



**Informe final de la evaluación de los resultados de
los programas sujetos a reglas de operación a
cargo del SNDIF para el ejercicio 2006**

El Colegio Mexiquense, A.C.
27 de febrero de 2007



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Coordinación:

Carola Conde Bonfil

Subcoordinación:

Ernesto Vega Loaiza¹

Colaboradores:

Ernesto Romero Conde

Martín Francisco Hernández Vargas

Leopoldo Figueroa Olea

Ruth Liliana Hernández Cruz

Christian Vega Alcocer

Rafael Hernández Ortega

Vladimir Herrera González

Soledad Aranda Pérez

César Solares Butrón

Ana Lilia Salazar Zarco

María del Rosario Ramírez Morales

Apoyo informático

Tania Lilia Chávez Soto

José Ángel Herrera

¹ 15 de junio de 2006-15 de febrero de 2007.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Contenido

Siglas y acrónimos	4
Introducción.....	7
1. Programa de Atención a Personas con Discapacidad	12
1.1 Prevención y Atención a Personas con Discapacidad	12
1.2 Profesionalización para la Atención de la Discapacidad.....	71
1.3 Conclusiones	85
2. Programas de Atención a la Infancia y Adolescencia; Error! Marcador no definido.	
2.1 Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil; Error! Marcador no definido.	
2.2 Centros de Asistencia Infantil Comunitaria; Error! Marcador no definido.	
2.3 Atención a la Salud del Niño	Error! Marcador no definido.
2.4 Promoción y Difusión de los Derechos de la Niñez; Error! Marcador no definido.	
2.5 Prevención y Atención Integral de Embarazo en Adolescentes; Error! Marcador no definido.	
2.6 Prevención de Riesgos Psicosociales . Error! Marcador no definido.	
2.7 Prevención, Atención, Desaliento y Erradicación del Trabajo Infantil Urbano Marginal.....	Error! Marcador no definido.
2.8 Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Fronterizos; Error! Marcador no definido.	
2.9 Prevención y Atención a Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle “De la Calle a la Vida”	Error! Marcador no definido.
2.10 Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil	Error! Marcador no definido.
2.11 Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes en Desamparo	Error! Marcador no definido.
2.12 Conclusiones	Error! Marcador no definido.
3. Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable; Error! Marcador no definido.	
3.1 Programa de Desarrollo Comunitario “Comunidad Diferente”; Error! Marcador no definido.	
3.2 Asistencia Jurídica Familiar (AJF)	Error! Marcador no definido.
3.3 Atención a la Violencia Intrafamiliar y Maltrato al Menor; Error! Marcador no definido.	
3.4 Regularización Jurídica de Menores y Adopciones; Error! Marcador no definido.	
3.5 Protección a la Familia con Vulnerabilidad; Error! Marcador no definido.	
3.6 Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos.....	Error! Marcador no definido.
3.7 Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social.....	Error! Marcador no definido.
3.8 Conclusiones	Error! Marcador no definido.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Siglas y acrónimos

AC	Asociación civil
AFP	Administración Pública Federal
AINNAD	Atención Integral a Niñas, Niños y Adolescentes en Desamparo
AIPAM	Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social
AJF	Asistencia Jurídica Familiar
AM	Alta marginación
ANNAF	Atención a Niñas, Niños y Adolescentes 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
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CADI	Centros Asistenciales de Desarrollo Infantil
CAIC	Centros de Asistencia Infantil Comunitaria
CDHDF	Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
Censia	Centro Nacional para la Salud de la Infancia y Adolescencia
CHA	Casa Hogar para Ancianos
CITCC	Comisión Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupción
CNMAICG	Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico
CNPAEEESCI	Coordinación Nacional para Prevenir, Atender y Erradicar la ESCI
Conava	Consejo Nacional de Vacunación
Conave	Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica
CREE	Centros de rehabilitación y educación especial
CRI	Centros de rehabilitación integral
DCCD	Desarrollo Comunitario "Comunidad Diferente"
DCV	Prevención y Atención a Niñas, Niños y Jóvenes en Situación de Calle "De la Calle a la Vida"
DGADC	Dirección General de Alimentación y Desarrollo Comunitario
DGPI	Dirección General de Protección a la Infancia
DGRAS	Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social
DN	Derechos de la Niñez
DNI	Defensa de los Niños Internacional
DOF	Diario Oficial de la Federación
EAED	Espacios de Alimentación, Encuentro y Desarrollo
EEE	Equipos Estratégicos Estatales
EE-SNDIF-04	Evaluación Externa de los programas sujetos a RO del SNDIF, 2004
EE-SNDIF-05	Evaluación Externa de los programas sujetos a RO del SNDIF, 2005



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

EE-SNDIF-06	Evaluación Externa de los programas sujetos a RO del SNDIF, 2006
EIASA	Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria
ENAT100	Estudio de niñas, niños y adolescentes trabajadores en 100 ciudades
ENE	Encuesta Nacional de Empleo
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares
Ensanut 2006	Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006
ESCI	Explotación Sexual Comercial Infantil
ESCNNA	Primer Congreso Mundial contra la Explotación Sexual Comercial de Niños, Niñas y Adolescentes
ET	Especificaciones Técnicas
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
INCMNSZ	Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán"
INP	Instituto Nacional de Psiquiatría
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IVS	Índice de vulnerabilidad social
LAS	Ley de Asistencia Social
LGS	Ley General de Salud
MAM	Muy alta marginación
NTCL	Normas técnicas de competencia laboral
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OSC	Organizaciones de la sociedad civil
PAIA	Programas de Atención a la Infancia y Adolescencia
Paidea	Prevención y Atención Integral de Embarazos en Adolescentes
PAPD	Programas de Atención a Personas con Discapacidad
PAFPV	Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable
PEF	Presupuesto de egresos de la Federación
PFP	Policía Federal Preventiva
PFV	Protección a la Familia con Vulnerabilidad
PGR	Procuraduría General de la República
PND	Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006
PNS	Programa Nacional de Salud 2001-2006
POTCC	Programas Operativos de Transparencia y Combate a la Corrupción
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



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Propaeesci	Prevención, Atención y Erradicación de la Explotación Sexual Comercial Infantil
RJMA	Regularización Jurídica de Menores y Adopciones
RO	Reglas de operación
RO-PAIA-06	Reglas de operación de los Programas de Atención a la Infancia y Adolescencia
RO-PAPD-06	Reglas de operación de los Programas de Atención a Personas con Discapacidad
RO-PAFPV-06	Reglas de operación de los Programas de Atención a Familias y Población Vulnerable
Sedesore	Secretaría de Desarrollo Social Regional, San Luis Potosí
SEDIF	Sistemas estatales para el Desarrollo Integral de la Familia
SFP	Secretaría de la Función Pública
SHCP	Secretaría de Hacienda y Crédito Público
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIIPP-G	Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales
SMDIF	Sistemas municipales para el Desarrollo Integral de la Familia
SML	Sistema de Marco Lógico
SNAS	Sistema Nacional de Asistencia Social
SNDIF	Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
SNIAS	Sistema Nacional de Información de la Asistencia Social
SRE	Secretaría de Relaciones Exteriores
SSA	Secretaría de Salud
STPS	Secretaría del Trabajo y Previsión Social
TEF	Tasa específica de fecundidad
TGF	Tasa global de fecundidad
UBR	Unidades básicas de rehabilitación
UMR	Unidades móviles de rehabilitación
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en México
Uniprodes	Unidades productivas para el desarrollo



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Introducción

De acuerdo con en el artículo 54 del Presupuesto de Egresos de la Federación 2006 y las Especificaciones Técnicas (ET) elaboradas por la unidad responsable del proceso de evaluación externa, El Colegio Mexiquense, AC presenta el Informe final de la evaluación de resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF en el ejercicio 2006

En materia de política social, la evaluación es esencial para garantizar que el proceso de instrumentación de los apoyos a los grupos y regiones vulnerables y marginadas se haga con transparencia, eficiencia y oportunidad. Durante los últimos años se han producido importantes cambios en la red institucional de atención social. Muchos de estos cambios apuntan a promover una mayor participación de los beneficiarios y a procurar una utilización más transparente y oportuna de los recursos destinados al desarrollo social.

En ese sentido, los programas de Atención a Personas con Discapacidad (PAPD), de Atención a la Infancia y Adolescencia (PAIA), y de Atención a Familias y Población Vulnerable (PAFPV) representan un aspecto central de la política social actual: crear oportunidades para que los beneficiarios sean sujetos de la política y actores de su propio desarrollo, y contribuir en la mejora de la calidad de vida de los habitantes.

Las reglas de operación de los PAPD, PAIA y PAFPV -en plural- denominan *programa* a cada uno de sus componentes, por lo que en este informe así se les denomina con el objetivo de mantener la correspondencia con el PEF. Sin embargo, el hecho de que se hable de los *programas* (por ejemplo, de Atención a la Infancia y Adolescencia) denota lo que en la práctica se observa: no existe un programa integral de atención sino un conjunto de programas aislados o -en el mejor de los casos- sumados, dirigidos a estos grupos etéreos.

El equipo evaluador considera que (en cada uno de los tres casos) *los programas* deberían convertirse en *el programa* para buscar una integralidad de las acciones y de la atención a la población objetivo así como evitar duplicidades y desperdicio de recursos.

Así, una estructura programática apropiada para ordenar el quehacer del SNDIF sería fusionar los 22 programas que actualmente opera en los tres que cuentan hoy con reglas de operación (PAPD, PAIA y PAFPV) PARA que realmente integren y



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

den coherencia a los (hoy) *programas*, los que se convertirían en *subprogramas* (no sólo desde el punto de vista de su denominación).²

Por otra parte, es importante mencionar que, al ratificar la Convención sobre los Derechos del Niño³ (CDN), México declaró su intención de poner en práctica ese compromiso que reconoce los derechos humanos de los niños y las niñas, menores de 18 años. Adicionalmente, al ser un tratado internacional se convierte en *jurídicamente vinculante* y, por ende, de observancia obligatoria.

En 41 artículos de fondo se estableció, en forma de ley internacional, que los estados parte deben asegurar que todos los niños -sin ningún tipo de discriminación- se beneficien de una serie de medidas especiales de protección y asistencia; puedan desarrollar plenamente sus personalidades, habilidades y talentos; crezcan en un ambiente de felicidad, amor y comprensión, y reciban información sobre la manera en que pueden alcanzar sus derechos y participar en el proceso de una forma accesible y activa.

En virtud del artículo 44 de la CDN, los estados parte se comprometen a presentar informes periódicos del avance en esas medidas, los cuales son examinados por el Comité de los Derechos del Niño y los resultados se presentan en un documento que contiene los *Principales motivos de preocupación, sugerencias y recomendaciones*.⁴

Por tercera ocasión, México ha sido *observado* por esta instancia ya que el esfuerzo realizado no ha sido suficiente, por lo que:

El Comité insta al Estado Parte a que haga lo posible por tener en cuenta las recomendaciones anteriores, que sólo se han aplicado en parte o no se han aplicado en absoluto, así como las recomendaciones que se hacen en las presentes observaciones finales.⁵

² El portal del SNDIF presenta al cierre de este informe seis programas: Programa de Protección a la Infancia; Programa de Atención a Población con Vulnerabilidad Social; Programa de Asistencia Social y Jurídica a Población con Vulnerabilidad; Programa de Desarrollo Comunitario "Comunidad DIFerente"; Programa de Asistencia Social Alimentaria y Programa de Atención a la Discapacidad. Sin embargo, esto aún no se ve reflejado en las reglas de operación ni en la estructura orgánica del SNDIF. <http://www.dif.gob.mx/diftransparencia/default.asp?id=116&mnu=116>, consulta: 20/02/2007.

³ La Convención sobre los Derechos del Niño es un conjunto de normas y obligaciones que dan a los niños, las niñas y los adolescentes un papel protagónico en la construcción de una sociedad justa, respetuosa y pacífica. La Convención fue adoptada por unanimidad por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989 y entró en vigor en 1990.

⁴ Naciones Unidas, Comité de los Derechos del Niño, 42º período de sesiones, "Examen de los informes presentados por los estados partes en virtud del artículo 44 de la convención. Observaciones finales. México", CRC/C/MEX/CO/3, 8 de junio de 2006,

http://www.derechosinfancia.org.mx/Documentos/crc_finalesrecomendaciones.pdf

⁵ *Idem.*, p.2.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Es preciso remarcar que no todas las recomendaciones (75) competen al SNDIF pero varias de ellas inciden directamente en sus programas por lo que han sido incorporadas en las recomendaciones de la presente evaluación, aunque es pertinente indicar que algunas de ellas habían sido formuladas previamente por este equipo evaluador en los informes de los ejercicios 2004 y 2005.

En cuanto al contenido de este informe es conveniente señalar que, por solicitud expresa del SNDIF, el apartado correspondiente a la Estrategia Integral de Asistencia Social Alimentaria se presenta por separado de este documento.

Es importante precisar que en todos los programas existen faltantes importantes en la información necesaria para la elaboración de los apartados de este documento, ya que -por citar un ejemplo- sólo se genera al nivel nacional o, cuando mucho, por entidad federativa.

Esto sucede, en parte, debido a la estructura particular del SNDIF⁶ 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.⁷ Esto -en teoría- se resuelve con la nueva Ley de Asistencia Social (LAS)⁸ con la cual adquiere el carácter de coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada así como del Sistema Nacional de Información de la Asistencia Social (SNIAS, en colaboración con el INEGI).⁹

⁶ El SNDIF 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.

⁷ La fracción XI del artículo 2 del Estatuto orgánico anterior del SNDIF indicaba como atribución del Organismo "Participar con la Secretaría de Salud en el Sistema Nacional de Información sobre la Asistencia Social".

⁸ *Diario Oficial de la Federación (DOF)*, 2 de septiembre de 2004, Primera Sección, pp. 82-92.

⁹ Fracción VIII del artículo 9.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

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, ahora SNIAS) pero aún no opera.¹⁰

Sin embargo, el equipo evaluador considera que es necesaria una revisión del SNIAS para incluir en su diseño las variables exigidas por este tipo de informes, las que den cumplimiento a la nueva normatividad acerca de los padrones de beneficiarios¹¹ y las necesarias para construir indicadores eficaces del impacto de los programas. Asimismo, debe lograr congruencia entre los nombres de los módulos y la nueva apertura programática plasmada en las RO 2006.¹²

Además, hace falta agilizar su 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 presupuestaria, 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 gabinete¹³ pues no se cuenta con suficientes elementos acerca de la

¹⁰ Aunque ya aparece en el portal del SNDIF presenta diversos problemas técnicos por lo que, en la práctica, está aún en la etapa de piloteo.

¹¹ Secretaría de la Función Pública, "Decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales", *DOF*, 12 de enero de 2006, Primera Sección.

¹² Así, por ejemplo, el módulo Menores Fronterizos corresponde al Programa de Atención a Niñas, Niños y Adolescentes Fronterizos, 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 Programa de Regularización Jurídica de Menores y Adopciones en tanto el módulo se denomina Adopciones).

¹³ Como ocurre en este informe para los programas en los cuales no se puede tener acceso a los beneficiarios y que fueron definidos como estudios de caso.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

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 programa, razón por la cual no se pudo calcular ni analizar este rubro.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

1. Programa de Atención a Personas con Discapacidad

1.1 Prevención y Atención a Personas con Discapacidad

1.1.1 Marco de referencia

Existen muchas definiciones sobre discapacidad, cada una de ellas responde a marcos teóricos históricos y sociales diferentes; de cierta forma, cristalizan de alguna manera lo valuable y lo no valuable en una sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la discapacidad como “toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano”.¹⁴ Así, podemos decir que las personas con capacidades limitadas en las actividades de la vida cotidiana sufren problemas cognitivos o físicos denominados “discapacidades”.¹⁵

Se debe considerar que aunque muchas personas nacen con alguna discapacidad, muchas otras ven que la disminución de sus capacidades físicas o mentales se produce de forma natural con el tiempo o bien como resultado de accidentes o enfermedades. Algunas veces, estos cambios pueden ser temporales pero otras son permanentes. De hecho, se estima que alrededor de 10% de la población mundial, o sea 650 millones de personas, sufre alguna discapacidad y, según la OMS, esta cifra está aumentando debido al crecimiento de la población y al proceso de envejecimiento.

El tipo de discapacidades que pueden presentarse son:

a) Discapacidades visuales: Desde poca visión hasta la ceguera, el rango de limitaciones visuales es amplio. Los síntomas de visión reducida son visión borrosa, visión desenfocada, problemas para ver de lejos o de cerca, daltonismo y visión túnel, entre otros.

b) Discapacidades de movimiento: Las discapacidades de movimiento pueden estar causadas por la artritis, problemas cardíacos, parálisis cerebral, la enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple y la pérdida de las extremidades o los dedos, entre otros factores.

¹⁴ En la nueva clasificación del CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud), la discapacidad aparece como un término que engloba déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción del individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

¹⁵ Por actividades cotidianas se entiende valerse por sí mismo, caminar, ver, oír, hablar, aprender, trabajar, realizar tareas manuales, participar en eventos y actividades comunitarias o respirar.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

c) Discapacidades auditivas: Las personas con dificultades auditivas quizás puedan oír algunos sonidos pero es posible que no puedan distinguir las palabras. Otras quizás no puedan oír ningún sonido.

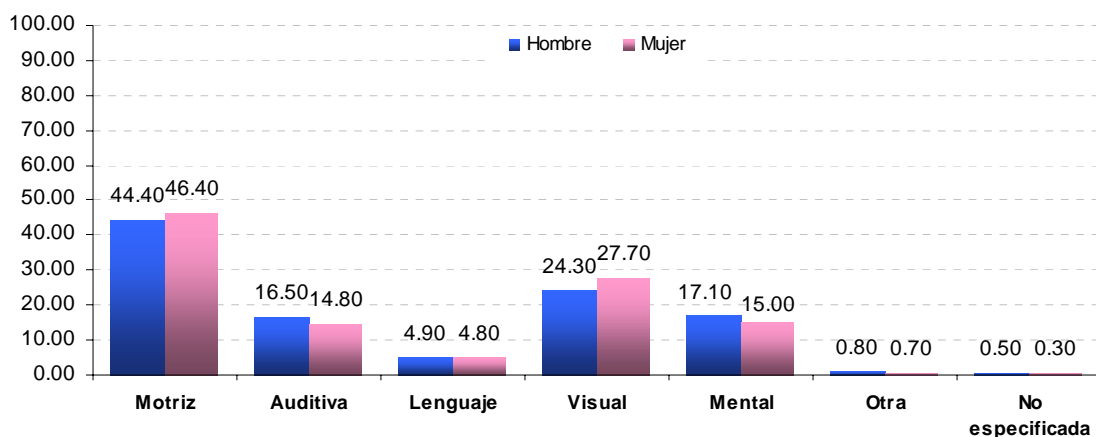
d) Discapacidades cognitivas y de lenguaje: Abarcan la dislexia, las dificultades para recordar, resolver problemas o percibir información sensorial o incluso problemas para comprender y utilizar el lenguaje.

e) Discapacidades relacionadas con la edad: El problema más común al envejecer es el deterioro natural de la vista. A los 65 años, la mayoría de las personas ha perdido parte de su capacidad para enfocar, resolver imágenes, distinguir colores y adaptarse a los cambios de luz. Con la longevidad también suelen experimentarse otros efectos degenerativos, como diferentes grados de pérdida de audición y dificultades de coordinación motora, a menudo debidas a la artritis o al desgaste de las articulaciones.

a. La discapacidad en México

En México que existen al menos 10 millones de personas con alguna de sus manifestaciones. De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda de 2000, en una de cada 10 viviendas existía cuando menos una persona con alguna discapacidad (52.6% hombres y 47.4% mujeres).

Gráfica 1.1.1. Población con discapacidad según tipo y sexo (%)



Del total de personas con alguna discapacidad, 24% cuenta con algún empleo e ingreso y 76% es considerado como población inactiva, lo que constituye una



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

desigualdad profunda que debemos valorar.¹⁶ De las personas con alguna discapacidad que no tienen empleo, 52% no lo tiene precisamente debido a su condición; es decir, que el mercado de trabajo y la sociedad no los considera aptos para emplearlos. Esto último debe contrastarse con el hecho de que sólo 30% de las personas con discapacidad no empleadas, realmente está imposibilitada para trabajar, ya sea por problemas crónicos de salud, avanzada edad o incapacidad total y sólo 15% vive de sus rentas, al amparo de pensiones o jubilaciones.

La importancia de conocer los tipos de discapacidad y el número de personas que la padecen no es suficiente para poder actuar, hace falta un proceso de integración social que conceda a todos los individuos poder participar de los beneficios del desarrollo por medio del ejercicio de sus derechos y capacidades. La principal arma para lograr la integración social y productiva es trabajar en favor de la justicia y la igualdad, elevando los niveles de bienestar y desarrollo de las personas discapacitadas.

¹⁶ De acuerdo con los informes elaborados por la Subcomisión de Rehabilitación Laboral, Capacitación y Trabajo, del total de discapacitados que tiene registrados 53% padece discapacidad locomotora, 20% discapacidad intelectual, 18% del lenguaje o del habla y 9% discapacidad visual.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.1. Población discapacitada por tipo y entidad federativa, 2000 (%)

Estado	Motriz	Auditiva	Del lenguaje	Visual	Mental	Otra
Promedio nacional	45.30	15.70	4.90	26.00	16.10	0.70
Aguascalientes	49.50	14.70	3.60	21.50	18.10	1.10
Baja California	55.70	12.00	3.40	16.30	17.60	0.70
Baja California Sur	48.00	13.90	4.30	22.20	18.90	0.60
Campeche	40.50	15.00	5.30	37.70	13.90	0.60
Coahuila	51.30	13.80	3.40	21.40	16.10	0.60
Colima	46.00	15.40	3.90	29.20	14.60	1.10
Chiapas	40.30	14.90	8.70	28.00	15.70	0.50
Chihuahua	51.80	15.20	3.60	20.70	15.60	0.50
Distrito Federal	50.30	16.20	3.10	19.80	17.20	0.90
Durango	51.30	14.10	3.70	23.90	14.70	0.50
Guanajuato	47.60	15.40	4.10	26.10	15.20	0.80
Guerrero	42.10	16.60	7.80	27.60	15.40	0.30
Hidalgo	38.80	19.00	6.40	31.20	14.50	0.80
Jalisco	48.50	14.60	3.40	22.30	18.20	0.90
Estado de México	45.20	15.40	4.50	23.80	17.50	1.20
Michoacán	44.90	17.20	4.80	26.80	14.90	0.80
Morelos	43.50	17.80	4.80	28.10	15.10	1.10
Nayarit	43.10	16.50	4.60	28.10	16.90	0.70
Nuevo León	50.90	13.10	3.60	21.80	17.30	0.60
Oaxaca	37.80	18.70	7.40	31.20	13.80	0.40
Puebla	43.10	17.60	6.50	26.80	14.60	0.60
Querétaro	45.60	15.60	4.50	25.50	16.10	1.20
Quintana Roo	37.80	14.50	6.50	34.60	15.60	0.60
San Luis Potosí	42.40	17.80	5.40	29.50	15.10	0.80
Sinaloa	45.70	13.90	5.20	23.00	19.80	0.60
Sonora	50.10	13.90	4.10	21.70	17.40	0.60
Tabasco	33.30	12.80	6.00	43.50	15.40	0.40
Tamaulipas	48.00	14.00	4.90	24.90	15.90	0.50
Tlaxcala	45.50	17.40	5.70	25.90	14.00	0.80
Veracruz	38.30	16.90	6.50	32.70	15.00	0.40
Yucatán	41.30	15.10	4.50	37.00	14.10	0.70
Zacatecas	46.10	17.00	4.30	26.30	15.30	0.40

Fuente: Elaboración propia con base en el Censo de Población y Vivienda 2000, INEGI.

Nota: La suma del porcentaje puede ser mayor a cien debido a que la población puede presentar más de una discapacidad.

La atención otorgada en los últimos años al tema de la discapacidad en México se ha modificado significativamente, toda vez que la sociedad en su conjunto ha cobrado conciencia del impacto social, cultural y económico que este fenómeno tiene. La necesidad de contar con un compromiso, responsable y una visión por parte de las instituciones gubernamentales hacia la población afectada es cada vez mayor. Actualmente empieza a verse a las personas con discapacidad como parte activa de la población que puede aportar sus habilidades, pero siempre bajo una perspectiva integral dentro de un grupo multidisciplinario de tratamiento.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Llevar a cabo programas donde las personas que presentan alguna discapacidad se vean beneficiadas requiere el compromiso familiar, social, profesional y gubernamental para contar con instituciones y profesionistas especializados que conozcan tratamientos de vanguardia para la prevención, atención y rehabilitación de la discapacidad.

b. El SNDIF y la prevención y atención a personas con alguna discapacidad

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

El SNDIF opera el Programa de Atención a Personas con Discapacidad (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 prestación de servicios para atender a personas con alguna discapacidad, o que presentan un daño específico, exige el desarrollo de un sistema piramidal con el fin de asegurar una gran cobertura, rapidez y calidad en la atención.¹⁷

Tomando en cuenta este esquema, el primer nivel de cobertura es aquel que provee rehabilitación y detección temprana de la discapacidad mediante personal no especializado pero utilizando tecnología apropiada. Entre sus funciones específicas se encuentran: a) Detectar pacientes con alguna discapacidad en la comunidad o en servicios de salud; b) Estimular al paciente y a la comunidad en la prevención de discapacidades y su tratamiento; c) Iniciar la prevención y el tratamiento de los casos detectados utilizando tecnología apropiada; d) Referir al nivel intermedio los casos que así lo requieran. Este tipo de atención el SNDIF lo cubre por medio de las UMR y UBR.

El segundo nivel debe considerar y realizar investigaciones operativas para crear áreas de demostración conceptual y práctica. Para su desarrollo será necesario que el personal para rehabilitación reciba parte de su adiestramiento en estas áreas demostrativas. Entre sus principales funciones se encuentran: a) Establecer un diagnóstico del problema de la discapacidad en el área geográfica que le

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud, "Niveles de atención en rehabilitación", *Revista de Medicina Física y Rehabilitación*, vol. 2, núm. 3, septiembre de 1990.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

corresponde y mantener un registro no sólo de los casos detectados, sino de los recursos existentes; *b)* Motivar y organizar con la comunidad un sistema de vigilancia epidemiológica, además de crear mecanismos de prevención y tratamiento de la discapacidad; *c)* Capacitar en servicio y supervisar las actividades del personal que cumple las funciones del primer nivel de rehabilitación; *d)* Referir casos al primer y tercer nivel cuando sea necesario; *e)* Cumplir funciones docentes para todo el personal médico y técnico en rehabilitación; *f)* Realizar investigación operativa, epidemiológica y médica. Los CRI representan este segundo nivel de atención y el tamaño de los predios en los que se ubican llega hasta 5 000 m².

Al tercer nivel de atención le corresponde la estructura de los servicios habituales o tradicionales de Medicina Física y Rehabilitación que funcionan en hospitales generales o especiales.¹⁸ De acuerdo con el grado de complejidad, por la cantidad de recursos disponibles podrían diferenciarse subniveles. Entre sus funciones se encuentran: *a)* Atender y derivar al nivel correspondiente cuando sea necesario, la demanda que se genera; *b)* Respaldar las acciones del nivel secundario dentro de su área de influencia; *c)* Establecer canales funcionales de relación entre los recursos existentes tanto dentro como fuera del sector salud, y que puedan ser de utilidad en la prevención y tratamiento de la discapacidad; *d)* Impartir docencia en rehabilitación dentro y fuera del sector salud; *e)* Desarrollar investigaciones operativas, epidemiológicas y médicas. Los CREE se ubican en este último nivel y, en resumen, poseen instalaciones más sofisticadas, los predios en los que se ubican llegan a más de 10 000 m², el personal es altamente especializado y cuentan con talleres de órtesis y prótesis, y equipo de rayos X.¹⁹

La Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social (DGRAS) 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.

La DGRAS genera la normatividad, programas, lineamientos generales y manuales de procedimientos de los centros y las 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 acumular una amplia experiencia en la generación de modelos de atención; en la prestación de

¹⁸ En el caso del SNDIF son servicios extrahospitalarios.

¹⁹ En términos operativos los CREE y CRI brindan la misma atención a los beneficiarios por lo que su evaluación se realiza de forma conjunta.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

servicios en este campo, en la formación de recursos humanos especializados y en la capacitación continua de su personal.

Así, los grupos atendidos constituidos por personas con alguna discapacidad o en riesgo son:

- Discapacidad neuromotora.
- Discapacidad visual.
- Discapacidad auditiva.
- Discapacidad de lenguaje.
- Discapacidad intelectual.

c. Contribución del PAPD a la consecución de los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006

El PAPD en primer término, contribuye 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

Así, el PAPD coadyuva en el objetivo rector 1, *estrategia b*, al 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. Adicionalmente, el PAPD proporciona atención rehabilitatoria en los estadios tempranos de los procesos de discapacidad y a personas con discapacidad 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 los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

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

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.

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 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 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.

También coadyuva en el objetivo rector 4, “fortalecer la cohesión y el capital sociales” en las *estrategias* del PND:



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

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

d. Contribución del PAPD al Programa Nacional de Salud 2001-2006

El PAPD contribuye a los propósitos del Programa Nacional de Salud (PNS) en los siguientes puntos:

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 Centros nacionales modelos 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 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 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.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

El PAPPD 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 progre de Profesionalización al contar con la cooperación de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Universidad Autónoma del Estado de México (UAEM), la Secretaría de Educación Pública (SEP) 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). 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).

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 discapacidad.

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

El PAPPD utiliza las bases y procedimientos del Sistema Nacional de Asistencia Social (SNAS)²⁰ 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.

El subprograma del SNDIF se somete a dicha ley, en especial en la población objetivo tal como lo señala el artículo 2 que dice:

El Estado en forma prioritaria proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia, entendida ésta como la célula de la sociedad que

²⁰ 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 los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

proporciona 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.

e. Acuerdos internacionales aplicables

Adicionalmente, da 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 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)
- 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)



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- 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)

1.1.2 Cumplimiento de objetivos

El objetivo general es: “Promover la integración social de las personas con discapacidad mediante acciones de prevención, rehabilitación, integración social y profesionalización”.

Mientras que los objetivos específicos son:

- Realizar acciones de prevención de la discapacidad por medio de la orientación y detección oportuna de procesos discapacitantes.
- Proporcionar a las personas con discapacidad o en riesgo y a sus familias, atención médica y paramédica con la finalidad de corregir o mejorar su estado físico, mental o social, así como elaborar programas específicos de diagnóstico, tratamiento y de ayudas funcionales que requieran.
- Proporcionar a las familias de las personas atendidas, los elementos, habilidades y destrezas, para facilitar los procesos de integración social.
- Participar en acciones interinstitucionales tendientes a la eliminación de barreras arquitectónicas, culturales y sociales, para favorecer la accesibilidad de las personas con alguna discapacidad.
- 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 alguna discapacidad.
- Realizar investigaciones en materia de discapacidad.
- Promover la incorporación de personas con alguna discapacidad a la vida social y laboral, mediante acciones de coordinación interinstitucional.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

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, ya que opera mediante una red nacional de centros y unidades de rehabilitación que 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. Entre los programas innovadores que cubren estas necesidades se encuentran:

a) Red Nacional de Centros de Computación con Tecnología Adaptada (CTA) para personas con discapacidad

El proyecto se estableció en coordinación con la empresa IBM de México y con los SEDIF²¹ en donde IBM otorga donaciones de computadoras, *hardware* y *software* de programas diseñados y desarrollados por la misma empresa para facilitar los procesos de rehabilitación de las personas con discapacidad neuromotora, visual, auditiva, de lenguaje, déficit intelectual y aprendizaje. El convenio comenzó en 1996 pero se formalizó el 15 de noviembre de 2000. Así, el DIF Nacional se coordina con los SEDIF para seleccionar y adaptar las áreas físicas idóneas para instalar los CTA, proporcionando el mobiliario, seleccionando al personal programado, las metas y el seguimiento de su operación. Por su parte, IBM de México instala el equipo y proporciona la capacitación inicial, dando seguimiento a su desarrollo operacional por medio de la Subdirección de Unidades Operativas en los Estados.

El objetivo de los CTA es incrementar la calidad de los servicios de los centros de rehabilitación mediante un programa especializado a fin de mejorar y agilizar los procesos de atención y rehabilitación con el fin de acercar a la población vulnerable modernas herramientas de tratamiento de alta tecnología, favorecer el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales de rehabilitación, además de lograr una profesionalización de los recursos humanos.

La instrumentación de los CTA se conformó en tres fases. En la primera, se establecieron siete CTA de manera piloto en los CREE de Oaxaca, Campeche, Ciudad Victoria, Hermosillo, Distrito Federal, Jalapa y Veracruz, además de desarrollar una base de datos en Internet denominada *Integra*. En la segunda, se incorporó el programa *Integra* a todos los CTA, se organizaron cursos de capacitación y actualización, y se realizó el Foro Nacional de CTA México-USA con el fin de intercambiar experiencias. La tercera fase consta de una investigación en Tecnología Adaptada y se buscó la certificación ISO-9000.

Con base en la propuesta de los diferentes CTA estatales y considerando su experiencia y conocimiento se programan cada año sesiones Clínicas Virtuales,

²¹ Baja California Sur, Campeche, Coahuila (Saltillo y Torreón), Colima, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Tamaulipas y Yucatán.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

denominadas *Team Room*. Así, de 2002 a 2005 se han programado 38 reuniones en diferentes sedes estatales.²² Para 2005 se contaba con la instalación y operación de 33 CTA en 32 estados y en 2006 se instaló un nuevo CTA en el CREE de Saltillo, Coahuila.

Las metas 2006 consisten en:

- Capacitar al personal e instalar el equipo de cómputo para la operación del Centro de Tecnología Adaptada en los CREE de Saltillo y Guadalupe, Zacatecas (marzo 2006).
- Operar y dar seguimiento al nuevo Servidor Central que sustituirá al interior con el fin de lograr la interconexión de todos los CTA.
- Consolidar el proyecto y evaluar su impacto como apoyo en el proceso de rehabilitación de la población con discapacidad que acude a los diferentes CREE del país.

Es de reconocer que en noviembre de 2002, el Gobierno Federal entregó al SNDIF el reconocimiento innova, por ser un proyecto innovador y de calidad que beneficia a la población con discapacidad.

b) Evaluación de aptitudes y desarrollo de habilidades para el trabajo

El programa está dirigido a promover la integración laboral de las personas con alguna discapacidad, evaluando sus aptitudes y desarrollando sus habilidades a fin de garantizar el pleno respeto y el ejercicio de sus derechos humanos así como la igualdad de oportunidades que contribuyan al bienestar de su calidad de vida.

Para su operación, el programa requiere de recursos especializados como evaluadores y consejeros en rehabilitación laboral así como pruebas específicas para las valoraciones y acciones de otras instancias con las cuales debe coordinarse (centros de capacitación, bolsa de trabajo, agencias laborales, consejos estatales de empleo, etc.).

Entre sus actividades se destacan:

- Valorar a personas con alguna discapacidad para identificar sus aptitudes y determinar las habilidades que pueden desarrollar.
- Realizar actividades de difusión y detección dentro y fuera del CRE;

²² Para 2006 no se han programado sesiones de clínica virtual debido a problemas técnicos graves con el servidor central.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Orientar y detectar oportunamente a la población en riesgo, promover la salud.
- Educar para la prevención de la discapacidad y tratamiento específico.

c) Estimulación múltiple temprana

El programa inició en el año de 1983 en el Centro de Rehabilitación Zapata “Gaby Brimmer”. Su objetivo principal se centra en detectar y dar tratamiento oportuno a lactantes que por alguna razón presenten alteraciones en su desarrollo neurológico, psicomotor y/o conductual. Dentro de sus actividades se encuentran:

- Interacción de los padres con sus hijos como parte determinante para convertir el hogar en una opción más de terapia por excelencia.
- Lograr que los padres y familiares de los menores sean sensibilizados y capacitados en el manejo rehabilitatorio en conjunto con la valoración y tratamiento del personal especializado en terapia física, terapia ocupacional y de lenguaje, así como en las áreas de Trabajo social y Psicología.

d) Escuela para padres

El objetivo del programa es lograr que los familiares de las personas con alguna discapacidad (niños, jóvenes y adultos) que acuden a los centros de rehabilitación conozcan, acepten y apoyen el desarrollo biopsicosocial de sus familiares con alguna discapacidad, mediante cursos, sesiones de información y talleres proporcionando orientación para lograr su integración a la familia y a la sociedad.

El programa debe considerar la participación de un equipo multidisciplinario en el que se encuentren médicos, psicólogos, trabajadores sociales, terapeutas, etcétera, que deban poseer una empatía y experiencia para lograr la integración familiar, educativa y social de las personas con alguna discapacidad (neuromotora, auditiva, visual, intelectual y múltiple).

Entre las actividades a desarrollar se encuentran:

- Elaboración del programa por el responsable en cada centro de rehabilitación, con base en las necesidades específicas de la población.
- Preparación de material didáctico.
- Impartición de cursos, pláticas y talleres.
- Seguimiento a las familias.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Evaluación del cambio de actitud de las familias.

e) Detección temprana de padecimientos discapacitantes

El programa está orientado a dirigir actividades de prevención, detección temprana y canalización oportuna de las personas con algún padecimiento que pueda ser generador de discapacidad. El objetivo es impartir y aplicar un tratamiento adecuado y eficaz que permita limitar el riesgo de una posible secuela.

El programa se realiza intra y extramuros en los centros de rehabilitación mediante actividades de difusión, sensibilización, detección y canalización oportuna por medio de médicos especialistas en rehabilitación, comunicación humana, oftalmología, etcétera y personal paramédico (terapeutas, psicólogos, y trabajadores sociales).

Entre las actividades a desarrollar se encuentran:

- Establecer estrategias de prevención de posibles padecimientos discapacitantes.
- Realizar actividades de difusión y detección dentro y fuera de los Centros de Rehabilitación.
- Orientar oportunamente a la población en riesgo.
- Promover la salud; educar para la prevención y proporcionar tratamiento específico.
- Detectar oportunamente los padecimientos generadores de discapacidad.

f) Integración de menores al ámbito escolar

El objetivo del programa es promover la equidad de oportunidades de los menores con alguna discapacidad, desde la etapa inicial, por medio de su integración educativa, favoreciendo su desarrollo infantil y su adaptación a su entorno social.

El programa opera en los centros de rehabilitación, en donde se realiza la detección de los menores en edad escolar, se les proporciona rehabilitación integral y se determina si son candidatos al proceso de integración educativa. En este programa participa un equipo multidisciplinario que consta de médico especialista, psicólogo, trabajador social, pedagogo, terapeuta físico y ocupacional, entre otros. La familia del candidato a este proceso juega un papel muy importante junto con las escuelas interesadas en participar en la integración educativa de los menores en edad escolar con alguna discapacidad.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Dentro de las actividades se encuentran:

- Valorar al menor de edad.
- Prescribir el tratamiento físico a seguir.
- Ejecutar juntas de valoración para determinar el tipo de escuela a la que se pueda incorporar el menor.
- Realizar actividades de sensibilización con el sector escolar para la promoción del programa.
- Sensibilizar a las familias para que apoyen el proceso de integración educativa de los menores con alguna discapacidad.
- Orientar e informar a las autoridades y profesores de las escuelas acerca del manejo y actitud ante el menor con alguna discapacidad.
- Incorporar del menor con alguna discapacidad y realizar el seguimiento correspondiente a los menores integrados.

g) Telerrehabilitación para habitantes en comunidades aisladas

En octubre de 2001 el CREE de La Paz, Baja California Sur, presenta este proyecto en respuesta a la situación geográfica de la entidad, ya que es una de las de mayor dispersión poblacional. En ese mismo año se incorporan también al proyecto los estados de Oaxaca y Durango; en 2003, Tamaulipas, Jalisco, Guanajuato, Sinaloa y Veracruz.; en 2004, Puebla y en 2005, Aguascalientes, Campeche, Chihuahua, Chiapas, Estado de México, Morelia, Colima, Baja California, Chiapas, Tlaxcala, Sonora, San Luis Potosí e Hidalgo.

El objetivo del programa es otorgar servicios dirigidos a la población que presente algún tipo de discapacidad y que se encuentre en condiciones de vulnerabilidad social en zonas donde no se cuenta con servicios de rehabilitación, mediante el intercambio de información entre el personal del centro de rehabilitación y el encargado de la UBR, por medio de una red de comunicación tecnológica altamente especializada.

Así, el programa hace posible que el personal del centro de rehabilitación establezca y mantenga contacto con el personal auxiliar adscrito a las UBR mediante un protocolo de comunicación vía Internet o banda ancha haciendo llegar a la población con alguna discapacidad, o en riesgo de padecerla, un sistema que permita otorgar con calidad los servicios especializados en materia de rehabilitación.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Entre las actividades a desarrollar se encuentran:

- Favorecer el intercambio de experiencias y conocimientos entre profesionales de la rehabilitación con la finalidad de asesorarlos y realizar una valoración médica especializada de los usuarios y prescribir el tratamiento rehabilitatorio requerido, con la intención de apoyar la integración social.
- Elaborar un modelo de teleconsulta para las unidades de rehabilitación en red y su replicación en otros estados del país.

h) Producción a distancia de órtesis y prótesis mediante sistemas computarizados (CAD-CAM)

El sistema CAD-CAM está basado en la utilización de tecnología asistida por computadora y se ha utilizado en diferentes ramas de la industria, sobre todo en la textil y para máquinas de piezas. Hace 20 años se identificó el beneficio de aplicar esta tecnología en la elaboración de prótesis y órtesis. Así, en 1970 la Universidad de *British Columbia* creó un programa especial para manejar superficies similares a las de los muñones y modificarlas interactivamente. Utilizando sistemas computacionales, el protesista puede diseñar la forma de la cuenca (negativo) en la pantalla de la computadora y elaborar el positivo. El sistema CAD-CAM consta de dos etapas: la de diseño (CAD) y la de manufactura (CAM).

El objetivo del programa es dar cobertura nacional de servicios de fabricación de prótesis y órtesis. Esto se justifica ya que el Censo nacional de población y vivienda de 2000 reportó que 45% de las personas con alguna discapacidad (1 006 230) tienen como origen problemas motrices y 10% de ellos presentan algún tipo de amputación en sus extremidades. En el SNDIF, existen 27 talleres de órtesis y prótesis de producción artesanal pero con la tecnología CAD-CAM se pueden elaborar piezas más anatómicas y funcionales, se incrementa el alcance de los servicios y se disminuyen los tiempos de atención, además de abaratare los costos de producción.

Actualmente se tiene un equipo en el CREE Iztapalapa adquirido en 2000.²³ En 2003 se contrató al Coordinador técnico responsable del área de órtesis y prótesis y, desde entonces, se han impartido cursos de capacitación.

Debido a la cercanía con el DF, su productividad, el número de recursos humanos especializados y áreas específicas, los tres equipos satelitales se instalaron en los CREE de Morelos, Puebla y Querétaro.

²³ Como parte del equipo adquirido se cuenta con tres aros digitales y sus respectivos accesorios con la finalidad de fungir como satélites de la unidad de fabricación central en Iztapalapa.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

En 2005 se adquirieron tres equipos más y la selección se basó en un diagnóstico del equipo con el que cuentan los 27 talleres de los CREE del SNDIF, sus recursos humanos y su productividad, adjudicándose de la siguiente forma:

Unidades de fabricación central	Aros satelitales portátiles
Región norte Sonora	Baja California Baja California Sur Chihuahua
Región centro San Luis Potosí	Ciudad Victoria Coahuila Guanajuato
Región sur Tabasco	Chiapas Quintana Roo Campeche Yucatán

Fuente: Informe de trabajo de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social 2006.

En noviembre de 2005 por el Gobierno Federal entregó al SNDIF el reconocimiento *Innova*, por ser un proyecto innovador y de calidad que beneficia a la población con alguna discapacidad.

i) Unidades Básicas de Rehabilitación y Unidades Móviles

Dentro de este programa, las políticas y estrategias se centraron en el programa de Ampliación de la Capacidad Instalada para la Atención Integral de Personas con Discapacidad (ACIPAIPD), dentro de la meta presidencial 2001-2006. El programa es operado por los centros de rehabilitación cuyo propósito primordial es ampliar la cobertura de los servicios de prevención y rehabilitación nacional mediante dos modalidades: a) la creación de tres tipos de Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR), "A", "B" y "C" dependiendo de la cobertura anual de atención de personas con discapacidad, de los recursos humanos con los que cuente así como del tipo del equipo electromédico²⁴ y b) la operación de Unidades Móviles de Rehabilitación (UMR) que acuden a comunidades aisladas que carecen de servicios de rehabilitación.

El objetivo del programa es garantizar el acceso de la población vulnerable del país a la información, atención y orientación para prevenir la discapacidad, y a los servicios de rehabilitación en el primer nivel de atención, con la participación activa de los miembros de la familia y la sociedad, fortaleciendo su estructura y dinámica familiar, fomentando técnicas de auto cuidado, rehabilitación simple e integración social de las personas con alguna discapacidad.

²⁴ A partir de 2004 sólo existen las de tipo A.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SMDIF para el ejercicio 2006

Sus objetivos específicos se centran en:

- Implementar una red de servicios de rehabilitación, que operen regionalmente y de manera escalonada como sistema, para atender las necesidades de la población vulnerable objeto de la asistencia social.
- Contribuir a la integración social de las personas con discapacidad, enlazando los servicios de prevención y rehabilitación con otras instituciones públicas, sociales y privadas.
- Fortalecer la estructuración y dinámica familiar, promoviendo una actitud responsable, solidaria y de elevación de la dignidad y valores de las personas con discapacidad.
- Fomentar la participación activa de los individuos, sus familias y del entorno comunitario en los procesos de apoyo y aplicación de procedimientos de auto cuidado, rehabilitación simple e integración de las personas con discapacidad.
- Dar seguimiento sistemático a las personas con discapacidad y sus familias contactadas por los centros, unidades básicas y móviles de rehabilitación.
- Las UBR están a cargo de los SMDIF,²⁵ quienes contratan al personal auxiliar y, en su caso, al personal técnico o profesional que se desempeña en ellas y quienes son capacitados en los centros de rehabilitación. Por otra parte, son supervisadas y reciben asistencia y orientación técnicas por el personal profesional adscrito a los Centros de Rehabilitación que se ubican en el segundo y tercer nivel de atención.

Las actividades de las UBR consisten en otorgar consultas de rehabilitación en el primer nivel de atención a comunidades alejadas de los centros de rehabilitación y que no cuenten con ningún otro servicio similar.

En cambio, las actividades enfocadas a las UMR por parte del programa son habilitar las UMR para acudir a localidades en las que -por sus características de ubicación geográfica, problemas de accesibilidad, tamaño de población y escasa o nula disponibilidad de servicios- no es posible por ahora establecer una UBR en forma permanente.

Los responsables de la operación del programa son los coordinadores generales de los centros de rehabilitación y el coordinador técnico, en coordinación con el SEDIF y el SMDIF en donde se encuentre ubicada la UBR y/o UMR. Las acciones estarán supervisadas y apoyadas por el personal de los centros de rehabilitación.

²⁵ En algunos casos las operan directamente los SEDIF.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Funciones del SEDIF

- Comisiona a personal médico especializado o médicos generales y terapistas físicos capacitados.
- Traslada la unidad al municipio.
- Proporciona los formatos de expedientes clínicos.
- Brinda atención médica y paramédica a los usuarios.
- Refiere a los pacientes que así lo requieran al cree u otros servicios médicos.
- Reporta a los SEDIF y SMDIF los resultados tanto cuantitativos como cualitativos del trabajo realizado en cada jornada.
- Lleva a cabo el proceso de credencialización de personas con discapacidad del municipio.
- Cubre el programa de visitas de acuerdo con la calendarización convenida.

Funciones de los SMDIF

- Realiza el trabajo de filtro previo con los candidatos a atender por medio del médico general del SMDIF.²⁶
- Relaciona los pacientes que se deben valorar en la jornada de trabajo de la unidad móvil, contando con el expediente correspondiente (con datos de identificación, estudio de trabajo social, la historia clínica levantada por el médico general y el nombre del familiar que lo acompañará y apoyará en el programa de casa).
- Asigna al personal que se encargará de coordinar las acciones del programa, quien deberá convocar a los beneficiarios y programar sus horarios a partir de la calendarización convenida.
- Proporciona un espacio adecuado, de preferencia junto al Centro de Salud donde se instale la Unidad o adjunto a sus instalaciones.
- Dispone de un espacio sombreado, toldo o galerón donde se despliegue el equipo de mecanoterapia y los terapistas desarrollen sus labores.

²⁶ Se estima que el médico general atiende a un promedio de 30 pacientes por jornada de trabajo.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Dispone de un espacio de espera para los pacientes en turno y sus familiares.

1.1.3 Gasto programado y ejercido

El presupuesto asignado para la Subdirección de Rehabilitación de la DGRAS en el ejercicio 2006 fue de 201.8 millones de pesos.²⁷ Lo cual representó un incremento de 11.9% en comparación con el año pasado. Todos los centro presentaron un incremento en relación con 2005 excepto el CRI Tlazocihualpilli y el cree de San Luis Potosí (véase el Cuadro 1.1.2). En cambio, el presupuesto asignado para el ACIPAIPD fue de 24.4 millones de pesos (véase el Cuadro 1.1.3). En relación con el año anterior el presupuesto fue menor 27.8%.

²⁷ 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). Se consideran los 30 centros de costo, la UBR de Ensenada.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.2. PAPD, Presupuesto modificado, programado y ejercido, 2006

Concepto	Modificado	Programado	Ejercido	Total ejercido 2006 (a)	2005 (b)	Varación b/a
Total	203 171 279	203 171 279	201 885 322	201 885 322	180 416 671	11.90
CREE Iztapalapa	23 372 174	23 372 174	23 069 532	23 069 532	22 699 587	1.63
CRI Tlazocihualpilli	3 816 617	3 816 617	3 750 837	3 750 837	7 423 700	-49.47
Centro de Rehabilitación Gaby B	29 362 974	29 362 974	29 307 707	29 307 707	25 543 611	14.74
CREE La Paz, BCS.	4 971 760	4 971 760	4 950 355	4 950 355	3 889 777	27.27
CREE Campeche, Camp.	8 190 379	8 190 379	8 159 585	8 159 585	6 380 616	27.88
CREE Saltillo, Coah.	5 616 772	5 616 772	5 616 772	5 616 772	5 349 307	5.00
CREE Colima, Col.	3 526 818	3 526 818	3 526 818	3 526 818	3 358 874	5.00
CREE Chihuahua, Chih.	6 373 676	6 373 676	6 269 767	6 269 767	6 027 127	4.03
CREE Durango, Dgo.	5 158 095	5 158 095	5 158 095	5 158 095	4 912 471	5.00
CREE Gómez Palacio, Dgo.	2 532 851	2 532 851	2 532 851	2 532 851	2 412 239	5.00
CREE Irapuato.	1 126 921	1 126 921	1 126 921	1 126 921	1 073 258	5.00
CREE Chilpancingo, Gro.	3 260 692	3 260 692	3 230 789	3 230 789	2 724 092	18.60
CREE Toluca, Edo de Méx.	9 780 265	9 780 265	9 736 681	9 736 681	7 830 855	24.34
CREE Morelia, Mich.	4 792 003	4 792 003	4 792 003	4 792 003	4 563 812	5.00
CREE Tepic, Nay.	5 989 665	5 989 665	5 926 481	5 926 481	4 618 747	28.31
CREE Monterrey, NL.	6 567 166	6 567 166	6 546 959	6 546 959	5 484 428	19.37
CREE Oaxaca, Oax.	6 455 525	6 455 525	6 418 683	6 418 683	5 445 421	17.87
CREE Puebla, Pue.	10 280 420	10 280 420	10 228 891	10 228 891	8 482 023	20.59
CREE Querétaro, Qro.	3 410 633	3 410 633	3 410 633	3 410 633	2 887 093	18.13
CREE Chetumal, Q Roo.	3 873 040	3 873 040	3 851 967	3 851 967	2 711 669	42.05
CREE San Luis Potosí, SLP.	4 442 575	4 442 575	4 408 820	4 408 820	5 077 147	-13.16
CREE Hermosillo, Son.	3 661 071	3 661 071	3 661 071	3 661 071	3 486 734	5.00
CREE Villa Hermosa, Tab.	3 630 603	3 630 603	3 630 603	3 630 603	3 457 717	5.00
CREE Cd. Victoria, Tamps.	4 930 076	4 930 076	4 874 153	4 874 153	3 849 280	26.63
CREE Jalapa, Ver.	4 218 083	4 218 083	4 162 343	4 162 343	3 440 392	20.98
CREE Mérida, Yuc.	6 854 015	6 854 015	6 820 265	6 820 265	5 336 442	27.81
CREE Guadalupe, Zac.	5 345 840	5 345 840	5 279 117	5 279 117	3 787 078	39.40
CRI Monclova, Coah.	1 594 722	1 594 722	1 594 722	1 594 722	1 518 783	5.00
CRI Torreón, Coah.	2 606 127	2 606 127	2 606 127	2 606 127	2 482 026	5.00
CRI Guadalajara, Jal.	5 081 536	5 081 536	5 041 821	5 041 821	4 073 177	23.78
CRI Cuernavaca, Mor.	5 032 580	5 032 580	5 005 825	5 005 825	4 098 458	22.14
CRI Cuautla, Mor.	3 577 623	3 577 623	3 512 325	3 512 325	3 077 224	14.14
UBR Ensenada BC.	3 737 982	3 737 982	3 675 805	3 675 805	2 913 506	26.16

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.

Cuadro 1.1.3. UBR-UMR, Presupuesto asignado, 2001-2006 (miles de pesos)

Año	Importe	Variación respecto con el año anterior
Total	145 045	
2001	29 691	
2002	23 082	-22.26
2003	13 477	-41.61
2004	20 485	52.00
2005	33 878	65.38
2006	24 432	-27.88

Fuente: Informe de Rendición de Cuentas 2001-2006, Libro Blanco, Ampliación de la Capacidad Instalada para la Atención Integral de las Personas con Discapacidad.

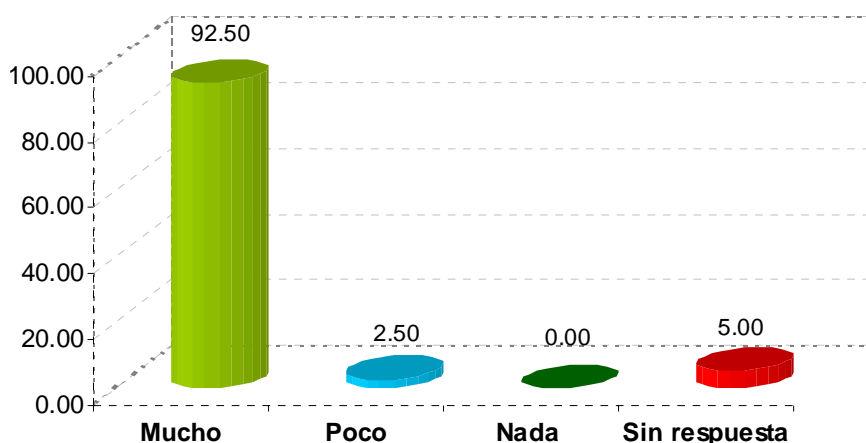


Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

1.1.4 Beneficios económicos y sociales

El objetivo de este programa es fomentar la prevención e impulsar la integración social de las personas con 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 y transporte, y todo aquello que en su conjunto contribuya al bienestar y mejoría de su calidad de vida. Uno de los aspectos considerados para evaluar el cumplimiento de este objetivo fue el grado de satisfacción de los beneficiarios por la atención recibida (véase la Gráfica 1.1.2).²⁸

Gráfica 1.1.2. PAPD, Satisfacción con el programa (%)



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06

Esta percepción se confirma con la respuesta de los beneficiarios en relación con las quejas obtenidas y la disposición para recomendar este tipo de apoyo a otras personas (véase las gráficas 1.1.3).

²⁸ La encuesta fue realizada en los estados de Querétaro, Durango, Colima, Aguascalientes, Distrito Federal, Morelos y San Luis Potosí. La encuesta para beneficiarios no es representativa estadísticamente; sin embargo, los resultados obtenidos coadyuvan en el análisis de la presente evaluación externa.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

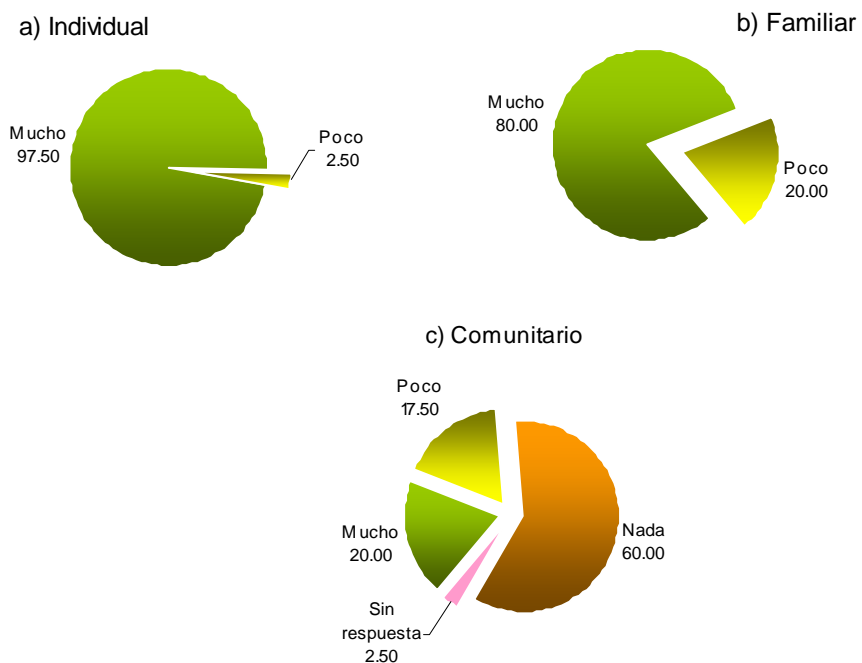
Gráfica 1.1.3. Existencia de quejas acerca del servicio recibido(%)



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06

La gráfica 1.1.4 muestra que 97.5% de los beneficiarios consideran que el subprograma les ha beneficiado en lo individual en el grado *mucho* y un aspecto relevante es que 80.0% opina que también se han beneficiado en el ámbito familiar en el mismo grado.

Gráfica 1.1.4. PAPD, Percepción del grado de beneficio según ámbito social (%)



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cobertura

Las acciones que ha realizado el DIF en lo que va del año dependen de las necesidades de cada entidad e incluyen la detección temprana de riesgos y de discapacidad en la población y su atención oportuna, así como pláticas a grupos de la comunidad sobre discapacidad, rehabilitación e integración (prevención de 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 discapacidad y sus familias (servicios de rehabilitación).

Por otro lado, el SNDIF brinda otros apoyos como: escuela para padres de menores con alguna discapacidad; seguimiento de menores con discapacidad integrados a los 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 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; y vinculación, enlace y coordinación entre los distintos órdenes de gobierno (servicios de integración social).

También 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. Estas acciones se resumen en los Cuadros 1.1.4 a 1.1.21.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.4. PAPP, Primera vez consulta médica (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	105 406	6 762	9 086	9 750	8 967	8 072	11 514	9 485	7 864	9 613	10 084	8 511	5 698
Total DF	10 251	593	959	918	850	840	943	811	992	827	1 110	914	494
CRI Tlazocihualpilli, DF	1 570	93	186	152	131	126	146	106	112	158	159	117	84
CREE Iztapalapa, DF	4 367	220	409	386	375	397	377	319	425	300	489	446	224
CR Zapata, DF	3 293	223	264	271	265	238	313	312	341	292	374	259	141
CNP/RNCVD, DF	1 021	57	100	109	79	79	107	74	114	77	88	92	45
Total centralizados	61 106	3 722	5 132	5 208	4 612	4 734	7 596	6 018	4 659	5 647	5 741	4 685	3 352
CREE La Paz, BCS	1 392	89	122	138	109	101	125	127	107	111	148	123	92
CREE Campeche, Camp.	2 787	182	228	213	213	245	306	269	232	241	275	225	158
CREE Chihuahua, Chih.	2 343	225	246	206	206	195	271	202	113	248	222	132	77
CREE Chilpancingo, Gro.	3 059	166	277	232	334	239	316	265	207	244	277	374	128
CREE Toluca, Edo. Méx.	4 114	161	345	383	328	354	427	434	385	431	402	242	222
CREE Tepic, Nay.	4 254	145	357	307	326	358	496	508	395	386	368	358	250
CREE Monterrey, NL	4 733	214	417	368	268	480	480	533	492	377	428	352	324
CREE Oaxaca, Oax.	3 342	279	354	350	313	302	355	334	269	277	269	147	93
CREE Puebla, Pue.	5 039	506	621	261	261	253	1 704	285	300	358	366	264	220
CREE Querétaro, Qro.	6 904	288	267	586	586	595	708	550	392	749	749	654	440
CREE Chetumal, Q. Roo	1 581	44	152	139	131	87	149	162	114	219	160	131	93
CREE San Luis Potosí, SLP	2 850	247	343	256	182	199	305	266	247	247	218	196	144
CREE Cd Victoria, Tamps.	2 262	128	200	198	179	166	247	182	136	275	166	251	134
CREE Jalapa, Ver.	2 323	96	227	253	186	170	239	248	155	228	226	132	163
CREE Mérida, Yuc.	2 482	174	0	299	226	186	273	319	190	183	341	196	95
CREE Guadalupe, Zac.	3 121	135	297	290	257	198	283	297	249	286	368	276	185
CRI Guadalajara, Jal.	5 528	480	416	445	254	369	607	720	456	507	514	404	356
CRI Cuernavaca, Mor.	1 336	70	109	99	109	109	134	167	96	107	132	117	87
CRI Cuautla, Mor.	1 027	74	98	122	95	82	96	92	69	99	75	80	45
CRI Ensenada, BC	629	39	56	63	49	46	75	58	55	74	37	31	46
Total descentralizados	34 049	2 447	2 995	3 624	3 505	2 498	2 975	2 656	2 213	3 139	3 233	2 912	1 852
CREE Saltillo, Coah.	6 078	421	385	1 020	1 020	0	508	361	379	643	542	524	275
CREE Colima, Col.	3 995	309	305	398	335	312	391	258	350	324	149	586	278
CREE Durango, Dgo.	4 674	248	471	366	362	460	489	357	245	341	607	403	325
CREE Gómez Palacio, Dgo.	1 059	51	91	116	116	21	97	90	68	114	115	108	72
CRIS Irapuato, Gto.	3 476	220	404	373	323	356	287	183	175	355	428	227	145
CREE Morelia, Mich.	3 435	227	260	289	350	289	363	317	254	276	345	290	175
CREE Hermosillo, Son.	5 903	620	615	530	583	583	446	511	312	577	440	370	316
CREE Villahermosa, Tab.	3 276	235	312	312	257	257	199	424	238	261	354	237	190
CRI Monclova, Coah.	932	40	60	75	71	99	85	51	70	142	99	80	60
CRI Torreón, Coah.	1 221	76	92	145	88	121	110	104	122	106	154	87	16

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.5. PAPP, Primera vez consulta psicológica (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	19 817	1 277	1 749	1 726	1 523	2 290	1 963	1 658	1 332	1 810	1 804	1 515	1 170
Total DF	1 681	102	161	168	159	113	133	130	109	150	169	163	124
CRI Tlazochihualpilli, DF	347	21	30	37	31	13	31	21	16	32	39	38	38
CREE Iztapalapa, DF	760	36	79	77	77	60	51	51	55	54	69	82	69
CR Zapata, DF	546	45	49	51	50	38	49	54	37	59	58	40	16
CNP/RNCDV, DF	28	0	3	3	1	2	2	4	1	5	3	3	1
Total centralizados	12 134	684	1 018	1 012	856	1 653	1 332	1 053	849	1 125	1 055	823	674
CREE La Paz, BCS	516	26	44	48	37	37	62	73	31	58	44	37	19
CREE Campeche, Camp.	424	25	39	37	51	28	37	42	41	32	33	37	22
CREE Chihuahua, Chih.	271	9	27	28	16	14	15	21	6	24	36	54	21
CREE Chilpancingo, Gro.	480	22	65	31	48	35	51	59	34	45	51	24	15
CREE Toluca, Edo. Méx.	585	19	74	65	45	63	43	56	40	64	43	44	29
CREE Tepic, Nay.	605	13	86	62	38	40	57	57	27	74	66	49	36
CREE Monterrey, NL	1 048	36	86	79	64	79	116	104	62	105	151	86	80
CREE Oaxaca, Oax.	307	15	38	41	28	28	28	28	28	17	25	24	7
CREE Puebla, Pue.	2 141	119	76	51	119	949	351	60	90	94	76	56	100
CREE Querétaro, Qro.	659	24	63	69	71	41	49	32	51	76	77	54	52
CREE Chetumal, Q. Roo	365	12	43	44	10	16	36	43	24	44	41	29	23
CREE San Luis Potosí, SLP	796	45	75	72	48	48	86	80	79	99	72	46	46
CREE Cd Victoria, Tamps.	408	20	36	38	54	40	48	29	18	41	22	39	23
CREE Jalapa, Ver.	347	22	23	50	13	11	58	41	28	31	29	22	19
CREE Mérida, Yuc.	432	70		34	46	38	41	35	21	49	42	29	27
CREE Guadalupe, Zac.	519	35	61	51	42	23	59	44	37	55	58	25	29
CRI Guadalajara, Jal.	1 578	136	122	151	72	102	134	199	183	152	111	138	78
CRI Cuernavaca, Mor.	273	17	25	29	25	27	31	15	25	27	28	11	13
CRI Cuautla, Mor.	86	11	7	5	11	7	0	0	0	0	22	5	18
CRI Ensenada, BC	294	8	28	27	18	27	30	35	24	38	28	14	17
Total descentralizados	6 002	491	570	546	508	524	498	475	374	535	580	529	372
CREE Saltillo, Coah.	1 025	81	97	107	78	81	81	83	70	100	93	94	60
CREE Colima, Col.	491	48	54	38	45	30	56	27	39	43	47	28	36
CREE Durango, Dgo.	574	25	46	67	65	57	58	32	29	46	68	46	35
CREE Gómez Palacio, Dgo.	230	19	23	18	16	19	22	11	14	25	25	21	17
CRIS Irapuato, Gto.	821	38	61	86	68	84	68	44	39	104	91	91	47
CREE Morelia, Mich.	673	49	60	65	65	90	52	60	31	54	67	43	37
CREE Hermosillo, Son.	1 072	110	128	85	84	75	77	90	47	75	84	128	89
CREE Villahermosa, Tab.	603	43	66	38	49	49	32	106	60	38	54	34	34
CRI Monclova, Coah.	213	12	14	18	17	15	20	11	25	24	27	17	13
CRI Torreón, Coah.	300	66	21	24	21	24	32	11	20	26	24	27	4

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.6. PAPP, Altas por rehabilitación (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	14 008	779	1 238	1 245	1 151	1 035	1 320	1 188	975	1 501	1 433	1 285	858
Total D.F.	1 205	78	161	126	103	108	111	48	112	107	118	79	54
CRI Tlazocihualpilli, DF	253	8	17	17	16	23	34	15	31	26	34	21	11
CREE Iztapalapa, DF	455	45	104	62	37	34	37	10	26	36	27	23	14
CR Zapata, DF	311	25	33	21	26	22	35	14	30	30	34	20	21
CNP/RNCDV, DF	186	0	7	26	24	29	5	9	25	15	23	15	8
Total centralizados	8 644	411	659	741	702	588	893	805	576	1 025	929	828	487
CREE La Paz, BCS	329	18	40	34	37	36	24	51	19	14	13	25	18
CREE Campeche, Camp.	876	65	50	63	63	74	93	88	69	83	94	87	47
CREE Chihuahua, Chih.	330	19	21	29	29	20	30	22	22	34	52	42	10
CREE Chilpancingo, Gro.	180	4	14	11	16	21	13	18	14	24	20	16	9
CREE Toluca, Edo. Méx.	156	10	9	29	12	8	13	5	21	17	18	5	9
CREE Tepic, Nay.	219	0	13	27	13	20	13	24	14	33	35	14	13
CREE Monterrey, NL	631	3	17	9	3	32	200	110	0	99	76	41	41
CREE Oaxaca, Oax.	206	21	24	24	30	7	17	11	26	18	16	12	0
CREE Puebla, Pue.	558	70	37	89	89	0	33	40	42	50	51	37	20
CREE Querétaro, Qro.	2 113	71	187	201	201	178	235	168	111	229	226	196	110
CREE Chetumal, Q. Roo	143	2	18	11	15	19	13	17	3	13	7	12	13
CREE San Luis Potosí, SLP	211	6	29	17	7	5	16	24	15	28	37	19	8
CREE Cd Victoria, Tamps.	461	5	19	13	15	11	9	22	34	144	18	133	38
CREE Jalapa, Ver.	154	6	8	10	12	10	11	14	13	13	31	15	11
CREE Mérida, Yuc.	175	18	15	15	16	14	18	19	0	21	24	16	14
CREE Guadalupe, Zac.	324	11	14	26	33	18	32	29	26	44	46	30	15
CRI Guadalajara, Jal.	732	48	78	61	33	57	65	80	71	72	68	45	54
CRI Cuernavaca, Mor.	260	10	20	25	20	20	20	20	20	25	30	30	20
CRI Cuautla, Mor.	196	9	21	17	33	13	13	18	16	14	17	13	12
CRI Ensenada, BC	390	15	40	30	25	25	25	25	40	50	50	40	25
Total descentralizados	4 159	290	418	378	346	339	316	335	287	369	386	378	317
CREE Saltillo, Coah.	1 057	94	106	104	104	68	61	99	61	61	105	105	89
CREE Colima, Col.	453	26	40	25	42	38	49	30	49	53	53	19	29
CREE Durango, Dgo.	933	65	98	72	62	109	80	77	59	90	79	81	61
CREE Gómez Palacio, Dgo.	132	7	10	11	11	14	9	11	9	22	11	11	6
CRIS Irapuato, Gto.	203	14	19	20	24	16	13	16	12	31	17	12	9
CREE Morelia, Mich.	556	37	31	23	57	35	54	71	51	41	40	59	57
CREE Hermosillo, Son.	152	12	18	17	15	15	15	5	10	15	15	15	0
CREE Villahermosa, Tab.	275	23	25	60	17	17	21	0	12	21	28	41	10
CRI Monclova, Coah.	91	3	8	8	4	8	4	6	10	14	4	16	6
CRI Torreón, Coah.	307	9	63	38	10	19	10	20	14	21	34	19	50

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.7. PAPP, Detección de enfermedades y discapacidades (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	97 283	4 966	6 645	12 290	8 324	9 317	16 651	5 833	5 027	8 763	8 510	6 223	4 734
Total D.F.	4 804	118	263	262	232	574	515	164	260	718	745	616	337
CRI Tlaxcoihualpilli, DF	1 698	75	163	162	162	163	164	124	163	128	164	124	106
CREE Iztapalapa, DF	1 168	43	100	100	70	111	140	40	97	138	138	105	86
CR Zapata, DF	738	0	0	0	0	0	211	0	0	152	143	87	145
CNP/RNCDV, DF	1 200	0	0	0	0	300	0	0	0	300	300	300	0
Total	73 713	3 731	5 001	10 014	6 418	6 824	13 496	4 909	3 974	6 724	5 377	4 104	3 141
CREE La Paz, BCS	1 169	106	152	84	57	62	123	78	68	105	54	162	118
CREE Campeche, Camp.	733	41	0	71	90	18	61	43	0	83	128	107	91
CREE Chihuahua, Chih.	6 068	382	538	574	1 106	460	679	398	487	482	645	49	268
CREE Chilpancingo, Gro.	166	10	12	15	20	17	12	10	15	15	15	15	10
CREE Toluca, Edo. Méx.	14 043	311	831	2 243	697	1 033	4 233	962	1 176	1 522	452	465	118
CREE Tepic, Nay.	5 833	63	851	1 242	778	563	637	296	155	191	292	409	356
CREE Monterrey, NL	9 252	1 512	723	999	324	1 178	3 173	395	180	579	189	0	0
CREE Oaxaca, Oax.	2 038	265	340	343	385	318	132	0	0	36	54	139	26
CREE Puebla, Pue.	2 992	8	300	229	88	600	1 145	144	304	30	36	8	100
CREE Querétaro, Qro.	11 446	121	143	2 447	1 289	848	1 073	995	534	1 507	1 261	724	504
CREE Chetumal, Q. Roo	285	0	40	25	21	0	23	21	26	25	41	35	28
CREE San Luis Potosí, SLP	2 161	88	130	155	189	80	267	262	285	211	40	288	166
CREE Cd Victoria, Tamps.	1 112	0	0	165	0	263	183	88	0	195	218	0	0
CREE Jalapa, Ver.	2 687	204	251	352	307	262	265	314	193	130	169	220	20
CREE Mérida, Yuc.	1 798	15	0	200	105	427	69	0	351	287	121	223	
CREE Guadalupe, Zac.	6 234	347	334	565	315	441	718	488	228	689	877	793	439
CRI Guadalajara, Jal.	1 444	54	108	113	97	134	134	134	134	134	134	134	134
CRI Cuernavaca, Mor.	700	40	50	70	60	60	55	60	60	60	60	60	65
CRI Cuautla, Mor.	1 052	74	98	122	95	82	96	92	69	99	75	25	125
CRI Ensenada, BC	2 500	90	100	200	300	300	60	60	60	280	350	350	350
Total descentralizados	18 766	1 117	1 381	2 014	1 674	1 919	2 640	760	793	1 321	2 388	1 503	1 256
CREE Saltillo, Coah.	1 300	100	120	120	109	111	120	85	100	111	120	120	84
CREE Colima, Col.	8 660	336	508	660	886	1 137	1 725	129	227	539	1 385	697	431
CREE Durango, Dgo.	579	7	11	7	5	9	14	5	20	14	233	166	88
CREE Gómez Palacio, Dgo.	1 061	69	115	88	73	70	167	78	93	91	89	45	83
CRIS Irapuato, Gto.	251	18	15	15	25	25	25	20	25	25	23	23	12
CREE Morelia, Mich.	2 711	147	271	309	143	283	241	256	157	295	287	192	130
CREE Hermosillo, Son.	1 691	189	111	202	284	145	39	120	38	90	99	182	192
CREE Villahermosa, Tab.	1 607	244	198	537	82	82	205	11	55	44	34	0	115
CRI Monclova, Coah.	580	5	15	52	50	55	56	51	21	77	54	50	94
CRI Torreón, Coah.	326	2	17	24	17	2	48	5	57	35	64	28	27

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.8. PAPP, Consulta paramédica, 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	673 251	42 249	59 436	59 483	53 534	54 107	67 187	60 238	51 067	63 818	64 579	58 144	39 409
Total D.F.	127 138	8 553	10 649	10 173	9 458	9 685	12 992	11 472	9 945	11 882	13 049	11 769	7 511
CRI Tlazocihualpilli, DF	11 925	664	945	1 128	1 093	949	1 195	984	865	931	1283	1112	776
CREE Iztapalapa, DF	49 881	3 654	4 971	4 474	4 151	4 192	5 011	3777	4153	4006	4640	4227	2625
CR Zapata, DF	47 077	3 632	3 349	3 590	3 152	3 048	4 842	3662	3438	5052	5518	4729	3065
CNP/RNCVDV, DF	18 255	603	1 384	981	1 062	1 496	1 944	3049	1489	1893	1608	1701	1045
Total	350 507	20 027	30 938	31 658	27 143	27 588	34 678	32 722	27 218	33 995	32 708	30 523	21 309
CREE La Paz, BCS	7 519	360	698	859	675	564	727	798	363	641	655	659	520
CREE Campeche, Camp.	7 500	550	565	570	683	562	758	648	494	778	824	707	361
CREE Chihuahua, Chih.	13 854	722	1 390	1 591	1 176	1 211	1 064	1264	817	1224	1227	1314	854
CREE Chilpancingo, Gro.	6 143	390	657	654	605	425	706	616	361	649	561	312	207
CREE Toluca, Edo. Méx.	22 593	682	2 169	1 880	1 630	1 857	2 364	1963	2037	2114	2063	2199	1635
CREE Tepic, Nay.	12 945	481	1 247	1 142	1 182	978	1 438	1267	946	1227	1057	1135	845
CREE Monterrey, NL	38 553	1 637	3 283	3 031	2 710	3 084	4 125	3713	3337	4166	4120	2766	2581
CREE Oaxaca, Oax.	9 440	645	1 068	1 037	939	922	1 002	771	880	548	654	537	437
CREE Puebla, Pue.	19 472	1 899	2 017	1 916	1 930	1 469	1 912	1567	1646	1403	1520	1993	200
CREE Querétaro, Qro.	17 908	684	1 463	1 491	1 764	1 392	1 834	1416	1213	2023	1920	1683	1025
CREE Chetumal, Q. Roo	13 166	619	1 311	1 358	958	969	1 378	1303	795	1401	1363	1019	692
CREE San Luis Potosí, SLP	33 284	2 115	3 376	3 125	2 715	2 604	3 336	3239	2612	2968	2931	2436	1827
CREE Cd Victoria, Tamps.	18 357	790	1 467	1 411	1 615	1 269	1 765	1327	893	2292	1934	2409	1185
CREE Jalapa, Ver.	6 845	391	506	499	486	330	706	615	436	629	906	752	589
CREE Mérida, Yuc.	7 273	700	321	387	556	788	791	573	848	780	851	678	
CREE Guadalupe, Zac.	18 869	763	1 319	1 341	1 473	1 463	1 713	2023	1775	1807	1479	1519	2194
CRI Guadalajara, Jal.	56 261	4 125	4 327	5 037	2 180	4 227	5 322	6258	5207	6126	5271	4870	3311
CRI Cuernavaca, Mor.	16 073	646	1 288	1 437	1 577	1 680	1 758	1615	1376	1385	1398	1256	657
CRI Cuautla, Mor.	19 005	1 582	2 396	2 494	1 871	1 569	1 375	1186	1060	1283	1494	1594	1101
CRI Ensenada, BC	5 447	246	391	464	587	457	607	342	397	483	551	512	410
Total descentralizados	195 606	13 669	17 849	17 652	16 933	16 834	19 517	16 044	13 904	17 941	18 822	15 852	10 589
CREE Saltillo, Coah.	22 620	1 841	1 897	2 471	1 708	1 814	2 037	1466	1850	2091	2090	2128	1227
CREE Colima, Col.	41 139	3 146	3 545	3 359	3 693	3 773	5 096	2496	2879	3710	4472	2884	2086
CREE Durango, Dgo.	21 751	1 097	1 773	1 939	1 862	2 218	2 640	1616	1409	2024	1892	2025	1256
CREE Gómez Palacio, Dgo.	9 465	624	870	794	638	812	923	734	634	1094	948	812	582
CRIS Irapuato, Gto.	11 717	575	1 968	1 020	912	1 000	1 039	655	652	1244	1129	979	544
CREE Morelia, Mich.	11 925	814	890	1 038	1 354	878	1 034	1332	935	831	972	924	923
CREE Hermosillo, Son.	30 246	2 222	2 714	2 601	2 699	2 656	2 946	2669	1825	2717	2642	2494	2061
CREE Villahermosa, Tab.	24 628	1 858	2 172	1 783	2 051	2 051	1 598	3515	2163	1989	2596	1669	1183
CRI Monclova, Coah.	8 470	467	706	868	702	569	800	583	521	965	927	845	517
CRI Torreón, Coah.	13 645	1 025	1 314	1 779	1 314	1 063	1 404	978	1036	1276	1154	1092	210

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.9. PAPD, Consulta médica enero-diciembre, 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	446 771	29 134	39 652	39 767	35 311	37 961	44 688	38 252	34 453	41 639	43 395	35 818	26 701
Total D.F.	52 473	3 516	5 333	4 715	4 461	4 417	5 015	3 950	4 477	4 306	5 162	4 328	2 793
CRI Tlazocihualpilli, DF	4 347	262	428	418	385	353	404	335	304	424	446	345	243
CREE Iztapalapa, DF	18 793	1 274	2 109	1 736	1 661	1 840	1 598	1 189	1 657	1 309	1 736	1 687	997
CR Zapata, DF	22 679	1 656	2 076	1 907	1 840	1 625	2 257	1 851	1 965	2 099	2 387	1 760	1 256
CNP/RNCVD, DF	6 654	324	720	654	575	599	756	575	551	474	593	536	297
Total	262 867	16 019	22 500	22 792	20 167	22 258	27 479	24 042	20 477	24 980	25 153	20 689	16 311
CREE La Paz, BCS	6 536	315	517	578	483	492	593	526	510	502	588	782	650
CREE Campeche, Camp.	10 758	754	814	834	958	773	1 120	1 111	850	949	1 123	865	607
CREE Chihuahua, Chih.	12 902	947	1 491	1 166	1 116	1 028	1 681	1 143	926	1 147	1 130	628	499
CREE Chilpancingo, Gro.	11 692	857	1 316	1 320	1 177	928	1 134	1 086	775	834	928	861	476
CREE Toluca, Edo. Méx.	21 200	705	2 416	2 059	1 512	1 494	2 295	1 982	1 679	2 142	2 125	1 587	1 204
CREE Tepic, Nay.	13 823	509	1 117	1 093	981	957	1 426	1 436	1 344	1 257	1 311	1 359	1 033
CREE Monterrey, NL	17 393	780	1 542	1 479	1 223	1 374	1 730	1 740	1 697	1 664	1 668	1 087	1 409
CREE Oaxaca, Oax.	14 840	1 091	1 570	1 502	1 320	1 298	1 590	1 322	1 270	1 160	1 278	1 285	591
CREE Puebla, Pue.	17 858	1 365	916	994	845	3 687	2 852	1 226	1 184	1 347	1 437	1 458	750
CREE Querétaro, Qro.	25 247	868	2 016	2 169	2 289	2 061	2 585	1 977	1 489	2 758	2 914	2 461	1 660
CREE Chetumal, Q. Roo	6 393	279	610	635	664	522	672	616	426	680	636	382	271
CREE San Luis Potosí, SLP	14 942	1 021	1 571	1 276	1 257	1 103	1 527	1 284	1 217	1 344	1 330	1 124	888
CREE Cd Victoria, Tamps.	11 333	752	894	931	817	868	1 172	890	674	1 341	832	1 081	1 081
CREE Jalapa, Ver.	7 826	407	698	803	641	551	758	794	560	784	794	501	535
CREE Mérida, Yuc.	12 254	1 400		1 020	845	727	1 192	1 258	1 001	1 305	1 431	1 080	995
CREE Guadalupe, Zac.	15 980	748	1 385	1 372	1 337	1 070	1 046	1 551	1 329	1 660	1 814	1 529	1 139
CRI Guadalajara, Jal.	26 405	2 268	2 187	2 176	1 208	2 047	2 608	2 725	2 305	2 652	2 537	2 031	1 661
CRI Cuernavaca, Mor.	6 052	362	616	525	603	482	580	624	433	499	519	480	329
CRI Cuautla, Mor.	5 300	383	476	492	494	480	488	419	403	510	470	399	286
CRI Ensenada, BC	4 133	208	348	368	397	316	430	332	405	445	288	349	247
Total descentralizados	131 431	9 599	11 819	12 260	10 683	11 286	12 194	10 260	9 499	12 353	13 080	10 801	7 597
CREE Saltillo, Coah.	14 666	1 007	1 015	1 879	911	1 221	1 431	1 082	1 087	1 407	1 404	1 371	851
CREE Colima, Col.	15 290	1 091	1 081	1 335	1 323	1 214	1 474	1 027	1 336	1 420	1 666	1 221	1 102
CREE Durango, Dgo.	20 770	1 324	2 203	1 920	1 692	1 966	2 120	1 497	1 322	1 695	2 211	1 594	1 226
CREE Gómez Palacio, Dgo.	5 826	564	540	464	346	311	400	482	442	690	669	556	362
CRIS Irapuato, Gto.	16 077	970	1 530	1 508	1 340	1 483	1 481	1 025	1 106	1 655	1 752	1 446	781
CREE Morelia, Mich.	13 149	939	1 124	1 216	1 027	1 101	1 453	943	1 050	1 110	1 154	1 195	837
CREE Hermosillo, Son.	18 552	1 692	1 903	1 567	1 757	1 695	1 539	1 513	1 072	1 755	1 528	1 402	1 129
CREE Villahermosa, Tab.	16 164	1 345	1 502	1 247	1 309	1 309	1 250	1 872	1 178	1 349	1 683	1 152	968
CRI Monclova, Coah.	2 788	109	228	232	206	274	245	166	221	375	295	243	194
CRI Torreón, Coah.	8 149	558	693	892	772	712	801	653	685	897	718	621	147

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.10. PAPD, Primera consulta en terapia de lenguaje (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	9 530	485	728	761	642	1 155	1 207	721	571	753	925	788	794
Total D.F.	282	14	21	42	34	18	20	15	20	20	32	25	21
CRI Tlaxocihualpilli, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Iztapalapa, DF	139	5	9	26	26	13	6	5	1	1	20	16	11
CR Zapata, DF	124	8	10	15	7	4	11	9	19	16	7	8	10
CNP/RNCV, DF	19	1	2	1	1	1	3	1	0	3	5	1	0
Total	6 864	293	481	466	449	958	970	555	408	527	665	566	526
CREE La Paz, BCS	103	8	19	11	3	5	16	6	2	12	6	11	4
CREE Campeche, Camp.	82	7	5	5	5	10	14	15	8	0	2	9	2
CREE Chihuahua, Chih.	55	2	5	9	7	2	2	5	7	3	4	4	5
CREE Chilpancingo, Gro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Toluca, Edo. Méx.	474	20	55	45	55	70	30	50	69	15	25	15	25
CREE Tepic, Nay.	229	8	20	20	14	16	25	15	3	45	18	30	15
CREE Monterrey, NL	398	8	15	3	10	24	141	11	13	42	65	22	44
CREE Oaxaca, Oax.	227	13	28	34	29	14	12	19	39	6	17	7	9
CREE Puebla, Pue.	1 221	53	62	27	43	550	194	48	49	20	28	47	100
CREE Querétaro, Qro.	1 898	43	155	116	97	97	350	161	48	127	321	223	160
CREE Chetumal, Q. Roo	255	6	10	38	52	8	19	20	14	26	23	20	19
CREE San Luis Potosí, SLP	265	23	27	9	12	27	26	15	26	39	34	13	14
CREE Cd Victoria, Tamps.	46	2	1	0	1	8	3	4	2	19	4	1	1
CREE Jalapa, Ver.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Mérida, Yuc.	238	10	0	28	20	33	0	25	30	23	25	31	13
CREE Guadalupe, Zac.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Guadalajara, Jal.	968	54	40	85	70	50	86	117	74	122	60	115	95
CRI Cuernavaca, Mor.	256	21	19	24	23	28	38	29	19	10	20	10	15
CRI Cuautla, Mor.	149	15	20	12	8	16	14	15	5	18	13	8	5
CRI Ensenada, BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total descentralizados	2 384	178	226	253	159	179	217	151	143	206	228	197	247
CREE Saltillo, Coah.	202	19	11	19	9	18	15	9	40	24	14	14	10
CREE Colima, Col.	195	47	37	37	12	1	5	4	8	18	12	10	4
CREE Durango, Dgo.	331	15	35	54	35	23	44	26	24	21	4	23	27
CREE Gómez Palacio, Dgo.	326	6	14	28	3	10	24	16	15	34	41	9	126
CRIS Irapuato, Gto.	210	12	18	19	16	20	22	9	5	15	26	29	19
CREE Morelia, Mich.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Hermosillo, Son.	402	45	49	36	24	28	50	28	7	23	50	39	23
CREE Villahermosa, Tab.	472	26	53	40	40	40	31	47	22	45	53	48	27
CRI Monclova, Coah.	155	5	8	13	19	10	16	4	15	18	20	17	10
CRI Torreón, Coah.	91	3	1	7	1	29	10	8	7	8	8	8	1

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.11. PAPAD, Terapia de lenguaje (sesión), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	301 558	18 711	27 294	29 414	23 732	24 222	30 566	24 386	19 383	27 060	28 250	28 592	19 948
Total D.F.	14 631	948	1 142	1 339	1 435	1 294	1 500	1 118	944	1 262	1 448	1 288	913
CRI Tlazocihualpilli, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Iztapalapa, DF	7 880	543	581	826	772	737	858	571	536	568	698	691	499
CR Zapata, DF	4 492	267	353	377	406	327	340	323	346	556	497	421	279
CNP/RNCVDV, DF	2 259	138	208	136	257	230	302	224	62	138	253	176	135
Total	158 197	8 337	12 392	14 031	11 527	11 570	16 073	12 960	10 349	14 594	15 724	17 687	12 953
CREE La Paz, BCS	1 425	91	210	176	44	113	161	118	74	138	127	132	41
CREE Campeche, Camp.	2 905	221	210	219	351	179	267	317	194	293	316	168	170
CREE Chihuahua, Chih.	7 664	214	344	543	377	364	367	368	364	206	433	3 860	224
CREE Chilpancingo, Gro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Toluca, Edo. Méx.	15 652	597	1 684	1 547	1 251	1 415	1 256	1 413	1 286	1 572	1 423	1 210	998
CREE Tepic, Nay.	12 585	440	1 501	1 372	952	685	1 547	1 053	231	1 049	1 347	1 378	1 030
CREE Monterrey, NL	6 987	0	317	229	303	552	2 520	466	192	511	974	318	605
CREE Oaxaca, Oax.	7 036	462	838	943	657	364	428	422	482	568	927	533	412
CREE Puebla, Pue.	11 226	2 091	582	645	548	519	781	658	851	727	692	632	2 500
CREE Querétaro, Qro.	26 904	756	1 845	2 126	2 146	2 041	2 983	2 573	1 324	2 552	3 338	3 254	1 966
CREE Chetumal, Q. Roo	3 876	181	358	464	446	332	306	322	162	320	407	311	267
CREE San Luis Potosí, SLP	9 482	562	823	1 011	870	875	997	570	649	992	865	752	516
CREE Cd Victoria, Tamps.	6 724	252	478	455	347	516	692	634	400	800	709	980	461
CREE Jalapa, Ver.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Mérida, Yuc.	6 431	250	0	172	195	896	615	604	539	747	863	921	629
CREE Guadalupe, Zac.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Guadalajara, Jal.	13 277	578	844	1 818	876	721	646	1 271	1 343	1 553	978	946	1 703
CRI Cuernavaca, Mor.	8 237	380	747	790	731	665	746	665	923	659	699	793	439
CRI Cuautla, Mor.	17 786	1 262	1 611	1 521	1 433	1 333	1 761	1 506	1 335	1 907	1 626	1 499	992
CRI Ensenada, BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total descentralizados	128 730	9 426	13 760	14 044	10 770	11 358	12 993	10 308	8 090	11 204	11 078	9 617	6 082
CREE Saltillo, Coah.	9 092	854	930	1 369	758	774	794	440	604	684	659	711	515
CREE Colima, Col.	12 015	1 439	1 438	1 138	889	895	1 115	710	653	1 334	1 102	745	557
CREE Durango, Dgo.	55 009	3 852	7 049	6 826	5 127	5 140	5 757	4 163	3 258	4 231	4 119	3 336	2 151
CREE Gómez Palacio, Dgo.	6 601	489	570	673	420	492	732	537	396	689	742	520	341
CRIS Irapuato, Gto.	8 562	365	562	595	667	938	871	761	903	802	706	850	542
CREE Morelia, Mich.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Hermosillo, Son.	8 328	672	648	749	647	662	816	743	518	735	813	767	558
CREE Villahermosa, Tab.	14 184	941	1 450	1 282	1 210	1 210	1 015	1 717	648	1 372	1 285	1 281	773
CRI Monclova, Coah.	10 478	557	866	1 037	805	824	1 235	764	747	999	1 192	926	526
CRI Torreón, Coah.	4 461	257	247	375	247	423	658	473	363	358	460	481	119

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.12. PAPD, Primera consulta en terapia física (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	54 965	3 400	4 353	4 275	4 049	7 266	5 510	4 612	4 266	5 316	4 873	4 117	2 928
Total D.F.	6 477	412	616	605	519	504	678	597	480	653	630	498	285
CRI Tlazocihualpilli, DF	1 356	75	135	148	94	102	139	85	95	195	130	81	77
CREE Iztapalapa, DF	1 939	151	208	175	182	185	162	131	148	164	183	169	81
CR Zapata, DF	2 961	177	258	227	232	201	363	359	232	269	293	231	119
CNP/RNCVDV, DF	221	9	15	55	11	16	14	22	5	25	24	17	8
Total	36 071	1 957	2 689	2 519	2 428	5 508	3 480	2 911	2 919	3 597	3 252	2 720	2 091
CREE La Paz, BCS	1 011	73	109	104	85	84	79	93	25	133	99	78	49
CREE Campeche, Camp.	990	63	79	69	92	91	96	117	74	76	86	83	64
CREE Chihuahua, Chih.	1 153	86	74	94	76	83	85	102	110	133	164	102	44
CREE Chilpancingo, Gro.	667	59	53	39	43	32	93	71	33	68	60	89	27
CREE Toluca, Edo. Méx.	5 788	325	556	475	402	387	523	489	635	683	599	437	277
CREE Tepic, Nay.	753	17	65	54	35	52	83	50	91	84	81	73	68
CREE Monterrey, NL	1 269	46	41	41	40	60	99	143	210	188	177	101	123
CREE Oaxaca, Oax.	1 488	100	161	92	108	130	156	157	148	134	136	121	45
CREE Puebla, Pue.	5 111	187	66	118	69	3 270	466	64	139	133	145	154	300
CREE Querétaro, Qro.	6 151	244	544	506	510	550	715	443	390	740	593	555	361
CREE Chetumal, Q. Roo	882	46	59	76	258	49	86	70	42	73	44	46	33
CREE San Luis Potosí, SLP	757	53	71	68	59	41	88	78	83	72	69	35	40
CREE Cd Victoria, Tamps.	724	48	68	55	44	46	58	44	35	80	84	107	55
CREE Jalapa, Ver.	1 325	84	126	91	103	125	131	141	101	133	124	76	90
CREE Mérida, Yuc.	441	25		40	43	23	41	39	25	56	55	53	41
CREE Guadalupe, Zac.	887	47	102	96	70	65	78	87	13	97	99	84	49
CRI Guadalajara, Jal.	4 063	293	300	277	151	191	324	454	520	484	417	351	301
CRI Cuernavaca, Mor.	1 285	69	109	89	103	116	129	160	123	105	112	97	73
CRI Cuautla, Mor.	824	48	79	71	85	65	93	65	74	85	50	65	44
CRI Ensenada, BC	502	44	27	64	52	48	57	44	48	40	58	13	7
Total descentralizados	12 417	1 031	1 048	1 151	1 102	1 254	1 352	1 104	867	1 066	991	899	552
CREE Saltillo, Coah.	1 198	81	91	98	81	106	111	114	127	97	119	116	57
CREE Colima, Col.	671	68	62	66	76	52	55	43	56	50	63	55	25
CREE Durango, Dgo.	965	69	86	107	87	81	88	74	59	85	94	76	59
CREE Gómez Palacio, Dgo.	751	38	61	71	40	62	78	42	64	71	88	75	61
CRIS Irapuato, Gto.	1 163	60	111	100	87	103	119	83	85	147	131	80	57
CREE Morelia, Mich.	2 231	172	168	119	228	171	288	338	144	215	138	155	95
CREE Hermosillo, Son.	1 891	286	205	137	170	173	165	135	106	157	135	126	96
CREE Villahermosa, Tab.	1 811	198	174	133	162	162	141	196	156	154	128	129	78
CRI Monclova, Coah.	1 170	16	35	249	116	279	300	26	28	39	33	35	14
CRI Torreón, Coah.	566	43	55	71	55	65	7	53	42	51	62	52	10

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.13. PAPD, Terapia física (sesión), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	1 962 720	110 560	159 313	167 822	150 706	210 677	198 918	174 870	155 559	180 010	184 230	162 107	107 948
Total D.F.	258 551	16 114	22 886	23 208	22 702	20 576	26 194	23 565	23 889	20 669	23 355	21 973	13 420
CRI Tlazocihualpilli, DF	45 308	2 245	2 850	4 333	4 507	4 094	5 781	4 201	4 489	3 097	3 931	3 325	2 455
CREE Iztapalapa, DF	94 666	7 969	9 948	8 762	8 628	8 272	8 647	7 934	9 068	5 768	7 447	8 152	4 071
CR Zapata, DF	110 399	5 529	9 338	9 321	8 903	7 554	10 892	10 577	9 614	11 108	11 231	9 931	6 401
CNP/RNCVD, DF	8 178	371	750	792	664	656	874	853	718	696	746	565	493
Total	1 059 278	51 132	78 247	83 324	76 265	137 359	112 321	95 346	82 641	98 952	99 129	83 671	60 891
CREE La Paz, BCS	26 254	800	2 510	2 423	2 207	2 107	2 401	2 345	1 839	2 715	2 736	2 480	1 691
CREE Campeche, Camp.	61 067	3 627	4 613	4 741	4 639	4 850	5 973	6 245	5 083	6 010	6 196	5 063	4 027
CREE Chihuahua, Chih.	71 299	3 220	4 541	8 569	5 857	5 575	5 820	7 864	5 981	5 948	8 817	7 211	1 896
CREE Chilpancingo, Gro.	32 304	2 473	3 680	3 434	3 719	2 541	4 180	3 451	1 864	2 245	2 147	1 529	1 041
CREE Toluca, Edo. Méx.	116 749	3 626	11 650	10 061	8 599	9 727	12 166	11 148	11 527	12 549	11 550	8 750	5 396
CREE Tepic, Nay.	29 636	1 275	3 188	2 935	2 251	1 481	2 590	1 995	2 752	3 104	2 700	2 776	2 589
CREE Monterrey, NL	44 010	384	4 099	4 110	3 058	4 326	4 660	4 463	3 912	4 776	4 863	2 843	2 516
CREE Oaxaca, Oax.	20 375	974	1 977	1 940	1 546	1 911	2 285	2 321	2 113	1 180	1 855	1 529	744
CREE Puebla, Pue.	117 057	7 852	2 008	2 613	2 483	62 060	16 722	2 806	3 375	2 427	3 275	3 436	8 000
CREE Querétaro, Qro.	108 269	1 001	7 524	9 100	9 539	9 158	12 007	10 670	7 357	12 788	11 998	10 354	6 773
CREE Chetumal, Q. Roo	70 801	5 164	6 373	5 592	6 552	6 081	7 008	5 988	6 358	6 849	6 173	5 320	3 343
CREE San Luis Potosí, SLP	40 876	1 902	3 226	3 743	4 061	3 572	4 565	4 073	3 363	4 404	3 448	2 666	1 853
CREE Cd Victoria, Tamps.	51 761	3 272	4 165	4 042	3 538	4 034	5 590	4 576	3 034	6 702	4 727	5 241	2 840
CREE Jalapa, Ver.	28 513	1 327	2 411	2 437	2 635	2 224	3 016	2 884	2 677	2 772	2 673	2 085	1 372
CREE Mérida, Yuc.	42 363	2 500		1 243	2 909	2 722	4 263	4 147	3 283	5 158	6 301	5 761	4 076
CREE Guadalupe, Zac.	34 159	1 282	2 812	3 064	2 834	2 452	3 313	3 546	3 375	3 249	3 355	3 035	1 842
CRI Guadalajara, Jal.	90 114	6 273	6 727	6 480	2 973	6 250	8 255	9 849	8 754	10 794	9 312	7 687	6 760
CRI Cuernavaca, Mor.	36 339	1 875	3 659	3 627	3 322	3 381	3 594	3 289	2 545	2 173	3 439	3 134	2 301
CRI Cuautla, Mor.	26 709	1 864	2 460	2 275	2 442	1 973	2 720	2 623	2 308	2 414	2 356	1 984	1 290
CRI Ensenada, BC	10 623	441	624	895	1 101	934	1 193	1 063	1 141	695	1 208	787	541
Total descentralizados	644 891	43 314	58 180	61 290	51 739	52 742	60 403	55 959	49 029	60 389	61 746	56 463	33 637
CREE Saltillo, Coah.	78 867	5 158	5 826	6 833	4 777	7 520	7 969	6 382	6 418	7 662	7 747	7 622	4 953
CREE Colima, Col.	46 919	3 675	4 774	4 754	4 414	4 224	4 401	3 339	3 625	4 165	4 188	3 108	2 252
CREE Durango, Dgo.	85 903	5 184	10 561	10 775	9 034	5 202	6 353	5 548	4 484	8 083	8 132	7 374	5 173
CREE Gómez Palacio, Dgo.	37 897	2 202	3 042	4 129	2 612	3 256	4 300	2 847	2 612	3 507	3 994	3 197	2 199
CRIS Irapuato, Gto.	82 167	4 991	7 558	7 354	5 781	7 657	7 867	6 072	6 088	7 994	8 595	7 850	4 360
CREE Morelia, Mich.	56 792	3 272	4 566	4 943	4 374	4 315	6 706	6 163	4 643	5 013	4 346	4 877	3 574
CREE Hermosillo, Son.	47 415	3 619	4 347	3 397	4 072	4 016	4 971	4 546	2 997	4 553	4 280	3 871	2 746
CREE Villahermosa, Tab.	116 819	9 510	10 276	9 300	9 377	9 377	7 983	13 513	9 470	10 483	11 332	10 481	5 717
CRI Monclova, Coah.	28 420	1 295	2 154	2 842	2 222	2 612	3 388	2 490	2 718	2 955	2 623	1 916	1 205
CRI Torreón, Coah.	63 692	4 408	5 076	6 963	5 076	4 563	6 465	5 059	5 974	5 974	6 509	6 167	1 458

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.14. PAPD, Primera consulta en terapia ocupacional (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	11 304	535	1084	948	756	1226	1134	1042	843	1083	1092	934	627
Total D.F.	2 777	149	279	274	212	210	261	224	205	258	275	286	144
CRI Tlazocihualpilli, DF	185	4	15	10	12	8	16	7	8	37	34	14	20
CREE Iztapalapa, DF	972	56	104	96	78	87	79	83	70	74	88	109	48
CR Zapata, DF	1 424	85	138	139	114	108	150	119	124	133	141	104	69
CNP/RNCDV, DF	196	4	22	29	8	7	16	15	3	14	12	59	7
Total	7 575	318	726	576	473	930	759	738	578	727	735	576	439
CREE La Paz, BCS	182	17	15	20	10	19	33	29	13	7	6	10	3
CREE Campeche, Camp.	142	5	16	15	8	11	13	18	21	14	9	7	5
CREE Chihuahua, Chih.	350	25	26	45	28	44	20	33	11	41	31	31	15
CREE Chilpancingo, Gro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Toluca, Edo. Méx.	3 035	73	331	218	158	251	267	279	264	342	390	263	199
CREE Tepic, Nay.	230	10	13	27	14	11	23	30	29	29	18	13	13
CREE Monterrey, NL	363	17	23	18	11	48	45	54	32	23	34	29	29
CREE Oaxaca, Oax.	59	2	6	10	14	4	6	0	0	7	4	2	4
CREE Puebla, Pue.	1 011	37	44	46	45	390	91	45	42	84	59	68	60
CREE Querétaro, Qro.	456	7	79	51	42	47	54	30	23	47	35	22	19
CREE Chetumal, Q. Roo	187	2	10	31	32	6	27	15	24	14	6	10	10
CREE San Luis Potosí, SLP	270	20	21	11	24	16	30	31	26	28	25	18	20
CREE Cd Victoria, Tamps.	93	22	28	5	13	3	9	13	0	0	0	0	0
CREE Jalapa, Ver.	245	14	31	15	16	16	19	29	21	18	24	26	16
CREE Mérida, Yuc.	107	7	0	1	8	9	12	17	6	15	11	10	11
CREE Guadalupe, Zac.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Guadalajara, Jal.	508	40	55	37	26	33	70	64	40	31	50	42	20
CRI Cuernavaca, Mor.	232	12	17	17	16	14	30	43	20	12	24	19	8
CRI Cuautla, Mor.	105	8	11	9	8	8	10	8	6	15	9	6	7
CRI Ensenada, BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total descentralizados	952	68	79	98	71	86	114	80	60	98	82	72	44
CREE Saltillo, Coah.	215	20	17	12	12	24	27	22	13	30	15	14	9
CREE Colima, Col.	139	15	8	9	13	7	21	9	18	7	12	14	6
CREE Durango, Dgo.	263	18	25	50	19	23	29	17	12	22	18	19	11
CREE Gómez Palacio, Dgo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIS Irapuato, Gto.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Morelia, Mich.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Hermosillo, Son.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Villahermosa, Tab.	124	3	14	3	10	10	6	21	3	10	15	14	15
CRI Monclova, Coah.	155	10	13	15	15	15	24	11	11	18	15	5	3
CRI Torreón, Coah.	56	2	2	9	2	7	7	0	3	11	7	6	0

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.15. PAPD, Terapia ocupacional (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	251 809	12 805	21 325	22 582	20 556	20 233	25 826	23 095	21 106	23 439	24 444	22 015	14 383
Total D.F.	60 002	2 786	4 696	5 080	5 017	4 589	5 839	5 654	4 951	5 433	6 338	6 004	3 615
CRI Tlazocihualpilli, DF	5 282	225	302	438	536	397	470	382	309	459	725	579	460
CREE Iztapalapa, DF	23 312	1 120	1 637	1 813	1 941	1 944	2 046	2 058	1 940	1 910	2 623	2 872	1 408
CR Zapata, DF	26 197	1 331	2 349	2 409	2 196	1 858	2 733	2 613	2 223	2 558	2 531	1 981	1 415
CNP/RNCVDV, DF	5 211	110	408	420	344	390	590	601	479	506	459	572	332
Total	136 849	6 436	12 039	12 215	11 242	11 085	14 324	13 256	11 409	12 944	12 881	10 977	8 041
CREE La Paz, BCS	4 900	228	356	562	403	409	605	571	515	379	374	300	198
CREE Campeche, Camp.	7 254	174	327	386	349	657	903	738	656	933	926	742	463
CREE Chihuahua, Chih.	16 392	991	1 244	1 942	1 608	1 299	1 192	1 629	1 510	1 352	1 685	1 293	647
CREE Chilpancingo, Gro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Toluca, Edo. Méx.	26 034	540	2 766	2 294	1 825	2 479	2 775	2 355	2 234	2 695	2 427	2 125	1 519
CREE Tepic, Nay.	5 899	252	579	608	502	387	632	470	443	588	546	537	355
CREE Monterrey, NL	9 040	218	1 015	807	983	721	952	820	660	854	856	633	521
CREE Oaxaca, Oax.	477	30	44	63	74	51	53	0	0	38	58	24	42
CREE Puebla, Pue.	10 617	1 183	677	636	655	833	1 049	951	873	886	891	983	1 000
CREE Querétaro, Qro.	10 781	259	1 080	1 074	1 079	948	1 025	778	824	1 249	1 173	688	604
CREE Chetumal, Q. Roo	6 473	315	564	483	704	596	796	700	648	402	488	457	320
CREE San Luis Potosí, SLP	8 712	383	451	748	681	670	906	774	659	1 111	893	797	639
CREE Cd Victoria, Tamps.	2 880	366	806	515	459	84	355	295	0	0	0	0	0
CREE Jalapa, Ver.	5 186	315	584	567	515	464	641	422	415	197	239	548	279
CREE Mérida, Yuc.	6 250	160	0	73	327	407	728	926	410	950	938	771	560
CREE Guadalupe, Zac.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Guadalajara, Jal.	8 341	563	834	630	335	424	1 037	1 036	831	779	830	516	526
CRI Cuernavaca, Mor.	4 996	302	380	583	465	450	481	609	580	214	340	331	261
CRI Cuautla, Mor.	2 617	157	332	244	278	206	194	182	151	317	217	232	107
CRI Ensenada, BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total descentralizados	54 958	3 583	4 590	5 287	4 297	4 559	5 663	4 185	4 746	5 062	5 225	5 034	2 727
CREE Saltillo, Coah.	16 525	1 169	1 223	1 482	1 106	1 393	1 666	1 364	1 433	1 489	1 635	1 468	1 097
CREE Colima, Col.	11 610	943	1 140	993	906	954	1 140	637	849	1 171	1 197	956	724
CREE Durango, Dgo.	3 895	220	447	513	330	270	432	297	226	358	323	327	152
CREE Gómez Palacio, Dgo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIS Irapuato, Gto.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Morelia, Mich.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Hermosillo, Son.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Villahermosa, Tab.	6 926	220	482	591	628	628	584	1 001	602	649	606	551	384
CRI Monclova, Coah.	5 357	284	438	531	467	487	651	325	472	505	489	485	223
CRI Torreón, Coah.	10 645	747	860	1 177	860	827	1 190	561	1 164	890	975	1 247	147

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.16. PAPPD, Primera vez trabajo social (persona), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	132 150	7 982	10 967	11 636	11 366	12 693	14 071	11 436	10 231	11 987	12 955	10 283	6 543
Total D.F.	12 122	682	1 041	1 044	1 011	956	1 172	1 244	1 114	989	1 315	985	569
CRI Tlazocihualpilli, DF	2 742	165	180	272	261	228	268	206	210	277	286	224	165
CREE Iztapalapa, DF	4 375	236	433	351	365	372	439	333	413	302	525	403	203
CR Zapata, DF	3 234	203	263	269	262	231	312	308	337	289	368	253	139
CNP/RNCVDV, DF	1 771	78	165	152	123	125	153	397	154	121	136	105	62
Total	69 555	3 922	5 698	6 074	5 323	6 942	7 432	6 498	5 752	6 597	6 327	5 360	3 630
CREE La Paz, BCS	1 336	64	114	104	90	90	119	109	102	94	101	117	232
CREE Campeche, Camp.	2 391	173	195	174	200	190	230	209	209	209	250	221	131
CREE Chihuahua, Chih.	2 406	160	237	305	202	252	137	213	211	181	212	235	61
CREE Chilpancingo, Gro.	1 570	107	122	168	143	129	208	139	99	194	138	69	54
CREE Toluca, Edo. Méx.	4 193	178	424	379	319	373	430	384	458	380	372	257	239
CREE Tepic, Nay.	3 405	128	275	167	289	209	369	393	330	340	296	360	249
CREE Monterrey, NL	4 099	181	330	316	230	259	435	431	393	517	465	314	228
CREE Oaxaca, Oax.	2 567	209	305	272	213	244	260	207	280	180	196	123	78
CREE Puebla, Pue.	5 434	312	356	300	244	1 837	843	240	314	212	222	254	300
CREE Querétaro, Qro.	9 388	400	760	770	847	749	986	720	622	1 094	998	899	543
CREE Chetumal, Q. Roo	2 374	101	191	358	160	183	241	239	165	251	213	155	117
CREE San Luis Potosí, SLP	3 486	188	340	325	355	248	322	404	300	314	277	234	179
CREE Cd Victoria, Tamps.	2 592	185	263	230	240	189	293	190	133	282	174	266	147
CREE Jalapa, Ver.	1 897	115	205	163	182	117	186	188	103	181	201	144	112
CREE Mérida, Yuc.	2 440	175		227	228	185	247	316	207	219	294	214	128
CREE Guadalupe, Zac.	2 828	147	237	258	222	191	268	286	249	280	314	205	171
CRI Guadalajara, Jal.	10 410	777	829	925	350	801	1 158	1 186	945	1 171	1 004	846	418
CRI Cuernavaca, Mor.	4 237	163	300	387	516	464	503	465	400	257	369	283	130
CRI Cuautla, Mor.	2 016	132	165	189	244	208	135	153	187	202	187	130	84
CRI Ensenada, BC	486	27	50	57	49	24	62	26	45	39	44	34	29
Total descentralizados	50 473	3 378	4 228	4 518	5 032	4 795	5 467	3 694	3 365	4 401	5 313	3 938	2 344
CREE Saltillo, Coah.	5 620	327	374	769	626	446	575	320	421	540	512	466	244
CREE Colima, Col.	12 036	571	781	798	1 245	1 468	2 067	459	524	836	1 710	974	603
CREE Durango, Dgo.	3 572	254	398	393	315	221	338	325	275	269	365	269	150
CREE Gómez Palacio, Dgo.	1 457	106	149	138	105	109	112	87	72	193	131	140	115
CRIS Irapuato, Gto.	5 870	307	514	510	525	534	602	416	386	653	610	519	294
CREE Morelia, Mich.	3 014	189	272	266	307	231	266	264	314	200	314	256	135
CREE Hermosillo, Son.	6 251	583	543	580	704	614	529	590	386	613	462	388	259
CREE Villahermosa, Tab.	8 826	828	853	610	822	822	585	976	737	737	833	577	446
CRI Monclova, Coah.	1 790	62	103	184	142	239	214	105	70	206	201	190	74
CRI Torreón, Coah.	2 037	151	241	270	241	111	179	152	180	154	175	159	24

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.17. PAPPD, Piezas reparadas, 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	1 604	123	150	136	108	123	159	130	129	145	186	123	92
Total D.F.	321	21	20	15	27	32	24	39	25	50	32	31	5
CRI Tlazocihualpilli, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Iztapalapa, DF	163	7	9	6	18	19	4	28	11	25	11	24	1
CR Zapata, DF	158	14	11	9	9	13	20	11	14	25	21	7	4
CNP/RNCDV, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	763	57	67	75	48	45	82	56	63	47	109	61	53
CREE La Paz, BCS	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Campeche, Camp.	27	2	0	0	0	1	2	1	10	5	4	0	2
CREE Chihuahua, Chih.	38	2	3	3	6	3	6	3	2	3	3	3	1
CREE Chilpancingo, Gro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Toluca, Edo. Méx.	136	8	17	16	6	14	12	19	10	4	14	11	5
CREE Tepic, Nay.	10	1	4	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0
CREE Monterrey, NL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Oaxaca, Oax.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Puebla, Pue.	190	22	13	19	15	8	10	15	16	12	29	21	10
CREE Querétaro, Qro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Chetumal, Q. Roo	33	2	3	4	2	2	1	1	1	2	1	6	8
CREE San Luis Potosí, SLP	74	6	6	5	5	4	13	2	2	2	16	8	5
CREE Cd Victoria, Tamps.	14	0	4	3	2	0	1	0	0	1	3	0	0
CREE Jalapa, Ver.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Mérida, Yuc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Guadalupe, Zac.	14	0	0	3	1	0	1	1	1	3	2	0	2
CRI Guadalajara, Jal.	176	14	9	12	8	13	31	11	15	7	33	10	13
CRI Cuernavaca, Mor.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Cautla, Mor.	49	0	6	10	3	0	5	3	5	6	2	2	7
CRI Ensenada, BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total descentralizados	520	45	63	46	33	46	53	35	41	48	45	31	34
CREE Saltillo, Coah.	53	1	6	6	2	11	3	3	4	5	2	2	8
CREE Colima, Col.	178	18	23	19	10	17	17	10	15	23	14	8	4
CREE Durango, Dgo.	14	0	1	4	1	1	0	0	0	2	4	1	0
CREE Gómez Palacio, Dgo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIS Irapuato, Gto.	76	5	6	4	8	8	13	4	13	5	7	2	1
CREE Morelia, Mich.	84	9	8	4	8	3	12	4	0	9	10	7	10
CREE Hermosillo, Son.	34	3	6	3	0	2	2	8	2	0	2	6	0
CREE Villahermosa, Tab.	56	4	10	4	1	1	1	6	5	3	6	5	10
CRI Monclova, Coah.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Torreón, Coah.	25	5	3	2	3	3	5	0	2	1	0	0	1

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.18. PAPD, Piezas fabricadas, 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	27 830	1 702	2 482	2 278	2 160	2 317	2 508	2 327	2 054	2 710	3 125	2 316	1 851
Total D.F.	7 266	481	593	579	509	504	512	644	725	874	793	658	394
CRI Tlazocihualpilli, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Iztapalapa, DF	2 281	148	206	123	155	222	64	182	201	344	251	236	149
CR Zapata, DF	4 985	333	387	456	354	282	448	462	524	530	542	422	245
CNP/RNCDV, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	11 083	657	1 071	986	783	886	1 120	954	658	924	1 393	768	883
CREE La Paz, BCS	399	22	37	19	19	31	46	37	32	40	41	46	29
CREE Campeche, Camp.	275	14	24	26	18	15	32	32	16	24	32	24	18
CREE Chihuahua, Chih.	327	9	34	24	34	30	45	21	39	21	30	28	12
CREE Chilpancingo, Gro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Toluca, Edo. Méx.	1 437	26	161	96	171	118	134	91	115	158	169	87	111
CREE Tepic, Nay.	668	8	43	26	52	54	84	78	62	118	79	50	14
CREE Monterrey, NL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Oaxaca, Oax.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Puebla, Pue.	1 359	54	133	97	41	23	47	38	45	44	593	144	100
CREE Querétaro, Qro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Chetumal, Q. Roo	160	9	13	7	16	14	24	18	16	18	12	11	2
CREE San Luis Potosí, SLP	855	25	88	68	72	103	101	53	67	69	84	91	34
CREE Cd Victoria, Tamps.	152	0	5	5	9	19	33	5	4	45	5	11	11
CREE Jalapa, Ver.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Mérida, Yuc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Guadalupe, Zac.	1 115	40	95	119	59	114	91	106	91	115	124	82	79
CRI Guadalajara, Jal.	2 170	259	267	289	128	193	347	289	18	22	15	8	335
CRI Cuernavaca, Mor.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Cuautla, Mor.	2 166	191	171	210	164	172	136	186	153	250	209	186	138
CRI Ensenada, BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total descentralizados	9 481	564	818	713	868	927	876	729	671	912	939	890	574
CREE Saltillo, Coah.	1 045	93	58	90	77	100	82	82	92	86	120	120	45
CREE Colima, Col.	1 099	56	88	88	94	88	121	75	79	112	136	95	67
CREE Durango, Dgo.	911	49	92	76	74	84	92	56	64	95	76	92	61
CREE Gómez Palacio, Dgo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIS Irapuato, Gto.	1 193	64	107	83	102	106	115	90	106	103	131	104	82
CREE Morelia, Mich.	1 404	86	118	123	152	127	153	129	63	125	132	133	63
CREE Hermosillo, Son.	534	53	32	38	45	51	69	61	35	62	33	36	19
CREE Villahermosa, Tab.	2 462	75	267	138	268	268	194	178	139	246	241	237	211
CRI Monclova, Coah.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Torreón, Coah.	833	88	56	77	56	103	50	58	93	83	70	73	26

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.19. PAPD, Personas atendidas en taller, 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	12 594	863	1 057	1 113	1 015	1 013	1 189	1 039	977	1 185	1 328	1 041	774
Total D.F.	2 956	220	295	277	205	233	282	245	274	283	292	224	126
CRI Tlazocihualpilli, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Iztapalapa, DF	544	70	101	95	40	34	28	14	39	32	41	36	14
CR Zapata, DF	2 412	150	194	182	165	199	254	231	235	251	251	188	112
CNP/RNCDV, DF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4 055	282	354	333	314	270	374	334	279	401	528	297	289
CREE La Paz, BCS	176	5	14	10	10	11	24	25	10	12	22	16	17
CREE Campeche, Camp.	302	16	24	26	18	16	34	33	26	29	36	24	20
CREE Chihuahua, Chih.	34	2	4	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2
CREE Chilpancingo, Gro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Toluca, Edo. Méx.	817	19	94	66	90	64	80	65	63	82	90	47	57
CREE Tepic, Nay.	69	3	17	5	5	5	6	5	6	5	5	5	2
CREE Monterrey, NL	79	0	0	0	0	0	40	0	0	39	0	0	0
CREE Oaxaca, Oax.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Puebla, Pue.	771	50	53	51	50	48	50	50	49	50	220	50	50
CREE Querétaro, Qro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Chetumal, Q. Roo	250	20	16	21	21	26	20	16	18	25	25	25	17
CREE San Luis Potosí, SLP	233	14	14	23	30	3	8	20	23	35	26	28	9
CREE Cd Victoria, Tamps.	88	7	4	3	7	5	8	8	9	16	8	7	6
CREE Jalapa, Ver.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Mérida, Yuc.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CREE Guadalupe, Zac.	327	20	42	30	25	30	30	20	20	30	30	30	20
CRI Guadalajara, Jal.	286	30	31	33	16	21	39	45	8	11	9	8	35
CRI Cuernavaca, Mor.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Cuautla, Mor.	623	96	41	62	39	38	32	44	45	64	54	54	54
CRI Ensenada, BC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total descentralizados	5 583	361	408	503	496	510	533	460	424	501	508	520	359
CREE Saltillo, Coah.	529	41	41	49	39	41	44	44	36	44	51	51	48
CREE Colima, Col.	1 011	74	51	107	104	105	83	59	60	135	96	103	34
CREE Durango, Dgo.	459	25	58	41	37	32	47	28	32	45	40	45	29
CREE Gómez Palacio, Dgo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRIS Irapuato, Gto.	1 023	40	73	80	80	114	108	94	104	80	80	99	71
CREE Morelia, Mich.	1 071	90	84	99	100	89	100	90	60	60	100	100	99
CREE Hermosillo, Son.	431	46	25	25	45	43	56	54	28	39	26	25	19
CREE Villahermosa, Tab.	523	15	40	47	41	41	45	56	49	43	55	62	29
CRI Monclova, Coah.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CRI Torreón, Coah.	536	30	36	55	50	45	50	35	55	55	60	35	30

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.20. PAPD, Orientar e informar (personas), 2006

Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	221 167	12 345	15 776	31 038	17 574	19 639	28 653	21 337	17 902	20 531	14 511	11 717	10 144
Total D.F.	13 954	675	1 344	1 136	1 040	1 082	1 302	1 294	1 212	1 378	1 444	1 324	723
CRI Tlazochualpilli, D.F.	959	90	80	81	81	71	82	73	72	82	82	90	75
CREE Iztapalapa, D.F.	8 572	318	833	665	660	618	798	860	748	870	912	840	450
CR Zapata, D.F.	4 063	251	399	358	275	361	382	329	360	386	418	362	182
C.N.P/R.N.C.D.V., D.F.	360	16	32	32	24	32	40	32	32	40	32	32	16
Total	186 705	10 701	12 695	28 542	14 903	16 686	25 585	18 155	15 164	17 574	10 707	8 381	7 612
CREE La Paz, B.C.S.	6 538	381	133	321	119	76	302	445	527	575	616	1 266	1 777
CREE Campeche, Camp.	4 517	204	427	391	460	335	405	410	394	419	763	58	251
CREE Chihuahua, Chih.	837	38	72	48	83	64	111	89	100	67	165	0	0
CREE Chilpancingo, Gro.	3 550	400	350	300	200	200	300	200	200	400	400	400	200
CREE Toluca, Edo. Mex.	83 546	3 715	4 238	19 480	7 432	7 541	13 710	10 373	8 538	7 312	523	315	369
CREE Tepic, Nay.	2 490	44	361	384	218	169	213	215	142	250	123	222	149
CREE Monterrey, N.L.	5 608	422	560	354	0	404	1 066	159	656	689	771	0	527
CREE Oaxaca, Oax.	5 546	626	473	466	674	855	505	220	202	746	356	303	120
CREE Puebla, Pue.	3 811	100	378	300	100	550	2 000	150	100	15	18	20	80
CREE Queretaro, Qro.	12 128	592	1 237	1 253	966	1 272	950	1 034	980	1 321	792	836	895
CREE Chetumal, Q. Roo	4 025	260	350	385	320	385	385	260	260	390	390	384	256
CREE San Luis Potosí, SLP	1 112	55	102	115	100	102	103	90	100	105	118	72	50
CREE Cd. Victoria, Tamps.	3 324	63	120	115	197	877	288	288	112	661	180	257	166
CREE Jalapa, Ver.	17 105	2 095	1 415	1 608	1 698	1 925	1 145	1 483	1 266	1 433	1 727	1 059	251
CREE Merida, Yuc.	2 022	45	0	0	36	105	785	69	0	351	287	121	223
CREE Guadalupe, Zac.	20 131	1 089	1 627	1 889	1 318	959	2 352	1 721	749	2 004	2 464	2 182	1 777
CRI Guadalajara, Jal.	5 038	325	410	514	429	431	404	586	511	375	408	375	270
CRI Cuernavaca, Mor.	921	69	69	80	80	80	80	75	76	81	81	81	69
CRI Cuautla, Mor.	2 156	78	223	279	203	96	211	198	161	160	255	200	92
CRI Ensenada, B.C.	2 300	100	150	260	270	260	270	90	90	220	270	230	90
Total descentralizados	20 508	969	1 737	1 360	1 631	1 871	1 766	1 888	1 526	1 579	2 360	2 012	1 809
CREE Saltillo, Coah.	2 253	148	221	221	158	219	219	158	128	193	235	235	118
CREE Colima, Col.	2 390	143	285	216	137	242	166	93	171	230	259	161	287
CREE Durango, Dgo.	2 476	40	101	62	96	91	210	164	393	0	451	500	368
CREE Gomez Palacio, Dgo.	2 455	118	278	251	201	253	195	56	88	245	259	306	205
CRIS Irapuato, Gto.	387	15	20	25	35	35	40	40	30	40	42	40	25
CREE Morelia, Mich.	141	0	19	15	23	13	12	5	0	22	32	0	0
CREE Hermosillo, Son.	2 051	117	261	170	149	217	248	176	132	146	145	185	105
CREE Villahermosa, Tab.	4 526	318	358	138	540	540	124	975	341	160	449	294	289
CRI Monclova, Coah.	2 350	15	60	162	158	221	340	169	73	388	275	155	334
CRI Torreon, Coah.	1 479	55	134	100	134	40	212	52	170	155	213	136	78

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.1.21. PAPD, Orientar e informar (evento), 2006

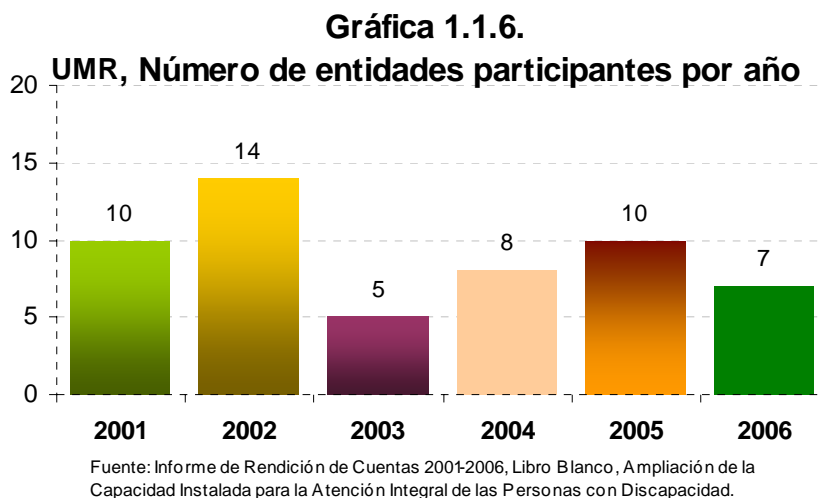
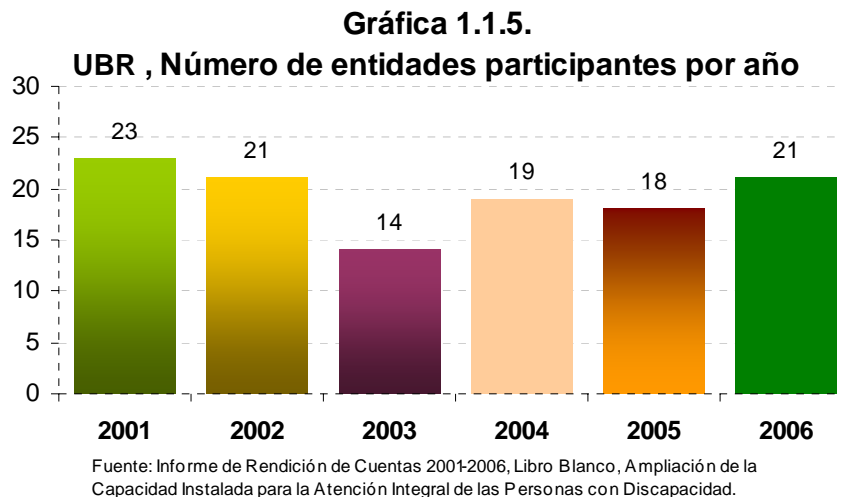
Centro	Acumulado	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Gran total	19 754	1 181	781	3 399	3 570	4 001	1 638	947	1 030	1 355	775	632	445
Total D.F.	647	29	64	51	51	55	63	60	56	62	65	60	31
CRI Tlazocihualpilli, D.F.	45	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3
CREE Iztapalapa, D.F.	412	17	42	30	34	34	41	40	36	37	42	40	19
CR Zapata, D.F.	145	7	14	13	10	13	13	13	12	16	15	12	7
C.N.P./R.N.C.D.V., D.F.	45	2	4	4	3	4	5	4	4	5	4	4	2
Total	17 906	1 093	617	3 261	3 426	3 844	1 460	784	892	1 186	573	454	316
CREE La Paz, B.C.S.	577	81	22	25	20	40	27	62	57	71	57	62	53
CREE Campeche, Camp.	260	10	26	23	24	20	25	23	23	23	41	7	15
CREE Chihuahua, Chih.	66	3	4	3	7	5	8	6	8	9	13	0	0
CREE Chilpancingo, Gro.	49	10	4	4	3	3	3	4	4	4	4	4	2
CREE Toluca, Edo. Mex.	12 081	327	228	2 822	3 014	3 366	748	354	484	657	33	25	23
CREE Tepic, Nay.	340	7	41	35	27	26	26	27	21	41	35	31	23
CREE Monterrey, N.L.	739	440	20	27	0	18	52	31	41	47	44	0	19
CREE Oaxaca, Oax.	333	24	28	28	37	49	30	22	21	35	28	19	12
CREE Puebla, Pue.	340	10	10	11	11	44	216	15	11	2	3	3	4
CREE Queretaro, Qro.	550	29	43	54	44	50	56	44	40	62	51	45	32
CREE Chetumal, Q. Roo	125	8	11	12	10	12	12	8	8	12	12	12	8
CREE San Luis Potosí, SLP	32	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	1
CREE Cd. Victoria, Tamps.	263	12	17	17	23	32	25	25	14	36	24	22	16
CREE Jalapa, Ver.	768	74	61	52	90	68	67	72	66	57	81	69	11
CREE Merida, Yuc.	81	4	0	0	4	4	33	2	0	14	12	4	4
CREE Guadalupe, Zac.	725	28	54	81	48	54	78	40	45	64	78	91	64
CRI Guadalajara, Jal.	259	9	21	33	31	21	20	25	26	20	21	19	13
CRI Cuernavaca, Mor.	65	5	5	6	6	5	5	6	6	6	6	6	3
CRI Cuautla, Mor.	118	5	10	10	9	9	10	10	9	10	11	17	8
CRI Ensenada, B.C.	135	6	9	15	16	15	16	5	5	13	16	14	5
Total descentralizados	1 201	59	100	87	93	102	115	103	82	107	137	118	98
CREE Saltillo, Coah.	99	6	7	7	6	10	10	9	9	9	10	10	6
CREE Colima, Col.	149	7	23	13	13	14	10	8	11	20	12	10	8
CREE Durango, Dgo.	128	3	6	4	9	7	11	9	10	0	26	24	19
CREE Gomez Palacio, Dgo.	315	18	21	29	16	26	46	9	15	35	33	32	35
CRIS Irapuato, Gto.	30	1	2	2	3	3	3	3	2	3	3	4	1
CREE Morelia, Mich.	8	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0
CREE Hermosillo, Son.	104	6	9	8	9	11	9	9	6	10	8	11	8
CREE Villahermosa, Tab.	202	13	19	9	21	21	6	43	16	8	20	14	12
CRI Monclova, Coah.	79	1	3	7	6	8	7	8	4	11	13	6	5
CRI Torreon, Coah.	87	4	9	7	9	1	12	4	9	10	11	7	4

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Debido a que las UBR y UMR forman parte de las metas presidenciales derivadas del Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006, las Gráficas 1.1.5 y 1.1.6 expresan lo logrado en el sexenio en cuanto al número de entidades participantes.



El programa estuvo presente en las 32 entidades en el caso de las UBR y en 30²⁹ en el caso de las UMR. Además, se abrieron un total de 689 UBR siendo 2001 el año en que más entidades participaron para el programa (158 entidades). Las entidades que adquirieron mayor número de UBR en el sexenio son: Puebla, Guerrero, Hidalgo, Zacatecas y Michoacán; en el extremo opuesto se encuentran Tabasco, Quintana Roo, Colima, Guanajuato y Baja California. En el caso de las

²⁹ Querétaro y Distrito Federal no participaron.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

UMR el año con más unidades adquiridas fue 2002 (14 unidades). Las entidades que tienen más de dos unidades son Nuevo León, Coahuila, Chiapas y Puebla; en el sexenio el número de UMR fue de 58.

Cuadro 1.1.22. UBR-UMR, Entidades participantes y numero de unidades adquiridas, 2001-2006

Estado	UBR							UMR						
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Total
Total	158	92	77	94	155	113	689	10	14	5	12	10	7	58
Aguascalientes	4			2			6		1		1			2
Baja California			2	2		1	5		1			1		2
Baja California Sur	10						10		1					1
Campeche	9	2					11		1					1
Coahuila	5	4	6	5		7	27	1	1	2				4
Colima	3						3	1						1
Chiapas		10			11		21	1		1	2			4
Chihuahua		1	4		8	1	14					2		2
Distrito Federal	1			2		3	6							0
Durango	2	2	7		5	3	19					1		1
Guanajuato		2		1		2	5		1		1			2
Guerrero	6	2		8	6	20	42	1					1	2
Hidalgo	9	2	2	9	20		42	1		1				2
Jalisco	10	6	5	10			31		1					1
Estado de México	11	8			7		26	1						1
Michoacán			7	14	10	7	38			1				1
Morelos	8	7	6	1	2	1	25			1				1
Nayarit	6	4	1			6	17		1				1	2
Nuevo León	5	5	7	2	6	1	26	1	1	4	1	1		8
Oaxaca	5		15	12			32	1						1
Puebla	10	7	6		20	10	53	1				2		3
Querétaro					11		11							0
Quintana Roo						3	3			1			1	2
San Luis Potosí	12	6	6	4	3	2	33	1				1		2
Sinaloa	10	4		3	6	6	29	1					1	2
Sonora		5		4		6	15				1			1
Tabasco	2						2	1						1
Tamaulipas	3	3		2	1	7	16	1						1
Tlaxcala	4		3	3	6	6	22						1	1
Veracruz	15	5		7	5	6	38	1		1				2
Yucatán		4		3	4	10	21	1					1	2
Zacatecas	8	3			24	5	40	1	1					2
Entidades participantes	23	21	14	19	18	21		10	14	5	8	10	7	

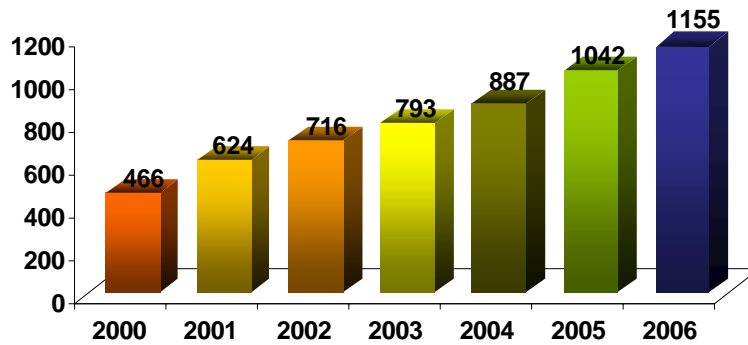
Fuente: Informe de Rendición de Cuentas 2001-2006, Libro Blanco, Ampliación de la Capacidad Instalada para la Atención Integral de las Personas de Discapacidad.

En las Gráficas 1.1.7 y 1.1.8 se presenta el crecimiento acumulado de las UBR y las UMR a partir de 2000.



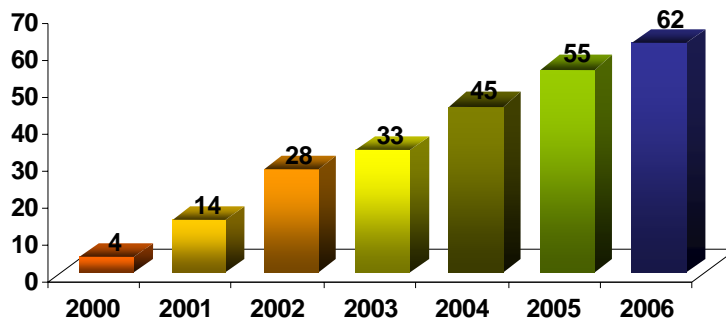
Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Gráfica 1.1.7.
UBR, Número de unidades



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

Gráfica 1.1.8.
UMR, Número de unidades



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

1.1.5 Costo-beneficio de los recursos asignados

Dado que la información disponible no permite calcular los costos indirectos del subprograma, el equipo evaluador recurrió a una aproximación subjetiva a partir de la percepción de los beneficiarios entrevistados quienes otorgaron un valor monetario por el servicio recibido, considerando no sólo la problemática que aquél atiende sino otros rubros implícitos como la calidad y calidez del personal del DIF, las instalaciones, etc. Este valor fue de \$18 489.9³⁰ en tanto el promedio que paga el usuario en un año es de 2 614.5 pesos. Por lo tanto, la diferencia se establece como un acercamiento del beneficio obtenido en relación con el costo, con base en un valor social, como se muestra en la gráfica 1.1.9.

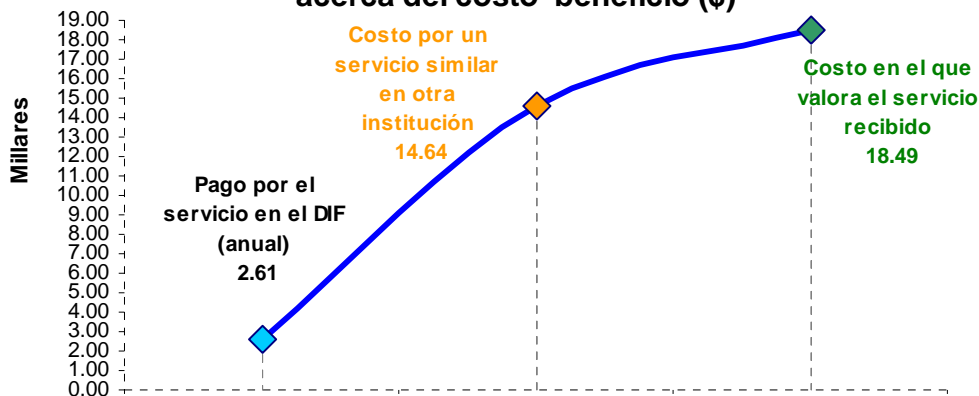
³⁰ La pregunta específica en la EE-SNDIF-06 es ¿En cuánto valora el servicio recibido?



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Es de resaltar lo valioso que juzga el usuario el servicio que obtiene del programa ya que, si se compara lo que paga anualmente con lo que valora el servicio recibido y, además, se considera lo que pagaría en otra institución, sin duda el costo de oportunidad y el costo beneficio es muy alto.

Gráfica 1.1.9. PAPD, Percepción de los beneficiarios acerca del costo beneficio (\$)



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06

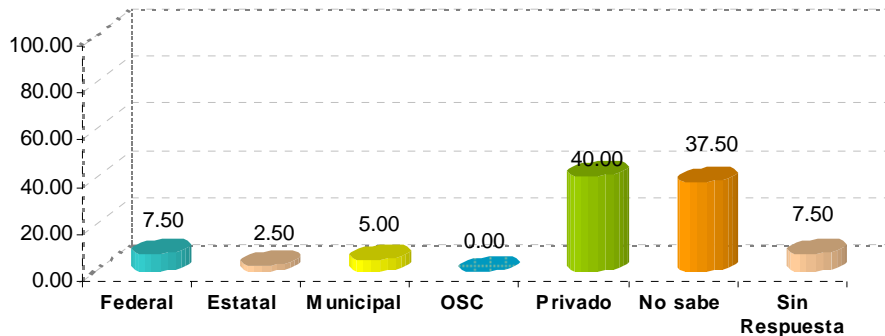
Es importante destacar lo anterior ya que en la encuesta, los beneficiarios entrevistados expresaron que en el caso de que no existiera el DIF, su segunda opción sería una institución privada, lo que representaría un costo elevado y, por lo tanto, la posibilidad de recibir el servicio sería casi inalcanzable, ya que en la mayoría de los casos y dependiendo de la discapacidad los pacientes reciben más de un tipo de atención o terapia a la semana.³¹

³¹ Por ejemplo algunos pacientes necesitan terapia física y de lenguaje y, por lo regular, cada terapia se imparte dos o tres veces por semana, lo cual representa un gasto muy fuerte para la mayoría de las personas que se encuentran en esta situación.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Gráfica 1.1.10. PAPD, Otra institución a la que se acudiría si no existiera el DIF (%)



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06

En la mayoría de los centros, la prestación de los servicios es objeto de una cuota de recuperación que se establece mediante una valoración socioeconómica que en función del ingreso económico familiar y del número de integrantes de la familia, determina su monto para los diversos servicios estableciendo 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).

1.1.6 Cumplimiento de las metas físicas y financieras

De acuerdo con los datos proporcionados por el área responsable, las metas no sólo se cumplieron sino que se sobrepasaron, pero esto resulta engañoso porque las actividades programadas en la mayoría de los casos fueron mucho menores que en 2005. Esto hace que las metas sean superadas ampliamente en el presente año, lo cual resulta preocupante pues parece que se baja lo programado para aparentar un cumplimiento mayor de metas.

Sin embargo, lo que es alarmante es que las acciones reales de prevención y atención a la discapacidad están disminuyendo año con año. Por ejemplo, la mayoría de las acciones realizadas tienen un decremento que va desde -1.6% (personas atendidas con alguna discapacidad) hasta -31.7% (detección de personas con enfermedades y discapacidad). Este dato debe tomarse en consideración y no debe subestimarse la capacidad de los centros. Las metas deben superarse en relación con el año anterior y no con lo programado en el año (véase Cuadro 1.1.23).

Orientar e informar acerca de la discapacidad

En los centros de rehabilitación se efectuaron 19 754 eventos de orientación e información acerca de la discapacidad a los que asistieron 221 167 personas.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Ambas metas sobrepasaron lo programado en 2006 con 148.7 y 87.0 por ciento, respectivamente. Comparando 2005 y 2006, los datos muestran una diferencia de 37.1% y -24.5% respectivamente, que significa una mayor cantidad de servicios *pero con una menor asistencia de personas durante 2006.*

Cuadro 1.1.23. PAIPD, Cumplimiento de las metas y avance, 2005-2006

Concepto	Unidad de medida	2005		2006		Variación %			Avance %
		Programado (a)	Real (b)	Programado (c)	Real (d)	2005 b/a	2006 d/c	2006/2005 d/b	2006
Prevención de la Discapacidad									
Orientar e informar acerca de la discapacidad	Evento	8 490	14 409	7 944	19 754	69.7	148.7	37.1	248.7
	Persona	147 590	292 761	118 272	221 167	98.4	87.0	-24.5	187.0
Detectar enfermedades y la discapacidad	Persona	87 334	142 393	65 003.0	97 283.0	63.0	49.7	-31.7	149.7
Atención de la Discapacidad									
Atender la discapacidad	Consulta	1 095 846	1 148 143	1 075 581	1 120 022	4.8	4.1	-2.4	104.1
	Persona	249 714	261 546	250 247	257 373	4.7	2.8	-1.6	102.8
Proporcionar terapia rehabilitatoria	Persona	82 654	73 995	83 700	75 799	-10.5	-9.4	2.4	90.6
	Sesión	2 273 798	2 626 738	2 430 050	2 516 087	15.5	3.5	-4.2	103.5
Proporcionar ayudas funcionales	Persona	14 179	13 545	12 485	12 594	-4.5	0.9	-7.0	100.9
	Pieza	30 378	31 865	28 378	29 434	4.9	3.7	-7.6	103.7
Personas reintegradas al ámbito familiar y social	Personas	15 551	14 765	14 824	14 008	-5.1	-5.5	-5.1	94.5

Fuente: Coordinación Técnica de Apoyo Administrativo. Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.

Detección de enfermedades y de la discapacidad

Durante 2006, la valoración y detección de procesos de discapacidad se llevó a cabo en 97 283 personas, lo que representó 49.7% más de lo programado en el año. Aunque se rebasaron las metas fácilmente en el año, esta actividad es un reflejo claro de lo mencionado anteriormente acerca de la disminución con respecto 2005 a ya que es muy considerable la caída de un año a otro en el número de personas detectadas -31.7%, siendo la caída más alta en las actividades.

Atención de la Discapacidad³²

Mediante 1 120 022 consultas médicas especializadas y de atención en las áreas de psicología, trabajo social y estudios de gabinete, en los centros de rehabilitación se realizaron 257 373 valoraciones de personas con alguna discapacidad. En 2006, el número de consultas otorgadas sobrepasó lo programado anual en 4.1%. Caso similar ocurrió con el número de personas

³² El servicio que ofrece el DIF constituye alrededor de 80% de la oferta de las instituciones públicas para la población abierta.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

atendidas (2.8%), sin embargo, nuevamente se recalca que en comparación con el año anterior se presentan variaciones negativas (-2.4 y -1.6%).

Terapia rehabilitatoria

El tratamiento para la rehabilitación de las personas con alguna discapacidad se realizó mediante 2 516 087 sesiones de terapia física, ocupacional y de lenguaje proporcionadas a 75 799 personas. La población con alguna discapacidad atendida registró un avance de 90.6% en el año (-9.4% de lo programado anual) y aún así presenta un incremento de 2.4% con respecto a 2005. En cambio, las sesiones ofrecidas por los centros sobrepasaron lo programado (103.5%) y, sin embargo, se brindaron menos servicios que en 2005 (-4.2%).

Proporcionar ayudas funcionales

En 2006 se fabricaron o repararon 29 434 piezas de órtesis, prótesis y otras ayudas funcionales, atendándose a 12 594 personas. La demanda de este servicio tiene una relación directa con el tipo y grado de la discapacidad que presentan los usuarios que se atienden en los centros de rehabilitación. Entre lo programado y lo efectuado para 2006 se registró una diferencia positiva de 3.7% en piezas y 0.9% en personas con respecto a lo programado para ese periodo. En comparación con 2005, los datos muestran que durante 2006 se atendieron 1 694 personas (-7.0%) y se entregaron 2 000 piezas fabricadas o reparadas menos (7.6%).

UBR Y UMR

En el caso de las de las UMR y las UBR en el sexenio se atendieron alrededor de 845 000 usuarios, cifra que sumado a lo acumulado hasta 2000 (472 000) da un total de 1 317 000 usuarios. Lo anterior refleja un aumento considerable en cuanto a la instalación de servicios de primer nivel de atención en el sexenio, superando en 2.9% la meta programada, véase cuadro 1.1.24.

Cuadro 1.1.24 UMR-UBR, Resultados generales del programa

Unidades	Acumulados al año 2000	Sexenio 2001-2006	Acumulado al año 2006	Meta programada
UBR creadas	466	689	1 155	
UMR creadas	4	58	62	
Usuarios potenciales	472 000	845000	1 317 000	1 280 000

Fuente: Informe de Rendición de Cuentas 2001-2006, Libro Blanco, Ampliación de la Capacidad Instalada para la Atención Integral de las Personas con Discapacidad.

1.1.7 Escenario prospectivo

En la actualidad, cada vez son mayores la incorporación y el reconocimiento de los grupos vulnerables dentro las políticas sociales del Estado. De esta forma,



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

jóvenes, niños, mujeres, ancianos y personas con alguna discapacidad dejaron de ser meros objetos de asistencia o de caridad pública, para asumir su condición de sujetos de derechos universalmente reconocidos. Esto ha implicado, desde el ámbito de la discapacidad, que se produzcan importantes cambios en el ámbito político, legal, cultural y social.

Se ha ido creando una conciencia que se ve reflejada en el país: los estados han incrementado año con año su cuota de responsabilidad y atención a los requerimientos de las personas con alguna discapacidad y con ello ha aumentado la necesidad de atender nuevas y distintas áreas de la especialidad, lo que implicará mayor asesoría multiprofesional y mayores recursos, además de surgir nuevas instituciones privadas u OSC que van tomando a su cargo la demanda comunitaria y el compromiso para satisfacerla.

Lo anterior implica la necesidad de definir mejores programas y acciones que deberán actualizarse constantemente a las realidades de la sociedad. Para alcanzar la plena integración social de las personas con alguna discapacidad, fortalecer la tolerancia y el respeto a la diferencia se tendrá que provocar un cambio más profundo en tres ámbitos: en el seno familiar (inculcar valores fundamentales); la institución escolar (ente socializador de nuevas generaciones); y difusión (medio de información) mediante las instituciones estatales encargadas o creando un compromiso con algunos medios de comunicación masivos.

Un aspecto positivo observado es que en algunas entidades las UBR han comenzado a tener mayor presencia y el número de pacientes y de sesiones se han incrementado.³³

De acuerdo con las entrevistas efectuadas a los responsables del Programa, las UBR necesitan mecanismos para fortalecerse pues, aunque el apoyo del SNDIF es constante, existe presión para la apertura de nuevas unidades en lugar de consolidar las ya instaladas.

Es así que varias UBR constantemente solicitan equipo, materiales o insumos básicos lo que denota que su estado físico no es el ideal para brindar un servicio con calidad.

El equipo evaluador considera que si bien las unidades y los programas descentralizados en materia de rehabilitación son responsabilidad de los gobiernos locales, aun así podría desarrollarse un programa de fortalecimiento de las UBR basado en la coinversión en el cual el SNDIF proporcione metodologías al personal responsable para administrar y otorgar mayor autosustentabilidad.

³³ Sin embargo, el buen de funcionamiento varía ya que depende mucho de los municipios.



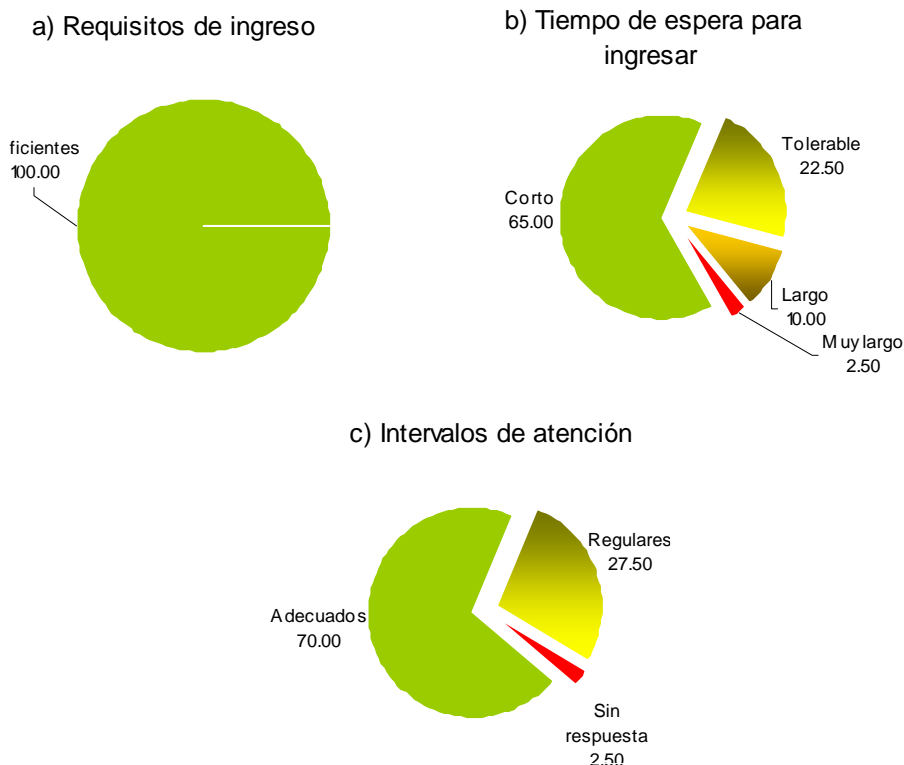
Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Algo similar sucede en las UMR pues su funcionamiento 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. Desgraciadamente, en algunos estados la UMR no ha funcionado para el fin que fue comprada ya que no existe una programación, ni rutas específicas para la unidad, por lo que sólo es utilizada espontáneamente. Por tal motivo, el equipo evaluador también recomienda un programa de fortalecimiento y exigencia en los estados para que las UMR funcionen para el fin que fueron creadas.

1.1.8 Conclusiones y recomendaciones

EL SNDIF es una institución con una gran experiencia y reconocimiento debido a su trayectoria en el tratamiento de personas con alguna discapacidad y cumple con otorgar un servicio de calidad, como lo muestran las gráficas 1.1.11 y 1.1.12.

Gráfica 1.1.11. PAPD, Evaluación de los servicios (%)

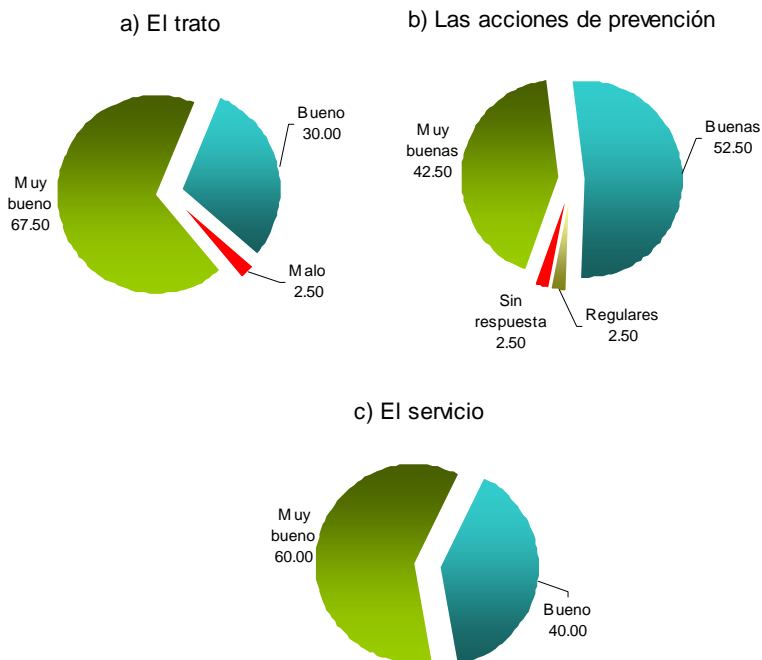


Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Gráfica 1.1.12. PAPP, Evaluación de la calidad en la atención



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06

Para poder otorgar un servicio de calidad será necesario cuidar el aspecto de capacitación y actualización de recursos humanos. La atención a personas con alguna discapacidad requiere una preparación constante en el área de diagnóstico y tratamiento ya que éstos muestran constantes cambios que se ven reflejados en avances científicos y tecnológicos para mejorar su calidad de vida. La percepción de los beneficiarios acerca de los recursos humanos se muestra en la Gráfica 1.1.13.



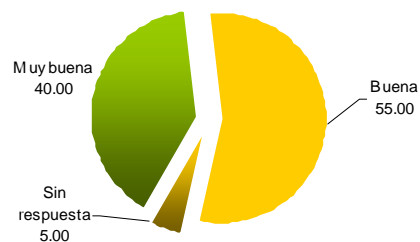
Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Gráfica 1.1.13. PAPD, Evaluación de los recursos humanos (%)

a) La cantidad de personal administrativo



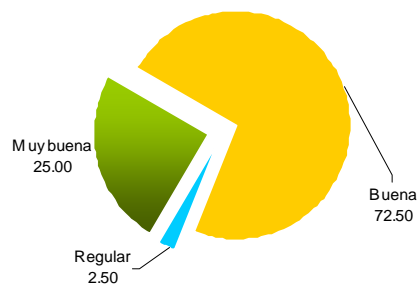
b) La calidad del personal administrativo



c) La cantidad del personal especializado



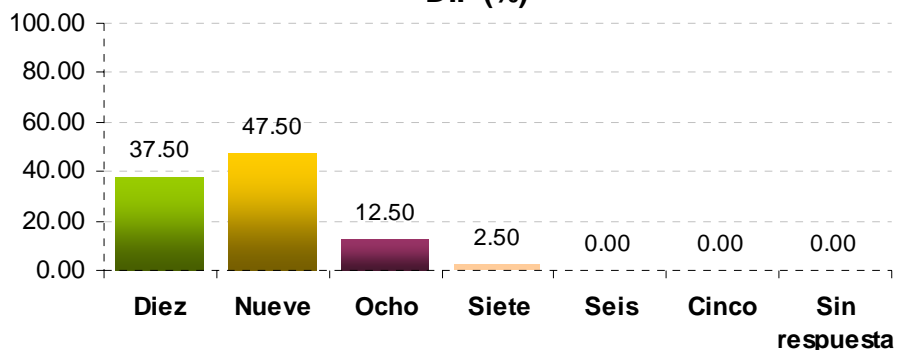
d) La calidad del personal especializado



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06

Los beneficiarios encuestados asignaron altas calificaciones tanto a los servicios proporcionados como al personal que lo lleva a cabo y, desde su punto de vista, los beneficios son permanentes (90.0%).

Gráfica 1.1.14. PAPD, Calificación a los servicios del DIF (%)

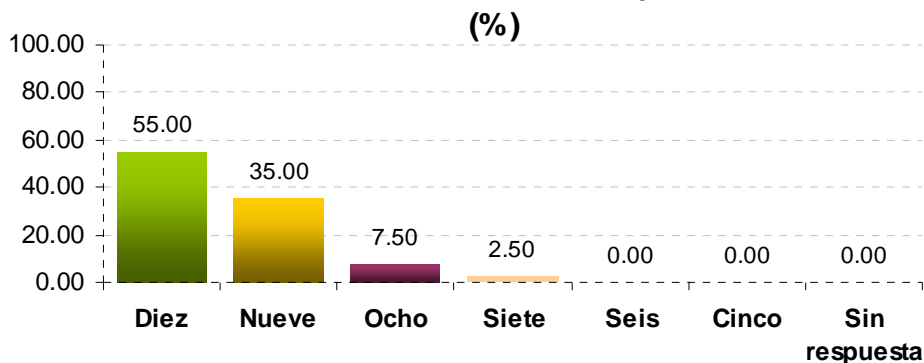


Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Gráfica 1.1.15. PAPD, Calificación al personal del DIF



Fuente: Elaboración propia con base en el trabajo de campo de la EE-SNDIF-06

El equipo evaluador considera que los CREE y CRI deben continuar, sin embargo, se recomienda:

- Seguir impulsando los programas “innovadores” en cuanto a cobertura y seguimiento en los estados, procurando que todos tengan un micrositio en Internet
- Realizar un plan de difusión que abarque medios masivos de comunicación
- Concluir el SNIAS³⁴ ya que actualmente no es posible saber como mínimo el número y sexo de las personas con alguna discapacidad.
- Seguir apoyando las políticas de modificación de infraestructura urbana para mejorar la accesibilidad.
- Realizar convenios con la SEP para hacer -de forma más clara y eficiente- la detección de niños que presenten alguna discapacidad e incorporarlos a la enseñanza escolar, especialmente en las zonas rurales.
- Trabajar en conjunto con la SEP, en correspondencia con la política de inclusión educativa, para aprovechar la experiencia en CTA de los centros del DIF, de forma que puedan brindarse cursos de capacitación a maestros.
- Evitar la subutilización debido a la falta de personal y a la discreta pero constante fuga de capital humano debido a los salarios bajos (en comparación con la iniciativa privada o incluso con otras instancias públicas).

³⁴ Base de datos que contiene, entre otros, el historial clínico del paciente en todos los centros del país.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Implementar una cartilla³⁵ de Neurodesarrollo (CN) con el objetivo de detectar a una edad temprana alteraciones que podrían ser causantes de un retraso psicomotor o, en casos más severos, convertirse en un daño irreversible.
- Contar con padrones nacionales de beneficiarios que -como mínimo- contengan el nombre, sexo, CURP, RFC, tipo de apoyo que recibe, etcétera. En este sentido es indispensable sensibilizar a los SEDIF para que cumplan con entregar la información con el fin de dar cumplimiento al Decreto por el que se crea el SIPP-G³⁶ así como tener indicadores de mejor calidad, los cuales podrán desglosarse por género, edad, tipo de discapacidad, etcétera.
- Incluir en toda la papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción que adquieran las dependencias y entidades para los programas la siguiente leyenda: “Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”.

En cuanto a las UBR y las UMR se recomienda:

- 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
- Mejorar las condiciones del precio, capacitación y tiempo de entrega, mediante la coordinación con instituciones internacionales de atención a la discapacidad,
- Desarrollar un programa de fortalecimiento de las UBR basado en la coinversión
- Capacitar al personal responsable para administrar y otorgar mayor autosustentabilidad.
- Realizar un programa o convenio de fortalecimiento y exigencia en los estados para que las UMR funcionen para el fin que fue hecho.

³⁵ Esta cartilla es implementada en el estado de Durango.

³⁶ Decreto por el que se crea el Sistema Integral de Información de Padrones de Programas Gubernamentales, Diario Oficial, Jueves 12 de enero de 2006.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Contar con padrones nacionales de beneficiarios con el fin de dar cumplimiento al Decreto por el que se crea el SIPP-G.
- Incluir en toda la papelería, documentación oficial, así como la publicidad y promoción que adquirieran las dependencias y entidades para los programas la siguiente leyenda: “Este programa es de carácter público, no es patrocinado ni promovido por partido político alguno y sus recursos provienen de los impuestos que pagan todos los contribuyentes. Está prohibido el uso de este programa con fines políticos, electorales, de lucro y otros distintos a los establecidos. Quien haga uso indebido de los recursos de este programa deberá ser denunciado y sancionado de acuerdo con la ley aplicable y ante la autoridad competente”.

2.1.9 Avance en la incorporación de las recomendaciones emitidas en las evaluaciones anteriores

A continuación se presentan las recomendaciones hechas al Programa PAPD en las evaluaciones 2004 y 2005 y las acciones realizadas por el personal responsable al cierre de 2006.

- Colocar personal para selección de la atención tipo ventanilla única para lograr una mejor focalización y agilizar el registro e identificación de los beneficiarios mediante una base de datos

Esta recomendación ha sido implementada en algunos centros, sin embargo, en la mayoría no existe el equipo ni el personal capacitado para realizar la actividad.

- Incluir información en el Sistema de Información Federal, Estatal y Municipal³⁷ (SIFEM), o en una base de datos a nivel estatal interrelacionada con él, para identificar a los pacientes y reducir los tiempos de atención en la etapa de valoración.

No ha sido atendida. El propósito es que la información pueda ser utilizada como insumo en análisis más profundos, por ejemplo, para:

- 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.
- Contabilizar el número de beneficiarios que se están cubriendo, etapa de recuperación y determinar los tiempos de atención que deberá recibir cada beneficiario de acuerdo con el tipo de discapacidad que padece.

³⁷ Actualmente se denomina SNIAS.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Generar diagnósticos muy precisos de cada una de las enfermedades y sus variantes en cuanto a género, edad, ubicación geográfica,
- 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*.

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

- Definir y actualizar constantemente las cuotas de recuperación y determinar cuotas de recuperación más reales.

No ha sido atendida en la mayoría de los centros del país a pesar de que el mantenimiento del equipo e inmobiliario de los centros es costoso y sin duda la actualización de las cuotas podría ser un mecanismo de solventar algunos gastos.³⁸

- Incorporar mayor información al estudio socioeconómico.

No ha sido atendida. Las preguntas sugeridas son: cuántas personas están apoyando a una familia con un discapacitado, cuántos programas están otorgando becas para este tipo de pacientes, en qué condiciones laborales se encuentran (saber si están jubilados por su discapacidad, cuál es el monto de sus percepciones, si están en un mercado laboral informal, etc.).

- Incluir en el presupuesto el mantenimiento de la maquinaria y equipo especializado en los SEDIF.

Es una constante en los recorridos a las instalaciones en cada uno de los estados visitados que existe equipo inoperante por la falta de mantenimiento y /o por inexistencia de refacciones necesarias para su reparación. Al parecer se trata de equipo estatal para el cual el SEDIF

³⁸ En entrevistas con beneficiarios nos percatamos que sus cuotas no han sido modificadas desde hace más de cinco años y muchos de ellos pagan cuotas muy bajas. Sin embargo, dada su situación socioeconómica, podrían tener una cuota superior a la que actualmente pagan.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

correspondiente no previó esos gastos en el presupuesto anual del programa.

- Definición de rutas en cada estado para acercar los servicios que presta las UMR.

En muchos de los estados no existen rutas reportadas para las umr, lo cual representa que las unidades no están en uso, dando como resultado una subutilización del equipo y desperdicio de inversión.

1.2 Profesionalización para la Atención de la Discapacidad

1.2.1 Marco de referencia

La atención a las personas con alguna discapacidad necesita el impulso de políticas y programas sociales de corte asistencial que permitan ampliar el horizonte de la rehabilitación. Para mejorar el nivel de salud de las personas con alguna discapacidad es necesario contar con programas de rehabilitación integral que sirvan como fortaleza para abatir las causas de enfermedad, muerte prematura y secuelas por accidentes. Las instituciones que otorgan los servicios son el mejor lugar para formar recursos humanos especializados ya que son ellas las que cuentan con el personal y experiencia necesaria para ofrecer un servicio con calidad.

La formación de recursos humanos es de un alto impacto social, ya que permite la atención oportuna de la discapacidad evitando sus grados más avanzados y severos, propiciando con ello una mejor rehabilitación y reintegración social. A pesar de no ser una institución educativa, el SNDIF ofrece la Especialización en Medicina de Rehabilitación además de formar Profesionales especializados en rehabilitación.

Especialización en Medicina de Rehabilitación el SNDIF

El SNDIF imparte la Especialización en Medicina de Rehabilitación desde 1987 con el objetivo de formar recursos humanos con el nivel de posgrado. La finalidad de la especialización se enfoca a crear médicos especialistas en la atención de la discapacidad que tenga los conocimientos acerca de los factores de riesgo que puedan causar deficiencia, discapacidad o minusvalía y desarrollar acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento de rehabilitación integral y pronóstico, con sentido de responsabilidad profesional y humana. Las sedes³⁹ en donde se imparten estos cursos son: a) el Centro Nacional Modelo "Gaby Brimmer" (DF)⁴⁰; b)

³⁹En las tres sedes se otorgan becas a los médicos residentes.

⁴⁰Con reconocimiento de la UNAM.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

el CRI Guadalajara (Jalisco)⁴¹ -que anualmente ofrecen diez plazas por grado, y c) el CREE Toluca,⁴² que oferta cuatro plazas por grado.

El curso de Especialidad en Medicina de Rehabilitación se otorga en la modalidad de Residentes Becarios,⁴³ que son aquellos médicos titulados que presentan y aprueban el Examen de Selección Nacional de Aspirantes a las Residencias Médicas que organiza la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud, los cuales tienen reconocimiento universitario y derecho a las prestaciones que la ley les otorga.

El Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación está apegado al Plan Único de Especialización Médica (PUEM), de la Universidad Nacional Autónoma de México; es un postgrado de tres años de duración constituido por 3 249 horas de enseñanza (1 398 horas en el primer año, 650 horas en el segundo año y 1 201 horas en el tercer año). Algunos módulos del programa se llevan a cabo en otras instituciones hospitalarias y no hospitalarias del sector salud, bajo la coordinación de la Subdirección de Enseñanza e Investigación y la Jefatura de Formación de Especialistas, en conjunto con las Jefaturas de Enseñanza e Investigación de los Centros de Rehabilitación sede.

Profesionales Especializados en Rehabilitación en el DIF

Desde 1964 en el DIF se forman técnicos fisiatras en Terapia Física y Terapia Ocupacional, en ocho sedes distribuidas en seis estados y el Distrito Federal; además de la especialización de técnicos en órtesis y prótesis. Actualmente, la mayoría de las sedes cuenta con el reconocimiento oficial de licenciatura ante la SEP.⁴⁴

a) Terapia Física⁴⁵

⁴¹ Con reconocimiento de la U de G.

⁴² Con reconocimiento de la Universidad Autónoma del Estado de México

⁴³ En 1990 el curso de especialidad se otorgaba en dos modalidades: Residentes becarios y no becarios. Los no becarios fueron aquellos médicos titulados que no presentaron el examen nacional, pero que con previa selección académica (conocimientos, habilidades, aptitudes e intereses) ingresaban a la residencia y obtenían el reconocimiento institucional por parte del SNDIF. La modalidad de no becario permaneció hasta el año de 1994 y a partir de 1995, solo existen médicos becarios en la especialidad.

⁴⁴ 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.

⁴⁵ La World Confederation Physical Therapy (WCPT) establece que es una profesión que se encarga del estudio y análisis del movimiento para habilitar y rehabilitar a las personas que sufren de una disfunción neuromusculoesquelética por enfermedad, accidente, impacto o edad, a partir del conocimiento y aplicación del control motor, procedimientos, ejercicios fisioterapéuticos y aplicación de agentes físicos con el fin de reintegrar a los individuos a su esfera biopsicosocial y laboral. En México la Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998 para la atención integral a personas con



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

El licenciado en Terapia Física es un profesional del área de la salud, con conocimientos acerca de las ciencias básicas de la salud y de la conducta humana. Este recurso humano:

- Interactúa con diversas áreas especializadas como Pediatría, Ortopedia, Neumología, Neurología, etc. así como con el equipo que trabaja en la rehabilitación integral de la persona con alguna discapacidad física de tipo temporal o permanente.
- Maneja con destreza los equipos que conforman el área de terapia física y está capacitado para desarrollar acciones preventivas, de atención primaria y de investigación.
- Tiene dominio sobre la aplicación de las diferentes modalidades terapéuticas.
- Puede ser responsable de coordinar la capacitación de profesionales de su mismo nivel o de nivel inferior.
- Elabora evaluaciones funcionales que le permitirán desarrollar un plan de tratamiento acorde con las necesidades del paciente y con la evolución presentada por los mismos.
- Está capacitado para administrar equitativamente los recursos existentes en un Centro de Rehabilitación o de Terapia Física.
- Además están capacitados para:
 - Diseñar, implementar y valorar -como integrantes de equipos inter y multidisciplinarios- métodos y técnicas de evaluación, mantenimiento y desarrollo, de la capacidad funcional y psicofísica-social del hombre.
 - Detectar y evaluar precozmente disfunciones del desarrollo y efectuar estimulación temprana.
 - Diseñar, elaborar y evaluar adaptaciones personales y ambientales destinadas a mejorar la autonomía de las personas con alguna discapacidad y asesorar en el uso de las mismas.
 - Promover la integración social y laboral de las personas con alguna discapacidad procurando la equiparación de oportunidades.
 - Participar en la planeación, ejecución y evaluación de los planes, programas y proyectos de rehabilitación profesional-laboral y de desarrollo comunitario utilizando las ocupaciones como instrumento de integración personal, social y laboral.

discapacidad, la define como: “la aplicación de los agentes físicos con fines terapéuticos, entendiendo por agentes físicos a los medios que se utilizan para el diagnóstico, pronóstico y terapéutica de diferentes patologías en rehabilitación, tales como: luz, calor; electricidad, sonido, agua y mecánica (Hidroterapia, Electroterapia y Mecanoterapia).”



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

b) Terapia Ocupacional⁴⁶

Es el profesional que busca por medio de técnicas específicas que la persona con alguna discapacidad sea capaz de llevar a cabo todas aquellas acciones que requiere para satisfacer sus necesidades básicas. Así, se orienta a que la persona desarrolle actividades de higiene, vestido, alimentación, traslado, educativas, recreativas y laborales; conocidas como actividades de la vida diaria humana (AVDH), que en conjunto tienen el propósito de que la persona con alguna discapacidad:

- Recupere su seguridad emocional.
- Logre la independencia perdida en la casa, la escuela, el trabajo y la comunidad.
- Aprenda nuevas habilidades.
- Recobre el movimiento.
- Se mantenga activa.
- Gane mayor libertad y movilidad.
- Promueva su independencia en las AVDH.

c) Órtesis⁴⁷ y Prótesis

Con nivel carrera técnica y una duración de cuatro años, se imparte la especialización en órtesis y prótesis en dos sedes: el Centro Nacional Modelo "Iztapalapa" y el CREE Toluca.

El *Ortesisista Protésista* es el profesional del área de la salud que aplica principios científicos para la valoración, diseño, elaboración y adaptación anatómica de dispositivos externos sobre el cuerpo humano que modifiquen las características estructurales o funcionales del sistema neuromusculoesquelético y aditamentos externos que reemplazan parcial o totalmente un segmento ausente o deficiente del cuerpo humano.

⁴⁶ La Federación Mundial de Terapia Ocupacional (WFTO) menciona que el terapeuta ocupacional está calificado profesionalmente para hacer partícipes a los pacientes en determinadas actividades y, así, promover la recuperación y máxima funcionalidad que satisfaga las necesidades de sus entornos laborales, sociales, personales, domésticos y participar en la vida con un sentido más amplio. En México, la Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998 para la atención integral a personas con discapacidad, la define como el “conjunto de acciones que contribuyen a la utilización de las capacidades funcionales y al logro de la máxima independencia en actividades de la vida diaria”.

⁴⁷ Una *órtesis* es cualquier dispositivo aplicado externamente sobre el cuerpo humano, que se utiliza para modificar las características estructurales o funcionales del sistema neuromusculoesquelético. Una *prótesis* es todo aparato externo usado para reemplazar total o parcialmente un segmento de un miembro ausente o deficiente. Se incluye cualquier aparato que tenga una parte en el interior del cuerpo humano, por necesidades estructurales o funcionales.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

El profesionista está capacitado para:

- Proveer a pacientes de aparatos y dispositivos ortésicos y protésicos de diverso nivel de complejidad
- Actuar con responsabilidad profesional y sentido ético en los equipos de rehabilitación de las distintas unidades asistenciales, frente a pacientes y sus grupos familiares.
- Colaborar en la aplicación de nuevas tecnologías en el campo de su especialidad, así como en el control de calidad de productos ortésicos y protésicos.

1.2.2 Cumplimiento de objetivos

El objetivo general del programa de Formación de Profesionales es:

Formar médicos especialistas, como parte de la profesionalización por medio de la implantación del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación en las sedes del Distrito Federal, Jalisco y Estado de México.

El objetivo de las licenciaturas en Terapia física y Ocupacional es:

Formar licenciados en terapia física y en terapia ocupacional, como parte de de la profesionalización del PAPD por medio de la implantación del curso de formación de licenciados en terapia física y ocupacional.

El programa ha cumplido su objetivo en cuanto al curso de Especialización en Centros de Rehabilitación, ya que en su trayectoria de 19 años se han formado 216 médicos especialistas.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.2.1. PAD, Formación de médicos especialistas en el DIF, 1990-2006

Año	Total	Generación
	216	
1990	6	1987-1990
1991	11	1988-1991
1992	9	1989-1992
1993	11	1990-1993
1994	8	1991-1994
1995	30	1992-1995
1996	29	1993-1996
1997	21	1994-1997
1998	12	1995-1998
1999	10	1996-1999
2000	10	1997-2000
2001	10	1998-2001
2002	10	1999-2002
2003	10	2000-2003
2004	9	2001-2004
2005	8	2002-2005
2006	12	2003-2006

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

De igual forma, en la formación de licenciados en terapia física y ocupacional ya que el número de egresados de los centros es:



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.2.2. PAD, Terapeutas egresados, 1964-2005¹

Centro	Año de inicio	Egresados
Total		1 265
CREE Gaby Brimmer	1964	631
CREE Iztapalapa	1986	133
CREE Mérida*	1987	33
CREE Durango	1991	29
CREE Puebla	1991	159
CREE Campeche*	1992	11
CREE Chetumal	1992	32
CREE Toluca	1992	117
CREE Ciudad Victoria	1994	40
CR Tuxtla Gutiérrez	1998	69
CRI Querétaro*	1998	11

Fuente: Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

¹ No se cuenta con información del período 1965-1973.

* No tienen reconocimiento de validez oficial.

Cuadro 1.2.3. PAD, Terapeutas egresados por carrera

Escuela	Terapia física	Terapia ocupacional	Total
Total	1068	211	1 279
CREE Gaby Brimmer	488	152	640
CREE Iztapalapa	136	0	136
CREE Mérida	29	4	33
CREE Durango	28	0	28
CREE Puebla	128	31	159
CREE Campeche	11	0	11
CREE Chetumal	32	0	32
CREE Toluca	96	24	120
CREE Ciudad Victoria	40	0	40
CR Tuxtla Gutiérrez*	69	0	69
CRI Querétaro*	11	0	11

*Estas escuelas no tienen reconocimiento de validez oficial.

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

1.2.3 Gasto programado y ejercido

El presupuesto para la formación de recursos especializados se observa en el Cuadro 1.2.4



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.2.4. PAD, Presupuesto para la formación de recursos especializados, 2006

Partida	Concepto	2005	2006	%
Total		5 376 318	5 081 926	-5.48
7512	Compensación por servicios de carácter social - Terapistas	4 900 104	4 598 064	-6.16
7501	Actividades culturales, deportivas y de ayuda extraordinaria - Terapistas	142 643	126 341	-11.43
3602	Impresión y elaboración de publicaciones oficiales y de información en general para difusión	89 301	31 561	-64.66
3603	Inserción en medios de comunicación impresos	244 270	325 960	33.44

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

En comparación con 2005 el presupuesto programado fue 5.48% menor. Los recursos otorgados para el pago de médicos residentes está constituido por dos conceptos: Retribución por servicios de carácter social (828 975 pesos) y Compensación a médicos residentes (1 549 007), que suman un total de 2 377 millones de pesos.⁴⁸

1.2.4 Beneficios económicos y sociales

A pesar de que el DIF no es una institución educativa, tiene la ventaja de contar con personal experimentado y capacitado en el campo de la discapacidad. Por lo tanto, los docentes son el personal médico y paramédico que labora en dichos centros.⁴⁹ Esto obliga a que, desde el primer semestre de las licenciaturas, los alumnos entren en contacto con los pacientes mediante la observación y - posteriormente, cuando cuentan con los conocimientos- con práctica dirigida y supervisada por docentes en las diferentes áreas de tratamiento.

Los alumnos formados en los centros tienen el derecho a:

- Una beca mensual.
- Seguro de accidentes personales.
- Dos periodos vacacionales (de quince días cada uno).
- Dos cursos por año (uno por semestre).

⁴⁸ El presupuesto lo realiza el Centro Nacional Modelo "Gaby Brimmer".

⁴⁹ Todos ellos son especialistas en alguna de las disciplinas que se complementan en la atención de la discapacidad de tipo motora, visual, auditiva, intelectual y múltiple. Este cuerpo docente en el área de la Medicina son especialistas en Rehabilitación, Comunicación Humana, Ortopedia y Traumatología, Psiquiatría, Radiología, Neurología, Neumología, Cardiología, Oftalmología y Medicina del Deporte, certificados por sus Consejos Nacionales. Complementan este equipo de trabajo, otras disciplinas del área de la salud como Técnicos y Licenciados en Terapia Física, Terapia Ocupacional y Terapia de Lenguaje, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Ortesistas-Protésistas y Enfermeros.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

La asignación de sedes de servicio social se realiza considerando:

- Promedio de aprovechamiento académico.
- Examen general de conocimientos
- Asistencia al curso de inducción.

Este servicio lo realizan en algún Centro de Rehabilitación y Educación Especial, Centro de Rehabilitación Integral, Unidad Básica de Rehabilitación o Institución de Asistencia Privada, en el DF o en algún estado.

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 cuatro plazas por grado.⁵⁰

Las actividades clínicas complementarias son el conjunto de actividades asistenciales y académicas que realiza el residente al término de la jornada normal, en la unidad de atención médica a la que está asignado y de acuerdo con el programa operativo vigente. Su frecuencia está determinada por la institución formadora y podrá tener un máximo de tres veces por semana, con intervalos de por lo menos dos días, y en forma alternada durante los sábados, domingos y días no hábiles.

1.2.5 Costo-beneficio de los recursos asignados

Actualmente, el SNDIF no cuenta con información para medir el costo-beneficio. Sin embargo, entre los beneficios que tienen los alumnos es que si se compara el rango de colegiaturas de doce instituciones formadoras que ofrecen el grado de licenciatura (véanse los cuadros 1.2.5 y 1.2.6) el costo de las colegiaturas en los centros del DIF son bajas. Solo un centro está dentro del rango de 10 mil a 20 mil pesos que puede considerarse accesible en comparación con otras escuelas.

⁵⁰ El DIF oferta 10 plazas por grado académico que por lo general se ubican seis en el Centro Nacional Modelo "Gaby Brimmer" y cuatro en el CRI Guadalajara.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.2.5. PAD, Escuelas que forman recursos en terapia física, terapia ocupacional y órtesis protesista

Escuela	Licenciatura en:	Reconocimiento	Colegiatura anual	Duración en años
Hospital Infantil	Terapia física y Rehabilitación	UNAM	7 900	3
Centro de Rehabilitación Integral Teletón (CRIT)	Terapia Física y Ocupacional	UAEM	5 910	4
Hospital ABC	Terapia Física y Rehabilitación	SEP	45 675	4.5
Benemérita Universidad Autónoma de Puebla (BUAP)	Terapia Física y Rehabilitación	BUAP	nd	3 a 7.5
DIF	Terapia Física y Ocupacional	SEP	0 a 13 800	4 y 5
Universidad Autónoma de Yucatán (UADY)	Rehabilitación	UADY	nd	4
Universidad del Valle de México (UVM)	Terapia Física y Rehabilitación	UVM	68 080	4.5
Instituto Nacional de Rehabilitación (INR)	Terapia Física, Ocupacional y en Órtesis y prótesis	SEP	12 280	3
Escuela de Estudios Superiores en Rehabilitación	Terapia Física y Ocupacional		16 700 y 14 00	4.5
Escuela	Técnicos:	Reconocimiento	Colegiatura anual	Duración
Hospital Militar	Terapia Física	Universidad del Ejército y Fuerza		
IMSS	Terapia Física y Ocupacional	Sin Reconocimiento de Validez Oficial	Solo trabajadores del Instituto	n.d.
ISSSTE	Terapia Física	ISSSTE	150*	1

Fuente: Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación

n.d.: No disponible

* Único pago (inscripción)



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.2.6. PAD, rango de colegiaturas de los centros del DIF

Costo anual (pesos mexicanos)	Sedes DIF
1 000	2
Entre 1 001 y 5 000	3
Entre 5 001 y 10 000	2
Entre 10 001 y 20 000	1
Entre 20 001 y 70 000	0

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

La variabilidad en los costos ha sido analizada y se ha planteado una homologación para que todas las sedes se ubiquen en un nivel bajo; la cual está en proceso de validación por el Comité de Mejora Regulatoria Interna (COMERI).

1.2.6 Cumplimiento de metas

El cuadro 1.2.7 resume los cursos, sesiones y personas asistentes durante 2006. Se destaca que en el cumplimiento de metas en la mayoría de los rubros sobrepasa lo programado en 2006, pero esto no refleja necesariamente una mejor operación del Programa pues en algunos casos se fijaron metas inferiores a lo alcanzado en 2005 (sesiones de educación continua y formación de médicos especialistas).

Cuadro 1.2.7. PAD, Cumplimiento de las metas y avance en el periodo enero-junio 2006

Concepto	Unidad de medida	Programado 2006	Enero-junio 2005		Enero-junio 2006		% 2005	% 2006	% Realizado	2006
			Programado	Real	Programado	Real	Real/Programado	Real/Programado	2006/2005	% Avance
Formar recursos humanos	Curso	3	3	3	3	3	0.0	0.0	0.0	100.0
	Persona	363	343	343	363	368	0.0	1.4	7.3	101.4
Proporcionar educación continua	Asistente	55 648	32 049	37 436	27 780	28 079	16.8	1.1	-25.0	50.5
	Sesión	4 464	2 669	2 543	2 277	2 169	-4.7	-4.7	-14.7	48.6
Persona de área médica y paramédica	Personas	888	1 099	1 099	917	1 083	0.0	18.1	-1.5	121.3
Formación de médicos especialistas	Personas	33	37	37	33	35	0.0	6.1	-5.4	106.1
Formación de licenciados en terapia	Personas	330	306	306	330	333	0.0	0.9	8.8	100.9

Fuente: SNDIF, Informe de trabajo de la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social, 2006.

Formar recursos humanos: Se impartieron 3 cursos para la formación de 35 personas en Medicina de Rehabilitación, 341 en Terapia Física y en Terapia Ocupacional, para un total de 376 personas, en los centros de rehabilitación ubicados en el Distrito Federal, Puebla, Toluca, Querétaro, Ciudad Victoria, Tuxtla Gutiérrez, San Luis Potosí, Campeche, Chetumal, Durango y Guadalajara



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Proporcionar educación continua: Las actividades de capacitación del personal de las diversas áreas que prestan sus servicios en los centros de rehabilitación fueron de 4 470 sesiones, con una asistencia de 67 811 participantes

Auxiliares de Terapia

Se iniciaron los cursos de formación de auxiliares de terapia como respuesta a la necesidad de contar con personal paramédico para ampliar la prestación de servicios en las áreas de terapia, órtesis y prótesis de los centros de rehabilitación.⁵¹

En 1989 se elaboró un plan de estudios para este curso con nivel técnico y seis meses de duración, estableciendo como requisito de ingreso los estudios con nivel de secundaria.⁵² De 1988 a 2006, se formaron 670 auxiliares de terapia.⁵³

⁵¹ El Auxiliar de terapia es aquella persona que recibe capacitación con la finalidad de orientar, prevenir, detectar y brindar atención temprana de la discapacidad dentro del programa de rehabilitación simplificada en las UBR de su comunidad. En 2006 la generación

⁵² A partir de 1992 se otorgan constancias con el reconocimiento institucional.

⁵³ Los cursos tiene una duración de año y medio o tres años, de acuerdo con la necesidad que tienen los SEDIF en las UBR y varía de 6 meses a 18 meses.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Cuadro 1.2.8. PAD, Auxiliares de terapia formados en el DIF, 1988-2006

Año	Auxiliares
Total	670
1988	65
1989	0
1990	56
1991	41
1992	32
1993	26
1994	16
1995	33
1996	26
1997	32
1998	62
1999	32
2000	25
2001	33
2002	34
2003	37
2004	7
2005	64
2006	49

Fuente: SNDIF, Dirección de Rehabilitación, Subdirección de Enseñanza e Investigación.

1.2.7 Escenario prospectivo

En la época actual, la rápida evolución del conocimiento ha motivado el surgimiento en el mundo de innumerables opciones y alternativas en el cuidado de la salud. Por lo tanto, el compromiso de médicos y otros profesionales de atención de la salud está enfocado en elevar su papel de motor impulsor del desarrollo de la técnica y las ciencias médicas. El trabajo estará encaminado hacia un fin común: elevar el nivel de salud de la población. Por esta razón, la necesidad de contar con instituciones que tengan la experiencia y además formen especialistas en el campo de la discapacidad se hace cada vez más necesario una vez que la alta demanda de atención para personas con discapacidad en los servicios médicos sigue en aumento.

1.2.8 Conclusiones y recomendaciones

Parte de la calidad del servicio depende de la capacitación y el nivel de los profesionistas que brindan el servicio, por ello, se recomienda:



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Actualizar los planes de estudio y mayor contacto internacional con instituciones u organizaciones, que permitan la actualización de técnicas y temas de vanguardia en materia de rehabilitación.
- Crear una base de datos que contenga el expediente académico y la currícula de profesores por generación así como de los alumnos y exalumnos, para efectos de control y seguimiento.
- Incentivar que algunos de los egresados formen parte del profesorado o encontrar mecanismos para que se queden a trabajar en el SNDIF y, así, evitar la fuga del capital humano formado.
- Crear un micrositio en Internet, disponible para todo el público, que permita acceder a directivos, profesores y alumnos para presentar la oferta académica del DIF, informar de actividades del curso escolar, eventos, congresos, becas, materias, avisos, etc., y podría contener correos electrónicos de todos los participantes; además de contribuir a la promoción de las licenciaturas, carreras técnicas y especialidades que imparte el DIF.
- Terminar el proyecto de actualizar la normatividad vigente ya que, a partir de su implementación, se pueden sentar las bases para dar seguimiento y propuestas a las diferentes sedes estatales, desde cómo organizar y operar un centro hasta la actualización de temarios y lograr que las especialidades del dif estén a la vanguardia.
- Crear e impartir especialidades en las Licenciaturas.
- Crear una constante retroalimentación por parte de los diferentes centros nacionales que imparten el programa.
- Recomendar la creación de una plaza de Coordinador Técnico de Enseñanza que permita la formalidad y el control del área en los SEDIF.
- Proporcionar mayor apoyo por parte de los SEDIF, en coordinación con el SNDIF, con el fin de mejorar la educación continua y la investigación ya que a las especialidades en rehabilitación no se les asignan recursos materiales y económicos específicos. Esta condición está limitando la modernización y la calidad de atención de los Centros de Rehabilitación poniéndolos en desventaja con otras escuelas que proporcionan el mismo servicio.

Además, como lo señala la Subdirección de Enseñanza e Investigación, es necesario:



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

- Reforzar el área de tratamiento en los médicos residentes así como en el área de Electromiografía ya que presentan discretas desventajas en comparación con otras instituciones.
- Buscar más áreas de oportunidades para la rotación de los médicos residentes, licenciados en terapia física y terapia ocupacional, así como ortesistas-protésistas en hospitales de la ciudad, en donde se complemente su formación de manera integral y se permita su desarrollo dentro del ámbito de la Rehabilitación.
- Buscar oportunidades en el extranjero para rotaciones complementarias de los médicos residentes por algunos meses y, en su caso, intercambio con otros médicos extranjeros para mejorar su preparación médica.
- Asignar recursos materiales y económicos específicos y mayor prioridad en la autorización del gasto.
- Fomentar la formación de Licenciados en Terapia Ocupacional, Ortesistas y Protésistas.
- Obtener el reconocimiento de validez oficial de estudios (RVOE) para la carrera de Órtesis y Prótesis así como para los Auxiliares (nivel técnico)
- Procurar que los SEDIF cuenten con los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para implementar los cursos.
- Mejorar los contenidos curriculares de las licenciaturas en Terapia Ocupacional.

1.3 Conclusiones

El tema de la discapacidad ha cobrado un significativo incremento de atención, básicamente porque es un fenómeno social que interesa desde diversas perspectivas a los sectores de la administración pública, a las instituciones privadas y a las organizaciones no gubernamentales. El SNDIF es una de las instituciones públicas que se encarga de dar solución mediante el tratamiento y prevención de la discapacidad.

El PAPD se ha consolidado como un programa importante dentro de la institución y para la población que requiere atención. Los CREE y CRI en los estados son los encargados de proporcionar y ofrecer consultas médicas, paramédicas, psicológicas, terapias de lenguaje, rehabilitación, físicas y pláticas de orientación acerca de la discapacidad. Además, impulsan proyectos innovadores de aplicación tecnológica como la producción a distancia de órtesis y prótesis mediante sistemas computarizados (CAD-CAM), telerrehabilitación y la Red Nacional de



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

Centros de Computación con Tecnología Adaptada (CTA) para personas con discapacidad.

En cambio en el programa de Ampliación de la Capacidad Instalada para la Atención Integral de Personas con Discapacidad (ACIPAIPD), las UBR y UMR son las encargadas de detectar y prevenir los procesos de discapacidad de la población más vulnerable del país y sobre todo otorgar consultas de rehabilitación en el primer nivel de atención a comunidades alejadas de los centros de rehabilitación y que no cuenten con ningún otro servicio similar.

Además cuenta con el PAD, el cual impulsa la formación de Profesionales Especializados en Rehabilitación y mantienen capacitación constante mediante la Especialización en Medicina de Rehabilitación.

Por su importancia, cobertura y recursos presupuestarios el equipo evaluador considera conveniente la continuidad del PAPD. Sin embargo, es necesario que se atiendan las recomendaciones que se presentan en este documento con la finalidad de mejorar el servicio que ofrece el SNDIF.

En cuanto a los aspectos principales que deben tomarse en cuenta para mejorar la calidad de los centros se encuentra:

- a) Consolidar una base de datos que contenga el padrón de beneficiarios.
- b) Evitar la subutilización de los centros.
- c) Evitar la fuga de capital humano.
- d) Actualizar las cuotas de recuperación.

Las UBR y UMR cumplieron su meta sexenal e incrementaron la cobertura de atención de los servicios de rehabilitación, haciendo de cierta forma más ágil y eficaz la prestación de los servicios, acercándolos y poniéndolos a disposición de la población con mayores dificultades de acceso a ellos.

Sin embargo, es necesario:

- a) Considerar la existencia de un programa de capacitación y seguimiento continuo para el equipo y el personal que opera las UBR.
- b) Contar con un programa de fortalecimiento de las UBR basado en la coinversión en donde el SNDIF proporcione metodologías al personal responsable para administrar y otorgar mayor autosustentabilidad.
- c) Contar con un programa o convenio de fortalecimiento y exigencia a los estados para que las UMR funcionen para el fin que fueron hechas.



Informe final de la evaluación de los resultados de los programas sujetos a reglas de operación a cargo del SNDIF para el ejercicio 2006

El Programa de Profesionalización para la Atención de la Discapacidad necesita un esfuerzo conjunto para que opere y tenga un impacto en la mejora y en el impulso para la formación de profesionales en la atención para la discapacidad.

El equipo evaluador recomienda a las autoridades parlamentarias autorizar un aumento considerable de recursos para el programa con el fin de reforzarlo y lograr así que los especialistas egresados estén a la vanguardia en materia de discapacidad.

Entre los puntos más importantes a atender se encuentran:

- a) Finalizar el proyecto de actualización de la normatividad vigente.
- b) Actualizar los planes de estudio.
- c) crear una base de datos que contenga el expediente académico y la currícula de profesores por generación así como de los alumnos y exalumnos, para efectos de control y seguimiento.
- d) Incentivar que los egresados formen parte del profesorado o encontrar mecanismos para que se queden a trabajar en él.