos e hijas,

- canalización a unidades del Sector Salud para el seguimiento y atención de su embarazo,
- becas académicas o de capacitación.

2. La vertiente de prevención del embarazo no planeado en adolescentes de zonas urbanas marginadas, a quienes a través de talleres se proporciona información y orientación sobre aspectos, además de actividades artísticas, culturales, deportivas y recreativas que favorezcan su sano desarrollo y la óptima utilización de su tiempo libre.

En las dos vertientes los talleres se llevan a cabo con una metodología que subraya la participación activa de cada integrante, la promoción de la reflexión crítica sobre actitudes, creencias y valores propios, y el acercamiento a la información, la adquisición de conocimientos referidos a la salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, cuidado de los menores en edad temprana, y aspectos jurídicos, entre otros temas, para promover un cambio de actitud frente a su circunstancia y frente al ejercicio responsable de la sexualidad.

El Sistema Nacional DIF, en su carácter normativo, lleva a cabo acciones de capacitación, asesoría, seguimiento y evaluación de las acciones del Programa, en cada una de las 31 entidades. Asimismo, elabora y actualiza los materiales de apoyo didáctico que sustentan el Programa, para su correcta aplicación.

En la gran mayoría de los Sistemas Estatales DIF la aplicación del Programa en sus dos vertientes, se coordina con otras instancias como la Secretaría de Salud, Hospitales Generales, Instituto Nacional de Educación para Adultos, Secretaría del Trabajo y la Secretaría de Educación Pública, entre otras, a través de las que se brindan apoyos y servicios integrales a los adolescentes incorporados al Programa, tales como:

- servicio médico y odontológico gratuito,
- asesoría jurídica y psicológica,
- capacitación en algunas artes y oficios,
- becas y canalización en casos específicos de atención a las instancias pertinentes.

En cuanto a la organización de actividades socioculturales, los estados reportan la participación de los beneficiarios en acciones artísticas, deportivas, recreativas y culturales.

En algunas de las entidades federativas, algunos grupos de madres adolescentes que culminaron su participación de las 19 sesiones del Taller de Salud Sexual y Reproductiva, han iniciado su proceso autogestivo con el apoyo de la institución.

Varios casos de jóvenes atendidos en las vertientes preventivas se encuentran en un proceso multiplicador, a través de la formación de clubes, patrullas o brigadas juveniles, en los que se promueve la prevención del embarazo no planeado en adolescentes.

Transferencia de recursos del DIF Nacional

Para apoyar a los SEDIF en la realización de las actividades mencionadas, anualmente se les asigna financiamiento por parte del DIF Nacional, con base en el cumplimiento de las metas Programadas, la ampliación de cobertura alcanzada, así como la entrega oportuna y en forma de los diversos informes establecidos. Existen Lineamientos Generales que definen criterios, generales para la utilización y comprobación de dichos recursos financieros.

La asignación del recurso para el ejercicio, se establece con base en el cumplimiento de los siguientes criterios: a) comprobación en tiempo y forma del recurso asignado en el año; b) entrega en tiempo y forma de los informes trimestrales (cualitativo y cuantitativo) y del Programa Anual de Trabajo; c) cobertura del Programa en su vertiente de atención y prevención.

La Dirección de Programación, Organización y Presupuesto, comunica a los Sistemas Estatales DIF, mediante oficio, el monto que se deposita en la cuenta bancaria de cada Sistema Estatal DIF, de acuerdo con la asignación establecida por la Dirección de Protección a la Infancia.

La aplicación de los montos para cada concepto, debe apegarse a lo establecido por cada SEDIF, en su Programa Anual de Trabajo, éste Programa Anual debe ser validado previamente por la Dirección de Protección a la Infancia.

Los recursos podrán ejercerse en los siguientes rubros: a) capacitación al personal operativo (se puede ejercer el 50 por ciento de los recursos); b) reproducción y compra de materiales (se autoriza el 20 por ciento); c) promoción y difusión (se autoriza el 20 por ciento); d) visitas de asesoría y seguimiento a Sistemas Municipales DIF.

Si se requiere ejercer el recurso en algún concepto no considerado en estos Lineamientos, se debe enviar previamente una solicitud por escrito a la Dirección de Protección a la Infancia con copia a la Dirección de Programación, Organización y Presupuesto, en la que se justifique la petición y describa el concepto, objetivo, población beneficiada y monto. Una vez autorizada por escrito la petición, se podrá realizar el gasto.

Asimismo, se establecen restricciones, esto es una lista de conceptos en los que no se autoriza gasto. Además de definirse la manera de comprobar los recursos; todo el material que se adquiera con el recurso federal, así como su empleo en las acciones Programadas en el Programa Anual de Trabajo de cada SEDIF, se verificará durante las visitas de asesoría y seguimiento que realiza el personal del Sistema Nacional DIF (Ver Figura 4).

Taller de Salud Sexual y Reproductiva para Madres y Embarazadas Adolescentes

La propuesta metodológica del DIF y UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia), para el Taller contiene temas de autoestima, sexualidad, anticoncepción, embarazo, parto, puerperio y desarrollo del niño, son en total 20 sesiones. El taller se desarrolla a lo largo de 8 meses. En el cuadro 10.10 se muestran las veinte sesiones.

Cuadro 10.10 Taller de salud sexual y reproductiva para madres y embarazadas adolescentes

	Sesión
1	Presentación e integración
2	Autoestima
3	Asertividad
4	Identificación, reafirmación y preservación de valores
5	Comunicación efectiva
6	Sexualidad
7	Salud sexual y salud reproductiva, derechos
8	Enfermedades de transmisión sexual
9	Métodos anticonceptivos: por qué, para qué, cuáles y cómo
10	Embarazo, cuidado prenatal integral (afectivo, social, psicológico, médico, odontológico, nutricional)
11	Formas de resolución de un embarazo
12	Maternidad y paternidad: compartiendo responsabilidades
13	Estimulación afectiva del niño y la niña de 0 a 2 años
14	Cuidados del niño y la niña de 2 a 6 años
15	Disciplina: qué es efectivo
16	Mujer diferente de madre: qué más hay para las mujeres
17	No a la violencia intrafamiliar
18	Toma de decisiones
19	Algunos aspectos sobre legislación
20	Evaluación.

Esta metodología está contenida en una carpeta con lecturas y material para los facilitadores, que son los que conducen el Taller. Además de esta carpeta metodológica, se tienen otro tipo de materiales que les permiten capacitarse para la tarea que abordan con los adolescentes. Un ejemplo de este material es el de "Conceptos básicos para prevenir conductas de riesgo en adolescentes". Este documento contiene temas como los siguientes: preadolescencia, adolescencia como etapa existencial, desarrollo afectivo durante la adolescencia, sexualidad, autoestima, comunicación, habilidades para la vida, identidad, proyecto de vida, la familia y los valores, etc.

El Programa atendió en 2002 a 496,842 menores en sus dos vertientes; de atención y prevención. En 2003, este número fue de 700,829, significando un incremento de 41 por ciento en la población atendida (Cuadro 10.11).

Cuadro 10.11 Cobertura del Programa, 2002 y 2003

2002								
Vertiente de Atención			Vertiente de Prevención					
Población atendida			Población Escolarizada			Población Abierta		
			Población Atendida			Población Atendida		
Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
42,399	2,436	44,835	146,736	135,963	282,699	78,826	90,482	169,308
2003								
Vertiente de Atención			Vertiente de Prevención					
Población atendida			Población Escolarizada			Población Abierta		
			Población Atendida			Población Atendida		
Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
46,864	3,081	49,945	251,271	223,496	474,767	92,437	83,680	176,117

El Programa atiende al grupo objetivo de una manera que ningún otro Programa del sector salud atiende, porque lo hace por medio de un enfoque integral, que observa el origen del problema y la complejidad de este.

Ocupa para esto dos vertientes: de atención y de prevención; de modo que se ocupa del problema presente y además invierte en educación para evitar que este problema crezca y aún abatirlo.

Para lograr atender de una manera integral se necesita coordinación con otras dependencias. El Programa lo logra gracias a la flexibilidad en su organización, lo que revela una formulación central, pero que permite además la participación de los Sistemas Estatales por medio de la planeación de los talleres de acuerdo con el contexto social y económico.

El control sobre el manejo de los recursos federales, permite rendición de cuentas y además crea incentivos para mejores resultados porque la asignación de los recursos tiene una base de cumplimiento y esfuerzo. De esta manera no solo se imponen restricciones de manejo de recursos a los locales, sino que estos pueden participar en la determinación del presupuesto, en la medida en que su

desempeño mejor. Así se evitan costos altos de transacción y conductas oportunistas.

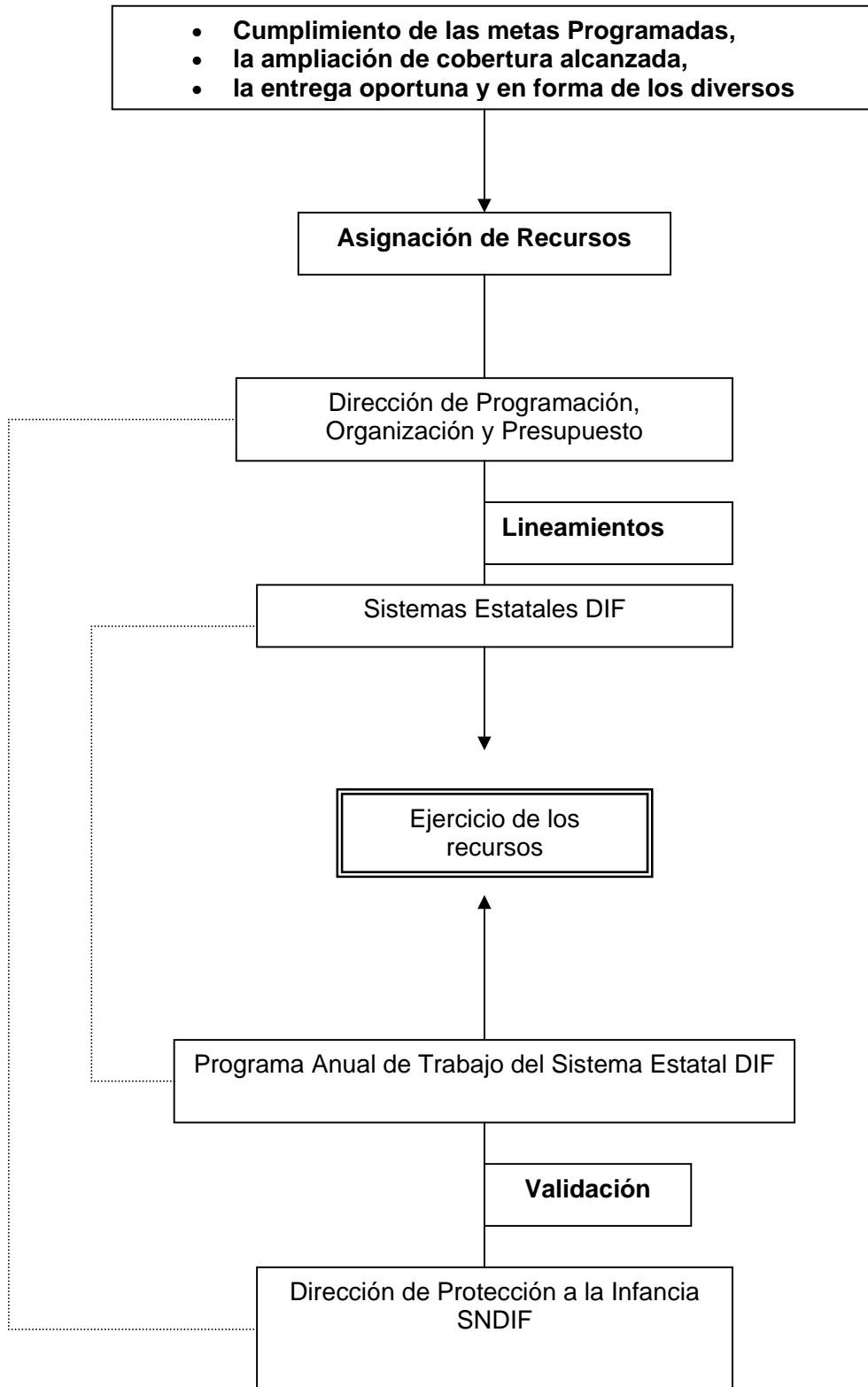


Figura 4

X. 4 Programa para la Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal

La evidencia empírica sobre los determinantes del trabajo infantil determina cuáles son los factores internos y externos a los hogares, que lo producen. Los factores internos incluyen el tamaño de las familias, la educación de los padres, la cultura de la familia, la fertilidad y el riesgo familiar. Los factores externos incluyen el Sistema de educación y la infraestructura social disponible para los hogares, la estructura del mercado de trabajo y el nivel de desarrollo tecnológico.

Las intervenciones políticas a este problema incluyen políticas de alivio a la pobreza con el propósito de reducir el riesgo en el ingreso para los hogares pobres, intervenir sobre la fertilidad, la adopción de tecnologías y mejoras en las oportunidades de empleo.

Dentro de estas políticas se ubica el Programa de Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal, administrado por el Sistema Nacional de Desarrollo Integral de la Familia (DIF). La población objetivo de este Programa son los niñas y niños trabajadores del sector informal. El Programa contempla el otorgamiento de apoyos compensatorios, esto es, becas para los menores trabajadores. Estas becas pretenden cubrir el costo de oportunidad⁶ en que incurren los menores al dedicar su tiempo a la educación o la capacitación (disminuir el riesgo en el ingreso).

La infancia es un grupo social estratégico en las perspectivas de futuro de la humanidad en general. Existen diferentes desafíos para la niñez, por un lado el contraste entre una creciente autonomización e individuación de la infancia, que ha acortado la distancia que mediaba hasta hace una generación entre las experiencias y vivencias del mundo adulto, respecto del mundo de los niños; y por otro, en el incremento de los riesgos psicológicos, físicos y morales que implica para el desarrollo infantil, el nuevo escenario de mayor complejidad social en el que viven las familias de hoy.

Según la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), el cambio de las estructuras familiares, asociadas a nuevas vivencias de socialización infantil ha transformado igualmente los esquemas tradicionales familiares y, hoy se habla en general, de una democratización de las relaciones entre padres e hijos que muestra una tendencia hacia la configuración de un nuevo consenso social respecto de la educación de los hijos, basado ahora en la reformulación de la correspondencia entre derechos, responsabilidades y límites entre los diversos miembros de la familia y hacia el reforzamiento de la autonomía de los niños y las niñas.

⁶ Es el valor máximo sacrificado, alternativo al realizar alguna decisión económica. En este caso, el dinero que el menor deja de ganar en su trabajo.

En un país como México, una gran proporción de la población vive en condiciones de pobreza. Los cambios que aceleran las migraciones y la concentración urbana de la población, generan también privación, falta de oportunidades, expectativas de vida frustradas, criminalidad y violencia, que inciden en la dinámica y relaciones del ámbito familiar.

Además, en nuestro país, la participación económica de las mujeres en el presupuesto familiar, ya alcanza el 30 por ciento de la PEA (Población Económicamente Activa) ocupada y representa una aportación entre el 15 y el 25 por ciento de los ingresos familiares. Esto ha modificado parcialmente los patrones de autoridad en el hogar y ha generado un desfase entre expectativas de comportamiento de hombres y mujeres progenitores y las realidades domésticas. A su vez, esto se traduce en situaciones de violencia intrafamiliar, que recaen directamente sobre las mujeres en la mayoría de los casos, pero también en los menores.

La caída de los salarios y el escaso dinamismo en el crecimiento del empleo, han llevado al incremento del número de perceptores de ingresos en el hogar, llevando a que la proporción de la población infantil que trabaja aumente. Según cifras del INEGI, el 22 por ciento de la PEA está compuesta por población de 12 a 14 años y 3.3 millones de personas realizan trabajo infantil.⁷

De esta manera, el problema de los niños que salen de sus hogares en busca de un ingreso, es un problema presente. De acuerdo con el Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades, realizado por el DIF-UNICEF, las causas de este problema son de tipo estructural y desencadena consecuencias entre las que destaca la parte educativa, ya que acuerdo con los datos de la SEP, casi el 30 por ciento de la población en edad escolar correspondiente al nivel de Educación Media, no asiste a la escuela, es decir, no está matriculada; lo cual supone riesgos y restricción de oportunidades. Esto en el largo plazo significa una disminución en el capital humano para el país. Los costos sociales de una niñez perdida tienden a sesgar la vulnerabilidad de familias en el tiempo con una mayor y creciente incidencia de marginación en todas sus dimensiones.

En este sentido, la OIT (Organización Internacional del Trabajo) estableció la abolición efectiva del trabajo infantil como uno de los cuatro principios subyacentes a los derechos fundamentales de la Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo.

La ONU (Organización de las Naciones Unidas) adoptó la Convención sobre los derechos del niño, en este marco los países miembros se comprometieron a brindar protección y seguridad a los niños, así como a garantizar el respeto de sus derechos para su pleno desarrollo. En esta Convención, en su artículo 32 se establece que: el Estado reconozca “el derecho del niño a estar protegido contra la

⁷ El trabajo infantil en México. INEGI, México. 2002

explotación económica y contra cualquier tipo de trabajo que pueda ser peligroso o entorpecer su educación, o que sea nocivo para su salud o para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social” y además “la adopción de medidas legislativas, administrativas, sociales y educacionales para garantizar la aplicación del presente artículo”.⁸

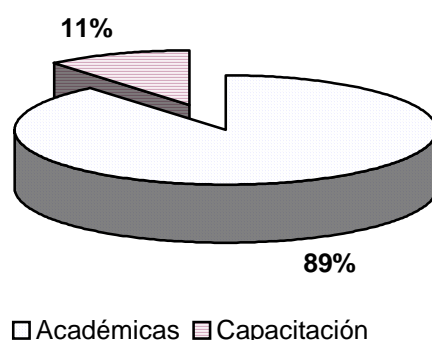
Se necesitan políticas públicas que no solo enfoquen a los menores como hijos o alumnos o como cuerpo objeto de las acciones sanitarias; es decir, como individuos aislados, sino considerarlos en su integridad y en su contexto familiar, social y humano. Esto se logra con la interacción de políticas, acciones e intereses concurrentes de diferentes Programas.

La estrategia del DIF para atender a esta población es otorgar las becas ya mencionadas, unidas al Modelo de Educación no Formal para Menores Trabajadores Urbano Marginales y el Paquete Básico de Bienestar Social.

Casi todas las becas que se dan son académicas, las de capacitación representan el 11 por ciento (Ver Gráfica 10.1), habiendo en promedio 22 becas de este tipo, por Estado de la República. El promedio de becas académicas en los Estados es de 176 (Ver Cuadro 10.12). Esta distribución de las becas a menores también puede apreciarse en el diagrama de caja y brazo (Gráfica 10.2) donde se observa que en las becas académicas existe un caso atípico (punto marcado a la derecha del diagrama), este caso atípico es el Estado de México, que es uno de los Estados donde se registran mayor población de niños trabajadores.

Gráfica 10.1

Becas a menores trabajadores

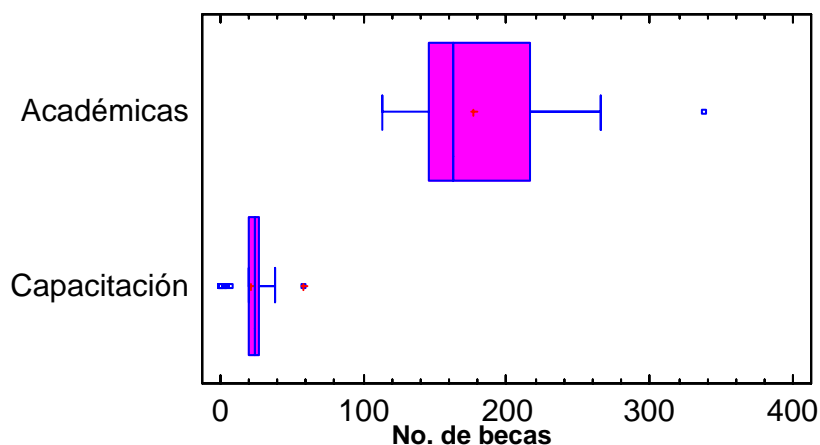


⁸ OIT, (2000^a). Statical information and monitoring programme on-child labor (SIMPOC). Introducción. P. 1. (Citado en El trabajo infantil en México, INEGI, México, 2002).

Cuadro 10.12 Resumen estadístico

	Académicas	Capacitación
Cantidad	31	31
Media	176.45	22.16
Varianza	2,269.32	162.74
Desviación Estándar	47.63	12.57
Mínimo	114	0.0
Máximo	338	58.0

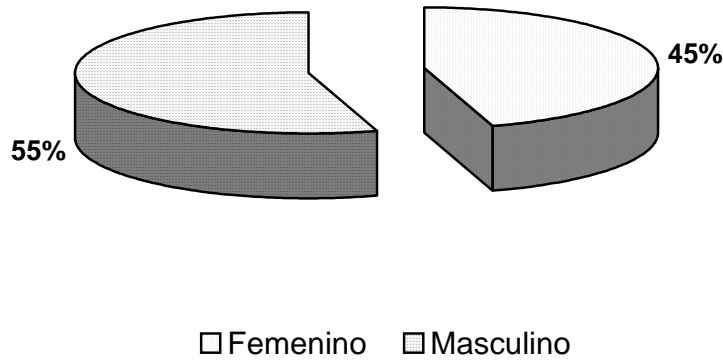
Diagrama de caja y brazo



Gráfica 10.2

La distribución de becas tiene como población objetivo mayoritaria a los niños, quienes, se sabe, corren más riesgo que las niñas, de convertirse en menores trabajadores para aportar ingreso al hogar. La gráfica mostrada abajo revela que el 55 por ciento de las becas son para menores del sexo masculino.

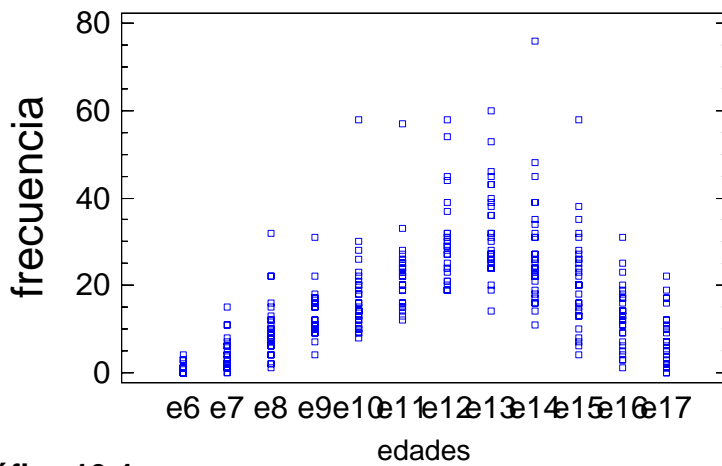
No Becas según sexo



Gráfica 10.3

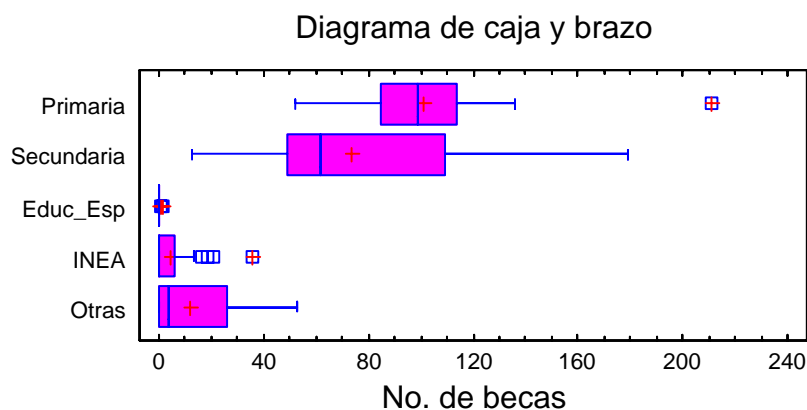
El siguiente gráfico nos permite observar las edades de los niños que reciben las becas tanto académicas como de capacitación. Las edades que registran una mayor frecuencia son las de los niños de 12 a 14 años. Esto coincide con la escolaridad de los becados que sumando los de educación primaria y secundaria dan el 88 por ciento del total de menores becados.

Distribución de becas por edades



Gráfica 10.4

Gráfica 10.5



Para 2003, el porcentaje promedio de eficiencia terminal para el país fue 84 por ciento. Es decir que de cada cien niños beneficiados, 84 aprobaron el año escolar. Nuevo León fue el estado con mayor porcentaje de eficiencia terminal, con 99 por ciento; mientras que Veracruz obtuvo sólo 57 por ciento.

En el año 2002, el porcentaje promedio de eficiencia terminal nacional del Programa fue de 0.77 por ciento, lo que revela una mejora en el indicador, de este año al 2003.

Aunque el indicador de eficiencia terminal se obtiene también por sexo, no se tienen datos sobre cuestiones de género. Puede ser útil observar el comportamiento de los niños y niñas, porque, por ejemplo, los niños son mayoría de los menores que trabajan. Así, puede hacerse una diferenciación en el monto de las becas otorgadas, si el costo de oportunidad de ir a la escuela o capacitarse, es más alto para un sexo.

Para saber si el costo de oportunidad para un sexo es más alto, se necesita un estudio donde se consideren las actividades en las que se desarrolla cada sexo y el pago que se obtiene en ellas. Un método más sencillo es incluir en el estudio social que se le realiza a los becarios, la pregunta de cuánto obtienen en qué actividad. Esta diferenciación no tiene porque causar desaliento en los becarios, por el contrario, se convierte en incentivo para permanecer en la escuela y no regresar a trabajar. Un problema en esta recomendación es valorar el tiempo que los niños trabajan en tareas del hogar y que generalmente no se pone en términos monetarios. Esta dificultad puede ser superada mediante la metodología de evaluación social de proyectos.

La probabilidad de que un niño se inscriba a la escuela está relacionada con su edad y los años de escolaridad que ha aprobado. Por esta razón, el apoyo debe también diferenciarse por edades (y por año escolar) porque el costo de oportunidad de los niños es mayor conforme tienen mayor edad porque pueden realizar tareas mejor pagadas. Si la beca no cubre este costo, es más probable que el menor regrese al trabajo urbano-marginal.

En el estudio recomendado es necesario que se analice la evolución de los becarios, qué porcentaje es reelegido por el Programa, cuáles son los movimientos de entrada y salida al Programa, si es que existen. Estas observaciones permiten mejorar los criterios para otorgar el apoyo, dar un mejor seguimiento y en la promoción del Programa.

Las becas de capacitación deben tener un seguimiento parecido para ver si la capacitación que han recibido los incorpora con éxito al mercado de trabajo. Lejos de hacer un análisis para mejorar la eficiencia y eficacia del Programa, no se ha apoyado el crecimiento de la cobertura y apoyo que éste da, pues desde 1996, años en el que comenzó a operar, no se ha incrementado el monto de las becas, ni siquiera para compensar el aumento de la inflación.

X. 5 Programa de Atención a Menores Fronterizos

La tarea de este Programa es unir esfuerzos y acciones entre instancias de los tres órdenes de gobierno, instituciones públicas, privadas y Organismos de la sociedad civil a nivel nacional e internacional, con el fin de prevenir y atender las necesidades de los menores fronterizos y las problemáticas colaterales a las que están expuestos.

La población objetivo del Programa es propensa a riesgos, identificados por el DIF. Entre los que destacan: por ejemplo los siguientes:

- Incorporación temprana al trabajo
- Alta incidencia al consumo de drogas
- Ambientes propicios para la delincuencia juvenil
- Ambientes propicios para prostitución/pornografía infantil
- Transculturación de valores y de información
- Migración transfronteriza no autorizada

Por esta razón, el objetivo del Programa es asegurar la repatriación ordenada y segura de niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados⁹ sin acompañante

⁹ Un menor *migrante* es aquel que es detectado en la franja fronteriza, en el intento de cruzar de manera no autorizada hacia los Estados Unidos. Un menor *repatriado* es aquel que fue detenido por alguna autoridad migratoria de los Estados Unidos por internarse de manera no autorizada a ese país. Un menor *fronterizo* es un término genérico para nombrar tanto a migrantes como a los repatriados.

adulto, así como procurar su atención temporal en albergues, para finalmente reintegrarlos a sus familias y comunidades de origen.

Las ciudades en que opera el Programa son: Tijuana y Mexicali en Baja California; Ciudad Acuña y Piedras Negras en el Estado de Coahuila; Ciudad Juárez y Ojinaga en Chihuahua; Agua Prieta y Nogales en Sonora; y Matamoros, Nuevo Laredo y Reynosa en el estado de Tamaulipas.

Para llegar a cumplir su principal objetivo, el Programa busca fortalecer la coordinación institucional para la atención a la migración infantil. Para lo cual es importante contar con un Sistema único de información sobre los migrantes menores, la cual permita acercarse a las causas y las circunstancias que llevan a los menores a migrar. Con esta información se podrán desarrollar campañas de promoción, difusión y defensa de los derechos de los menores migrantes.

Los menores objetivo del Programa pueden estar dentro del siguiente contexto:

- Migrantes de otras localidades del país
- Migrantes locales
- En situación de calle
- Infractores o con problemas legales
- Repatriados

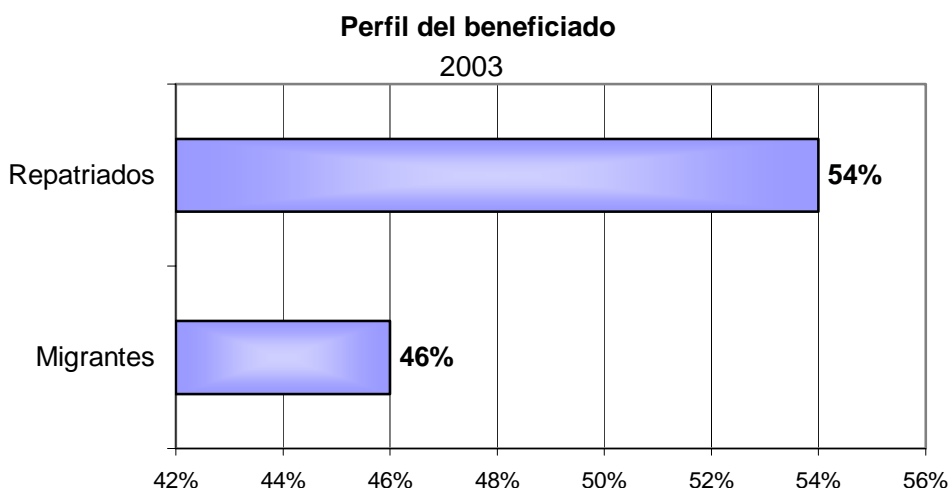
Los menores migrantes se canalizan a la Red de Albergues del Sistema DIF. En cuanto a los menores repatriados, las autoridades estadounidenses los entregan a los consulados mexicanos, que a su vez los entregan a las delegaciones del Instituto Nacional de Migración (INM). El instituto los canaliza a la Red de Albergues o albergues de tránsito. Una vez que estos menores son turnados por el Instituto Nacional de Migración, se les proporciona servicio de albergue a través del DIF municipal o por parte de un albergue privado, donde se realiza la investigación social para la localización de su familia y una vez detectada se procede a la reintegración respectiva, la cual en caso de tratarse de menores que no son residentes del punto fronterizo en que se encuentran, son trasladados a su comunidad de origen por la vía terrestre en autobús de transporte público o por la vía aérea en una línea comercial.

Dentro del albergue, el menor recibe la siguiente atención:

1. Recepción: Valoración médica, social, psicológica y revisión de situación jurídica;
2. Servicios básicos: Alojamiento, alimentación y vestido (cambio de ropa);
3. Canalización a su lugar de origen: Localización de familiares, enlace y coordinación institucional, traslado del menor y entrega institucional y/o familiar.

La Red de Albergues de Tránsito está constituida por 13 albergues del DIF y 5 de las organizaciones de la sociedad civil (OSC's). A su vez se tienen Comisiones

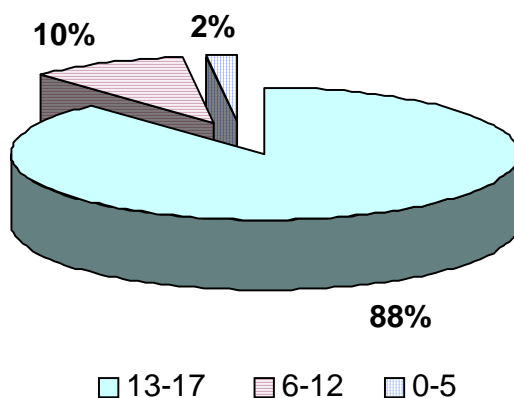
Interinstitucionales Locales en: Tijuana, B.C.; Mexicali, B.C.; Cd. Acuña, Coah.; Cd. Juárez, Chih.; Ojinaga, Chih.; Agua Prieta, Son.; Nogales, Son.; Matamoros, Tamps.; Nuevo Laredo, Tamps.; y Reynosa, Tamps.



Gráfica 10.6

En el 2003, la mayoría de los niños beneficiados son repatriados, esto es; fueron detenidos al internarse de manera no autorizada a Estados Unidos, estos son un 54 por ciento y el 46 por ciento restante son migrantes (Gráfica 10.6). En el 2002, estos porcentajes fueron 90 y 10 por ciento respectivamente. Esta diferencia refleja una disminución drástica en los menores que pudieron ingresar a Estados Unidos (36 por ciento menos).

Edad de menores beneficiados

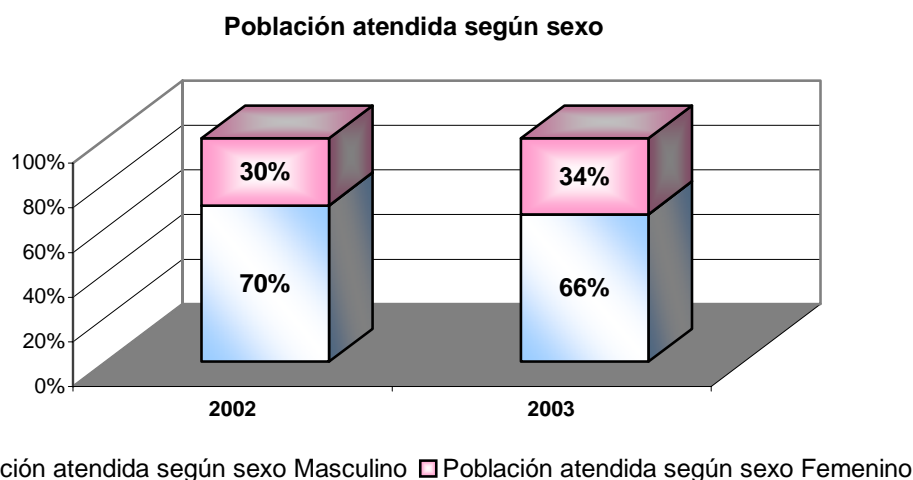


Gráfica 10.7

Para 2003 el 88 por ciento de los menores beneficiados se encuentran en el rango de 13 a 17 años, que es una edad en la que existe mayor probabilidad de entrar al mercado de trabajo.

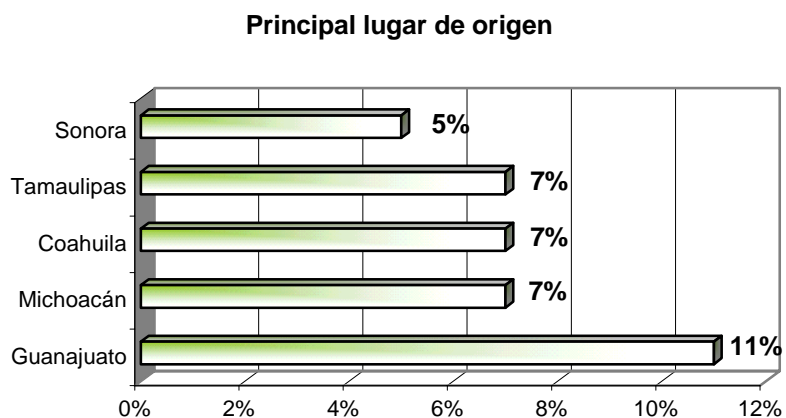
Para 2002, los porcentajes fueron parecidos: 83 por ciento con edad de 13 a 17 años; 13 por ciento con edad entre 6 y 12 años y el 4 por ciento con edad de 0 a 5 años.

Los niños, más que las niñas, están expuestos a los riesgos de la frontera, son quienes más transitan por ella. El porcentaje de menores del sexo masculino beneficiados en 2002 fue de 70 por ciento y en el 2003 fue de 66 por ciento (Gráfica 10.8).



Gráfica 10.8

La siguiente gráfica muestra los lugares de origen de los menores fronterizos. Siendo sólo cinco Estados, expulsores del 37 por ciento de los menores.

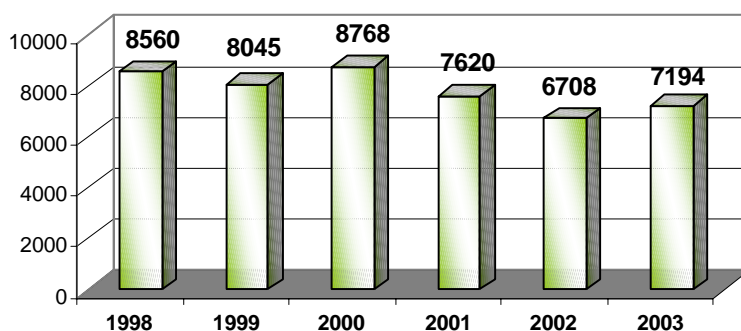


Gráfica 10.9

En 2002, los Estados de origen de los menores fueron por orden de mayor porcentaje: Tamaulipas, Guanajuato, México y San Luis Potosí; con 11, 10, 7 y 7 por ciento respectivamente.

En el año 2003 los menores atendidos en la Red de Albergues ascendieron a 7,194, esta cifra se incrementó en 7.3 por ciento con respecto al año anterior. En los 5 años que ha operado el Programa, el año en que se registró el menor número de menores repatriados atendidos fue en el 2002, con 6,708 menores. La actividad del Programa ha sido como se muestra en la siguiente gráfica.

Menores repatriados atendidos en la Red de Albergues de Tránsito (1998-2003)



Gráfica 10.10

El descenso observado en los flujos de repatriaciones a partir del año 2001, puede deberse al incremento de las medidas instrumentadas con fines de impedir la migración indocumentada por parte de Estados Unidos.

Los mayores flujos de atención en el 2002 se dieron en el Estado de Tamaulipas, seguido de Baja California, Sonora, Coahuila y Chihuahua. El cuadro 10.13 resume el perfil de los menores fronterizos atendidos por el Programa.

La figura 6, muestra la coordinación necesaria para la Gestión del Programa de Atención a Menores Fronterizos. El diseño de la estructura organizacional es adecuado, porque permite actuar inmediatamente y otorgar servicios al menor en las ciudades donde es canalizado a las autoridades. La única instancia anterior a la entrega del menor al DIF es el INM (Instituto Nacional de Migración).

Cuadro 10.13 Perfil del Menor Fronterizo

	2002	2003
Menores		
Repatriados	90	54
Migrantes	10	46
Edad		
13 a 17 años	83	88
6 a 12 años	13	10
0 a 5 años	4	2
Género		
Hombres	70	66
Mujeres	30	34
Principales entidades de origen		
Guanajuato		
Michoacán	10	11
Coahuila	6	7
Tamaulipas	4	7
Sonora	11	7
	4	5

La Red de Albergues de Tránsito contempla organizaciones de la sociedad civil, de esta manera el DIF aprovecha la infraestructura de éstas para atender a los menores. Sin embargo, es necesario que la supervisión del DIF para con estas organizaciones sea formalizada por medio de un convenio de colaboración que garantice las condiciones mínimas para la buena atención de los menores fronterizos.

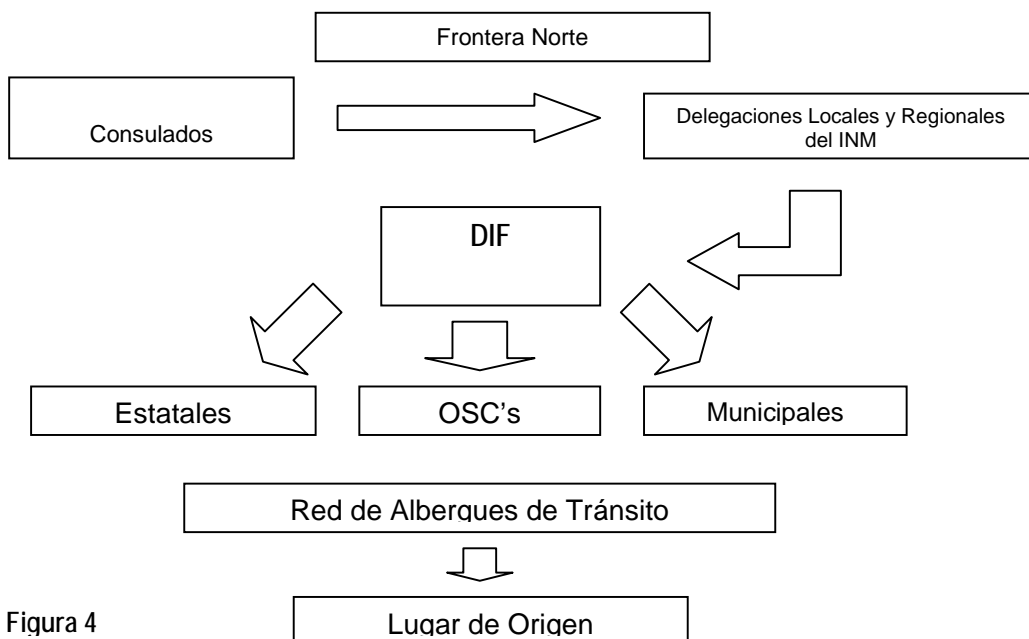


Figura 4

El trabajo de coordinación interinstitucional se esquematiza como sigue:



Figura 5

Aunque en este esquema no se especifica la coordinación del DIF Nacional con los DIF Estatales y Municipales, aquella se lleva a cabo haciendo a éstos responsables directos de la custodia, ejercicio y comprobación de los recursos financieros. De esta manera, se permite que las decisiones se tomen en el ámbito donde se tiene mayor información del problema, lo que permite una mayor eficiencia en la administración de los recursos, siempre y cuando se mantenga un adecuado control y rendición de cuentas con el Sistema federal.

Los DIF Estatales envían mensualmente a la Dirección de Protección a la Infancia del DIF Nacional, durante los primeros cinco días hábiles del mes inmediato posterior, el informe sobre: "Menores Migrantes y/o Repatriados Atendidos". A su vez, los DIF Municipales que participan en este Programa, acuerdan los tiempos y plazos de información con el DIF Estatal, a fin de contar con los informes mencionados. En este ámbito es dónde se hace evidente la necesidad de un acuerdo formal con los albergues privados, en caso de que exista colaboración con éstos, a fin de asegurar, en este caso, la información oportuna.

Esquemmatizando, se puede observar un grado de descentralización en las funciones, que lleva a una mejor eficacia en los objetivos del Programa al evitar la distorsión de información. La Figura 6 permite observarlo.

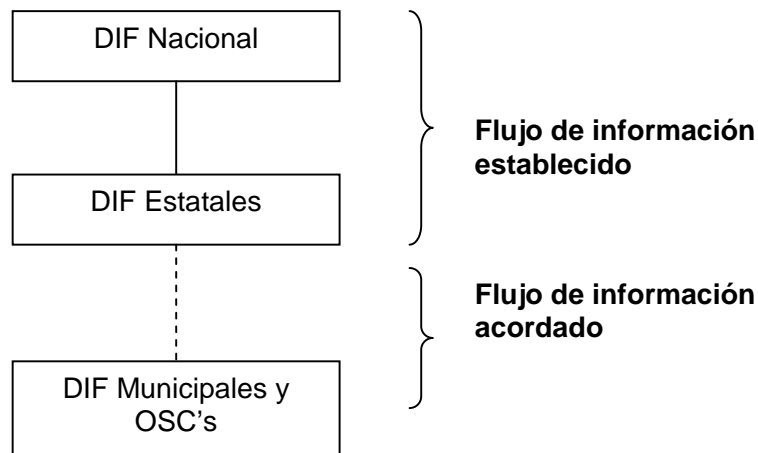


Figura 6

El Programa atiende la situación de una población de la cual ninguna otra instancia gubernamental se ocupa, en esto radica su importancia. Se tiene un enfoque correcto al considerar en la operación del Programa a organizaciones de la sociedad civil (OSC's), ya que la tarea de la sociedad en un problema como el de los menores fronterizos migrantes puede ser importante, pero el gobierno federal, no puede ignorarlo y dejar que sea la sociedad quien lo resuelva.

El logro de resultados en el Programa tiene como requisitos:

1. Mayores insumos.
2. Organización.

Por esta razón, la participación de las OSC's es importante. Sin embargo, en esta colaboración de las OSC's con el DIF, sería deseable que el compromiso se estableciera por escrito con la firma de un convenio de desempeño y condiciones de infraestructura para un determinado período.

La operación del Programa revela una formulación desde abajo en lugar de la central, que en este caso permite una mayor eficacia al trasladar la toma de decisiones a nivel local. Se propicia que las entidades federativas ajusten los recursos a sus condiciones particulares, aunque se mantiene un control sobre el manejo de los recursos federales, lo que permite rendición de cuentas y con ello, transparencia. En un Sistema con decisiones tanto centralizadas como descentralizadas, las decisiones centralizadas sirven para definir los parámetros de las descentralizadas e imponer restricciones a los responsables de decisiones locales.

La simplicidad de la organización para la operación del Programa evita costos de transacción altos y disminuye la probabilidad de conductas oportunistas.

El indicador para medir el logro de resultados es inadecuado porque no refleja la eficacia en lograr el objetivo general del Programa. Recordando, el objetivo del Programa es: asegurar la repatriación ordenada y segura de niñas, niños y adolescentes migrantes y repatriados sin acompañante adulto, así como procurar su atención temporal en albergues, para finalmente reintegrarlos a sus familias y comunidades de origen.

El indicador bien pudiera dividirse en los menores que son trasladados con recursos del DIF y menores atendidos y trasladados por sus familiares con quienes se hizo contacto. El resultado bajo del indicador pareciera ser evidencia de pocos resultados del Programa, pero si se usaran indicadores más apropiados, la eficacia del Programa sería mejor observada.

El objetivo del Programa no es exactamente, trasladar a los menores a sus lugares de origen con los recursos del DIF, sino procurar que estos lleguen a sus familias y comunidades de manera segura y ordenada. Esto se logra no solamente siendo el DIF quien se encargue de acompañar al menor y pagar el traslado. Si el DIF contacta a sus familiares y estos pueden hacerse cargo del menor, la tarea está cumplida, logrando de este modo ser más eficientes, es decir, lograr más con menos.

XI. Indicadores de Resultados

Para encausar y medir el impacto del Programa de Atención en Desamparo, se aplican criterios de seguimiento a través de Indicadores de Resultados. A continuación en el cuadro 11.1 se presentan estos indicadores para el año 2002 y 2003, así como un breve comentario sobre la tendencia de estos índices de 2002 a 2003. Cabe hacer mención que para algunos de estos índices, cambió la forma en que se calculaban por lo que no se puede hacer para ellos la comparación entre los dos años.

Cuadro 11.1 Indicadores de Resultados para el Programa de Atención en Desamparo

	2002	2003
1) Porcentaje de Reintegraciones Familiares y Sociales de Personas Desamparadas Albergadas en Unidades Asistenciales	2.23%	20.2%
No. de Personas Reintegradas a un Núcleo Familiar (de origen o sustituto) y al Medio Social Externo X 100/ Población Atendida en Unidades	$\frac{11}{492}$	$\frac{96}{476}$

Los índices de ambos años no son comparables ya que la base de cálculo para determinar el numerador es distinta en cada caso.

2) Índice de Atención integral en Unidades Asistenciales	27.9%	772.5%
No. de servicios de atención a población albergada X 100/ No de beneficiarios atendidos	$\frac{272,636}{975}$	$\frac{731,575}{947}$

Los índices de ambos años no son comparables ya que la base de cálculo para determinar el numerador es distinta en cada caso.

3) Índice de personas con apoyos o servicios otorgados	100.3%	103.8%
No. de personas beneficiadas con apoyos o servicios X 100/No. de solicitantes	$\frac{5,969}{5,946}$	$\frac{5,814}{5,599}$

En el 2003 se observa un incremento en el valor del índice respecto al año anterior como consecuencia de un decremento más que proporcional en el número de solicitantes de apoyos o servicios otorgados respecto al decremento en el número de personas beneficiadas. Los valores de los índices se encuentran dentro de los rangos aceptados por el DIF Nacional.

4) Índice de Proyectos productivos instrumentados	101.0%	98.4%
No. de Proyectos productivos instrumentados X 100/ No. de Proyectos productivos Programados	$\frac{101}{100}$	$\frac{63}{64}$

El valor del índice disminuye en el año 2003 respecto a 2002 como consecuencia de un decremento más que proporcional en el número de proyectos programados respecto al decremento en número de proyectos instrumentados

5) Orientación Jurídica y Social Índice de Convenios Celebrados en Relación a la Asesoría Jurídica	6.5%	12.46%
No. de Juicios y Convenios Celebrados X 100/ Total de Consultas Jurídicas de primera vez	$\frac{147}{2,251}$	$\frac{125}{1,003}$

El valor del índice se incrementa del 2002 al 2003 como consecuencia principal de una caída en el valor de consultas jurídicas de primera vez, así como una disminución en el número de juicios y convenios celebrados por aumentar el número de acuerdos por conciliaciones.

6) Índice de Menores Jurídicamente regularizados en Relación al No. de Menores Institucionalizados sin Regularizar	88.3%	41.26%
No. de menores jurídicamente regularizados X 100/ No. de Menores Institucionalizados sin Regularizar	$\frac{136}{154}$	$\frac{196}{475}$

Se observa una caída en el valor del índice en 2003 como consecuencia principal de un fuerte aumento en el número de menores institucionalizados sin regularizar.

7) Índice de Pláticas de Prevención de la Violencia Intrafamiliar en Relación a las Visitas Promocionales	228%	179.35%
No. de Pláticas de Prevención de la Violencia Intrafamiliar X 100/ No. de Visitas de Promoción	$\frac{222}{97}$	$\frac{278}{155}$

El índice disminuyó en el 2003 como consecuencia de un incremento más que proporcional en el número de visitas de promoción respecto al incremento en el número de pláticas de prevención.

8) Índice de cobertura de atención a "Menores en Situación de Calle"	125.8%	95.6%
No. de niñas, niños y jóvenes incorporados al "Programa de la calle a la vida" X 100/ No. total de niñas, niños y jóvenes identificados en situación de calle	$\frac{15,241}{12,113}$	$\frac{40,101}{41,952}$

El valor del índice disminuyó en 2003 ya que la Programación del número de niñas, niños y jóvenes a incorporarse al Programa se realizó desconociendo el valor de la asignación del presupuesto para dichos fines, adicionalmente al importante incremento de identificaciones para un Programa que inició durante el ejercicio del 2001.

9) Índice de cobertura para la Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil	116.6%	112.5%
No. de ciudades en las que se promueve el Plan de Acción para prevenir y atender la explotación sexual comercial infantil X 100/ No. de ciudades seleccionadas con problemática identificada de explotación sexual comercial infantil	$\frac{14}{12}$	$\frac{9}{8}$

La cifra arroja un decremento en el valor del índice, sin embargo existe una diferencia en la forma como se calculan sus elementos para ambos años, existiendo según comentarios del área de análisis de la Dirección de Protección a la infancia un aumento más que proporcional del número de ciudades en las que se promueve la prevención y atención respecto al número de ciudades seleccionadas.

10) Índice de reintegración de menores migrantes y repatriados	8.2%	6.6%
No. de menores migrantes y/o repatriados reintegrados a su familia con recursos del DIF Nacional X 100/ No. de menores migrantes y/o repatriados foráneos atendidos en los albergues de tránsito	$\frac{547}{6,639}$	$\frac{448}{6,810}$

En el 2003 hubo una disminución en el valor del índice al disminuir el número de menores migrantes y/o repatriados reintegrados respecto a un incremento en aquellos atendidos en albergues en tránsito.

11) Índice de eficiencia terminal en becas escolares	76.3%	83.5%
No. de menores becados que aprobaron el ciclo escolar X 100/ No. de menores beneficiados con becas de DIF Nacional	$\frac{4,984}{6,529}$	$\frac{5,145}{6,157}$

El valor del índice se incremento para 2003 como consecuencia de un aumento en el número de menores becados que aprobaron el ciclo escolar contra una disminución en el número de beneficiados con becas del DIF Nacional.

XII. Diagnóstico de muestra de Unidades Operativas

A partir del análisis desarrollado en forma conjunta con la Directora y Coordinadores Técnicos del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar Niñas “Graciela Zubirán” en el D.F., así como de los responsables del Campamento Recreativo “Playa Aventuras”, en Quintana Roo, se encontraron los siguientes hallazgos relacionados a aspectos de Estructura y Procesos que afectan la probabilidad de otorgamiento de una buena atención a la población albergada o usuaria en general. La estructura se puede interrelacionar con los procesos y con los productos y servicios otorgados y nos puede otorgar información que nos permita inferir acerca del grado de bienestar obtenido por los usuarios en distintos atributos de la calidad.

En general se encontraron las siguientes áreas de oportunidad en áreas de estructura y procesos:

I Recursos Humanos:

Situaciones detectadas:

I.1 Deficiencia en el perfil de algunos empleados respecto a las características que demanda su puesto.

Causas probables:

- Salida de personal de la institución que se ha acogido al Programa de Retiro Voluntario del Gobierno Federal, teniendo que ser substituido en ocasiones por personal sin la experiencia y la capacitación adecuada para el puesto a desempeñar.
- Contrataciones sin perfil adecuado, sobre todo en personal base.
- Estructura Organizacional en la unidad operativa con funciones no totalmente apegadas a su actividad actual real.

Posibles soluciones:

- Revisión general de procesos en Área de Recursos Humanos y búsqueda de alternativas para cumplimiento de objetivos del Programa de Retiro Voluntario.

I.2 Bajo desarrollo de personal dentro de la organización, empleados que se mantienen con el mismo puesto durante un período de tiempo muy largo sin mostrar desarrollo en sus capacidades de trabajo.

Causas Probables:

- Estrategia de Desarrollo de personal deficiente.
- Inversión baja en Capacitación.
- Capacitación mal enfocada.

Posibles Soluciones:

- Revisión general de procesos en Área de Recursos Humanos
- Incremento en capacitación

I.3 Salarios no adecuados a experiencia y capacidad de los empleados

Causas Probables:

- Limitaciones importantes en presupuesto.
- Sistema de Sueldos y Compensaciones inadecuado.

Posibles Soluciones:

- Revisión General de procesos en Área de Recursos Humanos.

I.4 Recursos Humanos y Plazas en número insuficiente en relación a necesidades de Unidades Operativas.

Causas Probables:

- Salida de personal de la institución que se ha acogido al Programa de Retiro Voluntario del Gobierno Federal
- Proceso de contratación de personal y reasignación de plazas lento

Posibles Soluciones:

- Revisión General de procesos en Área de Recursos Humanos
- Búsqueda de alternativas para cumplimiento de objetivos del Programa de Retiro Voluntario.

I.5 Ineficiencia e ineficacia en algunos empleados de personal base

Causas Probables:

- Baja corresponsabilidad de Sindicato con Programas y proyectos de calidad y eficiencia del DIF Nacional.
- Inversión en Capacitación limitada por insuficiencia de presupuesto.

Posibles Soluciones:

- Creación y aplicación de análisis de indicadores objetivos, encuestas y desarrollo de una estrategia de marketing interno que permita a Áreas Centrales, Sindicato y Principales responsables de DIF Nacional conocer con objetividad las Unidades Operativas del DIF.
- Acceso a información objetiva estandarizada del DIF Nacional para su análisis como apoyo a solicitud de incremento en presupuesto.

I.6 Personal de algunas Unidades Operativas con fuertes lazos familiares

Causas Probables:

- Falta de normatividad en Área de Recursos Humanos o de su cumplimiento.

Posibles Soluciones:

- Revisión de Procesos en Recursos Humanos.
- Cumplimiento de normatividad.

II Recursos Materiales

II.1 Insuficiencia de equipo en relación a necesidades.

Causas Probables:

- Limitaciones importantes en presupuesto.
- Procesos de planeación, compra, licitación y contratación realizados en forma subóptima.

Posibles Soluciones:

- Rediseño de procesos y descentralización de algunos procesos en Área de Recursos Materiales.
- Acceso a información objetiva estandarizada del DIF Nacional para su análisis como apoyo a solicitud de incremento en presupuesto

II.2 Existencia de Equipo en mal estado.

Causas Probables:

- Limitaciones importantes en presupuesto.
- Mantenimiento inadecuado de equipo por parte de empresas inexpertas o ineficientes.
- Procesos de planeación, compra, licitación y contratación realizados en forma subóptima.

Posibles Soluciones:

- Rediseño de procesos y descentralización de algunos procesos en Área de Recursos Materiales.
- Acceso a información objetiva estandarizada del DIF Nacional para su análisis como apoyo a solicitud de incremento en presupuesto.

II.3 Existencia de Equipo viejo.

Causas Probables:

- Limitaciones importantes en presupuesto.
- Procesos de planeación, compra, licitación y contratación realizados en forma subóptima.

Posibles Soluciones:

- Rediseño de procesos y descentralización de algunos procesos en Área de Recursos Materiales.
- Acceso a información objetiva estandarizada del DIF Nacional para su análisis como apoyo a solicitud de incremento en presupuesto.

II.4 Insuficiencia de infraestructura (áreas físicas de trabajo).

Causas Probables:

- Limitaciones importantes en presupuesto.

Posibles Soluciones:

- Acceso a información objetiva estandarizada del DIF Nacional para su análisis como apoyo a solicitud de incremento en presupuesto.

III Falta de Información Objetiva sobre la Unidad Operativa por Áreas Centrales.

Causas Probables:

- Información limitada sobre Unidades Operativas debido a :
 - Existencia de Indicadores y encuestas limitados o no estandarizados y falta de marketing interno.
 - Falta de visitas de trabajo por parte de Áreas Centrales.

Posibles Soluciones:

- Creación de normatividad o aplicación de su obligatoriedad para la realización de visitas de trabajo periódicas por parte de Áreas Centrales.
- Creación y aplicación de análisis de indicadores objetivos, encuestas y desarrollo de una estrategia de marketing interno que permita a Áreas Centrales, conocer con objetividad las Unidades Operativas del DIF.

IV Obsolescencia de algunos Manuales o diseño incompatible con Sistema de Gestión de Calidad.

Causas Probables:

- Limitación importante de presupuesto.
- Falta de revisión y actualización periódica de manuales por limitación de estructura.
- Proceso de integración de Sistema de Gestión de Calidad no ha llegado a algunas Unidades Operativas.

Posibles Soluciones:

- Rediseño de estructura y procesos internos en áreas centrales para alineación de manuales a estrategia institucional de SGC.
- Acceso a información objetiva estandarizada del DIF Nacional para su análisis como apoyo a solicitud de incremento en presupuesto.

Diagnóstico

Durante el segundo semestre del 2003, se realizó un diagnóstico a profundidad sobre una muestra de 5 Unidades Operativas (UO) del DIF Nacional, representativas de los Programas de Atención a Personas con Discapacidad y Atención a Población en Desamparo, con el objeto de conocer sus objetivos, organización, servicios, Programas otorgados, procedimientos y procesos de trabajo, manuales y principales problemáticas, a fin de analizar con los principales responsables involucrados, posibles alternativas de solución y por tanto identificar áreas de mejora en la búsqueda de la eficiencia.

Las Unidades Operativas (UO) analizadas de la muestra representativas del Programa relacionado a este documento de evaluación fueron las siguientes:

- Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar Niñas “Graciela Zubirán”
- Campamento Recreativo “Playa Aventuras”, Quintana Roo

La Metodología utilizada se denomina Sistema de Marco Lógico, tiene una amplia utilización en Organismos Internacionales comprometidos con proyectos de desarrollo en todo el mundo y es una excelente vía de obtención de información esencial de las UO y de dar estructura a un proceso de planificación. Permite diseñar, ejecutar, dar seguimiento al desempeño y evaluar proyectos de desarrollo.

Para diagnosticar la situación actual de la manera más objetiva posible se utilizan 2 herramientas, el Análisis de Involucrados y el Análisis de Problemas, y dos herramientas adicionales para definir la vía de mejora, Análisis de Objetivos y Análisis de Alternativas.

El Análisis de Involucrados busca identificar los grupos o áreas de trabajo que están directa o indirectamente relacionados con el proyecto de desarrollo, a fin de considerar sus intereses, potencial y limitaciones. Este análisis al ser participativo, otorga gran objetividad al proceso y un sentido de “pertenencia” del proyecto a los involucrados en la UO.

Mediante el Análisis de Problemas se busca entender la problemática de la UO, identificando los problemas principales y sus relaciones de causalidad (causa – efecto), considerando las condiciones negativas percibidas por los involucrados.

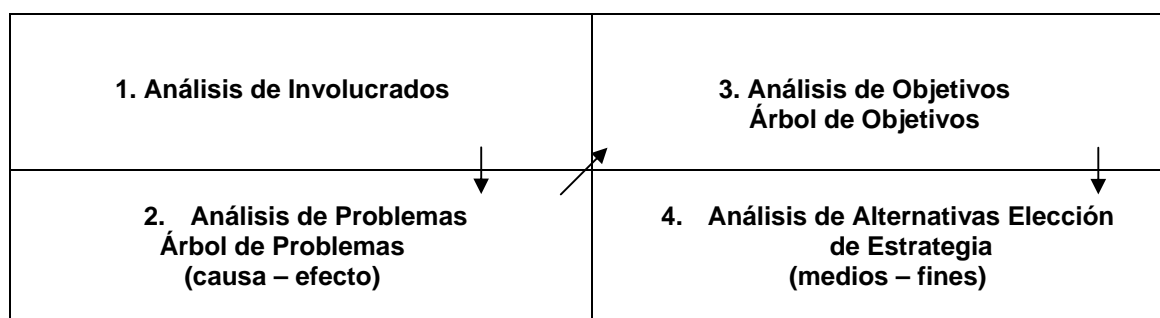
A fin de identificar un proyecto de Fortalecimiento Institucional, una vez identificado el Problema de Desarrollo, se realiza el Análisis de Objetivos y el Análisis de Alternativas.

El Análisis de Objetivos convierte los problemas identificados (Árbol de Problemas) en sus objetivos o soluciones (Árbol de Objetivos) como parte del

inicio de identificación de la Situación Futura “Deseada” de la UO y por tanto del Proyecto de Fortalecimiento.

- Describiendo la situación que podría existir después de solucionados los problemas
- Identificando las relaciones de tipo medio – fin entre objetivos
- Visualizando estas relaciones en un diagrama “Árbol de Objetivos”

El Proceso de Marco Lógico



Con el Análisis de Alternativas se identifican las distintas estrategias que a partir del Árbol de Objetivos que, si son ejecutadas, podrían contribuir a promover un apoyo a la eficiencia de la Situación Actual. El Análisis de Objetivos es un medio para obtener información sobre alternativas de solución.

Finalmente, con los elementos anteriores, se elabora la Matriz de Marco Lógico (MML) que nos apoya en el diagnóstico de la UO, diseño, ejecución y seguimiento al desempeño de un posible proyecto de intervención. Da estructura al proceso de planificación de Fortalecimiento Institucional y nos da información esencial.

MATRIZ DE MARCO LOGICO

Resumen Narrativo	Indicadores Verificables	Medios de Verificación	Supuestos
Fin	←		→
Propósito	←		→
Productos	←		→
Insumos o Actividades	←		→

Es una Matriz de cuatro por cuatro donde las columnas representan:

- Resumen Narrativo de objetivos y actividades;
- Indicadores Verificables en forma objetiva;
- Medios de Verificación (donde puede obtenerse información sobre indicadores);
- Supuestos (factores que estén fuera del control de la unidad ejecutora y de la entidad ejecutora, implican riesgos)

Las filas de la MML contienen información sobre objetivos y actividades, Indicadores, Medios de Verificación y Supuestos, en cuatro niveles jerárquicos del proyecto:

- Fin: Objetivo de mediano plazo al cual contribuirá significativamente el proyecto.
- Propósito: Es el efecto directo que se espera a partir del período de ejecución. Es una hipótesis sobre el efecto que debe resultar de la producción y utilización de los Componentes (Productos) y se expresa como resultado.
- Componentes: Resultados específicos que deben ser producidos por el ejecutor con el presupuesto asignado.
- Actividades: Aquellas que deben realizarse para producir cada componente.

De tal forma que realizando las Actividades producimos los Componentes con los que lograremos el Propósito que contribuirá significativamente a la consecución del Fin.

Por otro lado, si realizamos las Actividades y ocurren ciertos Supuestos tenemos las condiciones necesarias y suficientes para producir los Componentes planteados, que a su vez, al ser producidos y ocurrir ciertos Supuestos lograrán un Propósito, que al cumplirse y ocurrir ciertos supuestos alcanzará un Fin, cuyos supuestos tendrán que ver con la Sostenibilidad del Proyecto una vez ejecutado.

De dicho análisis colaborativo se encontraron hallazgos que resumen en términos generales las principales problemáticas y posibles soluciones observadas en las Unidades Operativas de la muestra, en las Áreas de Recursos Humanos, Recursos Materiales, Información Objetiva, Manuales y Recursos Financieros.

Los documentos con los resultados de este diagnóstico se encuentran en poder del DIF Nacional y los hallazgos fueron utilizados como principales reactivos para llevar a cabo la Encuesta Nacional de Calidad y Calidez aplicada a los Responsables de Unidades de Rehabilitación y Responsables de Programas de Atención a Personas con Discapacidad y Atención a Población en Desamparo.

Actualmente el DIF Nacional se encuentra inmerso en un proceso de implantación de un Sistema de Gestión de la Calidad:

- El DIF está adoptando un enfoque basado en procesos para desarrollar e implementar un Sistema de Gestión de la Calidad (SGC), mediante la implantación de la Norma ISO 9001: 2000 cubriendo sus requisitos.
- Esta Norma busca la eficacia de los procesos centrada en el cliente con un enfoque Sistémico. Se busca aumentar el nivel de madurez de las UO aumentando su eficacia.

Lo anterior le esta permitiendo:

- Actualizar los manuales de organización y procedimientos, de manera que se ajusten a las funciones especificadas al personal que las realiza, ganando formalidad con lo que se convierten en instrumentos que ayudan a planificar, ejecutar, verificar y revisar el desempeño de las Unidades Operativas.
- Identificar y definir formalmente los procesos de manera que las responsabilidades pueden ser adecuadamente asignadas, con lo que los procedimientos se implantan y mantienen, ganando eficacia en los resultados obtenidos, de tal manera que los hallazgos de las auditorias ganan capacidad de evaluación de la eficacia del Sistema de gestión e identifican las oportunidades de mejora.
- Los manuales y los procesos se están especificando bajo un enfoque sistémico de gestión que les permite interrelacionarse, con lo que se gana eficiencia y eficacia en el logro de los objetivos generales y particulares del DIF Nacional a través de la operación de sus Unidades Operativas. Los procesos de Dirección, Gestión de Recursos, Realización de Servicios y Medición, Análisis y Mejora podrán interactuar.
- El DIF Nacional busca adoptar un enfoque basado en procesos dirigido a la satisfacción de la población objetivo, para crear una vía de retroalimentación de la satisfacción o insatisfacción del usuario externo y del cliente interno y tener así una vía formal que permita estar al tanto de las necesidades del usuario y satisfacer sus expectativas (requisitos).
- Se observa una importante capacidad de liderazgo en las UO al existir un ambiente interno de involucramiento del personal hacia los objetivos definidos por los Coordinadores Generales
- Se busca definir vías de retroalimentación cuantificables, con lo que se adquiere un enfoque basado en hechos para toma de decisiones, otorgando eficiencia a las decisiones.
- Se busca que las Unidades Operativas mantengan un mayor contacto con los proveedores de servicios de mantenimiento y proveeduría de productos y servicios, a fin de ganar capacidad de creación de valor.

XIII. Calidad y Calidez

Una parte importante de la evaluación del Programa de Atención en Desamparo fue la calidad y la calidad. Para medir estos factores se eligen las propiedades más relevantes, se hace una combinación de elementos relativos a los distintos enfoques de medición y se elige lo que se quiere evaluar. En este caso se evaluó la calidad de cuatro componentes del Programa de atención a la población en desamparo, los Centros Asistenciales, las Instituciones de Asistencia Privada que atienden a los beneficiarios de “Hogares específicos” y Programas de Infancia.

XIII.1 Evaluación de la Calidad y Calidez de los servicios que ofrece el DIF

Para cumplir con este propósito se levantaron cuatro encuestas dirigidas a : Centros Asistenciales, Instituciones de Asistencia Privada que atienden a los beneficiarios del Programa “Hogares Específicos”, Campamentos Recreativos y Programas de Infancia. A continuación se presentan los resultados de estas encuestas.

Primero se presentan la descripción de la información captada y en el caso de los Centros Asistenciales y los Programas de Infancia se utilizaron modelos estadísticos para estimar los factores que tienen mayor incidencia en la percepción de la calidad del servicio.

Las preguntas se dirigieron a los responsables de estas Unidades Operativas y se enfocaron en los elementos observados como áreas de mejora en calidad en los diagnósticos a profundidad realizados en las Unidades Operativas muestra, como son Recursos Humanos, Recursos Materiales, Recursos Financieros e Información Objetiva.

Estos elementos forman parte de la estructura del DIF Nacional, e incluyen propiedades del personal, infraestructura, financiamiento y organización, mismos que afectan la probabilidad de otorgamiento de un buen cuidado en salud incrementándola o disminuyéndola. La estructura se puede interrelacionar con los procesos y con los productos y servicios del DIF de forma probabilística y nos puede otorgar información que nos permita inferir acerca del grado de bienestar obtenido en distintos atributos de la calidad como son:

- Efectividad: habilidad de obtener la mayor mejora en salud dado el mejor cuidado.
- Eficiencia: habilidad de disminuir el costo de cuidado sin disminuir las mejoras en salud.
- Optimización: la obtención del mejor valor monetario obtenido dada la mejora en salud.

- Aceptación: la conformidad respecto a la cobertura de deseos y expectativas de los pacientes y sus familias.
- Legitimación: la conformidad de la cobertura de las preferencias sociales, expresadas en principios éticos y valores.
- Equidad: la conformidad respecto a la justicia de en la distribución de cuidado en salud y sus beneficios sobre los miembros de la población.

Así mismo se aplicaron preguntas relacionadas a indicadores de calidez de observancia en Servicios de Salud como son, dignidad, autonomía de elección de profesionales de atención, confidencialidad de la información del usuario y accesibilidad a los servicios.

El levantamiento se realizó a partir de enero del 2004, se prepararon cuestionarios autoaplicables dirigidos a los responsables de los Centros de Rehabilitación que fueron enviados por correo electrónico y fax, aclarándose dudas por vía telefónica.

Así mismo a partir de la segunda semana de enero del 2004 realizó una encuesta autoaplicable dirigida a los responsables de los DIF Estatales de 5 Programas de Asistencia normados, coordinados y supervisados por la Subdirección General de Atención a la Población Vulnerable, en particular por la Dirección de Protección a la Infancia misma que fue enviada por vía correo electrónico y fax , realizándose aclaraciones o atendándose dudas por vía telefónica.

Esta encuesta busca medir el nivel de Calidad y Calidez con que el DIF Nacional promueve, capacita, evalúa y da seguimiento a las labores de los responsables de los Programas de asistencia definidos, observando también la suficiencia de recursos financieros y utilidad de reuniones nacionales. Así mismo se define un perfil promedio del responsable del Programa en cuanto a su edad, sexo, tiempo en su puesto y nivel de escolaridad.

Centros Asistenciales

La encuesta se dirigió a los responsables de los Centros Asistenciales. Se les preguntó sobre el personal a su cargo, las instalaciones de los Centros, sobre la limpieza, sobre cuestiones de presupuesto y sobre la calidez con la que son tratados los beneficiarios.

Personal

- Se percibe insuficiencia en número de personal
- Capacitación medianamente adecuada para el puesto de trabajo
- Mediano desempeño de funciones de personal
- Insuficiencia de capacitación continua
- Rotación muy baja de personal

Área física y mobiliario:

- Una mediana suficiencia de área física para operación
- Mantenimiento inadecuado
- Mobiliario insuficiente
- Mobiliario en mal estado
- Mobiliario medianamente mantenido

Limpieza:

- Insuficiencia en baños
- Buen estado de baños
- Limpieza adecuada en baños, ropa de cama y de la unidad en general

Presupuesto:

- Presupuesto insuficiente
- Retroalimentación mediana con áreas centrales

Calidez:

- Otorgamiento de trato respetuoso a usuarios
- Confidencialidad de información
- Privacidad en consultas
- Atención con prontitud

Instituciones de Asistencia Privada con Convenio de Colaboración con el DIF, Hogares Específicos.

La encuesta se realizó durante la primera semana de febrero del 2004, aplicándose un cuestionario con 4 grupos de preguntas sobre personal, infraestructura y servicios otorgados en dichas instituciones. Se aplicó el cuestionario a las 10 trabajadoras sociales que se encargan de la supervisión de estas instituciones a fin de encontrar cuales son los elementos que mayor influencia tienen en la Calidad y Calidez de sus servicios según sus propias percepciones.

Las trabajadoras sociales opinan que en general:

- El personal que trabaja en las instituciones es suficiente y está adecuadamente capacitado
- Que el área física, el mantenimiento de instalaciones, el mobiliario y los baños son suficientes y están en buen estado

- La limpieza de baños, habitaciones, ropa de cama, ropa de albergados, cocina, áreas comunes e institución en general es la adecuada
- La alimentación y la ropa son adecuados
- El trato a los albergados es respetuoso y la atención se da con prontitud
- Existe confidencialidad de información y en general la calidad de la atención es la adecuada.

Campamentos Recreativos

La encuesta se aplicó a los responsables de los Campamentos Recreativos, se les pidió su opinión sobre el personal, las instalaciones físicas, la limpieza de las instalaciones, el presupuesto y la calidez con la que atienden a los usuarios

Personal

- Suficiencia de personal
- Capacitación adecuada para el puesto
- Desempeño adecuado de funciones
- Mediana capacitación continua
- Baja rotación de personal

Limpieza

- Suficiencia media de baños
- Buen estado general de baños
- Limpieza adecuada de baños
- Limpieza adecuada de ropa de cama, toallas, etc.
- Limpieza adecuada de unidad

Presupuesto

- Medianamente suficiente

Calidez

- Trato respetuoso hacia usuarios de unidad
- Atención con prontitud

Programas de Infancia

Para los Programas de Infancia se entrevistó a los responsables de los Programas en los Estados, se les pidió su opinión sobre la atención que reciben del DIF Nacional en lo que se refiere a la promoción, la capacitación, seguimiento y evaluación de su desempeño.

Promoción

- Claridad en la información del Programa
- Suficiencia en la información del Programa
- Suficiencia en la descripción del Programa

- Programa adecuado para atacar problemática en estado
- Atención adecuada de dudas
- Amabilidad de personal

Capacitación:

- Capacitación adecuada
- Información sobre operación del Programa adecuada
- Tiempo de duración de capacitación insuficiente
- Materiales didácticos útiles
- Amabilidad de capacitación
- Adecuada atención a dudas y comentarios

Evaluación y Seguimiento

- Visitas insuficientes del DIF Nacional
- Adecuada evaluación de desempeño
- Seguimiento apegado a necesidades del estado
- Atención oportuna
- Atención adecuada para resolución de dudas
- Amabilidad en el trato

Con esta información fue posible realizar un trabajo econométrico utilizando dos vías de análisis:

1. Regresión Lineal Simple

Buscamos encontrar que elemento contenido en las preguntas relacionadas a la promoción, capacitación y evaluación de los Programas explica de mejor manera el comportamiento de la evaluación general del desempeño del DIF Nacional.

Según la percepción de los responsables de los Programas, la claridad de la información del Programa es el elemento que más contribuye en la forma como se evalúa el desempeño del DIF Nacional dentro de opciones que van desde malo hasta excelente.

Por tanto, es importante poner énfasis en la claridad de explicación de los Programas para tener una buena evaluación de la labor del DIF Nacional por parte de los responsables de estos Programas en los Estados. Los resultados de las regresiones se encuentran en los cuadros 13.1.y 13.2.

2. Análisis de Factores.

Se utilizó esta técnica estadística que permite representar relaciones entre grupos de variables, de tal manera que expresamos la evaluación de desempeño del DIF Nacional como una función lineal de factores de Calidad y Calidez, ayudando a identificar relaciones que en ocasiones no son tan claramente observables en la

realidad, de tal manera que factores encontrados en las series de preguntas agrupadas en las encuestas como elementos de promoción, capacitación y evaluación de los Programas, pueden explicar un fenómeno complejo, como es la evaluación de desempeño.

Según la percepción de los responsables de los Programas en los estados, los contenidos de la capacitación – un elemento claro de calidad- así como la adecuada resolución de dudas sobre los Programas –calidad- y la amabilidad de atención– calidez- explican de mejor manera la evaluación del DIF Nacional, los resultados de este análisis se presentan en los cuadros 13.3 y 13.4. (Gráfica 13.1)

Cuadro 13.1 Análisis de varianza

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	3.98	2	1.99	2.93	0.06
Residual	67.20	99	0.68		
Total	71.18	101			

Cuadro 13.2 Coeficientes

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Wi
	B	Std. Error	Beta			
(Constant)	3.70	0.08		45.30	0.00	
Capacitación	0.18	0.08	0.21	2.11	0.04	65%
Calidez	0.10	0.08	0.11	1.13	0.26	35%
			0.32			

Cuadro 13.3 Varianza total explicada

Component	Rotation Sums of Squared Loadings	% of Variance	Cumulative %
	Total		
Capacitación	3.58	44.72	44.72
Calidez	2.16	26.97	71.69

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Cuadro 13.4 Matriz rotada de componentes

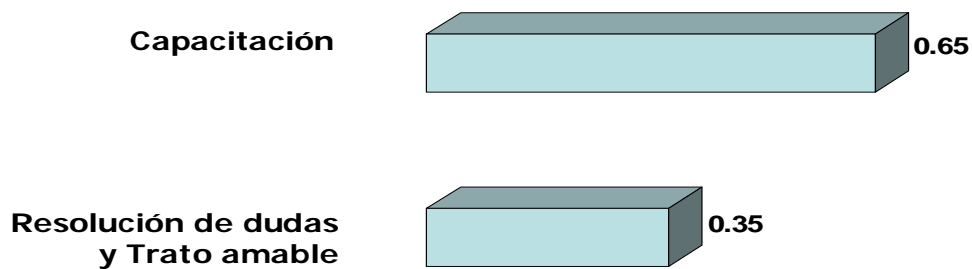
	Component	
	Capacitación	Calidez
Los contenidos de la capacitación son de utilidad	0.92	0.08
La capacitación para la operación es adecuada	0.90	0.04
La información que recibió sobre la operación del Programa es adecuada	0.82	0.22
Las personas encargadas de la capacitación atendieron mis dudas	0.73	0.33
los materiales didácticos presentados en la capacitación son útiles	0.72	0.28
Las personas encargadas de atenderlo son amables	0.07	0.90
El personal encargado de la promoción fue amable	0.12	0.79
Resuleven mis dudas en forma adecuada	0.42	0.70

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Rotation converged in 3 iterations.

Contribución de cada factor en el desempeño del DIF Nacional



Gráfica 13.1

Podemos concluir, haciendo uso de ambas vías de análisis, que poniendo énfasis en la capacitación y resolución de dudas por parte de los coordinadores de los Programas del DIF Nacional como elementos de calidad, sumados a un trato amable como elemento de calidez, otorgados con claridad de información, podemos influir positivamente en la forma como los responsables de los Programas en los Estados les evalúan. (Figura 7)

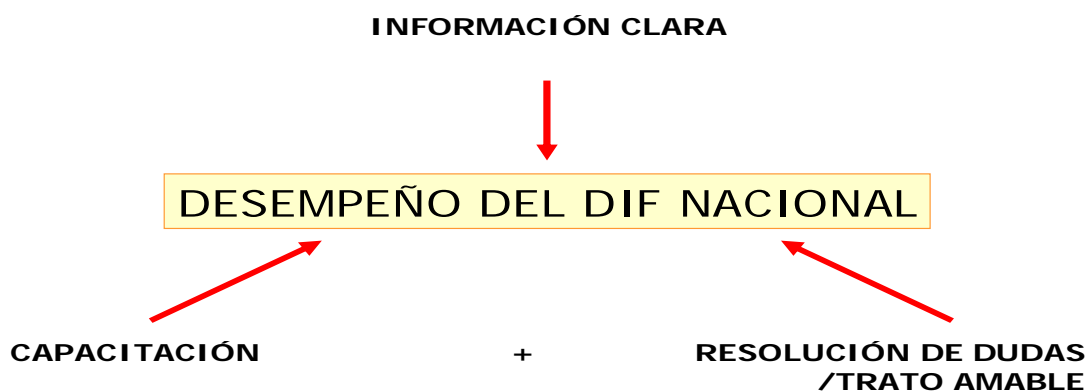


Figura 7.

Capacitación y resolución de dudas con trato amable y claridad en el otorgamiento de la información, como elementos fundamentales que influyen en la percepción del desempeño de las labores del DIF Nacional en los 5 Programas asistenciales analizados.

XIII.2 Acciones del DIF dirigidas al mejoramiento de la calidad

Una de las principales acciones del DIF para el mejoramiento de la Calidad Intragob (MCI), a continuación se describe este. El Gobierno Federal ha establecido su Política de Calidad dirigida hacia la atención de los siguientes aspectos:

- Calidad de los servicios
- Integridad de los Servidores Públicos
- Percepción de la sociedad respecto a la confiabilidad y eficacia de la Administración Pública Federal

El Modelo de Calidad intragob (MCI) está orientado a satisfacer las expectativas y necesidades de los clientes y ciudadanos sobre los productos y servicios que proporciona la Administración Pública Federal (APF). El principal objetivo del Proceso de Calidad es la transformación de la APF para evidenciar un nivel de madurez en el Modelo de Calidad Intragob, que se refleje en la calidad de los procesos, productos y servicios, y coadyuve en el incremento de la productividad, competitividad y ahorro.

El Modelo esta centrado en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes y ciudadanos como eje rector de los esfuerzos de calidad, mejora continua, innovación, competitividad, integridad y transparencia por parte de las Dependencias y Entidades de la APF a fin de que impacten en la percepción de la calidad del servicio por parte de la ciudadanía.

El DIF como Organismo del Gobierno Federal ha definido implantar y desarrollar el MCI a efecto de mejorar la efectividad organizacional. Para el ejercicio 2003 se realizaron las siguientes acciones en este sentido:

- Fortalecimiento del Comité de Calidad
- Definición de facultades y responsabilidades
- Involucramiento de la organización Sindical
- Definición de unidades funcionales para la implantación del MCI
- Difusión del Manual Genérico de Innovación y Calidad
- Realización de Convenios con fines de asesoría en Calidad
- Programa de Capacitación Intragob
- Evaluaciones trimestrales por unidad funcional
- Autodiagnóstico Institucional
- Documentación de acciones
- Soporte documental

La meta para el 2003 en el Autodiagnóstico del MCI fue de 387 puntos buscándose como situación deseada:

- La implantación del MCI en las áreas del Sistema
- Coordinación del MCI por parte del Comité de Calidad
- Desarrollo de la estrategia 2004 a partir del MCI ya operando por unidad funcional
- Soporte documental
- MCI por Intranet
- Resultado del MCI

Proyectos de Calidad

Durante el ejercicio 2003, la Subdirección General de Asistencia e Integración Social coordinó y realizó avances importantes en distintos proyectos con claros objetivos de incremento en la calidad del servicio para el Programa de Atención en Desamparo como son:

Desarrollo del Sistema Nacional de Información sobre Menores Albergados y Violencia familiar (sector, 2003)

- **Objetivo:**
 - Desarrollar e implementar en los Sistemas DIF Estatales un Sistema informático de menores albergados y violencia familiar, a efecto de contar con información oportuna y veraz
- **Meta Específica:**
 - Tener totalmente desarrollado el Sistema de información para finales de año para estar en posibilidad de pilotarlo en el DIF Nacional.
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Dar atención integral a la población que requiere de estos servicios.
 - Dotar de certeza jurídica a los menores albergados.
 - Tener un control de los casos de violencia familiar.
 - Llevar un control preciso de las denuncias
- **Avance: 100%**

Consulta Externa Gerontológica

- **Objetivo:**
 - Brindar Atención Especializada a Adultos Mayores Vulnerables que no cuenten con Servicios de Seguridad Social
- **Meta Específica:**
 - Cubrir el total de la población que demande el servicio.
 - Concientizar al anciano de la responsabilidad que tiene para su autocuidado
 - Promover la participación eficiente de la familia y la comunidad
 - Coordinación con otras Instituciones que proporcionen servicios para adultos mayores
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Evitar o retardar la institucionalización orientando y capacitando tanto al adulto mayor como a la familia, sobre el cuidado de la salud y el proceso de envejecimiento. Avance:
- **Avance: 100%**

Clínica de Terapia Familiar Niños Maltratados

- **Objetivo:**
 - Promover la integración familiar de los menores de Casa Hogar para Varones a través de la implementación de acciones de intervención e investigación en materia de terapia familiar
- **Meta Específica:**

- Atender el 100% de los menores que cuenten con el recurso familiar (presente)
- Disminuir los tiempos de institucionalización de los menores que cuenten con recurso familiar a menos de tres años.
- Elaborar un protocolo de investigación en la materia y su publicación
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Atención a la problemática familiar que genera este fenómeno social.
 - Investigación y difusión
 - Disminución de la estancia en la Institución
 - Prevención del maltrato y violencia familiar
 - Innovación al modelo de atención
- **Avance: 100%**

Gestión de Apoyos para 2003

- **Objetivo:**
 - Obtener la donación de diversos apoyos y bienes que permitan ampliar la cantidad y calidad de las tareas que realizan los Sistemas DIF
- **Meta Especifica:**
 - Los apoyos pretendidos son, al menos, los siguientes:
 - INTERCOUNTRY ADOPTION CONGRESS: licenciamiento de un software especializado en adopciones para su uso gratuito por los Sistemas DIF de todo el país.
 - FUNDACIÓN RONALD MC DONALD: continuación del Programa de donación de auxiliares auditivos a menores de familias de escasos recursos.
 - LENS CRAFTERS
 - MEDISEND
 - CLUB DE LEONES
 - MGM
 - FONDO UNIDO ROTARIO
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Cada uno de los apoyos mencionados tendrá un impacto diferente en los diversos grupos vulnerables; asimismo, en conjunto permitirán mejorar la cantidad y la calidad de los servicios que prestan los Sistemas DIF

Integración del Proyecto de Cobertura Total de Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia del DIF y Ventanillas Únicas del Instituto Nacional de las Mujeres

- **Objetivo:**
 - Promover y vincular el proyecto de cobertura total con las instituciones integrantes de la mesa para coordinar las acciones contra la violencia convocada por INMUJERES
- **Meta Especifica:**
 - Conseguir que los productos del ejercicio de revisión y ajuste del modelo de procuraduría DMF estén validados por los Sistemas Estatales DIF y por los integrantes de la mesa de violencia del INMUEJRES.
 - Conseguir que en el P.E.F. 2004 se destinen recursos a los estados para impulsar la mejora de la calidad de los servicios que prestan las procuradurías DMF, así como para la ampliación de las coberturas que tienen las mismas.
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Además de los beneficios que en términos presupuestales y de organización le traería a la administración el que ambos proyectos pudiesen fusionarse, la posibilidad de prestar servicios de asistencia jurídica y orientación social a personas que hoy no tienen la posibilidad de recibir apoyo ante situaciones de violencia familiar o conflictos jurídicos familiares.

- **Avance: 100%**

Espacio de intercambio inter y extrainstitucional

- **Objetivo:**
 - Propiciar un espacio de intercambio inter y extrainstitucional con las 17 Instituciones de Asistencia Privada y Asociaciones Civiles con convenio de colaboración y el Sistema Nacional DIF
- **Meta Especifica:**
 - Integrar una Red con la participación del 100% de las Instituciones de Asistencia Privada y Asociaciones Civiles
 - Propiciar un espacio de intercambio Institucional
 - Crear un objetivo en común en beneficio de la población asistida
 - Fomentar la participación permanente de las Instituciones en este proyecto.
 - Promocionar el proyecto y crear acuerdos de colaboración con Instituciones de educación superior con la finalidad de contar con prestadores de servicio social.
 - Lograr atención integral con calidad a las personas sujetos de asistencia social de manera eficaz y eficiente en cada una de las Instituciones participantes en este proyecto
- **Beneficio Social (Impacto):**

- Coadyuvar al desarrollo integral de las personas así como conjuntar esfuerzos entre las instituciones, con la finalidad de maximizar los recursos.
- **Avance: 60%**

Diplomado en Atención Integral Gerontológica

- **Objetivo:**
 - Capacitar al personal dedicado al cuidado de los adultos mayores de los Centros Nacionales del Sistema DIF.
- **Meta Específica:**
 - Capacitar 25 profesionales que se desempeñen en el ámbito de la gerontología
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Mejorar la calidad de la atención integral proporcionada a las personas beneficiarias de los Centros Gerontológicos del Sistema DIF.
 - Contar con personal altamente calificado en la atención a la población objetivo.
- **Avance: 0%**

Sistematización de la Normatividad Federal y Estatal en Materia de Asistencia Social.

- **Objetivo:**
 - Generar una base de datos de normatividad federal y Estatal en materia de Asistencia Social, para su consulta en la página Web del DIF
- **Meta Específica:**
 - Desarrollar la base de datos y conseguir, mediante su inclusión en la página web del DIF, que los funcionarios del DIF, servidores públicos, y ciudadanía en general tengan un acceso directo, inmediato y actualizado a la información normativa federal y Estatal en materia de Asistencia Social
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Las áreas del Organismo, los Sistemas Estatales y Municipales DIF, así como otras instituciones públicas y privadas y la ciudadanía en general, podrán hacer consultas al marco normativo de la Asistencia Social en los órdenes federal y Estatal, así como conocer los servicios que prestan los Sistemas DIF y los trámites que deben realizar para poderlos recibir.
- **Avance: 100%**

Servicio de Autolavado. Programa Formativo Productivo Autofinanciable

- **Objetivo:**
 - Promover en los menores hábitos y actitudes para el trabajo a través de su inclusión en actividades productivas que favorezcan su futura integración social.
- **Meta Específica:**
 - Lograr la adquisición de hábitos para el trabajo en el 100% de los menores entre 16 y 18 años de edad
 - Lograr cambio de actitud en el 100% de los menores adscritos al Programa
 - Lograr que el 100% de los menores adheridos al Programa generen un pequeño patrimonio que permita su integración social adecuadamente.
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Fomentar en los menores actitudes adecuadas ante el trabajo para generar las bases de un patrimonio propio que les permita su integración a una vida plena y productiva.
- **Avance: 20%**

Estudio de seguimiento a las jóvenes egresadas del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas “Graciela Zubirán Villarreal”.

- **Objetivo:**
 - Identificar las condiciones de vida de las egresadas de la Casa Hogar, para conocer si la atención integral que recibieron durante su estancia en la institución contribuyó a lograr su desarrollo y autosuficiencia.
- **Meta Específica:**
 - Elaborar un informe de seguimiento de las jóvenes egresadas
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Contar con herramientas de autoevaluación que permitan validación o modificación del Modelo de Atención.
- **Avance: 100%**

Conformación y Distribución de la Población por Grupos Etéreos.

- **Objetivo:**

- Otorgar protección y atención a la población de Casa Hogar para Varones acorde con las necesidades específicas que por edad presentan, dividiendo a la población en dos grupos etáreos .
- **Meta Específica:**
 - Separar físicamente y optimizar las instalaciones
 - Dividir a los menores en grupos etáreos con intereses afines.
 - Lograr la integración de los equipos interdisciplinarios
 - Obtener un esquema de convivencia formativo para el 100% de la población atendida
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Contribuir a la dotación de una mejor estructura personal, familiar y social, evitando conductas inadecuadas y antisociales y favoreciendo la adquisición de nuevas formas de relación y conducción.
- **Avance: 20%**

Implantación del Nuevo Modelo de Procuraduría de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia.

- **Objetivo:**
 - Conseguir el acuerdo de los Procuradores de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia de los DIF Estatales, para terminar la fase de Evaluación Diagnóstica del proyecto de Revisión y Ajuste del Modelo de Procuraduría DMMF.
- **Meta Específica:**
 - Obtener el acuerdo de los Procuradores DMMF para implantar a nivel nacional el modelo que resulte del ejercicio de revisión y ajuste del modelo de Procuraduría DMMF que actualmente se lleva a cabo junto con la Dirección de Modelos de Atención.
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Se contará con un modelo homogéneo de atención al maltrato infantil, la violencia familiar y las adopciones en todo el territorio nacional, lo cual beneficiará a la población usuaria de las Procuradurías DMMF al mejorar sus procesos y trámites, y con ello la calidad de sus servicios.
- **Avance: 100%**

Campaña de Prevención, Detección y Atención del Maltrato Infantil junto con la Fundación Televisa.

- **Objetivo:**
 - Llevar a cabo una campaña para sensibilizar a la población acerca de la problemática el maltrato infantil, propiciar denuncia y atender a

traves de las procuradurías de la Defensa del Menor, la Mujer y la Familia.

- **Meta Especifica:**
 - Realizar la campaña de medios durante el 2003 y que todos los DIF Estatales se sumen a la campaña por conducto de la atención de las Procuradurías DMMF .
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Se busca disminuir la problemática existente de maltrato a los menores.
 - Más menores podrán crecer en un ambiente libre de violencia para asegurar su sano desarrollo psicoemocional.
- **Avance: 80%**

Reunión Latinoamericana sobre Adopción Internacional

- **Objetivo:**
 - Realizar una reunión que permita compartir experiencias y sentar las bases de colaboración entre los países latinoamericanos para dar a conocer los logros de cada uno en materia de adopción
- **Meta Especifica:**
 - Llevar a cabo la Reunión latinoamericana sobre adopción internacional en México durante el 2003.
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - El intercambio y la interacción con los demás países latinoamericanos permitirá que todos conozcamos y aprendamos las diversas formas en que se está lidiando con el tema de los menores en estado de desamparo y su integración a un nuevo núcleo familiar mediante la adopción, lo cual necesariamente redundará en el beneficio de las niñas y los niños que se encuentran en esta situación y quienes se verán beneficiados con los proyectos y las políticas públicas que puedan derivar de la reunión.
- **Avance: No realizada por falta de presupuesto.**

Congreso Internacional sobre Derecho de Familia

- **Objetivo:**
 - Reunir a expertos nacionales y extranjeros en materia de derecho familiar a efecto de contar con mayores elementos para solucionar las problemáticas familiares planteadas por los usuarios
- **Meta Especifica:**
 - Llevar a cabo el congreso exitosamente en el 2003.
- **Beneficio Social (Impacto):**

- Se contará con más y mejores estrategias y conceptos que permitan solucionar la problemática jurídico familiar que plantea la realidad en nuestro país.
- **Avance: 100%**

Formación de recursos humanos en la especialidad de geriatría

- **Objetivo:**
 - Formar especialistas en geriatría para brindar una atención especializada del adulto mayor
- **Meta Especifica:**
 - Formar de 2 a 3 especialistas en geriatría por ciclo académico.
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Que el DIF se transforme en una instancia que proporcione asesoría en la materia, unificando criterios en la atención de este grupo.
 - La experiencia acumulada de las instituciones participantes contribuirá en el mejoramiento a corto plazo de las expectativas de calidad de vida de las personas adultas mayores.
 - Retroalimentación en base a la experiencia adquirida, que enriquezca los modelos de atención.
- **Avance: 100%**

Fortalecimiento del Programa de Atención en Desamparo

- **Objetivo:**
 - Lograr la coordinación interinstitucional para desarrollar acciones de prevención y atención de los riesgos de desintegración familiar y exclusión social.
- **Meta Especifica:**
 - Reuniones regionales con instituciones públicas y privadas
 - Tercer encuentro nacional para la atención integral de los adultos mayores
 - Segundo foro “Cuando el SIDA llegó a casa”
 - Primer foro “Cáncer en la familia”
 - Primer encuentro nacional para la atención integral de niñas, niños y adolescentes en Casas Hogar
 - Tercer Caminata intergeneracional “Abrazo Mundial”
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Promover los derechos de los grupos vulnerables.
 - Coadyuvar a la profesionalización de servicios en materia de asistencia social.

- Fortalecer la rectoría de la política asistencial dirigida a los grupos vulnerables.
- Unificar los criterios y prácticas intra e interinstitucional
- Formación de personal calificado en los tres órdenes de gobierno así como en Instituciones de Asistencia Privada.
- **Avance: 90%**

Difusión y Actualización de la Summa Jurídica en la Red Interna y en la Página Web del DIF.

- **Objetivo:**
 - Consultar la normatividad de la Summa jurídica por la red interna o internet, por parte del personal del DIF Nacional, instituciones públicas o privadas y al público en general
- **Meta Específica**
 - Subir todo el contenido de la Summa Jurídica a la red interna y a la página Web del DIF.
- **Beneficio Social (Impacto):**
 - Se difundirá el marco jurídico de la Asistencia Social, con lo que se dará cumplimiento a la obligación que impone a la Dirección de Asistencia Jurídica la fracción XIV del artículo 14 del Estatuto Orgánico, consistente en “compilar y difundir las normas jurídicas relacionadas con las atribuciones del Organismo”, y se permitirá que cualquier persona que lo desee, pueda consultar las normas que integran dicho marco jurídico.
- **Avance: 100%**

XIV. Conclusiones y Recomendaciones

Esta evaluación hizo énfasis en aspectos de estructura, procesos y resultados en el otorgamiento de servicios del DIF Nacional a la población usuaria en estado de desamparo. El DIF Nacional mostró para el ejercicio del 2003 un incremento marginal en términos reales del presupuesto dirigido al Programa, insuficiente para influir en un incremento en la probabilidad del otorgamiento de sus servicios con un buen nivel de calidad, dadas las imperantes necesidades de atención a elementos de estructura, como son la actualización y mantenimiento de equipo e instalaciones físicas de operación en sus Centros Asistenciales, así como de atención a elementos de procesos como visitas y tiempo de capacitación dirigidos a los responsables de los Programas de asistencia, contenidos en esta evaluación, ubicados en los estados de la república.

En términos generales los índices de resultados del Programa se encuentran en rangos aceptables, siendo el beneficio social otorgado a la población en desamparo mayúsculo dada la limitada oferta de servicios de asistencia pública en relación a la creciente demanda existente.

El diagnóstico realizado a dos unidades asistenciales muestra un conjunto de áreas de oportunidad a partir de la atención a distintas problemáticas de estructura y procesos. En este sentido se observan importantes esfuerzos institucionales en la búsqueda de la eficiencia en procesos y por tanto de mejora en la efectividad organizacional y calidad en el otorgamiento de servicios asistenciales, como lo demuestran las acciones realizadas en la implantación y desarrollo del Modelo de Innovación y Calidad INTRAGOB en sus 8 apartados, de igual manera, el avance y/o conclusión de los distintos proyectos desarrollados durante este ejercicio por la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social así como la certificación para el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001: 2000 de una de sus unidades asistenciales.

El análisis de las encuestas practicadas a los responsables de los 5 Programas de asistencia, incluidos en este estudio, muestran en general un positivo punto de vista en aspectos de Calidad y Calidez en relación a la promoción, capacitación y evaluación realizados por el DIF Nacional, destacando a la capacitación como un elemento prioritario, a partir de las percepciones de los encuestados, para explicar el desempeño de este Organismo. De igual manera la encuesta practicada a los responsables de las unidades asistenciales ligadas al Programa y a los Hogares Específicos que tienen convenio de colaboración con el DIF Nacional, muestran, entre otras conclusiones, la necesidad de atención a la capacitación y al mantenimiento y actualización de equipo y áreas físicas.

Dada la importante restricción presupuestal, se recomienda la descentralización definitiva de unidades asistenciales a los estados sede, dirigiendo los esfuerzos principalmente a la reingeniería de procesos encausados al fortalecimiento de la actividad normativa y rectora del Organismo, como su función de investigación y capacitación. De igual manera la necesidad de estandarizar la focalización de los Programas del DIF a partir de la selección de la población beneficiaria con base a criterios más objetivos.

Se recomienda la definición de índices que permitan evaluar aquellos elementos que afecten la Calidad y Calidez en el servicio a usuarios finales y que permitan mostrar adecuadamente los avances dirigidos a la búsqueda de la eficiencia, así como la práctica periódica de encuestas dirigidas a la satisfacción de usuario final.

Por otra parte se detectó la necesidad de contar con información estandarizada de los beneficiarios de los componentes del Programa de Atención en Desamparo, esto es en cuanto que los datos que se contemplen en el expediente de cada persona sean los mismos y que además se encuentren Sistematizados en una base de datos. Esto permitirá poder contar con información oportuna para la toma de decisiones sobre la operación de los Programas.

Bibliografía

Atkinson, A.(1995) On targeting social security: Theory and western experience with familia benefits. Public Spending and the Poor: Theory and evidence, eds. D. van de Walle and K. and K.Needs. Johns Hopkins University for the World Bank, Baltimore.

CONADIC, (2002), Encuesta Nacional de Adicciones 2002, , México

Consejo Nacional de Población. Programa Nacional de Planificación Familiar 1990-1994 México, D.F. CONAPO, 1991.

CONAPO, (1999) La situación demográfica de México, 1999, México, D.F.

CONAPO, (1999) La situación demográfica de México, 2000, México, D.F.

Donavedian, A. (1994),Defining and measuring the quality of health Care, Assesing Quality Health Care, Pesrpectives for clinicians, Baltimore.

Ehrenfeld-Lenkiewicz N. Educación para la salud reproductiva y sexual de la adolescente embarazada. Salud Publica Mex 1994;36:154-160

Secretaria de Desarrollo Social (2003), Medición del desarrollo, México 2000-2002, www.sedesol.gob.mx.

Skoufias, E., B. Davis, y J. Beherman, (1999). An Evaluation od the Selection od Beknefiary Holuseholds in the Education, Health and Nutrition Program (Progresa) of Mexico. Research Report prepares as part of the Progresa Evaluation Project o the Internacional Food Policy Research Institute.

Stern C. "El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica." Salud Publica Mex 1997;39:137-143.

Tolbert, K., 1988, "La adolescente embarazada, características y riesgos psicosociales", en Atkin L. et al., La Psicología en el ámbito perinatal, Instituto Nacional de Perinatología, México.

Welti, Carlos, 1995, "Fecundidad adolescente", en *Demos*, núm. 8.

Welti, Carlos, 1989, "La fecundidad de las adolescentes mexicanas", en *Demos*, núm. 2.