

AXIS CONSULTORÍA

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIF

EVALUACIÓN DE RESULTADOS DEL PROGRAMA
DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

PERÍODO ENERO – DICIEMBRE 2003

Febrero del 2004

ÍNDICE

	Presentación	
I.	Introducción	4
II.	El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia	4
III.	Población con Discapacidad	8
IV.	Metodología de Evaluación	12
V.	Análisis de los recursos dedicados al Programa	13
VI.	Centros de Rehabilitación	15
VII.	Indicadores de Resultados	21
VIII.	Diagnóstico de Muestra de Unidades Operativas	22
IX.	Calidad y Calidez	30
IX.1	Evaluación de la calidad y calidez de los servicios que ofrece el DIF	34
IX.2	Acciones del DIF dirigidas al mejoramiento de la calidad	38
X.	Conclusiones y Recomendaciones	46
	Bibliografía	47
	Apéndice A	48

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 con Discapacidad perteneciente al 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 con Discapacidad, es la de contar con más elementos para tomar decisiones sobre el desarrollo del Programa, que conlleven a mejorar y cumplir con su objetivo de elevar el bienestar de la población a la que se dirige.

I. Introducción

En este documento se presentan los resultados de la evaluación del Programa de Atención a Personas con Discapacidad, que lleva a cabo el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Desde diciembre de 1982, el DIF Nacional fue facultado para operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad. El DIF otorga servicios a personas que presentan algún tipo de discapacidad y que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad social, mediante acciones de prevención, rehabilitación e integración social, que se realizan en los Centros y unidades básicas de rehabilitación establecidos en todo el país.

El DIF Nacional es la Institución que cuenta con mayor infraestructura de servicios de rehabilitación y opera desde 1964 el Centro de Rehabilitación Zapata “Gaby Brimmer” y los Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) desde 1983, acumulando una amplia experiencia en la generación de modelos de atención; en la prestación de servicios, en la formación de recursos humanos especializados y en la capacitación continua de su personal.

Para evaluar el Programa se analizó información del presupuesto que se destina al Programa, datos sobre la cobertura del Programa y la forma como se focalizan los recursos destinados a este. Como inicio de la evaluación se realizó un diagnóstico de 3 Unidades Operativas pertenecientes al Programa, lo cual nos permitió conocer las principales problemáticas y posibles soluciones a través de una vía colaborativa de trabajo. Fue posible detectar áreas de oportunidad para incrementar la eficiencia. Por otra parte, se identificaron los principales elementos de estructura, servicios y procesos necesarios para posteriormente evaluar la calidad y calidez de los servicios que brinda el DIF Nacional a través de una encuesta dirigida a los responsables de los Centros de Rehabilitación, los resultados de dicho análisis se presentan en el documento.

A continuación se describe al Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia en cuanto a sus funciones y atribuciones, así como las acciones que lleva a cabo. En el siguiente capítulo se describe lo que se considera como población con discapacidad y a continuación se analiza el Programa.

II. El 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 el capital humano de México.

El Sistema Nacional DIF es una de las estructuras de gobierno más federalizadas. Cuenta con 32 Sistemas estatales, autónomos y 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.

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 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.

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, los 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

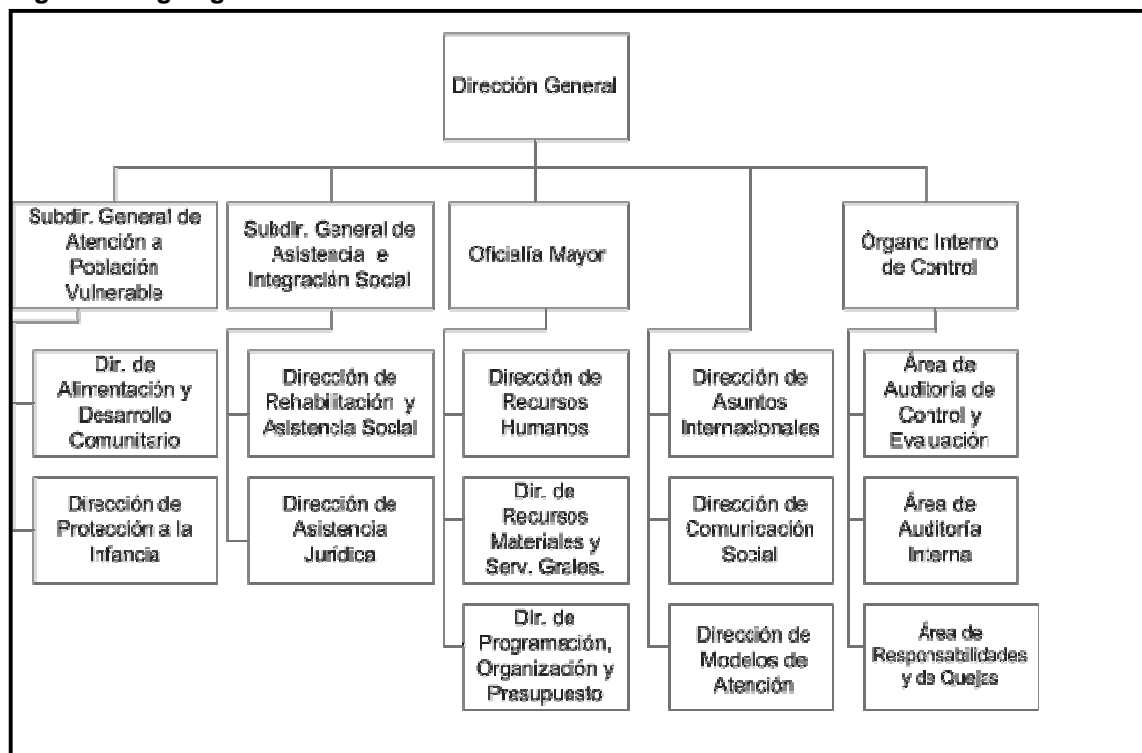
El DIF cuenta con dos órganos superiores de gobierno, el Patronato y la Honorable Junta de Gobierno. El primero esta formado por 11 miembros designados y removidos libremente por el Presidente de la República. El titular de la Secretaría de Salud y la Directora General del Organismo, representan a la 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, está conformada por 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 y 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 el funcionamiento del mismo.

En la figura 1 se muestra el organigrama del DIF Nacional, este cuenta con dos subdirecciones generales, Atención a Población Vulnerable y Asistencia e Integración Social. La segunda tiene a su cargo las labores de rehabilitación de discapacidad física de su población objetivo compartiendo con la primera la responsabilidad de atención a personas en desamparo, así como la rectoría y normatividad de la atención hacia la población en situación vulnerable.

Figura 1. Organigrama del DIF Nacional



III. Población con Discapacidad

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2001-2006, la discapacidad constituye un serio problema emergente de salud pública. Según el XII Censo de Población y Vivienda, 2000, del INEGI; en México existe una población de 1,795,300 personas que padecen algún tipo de discapacidad, representando el 1.8 por ciento de la población (Cuadro 1). El 1.7 por ciento de la población femenina en el país tiene algún tipo de discapacidad y de la población masculina un 1.98 por ciento.

Cuadro 1. Población por condición de discapacidad, datos absolutos y porcentajes

	Mujeres		Hombres		Total	
	absolutos	%	absolutos	%	absolutos	%
Con discapacidad	851,583	1.7	943,717	1.98	1,795,300	1.8
Sin discapacidad	47'926,086	96.1	45'537,747	95.68	93'463,833	95.9
No especificado	1'113,490	2.2	1'110,789	2.33	2'224,279	2.3
Total	49'891,159	100	47'592,253	100	97'483,412	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos

Dentro de los tipos de discapacidad que presenta la población mexicana, se sitúa la motriz que afecta al 45 por ciento de las personas con discapacidad. El 26 por ciento de esta población sufre discapacidad de tipo visual, le sigue la mental con 16 por ciento, la auditiva con 15.7 por ciento, y de lenguaje con 4.9 por ciento (Cuadro 2)¹.

Desde 1982, el DIF Nacional opera establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad, esto le ha permitido acumular una amplia experiencia en la generación de modelos de atención; en la prestación de servicios en este campo, en la formación de recursos humanos especializados y en la capacitación continua de su personal.

¹ Los totales del Cuadro No. 2 no suman 100 por ciento porque una persona puede presentar más de un tipo de discapacidad.

Cuadro 2. Tipos de discapacidad por sexo

Tipo de discapacidad	Mujeres %	Hombres %	Total %
Motriz	46.4	44.4	45.3
Auditiva	14.8	16.5	15.7
Del lenguaje	4.8	4.9	4.9
Visual	27.7	24.5	26
Mental	15	17.1	16.1
Otra discapacidad	0.7	0.8	0.7
No especificado	0.3	0.5	0.4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos

Este Programa tiene por objetivo fomentar la prevención e impulsar la integración social de las personas con discapacidad y su incorporación al desarrollo social, para lo cual cuenta con dos instrumentos: promover el respeto pleno para el ejercicio de sus derechos humanos, políticos y sociales, la igualdad de oportunidades y la equidad en el acceso a los servicios de salud, educación, capacitación, empleo, cultura, recreación, deporte e infraestructura, que permita su movilidad y transporte, y todo aquello que en su conjunto contribuya al bienestar y mejoría de su calidad de vida.

La población objetivo del Programa está constituida por la población abierta y aquella no amparada por los Sistemas de seguridad social, con discapacidad en las modalidades neuromotora, visual, auditiva, de lenguaje o intelectual; así como en riesgo de padecer procesos discapacitantes por malformaciones congénitas, enfermedades transmisibles y crónicas, accidentes y otro tipo de lesiones.

El Cuadro 3 muestra que del total de población con discapacidad motriz –45.3 por ciento-, casi el 80 por ciento son adultos y adultos mayores. La presencia de la discapacidad visual en estos grupos de edad es importante llegando a ser de un 81.7 por ciento. Los que tienen discapacidad mental son en cambio, en su mayoría niños y jóvenes con un 27.6 y 33.2 por ciento respectivamente. En discapacidad de lenguaje se tiene un registro parecido, estos porcentajes son 27.8 y 30.3 para niños y jóvenes respectivamente. Los que tienen discapacidad auditiva son adultos (22.8 por ciento) y adultos mayores (55.5 por ciento).

Cuadro 3 Población por tipo de discapacidad, grupo de edad y sexo

Incapacidad	Grupo de edad	Mujeres %	Hombres %	Total %
Motriz	Niños	9.5	10.8	10.2
	Jóvenes	8.2	12.1	10.2
	Adultos	23.6	32.9	28.4
	Adultos mayores	57.8	43.5	50.4
	No especificado	0.9	0.7	0.8
	Total	100	100	100
Auditiva	Niños	10.1	10	10
	Jóvenes	10.4	10.5	10.5
	Adultos	22.3	23.2	22.8
	Adultos mayores	55.7	55.3	55.5
	No especificado	1.5	1	1.2
	Total	100	100	100
Lenguaje	Niños	26.4	29.1	27.8
	Jóvenes	30.1	30.5	30.3
	Adultos	29.7	27.6	28.6
	Adultos mayores	12.7	11.8	12.2
	No especificado	1.1	1	1.1
	Total	100	100	100
Visual	Niños	7.2	8.1	7.6
	Jóvenes	8.7	10.8	9.8
	Adultos	31.1	34.9	33
	Adultos mayores	51.9	45.5	48.7
	No especificado	1.1	0.7	0.9
	Total	100	100	100
Mental	Niños	27.5	27.7	27.6
	Jóvenes	32.2	33.9	33.2
	Adultos	28	29.7	29
	Adultos mayores	11.4	7.9	9.4
	No especificado	0.9	0.8	0.8
	Total	100	100	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos

La población con discapacidad que es derechohabiente al Sistema de salud representa el 44.9 por ciento (Cuadro 4). Del 53.9 por ciento que no son derechohabientes, el 54.2 por ciento son hombres y el 53.6 por ciento son mujeres.

Cuadro 4. Población con discapacidad por condición de derechohabiente según sexo

	Mujeres por ciento	Hombres por ciento	Total por ciento
No derechohabiente	53.6	54.2	53.9
Derechohabiente	45.2	44.6	44.9
No especificado	1.2	1.2	1.2
Total	100	100	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos

De acuerdo con el cuadro 5, de la población discapacitada, el 33.4 por ciento se atiende en el IMSS, el 21.9 por ciento en SSA, en el ISSSTE el 5.8 por ciento, en el IMSS-Solidaridad el 3.7 por ciento, en PEMEX el 1.2 por ciento, el 2.1 por ciento en otra institución pública y el 31.9 por ciento lo hace en alguna institución privada.

Cuadro 5. Población con discapacidad que utiliza servicios de salud por lugar de atención

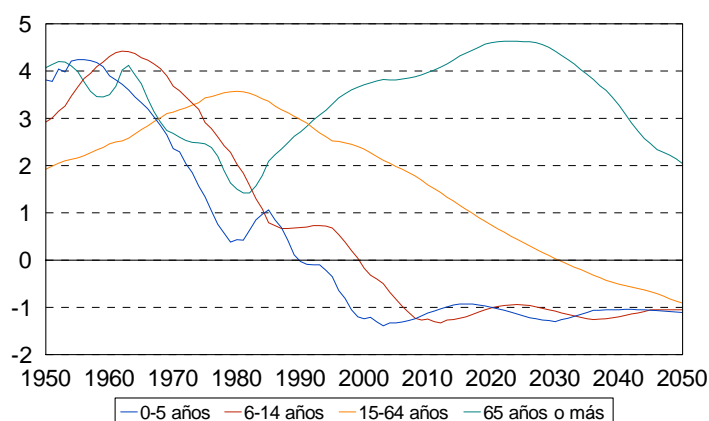
Institución	Mujeres por ciento	Hombres por ciento	Total por ciento
IMSS	32.4	34.3	33.4
ISSSTE	6.3	5.4	5.8
PEMEX, Defensa o Marina	1.3	1.1	1.2
SSA	21.6	22.2	21.9
IMSS- Solidaridad	3.6	3.7	3.7
Otra institución privada	32.7	31.2	31.9
Otra institución pública	2.1	2.1	2.1
Total	100	100	100

Fuente: Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos

La población con discapacidad en números absolutos es considerable, y como se comentó anteriormente, la presencia de los diferentes tipos de discapacidad tiende a ser mayor en el grupo de los adultos mayores, es de esperarse que la población

con alguna o algunas discapacidades se incrementa, al ser este el grupo de edad que presenta mayores tasas de crecimiento poblacional, como se puede apreciar en la gráfica 1.

Gráfica 1. Tasas de crecimiento de cuatro grandes grupos de edad, 1950-2050



Fuente: CONAPO, 2000

IV. Metodología de Evaluación

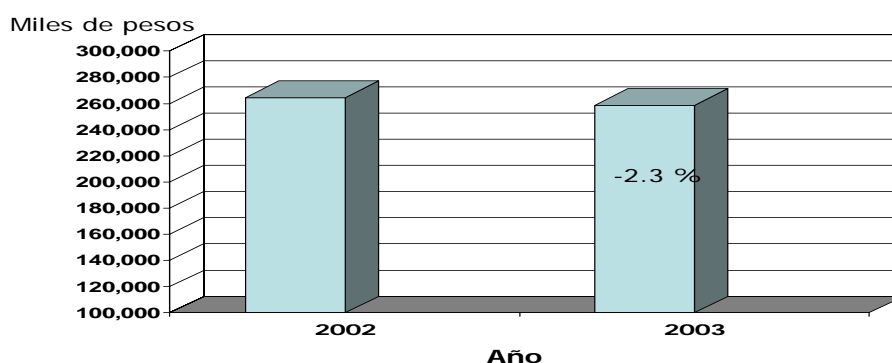
Se consideraron tres aspectos. El primero tiene que ver con la operación del Programa y sus resultados en cuanto al otorgamiento de productos y servicios, el segundo y tercero tienen que ver con los procesos y estructura con base a las percepciones de los responsables de los Centros de Rehabilitación del DIF Nacional y DIF Estatales. 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.

Se realizó un diagnóstico de 3 Unidades Operativas, 2 CREES y un CRI (Centro de Rehabilitación y Educación Especial y Centro de Rehabilitación Integral) utilizando como metodología el Sistema de Marco Lógico, como vía de trabajo colaborativo con los principales responsables a fin de obtener información sobre problemáticas esenciales y encontrar posibles soluciones con base a elementos de estructura y procesos para delinear matrices de marco lógico para su discusión como vías de Programas de intervención en búsqueda de la eficiencia y del incremento en calidad y calidez en el otorgamiento de servicios. Con lo anterior contamos con una vía de complemento informativo al enfoque de análisis de resultados de los Programas.

V. Análisis de los recursos dedicados al Programa

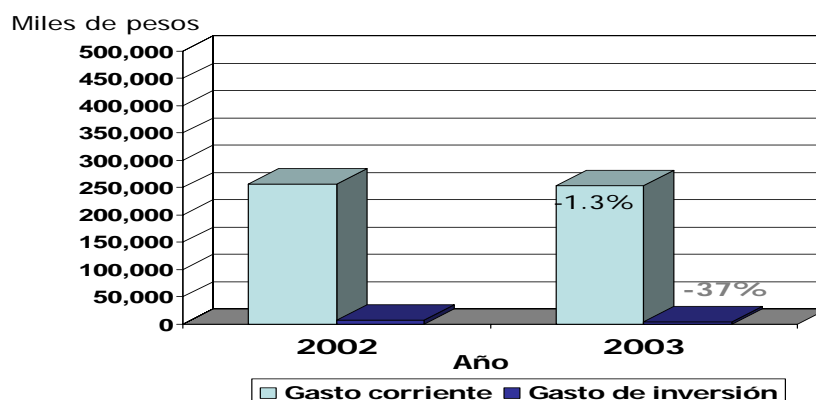
El presupuesto destinado al Programa de Atención a Población con Discapacidad sufrió para 2003 un decremento en términos reales del -2.3 por ciento tomando en cuenta la inflación del período, pasando de \$264,485.3 miles de pesos en el 2002 a 258,498.1 miles de pesos en el 2003.

**Presupuesto destinado al Programa de Discapacidad
(pesos constantes)**



El gasto corriente disminuyó en un -1.3 por ciento en términos reales, mientras que el gasto en inversión lo hizo en un -37 por ciento.

**Presupuesto destinado al Programa de Discapacidad
(pesos constantes)**



Gastos de Operación

Los gastos de Operación están clasificados en cuatro grandes rubros: servicios personales, materiales y suministros, servicios generales y transferencias.

- **Servicios Personales:**

Agrupar 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:**

Consideran 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 22.46 por ciento .

VI. Centros de Rehabilitación

Operación del Programa

Los Centros de Rehabilitación tienen por tarea:

1. Prevención de la discapacidad
2. Atención discapacidad
3. Terapia rehabilitatoria
4. Proporcionar ayudas funcionales
5. Detectar enfermedades y la discapacidad
6. Formar recursos humanos
7. Educación continua

Existen 24 Centros de Rehabilitación en la modalidad de centralizados. En el Distrito Federal operan 4 Centros, 2 en Morelos y 1 en cada uno de los siguientes Estados: Campeche, Jalisco, Nayarit, Puebla, San Luis Potosí, Yucatán, Baja California, Chihuahua, Estado de México, Nuevo León, Querétaro, Tamaulipas, Zacatecas, Baja California Sur, Guerrero, Oaxaca, Quintana Roo, y Veracruz.

En la modalidad descentralizada existen 10 Centros: 3 en Coahuila, 2 en Durango, y 1 en cada uno de los siguiente Estados: Guanajuato, Sonora, Michoacán, Colima y Tabasco.

Los tipos de apoyo con que se beneficia a la población objetivo son: servicios de consulta médica, sesiones de terapia y estudios de gabinete, así como ayudas funcionales en prótesis y órtesis, éstas se otorgan a través de una cuota de recuperación que se establece mediante el estudio de trabajo social; éste toma en cuenta el ingreso familiar y el número de integrantes de la familia. En la definición de la cuota se tienen 4 categorías:

- 1.- máxima: de cuatro salarios en adelante
- 2.- media: de dos a tres salarios mínimos
- 3.- mínima: de uno a dos salarios mínimos
- 4.- exención: menor de un salario mínimo

Esta valoración socioeconómica se registra en el carnet de citas del usuario.

Los requisitos para elegir al beneficiario son: acudir al Centro, solicitar información y el servicio, asistir a la prevaloración, presentarse al estudio socioeconómico, proporcionando la información y/o documentación que se le solicite. La cancelación del servicio se debe únicamente a la inasistencia del usuario durante un periodo de 6 meses; si el mismo usuario solicita por segunda vez el servicio, se realiza la valoración nuevamente, para abrir el expediente y continuar con el proceso rehabilitatorio.

Los criterios y procedimientos que se aplican para la atención y el seguimiento de los usuarios están contenidos en el Manual de Atención a Usuarios de los Centros de Rehabilitación, en este se establecen las disposiciones generales, condiciones de ingreso, actividades para la valoración integral, servicios para los usuarios, horarios, derechos y obligaciones, prohibiciones y sanciones. También se incluyen los Sistemas de referencia y contrarreferencia de las personas atendidas, de modo que el flujo sea regulado y se optimice el uso racional de recursos y la prestación de servicios a los beneficiarios.

El Programa es considerado una estrategia de largo plazo que promoverá la prevención de la discapacidad, a través de la orientación y detección temprana de los procesos discapacitantes. En esta tarea, se promueven acciones multisectoriales, porque se tiene colaboración con el sector privado y la sociedad civil.

Flujo de información

La Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social es el área responsable directa de la operación de los Centros de Rehabilitación ubicados en el Distrito Federal y en coordinación con los DIF Estatales, de aquellos que operan en las modalidades centralizada y descentralizada. Además, genera la normatividad, Programas, lineamientos generales y manuales de operación de los Centros y las unidades básicas de rehabilitación.

Por otra parte, los responsables del cumplimiento y supervisión del Programa son el Organismo de Control Interno, el DIF Nacional y la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo. Cuando los recursos se radican a los Programas, los Órganos Estatales de Control y la Dirección General de Operación Regional y Contraloría Social de la SECODAM, vigilan su aplicación.

El presupuesto asignado al Programa se destina a la operación de los 20 Centros de Rehabilitación administrados por el DIF Nacional, en coordinación con 19 gobiernos estatales; 4 Centros de Rehabilitación en el Distrito Federal, y para el apoyo administrativo de 10 Centros de Rehabilitación descentralizados en 7 gobiernos estatales.

Resultados

En cuanto a la tarea de atención a la discapacidad, el cuadro 6 permite observar que en los Centros de Rehabilitación centralizados se registró un crecimiento de 5.2 por ciento en el número de consultas médicas, del año 2002 al 2003. Mientras que en los Centros descentralizados hubo un decremento de 1.1 por ciento en el mismo concepto.

Cuadro 6. Número de consultas médicas para Centros centralizados y descentralizados, 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	295,249	311,322	5.2
Descentralizados	139,906	138,356	-1.1
Total	435,155	449,678	3.2

Las terapias rehabilitatorias otorgadas son de tres tipos: físicas, ocupacionales y de lenguaje. Para el primer tipo, el número de sesiones de terapia física tuvo una tasa de crecimiento negativa: -1.9 por ciento en el 2003, con respecto al año anterior. Así, los Centros descentralizados tuvieron un retroceso en el número de sesiones en 14.9 por ciento, mientras que los centralizados tuvieron una tasa de crecimiento de 5.7 en el 2003 con respecto al 2002 (Cuadro 7).

Cuadro 7. Número de sesiones de terapia física para Centros centralizados y descentralizados, 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	1,105,297	1,172,717	5.7
Descentralizados	797,123	693,838	-14.9
Total	1,902,420	1,866,555	-1.9

Por otra parte, el número de sesiones de terapia ocupacional creció en 2003 para los Unidades centralizadas en 8.2 por ciento, y en los descentralizados en 1 por ciento, teniendo un crecimiento total de 6.6 por ciento (Cuadro 8).

Cuadro 8 Número de sesiones de terapia ocupacional para Centros centralizados y descentralizados, 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	179,669	195,823	8.2
Descentralizados	58,087	58,683	1.0
Total	237,756	254,506	6.6

En el Cuadro 9 se observa que se creció en 9.3 por ciento en el número de sesiones de terapia de lenguaje en los Centros en el 2003 con respecto al año anterior. Los centralizados crecieron en sus sesiones en 9.9 por ciento, mientras que los descentralizados en 8.6 por ciento.

Cuadro 9 Número de sesiones de terapia de lenguaje para Centros centralizados y descentralizados, 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	142,140	157,725	9.9
Descentralizados	111,781	122,266	8.6
Total	253,921	279,991	9.3

El Cuadro 10 permite observar que en el 2003 respecto al año anterior, crecieron 6.7 por ciento las consultas paramédicas en los Centros centralizados, sin embargo en los descentralizados decrecieron en 11.7 por ciento, teniendo un crecimiento total de 1.8 por ciento.

Cuadro 10. Número de consultas paramédicas para Centros centralizados y descentralizados para 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	460,814	493,903	6.7
Descentralizados	197,872	177,195	-11.7
Total	658,686	671,098	1.8

Para prevenir la discapacidad se realizan tareas de difusión. Así, el número de sesiones de información y orientación de discapacidad creció en 14.4 por ciento en el 2003 respecto al 2002. Los Unidades descentralizadas registraron una tasa de crecimiento negativa de 28 por ciento, no obstante, las centralizadas crecieron en 19.4 por ciento (Cuadro 11)

Cuadro 11 Número de sesiones de información y orientación acerca de la discapacidad, 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	9,683	12,013	19.4
Descentralizados	1,822	1,423	-28.0
Total	11,505	13,436	14.4

Por otra parte, en la tarea de proporcionar ayudas funcionales; se fabrican prótesis, órtesis y ayudas de otro tipo. En este aspecto, el número de piezas fabricadas decreció en los unidades centralizados y en los descentralizados, si bien en los primeros esta disminución fue menor, se registraron tasas negativas en el 2003 con respecto al 2002, de 0.5 y 11 por ciento respectivamente (Cuadro 12). Este tipo de piezas también se reparan, en esta tarea los centralizados decrecieron en 17 por ciento y los descentralizados en 12.2 por ciento (Cuadro 13).

Cuadro 12. Número de piezas de prótesis, órtesis y otras ayudas funcionales fabricadas, 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	21,265	21,152	-0.5
Descentralizados	10,028	9,038	-11.0
Total	31,293	30,190	-3.7

Cuadro 13. Número de piezas de prótesis, órtesis y otras ayudas funcionales reparadas, 2002 y 2003

Centros	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Centralizados	1,813	1,550	-17.0
Descentralizados	725	646	-12.2
Total	2,538	2,196	-15.6

En la formación de recursos humanos se tuvo un crecimiento total de 3.5 por ciento en el año 2003 respecto del 2002. Las áreas que registraron crecimiento fueron: terapeuta físico con 2.9 por ciento, y auxiliares en terapia con un 200 por ciento. Este último crecimiento se vio opacado con el decremento en 69.2 por ciento de la formación de técnicos en órtesis y prótesis, el -17.9 por ciento de formación de terapeutas ocupacionales y el -3.2 en medicina de rehabilitación (Cuadro 14).

Cuadro 14. Formación de recursos humanos, 2002 y 2003

	2002	2003	Tasa de crecimiento %
Medicina de rehabilitación	31	30	-3.2
Terapeuta físico	278	286	2.9
Terapeuta ocupacional	39	32	-17.9
Técnico en ortesis y prótesis	13	4	-69.2
Auxiliares en terapia	11	33	200.0
Total	372	385	3.5

De acuerdo con el cuadro 15, en Educación continua, el número de sesiones creció en 13.9 por ciento y el número de asistentes a éstas creció en 10 por ciento, del 2002 al 2003.

Cuadro 15. Educación continua, 2002 y 2003

	2002	2003	Tasa de crecimiento
Sesiones	4,927	5,612	13.9
Asistentes	59,484	65,413	10.0

VII. Indicadores de Resultados

Para valorar la efectividad del Programa y la aplicación de los recursos que le son asignados, se determina el indicador que cuantifica la integración familiar y social de la población atendida, la cual se realiza a través de dos indicadores:

<u>PROGRAMA DE ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD:</u>	2002	2003
1) Indicador/Fórmula Periodicidad Porcentaje de Personas Reintegradas Socialmente del Total de Personas Atendidas en Rehabilitación	13.6 por ciento	13.0 por ciento
<u>Número de Personas Reintegradas Socialmente X 100</u> Número de Personas Atendidas en Rehabilitación	<u>14,592</u> 106,731	<u>14,333</u> 110,003
Ambos índices se encuentran dentro de los rangos de aceptación definidos por el DIF Nacional. En 2003 el valor del índice disminuye con respecto a 2002 principalmente como consecuencia de un incremento en el número de personas atendidas en rehabilitación.		
2) Porcentaje de Ayudas Funcionales Proporcionadas a la Población Atendida en Rehabilitación	31.6 por ciento	29.4 por ciento
<u>Número de Ayudas Funcionales Entregadas X 100</u> Número de Personas Atendidas en Rehabilitación	<u>33,831</u> 106,731	<u>32,386</u> 110,003
Ambos índices se encuentran dentro de los rangos de aceptación definidos por el DIF Nacional. En 2003 el valor del índice disminuye respecto a 2002 principalmente como consecuencia de un decremento en el número de ayudas funcionales entregadas.		

VIII. Diagnóstico de Muestra de Unidades Operativas

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 para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer”.
- Centro de Rehabilitación Integral de Atlixco
- Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Puebla

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.

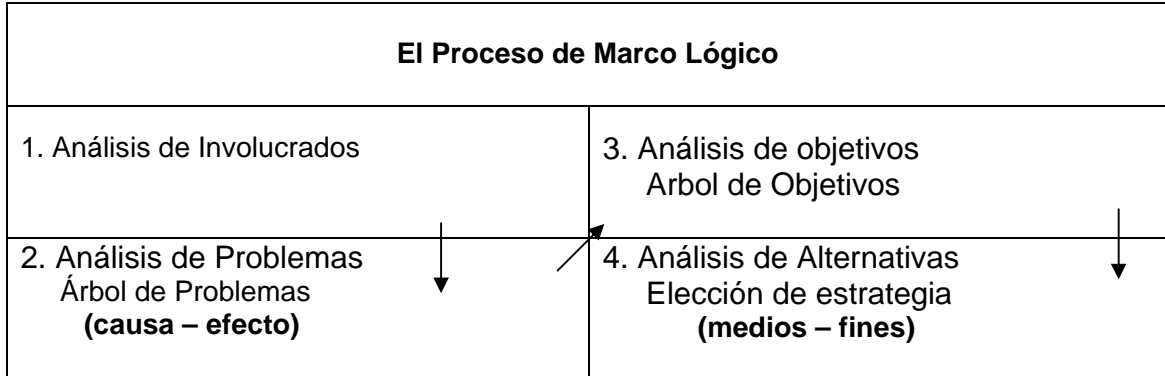
Mediante el Análisis de Problemas se busca entender la problemática de la UO, identificando los problemas principales y sus relaciones de causalidad (causa – efecto), considerando las condiciones negativas percibidas por los involucrados.

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”



Con el Análisis de Alternativas se identifican las distintas estrategias 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			
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 de Calidad y Calidez aplicada a los Responsables de Unidades de Rehabilitación.

A partir del análisis desarrollado en forma conjunta con los Directores, Coordinadores Técnicos y en general responsables del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer”, Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

de Puebla y el Centro de Rehabilitación Integral Atlixco, se encontraron los siguientes hallazgos relacionados con 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:

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

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.

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.

V Recursos Financieros.

V.1 Reducción de Presupuesto con necesidades constantes.

Causas Probables:

- Dependencia de asignación externa de presupuesto.

Posibles soluciones:

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

V.2 Tardanza de asignación anual de fondo revolvente.

Causas Probables:

- Dependencia de asignación externa de presupuesto.

Posibles soluciones:

- Acceso a información objetiva estandarizada del DIF Nacional para su análisis como apoyo a solicitud de presupuesto anual en tiempos acordes a las necesidades presupuestales del DIF Nacional.

V.3 Falta de estandarización de forma de cobro de servicios

Causas Probables:

- Procesos no estandarizados.

Posibles Soluciones:

- Capacitación y seguimiento de procesos.

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.

IX. Calidad y calidez

Para cumplir con este propósito se realizó una encuesta dirigida a los responsables de los Centros de Rehabilitación. Los resultados de las encuestas se presentan de la siguiente manera:

Primero la descripción de la información captada y posteriormente mediante el uso de modelos regresivos encontraremos los factores que tienen mayor incidencia en la percepción de la calidad y calidez 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.
- Optimación: 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.

La encuesta:

- Se prepararon cuestionarios autoaplicables para los responsables de las unidades
- Se enviaron vía correo electrónico y fax
- Se atendió al personal encuestado por vía telefónica

Centros de rehabilitación y educación especial

CENTRALIZADOS		DESCENTRALIZADOS
CRI TLAZOCHIHUALPILLI, D.F.	CREE PUEBLA, PUE.	CREE SALTILLO, COAH.
CREE IZTAPALAPA, D.F.	CREE QUERETARO, QRO.	CREE COLIMA, COL.
CR ZAPATA, D.F.	CREE CHETUMAL, Q. ROO	CREE DURANGO, DGO.
C.N.P/R.N.C.D.V., D.F.	CREE SAN LUIS POTOSI, SLP	CREE GOMEZ PALACIO, DGO.
CREE LA PAZ, B.C.S.	CREE CD. VICTORIA, TAMPS.	CRIS IRAPUATO, GTO.
CREE CAMPECHE, CAMP.	CREE JALAPA, VER.	CREE MORELIA, MICH.
CREE CHIHUAHUA, CHIH.	CREE MERIDA, YUC.	CREE HERMOSILLO, SON.
CREE CHILPANCINGO, GRO.	CREE GUADALUPE, ZAC.	CREE VILLAHERMOSA, TAB.
CREE TOLUCA, EDO. MEX.	CRI GUADALAJARA, JAL.	CRI MONCLOVA, COAH.
CREE TEPIC, NAY.	CRI CUERNAVACA, MOR.	CRI TORREON, COAH.
CREE MONTERREY, N.L.	CRI CUAUTLA, MOR.	
CREE OAXACA, OAX.	CRI ENSENADA, B.C.	

Opinión sobre el personal, Centralizados

16. ¿Qué tan de acuerdo está Usted en que ...	T. De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	Des-acuerdo	T. Des-acuerdo
1. el personal que trabaja en esta unidad es suficiente		5	1	16	2
2. el personal tiene la capacitación adecuada para su puesto	3	11	5	5	
3. el personal desempeña las funciones para las cuales fue contratado	4	14	3	3	
4. el personal recibe capacitación continua suficiente	2	5	9	7	1
5. existe gran movilidad del personal (la permanencia del personal es breve)	1	1	3	10	9

Los responsables de los Centros de Rehabilitación perciben:

- Insuficiencia de personal
- Limitada capacitación para el puesto
- Desempeño limitado de funciones

- Baja capacitación
- Muy baja movilidad de personal

Opinión sobre área física, mobiliario y equipo, centralizados

17. ¿Qué tan de acuerdo está Usted en que ...	Totalmente De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo	En Desacuerdo	Tot. en desacuerdo
1. El área física para la operación de la unidad es suficiente (comprenden salas de espera, consultorios, aulas, dormitorios, por ejemplo)	5	2	2	14	1
2. El mantenimiento que se le da a las instalaciones es el adecuado	3	3	2	9	7
3. El mobiliario con el que cuenta la unidad es suficiente	3	4		12	5
4. El estado del mobiliario es bueno	1	6	3	9	6
5. Ha sido posible mantener actualizado el mobiliario	3	3	2	11	5
6. El equipo de diagnóstico y tratamiento es suficiente	3	6	4	11	
7. El equipo de diagnóstico y tratamiento recibe mantenimiento adecuado	3	5	3	7	6
8. Ha sido posible mantener actualizado el equipo de diagnóstico y tratamiento	3	4	1	12	4

- Limitación en áreas físicas
- Bajo mantenimiento
- Mobiliario insuficiente
- Mobiliario no actualizado
- Mantenimiento inadecuado de equipo de diagnóstico
- Obsolescencia en equipo de diagnóstico

Opinión sobre la limpieza, centralizados

18. ¿Qué tan de acuerdo está Usted en que ...	T. De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en De-sacuerdo	En Desacuerdo	T. En Desacuerdo	NR
1. los baños son suficientes	4	7	2	7	4	
2. los baños se encuentran en buen estado	4	13	2	4	1	
3. la limpieza de los baños es la adecuada	5	11				8
5. la limpieza de la ropa de cama, toallas, etc. es el adecuado	4	15	4	1		
6. En general, la limpieza de la unidad es la adecuada	1	4		15	4	

- Suficiencia media de baños
- Estado de baños suficientemente bueno
- Limpieza adecuada de baños
- Limpieza inadecuada de unidad y de accesorios para atención de usuarios

Opinión sobre el presupuesto, centralizados

19. ¿Qué tan de acuerdo está Usted en que ...	T. De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en De-sacuerdo	En Desacuerdo	T. En Desacuerdo	NR
1. El presupuesto que le asigna el DIF Nacional a la unidad es suficiente *		3	2	6	6	
3. Existe una buena retroalimentación con las áreas centrales	5	11	6	2		

- Presupuesto insuficiente
- Retroalimentación media con Áreas Centrales

Calidez en la atención, centralizados

20. ¿Qué tan de acuerdo está Usted en que ...	T. De acuerdo	De acuerdo	Ni de acuerdo Ni en De-sacuerdo	En Desacuerdo	T. En Desacuerdo	NR
1. Los usuarios de su unidad reciben un trato respetuoso por el personal de la unidad	7	16	1			
2. La información de cada usuario se maneja con gran confiabilidad	13	10	1			
3. La privacidad que se le ofrece al paciente durante las consultas es adecuada	11	12		1		
4. Los usuarios reciben atención con prontitud.	4	14	5	1		
5. La calidad de la atención que recibe la población en esta unidad es la adecuada	7	13	4			

- Trato respetuoso al usuario
- Confidencialidad en el manejo de la información
- Privacidad adecuada al paciente
- Atención pronta
- Calidad adecuada de atención en unidad

- Así mismo se realizaron preguntas que permitieron perfilar al responsable por edad, sexo, nivel de escolaridad y tiempo de estancia en el puesto.
- Se conoció la población diariamente atendida, el personal de atención y sus especialidades.

IX.1 Evaluación de la calidad y calidez de los servicios que ofrece el DIF

Una vez realizada la encuesta dirigida a la evaluación de las unidades de rehabilitación del DIF Nacional, se realizó un trabajo econométrico utilizando dos vías de análisis:

1. Regresión Lineal Simple

Buscamos encontrar que elementos contenidos en las preguntas relacionadas a elementos de estructura como el personal; mobiliario, equipo y áreas físicas; Estado de baños, cocina, etc; presupuesto y nivel de retroalimentación (elemento de proceso); y elementos de trato respetuoso y prontitud en la

atención otorgados a los usuarios de los Centros de Rehabilitación explican de mejor manera la calidad y calidez en la atención que recibe la población usuaria.

Según la percepción de los responsables de los Centros de Rehabilitación, el trato respetuoso y la atención con prontitud (preguntas 20.4 y 20.1) son los elementos que más contribuyen en la percepción de calidad y calidez de los usuarios, seguidos en importancia por el desempeño de funciones del personal, su nivel de capacitación y la limpieza de baños (preguntas 16.3, 16.2 y 18.3), y finalmente por la suficiencia de equipo de diagnóstico y tratamiento y de áreas físicas de operación (preguntas 17.6 y 17.1) Por tanto, es importante poner énfasis en estos factores como vía de otorgamiento de servicios de rehabilitación de calidad y calidez. En los cuadros 9.1 y 9.2 se muestran los resultados.

Cuadro 9.1. Análisis de Varianza

Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Regression	5.4	3	1.81	6.68	0.00
Residual	8.1	30	0.27		
Total	13.6	33			

**Cuadro 9.2
Coefficients**

Model	Unstandardized Coefficients B	Std. Error	Standardized Coefficients Beta	t	Sig.	Wi
(Constant)	4.21	0.09		47.11	0.00	
Personal y Limpieza	0.25	0.09	0.39	2.74	0.01	0.37
Equipo e Instalaciones	0.12	0.09	0.18	1.30	0.20	0.18
Calidez	0.30	0.09	0.47	3.29	0.00	0.45

2. Análisis de Factores.

Se utilizó esta técnica estadística que permite representar relaciones entre grupos de variables, de tal manera que expresamos el nivel de calidad y calidez de otorgamiento de servicios de rehabilitación del DIF Nacional como una función lineal de los elementos relacionados en el párrafo anterior, 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 y reagrupadas por el propio análisis pueden explicar un fenómeno complejo, como es el nivel de calidad y calidez. En los cuadros 9.3 y 9.4 se muestran los resultados.

Cuadro 9.3. Varianza total explicada

Component	Rotation Sums of Squared Loadings	% of Variance	Cumulative %
	Total		
Personal y Limpieza	2.2	31.1	31.1
Equipo e Instalaciones	1.7	24.6	55.7
Calidez	1.5	21.7	77.4

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Cuadro 9.4 Matriz rotada de componentes

	Component		
	Personal y Limpieza	Equipo e Instalaciones	Calidez
Personal desempeña las funciones para las cuales fue contratado	0.84	0.19	-0.09
Personal tiene la capacitación adecuada para su puesto	0.84	0.09	0.15
La limpieza de los baños es adecuada	0.74	0.08	0.37
El equipo de diagnóstico y tratamiento es suficiente	0.04	0.91	0.17
El área física para la operación de la unidad es suficiente	0.26	0.86	-0.01
Los usuarios reciben atención son prontitud	-0.05	0.30	0.83
Los usuarios reciben un trato respetuoso	0.39	-0.14	0.79

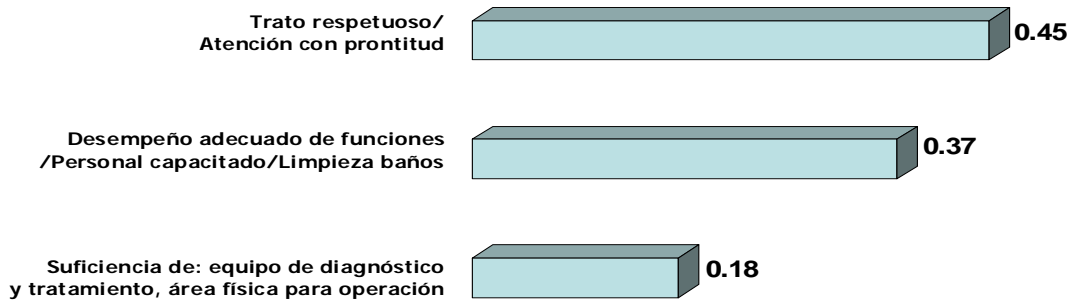
Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

Rotation converged in 5 iterations.

Según la percepción de los responsables de los Centros asistenciales, se confirma que los elementos descritos como principales contribuyentes a la percepción de calidad y calidez de los usuarios en el análisis de regresión lineal explican de mejor manera dicha percepción por esta vía de análisis.

Contribución de cada factor en la Calidad Y Calidez de atención que recibe la población usuaria de las unidades de rehabilitación



Podemos concluir, haciendo uso de ambas vías de análisis, que poniendo énfasis en el trato respetuoso y la atención con prontitud, en el desempeño de funciones del personal, su nivel de capacitación y la limpieza de baños y en la suficiencia de equipo de diagnóstico y tratamiento y de áreas físicas de operación, podemos influir positivamente en la forma como los usuarios de las unidades de rehabilitación miden la calidad y calidez de la atención del DIF Nacional, según la percepción de los responsables de dichas unidades.



IX.2 Acciones del DIF dirigidas al mejoramiento de la 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 a Personas con Discapacidad como son:

Red Nacional De Centros De Cómputo Con Tecnología Adaptada Para Personas Con Discapacidad (SECOR 2003)

- **Objetivo**

Incrementar la calidad de los servicios de los Centros de Rehabilitación, a través de un Programa de informática que apoya la rehabilitación de personas con discapacidad motora, auditiva, del lenguaje, por déficit intelectual y del aprendizaje, mediante la utilización de herramientas tecnológicas.

- Descripción del Proyecto:
 - Concertar con los DIF Estatales y los Centros de Rehabilitación las áreas físicas del CTA.
 - Instalar los softwares especializados, así como capacitar al personal operativo de los CTA's
 - Interconectar entre su servidor central para intercambiar datos, experiencias y conocimientos como es el caso de las sesiones clínicas virtuales.
 - Enriquecer con información actualizada la sección de biblioteca y facilitar vía Internet el acceso de todos los CTA's interconectados a esta Red.
- Meta Específica:

Instalación de 11 CTA's en los Centros de Rehabilitación de los Estados de México, Baja California, Chiapas, Chihuahua, Guerrero, Michoacán, Morelos, Quintana Roo, Coahuila, Nayarit y Zacatecas
- Beneficio Social (Impacto):

Ampliar la cobertura de atención, elevar la calidad de los servicios e intercambiar información científica de los Centros de Rehabilitación.
- Avance: 100 por ciento

Producción A Distancia De Ortesis Y Prótesis Mediante Sistemas Computarizados (SECOR 2003)

- Objetivo

Ampliar la cobertura de la fabricación de prótesis y órtesis, así como mejorar la calidad de los servicios mediante Sistemas computarizados y de telecomunicación de los Centros de Rehabilitación
- Meta Específica:

Se ampliará la cobertura de atención, se abatirán los costos y tiempos de producción y las personas que requieran de aparatos ortésicos y protésicos no requerirán trasladarse a los Centros donde se elaboran

- Beneficio Social (Impacto):

Se ampliará la cobertura de atención, se abatirán los costos y tiempos de producción y las personas que requieran de aparatos ortésicos y protésicos no requerirán trasladarse a los Centros donde se elaboran.

- Avance: 0 por ciento debido a falta de presupuesto.

Ampliación de la capacidad instalada para la atención integral de personas con discapacidad (SECOR 2003)

- Objetivo

Ampliar la cobertura de los servicios de prevención, rehabilitación e integración social para personas con discapacidad, mediante la creación de unidades básicas de rehabilitación y la operación de unidades móviles de rehabilitación

- Meta Específica:

Creación de 92 nuevas y adquisición de 7 Unidades Móviles de Rehabilitación

- Beneficio Social (Impacto):

- Ampliación de la cobertura y acercamiento de los servicios de atención a las personas con discapacidad, propiciando la inclusión escolar, laboral y social
- Fomentar la cultura de autogestión, integración familiar y respeto a la dignidad de las personas con discapacidad.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y disminuir los costos en la atención de rehabilitación e integración social.

- Avance: 100 por ciento

Implantar el Modelo de Innovación y Calidad

- Objetivo

Desarrollar e implantar el modelo de calidad en la Subdirección General de Asistencia e Integración Social, como área piloto a efecto de mejorar los procesos internos, servicios y clima laboral

- Meta Especifica:
 - Elaborar el Manual de Calidad.
 - Desarrollar el Sistema de Gestión de calidad.
 - Implantar el Modelo de Innovación y Calidad en la Subdirección General de Asistencia e Integración Social.
- Beneficio Social (Impacto):
 - Que la población objetivo reciba atención oportuna, eficaz y con calidad.
 - Transparencia en el quehacer institucional
- Avance: en inicio.

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 por ciento 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 por ciento

Diplomado en Rehabilitación Laboral

- Objetivo:
Formar Consejeros en Rehabilitación Profesional
- Meta Específica.
Capacitar a 20 personas con nivel de licenciatura
- Beneficio Social (Impacto):
Integrar a las personas con discapacidad en un empleo adecuado a sus aptitudes, habilidades e intereses en el menor tiempo posible y asegurar su permanencia en el mismo.
- Avance: 40 por ciento

Reestructuración del Boletín sin DIF-erencias para Crear una Revista Científica

- Objetivo:
Crear una revista institucional de carácter científico para la difusión de información que oriente y actualice al personal de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social con la intención de apoyar la mejora de la calidad en la atención
- Meta Específica:
 - Rediseñar el boletín para que éste cumpla con las características de una revista científica acorde a la normatividad vigente
 - Incluir información de las diferentes áreas de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, sobre todo aquella que tenga que ver con las metas, acciones realizadas y servicios que ofrece el Sistema Nacional DIF.
 - Incluir información científica y tecnológica en materia de rehabilitación y asistencia social que nos permita modificar gradualmente los contenidos del boletín, hasta que éste adquiera el carácter de revista científica.

- Ampliar la cobertura de difusión hacia todas las áreas de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social y los Sistemas Estatales DIF e instituciones del sector salud
- Que el número 12 del boletín SIN DIF-erencias tenga ya las características, contenido y alcances plasmados en este proyecto.
- Beneficio Social (Impacto):
 - Abrir canales de comunicación en el Sistema Nacional DIF
 - Multiplicar acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de nuestros clientes internos y externos
 - Difusión de información especializada
 - Ofrecer a nuestro personal un medio impreso donde publicar los resultados de su trabajo
 - Consolidar un Sistema de trabajo que refleje los valores institucionales y refuerce su misión y su visión
- Avance: 70 por ciento

Primeras Jornadas de Rehabilitación del DIF Nacional

- Objetivo:

Organizar un espacio de encuentro donde el personal de los Centros de Rehabilitación expongan y compartan experiencias, a fin de enriquecer su acervo científico y que permita actualizarse en cuanto a prevención, diagnóstico y tratamiento integral de las personas con discapacidad.
- Meta Especifica:

Realizar las Primeras Jornadas de Rehabilitación en septiembre del 2003.
- Beneficio Social (Impacto):
 - Obtener atención médica y paramédica de manera oportuna, con calidez, calidad y alto nivel humanístico.
 - Satisfacción del ciudadano con los servicios recibidos.
 - Recibir un diagnóstico, tratamiento y un pronóstico adecuado, que beneficie al paciente al disminuir los tiempos de estancia en los Centros de Rehabilitación.

- Fortalecer la integración social, familiar y laboral de las personas con discapacidad.
- Avance: 100 por ciento

Reorganización y actualización de las bibliotecas especializadas de los centros de rehabilitación “Gaby Brimmer” e “Iztapalapa”.

- Objetivo:
 Contar con un acervo bibliográfico actualizado y de reconocimiento internacional que contribuya a mejorar la formación de licenciados en terapia y médicos especialistas en rehabilitación.
- Meta Específica:
 Revisión del Reglamento Interno de la Biblioteca, empastado de libros deteriorados, realización de un directorio de bibliotecas afines, Sistematización de búsqueda en Internet de revistas relacionadas con la rehabilitación, adquisición de libros actualizados, revistas indexadas.
- Beneficio Social (Impacto):
 Proporcionar a los recursos humanos en formación y al personal médico y paramédico de ambos Centros de Rehabilitación, información bibliográfica actualizada en el campo de la rehabilitación, situación que se traducirá en una mejor atención a los pacientes.
- Avance: 0 por ciento por insuficiencia presupuestal.

Construcción de aulas en el CREE Iztapalapa

- Objetivo:
 Contar con infraestructura adecuada para mejorar la calidad en el proceso enseñanza-aprendizaje
- Meta Específica:
 Contar con seis aulas con el espacio, iluminación y ventilación adecuada para mejorar la calidad en el proceso enseñanza aprendizaje
- Beneficio Social (Impacto):
 Mejorar la calidad en el proceso enseñanza-aprendizaje, reflejándose posteriormente en una mejor atención al paciente.

- Avance: 30 por ciento

Centros de neuroestimulación sensorial.

- Objetivo:

Equipar y operar 24 Centros de Neuroestimulación Sensorial en los Centros de Rehabilitación, con la finalidad de apoyar el tratamiento rehabilitatorio de los menores con riesgo de presentar daño neurológico.

- Meta Especifica:

En el 2003 tener equipados y en operación 8 Servicios de Neuroestimulación

- Beneficio Social (Impacto):

Apoyar al 100 por ciento de la población infantil, en edades de recién nacido hasta 5 años de edad, en riesgo de generar un daño neurológico, y que acuda a los 24 Centros de Rehabilitación

- Avance: 0 por ciento por insuficiencia presupuestal

X. 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 con algún tipo de discapacidad. El DIF Nacional mostró para el ejercicio del 2003 un decremento en términos reales del presupuesto dirigido al Programa, lo que pudo influir en una disminución 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 de Rehabilitación, así como de atención a elementos de procesos como capacitación a los responsables y empleados en general.

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

El diagnóstico realizado a tres Centros de Rehabilitación 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 de rehabilitación, 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 estrategia dirigida a la certificación para el Sistema de Gestión de Calidad ISO 9001: 2000 de sus unidades de rehabilitación.

El análisis de las encuestas practicadas a los responsables de los Centros de Rehabilitación en el país muestran 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 rehabilitatorias 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 las unidades de rehabilitación del DIF a partir de la selección y seguimiento 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.

Bibliografía

Atkinson, A.(1995) On targeting social security: Theory and western experience with familia benefits. En 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.

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.

INEGI, 2000, Censo Nacional de Población y Vivienda XII, México.

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.