



**Informe final de la evaluación de resultados 2005
de los programas sujetos a reglas de operación a
cargo del DIF nacional**

El Colegio Mexiquense, A.C.
Marzo de 2006

Coordinación:

Carola Conde Bonfil

Subcoordinación:

Ernesto Vega Loaiza

Colaboradores:

Ernesto Romero Conde

Francisco Valdés Vega

Martín Francisco Hernández Vargas

Leopoldo Figueroa Olea

Eloy Fernández Suárez

Soledad Aranda Pérez

David Robles Rubio

Miguel Ángel Felipe Ortega

Ana Lilia Salazar Zarco

Apoyo informático:

Unidad de informática de El Colegio Mexiquense



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Contenido

Siglas y acrónimos	5
Introducción.....	7
1.1 Contribución del PAPD y el PAPVS a la consecución de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006	13
1.2 Contribución del PAPD y el PAPVS al Programa Nacional de Salud 2001-2006	18
1.3 Acuerdos internacionales aplicables	20
2. Análisis por programa y subprograma.....	21
2.1 Programas de Atención a Personas con Discapacidad.....	21
2.1.1 Centros de Rehabilitación y Educación Especial y Centros de Rehabilitación Integral (CREE y CRI)	21
2.1.2 Unidades Básicas y Móviles de Rehabilitación	73
2.2 Programas de Atención a Población con Vulnerabilidad Social; Error! Marcador no definido.	
2.2.1 Subprograma Integral de Asistencia Social Alimentaria..... Error! Marcador no definido.	
2.2.2 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil y Centros de Asistencia Infantil Comunitaria; Error! Marcador no definido.	
2.2.3 Atención a la Salud del Niño (ASN); Error! Marcador no definido.	
2.2.4 Promoción y Difusión de los Derechos de la Niñez; Error! Marcador no definido.	
2.2.5 Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes	Error! Marcador no definido.
2.2.6 Prevención de Riesgos Psicosociales; Error! Marcador no definido.	
2.2.7 Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal; Error! Marcador no definido.	
2.2.8 Atención a Menores Fronterizos; Error! Marcador no definido.	



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- 2.2.9 Prevención y Atención a Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle “De la Calle a la Vida” ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.10 Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil (Propaeesci) ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.11 Atención Integral a Menores en Desamparo y Atención Integral a Personas en Desamparo ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.12 Desarrollo Comunitario “Comunidad Diferente” ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.13 Asistencia Jurídica Familiar ... ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.14 Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor..... ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.15 Regularización Jurídica de Menores y Adopciones ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.16 Protección a la Familia con Vulnerabilidad ¡Error! Marcador no definido.
- 2.2.17 Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos..... ¡Error! Marcador no definido.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Siglas y acrónimos

AIMD	Atención Integral a los Menores en Desamparo
AIPD	Atención Integral a Personas en Desamparo (adultos mayores)
AJF	Asistencia Jurídica Familiar
AMF	Atención a Menores Fronterizos
APVCR	Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos
ASN	Atención a la Salud del Niño
AVIMM	Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitaria
Censia	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
Codis	Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad
Conapo	Consejo Nacional de Población
Conava	Consejo Nacional de Vacunación
Conave	Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
CRI	Centros de rehabilitación integral
CREE	Centros de rehabilitación y educación especial
DADC	Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario
DCCD	Desarrollo Comunitario “Comunidad Diferente”
DCV	Prevención y Atención a Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle “De la Calle a la Vida”
DOF	Diario Oficial de la Federación
DPI	Dirección de Protección a la Infancia
DRAS	Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social
ENE	Encuesta Nacional de Empleo
ENIGH	Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares
ESCI	Explotación sexual comercial infantil
IAP	Instituciones de Asistencia Privada
IDH	Instituto de Desarrollo Humano
IEVS	Índice estatal de vulnerabilidad social
IMAN	Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez
IMPI	Instituto Mexicano de Protección a la Infancia
INEPAR	Instituto de Educación Preventiva y Atención de Riesgos AC
INM	Instituto Nacional de Migración
IVS	Índice de vulnerabilidad social
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
LAS	Ley de Asistencia Social
LGS	Ley General de Salud
LSNAS	Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social
NTCL	Normas técnicas de competencia laboral
OSC	Organizaciones de la sociedad civil



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

PAFPV	Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable
PAIA	Programa de Atención a la Infancia y Adolescencia
Paidea	Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes
PAPD	Programas de Atención a Personas con Discapacidad
PAPVS	Programas de Atención a Población con Vulnerabilidad Social
PEF	Presupuesto de Egresos de la Federación
PGR	Procuraduría General de la República
PIASA	Programa Integral de Asistencia Social Alimentaria
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006
PNS	Programa Nacional de Salud 2001-2006
PODPANNAVESCI	Protocolo operativo para la detección, protección y atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de ESCI
PPIAV	Programa de Protección a la Infancia y Adolescencia Vulnerables
Preverp	Prevención de Riesgos Psicosociales
Prodideni	Promoción y Difusión de los Derechos de la Niñez
Propadetium	Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal
Propaeesci	Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil
PFV	Protección a la Familia con Vulnerabilidad
RJMA	Regularización Jurídica de Menores y Adopciones
RO	Reglas de operación
SEDIF	Sistemas estatales para el Desarrollo Integral de la Familia
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SMDIF	Sistemas municipales para el Desarrollo Integral de la Familia
SNAS	Sistema Nacional de Asistencia Social
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SSA	Secretaría de Salud
UBR	Unidades básicas de rehabilitación
UMR	Unidades móviles de rehabilitación



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Introducción

El presente documento constituye la última entrega de la evaluación de resultados indicada en el artículo 52 del Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2005¹ y se elaboró con base en los Términos de Referencia para la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional (TR).

De acuerdo con el PEF 2005,² estos son el Programa de Atención a Personas con Discapacidad (PAPD) y el Programa de Atención a Personas con Vulnerabilidad Social³ (PAPVS). Sin embargo, en 2004 se elaboraron las Reglas de operación (RO) 2005 que reagrupan a los programas a cargo del DIF nacional en tres grupos: el Programa de Atención a Personas con Discapacidad (PAPD), los Programas de Atención a la Infancia y Adolescencia (PAIA) y los Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable (PAFPV).

Estas RO son producto de un proceso interno en el DIF para sistematizar sus actividades y delinear con mayor precisión la población objetivo a la que se atiende así como los apoyos y servicios que le ofrece. No obstante, desde el punto de vista programático, las RO 2005 no presentan una estructura adecuada pues se incluyen cuatro programas en los PAIA⁴ y cuatro más en los PAFPV⁵ pero en la

¹ Presupuesto de egresos de la Federación para el ejercicio fiscal 2005, *Diario Oficial de la Federación*, 20 de diciembre de 2004, Primera y Segunda Secciones Vespertinas, http://www.segob.gob.mx/dof/2004/diciembre/dof_20-12-2004_Vespertino.pdf, artículo 52, fracción IV, inciso b), p. 39.

² *Ibíd.*, Anexo 14. Programas sujetos a reglas de operación, pp. 85-87.

³ Denominado Programa de Atención a Población en Desamparo en las reglas de operación 2002.

⁴ Programa Integral de Asistencia Social Alimentaria (en las vertientes de desayunos escolares y atención a menores de cinco años en riesgo no escolarizados); Programa de Prevención de Riesgos en la Infancia y Adolescencia (con los subprogramas Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil, Centros de Asistencia Infantil Comunitarios, Atención a la Salud del Niño, Promoción y Difusión de los Derechos de la Niñez, Prevención y Atención Integral del Embarazo en Adolescentes y Prevención de Riesgos Psicosociales)

⁵ El Programa Integral de Asistencia Social Alimentaria (en las vertientes de alimentación a familias y alimentación a grupos vulnerables), el Programa Integral de Desarrollo Comunitario "Comunidad Diferente", el Programa de Asistencia Social y Jurídica a Familias (con tres subprogramas: Asistencia Jurídica Familiar, Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor, y Regularización Jurídica de Menores y Adopciones) y el Programa de Atención a Familias en Desamparo (que incluye los subprogramas de Protección a la Familia con Vulnerabilidad, de Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos y el de Atención Integral a Personas en Desamparo). Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Reglas de Operación de los programas de Atención a Familias y Población Vulnerable 2005, p. 3.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

práctica la mayoría de éstos no existe y las áreas responsables trabajan directamente con los subprogramas, con frecuencia tratándolos como programas o como estrategias.

Para simplificar la presentación de este documento, esta evaluación presenta los resultados considerando los dos programas que incluye el PEF: los PAPD y los PAPVS,⁶ en tanto que al resto se le considerará y denominará subprograma. Por lo tanto, el Programa Integral de Asistencia Social Alimentaria (PIASA) es considerado como subprograma y a sus cuatro acciones se les denomina vertientes.

Los TR especifican que este documento debe contener:

1. Porcentaje de cumplimiento del objetivo general y de los objetivos particulares y/o específicos de los tres programas asistenciales sujetos a Reglas de Operación.
 - Grado de satisfacción de la población objetivo de los programas evaluados.
 - Cobertura alcanzada del programa en el ejercicio fiscal 2005, y su variación con respecto a la obtenida en el año anterior por tipo de apoyo otorgado:
 - i) Al nivel nacional
 - ii) Por entidad federativa
 - iii) Por núcleo de población
2. El cumplimiento a las reglas de operación que regulan el programa de que se trate.
3. En términos de impacto, los beneficios económicos y sociales que resultan de la aplicación de los recursos asignados a cada programa evaluado.
4. El costo-beneficio de los recursos asignados a cada programa, en función de costos y gastos unitarios en que incurre para operar los programas.
5. Resultado de la verificación en campo del cumplimiento de las metas físicas y financieras de los programas.

⁶ En las RO 2002 (últimas publicadas en el *DOF* y, por lo tanto, las vigentes durante el ejercicio fiscal 2005) se denomina Programa de Atención a Población en Desamparo.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

6. Presentación del escenario prospectivo, opinión de permanencia, readecuación y conclusión de cada programa.
7. Conclusiones y recomendaciones, para los programas asistenciales y las reglas de operación correspondientes.

En cuanto al apego a las RO, cabe mencionar que las últimas reglas publicadas en el DOF para los tres programas evaluados son las de 2002⁷ por lo que, en sentido estricto, son las vigentes. No obstante, el presente informe se basa en las RO 2005 ya que las RO 2002 explícitamente sólo incluyen tres estrategias⁸ en el Programa de Atención a Población en Desamparo⁹: Atención a Familias en Comunidades y Personas en Desamparo,¹⁰ Orientación Jurídica y Social,¹¹ y Prevención de Riesgos en la Infancia y Adolescencia¹² que, con las denominaciones 2005, comprenden nueve subprogramas; esto significa que 8 de los 20 subprogramas¹³ no cuentan con RO sancionadas por las autoridades respectivas y publicadas en el Diario Oficial.

Por su parte, aunque las RO 2005 no se publicaron en el *Diario Oficial de la Federación* durante el ejercicio que se evalúa¹⁴ fueron revisadas por las

⁷ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, "Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de resultados del Programa de Atención a Población en Desamparo", *Diario Oficial de la Federación*, 15 de marzo de 2002, Segunda Sección.

⁸ Actualmente denominadas subprogramas.

⁹ En el PEF 2005 aparece con el nombre Programa de Atención a Población con Vulnerabilidad Social y en las RO 2005 se divide en PAIA y PAFPV.

¹⁰ Incluye a los Centros de Atención Asistencial (en 2005 se denominan Centros Asistenciales y pertenecen al PAIA cuando son para niños y jóvenes, y al PAFPV, para adultos mayores) y a los Campamentos Recreativos (en 2005 constituyen el APVCR del PAFPV)

¹¹ Equivale en lo fundamental al subprograma Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor (AVIMM).

¹² Incluye la Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes (Paidea), Prevención de Riesgos Psicosociales (Preverp) y Atención a la Salud del Niño (ASN), así como a los Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil (CADI) y los Centros de Asistencia Infantil Comunitarios (CAIC).

¹³ Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano-Marginal (Propadetium), Atención a Migrantes Fronterizos (AMF), Prevención y Atención a Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle "De la Calle a la Vida" (DCV), Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil (Propaeesci), Promoción y Difusión de los Derechos de la Niñez (Prodideni), Desarrollo Comunitario "Comunidad Diferente" (DCCD) así como el Programa Integral de Asistencia Social Alimentaria (PIASA) en los dos programas (PAIA y PAFPV).

¹⁴ Fueron publicadas en el DOF el 10 de febrero de 2006.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

secretarías de Hacienda y Crédito Público (SHCP) y de la Función Pública (SFP) y, de alguna forma, normaron la operación de los subprogramas.

Resulta obvio, por lo tanto, que en ninguno de esos casos podría desarrollarse la sección Apego a las reglas de operación que regulan al subprograma, pero se ha intentado responder este rubro con base en la normatividad existente al interior del SNDIF.¹⁵

Es importante precisar que en algunos de los subprogramas, no se cuenta con la totalidad de la información necesaria para la elaboración del informe ya que sólo se genera información al nivel nacional o, cuando mucho, por entidad federativa; por lo tanto, no se tiene desglose para el inciso *iii*) (con excepción de Paidea y PIASA¹⁶).

Esto sucede, en parte, debido a la estructura particular del SNDIF¹⁷ que consiste en un sistema descentralizado integrado por sistemas estatales y municipales que, por sus características de autonomía y personalidad jurídica y patrimonio propio, carecen entre sí de estructura orgánica y de una relación jerárquica formal integrada lo que complica la operación, control, evaluación y seguimiento de sus actividades.

Una segunda razón es que el SNDIF dependía casi totalmente de los sistemas estatales y municipales para la recopilación de la información sin contar con atribuciones suficientes para exigirla.¹⁸ Esto parcialmente se resuelve con la nueva

¹⁵ Documentos internos como los Lineamientos para la Radicación, Aplicación y Comprobación de los Recursos asignados por el DIF Nacional para el ejercicio del año presupuestal y las Reglas de Operación 2005.

¹⁶ Sólo existe el número de beneficiarios promedio por entidad federativa y municipio; el SNDIF no dispone de cifras acerca del presupuesto ejercido o los costos de operación.

¹⁷ El Sistema Nacional DIF está integrado por el DIF Nacional, que tiene la función de ser rector de los sistemas estatales. Se encarga de asesorar y proporcionar el apoyo necesario para una implantación más eficiente de las estrategias otorgando así una ayuda integral a los distintos grupos vulnerables. Además, es responsable de coordinar y realizar investigaciones que aporten conclusiones y soluciones a las diversas problemáticas atendidas en el SNDIF. Se encarga también de capacitar tanto al personal interno como a la población vulnerable brindando una herramienta de ayuda social. Genera modelos de atención y adopta un carácter normativo sobre ellos.

Por su parte los 31 DIF estatales y el del Distrito Federal son responsables de coordinar las acciones en su entidad y de llevar a cabo las tareas de capacitación. A su vez, cada entidad asigna recursos a los DIF municipales en los cuales se realizan primordialmente las actividades operativas.

¹⁸ La fracción XI del artículo 2 del Estatuto orgánico del SNDIF indicaba como atribución del Organismo "Participar con la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Información sobre la Asistencia Social".



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Ley de Asistencia Social (LAS)¹⁹ con la cual adquiere el carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada así como del Sistema Nacional de Información en Materia de Asistencia Social (en colaboración con el INEGI).²⁰

Otro aspecto que intenta resolver esta problemática es que, en forma previa a la aparición de la LAS, el SNDIF ya había iniciado la construcción del Sistema de Información Federal, Estatal y Municipal (SIFEM);²¹ pues, aunque aún no opera,²² ya han sido diseñados la mayoría de los módulos y once de ellos están liberados.²³

¹⁹ *Diario Oficial de la Federación*, 2 de septiembre de 2004, Primera Sección, pp. 82-92.

²⁰ Fracción VIII del artículo 9.

²¹ El proyecto SIFEM se compone de 19 módulos relacionados con uno o más de los subprogramas que opera el SNDIF: 1. Adopciones; 2. Adultos mayores; 3. Asistencia jurídica; 4. Atención a la Salud del Niño; 5. Ayudas sociales y culturales; 6. Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil; 7. Centros de Asistencia Infantil Comunitaria; 8. Programa Nacional de Prevención y Atención a Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle; 9. Derechos de la niñez; 10. Desarrollo comunitario; 11. Atención a Personas con Discapacidad; 12. Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil; 13. Prevención y Atención Integral del Embarazo en el Adolescente; 14. Menores albergados; 15. Menores fronterizos; 16. Menores trabajadores; 17. Prevención de riesgos Psicosociales; 18. Programas alimentarios y 19. Violencia familiar. Adicionalmente, existen otros tres módulos relacionados con actividades estratégicas del SNDIF: 20. Portal de Información y Georreferenciación, 21. Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social Pública y Privada, y 22. Biblioteca Virtual. (SNDIF, XVII Sesión Ordinaria del Comité de Control y Auditoría, 19 de agosto de 2005).

²² En la primera etapa se firmó el convenio de colaboración con 21 SEDIF (Aguascalientes, Campeche, Colima, Coahuila, Chiapas, Edo. de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nayarit, Nuevo León, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tlaxcala y Zacatecas). Operará en todo el territorio nacional a través del DIF nacional, 32 SEDIF y 2 274 SMDIF pero por el momento sólo se probó un módulo (Menores albergados) en forma piloto en ocho estados (Baja California, Campeche, Coahuila, Colima, Guanajuato, Morelos, Puebla y Quintana Roo) y DIF Nacional. En la segunda etapa acudió el resto de los estados. El SNDIF donó 45 equipos de cómputo cada SEDIF participante de los cuales ya se han entregados 30 para los 11 módulos ya liberados. Los 15 equipos restantes se encuentran almacenados hasta que sus respectivos módulos sean liberados o bien, hasta definir el número de equipos que necesitarán para cada uno de ellos.

²³ Adopciones, Adultos mayores, Atención a la salud del niño, Centros asistenciales de desarrollo infantil, Centros de asistencia infantil comunitaria, Derechos de la niñez, Explotación sexual, Menores albergados, Menores fronterizos, Prevención de adicciones y Programas alimentarios. Cada entidad federativa se encuentra en la etapa de implantación, usando una estrategia que responde a las necesidades, personal, infraestructura, fortalezas y debilidades de cada SEDIF. En algunos módulos ya existen manuales del usuario y se ha estado introduciendo información, pero aún se han presentado problemas técnicos por lo que en la práctica, están aún en la etapa de



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Sin embargo, el equipo evaluador considera que es necesaria una revisión del SIFEM para incluir en su diseño las variables exigidas por este tipo de informes así como lograr congruencia entre los nombres de los módulos y la nueva apertura programática plasmada en las RO 2006.²⁴

Además, hace falta agilizar sus etapas de prueba y puesta en marcha, facilitar el acceso de las OSC y los SMDIF, tomar conciencia cabal de la importancia de contar con estadísticas veraces, confiables y oportunas para la toma de decisiones y la evaluación del impacto, y realizar un esfuerzo serio para definir las variables claves y las coberturas espacial y temporal indispensables para construir indicadores apropiados.

Así, por ejemplo, es necesario que a partir de la información programática y presupuestal, el SNDIF estructure una metodología de costeo que permita conocer el gasto y la inversión que se efectúan en la operación de cada programa, actividad y proyecto, a efecto de generar las bases para el desarrollo de indicadores como el costo - beneficio social, eficacia e impacto de éstos.

Un aspecto fundamental en una evaluación es el análisis costo / beneficio, que en términos simples es la conversión en unidades mensurables de todos los beneficios que produce una actividad y el costo real que fue realizado para obtenerlos. Sin embargo, esta sencilla operación resulta compleja cuando se trata de un programa social en donde el grado de beneficios resulta muy subjetivo; es decir, si bien es deseable que los beneficios sean más grandes que los costos no existe una respuesta única acerca de la relación ideal de beneficio a costo.

Este análisis se vuelve aún más complicado cuando se pretende realizar sólo con trabajo de gabinete (como ocurrió en el informe preliminar) pues no se cuenta con suficientes elementos acerca de la percepción de los beneficiarios. Sin embargo, el problema fundamental para la evaluación de este rubro deviene del hecho de que actualmente el SNDIF carece de la cuantificación de los costos en los que se incurre para desarrollar cada subprograma.

piloteo.

²⁴ Así, por ejemplo, el módulo Adultos mayores corresponde al Subprograma de Atención Integral a Personas en Desamparo, y el de Ayudas sociales y culturales al de Protección a la Familia con Vulnerabilidad. Además, algunos parecen no estar considerados en los módulos existentes (como es el caso de Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos) o sólo parcialmente (como ocurriría con el Subprograma de Regularización Jurídica de Menores y Adopciones en tanto el módulo se denomina Adopciones).



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

En el presente apartado se describe la contribución del PAPD y el PAPVS a la consecución de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 (PND), al Programa Nacional de Salud 2001-2006 (PNS) así como en respuesta a los acuerdos internacionales aplicables.

1.1 Contribución del PAPD y el PAPVS a la consecución de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

En primer término, ambos programas contribuyen al objetivo rector 1 del PND en el apartado *Desarrollo Social y Humano*, específicamente a “mejorar los niveles de educación y bienestar de los mexicanos” que menciona en su *estrategia b*:

Formular, implantar y coordinar una nueva política de desarrollo social y humano para la prosperidad, con un enfoque de largo plazo. Actualizar los objetivos de la política pública para el desarrollo social y humano, poniendo énfasis en la superación de las personas y en el desarrollo de sus capacidades e iniciativas, así como en el fortalecimiento de las formas de participación social. En esta tarea se adoptarán criterios de permanencia de los programas sociales con carácter de largo plazo y sin sesgos provenientes de coyunturas políticas o actitudes partidistas

Ante esto, el PAPVS busca garantizar la protección y el desarrollo integral de las personas que por alguna situación de vulnerabilidad social se encuentran en riesgo, en situación de abandono o de maltrato, promoviendo su acceso a los satisfactores básicos de desarrollo, al ejercicio pleno de sus derechos y a una formación con sentido humano, que potencie sus capacidades individuales y el acceso a una vida digna.

De igual forma, el PAPD coadyuva en el objetivo rector 1, *estrategia b*, al promover la integración social de las personas con alguna discapacidad y su incorporación al desarrollo social, mediante la equiparación de oportunidades para el ejercicio de sus derechos. Adicionalmente, el PAPD proporciona atención rehabilitatoria en los estadios tempranos de los procesos de discapacidad y a personas con capacidades diferentes así como la formación y capacitación recursos humanos especializados en la atención de estas personas con lo que asiste en el cumplimiento de la *estrategia d* del mismo objetivo rector que dice:

Elevar los niveles de salud, garantizando el acceso a los servicios integrales de salud con calidad y trato digno, fortaleciendo el tejido social al reducir las desigualdades y asegurando protección económica a las familias. Asegurar el acceso a los servicios de salud y que los usuarios reciban un trato profesional y digno, que los satisfaga plenamente y que, al mismo tiempo, protejan la economía familiar de gastos excesivos, para fortalecer la cohesión social al reducir las



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

desigualdades. Asimismo, se buscará la participación responsable de la población en el cuidado preventivo individual, familiar y colectivo de la salud.

Por su parte, el PAPVS cuenta con un subprograma cuyo objetivo central es el de prevenir y erradicar adicciones (Preverp) tomando en cuenta que el fenómeno en cuestión es un problema de salud pública.

El objetivo rector 2 (acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades) del apartado Desarrollo Social y Humano del PND describe:

Incrementar la equidad y la igualdad de oportunidades implica utilizar criterios que reconozcan las diferencias y desigualdades sociales para diseñar estrategias de política social dirigidas a ampliar y ofrecer igualdad de oportunidades a todos los hombres y mujeres de la población mexicana.

El PAPD favorece esta *estrategia* ya que su población objetivo está constituida por población abierta en situación de vulnerabilidad, con discapacidad o en riesgo de padecer procesos discapacitantes por malformaciones congénitas, enfermedades transmisibles y crónicas, accidentes y otro tipo de lesiones. En materia de prevención, se conforma por grupos de población aparentemente sana, con indicios o manifestaciones de enfermedades y lesiones que pueden generar discapacidad.

El Paidea también responde al objetivo rector 2 “acrecentar la equidad y la igualdad de oportunidades”, cuya *estrategia b* menciona:

Transformar las condiciones de inequidad de género en los aspectos económicos, políticos, sociales y culturales, y poner a disposición de las mujeres los medios y recursos para que desarrollen integralmente sus capacidades, contribuyan, tengan acceso, control y disfrute efectivo de los servicios y beneficios del desarrollo del país y decidan en condiciones de equidad en todos los aspectos de la vida nacional

Por otro lado, el tema de embarazo es manifestado como importante desde el diagnóstico del PND en el apartado 5.3.2 “equidad e igualdad” el cual menciona:

Este grupo de población plantea demandas especiales para su inserción social. En materia de salud, es evidente la importancia que tienen los temas de embarazo en adolescentes, el aborto, el sida, las drogas, el alcoholismo y el tabaquismo. A manera de ejemplo, las crecientes necesidades de escolarización de las jóvenes - el porcentaje de mujeres mayores de 15 años sin instrucción o con primaria incompleta ha pasado de 72.2% en 1970 a 29.9% en 2000-, trae consigo requerimientos específicos de apertura de oportunidades y de atención para favorecer su desarrollo integral en todos los aspectos de la vida



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Por su parte, el PAPVS atiende a población compuesta por familias de comunidades en situación vulnerable; niñas y niños menores de seis años y en edad escolar; madres adolescentes; menores migrantes; menores trabajadores y en situación de riesgo; mujeres en edad adulta; ancianos en abandono y personas que por alguna razón se encuentran en desamparo temporal o expuestas a violencia familiar; así como a familias de comunidades que viven expuestas a diversos riesgos por su condición de vulnerabilidad.

Continuando con el mismo objetivo rector, el PAPVS apoya la *estrategia d*, “dar protección y promover el desarrollo pleno de niños y adolescentes”, al crear las condiciones que permitan a los niños desarrollarse en un ambiente emocional y físicamente seguro, garantizándoles bienestar, educación, salud y equidad. Para tal efecto, se elaboró el Programa de Acción 2002-2010 “Un México apropiado para la infancia y la adolescencia” que servirá de guía para un movimiento nacional a favor de la niñez y se promoverá un consejo para apoyar el desarrollo de infantes y adolescentes.

Lo anterior debido a que los objetivos específicos del programa están dirigidos a:

- Atender de manera integral a población vulnerable en centros asistenciales como casas cuna y hogar para niños, así como apoyar temporalmente a grupos de población abierta en condiciones de vulnerabilidad social.
- Fortalecer el desarrollo de capacidades, en las familias de comunidades que por su situación socioeconómica y/o biológica se encuentran en condiciones de riesgo; impulsando su participación en proyectos que impulsen sus capacidades de organización, productivas y de autogestión.
- Instrumentar, promover y realizar acciones de protección y orientación jurídica a los integrantes de la familia, especialmente al menor y a la mujer.
- Promover y definir los criterios básicos de operación, de las acciones orientadas a la prevención de riesgos sociales en menores y adolescentes, a la defensa de sus derechos y al incremento de los factores de protección social.

La *estrategia e*, “desarrollar políticas incluyentes para la atención a los ciudadanos de edad avanzada”, que precisa:

Brindar a los adultos de edad avanzada mayores retribuciones, asistencia y oportunidades, incluyendo el empleo, que les permitan alcanzar niveles de bienestar acordes con sus necesidades y que valoren su contribución al desarrollo del país. El propósito es que este grupo de edad se mantenga en el más alto nivel posible de sus capacidades físicas, mentales y sociales. Se pondrá énfasis en la



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

preparación de modelos de participación ciudadana con carácter autosustentable. Al mismo tiempo, se elaborarán programas de carácter preventivo.

es apoyada mediante las Casas Asistenciales del PAPVS y por los Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) del PAPD que, como parte de su población objetivo, atienden a los adultos mayores de 60 años sujetos de asistencia social, que se encuentran en condiciones de desamparo o desventaja.

El PAPD encuentra en la *estrategia f* (promover y fortalecer el desarrollo de las personas con alguna discapacidad para equiparar y facilitar su integración plena en todos los ámbitos de la vida nacional) la contribución más palpable al PND ya que impulsa, opera y promueve la ampliación de la cobertura y mejoría en la integración social de estas personas por medio de los subprogramas antes mencionadas.

En el objetivo rector 3, “impulsar la educación para el desarrollo de las capacidades personales y de iniciativa individual y colectiva” en su *estrategia a*, que cita:

Ofrecer a los jóvenes y adultos que no tuvieron o no culminaron la educación básica, la posibilidad de capacitación y educación para la vida y el trabajo que les permita aprovechar las oportunidades de desarrollo.

El PAIA, mediante el Propadetium, contribuye a este objetivo al prevenir y combatir el trabajo infantil urbano-marginal mediante la promoción de redes comunitarias, fortaleciendo las capacidades familiares y la revaloración de la escuela, ya sea obligatoria o la capacitación para jóvenes.

Los tres programas también coadyuvan en el objetivo rector 4, “fortalecer la cohesión y el capital sociales” en las *estrategias* del PND:

a) Fortalecer los ámbitos familiares para que sean el motor de la convivencia y la solidaridad social. Impulsar programas y políticas públicas que fomenten los valores en los diversos tipos de familias y propicien la cohesión y la solidaridad sociales. Se atenderán con calidad y suficiencia las necesidades de esparcimiento, actividad física, deporte, recreación y expresión cultural. [...] c) Fomentar la participación de las organizaciones sociales y civiles en el desarrollo de las políticas públicas. Enriquecer los programas sociales y encauzarlos correctamente con la colaboración de los distintos grupos beneficiarios de las políticas públicas para diseñar, instrumentar y evaluar las políticas y los programas. La madurez de la sociedad mexicana ofrece amplias posibilidades para que éstas respondan de manera más efectiva a las necesidades y requerimientos de los distintos grupos, comunidades o regiones logrando, al mismo tiempo, mayor armonía social en el marco de la libertad individual, d) Promover y desarrollar una política general de



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

fortalecimiento e integración de las personas y las familias más vulnerables, mediante el desarrollo integral e incluyente, con la participación de la sociedad civil.

Los Campamentos recreativos para la *estrategia a*; De la Calle a la Vida para la *estrategia c* así como Programa de Desarrollo Comunitario “Comunidad Diferente” (PDCCD) y el Preverp para la *estrategia d*, que pertenecen al PAPVS de alguna forma responden a las *estrategias* del PND antes mencionadas.

Cabe señalar que, por ejemplo, el Modelo Chimalli- DIF promueve valores de cuidado y atención ecológica por lo cual, de alguna manera, participa en las acciones que busca cumplir el objetivo rector 5 (lograr un desarrollo social y humano en armonía con la naturaleza) en su *estrategia b* que menciona:

Crear una cultura ecológica que considere el cuidado del entorno y del medio ambiente en la toma de decisiones en todos los niveles y sectores. Fomentar condiciones socioculturales para contar con conocimientos ambientales y desarrollar aptitudes, habilidades y valores para propiciar nuevas formas de relación con el ambiente, la aplicación de hábitos de consumo sustentables y la participación corresponsable de la población.

En el apartado “Orden y respeto” del PND 2001-2006, objetivo rector 1 (defender la independencia, soberanía e integridad territorial nacionales), *estrategia g* que a la letra dice:

Hacer valer las decisiones soberanas de México en materia de flujos y movimientos migratorios y brindar y exigir trato digno a nuestros connacionales que viajan o residen en el extranjero. Formular e instrumentar acciones gubernamentales congruentes que reconozcan y valoren las aportaciones y contribuciones que los migrantes hacen, tanto en las sociedades de destino como en las de origen, demandando el pleno respeto a sus derechos en su tránsito migratorio por México. Por otra parte, elevar la calidad y eficiencia de los servicios migratorios.

El PAPVS, al contar con el subprograma de Atención a Menores Fronterizos (AMF), colabora a conjuntar esfuerzos y acciones entre las instancias de los tres órdenes de gobierno, instituciones públicas, privadas y organismos de la sociedad civil nacionales e internacionales con el fin de prevenir y atender las necesidades de los menores migrantes y repatriados que viajan solos y las problemáticas colaterales a que están expuestos.

Basados en lo anterior, el PAPD y el PAPVS atienden a la consecución del PND 2001-2006 en cuando menos cinco objetivos rectores y diez *estrategias*.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

1.2 **Contribución del PAPD y el PAPVS al Programa Nacional de Salud 2001-2006**

Existen cuando menos siete *estrategias* y 21 líneas de acción en las cuales el PAPD y el PAPVS contribuyen a los propósitos del Programa Nacional de Salud (PNS) del cual se detallan algunas de las más relevantes:

La *estrategia 2* del PNS (reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres), línea de acción 2.6 (atender problemas relacionados con el rezago) se cubre por parte del PAPD mediante el otorgamiento y prestación de servicios asistenciales que coadyuvan a la rehabilitación integral de la población demandante, por medio de la atención en 20 centros de rehabilitación centralizados, diez descentralizados y cuatro en el DF denominados CREE y CRI.

La prevención y atención de la discapacidad facilita la inclusión familiar, laboral y escolar de las personas, mejorando su calidad de vida y propiciando una cultura de autocuidado, inclusión y respeto a su dignidad. El PAPD da una respuesta integral a los reclamos sociales de las organizaciones y las personas con alguna discapacidad, bajo la premisa de incrementar la calidad de los servicios para dicha población.

La *estrategia 3* del PNS (enfrentar los problemas emergentes mediante la definición explícita de prioridades), línea de acción 3.11 (fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades) al que el PAPD coadyuva debido a que dentro de sus objetivos está la promoción de acciones para el fortalecimiento de las capacidades de la población con alguna discapacidad o en riesgo, a fin de incorporarlos al desarrollo humano pleno.

Así mismo, difunde e intercambia programas de asistencia social en materia de discapacidad con organismos internacionales y países diversos para mejorar la calidad de los servicios de prevención, rehabilitación e integración social.

El PAPVS se adhiere a los compromisos de la *estrategia 6* del PNS (construir un federalismo cooperativo en materia de salud) en la línea de acción 6.1 (establecer nuevos mecanismos para la asignación equitativa de recursos), al establecer mecanismos de cooperación continua entre los SEDIF y el SNDIF. Además, el SNDIF realiza y aplica lineamientos y acuerdos en el interior de las entidades para la operación de sus subprogramas.

Por otro lado, la línea de acción 7.2 de la misma *estrategia* del PNS (fortalecer la coordinación intra e intersectorial) es llevada a cabo por el SNDIF en varios de sus subprogramas, tal es el caso del AMF al contar con la cooperación del Instituto Nacional de Migración (INM) para las acciones de repatriación de menores.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

En otro ejemplo, el Programa Integral de Asistencia Social Alimentaria (PIASA), realiza convenios en su operación a fin de formalizar las relaciones interinstitucionales con la Secretaría de Educación Pública (SEP), el Consejo Nacional de Fomento Educativo (Conafe), la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (Sagarpa) y la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol).

La *estrategia 8* (Avanzar hacia un Modelo Integrado de Atención a la Salud) en la línea de acción 8.1 (reorientar las acciones de salud al medio familiar y comunitario) así como la *estrategia 9* (garantizar la atención a los grupos de autoayuda y grupos de representantes de la sociedad civil) encuentran respuesta en el Preverp, Paidea, PIASA, De la Calle a la Vida (DCV), entre otras, al contar con mecanismos de atención a la salud y a grupos vulnerables cuya operación se centra en grupos, comunidades u OSC.

Finalmente, en la *estrategia 10* (fortalecer la inversión en recursos humanos, investigación e infraestructura en salud), en la línea de acción 10.1 (fortalecer la calidad de educación de los profesionales de la salud) así como la línea de acción 10.2 (fortalecer la capacitación de los recursos humanos para la salud) dentro de los objetivos específicos de las RO de los CREE (por citar un ejemplo) se menciona la formación y capacitación de recursos humanos especializados en la atención de personas con alguna discapacidad.

Las actividades realizadas en los centros de rehabilitación cumplen y sobrepasan en muchas ocasiones, las acciones que las RO dictan.

Para concluir la presente sección, sólo resta señalar que el PAPD utiliza las bases y procedimientos del Sistema Nacional de Asistencia Social (SNAS)²⁵ que promueve la prestación de los servicios de asistencia social que establece la Ley General de Salud (LGS), coordinando el acceso de los mismos, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas y los sectores social y privado.

Los subprogramas del SNDIF se someten a dicha ley, en especial en la población objetivo tal como lo señala el artículo 2 que dice:

²⁵ La Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social fue abrogada con la publicación de la Ley de Asistencia Social (LAS) en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) del 2 de septiembre de 2004 pero ésta tiene por objeto sentar las bases para la promoción del SNAS.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

El Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, entendida ésta como la célula de la sociedad que provee a sus miembros de los elementos que requieren en las diversas circunstancias de su desarrollo, y también a apoyar, en su formación y subsistencia, a individuos con carencias familiares esenciales no superables en forma autónoma por ellos.

Y el artículo 4:

Son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia social preferentemente los siguientes: I.- Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos al maltrato; II.- Menores infractores; III.- Alcohólicos, fármaco dependientes o individuos en condiciones de vagancia; IV.- Mujeres en período de gestación o lactancia; V.- Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato; VI.- Inválidos por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudez, alteraciones del sistema neuromusculo-esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje u otras deficiencias; VII.- Indigentes; VIII.- Personas que por su extrema ignorancia requieran de servicios asistenciales; IX.- Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono; X.- Familiares que dependan económicamente de quienes se encuentren detenidos por causas penales y que queden en estado de abandono; XI.- Habitantes del medio rural o del urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia; y XII.- Personas afectadas por desastres.

1.3 Acuerdos internacionales aplicables

Adicionalmente, otros programas y subprogramas del SNDIF dan respuesta a los compromisos internacionales que México ha adquirido ante diversos organismos internacionales y que, al ser ratificados por el Senado, se convierten en jurídicamente vinculantes y ocupan un lugar prioritario en la jerarquía jurídica del país.

Algunos documentos relacionados con las temáticas atendidas por el SNDIF son:

- Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer “Convención de Belém do Pará” (1994)
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, CEDAW (1979)
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres, CEDAW (1999)
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990)



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada transnacional (2003)
- Convenio 182 sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil, OIT (1999)
- Convenio 183 sobre la Protección de la Maternidad, OIT (2000)
- Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto de San José de Costa Rica" (1969)
- Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador" (1988)
- Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (1999)
- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (1993)
- Declaración del Milenio (2000)
- Convención sobre los Derechos del Niño (1999)
- Un Mundo Apropiado para los Niños, ONU (2002)

2. Análisis por programa y subprograma

2.1 *Programas de Atención a Personas con Discapacidad*

2.1.1 Centros de Rehabilitación y Educación Especial y Centros de Rehabilitación Integral (CREE y CRI)

En el modelo médico se considera la discapacidad como un problema de la persona causado directamente por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual.

El tratamiento de la discapacidad está encaminado a una mejor adaptación de la persona a la sociedad y a un cambio de conducta hacia su condición. La atención



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

sanitaria es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la salud.

Por otro lado, el modelo de la discapacidad considera el fenómeno principalmente como un problema social, relacionado con la integración de las mujeres y de los hombres con alguna discapacidad.

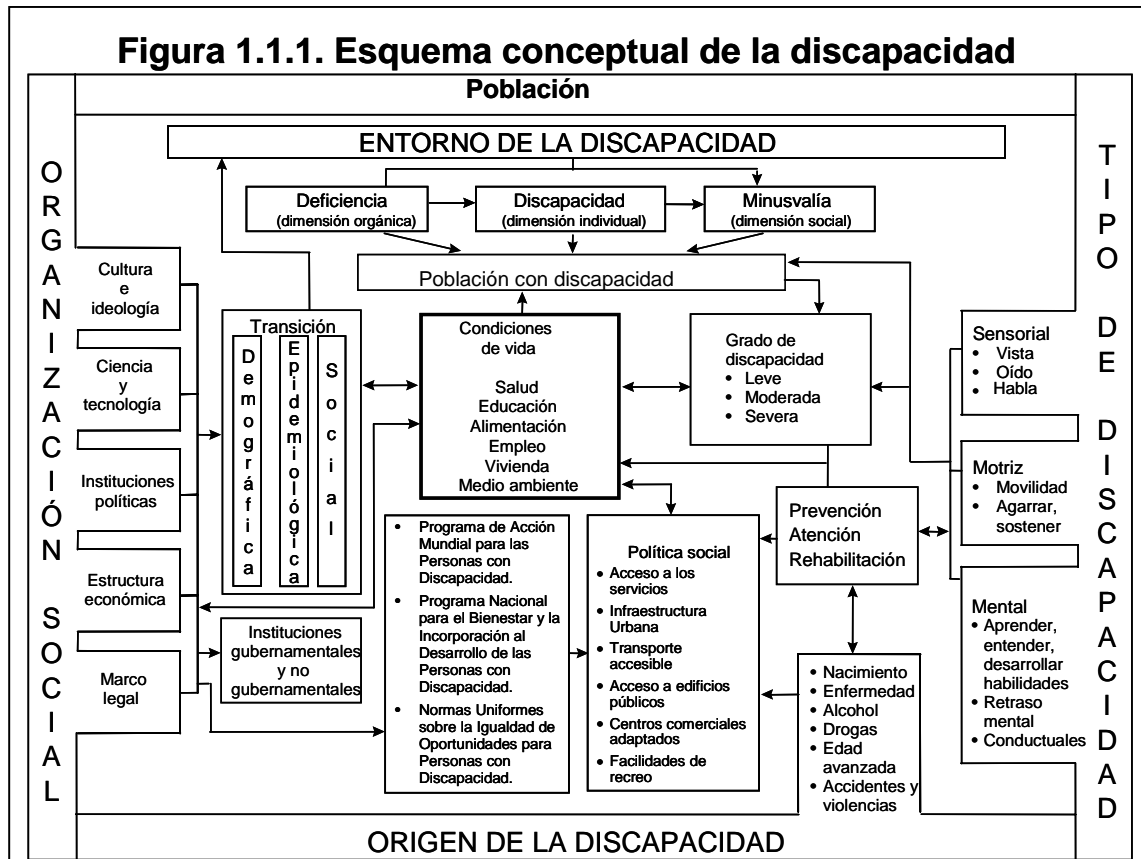
La discapacidad no es un atributo de la persona sino un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación responsable y colectiva de la sociedad en su conjunto para hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena en todas las áreas de la vida de las personas con alguna discapacidad.

Este asunto se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, que requiere cambios que favorezcan la sensibilidad social e impulsen políticas de derechos humanos acerca de la discapacidad. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político. Así, en el Seminario sobre estadísticas de personas con discapacidad, realizado en Managua, Nicaragua en septiembre de 2004 se presentó el esquema conceptual del fenómeno (véase la figura 1.1.1).²⁶

²⁶ Rita Velázquez Lerma, "El tema de la discapacidad y la generación de información estadística en México", ponencia presentada en el Seminario Regional Estadísticas sobre Personas con Discapacidad, Managua, Nicaragua, 2004.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional



Fuente: INEGI (citado en Rita Velázquez Lerma, "El tema de la discapacidad y la generación de información estadística en México", ponencia presentada en el Seminario Regional Estadísticas sobre Personas con Discapacidad, Managua, Nicaragua, 2004).

Además, el problema fundamental para la definición del concepto consiste en que dependiendo de la región, se considera de distintas formas y magnitudes a las capacidades diferentes, por ejemplo por debilidad visual puede entenderse solamente a aquella persona que requiera el uso de lentes, mientras que para otros representa a un ciego. Debido a esto es que los datos que arroja el censo del INEGI pueden estar distorsionados de origen, de hecho existe una discrepancia entre los datos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) con los del INEGI.

Hay muy pocas definiciones oficiales para la discapacidad en la literatura, en la legislación y en las regulaciones de cualquier país. De hecho, las diferencias en el uso de la lengua española a través de América Latina y el cambio de términos para referirse a la discapacidad en un cierto plazo, denotan que el concepto es más difícil de comprender. En México y Costa Rica, la palabra "invalidez" y "discapacidad" se refieren a inhabilidad, mientras que la "incapacidad" se refiere a una enfermedad o a lesión temporal. El término "discapacidad" es más políticamente correcto que "invalidez". En otros países latinoamericanos, el término "incapacidad" puede referir a una inhabilidad permanente. Otras palabras



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

tales como de "lisiado", "impedido", "paralítico", "minusválido" y "parapléjico" aumentan más la confusión.²⁷

Esto se refleja en el análisis de la evaluación de las características de discapacidad en México (véase el cuadro 1.1.1)²⁸

Cuadro 1.1.1. Evolución de las características de la discapacidad

Fuente	Año	Concepto medido	Porcentaje
Censo	1900	Defectos físicos y mentales	0.20
Censo	1910	Defectos físicos y mentales	0.21
Censo	1921	Defectos físicos y mentales	0.65
Censo	1930	Defectos físicos y mentales	0.66
Censo	1940	Defectos físicos y mentales	0.54
Censo	1980	Ausentismo escolar por invalidez (6-14 años)	2.80
Encuesta Nacional de Inválidos	1982	Invalidez	0.02
Conteo de Población	1995	Discapacidad (Hogares)	2.33
Registro Nacional de Menores	1995	Discapacidad (Población escolar)	6.35
Censo	2000	Discapacidad	1.84
Muestra censal	2000	Discapacidad	2.31
Encuesta Nacional de Salud	2000	Discapacidad	2.35

Fuente: Rita Velázquez Lerma, "El tema de la discapacidad y la generación de información estadística en México", ponencia presentada en el Seminario Regional Estadísticas sobre Personas con Discapacidad, Managua, Nicaragua, 2004 (con base en cifras de la ONU, el Conapo, la SSA y el INEGI). De los censos de 1990 a 1940 los porcentajes fueron calculados con respecto a la población total. En el censo 1980, se tomó de ONU. Compendio de datos estadísticos sobre los impedidos 1990 y el porcentaje correspondiente se calculó dividiendo el número total de niños (6 a 14 años) impedidos entre el número total de niños que no asisten a la escuela.

El porcentaje para 1982 se calculó dividiendo el número total de personas con secuelas invalidantes entre la población total proyectada para ese año, según Conapo. El porcentaje para el Conteo de Población se calculó dividiendo el número de discapacitados entre la población total, que indica dicha fuente.

El porcentaje para el Registro Nacional de Menores se obtuvo dividiendo el número total de personas de 0 a 20 años con alguna discapacidad entre la población total de dicha edad según el Conteo de Población.

El porcentaje para el Censo de 2000, la Muestra censal y la Encuesta Nacional de Salud, se calculó dividiendo el número de personas con discapacidad entre la población total, que indica cada fuente.

Aunque no se dispone de información precisa sobre la incidencia de la discapacidad se calcula que cada año se presentan 125 000 casos nuevos como consecuencia de fracturas graves, 67 000 por malformaciones congénitas, 43 000 por secuelas de enfermedad vascular cerebral, 20 000 por secuelas de trauma craneoencefálico, 12 000 por parálisis cerebral infantil y 2 400 de sordera congénita, lo cual representa alrededor de 267 000 casos nuevos de discapacidad sólo por estas condiciones, así como por las discapacidades de la comunicación humana incluidas en la enfermedad vascular cerebral, el trauma cráneo encefálico y la parálisis cerebral infantil.²⁹

²⁷ Gonzalo Hernández Licona, "Discapacidad y el mercado de trabajo en Latinoamérica", México, ITAM, Departamento de Economía, 2001.

²⁸ Rita Velázquez Lerma, *op. cit.*

²⁹ De acuerdo con datos actuales de la ONU, existen en el mundo alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de las cuales aproximadamente 10 millones viven en México.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Lo anterior se refleja en la alta demanda de atención para personas con alguna discapacidad en los servicios médicos. Los estudios realizados desde hace tiempo en el Hospital Infantil de México y otros hospitales pusieron en evidencia que hasta 33% de los pacientes hospitalizados y 25% de las niñas y niños atendidos en la consulta externa sufrían de diversas condiciones de discapacidad.³⁰

La discapacidad tiene serias consecuencias, afectando no sólo a quien la sufre por falta de oportunidades para su integración, sino también a la familia y a la sociedad en general. Así, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 se señala que las mexicanas y los mexicanos pierden en promedio diez años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad por lo que la atención adecuada y oportuna de este padecimiento evita desajustes sociales y problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una importante pérdida económica.

Por Decreto Presidencial de diciembre de 1982, el SNDIF fue facultado para operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con capacidades diferentes;³¹ asimismo, la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (LSNAS) le otorgó atribuciones para atender como sujetos de asistencia social a las personas con capacidades diferentes y lo faculta para llevar a cabo acciones en materia de prevención de la discapacidad y rehabilitación de personas con capacidades diferentes.

Bajo este esquema, el DIF Nacional opera el PAPD, por medio del cual se otorgan servicios dirigidos a la población que presenta algún tipo de discapacidad y que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad social, mediante acciones de prevención, rehabilitación e integración social, que se llevan a cabo en los centros de rehabilitación y educación especial (CREE), centros de rehabilitación integral (CRI), unidades básicas de rehabilitación (UBR) y unidades móviles de rehabilitación (UMR) establecidos en las 32 entidades federativas.

La Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social (DRAS) es el área responsable directa de la operación de los centros de rehabilitación ubicados en el Distrito Federal y, en coordinación con los SEDIF, de aquellos que operan en las modalidades centralizada y descentralizada.

³⁰ Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad.

³¹ La fuente original señala discapacidad. Consideramos que para lograr una cultura de respeto, inclusión e igualdad resulta necesario adecuar los conceptos al entorno actual y es necesario sustituir el término por el de personas con capacidades diferentes o con alguna discapacidad. Por esta razón, siempre que no se trate del nombre del programa o de una cita textual hemos realizado dicha sustitución.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

La DRAS genera la normatividad, programas, lineamientos generales y manuales de procedimientos de los centros, UBR y UMR. El SNDIF, su órgano interno de control y la Secretaría de la Función Pública (SFP) en su carácter normativo y rector en el ámbito nacional, son responsables del cumplimiento y supervisión del Programa.

El DIF Nacional es la institución que cuenta con mayor infraestructura de servicios de rehabilitación ya que opera desde 1964 el Centro de Rehabilitación Zapata “Gaby Brimmer” y desde 1983 los CREE, lo que le ha permitido al DIF 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.

Cumplimiento del objetivo general y de los objetivos particulares y/o específicos del subprograma

El objetivo del PAPD es fomentar la prevención e impulsar la integración social de las personas con alguna discapacidad y su incorporación al desarrollo social, promoviendo 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 permitan su movilidad, transporte y todo aquello que en su conjunto contribuya al bienestar y mejoría de su calidad de vida, mediante la equiparación de oportunidades, brindando atención médica y paramédica de rehabilitación y acercando los servicios al lugar más cercano de su comunidad.

Entre sus acciones, proporciona atención de rehabilitación de los procesos de discapacidad (como la músculo-esquelética y auditiva en los estadios tempranos) así como los establecidos por una patología que pueda originar una discapacidad.

Además, forma y capacita tanto a recursos humanos especializados en la atención de personas con capacidades diferentes en búsqueda de otorgar un mejor servicio de rehabilitación a la población vulnerable, como a los mismos beneficiarios y a sus familiares con el propósito de apoyarlos en su reintegración familiar y comunitaria.

La prestación de los servicios es objeto de una cuota de recuperación que se establece mediante un estudio de trabajo social, mismo que en función del ingreso económico familiar y del número de integrantes de la familia, determina su monto para los diversos servicios que agrupan las categorías máxima (de cuatro salarios mínimos en adelante), media (de dos a tres salarios mínimos), mínima (de uno a dos salarios mínimos) o exención (menor de un salario mínimo), de acuerdo con la valoración socioeconómica que se registra en el *carpet* de citas del usuario.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Los apoyos que recibe la población objetivo se brindan por medio de servicios³² de detección temprana de riesgos y de discapacidad en la población y su atención oportuna, así como de pláticas a grupos de la comunidad sobre discapacidad, rehabilitación e integración (prevención de la discapacidad).

Otros servicios son la valoración mediante consulta médica y paramédica; estudios de gabinete y evaluación de aptitudes para el trabajo; servicios de rehabilitación; tratamientos integrales mediante la aplicación de terapias (física, ocupacional, de lenguaje y psicológica); fabricación y reparación de órtesis y prótesis; ayudas funcionales, así como la enseñanza de técnicas de autocuidado a las personas con alguna discapacidad y sus familias (servicios de rehabilitación).

Por otro lado, existen apoyos que brinda la institución mediante la escuela para padres de menores con alguna discapacidad; seguimiento de menores con alguna discapacidad integrados a centros de desarrollo infantil y a la escuela regular; desarrollo de habilidades para el trabajo; gestoría ocupacional y colocación selectiva en empleo de las personas rehabilitadas; adiestramiento familiar en técnicas de rehabilitación simple; asesoría en aspectos de atención, manejo y trato para personas con alguna discapacidad; promoción, sensibilización y orientación a la comunidad en materia de discapacidad; asesoría y apoyo técnico a instituciones públicas y organizaciones de personas con alguna discapacidad; consultoría técnica a los Consejos Estatales Promotores para la Integración de las Personas con Discapacidad; supervisión operativa del Sistema Estatal de Servicios de Rehabilitación; vinculación, enlace y coordinación entre los distintos órdenes de gobierno (servicios de integración social).

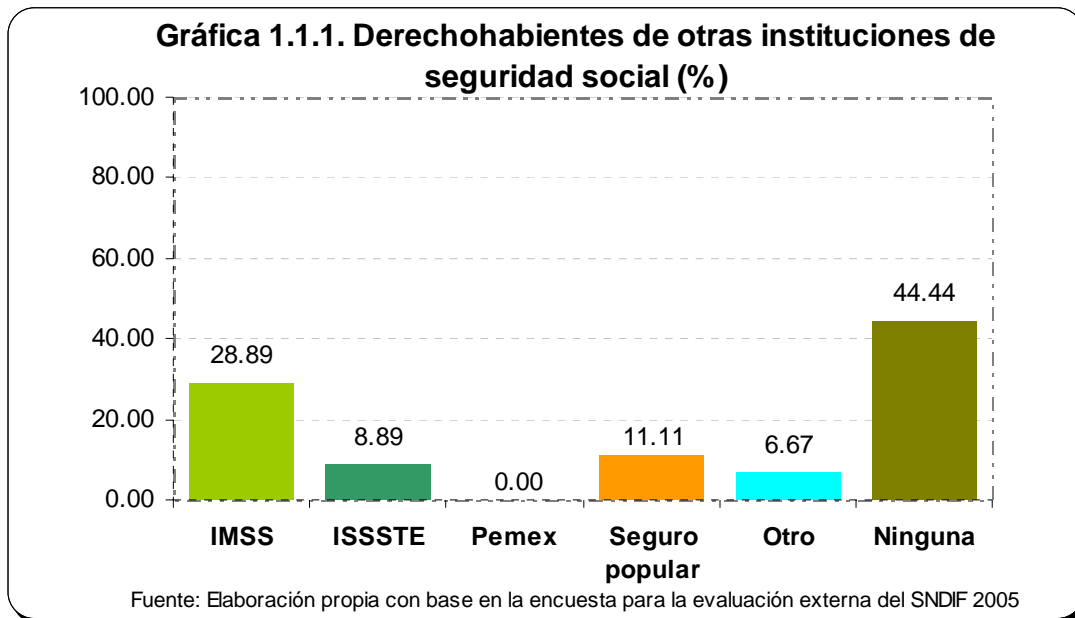
De la misma forma se apoya a los beneficiarios en la adquisición parcial o total de aparatos de prótesis, órtesis y otras ayudas funcionales como auxiliares auditivos, sillas de ruedas, andaderas, bastoneras y muletas, entre otros.

El SNDIF otorga un servicio de alta calidad; sin embargo, esto le origina una problemática de servicio ya que cuenta con una demanda adicional de usuarios que, aunque prefieren los servicios de esta institución, deberían ser atendidos por otras instituciones del sector salud (véase la gráfica 1.1.1).

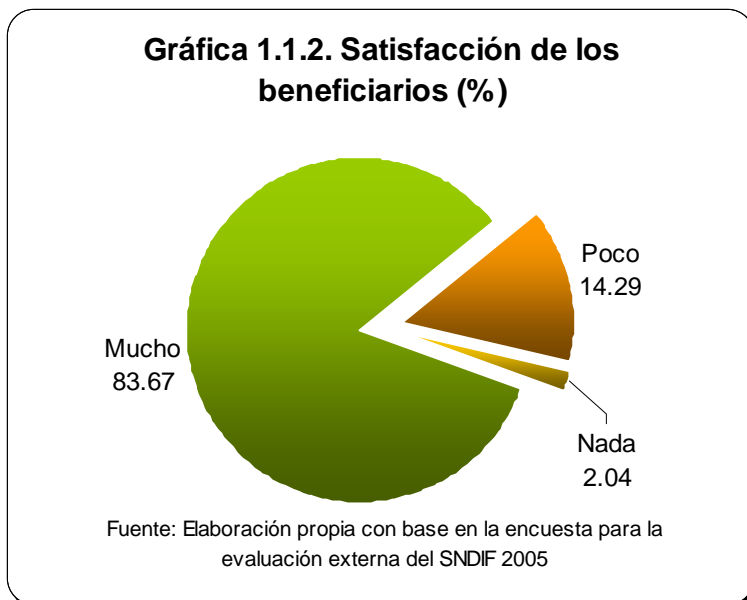
³² A un costo mínimo, mediante una cuota de recuperación.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

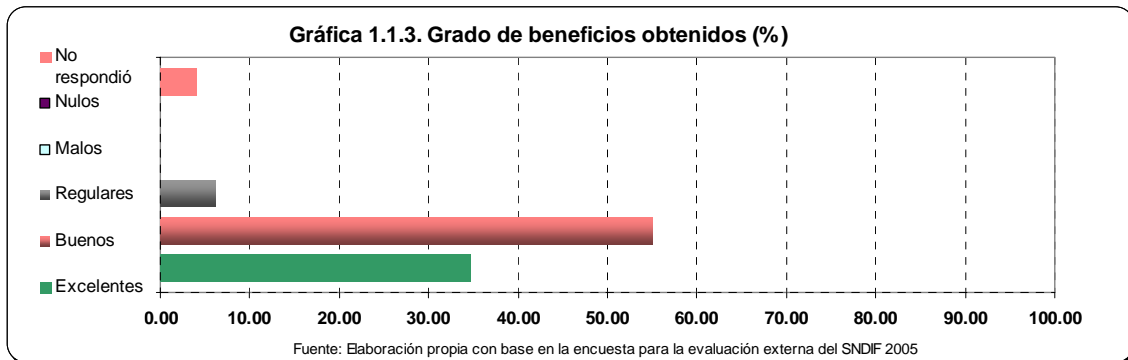


Esto se corrobora en la expresión del grado de satisfacción de los beneficiarios en la que más de 80% está de acuerdo con el subprograma (véase la gráfica 1.1.2) y la mayoría de ellos calificaron los beneficios entre buenos y excelentes (véase la gráfica 1.1.3).





Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional



La diferencia entre los subprogramas CREE, CRI, UBR y UMR se deriva del cumplimiento de la normatividad internacional de los niveles de atención para la discapacidad.

El primer nivel es el que brinda la atención por medio de las UMR y UBR, que cuentan con equipamiento básico y sus instalaciones se ubican en predios pequeños.

Los CRI representan el segundo nivel de atención, cuentan con especialistas médicos, paramédicos y en sus instalaciones se realizan estudios de gabinete, el tamaño de los predios en los que se ubican llega a tener hasta 5 000 m².

El tercer nivel de atención es el CREE, sus instalaciones son más sofisticadas, los predios en los que se ubican llegan a tener más de 10 000 m², el personal es altamente especializado, cuentan con talleres de órtesis y prótesis, y equipo de rayos X.

En términos operativos los CREE y CRI brindan la misma atención a los beneficiarios por lo que su evaluación se realiza de forma conjunta.³³

Cumplimiento de las reglas de operación que regulan al subprograma

En las RO 2002,³⁴ el objetivo general del PAPD es:

³³ Organización Panamericana de la Salud, "Niveles de atención en rehabilitación", *Revista de Medicina Física y Rehabilitación*, vol. 2, núm. 3, septiembre de 1990.

³⁴ Únicas publicadas en el *Diario Oficial de la Federación (DOF)* durante el ejercicio fiscal 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- Promover la integración social de las personas con discapacidad y su incorporación al desarrollo social, mediante la equiparación de oportunidades para el ejercicio de sus derechos.

Los objetivos específicos son:

- Desarrollar los programas para la prevención de la discapacidad en la población en riesgo.
- Proporcionar atención rehabilitatoria en los estadios tempranos de los procesos de discapacidad y a personas con discapacidad.
- Formar y capacitar recursos humanos especializados en la atención de personas con discapacidad.

Para el ejercicio 2005 se realizó una propuesta de modificación de las RO³⁵ en las que se define de manera más extensa los objetivos de este subprograma.

Objetivo general

- Promover la integración social de las personas con discapacidad mediante acciones de prevención, rehabilitación, integración social y profesionalización.

Objetivos específicos

- Realizar acciones de prevención de la discapacidad por medio de la orientación y detección oportuna de procesos discapacitantes.
- Restituir la funcionalidad y optimizar las capacidades residuales de las personas con discapacidad para que realicen las actividades de la vida diaria y se incorporen en las mejores condiciones funcionales a la sociedad.
- Formar recursos humanos médicos y paramédicos especializados en rehabilitación y mantener actualizado al personal que labora en las áreas, para otorgar una atención de calidad a las personas con discapacidad.
- Realizar investigaciones en materia de discapacidad.
- Promover la incorporación (reintegración social) de personas con discapacidad mediante acciones de coordinación interinstitucional.

³⁵ Aún no se han publicado en el *DOF* por lo que, en sentido estricto, las vigentes son las de 2002.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

El PAPD se ha desarrollado de acuerdo con lo estipulado en sus RO, respondiendo satisfactoriamente a la atención de la problemática social para la que fue creado.

Como puede verse en el resumen de los servicios del subprograma (véase el cuadro 1.1.2), las acciones de orientación e información relacionadas con la educación para la salud y prevención de discapacidad que se realizaron en los centros de rehabilitación fueron efectuadas mediante 14 409 sesiones intramuros y extramuros a grupos (véase el cuadro 1.1.3), con una asistencia de 292 761 personas con alguna discapacidad y sus familias (véase el cuadro 1.1.4).



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.2. Metas de rehabilitación, 2005

Actividad	Unidad de medida	Programado	Realizado	Variación (%)
Orientar e informar acerca de la discapacidad	Evento	8 490	14 409	69.7
	Persona	147 590	292 761	98.4
Detectar enfermedades y la discapacidad	Persona	87 334	142 393	63
Atender la discapacidad	Consulta	1 095 846	1 148 143	4.8
	Persona	249 714	261 546	4.7
Proporcionar terapia rehabilitatoria	Persona	82 654	73 995	-10.5
	Sesión	2 273 798	2 626 738	15.5
Proporcionar ayudas funcionales	Persona	14 179	13 545	-4.5
	Pieza	30 378	31 865	4.9
Personas reintegradas al ámbito familiar y social	Personas	15 551	14 765	-5.1
Formar recursos humanos	Curso	3	3	0
	Persona	343	373	8.7
Proporcionar educación continua	Asistente	62 836	67 858	8
	Sesión	5 141	4 807	-6.5
Persona de área médica y paramédica	Personas	1 099	1 099	0
Formación de médicos especialistas	Personas	37	35	5.5
Formación de Licenciados en terapia	Personas	306	338	10.4

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.3. Orientar e informar acerca de la discapacidad (evento), SNDIF, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	14 409	676	987	1 012	1 558	1 195	1 448	1 034	679	1 652	1 473	1 263	1 432
Descentralizados													
CRI Tlazochihualpilli, DF	47	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
CREE Iztapalapa, DF	396	20	35	40	33	37	46	40	24	33	38	29	21
CR Zapata, DF	153	6	13	12	12	19	15	15	12	12	13	16	8
CNP/RNCDV, DF	45	2	4	4	3	4	5	4	4	5	4	4	2
CREE La Paz, BCS	864	23	101	11	131	78	92	55	26	89	148	97	13
CREE Campeche, Camp.	249	13	23	24	17	26	24	20	18	24	22	21	17
CREE Chihuahua, Chih.	39	2	-	4	4	4	3	3	3	5	4	4	3
CREE Chilpancingo, Gro.	112	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	72	3
CREE Toluca, Edo. Méx.	6 697	295	318	394	870	490	627	443	152	946	623	489	1 050
CREE Tepic, Nay.	261	11	30	26	25	19	17	27	13	18	25	25	25
CREE Monterrey, NL	226	19	5	21	22	35	27	24	9	26	15	23	-
CREE Oaxaca, Oax.	278	21	25	22	21	24	25	24	24	22	26	21	23
CREE Puebla, Pue.	203	2	32	24	11	8	25	24	10	8	11	23	25
CREE Querétaro, Qro.	588	33	49	66	38	42	53	39	61	73	58	55	21
CREE Chetumal, Q. Roo	125	8	11	12	10	12	12	8	8	8	16	12	8
CREE San Luis Potosí, SLP	38	2	3	3	4	3	4	3	3	2	4	5	2
CREE Cd. Victoria, Tamps.	238	15	22	23	19	21	18	25	19	25	16	19	16
CREE Jalapa, Ver.	858	34	59	83	71	73	107	48	46	59	141	90	47
CREE Mérida, Yuc.	42	5	5	4	5	5	5	5	5	3	-	-	-
CREE Guadalupe, Zac.	953	47	73	56	82	86	102	91	68	109	112	85	42
CRI Guadalajara, Jal.	221	13	20	21	11	21	23	20	21	22	21	21	7
CRI Cuernavaca, Mor.	65	5	5	6	6	5	5	6	6	6	6	6	3
CRI Cuautla, Mor.	96	5	9	8	8	8	10	8	5	11	8	8	8
CRI Ensenada, BC	135	6	9	15	16	15	16	5	5	13	16	14	5
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	71	6	6	7	6	6	6	6	6	6	6	6	4
CREE Colima, Col.	175	17	21	10	19	14	22	14	8	11	13	17	9
CREE Durango, Dgo.	399	21	35	34	39	30	36	16	47	47	36	31	27
CREE Gómez Palacio, Dgo.	352	16	26	32	24	45	61	18	35	25	26	26	18
CRIS Irapuato, Gto.	31	1	1	2	3	3	3	3	4	3	4	3	1
CREE Morelia, Mich.	5	-	1	1	1	-	-	-	-	-	1	1	-
CREE Hermosillo, Son.	67	1	13	4	6	6	11	4	2	4	8	7	1
CREE Villahermosa, Tab.	238	12	14	20	23	36	29	19	17	16	26	14	12
CRI Monclova, Coah.	77	4	6	7	6	7	6	6	7	7	10	7	4
CRI Torreón, Coah.	65	5	5	8	5	6	5	3	3	6	8	8	3

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.4. Orientar e informar acerca de la discapacidad (persona), 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	292 761	13 152	16 662	20 579	37 238	22 769	29 324	18 500	12 613	35 414	30 295	22 882	33 333
Centralizados													
CRI Tlazocihualpilli, DF	909	62	80	81	82	71	80	71	80	82	76	72	72
CREE Iztapalapa, DF	8 058	361	700	820	720	695	801	978	493	703	760	609	418
CR Zapata, DF	4 415	216	445	375	408	514	412	437	359	343	327	363	216
CNP/RNCDVDF	360	16	32	32	24	32	40	32	32	40	32	32	16
CREE La Paz, BCS	5 368	97	387	354	431	278	708	186	160	601	523	1 500	143
CREE Campeche, Camp.	3 996	205	346	442	225	512	428	249	280	358	390	332	229
CREE Chihuahua, Chih.	506	19	0	53	45	82	54	38	38	50	42	56	29
CREE Chilpancingo, Gro.	3 686	150	350	400	300	300	300	200	200	400	400	486	200
CREE Toluca, Edo. Mex.	158 478	6 381	5 510	7 885	26 071	11 210	15 212	8 700	3 328	22 898	16 589	9 384	25 310
CREE Tepic, Nay.	3 023	85	333	288	325	255	161	262	149	189	326	325	325
CREE Monterrey, NL	5 175	529	113	584	532	592	604	655	91	419	520	536	0
CREE Oaxaca, Oax.	4 872	328	357	340	387	477	335	530	269	276	453	644	476
CREE Puebla, Pue.	6 556	12	1 023	861	152	156	1 050	223	310	1 022	420	260	1 067
CREE Querétaro, Qro.	13 051	542	984	1 421	1 032	1 142	1 106	1 031	1 504	1 642	1 144	1 113	390
CREE Chetumal, Q. Roo	4 000	260	350	385	320	385	385	250	250	250	525	384	256
CREE San Luis Potosí, SLP	1 186	76	90	101	120	95	111	101	105	92	105	120	70
CREE Cd. Victoria, Tamps.	2 196	120	195	270	176	226	161	214	182	235	155	128	134
CREE Jalapa, Ver.	15 411	493	1 201	1 467	1 341	1 039	1 932	693	648	1 180	2 399	2 035	983
CREE Mérida, Yuc.	438	50	53	38	60	51	53	53	53	27	0	0	0
CREE Guadalupe, Zac.	13 829	703	993	950	1 456	1 190	1 423	1 139	1 080	1 457	1 604	1 179	655
CREE Guadalajara, Jal.	4 804	340	390	450	300	466	449	412	460	446	429	452	210
CRI Cuernavaca, Mor.	921	69	69	80	80	80	80	75	76	81	81	81	69
CRI Cuautla, Mor.	2 061	109	222	190	173	164	265	187	69	206	148	169	159
CRI Ensenada, BC	2 300	100	150	260	270	260	270	90	90	220	270	230	90
Descentralizados													
CRI Saltillo, Coah.	2 084	148	195	193	158	193	193	158	128	193	209	198	118
CRI Colima, Col.	2 818	421	310	254	230	249	334	239	198	109	104	184	186
CRI Durango, Dgo.	9 123	659	765	706	752	661	798	379	1 100	1 100	925	741	537
CRI Gómez Palacio, Dgo.	3 276	101	275	334	229	332	526	194	270	128	232	283	372
CRIS Irapuato, Gto.	400	25	20	30	35	30	40	35	40	25	45	40	35
CRI Morelia, Mich.	128	0	15	38	23	0	0	0	0	0	24	28	0
CREE Hermosillo, Son.	1 092	25	200	121	115	69	131	57	39	53	130	138	14
CREE Villahermosa, Tab.	4 842	166	241	441	432	623	624	434	332	346	569	290	344
CRI Monclova, Coah.	2 221	171	154	229	187	260	160	153	155	155	211	226	160
CRI Torreón, Coah.	1 178	113	114	106	47	80	98	45	45	88	128	264	50

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.5. Detección de enfermedades y discapacidad, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	142 393	27 485	12 299	21 534	8 325	14 025	21 232	3 809	3 365	6 102	11 699	5 434	7 084
Centralizados													
CRI Tlazocihualpilli, DF	1 678	81	162	162	161	162	160	124	161	120	162	121	102
CREE Iztapalapa, DF	1 098	50	90	133	73	162	130	90	45	133	84	77	31
CR Zapata, DF	104	-	0	104	0	0	0	-	-	-	0	-	0
CNP/RNCDVDF	388	-	0	0	0	388	0	-	-	-	0	-	0
CREE La Paz, BCS	1 547	56	115	74	148	127	291	90	112	116	184	160	74
CREE Campeche, Camp.	468	41	75	73	0	81	102	-	-	33	63	-	0
CREE Chihuahua, Chih.	4 107	126	121	653	402	260	300	287	402	348	554	338	316
CREE Chilpancingo, Gro.	175	10	12	15	20	17	12	10	15	15	15	24	10
CREE Toluca, Edo. Mex.	15 161	378	363	797	1 824	1 259	1 705	692	457	1 981	2 445	694	2 566
CREE Tepic, Nay.	1 673	45	183	160	119	142	104	142	65	91	60	281	281
CREE Monterrey, NL	6 837	704	0	1 705	0	0	0	-	-	-	3 429	-	999
CREE Oaxaca, Oax.	2 676	309	250	285	261	69	7	29	43	122	250	429	622
CREE Puebla, Pue.	69 088	23 852	8 130	13 713	988	7 286	14 930	50	40	48	37	7	7
CREE Querétaro, Qro.	6 539	75	216	745	1 071	507	949	410	451	825	652	412	226
CREE Chetumal, Q. Roo	346	60	25	25	25	0	0	127	-	34	50	-	0
CREE San Luis Potosí, SLP	519	9	67	89	23	29	34	34	31	38	124	21	20
CREE Cd. Victoria, Tamps.	985	146	0	0	182	231	297	17	21	-	0	91	0
CREE Jalapa, Ver.	4 304	262	257	710	652	348	255	289	131	327	362	374	337
CREE Mérida, Yuc.	214	20	25	15	15	20	22	22	22	17	15	14	7
CREE Guadalupe, Zac.	3 244	157	237	311	257	331	317	282	218	198	497	336	103
CREE Guadalajara, Jal.	1 341	54	108	108	69	134	134	134	134	134	134	144	54
CRI Cuernavaca, Mor.	700	40	50	70	60	60	55	60	60	60	60	60	65
CRI Cuautla, Mor.	1 140	120	111	111	89	82	121	89	69	99	77	83	89
Descentralizados	2 500	90	100	200	300	300	60	60	60	280	350	350	350
CRI Ensenada, BC													
CRI Saltillo, Coah.	1 220	94	115	115	104	106	115	80	76	106	115	115	79
CRI Colima, Col.	7 070	285	1 002	646	965	1 158	619	172	257	172	1 113	463	218
CRI Durango, Dgo.	434	101	11	5	9	5	6	8	130	130	10	7	12
CRI Gómez Palacio, Dgo.	1 297	68	82	96	70	139	55	81	76	141	171	164	154
CRIS Irapuato, Gto.	240	10	12	12	30	25	11	40	10	15	25	25	25
CRI Morelia, Mich.	2 048	78	163	205	150	147	180	143	61	231	279	276	135
CREE Hermosillo, Son.	874	65	76	83	131	81	145	90	-	38	108	57	0
CREE Villahermosa, Tab.	1 579	46	83	14	70	304	40	100	162	155	215	244	146
CRI Monclova, Coah.	669	50	52	82	52	59	60	51	52	50	53	55	53
CRI Torreón, Coah.	130	3	6	18	5	6	16	6	4	45	6	12	3

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

En la vertiente de atención, la valoración de personas con alguna discapacidad en los centros de rehabilitación se realizó mediante 1 148 143 consultas médicas especializadas y atención en las áreas de psicología, trabajo social y estudios de gabinete (médica y paramédica). En total se atendieron a 261 546 personas con alguna discapacidad y sus familias (véanse los cuadros 1.1.6 y 1.1.7)

El tratamiento de rehabilitación de las personas con alguna discapacidad se realizó mediante 2 626 738 sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje proporcionados a 73 995 personas con alguna discapacidad (véanse los cuadros 1.1.8, 1.1.9 y 1.1.10). Las personas reintegradas social, familiar y laboralmente en este periodo fueron 14 765.

La demanda del servicio de ayudas funcionales tiene una relación directa con el tipo y grado de discapacidad que presentan los usuarios que se atienden en los centros de rehabilitación. En este año se fabricaron y repararon 31 865 piezas de órtesis, prótesis y otras ayudas funcionales, atendándose a 13 545 personas (véanse cuadros 1.1.11 y 1.1.12)



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.8. Terapia física, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	2 022 688	135 388	177 642	181 890	157 928	173 499	187 774	169 060	160 851	170 364	186 556	177 599	144 137
Centralizados													
CRI Tlaxochihualpilli, DF	36 255	2 399	3 769	3 725	3 516	3 176	3 284	3 493	2 747	2 264	2 934	2 157	2 791
CREE Iztapalapa, DF	107 667	6 489	10 750	9 704	8 920	10 051	10 207	8 228	9 448	7 113	9 902	10 002	6 853
CR Zapata, DF	108 646	7 038	10 814	11 550	9 687	10 925	10 813	8 654	9 092	8 417	8 864	6 809	5 983
CNP/RNCDVDF	7 622	473	854	647	692	781	886	731	424	636	513	564	421
CREE La Paz, BCS	23 090	842	1 904	1 844	1 218	1 813	2 175	2 454	1 665	2 299	2 516	2 492	1 868
CREE Campeche, Camp.	54 190	3 406	4 835	5 244	4 686	4 422	4 813	4 081	3 899	4 648	4 699	4 604	4 853
CREE Chihuahua, Chih.	97 092	3 999	8 879	9 319	7 355	8 692	6 929	8 994	4 330	4 179	10 254	17 528	6 634
CREE Chilpancingo, Gro.	32 612	1 765	2 419	2 785	2 315	2 763	3 263	3 182	2 459	2 904	2 457	2 795	3 505
CREE Toluca, Edo. Méx.	116 533	7 008	12 761	11 657	9 625	9 713	11 309	10 542	8 192	8 937	9 125	8 252	9 412
CREE Tepic, Nay.	38 401	1 347	3 580	3 492	3 117	2 906	3 829	3 013	3 087	3 783	3 422	3 189	3 636
CREE Monterrey, NL	43 772	3 015	3 424	2 748	3 798	4 269	2 943	3 902	3 318	4 218	4 117	4 079	3 941
CREE Oaxaca, Oax.	21 733	836	1 792	2 034	1 810	1 978	2 547	1 809	2 020	1 569	2 106	1 279	1 953
CREE Puebla, Pue.	143 414	16 768	8 398	11 268	10 393	6 398	12 475	11 954	13 898	15 730	11 727	13 788	10 617
CREE Querétaro, Qro.	114 150	8 037	11 072	10 073	9 682	9 574	10 620	11 804	5 872	10 177	11 447	9 454	6 338
CREE Chetumal, Q. Roo	62 836	3 306	3 759	4 520	4 656	4 545	5 383	6 210	5 871	5 924	6 670	5 698	6 294
CREE San Luis Potosí, SLP	41 730	2 025	3 487	3 413	2 915	3 190	3 832	3 410	3 357	4 649	3 739	4 023	3 690
CREE Cd. Victoria, Tamps.	46 355	3 870	3 835	4 127	3 440	3 497	3 862	3 812	3 812	3 984	4 691	4 033	3 392
CREE Jalapa, Ver.	24 231	1 501	2 265	2 490	2 127	2 117	2 609	2 251	1 511	1 679	2 164	1 911	1 606
CREE Mérida, Yuc.	36 618	2 302	3 077	3 294	3 072	3 021	2 690	2 690	2 690	3 196	4 000	3 546	3 040
CREE Guadalupe, Zac.	25 059	1 381	2 343	2 376	1 948	1 930	2 042	2 077	2 043	1 840	2 515	2 272	2 292
CRI Guadalajara, Jal.	86 296	5 112	6 336	8 308	4 631	7 056	8 801	8 812	8 526	8 193	7 664	7 532	5 325
CRI Cuernavaca, Mor.	42 066	2 535	4 018	3 714	3 304	4 053	4 141	3 560	3 240	3 015	4 065	3 241	3 180
CRI Cuautla, Mor.	31 053	2 571	2 679	2 558	2 159	2 693	3 110	2 793	2 374	2 540	2 667	2 126	2 783
CRI Ensenada, BC	5 800	361	578	509	402	487	378	203	300	521	803	697	561
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	75 367	5 643	5 151	5 583	5 803	6 493	6 968	6 756	7 616	7 335	7 426	6 875	3 718
CREE Colima, Col.	41 259	2 516	3 810	3 425	3 422	3 473	3 362	2 714	3 106	3 817	4 637	3 600	3 377
CREE Durango, Dgo.	130 264	8 642	11 707	12 226	9 259	11 553	12 487	6 103	12 938	12 938	11 193	10 377	10 841
CREE Gómez Palacio, Dgo.	35 267	2 480	3 426	2 703	2 683	3 517	3 507	2 561	2 902	3 290	3 639	2 476	2 083
CRIS Irapuato, Gto.	87 218	5 175	8 124	6 789	4 653	8 038	8 518	6 754	5 993	7 949	8 897	8 612	7 716
CREE Morelia, Mich.	49 227	3 132	4 571	6 377	4 332	6 315	5 353	4 329	2 723	2 989	2 696	3 857	2 553
CREE Hermosillo, Son.	48 987	2 459	3 945	3 842	4 063	4 482	4 751	4 452	4 157	4 870	4 931	4 259	2 776
CREE Villahermosa, Tab.	113 657	9 961	11 414	10 511	9 562	11 576	10 768	9 512	9 877	6 917	11 010	7 875	4 674
CRI Monclova, Coah.	27 034	2 001	2 324	2 746	2 344	2 626	2 397	2 227	1 600	2 343	2 604	2 051	1 771
CRI Torreón, Coah.	67 187	4 993	5 542	6 289	6 339	5 376	6 722	4 993	5 764	5 501	6 462	5 546	3 660

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.6. Consulta médica, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	461 114	31 302	41 255	39 531	37 916	38 128	43 710	37 917	37 099	39 333	42 233	40 958	31 732
Centralizados													
CRI Tlaxochihualpilli, DF	3 794	310	392	359	311	295	324	263	314	306	337	239	344
CREE Iztapalapa, DF	21 645	1 478	2 551	2 050	1 364	2 208	1 920	1 765	1 512	1 723	1 821	1 877	1 376
CR Zapata, DF	25 400	1 871	2 338	2 715	2 429	2 199	2 353	2 046	2 080	1 778	2 081	1 764	1 746
CNP/RNCVDVF	7 584	443	666	614	819	810	823	747	732	561	508	475	386
CREE La Paz, BCS	7 455	503	639	640	509	704	724	607	669	637	766	569	488
CREE Campeche, Camp.	9 563	672	863	942	882	814	924	712	833	710	787	738	686
CREE Chihuahua, Chih.	12 727	632	863	789	1 077	1 086	1 157	865	746	672	1 207	2 868	765
CREE Chilpancingo, Gro.	11 180	615	796	746	1 050	942	831	1 050	794	991	944	1 190	1 231
CREE Toluca, Edo. Mex.	21 420	1 234	1 888	2 072	1 648	1 452	2 476	1 802	1 506	1 817	1 879	1 997	1 649
CREE Tepic, Nay.	12 086	514	1 116	1 078	1 078	1 030	1 245	1 046	935	890	946	1 135	1 073
CREE Monterrey, NL	16 651	1 205	1 252	1 027	1 462	1 375	1 527	1 443	1 511	1 715	1 526	1 377	1 231
CREE Oaxaca, Oax.	15 874	1 021	1 562	1 487	1 188	1 292	1 368	1 065	1 418	1 210	1 514	1 259	1 490
CREE Puebla, Pue.	25 726	1 342	1 821	1 843	1 971	1 771	2 464	2 119	2 517	2 763	2 511	2 680	1 924
CREE Querétaro, Qro.	26 715	2 059	2 544	2 272	2 374	2 218	3 100	2 692	1 591	2 487	2 234	2 295	849
CREE Chetumal, Q. Roo	6 066	544	577	591	478	487	671	616	382	541	565	202	412
CREE San Luis Potosí, SLP	15 717	930	1 415	1 303	1 276	1 118	1 423	1 306	1 270	1 441	1 516	1 508	1 211
CREE Cd. Victoria, Tamps.	12 516	866	896	954	713	909	1 156	980	1 165	1 558	1 157	1 167	995
CREE Jalapa, Ver.	6 699	361	436	623	518	439	599	755	505	444	668	665	686
CREE Mérida, Yuc.	10 772	806	1 082	1 139	974	944	947	947	947	386	954	910	736
CREE Guadalupe, Zac.	9 974	490	698	722	942	935	1 031	995	762	892	1 167	887	453
CRI Guadalajara, Jal.	25 362	1 567	1 999	1 868	1 684	2 012	2 468	2 603	2 455	2 323	2 414	2 260	1 709
CRI Cuernavaca, Mor.	6 918	493	754	612	567	579	589	646	461	468	556	683	510
CRI Cuautla, Mor.	5 485	490	511	503	418	413	530	487	379	495	420	383	456
CRI Ensenada, BC	4 063	242	370	668	220	361	300	312	252	274	529	276	259
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	13 172	1 026	991	1 018	1 220	972	1 558	754	1 196	1 536	1 202	1 058	641
CREE Colima, Col.	13 611	1 079	1 147	1 088	1 172	1 170	1 030	847	1 257	1 120	1 486	1 215	1 000
CREE Durango, Dgo.	23 538	1 984	2 474	1 644	1 882	1 661	1 997	1 312	2 322	2 322	2 089	2 039	1 812
CREE Gomez Palacio, Dgo.	7 546	633	802	652	569	653	658	489	714	716	599	673	388
CRIS Irapuato, Gto.	18 108	1 142	1 719	1 431	1 455	1 604	1 723	1 300	1 419	1 611	1 761	1 544	1 399
CREE Morelia, Mich.	14 822	1 133	1 344	1 393	1 251	1 423	1 336	990	1 184	1 281	1 204	1 316	967
CREE Hermosillo, Son.	20 701	1 477	1 992	1 750	1 789	1 716	1 923	1 892	1 309	1 611	2 128	1 724	1 390
CREE Villahermosa, Tab.	15 526	1 225	1 528	1 662	1 390	1 295	1 313	1 357	1 111	1 034	1 583	1 247	781
CRI Monclova, Coah.	3 241	196	290	355	315	320	301	158	300	291	258	296	161
CRI Torreón, Coah.	9 457	719	939	921	921	921	921	949	551	729	916	442	528

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.7. Consulta paramédica, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	687 029	45 258	62 651	57 536	53 574	59 557	64 349	55 857	55 824	62 109	65 888	56 947	47 479
Centralizados													
CRI Tlaxocihualpilli, DF	10 178	741	990	1 020	930	792	892	849	656	791	881	780	856
CREE Iztapalapa, DF	56 012	3 631	5 966	5 411	4 079	5 074	5 209	4 911	4 624	4 449	4 887	4 733	3 038
CR Zapata, DF	41 009	3 409	3 976	4 165	3 337	3 404	3 937	2 650	2 262	4 264	3 627	2 826	3 152
CNP/RNCDVDF	17 887	1 217	2 020	1 683	1 676	1 814	1 494	1 731	1 130	1 481	1 576	1 041	1 024
CREE La Paz, BCS	9 392	394	791	864	497	808	970	828	628	965	1 193	864	590
CREE Campeche, Camp.	6 715	400	606	631	650	563	630	551	505	577	521	542	539
CREE Chihuahua, Chih.	12 356	962	1 111	799	1 131	1 043	789	821	998	871	1 072	1 859	900
CREE Chilpancingo, Gro.	6 170	373	621	506	389	510	482	492	238	511	696	582	770
CREE Toluca, Edo. Méx.	20 558	1 244	2 054	1 835	1 724	1 689	2 012	1 646	1 742	1 830	1 634	1 606	1 542
CREE Tepic, Nay.	14 990	653	1 516	1 250	1 304	1 253	1 537	1 383	912	1 179	1 108	1 459	1 436
CREE Monterrey, NL	35 674	2 539	1 855	1 670	3 210	3 523	3 851	3 160	2 992	3 777	3 279	3 155	2 663
CREE Oaxaca, Oax.	11 160	741	1 264	1 109	875	925	960	827	866	866	1 056	741	930
CREE Puebla, Pue.	41 134	1 806	3 133	2 596	2 657	2 535	3 802	3 028	5 356	3 969	4 367	3 479	4 406
CREE Querétaro, Qro.	21 324	1 537	2 170	1 890	1 966	1 896	2 272	2 258	1 104	1 980	1 924	1 489	838
CREE Chetumal, Q. Roo	10 992	662	894	1 009	1 125	919	930	954	653	997	1 372	697	780
CREE San Luis Potosí, SLP	36 384	2 856	3 558	3 190	2 510	2 355	2 843	2 419	3 239	3 784	3 478	3 367	2 785
CREE Cd. Victoria, Tamps.	17 625	1 358	1 606	1 625	1 233	1 724	1 873	1 374	1 292	1 622	1 419	1 426	1 073
CREE Jalapa, Ver.	5 000	277	374	447	414	462	556	522	269	384	515	411	369
CREE Mérida, Yuc.	8 225	627	861	1 002	637	684	747	747	747	476	670	598	429
CREE Guadalupe, Zac.	14 458	536	1 095	848	1 027	1 363	1 732	1 865	1 223	1 151	1 677	996	945
CRI Guadalajara, Jal.	53 553	3 194	4 567	3 985	3 237	4 769	4 872	5 210	5 565	5 338	5 171	4 807	2 838
CRI Cuernavaca, Mor.	15 820	1 202	1 724	1 601	1 420	1 624	1 391	1 291	1 099	1 050	1 409	1 042	967
CRI Cuautla, Mor.	27 721	2 126	2 660	2 580	2 063	2 214	2 559	2 716	1 875	2 644	2 237	1 993	2 054
CRI Ensenada, BC	5 793	342	448	714	401	431	537	421	495	478	476	454	596
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	23 926	1 638	2 045	1 907	2 308	1 952	2 258	1 648	2 206	2 411	2 374	2 024	1 155
CREE Colima, Col.	37 137	2 697	3 606	3 099	3 422	3 669	3 357	2 279	2 547	2 658	4 269	3 047	2 487
CREE Durango, Dgo.	22 067	1 414	1 990	1 578	1 384	1 802	1 850	1 146	2 537	2 537	2 227	1 714	1 888
CREE Gómez Palacio, Dgo.	8 972	482	767	842	742	818	818	543	860	889	864	800	547
CRIS Irapuato, Gto.	11 653	749	1 200	1 063	454	634	1 192	874	936	1 135	1 318	1 200	898
CREE Morelia, Mich.	11 566	785	1 096	947	939	1 118	1 125	930	865	943	1 029	996	793
CREE Hermosillo, Son.	28 306	1 717	2 573	2 494	2 207	2 255	2 544	2 588	2 027	2 341	3 158	2 676	1 726
CREE Villahermosa, Tab.	21 609	1 173	1 677	1 205	1 776	2 956	2 278	1 860	1 869	1 674	2 366	1 726	1 049
CRI Monclova, Coah.	8 842	581	731	753	680	817	762	557	710	772	886	862	731
CRI Torreón, Coah.	12 821	1 195	1 106	1 218	1 170	1 162	1 288	778	797	1 315	1 152	955	685

Fuente: Informe de trabajo de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.9. Terapia ocupacional, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	263 583	17 860	23 655	24 135	21 261	21 242	23 895	21 691	21 291	21 856	23 619	24 203	18 875
Centralizados													
CRI Tlazocihualpilli, DF	4 660	267	381	377	322	351	528	381	328	564	480	383	298
CREE Iztapalapa, DF	19 336	1 267	1 884	1 682	1 492	1 750	1 738	1 634	1 717	1 577	1 758	1 840	997
CR Zapata, DF	24 534	1 853	2 206	2 191	2 026	2 284	2 396	2 184	2 385	1 906	1 806	1 652	1 645
CNP/RNCDVDF	4 084	190	409	345	336	429	413	219	314	376	474	332	247
CREE La Paz, BCS	3 772	259	356	339	294	325	302	194	179	365	496	381	282
CREE Campeche, Camp.	9 004	448	960	744	541	614	806	728	757	874	888	855	789
CREE Chihuahua, Chih.	19 939	894	1 993	2 076	1 223	1 951	1 064	1 878	971	900	1 475	3 644	1 870
CREE Toluca, Edo. Méx.	22 248	1 085	2 601	2 038	1 913	1 742	2 306	1 559	1 564	1 934	1 612	1 791	2 103
CREE Tepic, Nay.	6 575	269	704	761	480	403	619	588	458	571	589	495	638
CREE Monterrey, NL	11 217	683	887	893	1 128	1 131	1 133	979	819	587	1 024	998	955
CREE Oaxaca, Oax.	694	58	74	70	66	64	101	24	72	45	51	32	37
CREE Puebla, Pue.	25 217	2 864	1 190	2 320	2 378	950	1 677	1 890	3 060	2 594	2 296	2 138	1 860
CREE Queretaro, Qro.	11 858	830	1 312	1 177	1 050	878	1 180	1 329	516	1 029	1 225	899	433
CREE Chetumal, Q. Roo	7 717	564	673	673	464	644	689	369	520	727	989	679	726
CREE San Luis Potosí, SLP	9 621	596	947	924	882	815	882	702	610	919	933	751	660
CREE Jalapa, Ver.	4 675	222	406	305	377	438	543	487	317	166	551	540	323
CREE Mérida, Yuc.	2 838	196	126	221	211	214	257	257	257	150	300	326	323
CRI Guadalajara, Jal.	8 182	446	627	728	468	714	694	836	870	810	636	805	548
CRI Cuernavaca, Mor.	6 457	391	595	545	556	506	656	710	473	387	620	473	545
CRI Cuautla, Mor.	3 854	247	168	281	302	188	420	448	421	411	413	336	219
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	13 220	909	975	1 001	1 013	997	1 275	1 068	1 070	1 237	1 434	1 443	798
CREE Colima, Col.	12 534	903	1 334	1 315	1 211	1 043	971	730	1 052	1 232	1 187	841	715
CREE Durango, Dgo.	3 996	302	386	379	253	324	297	161	359	359	305	380	491
CREE Gómez Palacio, Dgo.	1 358	218	237	239	0	0	0	0	140	150	136	129	109
CREE Villahermosa, Tab.	6 925	290	704	733	578	686	742	412	716	462	704	593	305
CRI Monclova, Coah.	4 805	303	303	339	340	348	368	368	325	516	598	512	485
CRI Torreón, Coah.	14 263	1 306	1 217	1 439	1 357	1 453	1 838	1 556	1 021	1 008	639	955	474

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.10. Terapia del lenguaje, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	340 467	25 012	29 790	28 483	25 459	26 381	29 736	24 423	28 480	30 786	33 728	30 343	27 846
Centralizados													
CREE Iztapalapa, DF	7 963	854	1 292	1 010	630	634	629	332	583	533	468	554	444
CR Zapata, DF	4 132	243	441	359	312	380	404	311	363	419	364	232	304
CNP/RNCDVDF	3 391	246	362	402	260	327	283	345	313	183	278	184	208
CREE La Paz, BCS	1 872	90	120	166	111	152	187	207	111	257	181	188	102
CREE Campeche, Camp.	2 789	243	114	157	240	280	386	279	180	289	272	146	203
CREE Chihuahua, Chih.	5 079	240	375	405	270	348	225	540	262	443	378	1 120	473
CREE Toluca, Edo. Méx.	16 450	901	1 624	1 410	1 260	1 384	1 766	1 641	1 337	1 438	1 543	831	1 315
CREE Tepic, Nay.	12 445	533	1 277	1 298	821	792	1 178	1 008	587	1 229	1 265	1 147	1 310
CREE Monterrey, NL	3 657	385	216	200	270	327	369	130	320	348	444	344	304
CREE Oaxaca, Oax.	9 577	582	1 104	842	738	964	947	636	638	690	906	740	790
CREE Puebla, Pue.	45 326	4 208	2 402	2 783	3 140	2 052	3 145	2 693	5 792	5 115	4 386	4 953	4 657
CREE Querétaro, Qro.	20 223	1 207	1 767	1 860	1 773	1 492	1 733	2 085	1 099	1 928	2 212	1 720	1 347
CREE Chetumal, Q. Roo	5 267	262	236	261	394	571	657	602	479	640	619	220	326
CREE San Luis Potosí, SLP	10 833	675	1 357	1 305	1 253	1 118	1 155	760	681	706	568	662	593
CREE Cd. Victoria, Tamps.	3 938	295	392	324	247	246	301	254	285	353	476	453	312
CREE Mérida, Yuc.	7 085	215	606	747	515	514	796	796	796	129	798	614	559
CRI Guadalajara, Jal.	16 943	459	761	1 211	818	1 328	1 514	1 559	2 057	2 226	2 370	1 815	825
CRI Cuernavaca, Mor.	6 686	340	423	359	345	368	561	889	823	706	724	548	600
CRI Cuautla, Mor.	10 361	574	910	835	796	814	997	870	552	956	1 001	860	1 196
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	13 872	1 196	1 037	983	1 341	1 355	1 603	676	1 279	1 299	1 331	1 218	554
CREE Colima, Col.	12 746	728	721	942	905	960	1 073	929	1 348	1 247	1 321	1 236	1 336
CREE Durango, Dgo.	62 108	6 208	6 572	5 210	3 796	4 270	4 121	2 357	5 109	5 109	6 717	6 231	6 408
CREE Gómez Palacio, Dgo.	7 283	590	716	673	557	651	738	403	596	662	644	604	449
CRIS Irapuato, Gto.	9 066	523	834	686	597	842	867	713	838	963	907	749	547
CREE Morelia, Mich.	3 234	0	95	614	575	637	718	595	0	0	0	0	0
CREE Hermosillo, Son.	8 316	586	790	565	722	756	775	722	562	751	825	768	494
CREE Villahermosa, Tab.	15 614	1 638	2 036	1 664	1 502	1 637	1 402	1 085	716	777	1 239	1 013	905
CRI Monclova, Coah.	9 729	545	737	832	784	829	874	703	555	933	1 110	831	996
CRI Torreón, Coah.	4 482	446	473	380	487	353	332	303	219	457	381	362	289

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.11. Piezas fabricadas, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	29 964	2 119	2 421	2 502	2 204	2 392	2 995	2 435	2 637	2 899	2 751	2 380	2 229
Centralizados													
CREE Iztapalapa, DF	2 196	272	193	217	176	209	180	183	170	158	183	130	125
CR Zapata, DF	4 753	294	347	467	384	377	492	467	431	459	416	287	332
CREE La Paz, BCS	342	11	44	28	31	33	40	32	34	12	31	21	25
CREE Campeche, Camp.	259	8	29	13	21	21	34	39	5	30	17	15	27
CREE Chihuahua, Chih.	274	19	33	31	25	22	35	15	26	24	-	23	21
CREE Toluca, Edo. Méx.	1 521	94	122	114	106	115	149	117	-	325	119	107	153
CREE Tepic, Nay.	387	26	32	39	34	42	41	-	40	48	27	24	34
CREE Monterrey, NL	212	3	14	20	4	15	35	29	39	34	19	-	-
CREE Oaxaca, Oax.	2 091	132	207	226	170	159	179	135	228	94	202	137	222
CREE Puebla, Pue.	1 379	148	53	121	168	38	275	51	157	119	-	162	87
CREE Chetumal, Q. Roo	144	7	10	12	12	17	17	17	9	12	8	12	11
CREE San Luis Potosí, SLP	809	67	86	68	37	60	51	51	71	42	52	180	44
CREE Cd. Victoria, Tamps.	149	15	15	3	6	16	13	10	8	13	23	16	11
CREE Guadalupe, Zac.	900	54	54	48	66	35	109	81	83	80	123	87	80
CRI Guadalajara, Jal.	3 727	216	276	250	220	335	380	334	384	386	344	356	246
CRI Cuautla, Mor.	2 304	143	221	175	132	241	206	153	212	216	230	174	201
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	726	58	19	33	39	66	79	81	68	79	63	60	81
CREE Colima, Col.	932	55	74	61	61	90	93	88	77	94	83	72	84
CREE Durango, Dgo.	1 167	96	94	95	72	65	134	44	100	100	153	100	114
CRIS Irapuato, Gto.	1 148	79	85	94	66	77	91	100	80	99	125	123	129
CREE Morelia, Mich.	1 172	122	109	90	65	157	110	79	75	114	124	92	35
CREE Hermosillo, Son.	496	30	40	37	32	32	32	43	39	53	78	32	48
CREE Villahermosa, Tab.	2 066	103	209	182	190	106	145	230	196	257	244	124	80
CRI Torreón, Coah.	810	67	55	78	87	64	75	56	105	51	87	46	39

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.12. Piezas reparadas, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	1 959	162	179	141	153	194	197	153	156	194	164	143	123
Centralizados													
CREE Iztapalapa, DF	205	14	18	13	13	15	21	22	14	19	12	32	12
CR Zapata, DF	227	24	21	19	26	21	18	25	19	11	16	16	11
CREE La Paz, BCS	21	1	-	-	-	3	5	2	2	1	-	7	-
CREE Campeche, Camp.	11	-	2	-	1	1	-	-	-	1	2	4	-
CREE Chihuahua, Chih.	34	2	1	2	5	6	4	4	4	3	-	1	2
CREE Toluca, Edo. Méx.	122	18	8	7	8	12	12	6	-	16	10	10	15
CREE Tepic, Nay.	152	14	19	21	4	25	10	8	9	9	33	-	-
CREE Monterrey, NL	92	14	9	6	7	11	8	6	7	6	6	4	8
CREE Oaxaca, Oax.	201	11	16	24	15	13	43	9	30	26	-	3	11
CREE Puebla, Pue.	35	4	2	3	3	3	2	5	1	4	2	2	4
CREE Chetumal, Q. Roo	65	7	8	-	3	9	8	7	3	6	7	5	2
CREE San Luis Potosí, SLP	43	-	3	3	3	6	2	-	5	8	6	4	3
CREE Cd. Victoria, Tamps.	6	2	2	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-
CREE Guadalupe, Zac.	157	14	14	11	13	17	16	8	5	21	12	11	15
CRI Guadalajara, Jal.	58	2	-	4	1	3	5	5	11	12	4	5	6
CRI Cuautla, Mor.	58	2	0	4	1	3	5	5	11	12	4	5	6
Descentralizados													
CREE Saltillo, Coah.	54	7	3	2	4	3	15	8	3	5	2	1	1
CREE Colima, Col.	157	8	15	12	17	20	4	9	14	16	22	12	8
CREE Durango, Dgo.	22	1	9	-	10	-	-	-	-	-	2	-	-
CRIS Irapuato, Gto.	65	4	7	2	7	3	4	6	5	5	11	8	3
CREE Morelia, Mich.	71	6	6	1	-	12	8	5	5	9	4	9	6
CREE Hermosillo, Son.	12	2	2	1	-	-	-	-	3	-	2	1	1
CREE Villahermosa, Tab.	72	4	12	5	10	7	6	7	3	3	4	2	9
CRIS Torreón, Coah.	19	1	2	1	2	1	1	6	2	-	3	-	-

Fuente: SNDIF, Informe de trabajo de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

En cuanto a la formación de recursos humanos, con nivel de posgrado se imparte la especialización en medicina de rehabilitación en las sedes: Centro Nacional Modelo "Gaby Brimmer" (DF), con el reconocimiento de la UNAM; CRI Guadalajara (Jalisco), con el reconocimiento de la U de G y el CREE Toluca, con el reconocimiento de la Universidad Autónoma del Estado de México. En el DF y Jalisco, el SNDIF otorga becas a los médicos residentes y cada año oferta diez plazas por grado. El SEDIF México otorga una beca mensual a cada médico residente y cada año oferta tres plazas por grado.

Con nivel licenciatura se imparten los cursos en terapia física y terapia ocupacional en ocho sedes, con una duración de cuatro años, excepto la de Toluca en la que es de cinco años:

- Centro Nacional Modelo "Gaby Brimmer"
- Centro Nacional Modelo "Iztapalapa"
- CREE Durango
- CREE Toluca
- CREE Ciudad Victoria
- CREE Puebla
- CREE Chetumal CREE
- Tuxtla Gutiérrez

Con nivel carrera técnica y una duración de cuatro años, se imparte la carrera en órtesis y prótesis en dos sedes:

- Centro Nacional Modelo "Iztapalapa"
- CREE Toluca

Algunos de estos centros abren cada año un nuevo grupo (septiembre) pero otros lo abren cada cuatro o cinco años (generación). El personal especializado presta su servicio social en algún CREE o CRI del SNDIF y/o SEDIF durante su último año de formación, recibiendo una beca económica.

En el periodo enero a diciembre 2005 se impartieron 3 cursos para la formación de 35 especialistas en medicina de rehabilitación; 321 en terapia física y 17 en terapia ocupacional para un total de 373 personas, en los centros de rehabilitación ubicados en el DF, Puebla, Toluca, Ciudad Victoria, Tuxtla Gutiérrez, Chetumal, Durango y Guadalajara (véase cuadro 1.1.13).



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.13. Profesionalización para la atención de la discapacidad, 2005

Concepto	Unidad de medida	Programado	Realizado
Formar recursos humanos	Curso	3	3
	Personas	343	373
Persona de área médica y paramédica	Personas	1 099	1 099
Formación de médicos especialistas	Personas	37	35
Formación de Licenciados en terapia	Personas	306	338

Fuente: SNDIF, DRAS, Informe a la Junta de Gobierno 2005.

Las actividades de capacitación para el personal de las diversas áreas que prestan sus servicios en los centros de rehabilitación fueron 4 807 sesiones, con una asistencia de 67 858 participantes (véanse los cuadros 1.1.14 y 1.1.15)

Del análisis del cuadro comparativo de los servicios otorgados 2004-2005 podemos ver que en la mayoría de los rubros se rebasaron fácilmente las metas, sólo en los servicios de terapia de rehabilitación y ayudas funcionales se redujeron (véase cuadro 1.1.16)



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.14. Capacitación a médicos y paramédicos, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	11 486	881	1 077	1 051	965	964	914	875	891	899	917	1 084	968
Centralizados													
CRI Tlazocihualpilli, DF	189	14	15	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
CREE Iztapalapa, DF	514	32	47	42	38	43	38	43	43	47	44	49	48
CR Zapata, DF	931	80	81	81	49	80	81	80	81	79	78	81	80
CNP/RNCDVDF	358	28	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
CREE La Paz, BCS	281		28	28	28	28	28	28	18	18	25	26	26
CREE Campeche, Camp.	250	27	27	23	23	24	13	16	18	13	21	23	22
CREE Chihuahua, Chih.	294	3	21	28	28	28	25	24	26	28	28	27	28
CREE Chilpancingo, Gro.	138	16	16	16	16	10	11	10	7	9	9	9	9
CREE Toluca, Edo. Mex.	544	58	62	50	39	31	26	25	44	40	33	81	55
CREE Tepic, Nay.	217	40	23	26	29	17	18	16	19			29	
CREE Monterrey, NL	276	21	29	24	28	25	27	26	14	20	24	22	16
CREE Oaxaca, Oax.	337	25	28	28	28	28	28	28	32	28	28	28	28
CREE Puebla, Pue.	300	31	32	34	26	26	23	16	16	34	22	36	4
CREE Querétaro, Qro.	396	36	38	39	28	28	29	33	32	41	35	29	28
CREE Chetumal, Q. Roo	223	17	17	18	17	20	20	19	18	21	19	18	19
CREE San Luis Potosí, SLP	457	37	39	30	39	39	39	39	39	39	39	39	39
CREE Cd. Victoria, Tamps.	312	26	27	26	27	27	25	26	23	26	27	27	25
CREE Jalapa, Ver.	116	12	12	12	12	15	10	7	10	5	9	6	6
CREE Mérida, Yuc.	112	25	31	35	4	4	4	4	4			1	
CREE Guadalupe, Zac.	129	19	19	9	18	16	16	16	16				
CREE Guadalajara, Jal.	900	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75
CRI Cuernavaca, Mor.	276	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23	23
CRI Cuautla, Mor.	195	17	17	16	15	16	16	16	16	16	16	17	17
CRI Ensenada, BC	98	9	7	7	7	7	7	7	7	10	10	10	10
Descentralizados													
CRI Saltillo, Coah.	410	35	36	34	36	35	36	33	32	34	33	32	34
CRI Colima, Col.	548	42	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46	46
CRI Durango, Dgo.	325	16	46	20	20	27	26	27	27	29	29	29	29
CRI Gómez Palacio, Dgo.	224	16	16	16	16	19	21	20	20	20	20	20	20
CRIS Irapuato, Gto.	178			18	17	18	18	18	18	18	18	17	18
CRI Morelia, Mich.	179	21	22	32	32	8				0		32	32
CREE Hermosillo, Son.	770	39	35	35	52	52	65	53	81	81	51	113	113
CREE Villahermosa, Tab.	714	15	105	105	76	79	50	32	17	30	85	70	50
CRI Monclova, Coah.	96	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
CRI Torreón, Coah.	199	18	19	21	19	16	16	15	15	15	16	15	14

Fuente: SNDIF, Informe de trabajo de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.15. Sesiones de educación continua, 2005

Unidad	Total	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Total	4 807	304	492	492	423	439	393	395	320	344	431	522	252
Centralizados													
CRI Tlazocihualpilli, DF	89	6	7	8	8	6	8	9	5	9	9	8	6
CREE Iztapalapa, DF	345	12	22	17	15	18	36	17	38	22	37	99	12
CR Zapata, DF	217	10	29	21	15	24	18	12	15	18	20	17	18
CNP/RNCDVDF	39	2	5	5	3	3	5	2		3	5	4	2
CREE La Paz, BCS	49		5	4	3	6	3	4	3	3	6	6	6
CREE Campeche, Camp.	30	3	3	3	3	5	1	2	2	2	2	1	3
CREE Chihuahua, Chih.	616	47	50	56	45	52	47	58	27	68	74	48	44
CREE Chilpancingo, Gro.	49	3	6	8	5	2	5	4	2	3	4	3	4
CREE Toluca, Edo. Mex.	149	52	45	5	6	5	8	4	4	4	5	7	4
CREE Tepic, Nay.	36	4	7	9	3	6	3	2	1			1	
CREE Monterrey, NL	289	5	35	18	20	16	29	29	28	44	30	24	11
CREE Oaxaca, Oax.	97	4	4	19	3	10	8	3	5	4	9	24	4
CREE Puebla, Pue.	37	2	4	4	3	3	2	3	3	4	4	4	1
CREE Querétaro, Qro.	58	4	5	4	3	21	4	2	2	4	4	3	2
CREE Chetumal, Q. Roo	51	1	6	4	5	7	6	2	2	4	6	5	3
CREE San Luis Potosí, SLP	407	24	33	36	31	38	37	49	35	30	34	33	27
CREE Cd. Victoria, Tamps.	233	6	7	27	27	16	17	21	18	6	24	57	7
CREE Jalapa, Ver.	27	2	3	3	3	2	4	2	2	1	1	2	2
CREE Mérida, Yuc.	37	3	3	3	3	4	4	4	4			6	3
CREE Guadalupe, Zac.	144	8	34	16	16	16	19	17	18				
CREE Guadalajara, Jal.	388	22	46	70	84	24	22	24	16	22	22	20	16
CRI Cuernavaca, Mor.	55	4	6	6	5	5	4	5	3	5	4	4	4
CRI Cuautla, Mor.	50	2	5	4	3	5	4	4	8	3	3	6	3
CRI Ensenada, BC	378	15	23	22	21	63	22	75	24	22	24	47	20
Descentralizados													
CRI Saltillo, Coah.	65	6	5	5	6	5	6	5	6	5	5	6	5
CRI Colima, Col.	168	12	16	13	12	6	30	9	16	16	20	14	4
CRI Durango, Dgo.	62	3	7	4	4	4	4	3	4	4	9	8	8
CRI Gómez Palacio, Dgo.	89	8	8	8	7	7	7	5	8	9	9	6	7
CRIS Irapuato, Gto.	27			3	3	3	2	2	2	4	4	3	1
CRI Morelia, Mich.	14	1	2	2	2	1						3	3
CREE Hermosillo, Son.	62	4	3	3	5	6	6	3	6	6	6	7	7
CREE Villahermosa, Tab.	304	25	49	49	39	36	10	4	3	8	37	35	9
CRI Monclova, Coah.	99	2	2	29	8	10	7	6	7	7	10	7	4
CRI Torreón, Coah.	47	2	7	4	4	4	5	4	3	4	4	4	2

Fuente: SNDIF, Informe de trabajo de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.16. Comparativo de metas de rehabilitación 2004-2005

Concepto	Unidad de medida	2004		2005		Variación (%)		
		Programa	Real	Programa	Real	2004	2005	2005 / 2004
Orientar e informar acerca de la discapacidad	Evento	8 552	13 726	8 490	14 409	60.5	69.7	4.9
	Persona	150 404	263 070	147 590	292 761	74.9	98.4	11.2
Detectar enfermedades y la discapacidad	Persona	94 715	179 387	87 334	142 393	89.4	63	-20.6
Atender la discapacidad	Consulta	1 106 056	1 101 312	1 095 846	1 148 143	-0.4	4.8	4.2
	Persona	260 913	249 891	249 714	261 546	-4.2	4.7	4.6
Proporcionar terapia rehabilitatoria	Persona	91 851	79 491	82 654	73 995	-13.5	-10.5	-6.9
	Sesión	2 456 597	2 523 521	2 273 798	2 626 738	2.7	15.5	4
Proporcionar ayudas funcionales	Persona	13 314	14 317	14 179	13 545	7.5	-4.5	-5.3
	Pieza	29 840	32 463	30 378	31 865	8.8	4.9	-1.8
Personas reintegradas al ámbito familiar y social	Personas	15 551	14 824	15 551	14 765	-4.7	-5.1	-0.4
Formar recursos humanos	Curso	5	5	3	3	0	0	-40
	Persona	311	311	343	343	0	0	10.2
Proporcionar educación continua	Asistente	67 573	69 298	62 836	67 858	2.6	8	-2
	Sesión	5 659	5 429	5 141	4 807	-4.1	-6.5	-11.4
Persona de área médica y paramédica	Personas	-	-	1 099	1 099	N. A.	0	N. A.
Formación de médicos especialistas	Personas	-	-	37	37	N. A.	0	N. A.
Formación de licenciados en terapia	Personas	-	-	306	306	N. A.	0	N. A.

Fuente: Dirección de Reahabilitación y Asistencia Social. Informe a la Junta de Gobierno, Enero-diciembre 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Durante este ejercicio, las acciones de orientación e información relacionadas con la educación para la salud y prevención de discapacidad aumentaron 69.7% debido a un mayor impulso en el Distrito Federal, Baja California Sur, Durango y Estado de México, entre otras, que de manera muy significativa rebasaron lo programado, como resultado de esto, el número de personas que asistieron a las pláticas (292 761 asistentes) se incrementara 98.4% respecto con el año anterior. Ambas metas terminaron con un avance de 169.7% y 198.4% respectivamente en relación con lo programado anual, debido sustantivamente a la coordinación de estas acciones con los SEDIF, las UBR, centros escolares y las organizaciones de y para personas con alguna discapacidad.

Por otro lado, comparando los ejercicios 2004 y 2005, los datos muestran una diferencia de 4.9% y 11.2% respectivamente, que significa una ligera mayor prestación de servicios durante el último debido a la concertación y coordinación de acciones con instancias públicas y privadas.

La meta de valoración y detección de procesos de discapacidad fue superada en 63% debido a la reprogramación de actividades intra y extramuros así como a la coordinación de acciones con centros escolares, organizaciones sociales de y para personas con alguna discapacidad y los servicios que brindan las UBR y UMR, mismas que se han multiplicado significativamente (este año se instalaron 155 UBR y se adquirieron 10 UMR).

Las actividades de detección de personas con algún proceso discapacitante disminuyeron 20.6% en comparación con el ejercicio 2004; sin embargo, las consultas para la valoración de personas con alguna discapacidad mostraron un ligero aumento de 4.8%, lo que quiere decir que la solicitud de consultas no fue generada por las pláticas de orientación y detección de la enfermedad sino por un proceso autogestivo de la población con capacidades diferentes independientemente del tipo y grado de enfermedad, debido a la difusión y promoción de los servicios que permanentemente realizan los propios centros y los SEDIF (o bien, por recomendación de otro beneficiario).

Comparando los ejercicios 2004 y 2005, se observa un incremento de 4.2 y 4.6 por ciento, respectivamente, en y beneficiarios atendidos.

El incremento obtenido de 15.5% en los tratamientos terapéuticos en relación con lo programado anual, se debió a la capacidad de respuesta a la demanda de servicios de las personas con capacidades diferentes, sus familias y las organizaciones sociales con las que el SNDIF estableció contacto.

A pesar de las actividades de promoción y difusión de los servicios de rehabilitación que ofrecen los centros y debido al tipo y grado de discapacidad que



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

presentaron, la población con alguna discapacidad atendida fue –10.5% con respecto a lo programado.

Comparativamente, la atención de beneficiarios en el ejercicio 2005 muestra una disminución (-6.9%); sin embargo, se brindaron 4% más servicios que durante el ejercicio 2004.

El resultado obtenido en la producción y reparación de piezas de órtesis, prótesis y otras ayudas funcionales presenta un aumento de 4.9% en piezas y una disminución de 4.5% en la atención a personas respecto con lo programado de 2005.

Comparando los ejercicios 2004 y 2005 los datos muestran que durante este último se atendió 5.3% menos que durante 2004; así mismo se entregaron 1.8% menos piezas fabricadas o reparadas.

Los logros obtenidos en la formación de recursos humanos fueron los programados para el periodo, debido a que la demanda por cursar una formación especializada de licenciatura o técnica en materia de atención a personas con capacidades diferentes se ajustó a la oferta.

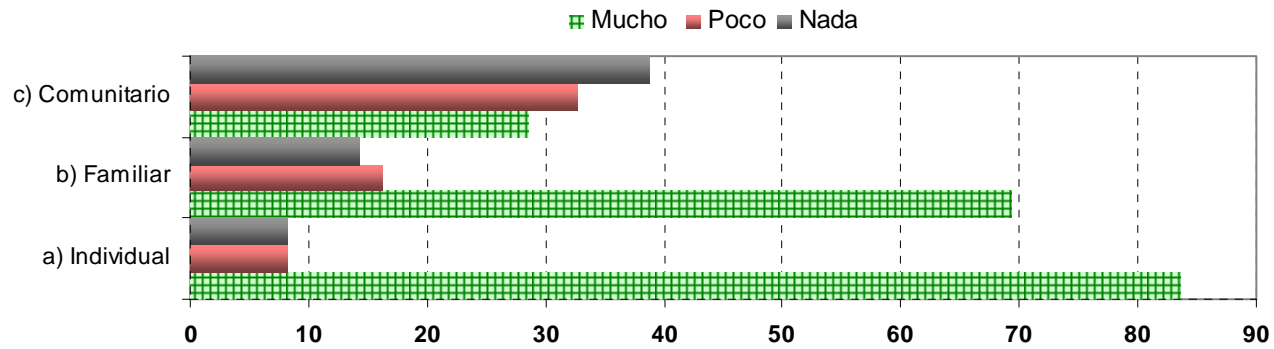
Aunque las sesiones de capacitación al personal realizadas disminuyeron 6.5% con respecto a lo programado en 2005, los asistentes a dichas sesiones aumentaron 8.0%. Durante 2005 se realizaron 11.4% menos sesiones y asistieron 2.0% menos participantes que durante el ejercicio 2004.

La cobertura del subprograma es nacional y cumple con la atención en cada uno de los estados; la satisfacción de los beneficiarios es el referente más claro del cumplimiento del objetivo general y los objetivos específicos del subprograma, sobre todo en los aspectos personales y familiares; es importante remarcar que el impacto en el ámbito comunitario es menor porque la atención es personalizada, aunque existe trabajo preventivo con las pláticas de orientación y detección (véase la gráfica 1.1.4).



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Gráfica 1.1.4. Grado de beneficio por ámbito de participación (%)



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta para la evaluación externa del SNDIF 2005



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Dentro de los considerandos de las RO de este subprograma se incluye la coordinación interinstitucional para evitar la duplicidad de funciones y reducir los gastos administrativos por lo que el SNDIF ha realizado varias acciones tendientes al logro de este objetivo, como lo es su integración al Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad (Codis)³⁶. Sin embargo, existen otras instituciones como el IMSS, ISSSTE, SA, entre otras, que brindan el mismo tipo de servicio; además, con el Instituto Nacional de Rehabilitación no queda clara la relación de atención ya que en los estatutos orgánicos de las instituciones no se cuidó esta duplicidad, asignándoles en ambos casos, una figura jurídica y patrimonio propio.

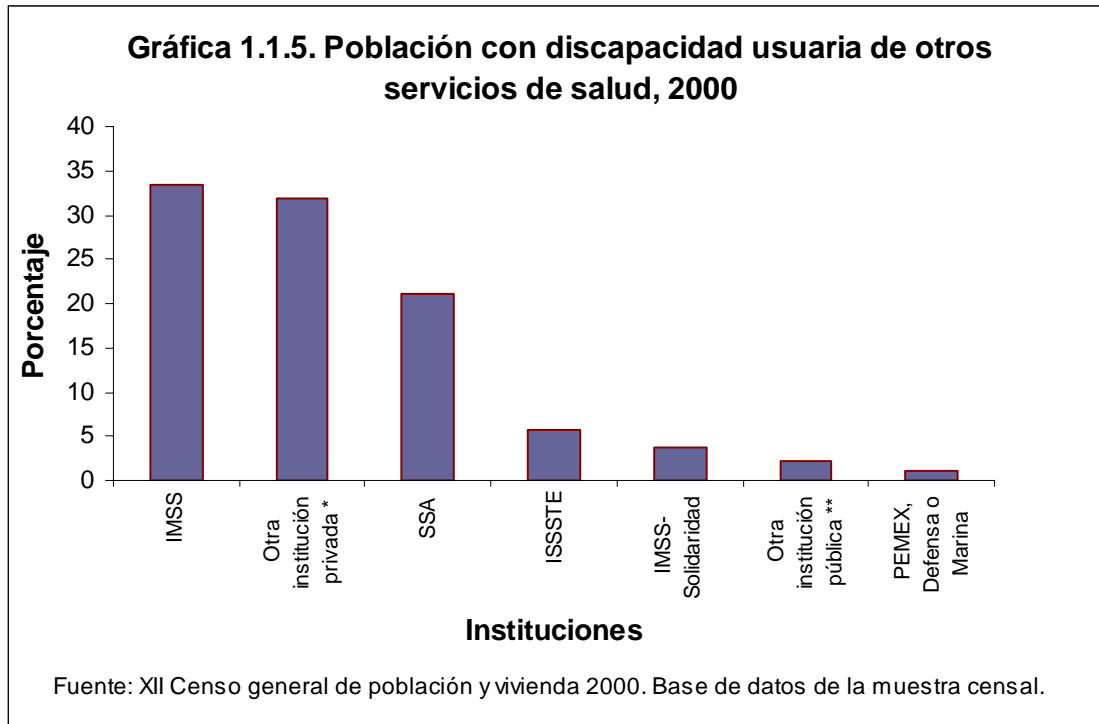
Esto se refleja igualmente en las modificaciones a las RO para el 2005 en las que se indica que los beneficiarios son población abierta (sin importar si cuentan con algún otro tipo de seguridad social) a diferencia de las RO 2002 en las que la elegibilidad de los beneficiarios se definía de acuerdo con su grado de vulnerabilidad. Sin embargo, dentro de la LAS en concordancia con la Ley de Salud, se da pauta a la inclusión de las personas con capacidades diferentes la vulnerabilidad que su condición causa sin afectar la ejecución del subprograma (véase la gráfica 1.1.5).³⁷

³⁶ Constituye la instancia máxima para impulsar, orientar y vigilar que los programas sectoriales e institucionales a cargo de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, encaucen sus esfuerzos y actividades hacia la atención y resolución de los problemas y necesidades de las personas con discapacidad, en el marco de sus respectivas atribuciones y en coordinación con la Oficina de Representación de la Presidencia de la República. Fue creado por acuerdo presidencial publicado el 13 de febrero de 2001 y se integra por los titulares de las secretarías de Desarrollo Social, de Comunicaciones y Transportes, de Educación Pública, de Salud y del Trabajo y Previsión Social, así como del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y de la propia Oficina de Representación, quien lo preside.

³⁷ Rita Velázquez Lerma, *op. cit.* p. 17.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional



Aunque el nivel de integración de los procesos administrativos es adecuado, cuenta con su manual de procedimientos y un sistema de seguimiento en el que se corroboran diferentes aspectos de la operación del subprograma teniendo un alto grado de organización (véanse las gráficas 1.1.6 y 1.1.7), el flujo de información para evaluar y dar seguimiento al plan de trabajo del subprograma no se da de manera satisfactoria por el hecho de que algunas instituciones y entidades federativas no registran sus avances al SNDIF, contraviniendo con ello la LAS.³⁸

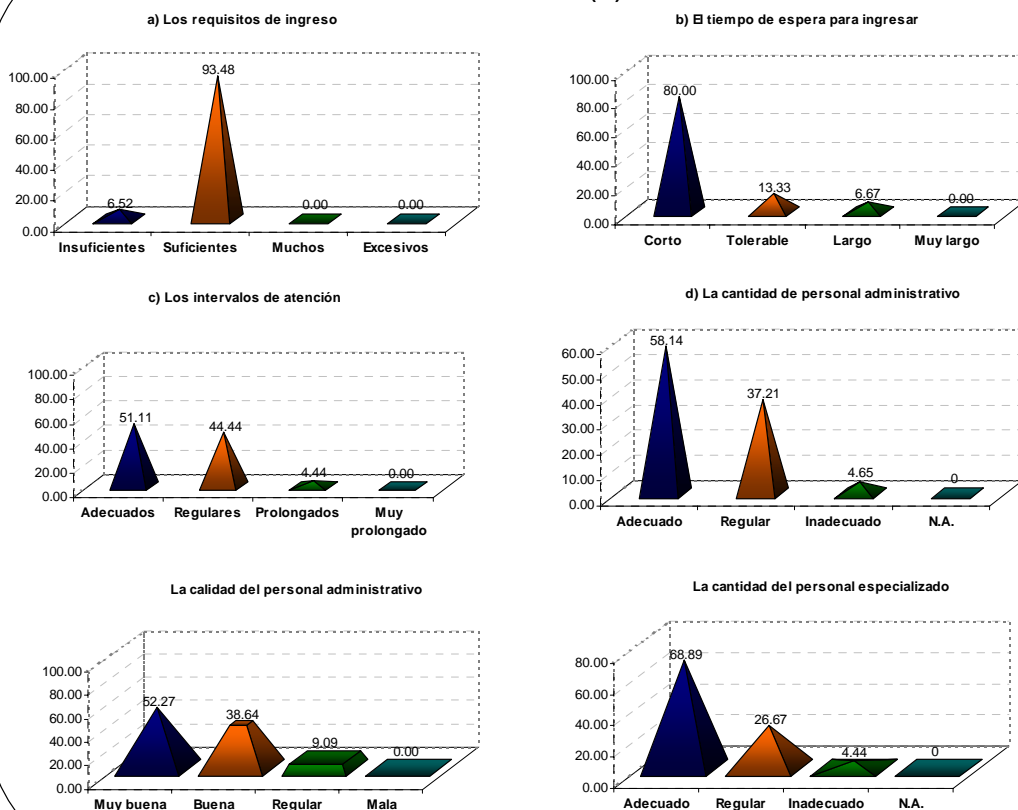
El equipo evaluador considera que el subprograma ha subestimado las metas ya que en el análisis de los resultados de este periodo se puede observar que, dada la cobertura, infraestructura y experiencia de la institución, dichas metas se superan fácilmente.

³⁸ Artículo 9.- La Secretaría de Salud, en su carácter de autoridad sanitaria, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en su carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, tendrán respecto de la asistencia social, y como materia de salubridad general, las siguientes atribuciones: ...VIII. Coordinar un Sistema Nacional de Información en materia de asistencia social en colaboración con el INEGI;



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Gráfica 1.1.6. Requisitos y calidad del servicio administrativo (%)



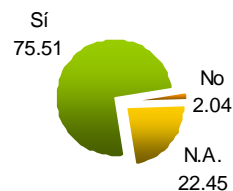
Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta para la evaluación externa del SNDIF

Gráfica 1.1.7. Eficiencia y eficacia (%)

a) Ayudó el personal del DIF a resolver dudas y problemas



b) Llegaron a tiempo los apoyos (recursos)



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta para la evaluación externa del SNDIF 2005



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

En nuestro país no existe una identificación que tenga reconocimiento en todo el territorio para acreditar en las personas la condición de alguna discapacidad, expedida por una institución facultada para ello.

Desde años atrás las OSC de personas con alguna discapacidad han planteado en diversos foros la demanda de contar con un medio de identificación que les permita acceder a diversos beneficios que les apoye a equilibrar su economía debido a su condición.

En este sentido, el poder adquisitivo de las familias de las personas con alguna discapacidad se ve mermado no sólo por la falta de oportunidades de trabajo para su familiar sino también por los recursos económicos que destinan a su atención médica, educación y transporte.

De ahí la importancia que representa la credencial como medio de identificación y los beneficios que puede reportarles mediante la firma de convenios de colaboración con prestadores de servicios, centros comerciales, laboratorios, farmacias, consultorios médicos y dentales, transportes y espectáculos, entre otros, para acordar descuentos para las personas con capacidades diferentes.³⁹

Finalmente, las disposiciones normativas que coadyuvan al desarrollo del subprograma son las de concurrencia y coordinación en las que hay que resaltar la oportunidad que permite la ley para asignar recursos en los convenios de colaboración que se signen con otras instituciones. Esto debe aprovecharse para que, con base en una buena planeación, se definan las aportaciones de cada institución (considerando todos aquellos aspectos que deben incluirse en la operación, seguimiento, acompañamiento y evaluación de los proyectos concretos a los que se responsabilizarán ambas)

Beneficios económicos y sociales que resultan de la aplicación de los recursos asignados al subprograma

Los indicadores de evaluación no reflejan toda la riqueza de acciones que realiza el subprograma ya que se refieren al número de acciones de atención en terapias y sesiones de rehabilitación, así como a la reintegración social de los beneficiarios, pero no se considera la conformación y fortalecimiento de la red social con cambios de actitudes como el reconocimiento de las capacidades diferentes entre los integrantes de la comunidad ni una cultura de la prevención de la enfermedad que hacen *per se* que el subprograma tenga un alto grado de inclusión.

³⁹ Este programa inició desde 2003 en el que se autorizó presupuesto para cubrir a seis estados, en 2004 se aplicaron recursos para 26 entidades más y a la fecha no se ha concluido.

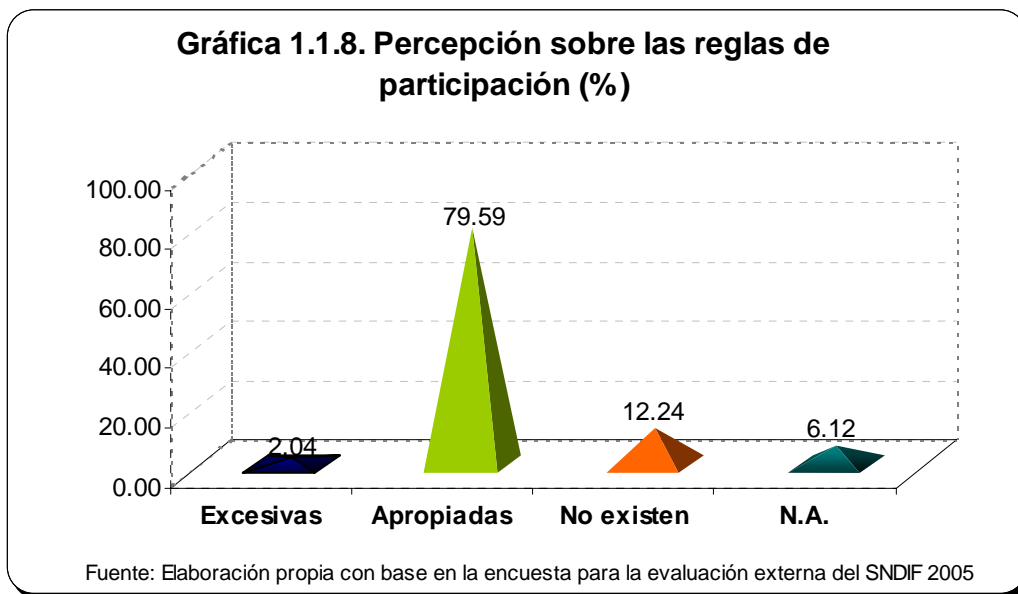


Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Si la población que sufre algún tipo de discapacidad no es atendida adecuadamente, se generan desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una pérdida económica que se ha calculado en 75 mil millones de pesos anuales por la falta de empleo de las personas con alguna discapacidad en edad productiva.⁴⁰

De ahí la importancia de que el subprograma se enfoque en la prevención y atención de la discapacidad de una manera integral, con infraestructura, personal y material para su difusión, además de generar cuadros profesionales y técnicos.

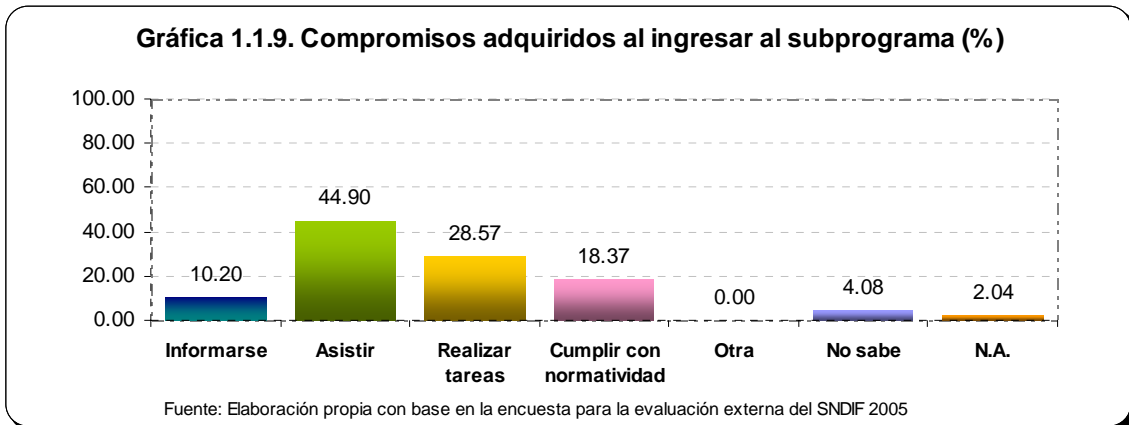
Los beneficiarios están enterados de sus responsabilidades al ingresar al subprograma y tienen clara la percepción de las reglas de participación (véanse las gráficas 1.1.8 y 1.1.9), lo que hace palpables -para ellos- los resultados del subprograma.



⁴⁰ Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad, 2001.



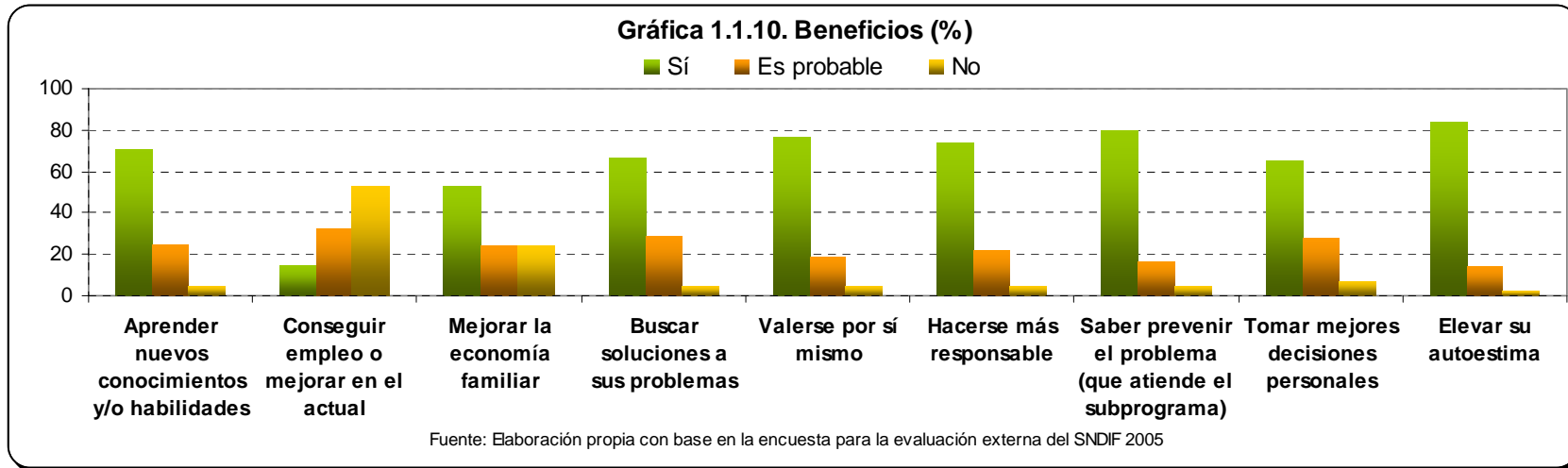
Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional



Esto se refleja en las respuestas obtenidas en la encuesta (véanse las gráficas 1.1.10 y 1.1.11) que reconocen las nuevas habilidades que les brindan mayor seguridad y les permiten hacerse más responsable de su integración familiar y comunitaria por la conciencia que tienen de su condición, lo que repercute en una toma de decisiones más acertada para la planeación a largo plazo del desarrollo de su vida, permitiendo al beneficiario convertirse de un objeto de asistencia social en un sujeto responsable de su propio desarrollo.

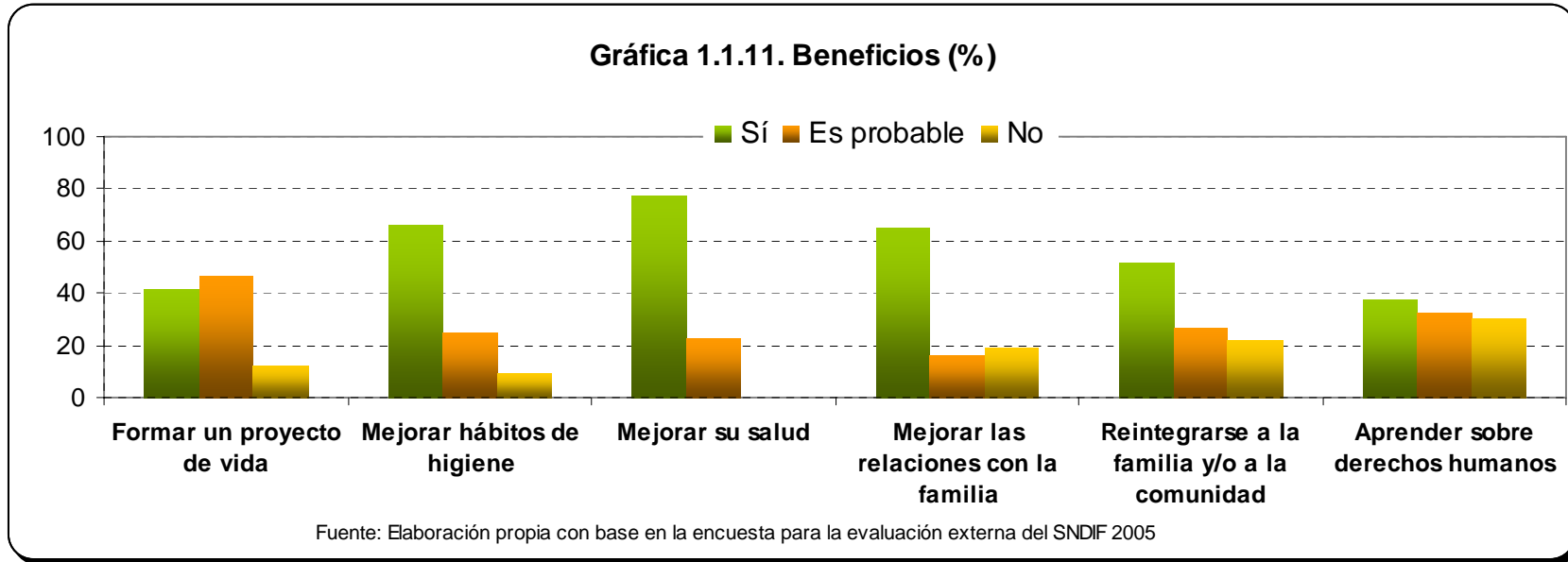


Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional





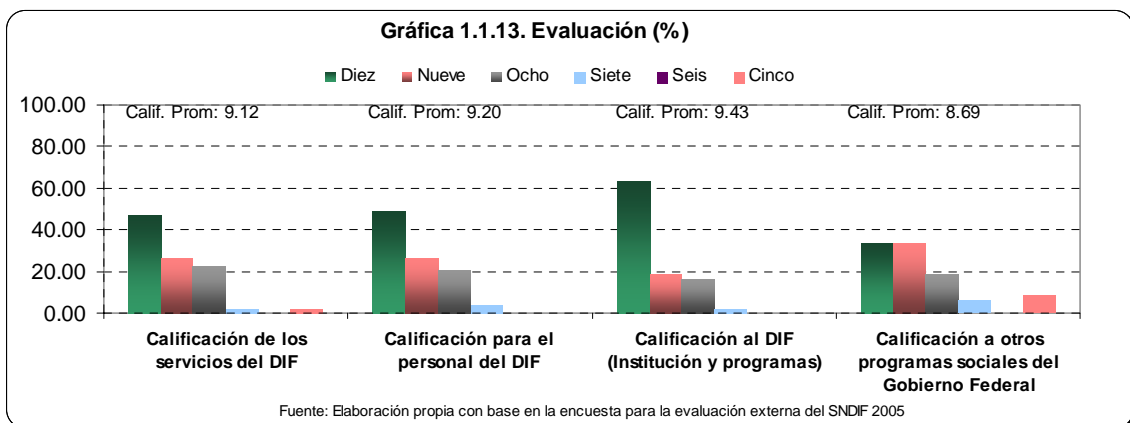
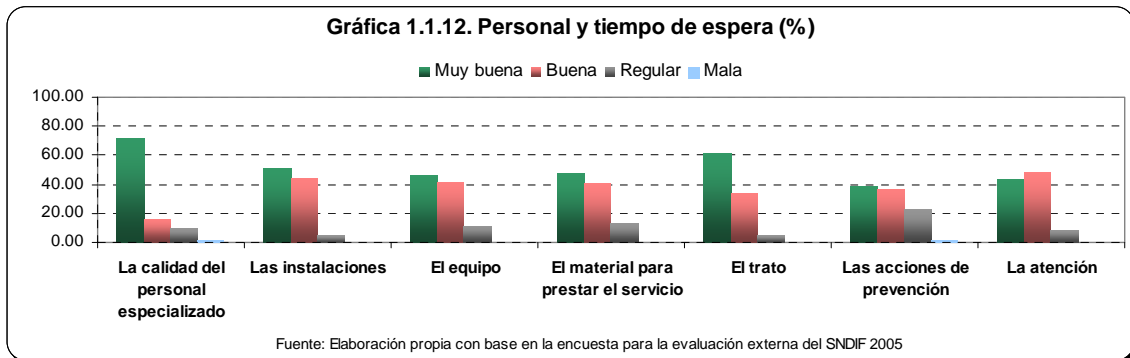
Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional





Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

El impacto es mayor y la valoración de los beneficiarios respecto a los apoyos del subprograma es alta (véanse las gráficas 1.1.12 y 1.1.13).



Contribución al bienestar, equidad, igualdad y no discriminación de las mujeres

Cerca de 300 millones de mujeres en el mundo tienen alguna discapacidad mental o física,⁴¹ llegando a representar tres cuartas partes del total de personas con alguna discapacidad en los países de ingresos bajos y medios.

A pesar de ello, la preocupación por la situación de la mujer con alguna discapacidad empezó a aparecer tímidamente durante el decenio de las Naciones

⁴¹ Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. "Derechos reproductivos y mujeres discapacitadas. Un marco de derechos humanos", *Colección de documentos*, New York, abril de 2001, p. 1.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Unidas para la Mujer 1976-1985 y luego con motivo del Año Internacional de las Personas con Discapacidad 1981 y la Década de las Personas con Discapacidad 1982-1992; posteriormente, la Declaración y el Programa de Acción de Viena mostraron una especial preocupación por la situación de la mujer y de la persona con alguna discapacidad, dando como resultado la Plataforma de Acción en la Declaración de Beijing, en la que se estableció la obligación que los estados deben asumir para garantizar el disfrute de los derechos humanos de las mujeres con capacidades diferentes.

El Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer⁴² ha señalado que las mujeres con alguna discapacidad son víctimas de una doble discriminación. En primer lugar, la discriminación por razones de sexo, en función del sistema de relaciones de género que subordina y disminuye el reconocimiento de la plena capacidad de las mujeres y en segundo lugar, por el hecho de enfrentar alguna discapacidad.

Esta doble discriminación implica una serie de barreras que dificultan la consecución de objetivos de vida considerados como esenciales. Además de esto, la existencia de cuotas mayores de desempleo, salarios inferiores, menor acceso a los servicios de salud, mayores carencias educativas, escaso o nulo acceso a programas y servicios dirigidos a mujeres y un mayor riesgo de padecer abuso sexual y físico, se configuran como algunos de los rasgos sociales que rodean a la mujer con algún tipo de deficiencia sensorial, física o de desarrollo intelectual.⁴³

En la actualidad aún es posible apreciar la discriminación que sufre la mujer con alguna discapacidad. Por ejemplo, dentro del mercado laboral en México, dentro del mercado laboral aún existe una marcada discriminación hacia las mujeres (véase gráfica 1.1.14),⁴⁴ que aunada a la segregación que se hace a las personas con capacidades diferentes es origen de una doble victimización de este sector.

Como se describe en el apartado anterior, el subprograma es uno de los pilares de la institución ya que además de contar con infraestructura, experiencia, personal profesional y un modelo de atención bien establecido, la cobertura que brinda a sus beneficiarios y la constante actualización mediante su vertiente de educación continua, le permite contribuir fuertemente en los aspectos de bienestar, equidad, igualdad y no discriminación hacia las mujeres.

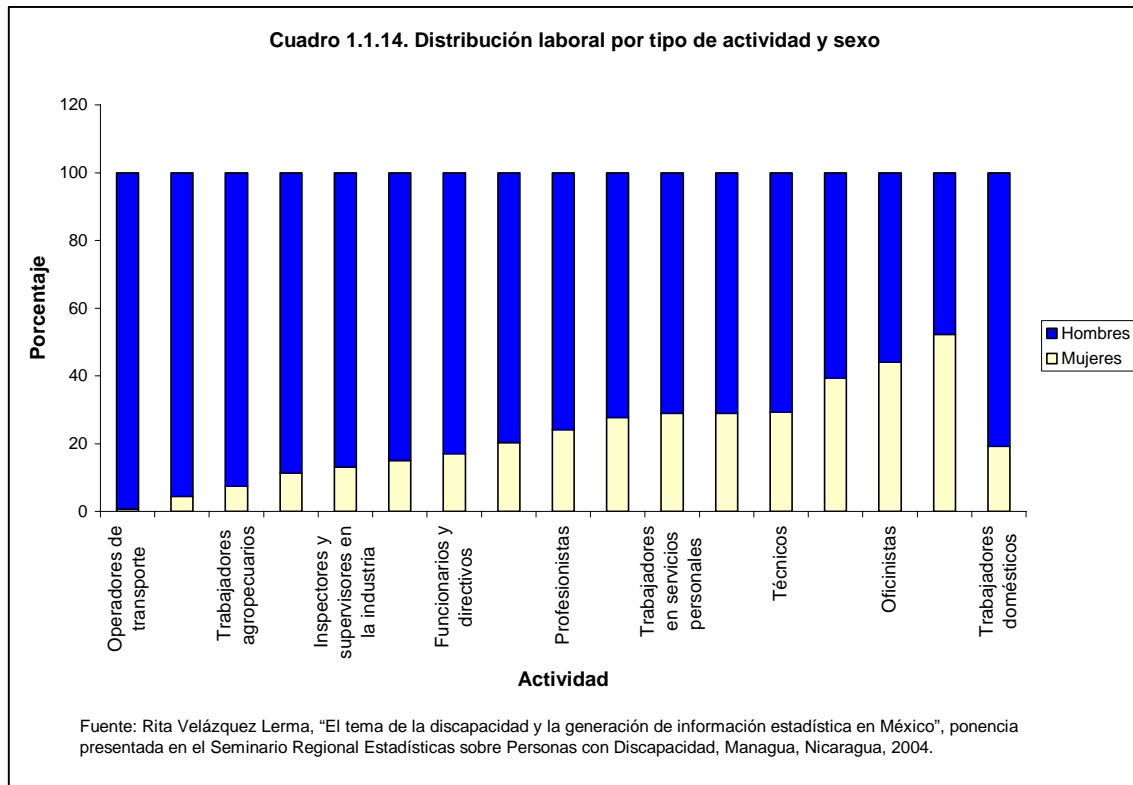
⁴² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, Ginebra, Suiza, 2002.

⁴³ Red de Información Jurídica, "Derechos de la Mujer Discapacitada" Lima, Perú, 2004.

⁴⁴ Rita Velázquez Lerma, *op. cit.*, p. 20.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional



Por otro lado, la institución ha trabajado en el área de reconocimiento de los límites de sus beneficiarios ya que si bien es cierto que han sido objeto de una discriminación, en muchas ocasiones esto es resultado de la percepción que ellos mismos tienen y se victimizan a sí mismos.⁴⁵

El personal entrevistado en los estados comenta que en el caso de las personas con capacidades diferentes no se requiere aplicar la perspectiva de género ya que la atención se otorga por la enfermedad en sí. El área considera que basta con que los responsables de la operación del subprograma tomen en consideración que algunas patologías predominan en las mujeres. Sin embargo, insistimos que dicha acción sólo corresponde a un rubro de la perspectiva de género por lo que algunas ideas al respecto podrían ser:

En el acceso:

⁴⁵ Esto se entiende como resultado de la inercia del fenómeno mismo.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- Crear un protocolo de atención que incluya la atención especializada en problemáticas diferenciadas por sexo.
- Diseñar programas locales preventivos dirigidos a las mujeres que precisamente por su género permanecen en el ámbito doméstico sin importar que padezcan alguna discapacidad.

Para garantizar la continuidad:

- Crear mecanismos de coordinación interinstitucional tendientes a garantizar a las mujeres -madres con alguna discapacidad- opciones de guarda y cuidado de sus hijos mientras asisten a sus terapias.
- Ante los casos de pocas prótesis, considerar como prioritario el acceso a las madres solteras.

Costo-beneficio de los recursos asignados al subprograma

El presupuesto asignado para la Subdirección de Rehabilitación de DRAS para el ejercicio 2005 fue de 351.15 millones de pesos⁴⁶ de los cuales 47% se destina a servicios personales y 27% al mantenimiento y operación de los centros de rehabilitación⁴⁷. De los 358.8 millones de pesos del presupuesto programado anual, se aplicó 351.1 millones de pesos (97.8%).⁴⁸

La distribución del gasto se presenta a continuación:

⁴⁶ Incluye los capítulos 1 000 (servicios personales), 2 000 (materiales y suministros), 3 000 (servicios generales), 4 000 (subsidijs y transferencias), 5 000 (bienes muebles e inmuebles), 6 000 (obras públicas) y 7000 (inversiones financieras, provisiones económicas, pensiones, jubilaciones y otras erogaciones).

⁴⁷ Se consideran los 30 centros de costo, la UBR de Ensenada y las áreas administrativas de la Dirección de Rehabilitación sin considerar a la Subdirección de Asistencia Social.

⁴⁸ Véase el cuadro 1.1.17.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.17. Presupuesto ejercido y comprometido, 2005 *

Centro de costo	Programado	Ejercido	Comprometido	Ejercido y comprometido
Total	358 887 318	308 345 590	42 807 837	351 153 427
Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social				
Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo	68 732 213	60 335 750	8 517 586	68 853 336
Subdirección de Rehabilitación	2 758 037	3 496 035	479	3 496 514
Depto. de Programas Comunitarios	29 569 782	6 555 060	29 211 679	35 766 739
Depto. de Enseñanza e Investigación	2 288 874	1 572 305	161	1 572 466
CREE Iztapalapa	9 631 113	5 864 668	333 671	6 198 339
CRI Tlazocihualpilli	18 182 029	21 767 588	931 999	22 699 587
Centro de Rehabilitación Gaby B.	7 427 779	59 492	14 745	74 237
INPRNC y DV	22 494 849	24 342 216	1 201 395	25 543 611
Depto. de Unidades Operativas Edos.	6 468 200	6 170 084	1 230	6 171 314
CREE La Paz, B.C.S	55 748 328	55 151 793	875 717	56 027 509
CREE Campeche, Camp.	4 990 613	3 889 777	0	3 889 777
CREE Saltillo, Coah.	6 894 856	6 364 631	15 985	6 380 616
CREE Colima, Col.	5 349 307	5 349 307	0	5 349 307
CREE Chihuahua, Chih.	3 358 874	3 358 874	0	3 358 874
CREE Durango, Dgo.	6 482 482	5 523 122	504 005	6 027 127
CREE Gómez Palacio, Dgo.	4 912 471	4 912 471	0	4 912 471
CRIS Irapuato	2 412 239	2 412 239	0	2 412 239
CREE Chilpancingo, Gro	1 073 258	1 073 258	0	1 073 258
CREE Toluca, Edo. De Mex	3 155 713	2 724 092	0	2 724 092
CREE Morelia, Mich.	8 656 521	7 509 056	321 800	7 830 855
CREE Tepic, Nay.	4 563 812	4 563 812	0	4 563 812
CREE Monterrey, NL	5 529 680	4 539 973	78 774	4 618 747
CREE Oaxaca, Oax.	5 755 664	5 484 428	0	5 484 428
CREE Puebla, Pue.	5 474 391	5 445 421	0	5 445 421
CREE Querétaro, Qro.	8 778 052	8 311 587	170 436	8 482 023
CREE Chetumal, Q Roo.	3 827 312	2 887 093	0	2 887 093
CREE San Luis Potosí, SLP	3 807 084	2 711 669	0	2 711 669
CREE Hermosillo, Son.	5 516 478	4 953 624	123 523	5 077 147
CREE Villa Hermosa, Tab.	3 486 734	3 486 734	0	3 486 734
CREE CD. Victoria, Tamps.	3 457 717	3 457 717	0	3 457 717
CREE Jalapa, Ver.	4 673 602	3 849 280	0	3 849 280
CREE Mérida, Yuca.	3 489 209	3 440 392	0	3 440 392
CREE Guadalupe, Zac.	6 249 354	5 336 442	0	5 336 442
CRI Monclova, Coah.	4 350 645	3 787 078	0	3 787 078
CRI Torreón, Coah.	1 518 783	1 518 783	0	1 518 783
CRI Guadalajara, Jal.	2 482 026	2 482 026	0	2 482 026
CRI Cuernavaca, Mor.	4 686 907	4 073 177	0	4 073 177
CRI Cautla, Mor.	4 134 871	3 950 958	147 500	4 098 458
UBR Ensenada BC	3 440 896	2 961 572	115 652	3 077 224
	3 076 564	2 672 006	241 500	2 913 506

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social. SNDIF, 2005.

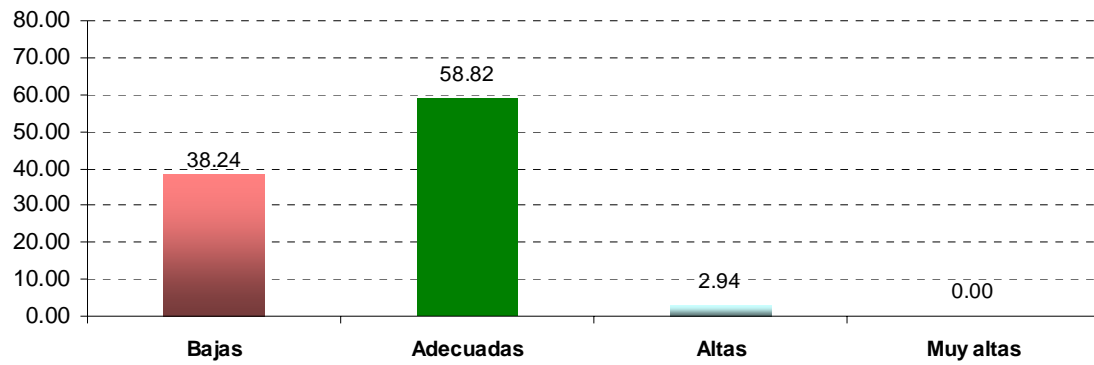
* Cifras preliminares al 31 de diciembre 2005 (corte al 19 de enero de 2006).

Dentro de los principales beneficios hacia la población ésta la accesibilidad al servicio médico y el beneficio económico ya que se trata de atención especializada a la población más vulnerable, con cuotas de recuperación muy accesibles; la percepción de los beneficiarios en este sentido es muy favorable debido a que no cuentan o no saben a donde acudir para encontrar un servicio médico y apoyo social de este tipo (véanse las gráficas 1.1.15 y 1.1.16).



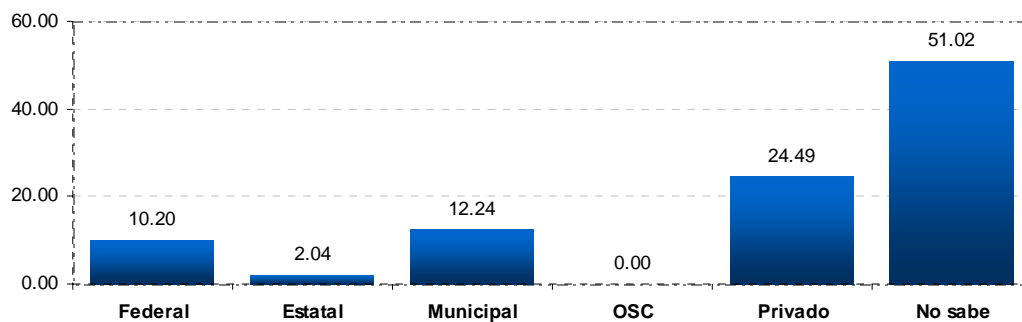
Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Gráfica 1.1.15. Percepción sobre las cuotas de recuperación (%)



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta para la evaluación externa del SNDIF 2005

Gráfica 1.1.16. Institución a la que se acudiría si no existiera el DIF (%)



Fuente: Elaboración propia con base en la encuesta para la evaluación externa del SNDIF 2005

El costo de oportunidad del programa es alto debido a la especificidad del servicio y a la baja oferta de otras instituciones para atender este tipo de afecciones; esto se refleja en las cédulas de nuestra encuesta aplicada a beneficiarios; específicamente en los reactivos de valoración del servicio y estimación del costo del servicio, en el que otorgan un valor monetario al servicio recibido considerando no sólo el importe de ésta sino otros rubros implícitos como la calidad y calidez del personal DIF, instalaciones, aparatos, etc., estimando el servicio recibido en 12 220 pesos promedio anual.

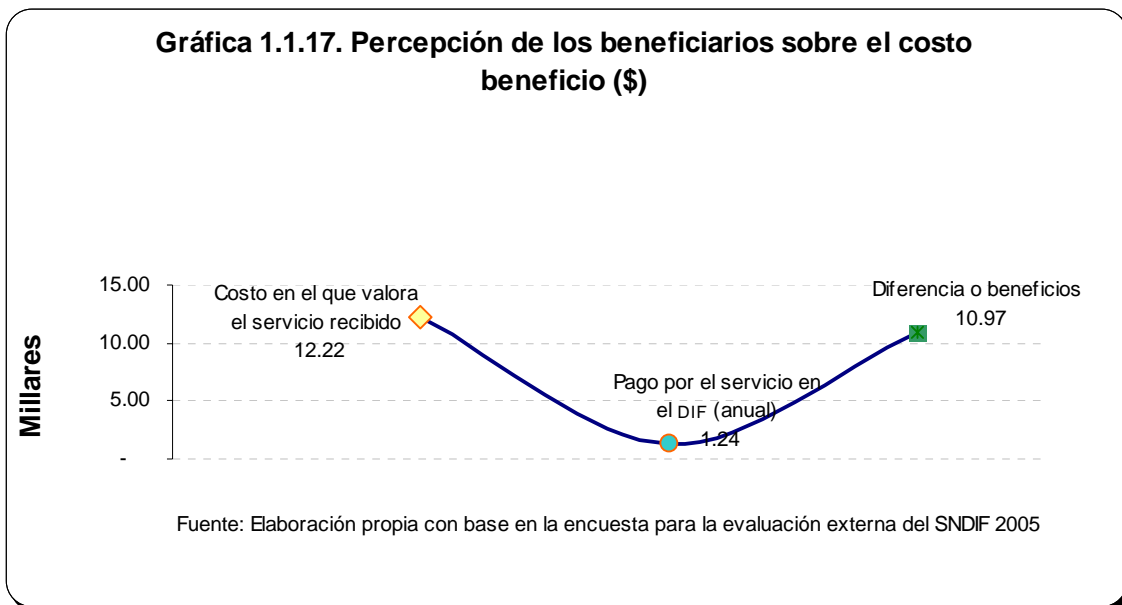
En contraste, el monto que costaría un servicio similar⁴⁹ fue en promedio anual de 1 240 pesos y, por lo tanto, la diferencia se establece como un acercamiento del beneficio obtenido en relación con el costo desde el punto de vista de un valor

⁴⁹ Determinado por su propia experiencia o la de algún conocido.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

social (véase la gráfica 1.1.17). Mejor aún, para el beneficiario, el resultado anterior se puede traducir en que el costo de oportunidad⁵⁰ de elegir el programa es 84.8% mejor que elegir cualquiera otra opción.



Las pláticas de orientación y prevención de la discapacidad logran informar y concientizar a la población acerca de los procesos discapacitantes y contribuyen a su prevención y atención temprana, lo que evita daños mayores con costos potenciales más altos en lo personal, familiar y social.

La formación de profesionistas especializados en el tratamiento de este tipo de padecimientos apoya el incremento de la cobertura, prepara la atención de la demanda futura y mantiene un proceso de capacitación y actualización constante del personal responsable de la operación del subprograma (véase el cuadro 1.1.18)

⁵⁰ Recuérdese que cuando el costo de oportunidad es 100% significa que no existe ninguna mejor opción.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 1.1.18. Formación profesional. Ciclo 2005-2006

Sede	Total	1º			2º			3º			4º			Servicio		
		TF	TO	OP	TF	TO	OP	TF	TO	OP	TF	TO	OP	TF	TO	OP
Total	339	147	1		58	1		48	4					68	11	1
Centro Nacional Modelo "Gaby Brimmer"	84	17			25	1		18	4					18	1	
Centro Nacional Modelo "Iztapalapa"	56	27			10			8						10		1
CREE Toluca*	34	21	1											8	4	
CREE Puebla	57	38												13	6	
CREE Cd. Victoria	12				12											
CREE Chetumal	11				11											
CR Tuxtla Gutiérrez	32	13												19		
CREE Durango	53	31						22								

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Departamento de Enseñanza e Investigación, 2005.

TF Licenciados en terapia física.

TO Licenciados en terapia ocupacional.

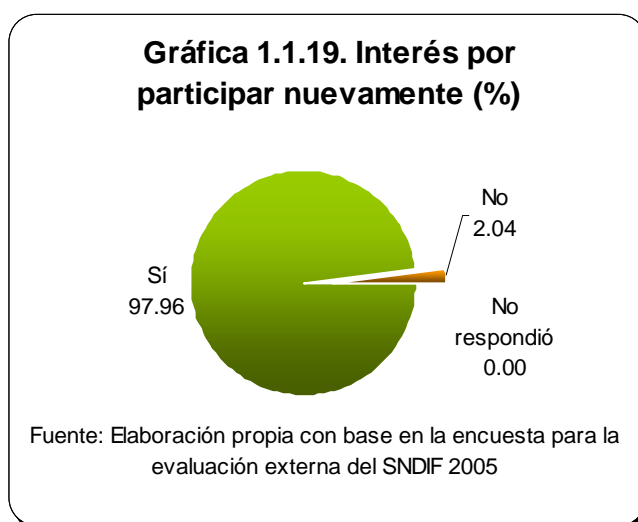
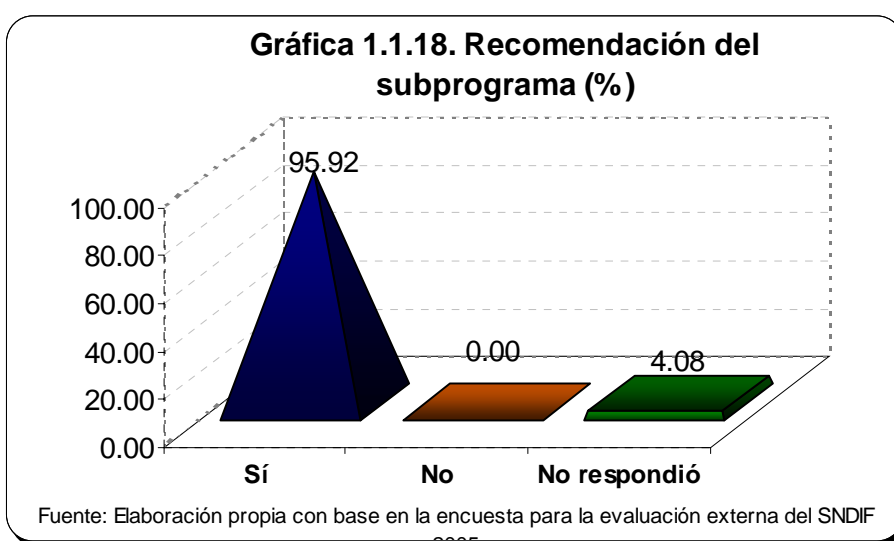
OP Carrera de órtesis y prótesis.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Un beneficio mayor lo encontramos en los protocolos de investigación acerca de la discapacidad que desarrolla el personal de la institución.

Por ello, la mayoría de los beneficiarios están de acuerdo con recomendar el subprograma y volverían a participar en él si fuera necesario (véanse las gráficas 1.1.18 y 1.1.19)





Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Escenario prospectivo

En la medida en que los recursos de la medicina moderna avanzan y se ponen a disposición de un mayor número de personas mediante las estrategias implantadas por la Organización Mundial de la Salud y los gobiernos de los distintos países, que incluyen la extensión de la cobertura y la atención primaria de la salud, progresivamente se continuarán reduciendo las tasas de mortalidad y se incrementará la esperanza de vida con un aumento proporcional de personas que sufren de deficiencias orgánicas, limitaciones funcionales y discapacidad.

Para el año 2050 se estima que la población total en nuestro país será de 145 millones y la población con alguna discapacidad de 22 millones, lo que generará una gran demanda del servicio de salud por lo que será fundamental la profesionalización del personal y la preparación de cuadros técnicos para prevenir y atender la discapacidad

Conclusiones y recomendaciones para el subprograma y las reglas de operación

Los servicios de salud están dentro de los primeros ejes de atención de cualquier tipo de gobierno ya que son necesidades sentidas de la población. En el caso de la discapacidad esta situación se potencia debido a que, además del proceso de la enfermedad, se presenta una repercusión social por que se discrimina a este tipo de personas en los aspectos laborales, de accesibilidad por el impedimento de la motricidad y, sobre todo, los sociales.

Con el propósito de lograr una mayor eficiencia y eficacia de este programa sugerimos:

Planeación

Estandarizar la definición del término de discapacidad y los diferentes tipos y grados que existen de ella con el objeto de focalizar una atención diferenciada.

Integrar el padrón de beneficiarios del sistema como herramienta de planeación de la atención ligada a un Sistema Nacional de Identificación de Personas con Capacidades Diferentes (tipo cartilla nacional) signada por el sector salud, esto se puede facilitar con los resultados del Programa de credencialización iniciado en 2003.

Actualizar el diagnóstico de la discapacidad considerando los tipos y grados del padecimiento, representado gráficamente por entidad estatal, municipal y localidades del territorio nacional (Geografía de la discapacidad, diagnóstico actual).



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Incluir esta información en el Sistema de Información Federal, Estatal y Municipal (SIFEM) para identificar a los pacientes y reducir los tiempos de atención en la etapa de valoración.

Diferenciar la atención que se brinda a los discapacitados en el sector salud como primera línea de atención a su problemática, de la atención en Rehabilitación que da el SNDIF; esto les permitirá brindar la atención a sujetos con vulnerabilidad propia de la enfermedad, independientemente de encontrarse o no en situación de vulnerabilidad social.

Encauzar un mayor número de recursos a los objetivos de prevención de la discapacidad considerando las proyecciones de población con alguna discapacidad a mediano y largo plazo. Es mejor invertir ahora en prevención que en un futuro hacerlo en atención.

Sugerimos redefinir las metas del subprograma ya que están subestimadas, la experiencia y cobertura que tiene el SNDIF es para aumentar la cobertura de manera significativa.

Considerando la importancia de incrementar la cobertura de este servicio y la experiencia acumulada por los centros de atención descentralizados, se sugiere incluir al subprograma en otros SEDIF manteniendo la normatividad, difusión, capacitación, control y supervisión del área central.

Agilizar los mecanismos de radicación de los recursos para la operación del subprograma ya que es una de las limitantes para su desarrollo.

Recursos materiales

Actualizar el inventario de equipamiento y mobiliario de los centros de costo con el objeto de programar los requerimientos necesarios en cuanto a mantenimiento, reparación o baja del equipo obsoleto o inservible.

Dentro de sus programas de adquisiciones deberá considerarse la conveniencia de realizar adquisiciones compactadas para conseguir mejores condiciones de precio, calidad y servicio con los proveedores; seleccionando a los que ofrezcan servicio post venta con mantenimiento, reposición y capacitación constante de los equipos nuevos.

Recursos humanos

Con base en los datos del diagnóstico de la discapacidad y el análisis de las proyecciones de la población afectada, se sugiere la formación de personal para la atención diferenciada para cada tipo de discapacidad.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Se recomienda no sólo continuar con los protocolos de trabajo puestos en marcha, sino también diversificar los temas en los que se pueda tener un mayor impacto, tanto clínico como político, por lo que habría que profundizar en cuatro ejes básicos en el planteamiento de las modificaciones a los futuros planes de desarrollo del subprograma:

- Sistemas de información para la integración de una base de datos. Aunque existe un sistema de cómputo para la captura de los datos de trabajo, la información no ha sido utilizada como insumo en análisis más profundos y el sistema VAX ya es obsoleto. Se sugiere que el módulo del SIFEM sea más “amigable” para poder difundir la riqueza de la información que se capta por ejemplo para un estudio socioeconómico regionalizado de la discapacidad en México o bien, la determinación de características comunes para cada una de las discapacidades en nuestro país, entre otros.

La base debe contener, además de la identificación del beneficiario, nombre, dirección, tipo de asistencia requerida, número de consultas y terapias asistidas, tratamientos con fármacos, avance real de su recuperación, etc. para que se agilice su atención y sirva para generar indicadores de gestión tales como: tiempo necesario para el avance del tratamiento, número óptimo de sesiones de terapia, calidad del tratamiento por tipo de discapacidad, etcétera.

- Generación de nuevas líneas de investigación. Esta información puede servir como guía para trabajos de investigación dentro del SNDIF sobre la incidencia y regionalización de cada tipo de discapacidad, determinación de causas externas a la condición de vulnerabilidad (ambientales) y evaluación de eficacia de tratamientos, entre otras.

La idea es saber qué está pasando con el subprograma, cuántos beneficiarios se están cubriendo, en qué etapa de su recuperación están y determinar los tiempos de atención que deberá recibir cada beneficiario de acuerdo con el tipo de discapacidad que padece. Asimismo, generar diagnósticos muy precisos de cada una de las enfermedades, sus variantes en cuanto a género, edad, ubicación geográfica, etcétera; con los que se pudiera generar líneas de investigación y trabajos de salud pública que pueden ser aprovechados para proyectos enfocados a la prevención y/o atención de las enfermedades discapacitantes cumpliendo cabalmente con su denominación de Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación.

- Accesibilidad. Con el propósito de preparar al personal responsable de la atención en cuanto a las consideraciones que deberán incluir los planes de desarrollo urbano en las ciudades y los reglamentos de construcción municipales para facilitar el desplazamiento y movilidad de las personas con alguna discapacidad.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- Modificación de infraestructura urbana para facilitar el acceso a los edificios públicos y aceras de las ciudades.

Operación

Sugerimos colocar personal -tipo ventanilla única- para seleccionar la atención en los centros de costo y lograr una mejor focalización.

Aun cuando dentro de sus lineamientos está previsto valorar a los beneficiarios, se requiere una persona que atienda en primera instancia a los solicitantes de los servicios ya que esto les facilitaría concentrar más la atención en las personas de consulta por primera vez.

Los señalamientos que existen en las instalaciones suelen estar en un lenguaje técnico que la mayoría de las personas no comprende y ese personal deberá tener un perfil adecuado en cuanto a capacitación y experiencia para poder canalizar a los solicitantes al área específica de atención a su problemática para evitar que se pierda el tiempo en valorarlo para que al final se concluya que no era sujeto de atención en ese servicio.

Consideramos que la valoración que se realiza al primer contacto debe quedar registrada no sólo en su expediente sino que pudiera ser capturado en una base de datos para evitar perder el seguimiento o la historia clínica y avance del beneficiario en la discapacidad que padece.

Los servicios que prestan los centros de rehabilitación del SNDIF son de primera calidad, en este programa están los mejores especialistas en su materia, así como instalaciones y equipo, aunque el programa está enfocado a atender personas en situación de vulnerabilidad social, los gastos que representa para el gobierno justifican determinar cuotas de recuperación reales por lo que sugerimos actualizarlas constantemente.

Actualmente se establecen con base en estudios socioeconómicos pero no son completos y se necesita incorporar otro tipo de reactivos, por ejemplo, cuántos miembros de la familia están apoyando a una persona con algún tipo de discapacidad, cuántos programas están otorgando becas para este tipo de pacientes, en qué condiciones laborales se encuentran (saber si están inhabilitados por su discapacidad, cuál es el monto de sus percepciones, si están en un mercado laboral informal, cuál es el ingreso *per cápita* de los beneficiarios, etc.).

Con el objeto de evitar una decisión centralista se propone que se defina una tasa de recuperación regional de acuerdo con las condiciones socioeconómicas en cada estado.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

La actualización de las cuotas debiera ser automática y evitar altos incrementos por la demora (entre tres y cinco años).

Sugerimos incluir en el presupuesto el mantenimiento de la maquinaria y equipo especializado ya que este año se incrementó la cobertura con 155 UBR y 10 UMR, para evitar inventarios de equipo inoperante por la falta de mantenimiento y /o por inexistencia de refacciones necesarias para su reparación o bien, que el recurso generado por las cuotas de recuperación sea utilizado en este rubro.

Las cantidades de gas y agua que se utilizan las tinas de hidromasaje son muy elevadas, por lo que deben adaptarse sistemas de captación y reciclamiento del agua así como calefacción solar para brindar la atención sin la expectativa de que se termine el presupuesto por el gasto que implica.

Sugerimos utilizar la deducibilidad de impuestos para lograr un mejor equipamiento municipal o solicitar a las OSC que canalicen recursos a campañas de financiamiento que incluyan adquisición de mobiliario y equipo, mantenimiento (reparación y compra de accesorios) y capacitación del personal operativo.

Se recomienda que este subprograma continúe y que se incrementen los recursos asignados.

2.1.2 Unidades Básicas y Móviles de Rehabilitación

La discapacidad es un estado del individuo que afecta su calidad de vida física, psicológica, familiar, social y económica, haciéndose extensivo a la sociedad misma. Este padecimiento se hace presente con mayor frecuencia en la población con menos recursos económicos y con escasos o nulos servicios de salud; su atención es importante, pero su prevención es imprescindible. Por lo tanto, los servicios de rehabilitación deben ser extendidos hacia la población más susceptible y, a la vez, con menos acceso a éstos.

La población objetivo no sólo está constituida por población abierta, con alguna discapacidad o en situación de riesgo de padecer procesos discapacitantes, incluyendo aquellas personas que debido a enfermedades, accidentes y otras lesiones, tienen la posibilidad de padecer alguna discapacidad, por la propia historia natural de estos eventos.

Existen millones de mexicanos que habitan en zonas marginadas, muchos de ellos viven en condiciones de pobreza extrema sin acceso a actividades productivas ni a los satisfactores económicos y sociales, entre los que cabría destacar los servicios de salud.

Las UMR y UBR representan el primer nivel de atención y servicio a los beneficiarios del subprograma y son la estrategia con la que el SNDIF ha podido ampliar su



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

cobertura a la población vulnerable. Las UBR cuentan con equipamiento básico y sus instalaciones se ubican en predios pequeños; las UMR son vehículos adaptados para llevar el servicio a las poblaciones más alejadas de los poblados.

Con el fin de ampliar la cobertura en materia de servicios de rehabilitación, optimizar los recursos existentes y sistematizar acciones, en 2000 el SNDIF diseñó y adquirió cuatro UMR⁵¹ bajo el esquema de un programa piloto denominado Brigadas de Rehabilitación Integral Orientadas a la Comunidad (BRIO) pues al analizar las áreas geográficas y detectar zonas inaccesibles, se detectó la necesidad de plantear acciones específicas para brindar servicios pertinentes que incluyeran servicios médicos en el primer nivel de atención en rehabilitación para esas comunidades.

Como parte de este quehacer, el SNDIF se ha centrado en ampliar la capacidad instalada para la atención integral de las personas con alguna discapacidad mediante la creación de las UBR y UMR. En 2000, el SNDIF contaba con 4 UMR, en 2001 otorgó casi 6 millones de pesos para la adquisición de 14 UMR en Campeche, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, San Luis Potosí, Sinaloa, Tabasco, Tamaulipas, Yucatán, Veracruz y Zacatecas, con un monto de 427 635 a cada estado. En 2002 se adquirieron 12 unidades más, 5 en 2003 y 12 en 2004. Durante este periodo se abrieron 155 UBR y se adquirieron 10 UMR, actualmente existen 988 UBR y 57 UMR en diferentes estados de la República (véanse los cuadros 2.1.1. y 2.1.2

⁵¹ “Diagnóstico situacional de las UMR”, Departamento de Unidades Operativas en los Estados. DRAS-SNDIF, marzo de 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 2.1.1. Unidades móviles de rehabilitación por estado 2000-2005

Estado	Total	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Total	57	4	14	12	5	12	10
Aguascalientes	2	-	-	1	-	1	-
Baja California	2	-	-	1	-	-	1
Baja California Sur	1	-	-	1	-	-	-
Campeche	1	-	1	-	-	-	-
Coahuila	4	-	-	1	1	2	-
Colima	1	-	-	1	-	-	-
Chiapas	4	-	-	1	-	1	2
Chihuahua	2	-	-	-	-	-	2
Distrito Federal		-	-	-	-	-	-
Durango	1	-	-	-	-	-	1
Guanajuato	6	4	-	1	-	1	-
Guerrero	1	-	1	-	-	-	-
Hidalgo	2	-	1	-	-	1	-
Jalisco	1	-	-	1	-	-	-
Estado de México	1	-	1	-	-	-	-
Michoacán	1	-	-	-	1	-	-
Morelos	1	-	-	-	1	-	-
Nayarit	1	-	-	1	-	-	-
Nuevo León	7	-	1	-	1	4	1
Oaxaca	1	-	1	-	-	-	-
Puebla	3	-	1	-	-	-	2
Querétaro		-	-	-	-	-	-
Quintana Roo	1	-	-	-	1	-	-
San Luis Potosí	2	-	1	-	-	-	1
Sinaloa	1	-	1	-	-	-	-
Sonora	2	-	-	1	-	1	-
Tabasco	2	-	1	1	-	-	-
Tamaulipas	1	-	1	-	-	-	-
Tlaxcala		-	-	-	-	-	-
Veracruz	2	-	1	-	-	1	-
Yucatán	1	-	1	-	-	-	-
Zacatecas	2	-	1	1	-	-	-

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe UMR 2005.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 2.1.2. Unidades básicas de rehabilitación por estado. 2005

Estado	Número
Total	988
Aguascalientes	11
Baja California	4
Baja California Sur	17
Campeche	21
Coahuila	30
Colima	15
Chiapas	89
Chihuahua	10
Distrito Federal	8
Durango	61
Guanajuato	51
Guerrero	24
Hidalgo	14
Jalisco	43
Estado de México	63
Michoacán	19
Morelos	32
Nayarit	22
Nuevo León	47
Oaxaca	41
Puebla	52
Querétaro	17
Quintana Roo	8
San Luis Potosí	41
Sinaloa	34
Sonora	27
Tabasco	17
Tamaulipas	29
Tlaxcala	17
Veracruz	56
Yucatán	43
Zacatecas	25

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe Unidades Básicas de Rehabilitación 2005.

El funcionamiento de cada unidad depende de los recursos humanos que lo componen, el asesoramiento técnico de la unidad operativa, el apoyo de las autoridades estatales y municipales, pero también de la adecuada programación y organización de sus recursos y acciones.

En los lineamientos generales del Manual de Operación se definen las acciones tanto del SNDIF, los SEDIF y los SMDIF.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

DIF Nacional

- Es el encargado de proporcionar los apoyos económicos para la adquisición del equipo y mobiliario de las UBR.
- Establece los modelos de las UBR.
- Establece los requisitos para la apertura de las UBR.
- Brinda asesoría y apoyo técnico en materia de rehabilitación, para el funcionamiento de las UBR.
- Capacita en sus centros de rehabilitación al personal auxiliar y técnico que estará a cargo de las UBR.

DIF Estatal

- Realiza las gestiones ante el DIF Nacional para que se otorgue el apoyo económico necesario.
- Proporciona los inmuebles donde se ubicarán las UBR.
- Supervisa y opera las UBR, promoviendo ante los SMDIF que las operen.
- Utiliza los recursos destinados por el SNDIF exclusivamente para el equipamiento de las UBR.

DIF Municipal

- Es el responsable de la contratación del personal capacitado para laborar en las UBR.
- Informa al SNDIF mensualmente, mediante los centros de rehabilitación, sobre la población atendida y actividades desarrolladas por las UBR en los formatos establecidos por las oficinas centrales.

Actualmente sólo existe un modelo de UBR que toma en cuenta:

- a) La superficie instalada.
- b) Los recursos humanos con que cuenta la unidad.
- c) La población usuaria anual.

Debe contar con las diferentes modalidades terapéuticas:



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- a) Mecanoterapia.
- b) Hidroterapia.
- c) Electroterapia.

Las características de las UMR son:

Vehículo: tipo vanette 17m, motor V8 de 5.9 L, transmisión manual de 4 velocidades, con capacidad para 17 y 22 m³, cabina con conversión a control delantero, potencia neta 245 HP, eje de suspensión delantera independiente, altura total de 1.96 m, amortiguadores para trabajo pesado, barra estabilizadora delantera, frenos de poder, delanteros de disco y traseros de tambor. Caja seca de 20 m³ con dimensiones exteriores de 3.05 m de largo por 2.30 m de ancho y 1.90 m de alto.

Carrocería: Piso metálico de calibre 14, provista de 2 puertas traseras abatibles con cerrojo, luces interiores y exteriores de acuerdo con el reglamento de la Secretaría de Comunicaciones y Transportes. El toldo es de lámina de aluminio y forrado en su interior con *triplay* y aislante térmico antirruido de poliuretano, instalación eléctrica de 16 volts de corriente alterna y 110 volts de corriente directa con 4 contactos dobles, mampara para dividir la zona de exploración de la zona húmeda donde se encuentra una tarja de acero inoxidable. En la parte trasera de la caja se encuentra un cancel de aluminio con una hoja fija y otra corrediza para la rampa electrohidráulica de acceso de las personas con alguna discapacidad.

El equipo básico que contiene cada UMR es:

- Compresero caliente (4 compresas).
- Espaldera sueca.
- Timón de hombro.
- Plantoscopio.
- Colchón de terapia de 100 x 200 x 5.
- Mesa de tratamiento.
- Muletas (infantil y adulto).
- Mesa Kanavel.
- Barras paralelas.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- Escalera de tres peldaños Poleas de pared.
- Silla de ruedas para adulto.
- Espejo de cuerpo entero.
- Bicicleta fija.
- Equipo Snoezelen.
- Andadera infantil y para adulto.

Dentro de las funciones de la UMR están:

- Incrementar la cobertura de los servicios de rehabilitación.
- Contribuir a la equidad y eficacia de los servicios de rehabilitación, acercándolos y poniéndolos a disposición de la población con mayores dificultades de acceso a ellos.
- Promover la detección de los procesos que aumentan el riesgo de deficiencias y discapacidad en las personas.
- Incluir la participación la comunidad en las acciones de atención de la discapacidad.
- Propiciar el apoyo de otros servicios prestados por instituciones públicas, sociales y privadas que requieren las personas con discapacidad para su integración.
- Movilizar y concienciar a las comunidades para obtener servicios integrales ahora disponibles en una mínima proporción.
- Mejorar la calidad de vida del grupo vulnerable compuesto por las personas con discapacidad.

Con el objeto de brindar la mejor atención en los diferentes sitios a los que se lleva la UMR se apoya con un equipo básico de personal especializado:

- Médico especialista (en rehabilitación, ortopedia y traumatología, comunicación humana, neurología, etc. realizando detecciones propias de su especialidad) y/o
- Médico General capacitado en detección de discapacidad.
- Terapeuta físico o auxiliar en terapia física.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

- Trabajadora social.
- Promotor estatal.
- Chofer.
- Personal de apoyo.

Cumplimiento del objetivo general y de los objetivos particulares y/o específicos del subprograma

El subprograma Ampliación de la Capacidad Instalada para la Atención Integral de las Personas con Discapacidad, opera mediante la creación de las UBR y UMR para ampliar la cobertura de los servicios de rehabilitación extrahospitalaria a nivel nacional.

El programa cumple con sus objetivos debido a que se incrementa la cobertura de atención de los servicios de rehabilitación, hace más ágil y eficaz la prestación de los servicios acercándolos y poniéndolos a disposición de la población con mayores dificultades de acceso a ellos. Asimismo, responde al objetivo de detectar y prevenir los procesos de discapacidad en la población fomentando una corresponsabilidad social y además, propicia la coordinación interinstitucional para canalizar a otros servicios a la población más vulnerable.

Cumplimiento de las reglas de operación que regulan al subprograma

Las UBR y UMR extienden la ventanilla de atención institucional a la población que normalmente se ha visto desprotegida (debido, principalmente, a la poca accesibilidad y lejanía de este tipo de servicios) e incrementa la cobertura tanto en la atención primaria como en las vertientes de información y prevención de los procesos de discapacidad, fomentando una cultura para que la comunidad acepte las capacidades diferentes y genere actitudes de equidad y solidaridad entre sus ciudadanos.

Por otro lado, las UBR y UMR cumplen satisfactoriamente con las disposiciones de cobertura de las RO ya que tienen una distribución nacional: las 988 UBR con que cuenta el SNDIF se localizan en todos los estados y las UMR, excepto en tres estados.⁵²

⁵² Distrito Federal, Querétaro y Tlaxcala.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Beneficios económicos y sociales que resultan de la aplicación de los recursos asignados al subprograma

El principal beneficio es focalizar la atención mediante este primer nivel ya que se investigan los sitios en los que se concentra el problema. El acercamiento de las unidades a la población representa una mayor presencia institucional en los sitios de mayor vulnerabilidad contribuyendo a proteger el gasto en que incurren los beneficiarios en el traslado de sus enfermos para obtener la atención altamente especializada que este tipo de padecimientos requiere.

Además del incremento de cobertura, sirve de enlace con los servicios médicos que requiere la población, ya que el equipo que atiende las UMR aprovecha la visita a las localidades más lejanas para brindar atención con equipos interdisciplinarios integrados por médicos, terapeutas, psicólogos, técnicos en prótesis, trabajadores sociales, ortopedistas y enfermeras.

El impacto económico es doble ya que son personas en pobreza extrema y viven en las comunidades más alejadas por lo que acercarles estos servicios significa, en la mayoría de los casos, su única oportunidad de atenderse.

Uno de los beneficios intangibles más significativos del subprograma es la información que se da a las comunidades para que cuenten con un área de apoyo para atender su padecimiento y para entender el problema que viven las personas con capacidades diferentes, logrando fortalecer las redes sociales por los cambios en las actitudes hacia la población que la padece y sus familias.

Contribución al bienestar, equidad, igualdad y no discriminación de las mujeres

La institución no se conforma con brindar el servicio en las UBR sino que busca la atención de la población más vulnerable al ir hasta las localidades más remotas en las que es difícil que las personas con capacidades diferentes puedan atenderse.

En el caso de las mujeres con alguna discapacidad el problema se hace mayor debido a la cultura de la población rural en la que se potencia el fenómeno de la discriminación hacia ellas.⁵³ Una de las oportunidades que se presenta con el acercamiento del servicio es lograr romper este tipo de actitudes en la población ya que en la mayoría de los casos, se le recrimina el incumplimiento del rol que la

⁵³ Adicionalmente a la negación social de tener un discapacitado en casa, las actitudes machistas acentúan la discriminación cuando se trata de mujeres porque en lugar de resolver los problemas del hogar y atender a los miembros de la familia, ella se vuelve una carga y debe ser atendida. Además, se piensa que no podrá casarse y seguirá siendo una carga para la familia paterna.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

sociedad le ha impuesto,⁵⁴ por ello hablamos de una doble victimización, sin considerar que además se les discrimina también en los aspectos de acceso a la educación y el mercado laboral. Uno de los objetivos de este subprograma será focalizar su atención a este tipo de casos en los que dentro de las comunidades pueden existir mujeres que ni siquiera conocen de un servicio que pueda reintegrarlas a su vida familiar y comunitaria en mejores condiciones.

Costo-beneficio de los recursos asignados al subprograma

El costo de la adecuación y adquisición de material y equipo para cada UBR es en promedio de \$ 180 000 mientras que para las UMR es de \$ 580 000 por la adquisición del vehículo y todo su material. De ahí la importancia de decidir, con base en los datos de la demanda del servicio, cómo cubrir la demanda al menor costo; es decir, si con el costo de una UMR se pueden establecer tres UBR en sendos municipios y mantener (o incrementar) la cobertura del subprograma, la decisión es correcta. Hay que considerar también el costo del mantenimiento y operación de las unidades y los salarios del personal que asignará el SEDIF para el desarrollo del subprograma.

El equipo evaluador considera que la aplicación del recurso tiene un buen equilibrio; sin embargo, es necesario contar con las investigaciones de la demanda -basadas en los diagnósticos de los SMDIF y validadas por los SEDIF- y los proyectos de la geografía de la discapacidad, relacionándolos con los índices de marginación o de vulnerabilidad así como con la información del programa de credencialización para la población con capacidades diferentes.

Resultado de la verificación en campo del cumplimiento de las metas físicas y financieras del subprograma

Durante 2005 se radicaron recursos económicos por un monto de 33.9 millones de pesos a 19 SEDIF para la creación de 155 nuevas UBR y 10 UMR (véase el cuadro 2.1.3).

⁵⁴ Atender a su familia, desplazarse por sus compras, cuidar a los hijos, limpiar su casa o la ropa, entre otras.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

Cuadro 2.1.3. Presupuesto para la ampliación de la capacidad instalada del PAPD. 2005

Estado	Tipo de unidad		Recursos económicos radicados (\$)		
	UBR	UMR	Total	UBR	UMR
Total	155	10	33 877 640	28 087 639	5 790 000
Baja California	0	1	565 000		565 000
Chiapas	11	2	3 263 316	1 993 316	1 270 000
Chihuahua	8	2	2 579 685	1 449 685	1 130 000
Durango	5	1	1 471 053	906 053	565 000
Guerrero	6	0	1 087 263	1 087 263	
Hidalgo	20	0	3 624 212	3 624 212	
Estado de México	7	0	1 268 474	1 268 474	
Michoacán	10	0	1 812 106	1 812 106	
Morelos	2	0	362 421	362 421	
Nuevo León	6	1	1 652 263	1 087 263	565 000
Puebla	20	2	4 754 212	3 624 212	1 130 000
Querétaro	11	0	1 993 316	1 993 316	
San Luis Potosí	3	1	1 178 632	543 632	565 000
Sinaloa	6	0	1 087 263	1 087 263	
Tamaulipas	1	0	181 211	181 211	
Tlaxcala	6	0	1 087 263	1 087 263	
Veracruz	5	0	906 053	906 053	
Yucatán	4	0	724 842	724 842	
Zacatecas	24	0	4 349 053	4 349 053	

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, Informe de trabajo 2005.

La ampliación de la capacidad instalada se ha visto limitada por la radicación tardía de los recursos para la compra del material y el equipo necesarios para su operación, por problemas en los procesos de licitación⁵⁵ en cada una de las entidades y por la falta de disponibilidad de predios en los municipios en los que se ubicarán las nuevas unidades.

Por otro lado, es necesario tomar en cuenta el censo de la población beneficiaria levantado como resultado de la credencialización de los usuarios de este tipo de servicios con el objeto de aumentar la eficiencia y eficacia de la aplicación de los recursos con una mejor focalización.

En cuanto a la verificación en campo, en Guanajuato se realizó una licitación internacional para adquirir las unidades con las mejores condiciones de

⁵⁵ En la mayoría de las entidades visitadas se corroboró que los recursos no se radicaron en tiempo y forma; sin embargo, aún no operaban debido a que las licitaciones públicas se declararon desiertas o bien, el equipo se tenía almacenado por no contar con el predio correspondiente.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

mantenimiento y capacitación; sin embargo, no cumplió con los tiempos de entrega debido a que los equipos son importados y se han retrasado por los trámites ante las aduanas.

Adicionalmente a las UMR y UBR adquiridas con el presupuesto del SNDIF, el SEDIF Guanajuato -con apoyo del gobierno estatal- adquirió 3 UMR y 3 unidades de traslado para personas con capacidades diferentes con el objeto de brindar un servicio complementario a sus beneficiarios y canalizarlos hacia tratamientos más específicos como la equinoterapia. Este puede ser un modelo de coordinación interinstitucional ya que se puede hacer más eficiente la aplicación de sus recursos.

En Tamaulipas tienen 29 UBR y solamente una UMR adquirida en 2001. Los recursos 2005 se destinaron para la compra de equipos especializados para atender 10 UBR bajo licitación internacional y cumplen con la normatividad de mantener un responsable capacitado en ella; sin embargo, reconocen que hay equipos nuevos que se han instalado y que no están operando por falta de capacitación específica para ese equipo (por ejemplo, tinas de hidromasaje o ultrasonido por lo que no se brinda el servicio a los beneficiarios).

Con el objeto de cubrir esta necesidad están por firmar un acuerdo de colaboración con especialistas de Estados Unidos para capacitar al personal.

La promoción de los servicios de las UBR es una tarea que realizan las primeras damas en cada DIF municipal, quienes además de colaborar en campañas informativas y de sensibilización, aportan recursos para aquellas personas que no pueden trasladarse, con la colaboración de radiodifusoras locales y sin costo para el SEDIF.

El SEDIF se coordina con la Secretaría de Salud estatal y con la Cruz Roja internacional. En la atención de los beneficiarios no hay limitantes por contar con instituciones de seguridad social debido a que, por un lado, éstas no cuenta con los aparatos que necesita el usuario y, por el otro, no existe exceso de demanda para las instalaciones.

El SEDIF Chiapas contaba con 89 UBR y 4 UMR, y en 2005 adquirió 11 UBR y 2 UMR más, prioritariamente dirigidas hacia las comunidades indígenas, como resultado del diagnóstico que realizan los SMDIF con los coordinadores regionales para hacer más eficiente su operación. Un aspecto importante es que, aunque en teoría una UMR tiene un itinerario que dura un mes, en la realidad se retira hasta cumplir la última demanda -ya sea alguna prótesis o apoyo funcional- o bien, se canaliza al beneficiario a la UBR más cercana e incluso, cuando es necesario, directamente al CRI.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

A pesar de que Puebla es uno de los estados con mayor número de UBR (52), este año se asignaron recursos para adquirir 20 UBR y dos UMR. El servicio se promueve mediante periódicos regionales y altavoces en las localidades. Las UMR visitan los CAIC ya que están acreditados como puntos de reunión adonde concurre la población. Para las UBR, en algunas ocasiones, se apoya a los beneficiarios con transporte.

Con el objeto de lograr una mejor reintegración social, el Gobierno del estado apoyó a los beneficiarios con prótesis, pero el responsable del subprograma comenta que una de las barreras que hay que romper es la cultural ya que muchas familias de personas con capacidades diferentes esconden a su enfermo como una actitud de negación de su condición.

En este estado tampoco se cumplieron los tiempos de entrega de los equipos por ser de importación y la UMR que ya se adquirió no operaba por esperar a que una autoridad realizara la ceremonia del “banderazo de salida”.

Un aspecto básico es la capacitación del personal ya que debido a los bajos salarios, el personal formado en el interior de la institución es atraído por las instituciones privadas en la capital del estado o en la Ciudad de México.

Como producto de la coordinación con el sector salud, 30% de los beneficiarios provienen del IMSS y el ISSSTE, a pesar de reconocer que la normatividad marca lo contrario.

Una propuesta que llama la atención en el estado es la conformación de un comité de beneficiarios que participe constantemente en la evaluación del subprograma para garantizar la imparcialidad, trascendiendo los cambios municipales y estatales (vigilancia social y transparencia de los mecanismos de aplicación y evaluación).

En Morelos se equiparon 2 UBR (que se suman a las 32 existentes) para los municipios de Puente de Ixtla y Cuernavaca.⁵⁶ La difusión del subprograma se realiza, previamente a la apertura de las UBR, mediante campañas coordinadas por el área de comunicación social del SEDIF en radio, televisión y prensa, en las que se indica la fecha de apertura, los horarios de atención, la ubicación y el tipo de servicios que se ofrecerán. Posteriormente se publicará un tríptico donde se presentará un directorio con la ubicación de todas las UBR en el estado para su fácil localización.

⁵⁶ Estará ubicada en los terrenos de la casa asistencial estatal para adultos mayores, cerca de la hacienda de Temixco.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

La adquisición del material y mobiliario para las UBR se llevó a cabo mediante licitación siguiendo los lineamientos que marca la legislación, la entrega del equipo médico se retrasó por lo que se prefirió mantener almacenado el mobiliario para equiparlas en un solo movimiento.

La coordinación con otras instituciones se realiza solamente con la Secretaría de Salud para canalizar pacientes que requieren atención especializada. Hasta ahora, el SEDIF ha podido atender a su población y próximamente ampliará el servicio al seguro popular, lo que garantizará una cuota de recuperación que administrarán las propias UBR para contratar más personal, dar mantenimiento al equipo e instalaciones y comprar material.

Lo que se recauda actualmente no se utiliza para mejorar las unidades, pero con esta medida el recurso estará etiquetado y no podrá destinarse a otro fin.

Además del retraso en la entrega de los materiales y equipos, otra causa que ha frenado el funcionamiento de ambos tipos de unidades es que se requiere capacitación técnica para que el personal pueda utilizar y aprovechar al máximo los equipos adquiridos. Por esta razón, se sugiere incluirla en los términos de referencia de las licitaciones como un servicio postventa con los proveedores o prever los recursos para contratarla en cuanto se disponga de ellos.

La elegibilidad marcada dentro de las RO es rebasada por la demanda del servicio especializado ya que de acuerdo con los objetivos de éstas:

Por Decreto Presidencial de diciembre de 1982, el DIF Nacional fue facultado para operar establecimientos de asistencia social en beneficio de personas con discapacidad; asimismo, la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social, le señala atribuciones para atender como sujetos de asistencia social a las personas con discapacidad y lo faculta para llevar a cabo acciones en materia de prevención de discapacidad y rehabilitación de personas con discapacidad.

Bajo este esquema, el DIF Nacional opera el Programa de Atención a Personas con Discapacidad, a través del cual se otorgan servicios dirigidos a la población que presenta algún tipo de discapacidad y que se encuentra en condiciones de vulnerabilidad social, mediante acciones de prevención, rehabilitación e integración social, que se llevan a cabo en los centros y unidades básicas de rehabilitación establecidos en las 32 entidades federativas.⁵⁷

⁵⁷ Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, "Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia da a conocer las Reglas de Operación e indicadores de resultados del Programa de Atención a Población en Desamparo", *Diario Oficial de la Federación*, 15 de marzo de 2002, Segunda Sección, p. 3.



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

En la verificación de campo encontramos que se brinda el servicio a personas que sí cuentan con otro tipo de servicio social como el IMSS y el ISSSTE, señalando como atenuante que estas instituciones no cuentan con la calidad ni la experiencia del personal y menos aún con los equipos necesarios para su atención como lo tiene el SNDIF. Si se acepta esto como realidad, se deben adecuar las RO para que se incluya a los beneficiarios de población abierta.

Escenario prospectivo

El fenómeno de la inversión de la pirámide de edad de la población en general y el incremento de enfermedades como la diabetes y artritis degenerativa específicamente en la población adulta, aumentarán la demanda de servicios de rehabilitación.

A pesar de los avances en el desarrollo de infraestructura carretera, eléctrica y de servicios en el país, aún existen poblados cuyas características geográficas impiden el acceso a servicios médicos básicos y, en mucho mayor grado, a los especializados como los de rehabilitación.

Es necesario contar con personal técnico especializado para atender a esta demanda mediante las UMR y UBR ya que incluye un servicio integral a la población.

El análisis de los datos con que cuenta el SNDIF puede servir para apoyar las decisiones de oferta basada en la presencia de discapacidad en el territorio así como la definición del número y ubicación de las unidades con las que opera el subprograma.

Conclusiones y recomendaciones

Las UBR y las UMR son la extensión del servicio de atención para la discapacidad en los tres ámbitos de gobierno; sin embargo, es necesario puntualizar que la responsabilidad de su operatividad es del SEDIF y el mantenimiento y personal de atención debe ser considerado en sus presupuestos para garantizar una continuidad del servicio. El SNDIF sólo es responsable del diseño, equipamiento y adquisición de las unidades.

Es necesario mantener un programa de capacitación y seguimiento continuos para el personal que opera dichas unidades con el propósito de garantizar su funcionamiento y el flujo de información hacia el SNDIF.

El nombre de unidades *básicas* de rehabilitación es peyorativo pues, aunque cuentan con el material y personal adecuado para la prestación del servicio,



Informe final de la evaluación de resultados 2005 de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del DIF nacional

induce a pensar que tienen poca utilidad para la población beneficiaria y se puede soslayar su impacto social, por lo que se propone el cambio de nombre a unidades *locales* de rehabilitación (ULR).

Con el propósito de mantener un mayor control de la información que generan las UMR y UBR se requiere que el enlace institucional y el responsable del subprograma en el estado se coordinen para sistematizarla.

Con el objeto de lograr un equilibrio entre el costo y el beneficio de los servicios del subprograma se propone que la asignación de las unidades se base en los resultados de un estudio diagnóstico regional que considere las condiciones locales. De acuerdo con el análisis de los datos del sistema, actualmente existe una relación de 17 UBR por cada UMR, se propone no modificar esta relación hasta contar con los diagnósticos y asegurando la asignación a los estados que cuenten con personal capacitado o recursos para llevarla a cabo.

Dado que la mayor parte de los insumos con los que opera el subprograma son de importación se propone que el SNDIF se coordine con las asociaciones internacionales de atención a la discapacidad con el objeto de mejorar las condiciones del precio, capacitación y tiempo de entrega, lo que repercutirá en los aspectos económicos, de capacitación y de profesionalización del personal así como en la calidad del servicio a sus beneficiarios.

Una buena coordinación con los SEDIF y SMDIF lograría un acuerdo de compras consolidadas que repercutiría en beneficio de todos ya que puede lograrse un mejor precio y solicitarse las entregas de equipo y mobiliario a cada uno de los municipios donde se asignen las unidades.

Debido a la gran demanda de este tipo de servicios por parte de las comunidades rurales y considerando que actualmente sólo están en operación 988 UBR y 55 UMR en toda la República, sugerimos la permanencia de este subprograma con un incremento sustantivo de recursos para lograr que existan unidades locales de rehabilitación en todos los municipios del país y acercar estos servicios a la población actualmente excluida. Sin embargo, para evitar un mayor gasto federal, esto pudiera lograrse mediante una mayor aportación de los gobiernos de los estados.