

Diagnóstico

E040 – Servicios de Atención a Población Vulnerable

Junio 2014.

E040 – Servicios de Atención a Población Vulnerable

A partir del ejercicio fiscal 2014, se incorpora este programa a la estructura programática del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), con el propósito de agrupar en un programa presupuestario específico, actividades que años anteriores se venían desarrollando en distintas modalidades presupuestarias como los programas E023.- Prestación de Servicios en los diferentes niveles de atención a la salud y P013.- Asistencia Social y Protección al Paciente.

A través de este programa, el SNDIF realiza las actividades que a continuación se indican, en favor de la población vulnerable.

- Prestación de servicios a las personas con discapacidad y sus familias en los Centros de Rehabilitación, entre los que se encuentran: consultas médicas; terapias físicas, ocupacional y de lenguaje; elaboración de órtesis y prótesis; realización de eventos de prevención de la discapacidad.
- Prestación de servicios de formación, encuentro y convivencia conforme al Modelo de Atención del Centro especializado para esos fines, que contribuya a que los asistentes se integren a una vida productiva, a través de la impartición de talleres de oficios tales como: carpintería, artes manuales y decoración.
- Proporciona servicios de asesoría jurídica en materia familiar, maltrato infantil, adopción y regularización jurídica de menores en coordinación con las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia.
- Atención Integral en Centros Gerontológicos, Casas Cuna, Casas Hogar para niñas, niños y adolescentes, Casas Hogar para ancianos y Campamentos recreativos, en los cuales se proveen servicios de atención integral tales como: alimentación, alojamiento, médicos, y terapias físicas y psicológicas.

De esta forma se presenta por cada uno de los componentes el respectivo diagnóstico.



Diagnóstico

**Prestación de Servicios en Centros de
Rehabilitación**

Contenido

Introducción	5
1. Antecedentes	7
2. Identificación y descripción del Problema	19
2.1. Identificación y estado actual del problema	19
2.2. Evolución del problema	35
2.3. Experiencias de atención.....	48
2.4. Árbol de problema.....	52
3. Objetivos	56
3.1. Árbol de objetivos.	56
3.2. Determinación y justificación de los objetivos de la intervención.....	59
4. Cobertura.....	65
4.1. Identificación y caracterización de la población potencial.....	65
4.2. Identificación y caracterización de la población objetivo	77
4.3. Cuantificación de la población objetivo.....	89
4.4. Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo	90
5. Diseño de la intervención.....	91
5.1. Tipo de Intervención	91
5.3. Previsiones para la Integración y Operación del Padrón de Beneficiarios.....	107
5.4. Matriz de Indicadores.....	108
5.5. Estimación del Costo Operativo del Componente	118
6. Presupuesto	121
Conclusiones	122
Bibliografía	120
Anexos.....	134

Introducción

El programa E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable” se crea en 2014 con la finalidad de concentrar los servicios que otorga el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) en una sola estructura programática.

La reestructura ocurrida en el año 2014 hace que, de acuerdo al Programa Anual de Evaluación (PAE) 2014 en su numeral 25, el programa E040 esté sujeto a diagnóstico, a pesar de ser un servicio (modalidad E) y no estar sujeto a reglas de operación.

La matriz de indicadores para resultados del programa E040 está formada por cuatro componentes:

1. Asistencia Social y Jurídica
2. Atención Integral a las Niñas, los Niños las y los adolescentes en desamparo y Atención Integral a las y los adultos Mayores Sujetos de Asistencia Social.
3. Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos.
4. Prestación de servicios a personas con discapacidad y sus familias en los centros de rehabilitación.

El presente diagnóstico aborda la problemática que atiende el componente “Prestación de servicios a personas con discapacidad y sus familias en los centros de rehabilitación” al que en adelante se referirá como el componente Centros de Rehabilitación. Cabe mencionar aunque es identificado como un programa nuevo, los servicios comprendidos en el componente Centros de Rehabilitación han estado en operación desde 1964.

En la primera sección se presentarán los antecedentes de la atención a personas con discapacidad y la propia historia del desarrollo de los centros de rehabilitación que servirá a manera de presentación del objeto de análisis.

La segunda sección corresponde a la revisión teórica del problema. Se documenta cómo se ha medido la discapacidad a nivel internacional y cómo se ha retomado esta

medición para la cuantificación de las personas con discapacidad en México. Se advierte como, además de una demanda insatisfecha de atención rehabilitatoria, existe un problema de medición de los tipos de discapacidades. Con los datos con los que se cuenta se hace una caracterización de la situación de las personas con discapacidad en México. Se presenta un recuento de las experiencias de las políticas públicas en materia atención a personas con discapacidad a nivel internacional. Los insumos presentados dan pie al sustento del árbol de problemas.

La tercera sección presenta la evolución del árbol de problemas a árbol de objetivos donde se observan las alternativas de atención a la problemática identificada. Con las alternativas, se delinean los objetivos de la intervención y se hace un recuento de la alineación de estos a compromisos, metas y objetivos nacionales e internacionales.

La cuarta sección presenta la identificación de la población potencial y objetivo. De estas poblaciones se hace un análisis de sus características demográficas y socioeconómicas y se presenta la propuesta de cuantificación. Adicional a esto, se presentan las previsiones para la actualización de cifras y fuentes de información.

La quinta sección corresponde al recuento de los servicios que el componente otorga a la población y se especifican los montos y características de los mismos. Se identifica el mecanismo mediante el cual se integra el padrón de beneficiarios y la estimación del costo operativo del componente. La sexta sección presenta un análisis del presupuesto de los centros de rehabilitación en relación al presupuesto del programa y al del sector en el que está inmerso, esto con el objetivo de dimensionar la importancia y alcance de la atención.

Los métodos y técnicas utilizados incluyen el análisis cuantitativo y cualitativo del problema, análisis causa-efecto, la metodología de Marco Lógico (MML), método complementario árbol de problemas-árbol de objetivos, Matriz de Indicadores para Resultados (MIR), análisis de involucrados y análisis FODA derivado del análisis de este diagnóstico.

1. Antecedentes

El fundamento normativo que faculta al Estado a atender a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla deriva de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM)*, artículos primero, segundo y cuarto. El primero refiere a la *no discriminación motivada por discapacidad*; el segundo norma *el acceso a los servicios de salud*; y el cuarto norma *sobre la protección a la salud*.

Asimismo, el Estado Mexicano se ha sumado a compromisos internacionales en la materia, entre ellos la *Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad (CDPD)*, los *Objetivos de Desarrollo del Milenio para las Personas con Discapacidad (ODM)*, el *Informe Mundial sobre la Discapacidad* y las *Recomendaciones del Consejo de Derechos Humanos de la ONU* de las cuales se analizarán con mayor detalle en la sección 3.2.

La siguiente cronología documenta los antecedentes de la atención a las personas con discapacidad. En esta se podrá advertir el contexto nacional de desarrollo y los avances en materia de salud y atención a las personas con discapacidad hasta llegar a la actualidad. El mapeo histórico pretende dar un panorama general de la evolución que ha tenido el sector salud y la atención rehabilitatoria. Estos antecedentes guardan relación con lo documentado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2010a) en *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010* y en el *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*.

1945-1960

Al concebirse el Estado como garante de derechos sociales, en las décadas 50 y 60 se atribuyó al sector público un papel esencial en el crecimiento económico del país. Durante esta etapa, conocida como la etapa del desarrollo estabilizador, la inversión en infraestructura básica social aumentó sustancialmente.

La epidemia de poliomielitis que afectó en esta década a un contingente importante de la población hizo visibles las necesidades de atención médica rehabilitatoria para los afectados por el virus. Dado que la poliomielitis daña el sistema nervioso y provoca que los músculos dejen de cumplir su función motriz, ésta fue una de las razones del impulso en medicina de rehabilitación en México durante .

En 1951 el Hospital Infantil de México inicia la formación de terapistas físicos y médicos. Un año después se instituye el Centro de Rehabilitación número 5, que se transforma en el Centro de Rehabilitación del Sistema Músculo Esquelético, y que más tarde se denominará Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación (INEGI, 2010a).

La Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (SSA) comprometida con la situación de salud pública, en 1950 crea el Centro Nacional de Rehabilitación "Francisco de P. Miranda", dedicado a la atención de pacientes con poliomielitis en etapas de convalecencia o afectaciones crónicas. Más tarde se transforma en el Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred y en el mismo año, cambia su nombre a Instituto Nacional de Ortopedia, dedicado a la atención de afecciones del sistema neuro-músculo-esquelético (INEGI, 2010a).

Cabe resaltar que a partir de la creación de la Dirección de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en 1952, las personas con discapacidad son definidas como un grupo de atención prioritaria en México.

1960-1970

Se advierte en esta década un gran impulso para la seguridad social en nuestro país con la creación del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); el cual contribuyó a atender las necesidades del desarrollo industrial a través del cuidado médico de los trabajadores (INEGI, 2010a).

La atención de otros grupos vulnerables como la niñez se incluyó en la agenda gubernamental durante el sexenio de Adolfo López Mateos. El gobierno impulsó en 1961 la creación del Instituto Nacional para la Protección a la Infancia (INPI); el cual tendría como propósito primordial la protección de la niñez a través del suministro de servicios

asistenciales como la distribución de desayunos. Su labor fue más allá, al grado de ofrecer servicios de “atención escolar en los niveles de jardín de niños, primaria y secundaria, tratamiento médico especializado, terapias de integración social, apoyo en el servicio de transporte, alimentación y elaboración de aparatos ortopédicos” (DGR, 2013, p.109).

Otra acción gubernamental que se consolidaría con el fin de brindar atención médica especializada a los menores en situación de desamparo fue la constitución de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). Igualmente se crea el Hospital Pediátrico, hoy conocido como el Instituto Nacional de Pediatría (INPI) en 1968.

Posteriormente el INPI se reestructuró, por decreto presidencial del 2 de enero de 1976, para incorporar un eje más integral de atención a las familias al pasar a ser el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI).

1970-1980

Durante esta época signada por eventos económicos adversos, los esfuerzos por consolidar una institución que brindara asistencia social a los más vulnerables se hizo evidente a través de la creación en 1977 del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Tras la fusión de las atribuciones del IMPI y el IMAN, se fortalecen las acciones nacionales para la atención de personas en situación de desamparo y aquellas con discapacidad. En esta década se suman a los esfuerzos gubernamentales, organizaciones sociales formadas por padres de familia y profesionales de la rehabilitación (INEGI, 2010).

1980-1990

Si bien esta es una década que se identifica por las fluctuaciones económicas que sufre América Latina y la disminución del gasto social, los esfuerzos por integrar un sistema de atención rehabilitatoria para las personas con discapacidad siguieron en pie. Muestra de esto es que durante los ochentas se crean más centros de rehabilitación.

El Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 incorpora el compromiso de realizar acciones encaminadas a impulsar la protección social a las personas menores de 18 años, a las personas con discapacidad y a la familia en general. Lo anterior da origen a que en 1987 se implementara el Programa de Rehabilitación, con servicios de atención i) al sistema neuro-músculo-esquelético, ii) a la comunicación humana, iii) a la ceguera o debilidad visual, y iv) a trastornos que afecten la salud mental.

Oficialmente este programa es el inicio de las políticas públicas de tipo asistencial para las personas con discapacidad. El Sistema DIF desarrolla el Programa de Asistencia a Minusválidos de 1988 a 1994, que en la actualidad se denomina Programa Nacional de Atención a las Personas con Discapacidad. Este programa con el propósito de facilitar su integración a la familia y a la sociedad proporciona servicios de rehabilitación no hospitalaria a personas con discapacidad que son sujetos de asistencia social. (INEGI, 2010, p.11).

1990-2000

La importancia de la atención a las personas con discapacidad cobra gran relevancia durante esta década. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), a través de la Asamblea General declara en 1992, el 3 de diciembre como el Día Internacional de las personas con discapacidad. Este impulso internacional lleva a incrementar los esfuerzos para la atención y el reconocimiento de los derechos de las personas con discapacidad.

En México en 1991 se constituye el Consejo Nacional Ciudadano de Personas con Discapacidad, A.C.; el cual promovió la unidad de decenas de organizaciones sociales en el país y con ello se constituyeron Consejos Estatales similares en las 32 entidades federativas (INEGI, 2010).

A partir de las propuestas del Consejo Nacional Ciudadano, se incorporó en el Plan Nacional de Desarrollo 1994-2000 el objetivo de promover una política de Estado para la población con discapacidad que es la referencia para elaborar en 1995 el "Programa Nacional para el Bienestar e Incorporación al Desarrollo de las Personas con Discapacidad (CONVIVE)", coordinado por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (INEGI, 2010).

El Programa estableció lineamientos institucionales para generar políticas públicas transversales, con el propósito de prestar una mayor atención de la población y transformar el modelo médico asistencial en un modelo de desarrollo social. A partir de ello se visibiliza que la discapacidad no es sólo un asunto de las instituciones de asistencia social, sino el conjunto de acciones de diversas instituciones que generen un ambiente de inclusión para el desarrollo integral (INEGI, 2010).

2000-2006

A partir de esta década el gasto social aumentaría considerablemente para paliar los problemas que las fluctuaciones económicas desde los años ochenta han impactado en el bienestar de la población.

Durante esta década tuvo gran influencia la *Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad* que se firma en 1999 en la ciudad de Guatemala y entra en vigor en 2001. A través de esta convención comenzará un nuevo rumbo para las acciones de atención a las personas con discapacidad. Los países miembros se comprometieron a adoptar medidas de tipo legal, administrativo, social y laboral para atender a este grupo vulnerable, así como trabajar para erradicar cualquier tipo de discriminación hacia las personas con alguna discapacidad.

Derivado de lo anterior el Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006 buscó impulsar la ampliación de cobertura para la integración social de las personas con discapacidad. Así que el Gobierno de la República, crea la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad (ORPIS) y fomenta la organización del órgano honorífico Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad, como responsables de la política en la materia.

Durante este periodo se orienta la política de atención, a través de la organización de acciones con los sectores de la administración pública. Muestra de esto es la promulgación de la primera *Ley General de las Personas con Discapacidad*, que se publica el 5 de junio de 2005 con el propósito de orientar la política de estado y establecer programas y acciones (INEGI, 2010).

La transversalidad de las políticas del SNDIF bajo la Dirección General de Rehabilitación y los trabajos de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social para Personas con Discapacidad de la Secretaría de Educación Pública, jugarían un papel importante en la atención médica rehabilitatoria integral. Bajo este eje se ejecutan un conjunto de acciones que buscaron y continúan brindando atención integral en las primeras etapas de vida de los niños mediante la educación especial, además de abordar desde el nivel educativo la inclusión y la no discriminación de las personas con discapacidad.

2006-2012

En el marco de la conmemoración de los 60 años de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, además de una serie de ordenamientos internacionales surgidos desde los setenta en materia de derechos para las personas con discapacidad, los países se obligaron a renovar y reforzar las labores para luchar por la dignidad y justicia de todas las personas, lema de dicha declaración.

Con base en la *Ley General de las Personas con Discapacidad* de 2005, en 2007 se instala en el Sector Salud el "Secretariado Técnico del Consejo Nacional para las Personas con Discapacidad", con el fin de implementar las disposiciones de la citada Ley (PNDIPD 2014-2018).

Más adelante el Secretariado Técnico elabora el "Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad 2009-2012", que atiende las recomendaciones de la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, se reconocen los avances obtenidos en el país en esta materia y se reorientan las estrategias para transitar del modelo asistencialista hacia un modelo social centrado en el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad (PNDIPD 2014-2018).

Con la finalidad de incorporar las mejoras en la recolección de información sobre la población que presenta discapacidad, su tipo y temporalidad, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) instala en 2011 el Comité Técnico Especializado en Información sobre Discapacidad. Entre los objetivos del comité se encuentran: integrar el Sistema de Información sobre Discapacidad (SIDIS) y asegurar su vinculación con el Sistema Nacional de Información Estadística y Geográfica, con el fin de obtener información

importante para dar paso a la implementación de acciones orientadas a personas con discapacidad (PNDIPD 2014-2018).

En diciembre de 2007 se ratificó la *Convención y su Protocolo Facultativo*, los cuales dieron paso al proceso de armonización de la legislación nacional, y como resultado de esto el 30 de mayo de 2011 se publica la nueva *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* (PNDIPD 2014-2018).

La Ley vigente establece la creación del organismo público descentralizado denominado "Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad" (CONADIS), sectorizado a la Secretaría de Salud, con personalidad jurídica y patrimonio propio. El Consejo cuenta con autonomía técnica y de gestión para formular políticas, acciones, estrategias y programas, encargado de promover, fomentar y evaluar la participación del sector público y privado en las acciones, estrategias, políticas públicas y programas derivados de la Ley y demás ordenamientos. El Consejo se da por instalado oficialmente el 31 de mayo de 2011 (PNDIPD 2014-2018).

2013-2014

Con el objeto de dar seguimiento a los *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)*, el 23 de septiembre de 2013, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó por primera ocasión a una *Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre discapacidad y desarrollo*, la cual tuvo por objeto ratificar su compromiso con las personas con discapacidad en torno a romper las barreras de accesibilidad y abrir la puerta hacia la inclusión. Con la finalidad de alcanzar los ODM así como otros compromisos convenidos para las personas con discapacidad hasta 2015, se listó una serie de compromisos necesarios para los países miembros.

Los esfuerzos de los actores interesados en la atención rehabilitatoria en México a lo largo de más de 50 años han sido grandes. La inclusión y la no discriminación han sido temas clave. Con la finalidad de que la atención a las personas con discapacidad deje de ser de carácter asistencial, el Gobierno de la República promueve la reforma de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal (LOAPF) y en enero de 2013 se publica el decreto mediante el cual se faculta a la Secretaría de Desarrollo Social como responsable de la

política de estado para las personas con discapacidad, además se sectoriza el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad al sector de Desarrollo Social (PNDIPD 2014-2018).

Los centros de rehabilitación

En el marco del Programa de Atención a las Personas con Discapacidad, la creación de los Centros de Rehabilitación ha sido un esfuerzo importante por brindar atención integral a quienes padecen algún tipo de discapacidad. La principal preocupación durante los años 60 fue la falta de personal capacitado en áreas de atención a menores con discapacidad.

El primer centro se funda el 4 de junio de 1964, ahora llamado Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer”. Además del componente de atención, el objetivo del centro es la generación de capital humano para contribuir a la formación de licenciados especialistas capaces de atender a las personas con discapacidad, y prevenir y detectar aquellas personas con riesgo de presentarla.

Entre los servicios que otorga el centro hasta el día de hoy están: i) consulta médica especializada (rehabilitación, ortopedia, neurología), ii) consulta paramédica (que implica la atención psicológica, de trabajo social y pedagogía), iii) los servicios de apoyo diagnóstico (como los rayos X, los electroencefalogramas, audiometría y timpanometría), iv) terapia rehabilitatoria (física, ocupacional y de lenguaje), v) órtesis y prótesis, además de contar con una cámara de estimulación multisensorial.

Debido a la demanda de instituciones para la atención rehabilitatoria especialmente para niños, surgen los llamados Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) con el fin de brindar atención a quienes padecen alguna discapacidad o se encontraban en riesgo de padecerla. La fundación de estos centros fue un esfuerzo interinstitucional que conjuntó las acciones de la denominada Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), la Secretaría de Educación a través de la Dirección General de Educación Especial y el SNDIF, con las acciones médicas, pedagógicas y administrativas, respectivamente (SEP, 2010, p.107).

En 1973 a través de la firma de convenios entre la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el actual SNDIF con las entidades federativas se crean 8 centros CREE estatales. Un año después, en 1974 se crea el primer centro en Campeche y el mismo año en Chetumal. En 1975 abrierían sus puertas los centros en Veracruz, Zacatecas, Estado de México y Puebla, en 1976 Nayarit y en 1979 en Yucatán.

En la década de 1980 se crearon el mayor número de centros. Entre Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), sumaron nueve más a los previamente mencionados. Éstos están ubicados en San Luis Potosí, Ensenada, Chihuahua, La Paz, Cd. Victoria, Cuernavaca, Guadalajara, y 2 en Distrito Federal (Centro de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral “Iztapalapa”, y el CRI Tlazocihualpilli).

En la década de los 90 se crea un centro más, el Centro de Rehabilitación Integral (CRI) en Cuautla, Morelos. En 2002 inicia labores el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración de “Personas Ciegas y Débiles Visuales”.

La creación de los Centros de Rehabilitación y Educación Especial así como los Centros de Rehabilitación Integral han sido parte de un gran esfuerzo del Estado Mexicano para brindar atención a las personas con algún tipo de discapacidad y a sus familias. Adicional a esto, los servicios brindados en los centros se han combinado con programas de formación de recursos humanos especialistas en discapacidad. En la tabla 1 se observa la fecha de creación de los centros de rehabilitación. A partir de 2010 existen 21 centros de rehabilitación, cuatro Centros Metropolitanos y 17 Centros Foráneos.

Con lo anterior como antecedente, la necesidad de elaborar un diagnóstico para el componente Centros de Rehabilitación recae en tres aspectos. El primero de ellos, el servicio a las personas con discapacidad ha operado de acuerdo a la demanda, pero no se había ahondado sobre el problema que atiende, así como las causas y efectos de atender esta problemática. Por otro lado el componente no se examinaba desde 2010 año en que fue sujeto a la última Evaluación Específica del Desempeño 2010-2011 cuando formaba parte del “Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable”.

Por último, el componente, al estar dentro de un programa más amplio nunca se ha visto en su estructura particular, por lo que se considera necesario dimensionar la atención que se brinda a través de los centros.

Tabla 1. Histórico de la creación de los Centros de Rehabilitación

Década	60	70	80	90	2000	2010
Centros creados	1	8	9	1	1	1
Centros de Rehabilitación	El 4 de junio de 1964 se crea el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer”.	El Centro de Rehabilitación Integral de Quintana Roo en 1974 hasta 2007 en Chetumal. Para 2008 se crea un nuevo centro. El CREE Campeche se inaugura el 12 de agosto de 1974. El 5 de abril de 1975 inicia labores el Centro de Rehabilitación e Inclusión Social de Veracruz. En 1975 se crea el CREE en Toluca, Edomex. En 1975 se crea el CREE en Guadalupe, Zacatecas. El CREE Puebla, Puebla en 1975.	CREE San Luis Potosí en 1983. CRI Ensenada B.C inicia labores en 1983. CRI “Sra. Olivia Miramontes Aguirre”, Guadalajara, Jal. Inicia labores en abril de 1984. En mayo de 1986 inicia labores el Centro de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral “Iztapalapa”. CREE Chihuahua inicia labores en 1986.	CRI Cuautla, Morelos inicia labores en octubre de 1991.	Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración de “Personas Ciegas y Débiles Visuales” inicia labores en 2002.	CREE Oaxaca, Oax. A partir de 2010 se le otorga un nuevo edificio pero no tenemos el dato del año de creación.

El 12 de octubre de 1976 inicia labores el CREE Tepic, Nayarit.	CREE La Paz, B.C.S. inicia labores el 17 de diciembre de 1986.
Se crea el CREE Mérida, Yucatán el 16 de mayo de 1979.	CREE Cd. Victoria Tamps. se tiene el dato de que se remodela en 1988, pero no cuando se crea.
	CRI Cuernavaca, Morelos inicia labores en noviembre de 1988.
	CRI Tlazocihualpilli inicia labores en 1989.

Fuente: DGR, 2014a

2. Identificación y descripción del Problema

Con el fin de identificar la problemática que el componente de prestación de servicios a las personas con discapacidad y sus familias en los centros de rehabilitación busca solucionar, se realizó una investigación documental y estadística para recopilar y sistematizar información relevante.

Del análisis realizado, y a manera de hipótesis de trabajo, se presenta la siguiente definición del problema:

Existe una demanda insatisfecha de atención rehabilitatoria integral a la población con discapacidad o que se encuentra en riesgo potencial de presentarla

2.1. Identificación y estado actual del problema

¿Cómo conceptualizar la discapacidad?

La discapacidad es una condición que afecta de manera transitoria o permanente a un porcentaje considerable de la población. De acuerdo con diferentes estimaciones internacionales, como la del *Informe mundial sobre la discapacidad* que realizó la Organización Mundial de la Salud en 2011, se estima que entre el 12 y 15% de la población mundial tiene algún tipo de limitación en el desarrollo de actividades básicas que forman parte de su vida diaria, como pueden ser caminar o ver, o que les representan barreras para tener una participación plena en la sociedad. (WG, 2009; OMS, 2011). Sin embargo, conocer el número exacto de personas con discapacidad no es sencillo, pues cada país utiliza diferentes metodologías en la medición de este fenómeno y a que la variación en la calidad de la medición resulta significativa. Una dificultad adicional relacionada a la medición de este problema pasa por el hecho de que existen diferentes definiciones del concepto de discapacidad, ya que a lo largo del tiempo han surgido diferentes acercamientos teóricos respecto a esta condición.

Entre estos es posible destacar algunos modelos como el de prescindencia, el médico o rehabilitador y el social o de derechos humanos (Palacios y Románach, 2006). El primero supone que las causas que originan la discapacidad son inevitables y asume como innecesarias a las personas que viven esta condición, en virtud de que albergan castigos

divinos, mensajes diabólicos o simplemente que sus vidas no vale la pena ser vivida. El segundo modelo, el médico o rehabilitador, considera que las causas de la discapacidad son médicas, por lo que sitúa el problema de la discapacidad en el individuo, quien requiere tratamientos médicos para ser rehabilitado (González, 2010). Finalmente, el modelo social considera que las causas que originan la discapacidad son sociales, y que las personas que tienen esta condición pueden aportar a las necesidades de la comunidad en igual medida que el resto de la población, pero siempre desde la valoración y el respeto de su condición de personas diferentes (Palacios y Románach, 2006).

Al tener en cuenta esta diversidad terminológica y conceptual, la OMS propuso desarrollar una sola clasificación que permitiera integrar en un lenguaje común las principales características y consecuencias de la discapacidad. Es por ello que en 1980 publicó la *Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM), como parte de su *Clasificación Internacional de Enfermedades* (CIE-10). Misma que es actualizada por dicha institución cada tres años. Este marco conceptual planteó una nueva aproximación a la discapacidad, ya que trató de alejarse del modelo médico tradicional en el que era entendida sólo como una patología, para describir en cambio tres niveles o dimensiones derivadas de la enfermedad: la deficiencia, la discapacidad y la minusvalía. En dicha clasificación las *deficiencias* representaban trastornos en el nivel orgánico o corporal; la *discapacidad* reflejaba las consecuencias de dicha deficiencia en una dimensión personal, es decir, a partir de su rendimiento funcional y de su actividad individual; y finalmente la *minusvalía* hacía referencia a las desventajas que experimentaba el individuo como consecuencia de sus deficiencias y discapacidades. De esta forma, las tres dimensiones expresaban en conjunto los problemas y dificultades que le producían a una persona en su interacción y adaptación con su entorno. Comenzó así a reconocerse que la discapacidad no sólo era un problema médico o clínico, sino que debía ser entendida sobre todo como una problemática de índole social.

Debido a que desde la aparición de la CIDDM los tres términos comenzaron a utilizarse indistintamente en el nivel coloquial, la OMS reconoció pronto la necesidad de emprender un proceso de revisión sobre dicho documento con el fin de articular conceptos como salud, actividad y participación, de manera que se destacara con un mayor énfasis el

papel de los factores ambientales y sociales dentro de esta problemática. Se buscaba sobretodo que el fenómeno de la discapacidad pudiera distinguirse de manera definitiva de las connotaciones negativas que produjeron el uso del término *minusválido*, en tanto que hacía referencia a un grupo poblacional que supuestamente era “menos válido” que los demás. La discapacidad debía entenderse más bien dentro de su contexto social, y hacer referencia sobre todo a los aspectos psico-biológicos del individuo y de cómo el contexto en el que se desenvuelve la persona ejerce una influencia sobre ellos.

El resultado de la revisión fue la publicación de la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), la cual fue aprobada por unanimidad en la 54va Asamblea Mundial de la Salud en el año 2001. La CIF tiene como objetivo proporcionar una base científica para la comprensión y el estudio de la salud y los estados relacionados con ella; establecer un lenguaje común para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, tales como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas sanitarias y la población general, incluidas las personas con discapacidades; así como permitir la comparación de datos entre países, entre disciplinas sanitarias, entre los servicios, y en diferentes momentos a lo largo del tiempo y proporcionar un esquema de codificación sistematizado para ser aplicado en los sistemas de información sanitaria. (OMS, 2001). A diferencia de la CIDDM, los dominios incluidos en la CIF debe ser considerados como dominios de salud y dominios “relacionados con la salud”, en tanto que describen desde la perspectiva corporal, individual dos listados básicos: (1) Funciones y Estructuras Corporales; (2) Actividades-Participación. Dichos dominios remplazaron a los conceptos que anteriormente eran denominados como deficiencia, discapacidad y minusvalía, ampliando así el ámbito de la clasificación para describir también experiencias positivas. Así mismo, la CIF comprende los factores contextuales que incluyen tanto cuestiones ambientales como personales.

Tabla 2. Visión de conjunto de la CIF

	Parte 1: <i>Funcionamiento y discapacidad</i>		Parte 2: <i>Factores Contextuales</i>	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Dominios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación	Facilitadores	No aplicable
	<i>Funcionamiento</i>			
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/ Obstáculos	No aplicable
	<i>Discapacidad</i>			

Fuente: OMS, 2001, pp. 25

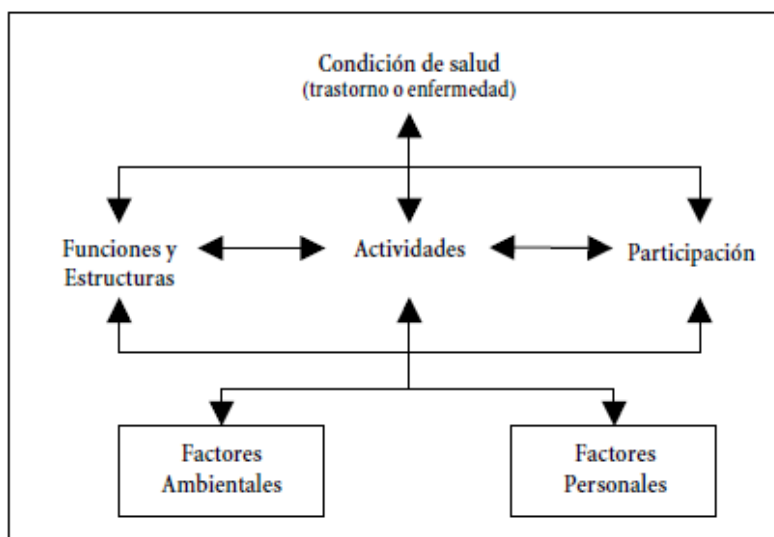
En la tabla 1 se presenta la visión de conjunto de la CIF, de manera se muestra la interacción entre los componentes, dominios, constructos con el funcionamiento y discapacidad de una persona, junto con la influencia que ejercen los factores contextuales. Dicha interrelación trae como resultado o bien aspectos positivos (funcionamiento) o bien aspectos negativos (discapacidad).

A partir de estos componentes, la CIF realiza una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones. Las *funciones corporales* comprenden a las actividades fisiológicas de los sistemas corporales (incluidas las funciones psicológicas), mientras que las *estructuras corporales* se refieren a las partes anatómicas del cuerpo, tales como los órganos, las extremidades y sus componentes. Por su parte, los *factores ambientales* son aquellos que ejercen un efecto en todos los componentes del funcionamiento y la discapacidad y están organizados a partir del entorno más inmediato del individuo, como puede ser su propia casa, hasta el entorno general: espacios públicos, oficinas de gobierno y universidades. Finalmente, los *factores personales* constituyen el trasfondo particular de la vida de un individuo y de su estilo de vida. Involucran características que no forman parte de una condición o estados de salud como pueden ser el

sexo, la raza, la edad, otros estados de salud, la forma física y los hábitos. Todos estos elementos son tomados en cuenta, así la CIF determina el funcionamiento y la discapacidad de una persona a partir de la interacción dinámica entre los estados de salud (enfermedades, trastornos, lesiones y traumas) y los factores contextuales en los que se desarrolla un individuo. (OMS, 2001).

El carácter de discapacidad o de funcionamiento de un individuo es definido así a partir de la interacción de los componentes de la CIF en un dominio específico. A continuación se presenta un diagrama sobre dichas interacciones:

Imagen 2. Diagrama de los componentes de la CIF



Fuente: OMS, 2001, pp. 39

Como puede verse en la imagen 2 anterior, para la CIF la condición de salud de un individuo interactúa tanto con las funciones y estructuras, como con la participación social de su entorno. Los factores ambientales y los factores personales constituyen su medio de acción. El concepto global de discapacidad que resulta de esta interacción es utilizado para indicar problemas o aspectos negativos (deficiencias, limitación en la actividad o restricción en la participación) y por el otro, para indicar aspectos no problemáticos (neutrales) o positivos de la salud y "relacionados con la salud" (todos ellos incluidos en el concepto genérico de funcionamiento).

Ambos se interpretan mediante diferentes “constructos”, los cuales indican la posibilidad de que un individuo pueda:

- tener deficiencias sin tener limitaciones en una capacidad.
- tener limitaciones en la capacidad y problemas de desempeño/realización sin deficiencias evidentes.
- tener problemas de desempeño/realización sin deficiencias o limitaciones en la capacidad.
- tener limitaciones en la capacidad sin asistencia, y ausencia habitual.
- experimentar un alto grado de influencia en dirección contraria a su capacidad.

Aunque la CIF ha sido utilizada en una gran variedad de contextos, tanto nacionales como internacionales, para tratar de cuantificar el problema o para desarrollar políticas públicas que busquen atender las necesidades de este grupo de la población, en nuestro país su aplicación no ha podido concretarse de manera plena ni homogénea a lo largo de todo el territorio nacional. Esto se debe a que la CIF demanda una gran cantidad de recursos humanos especializados en el tratamiento de la discapacidad y a que requiere una amplia infraestructura que involucra equipo médico o unidades especializadas con las que lamentablemente no cuenta el sector salud en México.

La intervención que realiza el capital humano en la atención de este problema, es decir, aquel personal capacitado para brindar servicios de rehabilitación integrales a las personas con discapacidad, es de gran importancia. De acuerdo con la OMS (2011) la capacitación de profesionales en rehabilitación ha resultado eficaz para mejorar los resultados sanitarios e incluso para reducir los costos de la atención de salud en el largo plazo. Esto se debe a que la atención que brindan dichos profesionales acelera la reinserción de aquellos pacientes con discapacidad transitoria o temporal. De ahí la gran importancia que tiene continuar incrementando los recursos necesarios para la atención de este problema, sean de infraestructura o humanos.

Si bien por esta falta de recursos nuestro país no ha podido aplicar completamente los protocolos de identificación de personas con discapacidad de la CIF, se han realizado valiosos esfuerzos para recabar fuentes de información confiables al respecto. En la

actualidad el sistema de salud utiliza principalmente tres tipos de instrumentos o sistemas de acopio de datos: programas de censos de población y vivienda, programas de encuestas en hogares y sistemas de registro administrativo (INEGI, 2010a, pp. 19).

En ese sentido, cabe decir que la identificación de beneficiarios en los Centros de Rehabilitación del SNDIF se realiza a partir de una evaluación médica por parte del personal disponible, sea especializado, general o habilitado, con el uso de la *Clasificación de tipo de discapacidad* que elaboró el INEGI en el año 2000. En dicho documento se utilizaron los referentes de la CDDIM y la CIE-10 con el fin de clasificar a las personas con discapacidad en dos niveles: grupos y subgrupos. El primer nivel de la clasificación está formado por cuatro grandes grupos de discapacidad, que incluyen: 1) *Discapacidades sensoriales y de la comunicación*; 2) *Discapacidades motrices*; 3) *Discapacidades mentales*; 4) *Discapacidades múltiples y otras*. Así mismo, la clasificación incluye 18 subgrupos diferentes que conforman un listado en orden alfabético, de descripciones relativas a las deficiencias y discapacidades; en él se incluyen tanto nombres técnicos como algunos sinónimos con los cuales la población reconoce la discapacidad. Las descripciones que se realizan utilizando los listados pueden considerarse como “Fuertes”, “Profundas”, “Severas” o “Graves”. (INEGI, 2000).

Las *discapacidades sensoriales y de la comunicación* comprenden las dificultades para ver, oír, hablar, y aquellas que afectan la capacidad de comunicación y comprensión del lenguaje. Las *discapacidades motrices* hacen referencia a las personas que presentan discapacidades para caminar, manipular objetos y de coordinación de movimientos para realizar actividades de la vida cotidiana. Las *discapacidades mentales* involucran a las personas que presentan discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida diaria como en su relación con otras personas. Finalmente, las *discapacidades múltiples y otras* clasifican las discapacidades múltiples, así como aquellas que no corresponden a los grupos anteriores.

La medición de la discapacidad en México: cuantificación y localización geográfica

Aunado a las características de la conceptualización del problema de la discapacidad que revisamos anteriormente, resulta muy importante un segundo elemento para describir el estado actual del problema en nuestro país: su cuantificación y su localización geográfica en el territorio mexicano.

Ante los grandes retos que plantea el crecimiento de la población adulta en todo el mundo, así como la proliferación de enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes, el cáncer o las enfermedades cardiovasculares, en tanto que ambos son factores que aumentan la probabilidad de adquirir alguna discapacidad, muchos países, instituciones y organizaciones realizan esfuerzos para disponer de fuentes de datos que ofrezcan una medición correcta de la discapacidad, tanto para conocer el fenómeno como para ejecutar acciones específicas de política pública.

En México se han utilizado principalmente dos fuentes de información a nivel institucional para hacer una estimación confiable del número de personas con discapacidad que residen en el país, además de brindar un conjunto de información sobre las características económicas, sociales, educativas y laborales de dicho grupo. Dichas fuentes son las preguntas utilizadas para identificar a las personas con dificultad o discapacidad en el *Censo de Población y Vivienda* que realiza el INEGI cada 10 años y la *Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana* (ENPDis 10) que efectuó la Secretaría de Salud y el Instituto Nacional de Salud Pública. El año 2010 fue la más reciente aplicación de ambas mediciones, por lo que sus resultados reflejan la realidad de un mismo horizonte temporal en el territorio mexicano, aunque con diferentes metodologías y enfoques.

El marco conceptual que sustentan ambas mediciones es el establecido por la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF), a la que se hizo referencia anteriormente. Cabe señalar que las mediciones sobre discapacidad que se habían realizado en los *Censos de Población y Vivienda* anteriores al 2010 fueron distintas en el sentido de que utilizaron como referente conceptual a la *Clasificación Internacional de la Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías* (CIDDM), por lo que es importante recalcar que los resultados de dichos censos no son por tanto comparables con

éste. Mientras que el más reciente censo identifica a las personas con dificultades o limitaciones para realizar actividades consideradas básicas de la vida cotidiana (caminar o moverse, ver, escuchar, hablar o comunicarse, atender el cuidado personal, poner atención o aprender y mental), los anteriores procuraron cuantificar a los individuos con deficiencias físicas graves (ciegos, sordos, mudos, etcétera) y limitaciones de forma combinada.

El problema de la discapacidad se abordó dentro del Censo 2010 a través de las variables *limitación en la actividad* y *causa de la limitación en la actividad*, a través del uso de preguntas específicas dentro del cuestionario ampliado. Es importante destacar que la lista de preguntas utilizadas en este censo tomaron en cuenta las recomendaciones que el *Grupo de Washington (WG) para estadísticas sobre discapacidad* de la ONU formuló desde el año 2001 ante la complejidad de la recopilación de estadísticas sobre el tema de discapacidad a nivel mundial, al tener como objetivo principal promover y coordinar la cooperación internacional en el ámbito de la salud, y proporcionar información básica y necesaria sobre el tema de discapacidad en una escala internacional que sea comparable. El WG ha recomendado listas de preguntas elaboradas por diversos grupos de trabajo, que busquen sean comparables internacionalmente y así permitir identificar a las personas con mayor riesgo de experimentar restricciones en la realización de actividades de la vida cotidiana. (INEGI, 2010b).

En la variable *limitación en la actividad* el censo se propuso obtener información de toda la población para identificar a las personas con limitaciones y dificultades funcionales en el desempeño de sus actividades de la vida diaria, y los principales tipos de limitación que presentan, para así vincularla con sus características sociodemográficas y económicas, así como con su ubicación geográfica dentro del territorio nacional. Mientras que en su variable *causa de la limitación*, buscó conocer el motivo principal que origina la dificultad para realizar tareas en la vida diaria de una persona. Este pueden ser por: nacimiento, enfermedad, accidente o edad avanzada. (INEGI, 2010b, pp. 53-59). A continuación se presentan las preguntas que se utilizaron en el Censo para identificar a la población con discapacidad en México.

Imagen 3. Preguntas sobre discapacidad en el Censo INEGI 2010

10. DISCAPACIDAD		11. CAUSA DE LA DISCAPACIDAD	
En su vida diaria, ¿(NOMBRE) tiene dificultad al realizar las siguientes actividades:		¿(NOMBRE) tiene dificultad para (RESPUESTA DE 10):	
<small>LEA TODAS LAS OPCIONES Y CIRCULE LAS RESPUESTAS AFIRMATIVAS</small>		<small>PARA CADA OPCIÓN CIRCULADA EN LA pre Gunt A 10 LEA LAS OPCIONES Y ANOTE SÓLO UN CÓDIGO DE CAUSA</small>	
caminar, moverse, subir o bajar?..... 10	<small>CÓDIGO DE CAUSA</small> <input type="text"/>	porque nació así?..... 1	
ver, aun usando lentes?..... 11	<input type="text"/>	por una enfermedad?..... 2	
hablar, comunicarse o conversar? 12	<input type="text"/>	por un accidente? 3	
oír, aun usando aparato auditivo? 13	<input type="text"/>	por edad avanzada?..... 4	
vestirse, bañarse o comer? 14	<input type="text"/>	por otra causa? 5	
poner atención o aprender cosas sencillas?..... 15	<input type="text"/>		
¿Tiene alguna limitación mental?..... 16	<input type="text"/>		
Entonces, ¿no tiene dificultad física o mental? 17	<input type="text"/>		

Fuente: INEGI, 2010b, pp. 58.

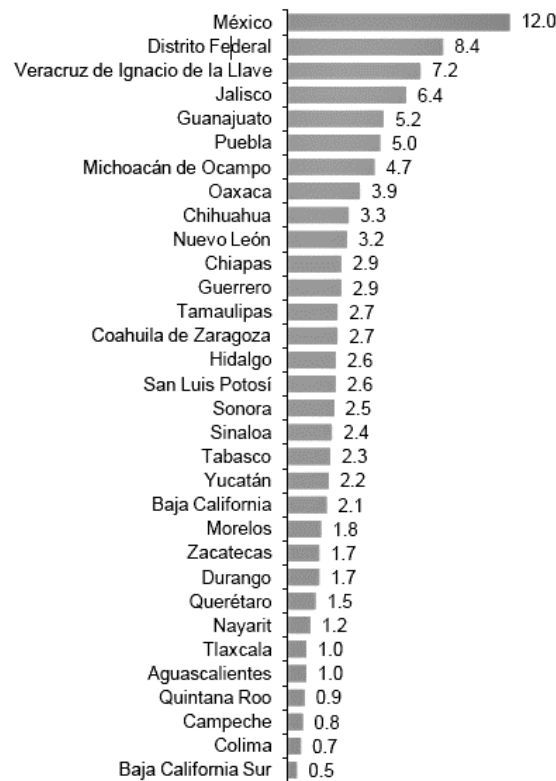
A partir de estos elementos metodológicos, los resultados del *Censo de Población y Vivienda 2010* —en su cuestionario ampliado—, indicaron que 5 millones 739 mil personas en el territorio nacional declararon tener dificultad para realizar al menos una de las siete actividades evaluadas: caminar, moverse, subir o bajar (en adelante caminar o moverse); ver, aun usando lentes (ver), hablar, comunicarse o conversar (hablar o comunicarse); oír, aun usando aparato auditivo (escuchar); vestirse, bañarse o comer (atender el cuidado personal); poner atención o aprender cosas sencillas (poner atención o aprender); limitación mental (INEGI, 2010a); es decir, son personas con discapacidad. Cifra que representa 5.1% de la población total del país.

La información censal permite conocer la distribución geográfica de la población con discapacidad en el territorio mexicano, lo anterior es de gran importancia en tanto que brinda un panorama sobre las brechas demográficas, socioeconómicas, epidemiológicas y sanitarias de cada región en la problemática de la discapacidad, y posibilita la intervención focalizada de acciones para lograr la mayor inclusión de este grupo de población.

A nivel nacional la población con discapacidad tiende a distribuirse de igual forma que la población en general, es decir, las entidades federativas más pobladas tienen también mayor número de personas con dificultad, y a la inversa. Así, las entidades federativas con mayor cantidad de población con discapacidad son: México, Distrito Federal, Veracruz y Jalisco. En el extremo opuesto, las entidades donde reside el menor número de personas con discapacidad son: Campeche, Colima y Baja California Sur.

Gráfica 1

Distribución porcentual de la población con discapacidad, según entidad federativa, 2010

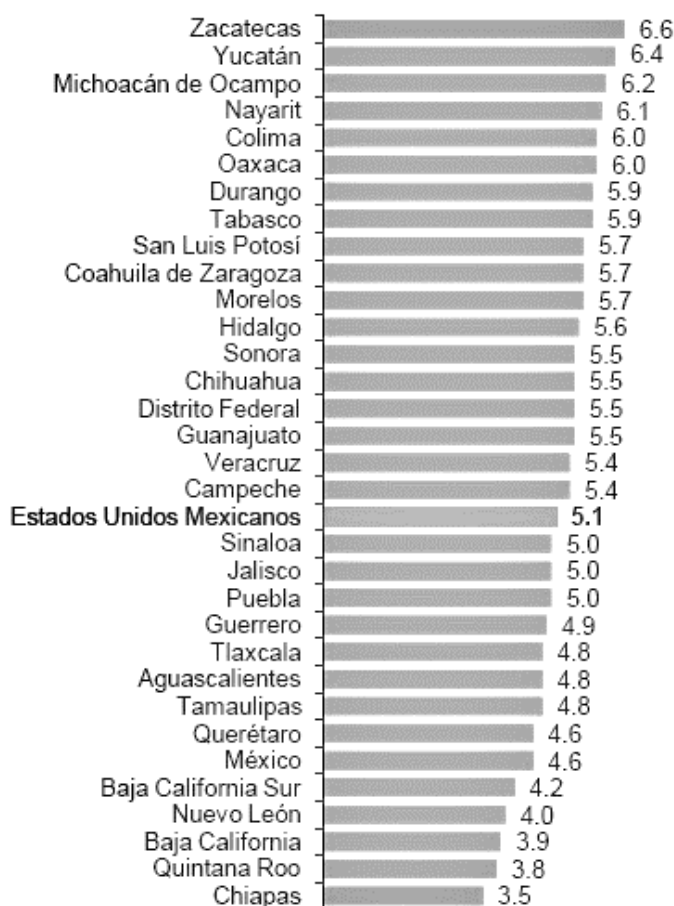


Fuente: INEGI, 2010a, pp. 42

Sin embargo, la presencia de población con discapacidad al interior de cada entidad no responde a la cantidad de habitantes del estado sino a otros factores, como la estructura por edad (la proporción de niños, jóvenes, adultos y adultos mayores), las condiciones socioeconómicas y sanitarias de la zona, entre otras. Al clasificar a las entidades federativas entre aquellas que están por debajo y por arriba del porcentaje nacional de personas con discapacidad (5.1%), 14 entidades se encuentran por debajo del valor nacional, entre ellas: Chiapas, Quintana Roo, Baja California y Nuevo León. En cambio, 20 entidades están por arriba de éste, entre las que se encuentran Zacatecas, Yucatán, Michoacán de Ocampo y Nayarit.

Gráfica 2

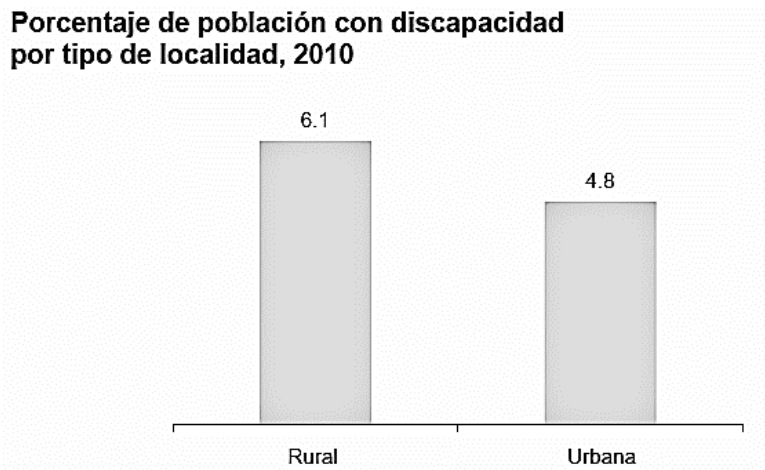
Tasa de población con discapacidad por entidad federativa, 2010
(por 10 mil habitantes)



Fuente: INEGI, 2010a, pp. 43

Al igual que en el caso de las entidades federativas, la población con discapacidad se distribuye de manera distinta según el tipo de localidad: sea urbana o rural. Si bien 72 de cada 100 personas con discapacidad se concentran en localidades urbanas de 2 500 y más habitantes, como efecto de que la población del país reside principalmente en dichas áreas, las localidades rurales presentan en su interior un porcentaje de personas con discapacidad mayor que en las urbanas: 6.1% frente a 4.8%, respectivamente. Tal situación expresa la desventaja que para la población con discapacidad representa vivir en las zonas rurales (mayor probabilidad de adquirir discapacidad debido a la menor disponibilidad y acceso a servicios sanitarios, así como a la más alta exposición a barreras físicas y sociales del entorno). (INEGI, 2010a, pp. 53).

Gráfica 3



Fuente: INEGI, 2010a, pp. 43

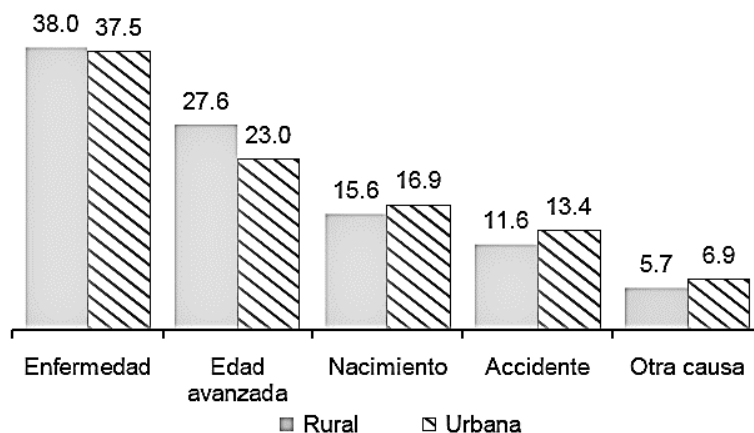
El censo también permite conocer de manera estimativa, es decir, sin diagnósticos médicos y paramédicos especializados de por medio, las principales causas que originan la discapacidad en nuestro país. De cada 100 limitaciones o dificultades, 37 tienen como origen la enfermedad, 24 la edad avanzada, 16 el nacimiento, 13 los accidentes y finalmente, 7 otra causa no definida. La distribución de las discapacidades según su causa muestra la relación que tiene el perfil epidemiológico y demográfico de la población, pues las enfermedades y la edad avanzada explican cerca de 60% de los casos de discapacidad, mientras que las causas relacionadas con el nacimiento y los accidentes ocupan el tercero y cuarto lugar respectivamente. Esto resulta relevante dadas las transformaciones demográficas y epidemiológicas que México ha vivido en las últimas décadas, específicamente el proceso de envejecimiento poblacional (aumento en la proporción de adultos y adultos mayores) y el cambio en el perfil de enfermedades (de infecciosas a crónicas-degenerativas). (INEGI, 2010a).

El análisis de la población con discapacidad de acuerdo con su ubicación geográfica es un factor importante para determinar el nivel de acceso a servicios tales como educación, salud, recreación, empleo, etc. De acuerdo con la información de la causa de discapacidad por tipo de localidad, se observa que las zonas rurales presentan una proporción más alta de personas cuyo origen de la discapacidad es la enfermedad y, sobre todo, la edad avanzada, mientras que en las áreas urbanas, las discapacidades o dificultades derivadas del nacimiento,

accidentes y otras causas tienen un peso más importante. A continuación se presenta una gráfica con esta distribución:

Gráfica 4

Distribución porcentual de las limitaciones de la población con discapacidad, por tipo de localidad según causa de discapacidad, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, pp. 49

Por su parte, la *Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010* (ENPDis) ofrece otro tipo de información sobre el perfil general de las personas con discapacidad en nuestro país, buscó sobre todo aportar cifras que caracterizaran la salud, el trabajo, la educación, la recreación y los gastos en salud de las personas con discapacidad permanente, es decir, aquellas que reconocen tener dificultad durante más de seis meses para caminar y moverse, escuchar, hablar o comunicarse, poner atención, ver, atender el cuidado personal o quien enfrenta una discapacidad mental. Dicha encuesta expone también la percepción y las actitudes de las personas con discapacidad y del resto de la población hacia este problema, además de que revela los resultados del análisis sobre la accesibilidad a lugares y dependencias públicas para personas con discapacidad. Esta encuesta tuvo un diseño muestral probabilístico, polietápico, estratificado y por conglomerados, el cual se levantó en el país durante noviembre y diciembre de 2010. Se visitaron 5,423 viviendas distribuidas en 152 áreas geoestadísticas básicas. Estas viviendas estaban distribuidas en todo el país, y el proceso de selección utilizado aseguró una representatividad nacional y por ámbito rural/urbano. Las viviendas se agruparon en 15 estratos dependiendo del tamaño de la localidad (rural, urbana y metropolitana) y de la región

geográfica a la que pertenece (noroeste, noreste, centro, DF-Estado de México y sur), y se seleccionaron con probabilidad proporcional al tamaño (número de hogares según el Censo de Población de 2005). La información se obtuvo a través de cuatro cuestionarios: 1) hogar, 2) personas con discapacidad, 3) personas sin discapacidad y 4) localidad. (INSP, 2013).

La información obtenida a través de la ENPDis 2010 resulta similar a la que arrojó el censo 2010 del INEGI. La ENPDis 2010 identificó 6,850,841 personas con discapacidad en México, lo cual equivale al 6.2% de la población total, 6.5% en zonas urbanas y 5.5% en las rurales. El 52.5% de estas personas son mujeres y el 47.5% hombres. Por su parte, se estimó que existen 3,657,292 personas con discapacidad permanente, lo cual equivale a 3.3% de la población total. La encuesta señala que en aproximadamente uno de cada cinco hogares (18.6%) vive al menos una persona con discapacidad. Dentro de este grupo poblacional y en cuanto al tipo de discapacidad se refiere, tres de cada cinco personas (60.3%) fueron señaladas con discapacidad para caminar o moverse; 28.9%, para ver, y 11.4%, para oír, entre otras. Se detectó que en un tercio de las personas afectadas (32.8%) la discapacidad permanente se debió a una enfermedad, en poco más de un cuarto (26.1%) fue a causa de una condición de nacimiento, en 22.6% fue debido a la edad avanzada, en 17.1% fue producto de un accidente, en 5.4% influyó otro tipo de causas y en 7.1% no se conoce la causa (INSP, 2013).

Cabe señalar que la información obtenida por la ENPDis10 se concentró principalmente en las limitaciones sobre la actividad de las personas que padecen esta condición. Por tanto, es importante reconocer que las definiciones asociadas a la discapacidad que se emplearon presentan limitaciones, ya que representan un solo aspecto de la discapacidad con base en la CIF. Es necesario incorporar todos los aspectos de esta clasificación para describir la discapacidad en todas sus dimensiones, e incluir: funciones y estructuras corporales, actividades, participación y los factores ambientales, psicosociales y personales ante el entorno. De hecho, este problema también afecta la información arrojada por el Censo de población 2010, pues al ser parte de un estudio demográfico más amplio el nivel de indagación sobre el problema de la discapacidad tuvo que verse limitado únicamente a las dos preguntas incluidas en el cuestionario.

Aún con estas limitaciones en nuestras fuentes de información sobre el problema de la discapacidad, la medición de este concepto ha sido incorporada poco a poco en los diferentes instrumentos de recolección de información que aplica el INEGI, lo cual es un gran avance. Prueba de ello ha sido la medición más reciente del problema de la discapacidad en México es la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012* (ENIGH 2012), pues ésta incluyó un perfil sociodemográfico general sobre las personas con discapacidad.

La ENIGH es una encuesta cuyo principal objetivo consiste en conocer la forma en que obtienen sus ingresos y la manera que gastan los hogares en el país. En el año 2012 la encuesta incluyó un par de preguntas para identificar a la población con discapacidad, para conocer la conformación del ingreso-gasto de los hogares en donde habita por lo menos una persona en esta condición. En dicho documento se señala que el 6.6% de la población presenta alguna discapacidad. De ellos, la mayoría son adultos mayores -60 años y más- (51.4%) seguidos de los adultos entre 30 y 59 años (33.7%), los jóvenes de 15 a 29 años (7.6%) y, finalmente, los niños de 0 a 14 años (7.3 por ciento); es decir, 8 de cada diez personas con discapacidad son mayores de 29 años. Si bien en el país existen 31.5 millones de hogares, solo 6.1 millones reportan que existe al menos una persona con discapacidad; es decir, en 19 de cada 100 hogares vive una persona con discapacidad. A su vez, en 78% de estos hogares solo hay una persona con discapacidad, en 18% dos personas y en 3%, tres o más personas con discapacidad. (INEGI, 2013).

Tenemos así que uno de los grandes retos y áreas de oportunidad en este campo será mejorar los instrumentos de medición para tener una estimación más completa de las dimensiones de la discapacidad en México. Si logramos incorporar a nuestros instrumentos estadísticos todas las dimensiones de la CIF, no solo será posible conocer con una mayor profundidad este problema en México, sino que eventualmente podremos intervenir de una manera más eficaz a partir de políticas públicas como lo es el componente de “Prestación de servicios a personas con discapacidad y sus familias en los centros de rehabilitación”.

2.2. Evolución del problema

Sobre la medición del problema de la discapacidad en el mundo

Conceptualizar y medir el problema de la discapacidad es el primer paso para poder intervenir positivamente en esta problemática, pues constituye un asunto medular en cuanto que tiene implicaciones prácticas como lo es la estimación de la prevalencia de discapacidad, la construcción de sistemas de información y la formulación de políticas públicas, todo lo cual impacta de forma directa en la vida de las personas con discapacidades.

En nuestro país se ha avanzado en este asunto, pues en la actualidad existen fuentes de información cada vez más completas para conocer las características del problema, entre las que destacan el Censo 2010 y la ENPDis 2010. Para Rosario Cárdenas la ausencia de una mayor cantidad de información estadística sobre discapacidad y sus características ha impedido conocer la situación que priva realmente en México en torno a este problema social y de salud pública. Para Cárdenas resulta insuficiente la medición del fenómeno en todo el país, pues actualmente los censos de población, sobre todo el de 2010, constituyen las únicas fuentes de datos sobre ciertos aspectos de la prevalencia de discapacidad y su distribución de acuerdo a atributos sociodemográficos y geográficos (Cárdenas, 2011).

La Organización de las Naciones Unidas ha señalado recientemente que los datos de los censos son adecuados para utilizarse en la planificación de programas y servicios generales (de prevención y rehabilitación), pues permiten realizar un monitoreo de aspectos seleccionados de las tendencias de discapacidad en el país, además de que indirectamente permiten la evaluación de programas y servicios nacionales relacionados con la igualdad de oportunidades.

Para Susana Schkolnik no hay una forma concreta de avanzar en políticas públicas, políticas sectoriales y programas sociales para personas con discapacidad si no se mejora la cuantificación de la brecha entre oferta y demanda potencial, pues esta debe ser la base para una planificación del incremento de atenciones y la comparabilidad internacional de las cuestiones relativas a la prevalencia de discapacidades en los países (2009).

Los censos de población y las encuestas son los instrumentos más utilizados alrededor del mundo. Algunos países han integrado preguntas sobre discapacidad en sus censos, como

es el caso de Irlanda, Brasil, India, España y el nuestro; otros han realizado encuestas especiales sobre el tema o han incorporado un módulo sobre discapacidad en sus sistemas de encuestas tradicionales, como Gran Bretaña, España, Canadá y los Estados Unidos; mientras que en pocos se utilizan los registros administrativos para obtener esta información, entre ellos, los países escandinavos. De acuerdo con el INEGI, cada uno de los instrumentos o sistemas de acopio de datos tienen ventajas y desventajas en la captación de información sobre discapacidad.

Por ejemplo, mientras que los censos resultan muy ventajosos por la ausencia de errores en el muestreo o para obtener detalles geográficos del problema, resultan poco prácticos para capturar características detalladas de la discapacidad o por la poca puntualidad en la obtención de los datos. Uno de los principales problemas de este instrumento de medición es que resulta poco útil para identificar a las personas que requieren servicios especiales, pues debido a la gran cantidad de preguntas que se realizan durante la aplicación de las encuestas, no es posible profundizar en un tema en específico (INEGI, 2010a, pp. 21).

Aunado a esto, es necesario tomar en cuenta que en nuestro país se comenzó a integrar parcialmente el marco conceptual de la CIF sólo partir del censo 2010, por lo que los datos recopilados en los censos anteriores no son comparables con los actuales. De acuerdo con Jorge Reyes Manzano para explicar el hecho de que en el año 2000 se hayan reportado 1.8 millones de personas con discapacidad, mientras que para el año 2010 la cifra haya alcanzado los 4.5 millones de personas, debe tomarse en cuenta el cambio en términos del diseño de cada medición. Aún y cuando la diferencia es bastante considerable, gran parte de este “aumento” se explica porque el diseño de las preguntas se basó en diferentes marcos conceptuales. (Manzano, 2012).

El problema de la conceptualización también puede ayudar a explicar la variación de las cifras de población con discapacidad alrededor del mundo. En ese sentido, es notable que mientras el estimado de la OMS sobre la población mundial que padece alguna discapacidad va del 12 al 15%, en nuestro país nuestros instrumentos de medición identifican solamente entre el 5 y 6% de personas en esta condición (OMS, 2011). En ese sentido es importante tener en cuenta la necesidad de seguir estandarizando las mediciones mexicanas a partir de un solo marco teórico, tanto para garantizar su comparabilidad (sea a nivel nacional e

internacional), como para evitar dejar fuera de nuestras estimaciones a personas que necesiten atención médica y servicios integrales de rehabilitación.

Por otra parte, además de la CIF y su aplicación a partir de censos o encuestas, se han ideado otras maneras de medir y conceptualizar la discapacidad alrededor del mundo. Es importante revisar estas otras formas de medición debido a que el uso de una definición determinada depende del propósito que se persigue: si es para investigación, para monitoreo o para desarrollo de política. (Cuervo; Gómez, 2007). Ha sido sobre todo a partir de la década de los años ochenta que comenzaron a crearse instrumentos para la evaluación de la discapacidad con diversos propósitos.

Sólo por señalar algunos de los más notables y actuales, podemos mencionar al *World Health Organization Disability Assessment Schedule II* (WHO-DAS II), el cual es un instrumento elaborado por la OMS durante el año 2000 para evaluar el impacto de los estados de salud sobre el nivel de funcionamiento de una persona, que busca determinar el grado de dificultad experimentada en aquellas actividades que una persona lleva a cabo; o al *London Handicap Scale* (LHS), elaborado en 1994 y que mide el estado salud general de una persona para contemplar seis dimensiones vinculadas al problema de la discapacidad, como son movilidad, independencia física, ocupación, integración social, orientación y autosuficiencia económica. (INEGI, 2010a, pp. 23).

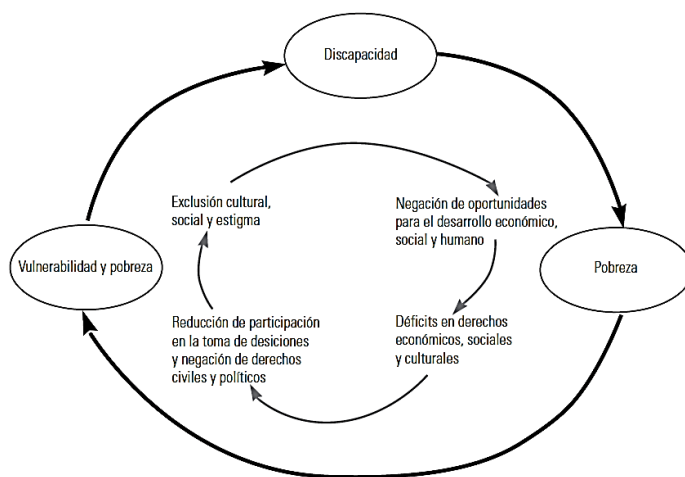
Situación de las personas con discapacidad en México: pobreza, derecho a la seguridad social y uso de los servicios de salud

Como se ha señalado, la conceptualización sobre el problema de la discapacidad va más allá de sus dimensiones médicas para abarcar también cuestiones de índole social, como es la participación de las personas que padecen dicha condición dentro de la vida económica, política y cultural de su entorno. Es por ello que no es suficiente con sólo cuantificar y localizar geográficamente el problema de la discapacidad en México, sino que es necesario también identificar algunos datos que nos ayuden a comprender el grado de exclusión social que padece este grupo poblacional (Bowie, 2005). Si bien las fuentes de información sobre el problema de la discapacidad con las que contamos en nuestro país difícilmente pueden proporcionarnos mediciones exhaustivas sobre cada una de las dimensiones de la exclusión

social, los instrumentos a los que se ha hecho referencia son de gran utilidad para conocer un panorama general de la problemática en los siguientes rubros: pobreza, educación, participación en la vida laboral y acceso a los servicios de salud. Lo anterior con el fin de desarrollar el esquema de trabajo para proporcionar servicios de rehabilitación y atención médica general.

En el ámbito internacional se han documentado diversas aproximaciones en la relación entre pobreza y discapacidad de forma causal (Cuervo y Gómez, 2007), donde inciden variables socioeconómicas como factor contextual independiente que interactúa con el individuo en condición de discapacidad. La relación entre pobreza, discapacidad y exclusión social es clara, pues dichas condiciones pueden ser causa y consecuencia entre sí. Cuando los individuos padecen algún tipo de pobreza, el riesgo de adquirir una discapacidad se incrementa debido a las precarias condiciones de trabajo, salud, higiene, educación. Lo anterior hace que las personas en situación de discapacidad vivencien exclusión social en ingreso, trabajo, educación, consumo, salud, vivienda, participación, ejercicio de ciudadanía, entre otros. Es en la interacción entre dichas tensiones donde surge lo que en la bibliografía especializada se denomina el *círculo vicioso entre pobreza y discapacidad* (DFID, 2000).

Imagen 4. Círculo de la pobreza y la discapacidad



Círculo de la pobreza y la discapacidad.

Fuente: DFID, 2000; Cuervo, Gómez, 2007, pp. 63

En nuestro país la pobreza no es entendida únicamente como la carencia estructural de ingreso, sino que, de acuerdo con la *Ley General de Desarrollo Social*, la pobreza es medida por el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social

(CONEVAL) a partir de una metodología multidimensional que involucra ocho tipos de dimensiones sociales: ingreso, rezago educativo, acceso a la salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a servicios básicos en la vivienda, acceso a la alimentación, grado de cohesión social.

Se considera población en pobreza a aquella que tenga al menos una carencia social y un ingreso menor al costo de las necesidades básicas, mientras que una persona se encuentra en situación de pobreza extrema cuando presenta tres o más carencias sociales y su ingreso es menor al valor de la canasta alimentaria. Las estimaciones que realizó el CONEVAL a partir de la ENIGH 2012, indican que 5.7 millones de personas con discapacidad presentan al menos una carencia social y 2.1 millones presentan al menos tres carencias sociales. Entre ellas, 3.8 millones presentan rezago educativo, 1.3 millones presentan carencia por acceso a los servicios de salud, 3.1 millones carencia por acceso a la seguridad social, 0.8 millones carencia por calidad y espacios en la vivienda, 1.7 millones carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda, y 2.2 millones carencia por acceso a la alimentación. 1.7 millones de personas con discapacidad viven con un ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo y 3.9 millones viven con un ingreso inferior a la línea de bienestar. (CONADIS, 2014). En ese sentido, la población con discapacidad en situación de pobreza extrema pasó de 13.9% (2010) a 12.7% (2012), es decir, cerca de 0.9 millones de personas; mientras que la población con discapacidad en situación de pobreza moderada aumentó de 36.3% (2010) a 38.5% (2012), alrededor de 2.9 millones de personas a nivel nacional.

De acuerdo con el *Informe mundial sobre discapacidad 2011* de la OMS, las personas con discapacidad presentan tasas más altas de pobreza que las personas sin discapacidad en todo el mundo. Esto se debe a que las personas con discapacidad pueden tener costos adicionales de asistencia personal, atención médica o dispositivos auxiliares, y a que en general el acceso a la vida laboral es más restringido que el de aquellas personas que no padecen ningún tipo de discapacidad. Debido a dichos factores, gastos más elevados y menos oportunidades laborales, es probable que las personas con discapacidad y sus familias sean más pobres que las personas sin discapacidad con unos ingresos similares. En los países de ingresos bajos, las personas con discapacidad, en comparación con las personas sin

discapacidad, tienen una probabilidad un 50% mayor de enfrentarse a gastos sanitarios ruinosos. (OMS, 2011, pp. 12).

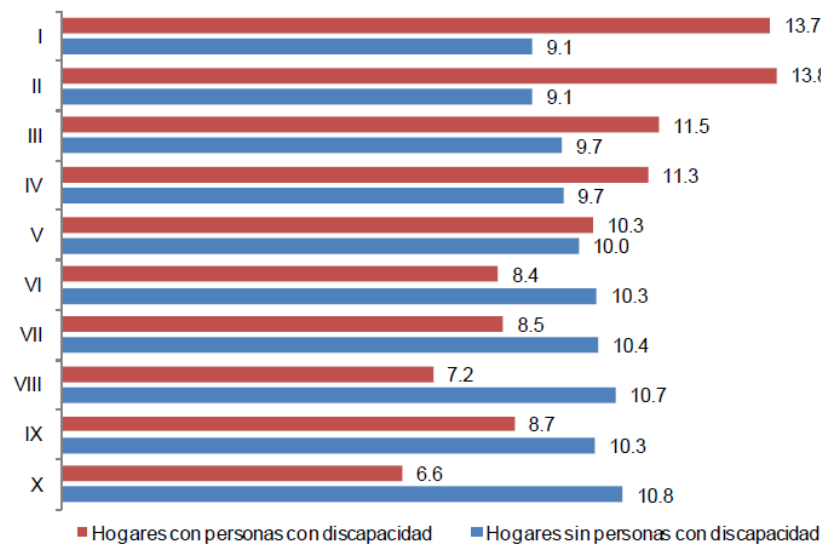
Lamentablemente, México no es la excepción a dichas tendencias internacionales, pues los resultados de la ENIGH 2012 confirman que existe un mayor gasto en hogares que tienen al menos un miembro en condición de discapacidad. Con el fin de analizar la información de ingreso y gasto de los hogares mexicanos, la ENIGH organiza el total de ellos en 10 grupos homogéneos y ordenados ascendentemente, denominados deciles, conforme al ingreso corriente que reportan en el trimestre (entradas regulares de dinero, bienes o servicios que contribuyen al bienestar económico del hogar). Así, en el decil I quedan reportados los hogares con menores ingresos en el país y en el decil X los hogares con mayor nivel de ingresos.

En este contexto, se puede identificar que hay una presencia más alta de hogares con personas con discapacidad en los primeros deciles, es decir, en los hogares con menos ingresos y, a la inversa, tienen una presencia menor en los hogares con mayores ingresos. Para la ENIGH el *ingreso* del hogar está integrado por cinco grandes categorías (trabajo, renta de la propiedad, transferencias, es decir, programas de gobierno, jubilaciones, donativos, etc.), aunado a que más del 90% de los ingresos en los hogares mexicanos provienen del trabajo y transferencias, cabe señalar que los ingresos por trabajo son más bajos en los hogares con personas con discapacidad que sin ellas y que tal situación se puede observar tanto en los primeros deciles como en los últimos. Es decir, independientemente del decil económico en que se encuentren, los hogares con personas con discapacidad reportan menos ingresos por trabajo que aquellos sin discapacidad.

Para el caso de las transferencias cambia la situación, pues los hogares con personas con discapacidad reportan niveles de transferencias mucho más altas que aquellos sin personas en tal condición; esto se puede observar en todos los deciles, aunque principalmente en los primeros (I, II y III), donde se reporta que hasta un 45% de sus ingresos derivan de transferencias (INEGI, 2013). Dichas transferencias incluyen remesas de miembros del hogar, regalos, donaciones y programas sociales.

Gráfica 5

**Distribución porcentual de hogares por decil de ingresos según condición de presencia de personas con discapacidad
2012**



Fuente: INEGI, 2013.

La ENIGH mide el gasto de los hogares desagregado por alimentos, bebidas y tabaco, vivienda, transporte, cuidados personales, limpieza del hogar, educación y esparcimiento, transferencias a otros hogares o instituciones, vestido y calzado y cuidados a la salud. En ese sentido, los hogares con personas con discapacidad reportan porcentajes más altos de gasto en alimentos, vivienda y sobre todo en cuidados a la salud (rubro de gasto pequeño -entre 3 y 5% según decil- pero que puede ser una, dos y hasta tres veces más alto de los hogares sin personas con discapacidad). A la par, los hogares con personas con discapacidad reportan un gasto menor en educación, transporte, vestido y calzado y, transferencias a otros hogares.

Es posible decir que en lo referente al ingreso y el gasto, los hogares con personas con discapacidad se concentran, proporcionalmente, en los deciles de ingreso bajos e intermedio; su ingreso por trabajo es inferior pero su ingreso por transferencias, especialmente de programas de gobierno y de otros hogares es mayor que en los hogares sin presencia de población con discapacidad; y su gasto se concentra un poco más en alimentos, vivienda y cuidados a la salud, es decir, productos básicos. (INEGI, 2013).

Existen otros factores importantes a tomar en cuenta para conocer la situación de las personas con discapacidad en México. Como se señaló anteriormente, la ENPDIs 2010 se

propuso conocer factores referentes a la salud, trabajo, educación y recreación de las personas con discapacidad permanente. En lo que respecta a la educación, los resultados revelan diferencias importantes entre las personas con discapacidad permanente y las personas sin discapacidad. En cuanto al nivel de escolaridad, los porcentajes divergen: en el grupo de personas con discapacidad permanente de 15 años o más, 24.2% es analfabeta (23.6% en hombres y 24.7% en mujeres), mientras que sólo 5.4% lo es entre las personas sin discapacidad. Una de cada cinco personas con discapacidad permanente de 15 años o más (21.9%) señaló que nunca ha asistido a la escuela, 23.9% en el caso de mujeres y 19.7% en el caso de hombres. Con respecto al acceso a la educación y el tipo de discapacidad, se observa que el mayor porcentaje de personas que nunca han ido a la escuela tiene una discapacidad de tipo mental (31.6%), mientras que el menor porcentaje manifestó tener una discapacidad de tipo visual (16.7%). (INSP, 2013).

En lo que respecta a la actividad laboral de este grupo poblacional, en la ENPDis 2010 se entrevistó a las personas con discapacidad permanente de 12 años o más con el fin de conocer el tipo y características laborales durante la semana previa a la entrevista. En la encuesta se definió a una persona laboralmente activa como aquella que trabajaba, o que tenía trabajo aunque no hubiera trabajado la semana previa o bien que estuviera buscando trabajo. De las personas con discapacidad permanente 29.2% señaló tener alguna limitación física o mental que le impide trabajar, en tanto que 23.0% dijo que había trabajado al menos una hora durante la semana previa a la entrevista. Este último porcentaje es significativamente menor que 47.5% correspondiente a las personas sin discapacidad, lo cual muestra una de las grandes diferencias entre ambos grupos.

Por otro lado, a las personas con discapacidad que trabajaban fuera de sus hogares se les preguntó sobre las características de accesibilidad del lugar laboral. En general se observó que los lugares de trabajo donde laboran las personas con discapacidad no tienen las condiciones de acceso adecuadas. Solamente una de cada cuatro personas con discapacidad de 12 años o más que trabajaban fuera de sus hogares declaró que en su lugar de trabajo contaban con espacios amplios para desplazarse de un lugar a otro. (INSP, 2013).

Otra cuestión muy importante para conocer la evolución del problema de la discapacidad en nuestro país y por ende para nuestro programa, en tanto que se propone

ofrecer atención integral de manera directa a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de padecerla, reside en conocer el tipo y la calidad en el acceso a los servicios de salud que tienen las personas con discapacidad. Si bien la salud es un derecho fundamental para cualquier ser humano, éste es requerido con mayor premura en el caso de las personas con discapacidad, pues la pronta detección e intervención, así como los servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, son cruciales para mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional. La *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*, señala en su artículo séptimo la obligatoriedad de la Secretaría de Salud de promover el acceso a la salud de la población sin discriminación.

Artículo 7. La Secretaría de Salud promoverá el derecho de las personas con discapacidad a gozar del más alto nivel posible de salud, rehabilitación y habilitación sin discriminación por motivos de discapacidad, mediante programas y servicios que serán diseñados y proporcionados, considerando criterios de calidad, especialización, género, gratuidad o precio asequible (Congreso de la Unión, 2011: 6-7).

Por su parte, el *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018* presentado por el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS), señala en su segundo objetivo que es necesario mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud así como a la atención de salud especializada. Es importante señalar que las personas con discapacidad no sólo requieren de servicios de salud por esta condición, sino que igualmente pueden enfermar como cualquier otra persona debido a diferentes afecciones no relacionadas con su discapacidad. En ese sentido, resulta muy importante describir las características y condiciones de la *derechohabiencia* y el uso de servicios de salud de las personas con discapacidad en México, pues dichos indicadores pueden formar una idea de las necesidades y prioridades de este grupo.

El *Censo de Población y Vivienda 2010* define a la *derechohabiencia* a servicios de salud como "el derecho de las personas a recibir servicios médicos en instituciones de salud públicas o privadas, como resultado de una prestación laboral por ser pensionado o jubilado, por inscribirse o adquirir un seguro médico o por ser familiar designado beneficiario" (INEGI

2010a, pp. 59). Con el fin de medir este derecho se consideró el acceso que tienen las personas con discapacidad a instituciones tales como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Seguro Popular o para una Nueva Generación, los servicios de salud de los hospitales de Pemex, la Defensa o Marina, y los servicios privados, es decir, aquellos que otorgan servicios médicos mediante un pago.

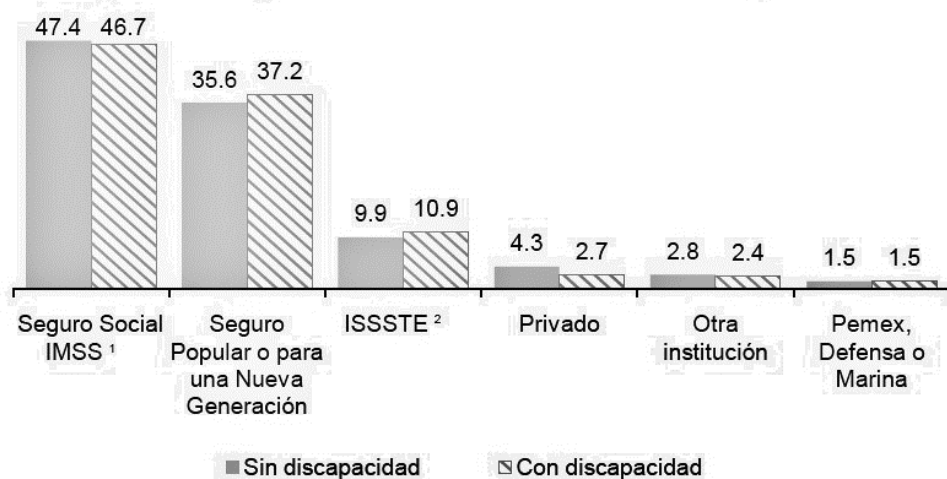
El censo señala que 68.8% de población con discapacidad es derechohabiente a algún servicio de salud, porcentaje ligeramente superior al de la población sin discapacidad (66.4 por ciento). De ellos, 46.7% están afiliados al Seguro Social (IMSS), 37.2% al Seguro Popular o para una Nueva Generación, 10.9% al ISSSTE, 2.7% a una institución privada, 2.4% a otra institución no definida y 1.5% a Pemex, Defensa o Marina; es decir, la mayoría es derechohabiente del Seguro Social y del Seguro Popular. La población sin discapacidad tiene un patrón de derechohabiencia semejante; sin embargo, presenta un porcentaje de afiliados en instituciones privadas más alto que las personas con discapacidad (4.3 frente a 2.7 por ciento). (INEGI, 2010a, pp. 60).

Los adultos mayores (60 años y más) y los niños (0 a 14 años) con discapacidad reportan los porcentajes más altos de derechohabientes (72.5% y 69.8%, respectivamente), seguido por los adultos de 30 a 59 años (65.8%) y, finalmente, los jóvenes de 15 a 29 años (59.7 por ciento). Si bien la población sin discapacidad presenta una situación semejante, una cuestión muy importante a destacar se refiere a que los adultos y los jóvenes reportan un nivel de derechohabiencia más alto que su contraparte con discapacidad, lo que puede ser un indicio de la dificultad de éstos últimos para acceder a servicios de salud.

En nuestro país la derechohabiencia se vincula en alto grado a la seguridad social en el empleo, por lo que es necesario tomar en cuenta que la población perteneciente a los deciles más bajos accede generalmente a empleos con condiciones laborales más precarias, es decir, que no les garantizan las prestaciones sociales garantizadas por la ley. Es probable que por esta razón aquellos jóvenes que padecen discapacidad tengan un menor acceso a la derechohabiencia, pues esta condición también los sitúa generalmente en los deciles más bajos.

Gráfica 6

Porcentaje de población derechohabiente, por condición de discapacidad según institución de derechohabencia, 2010



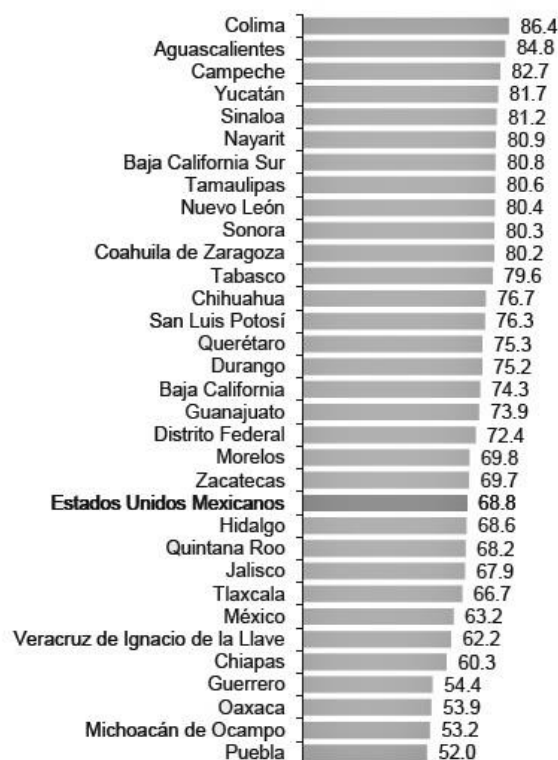
Fuente: INEGI 2010a, pp. 60

El censo también permite hacer un análisis geográfico respecto a las diferencias regionales de la derechohabencia, pues muestra la forma en la que se distribuye la población con discapacidad derechohabiente en cada entidad federativa. A partir de estos datos es posible conocer a grandes rasgos las necesidades en el ámbito de los servicios de salud de este grupo poblacional a nivel nacional. De acuerdo con el censo, 21 entidades federativas, principalmente del centro-norte y del norte del país, tienen un porcentaje de población con discapacidad derechohabiente por arriba del promedio nacional (68.8%), destacan Colima (86.4%), Aguascalientes (84.8%) y Campeche (82.7%); en cambio, 11 entidades, del centro-sur y del sureste, están por debajo de dicho promedio, entre ellas, Puebla (52%), Michoacán (53.2%) y Oaxaca (53.9 por ciento).

Esta situación pone en evidencia la desventaja de la región centro-sur y la sureste en términos de seguridad social, sobre todo si se considera que el acceso a los servicios de salud en dicha región se da en su mayoría a partir del Seguro Popular (más del 50%) con respecto a las otras instituciones (IMSS, ISSSTE, PEMEX, etc.), ya que el Seguro Popular tiene un nivel de cobertura y calidad de servicios inferior que el de las otras instituciones. (INEGI, 2010a, pp. 62).

Gráfica 7

Porcentaje de la población con discapacidad derechohabiente, por entidad federativa, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, pp. 61

Por su parte, la ENPDis 2010 ofrece algunos datos muy importantes para conocer factores vinculados con el cuidado de la salud en la población con discapacidad permanente: 30.1% de ellas reconoció no haber asistido a consultas médicas generales durante los 12 meses previos a la entrevista, 45.5% reportó que fue entre 1 y 11 veces y 22.6% asistió al menos una vez por mes.

En el caso de consultas médicas específicas por motivos de la discapacidad indicada, 59.4% reportó no haber asistido a alguna consulta de este tipo y 27.7% reportó que asistió una vez al mes. Casi la mitad, 47.9%, de las personas con discapacidad que asistieron a consultas médicas por esa razón mencionó que fue el IMSS la institución donde asistieron en la última ocasión, 12.7% acudió a una clínica u hospital privado, 8.7% fue a un centro de salud perteneciente de la Secretaría de Salud, 8.0% se atendió en el ISSSTE y 6.8%, en el Seguro Popular, el resto asistió a otras instituciones.

En relación con la atención del servicio de rehabilitación, sólo 13.6% de las personas con discapacidad reconoció haber recibido rehabilitación o terapia en el año previo a la entrevista. Entre las razones para no haber recibido este servicio se encontró que el paciente no lo consideraba necesario 30.0%, por falta de dinero 16.6%, porque el personal de salud no le informó (11.0%) y porque se desconoce la existencia de estos servicios 8.8%. Se encuentra además 7.6% de casos que dijeron que ya habían terminado su rehabilitación o terapia. (INSP, 2013, pp. 30).

En esta sección se realizó un análisis con información de tipo cuantitativo y cualitativo sobre la evolución de la discapacidad entre las distintas regiones y grupos afectados en nuestro país. Aún y cuando la información disponible presenta ciertas limitaciones, como el hecho de que no se hayan podido aplicar completamente los parámetros de la CIF, las mediciones con las que se cuenta permiten identificar algunas de las causas y consecuencias del problema. A partir de todos estos elementos es posible señalar a manera de conclusión que la evolución del problema de la discapacidad en nuestro país requiere ampliar el acceso a los servicios de salud para las personas con discapacidad, ya que en promedio más del 31% de este grupo poblacional no cuenta con ningún tipo de derechohabencia, ni recibe ningún tipo de atención médica y paramédica especializada para atender su discapacidad.

Asimismo, debe ser prioritario tratar de reducir las importantes brechas de desigualdad regionales que existen en este ámbito, pues en algunos estados de la república estas deficiencias en el acceso a los servicios de salud alcanzan niveles del casi el 50%. Esta problemática resulta especialmente urgente si tomamos en cuenta que la necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación, incluida la falta de dispositivos auxiliares como lo son las prótesis o órtesis, puede acarrear consecuencias muy graves para las personas con discapacidad, y resultar en el deterioro irreversible del estado general de salud, limitaciones de las actividades y funciones en la vida diaria, restricciones para la participación en actividades educativas, laborales, culturales, y sobre todo una peor calidad de vida. (OMS, 2011).

Al tener en mente esta cuestión sería posible intervenir también en otro elemento muy importante del problema: la pobreza que afecta a este grupo poblacional en una mayor

proporción con respecto a los otros habitantes, en tanto que ejercen un mayor gasto en atención médica y a un menor acceso a la vida laboral. Las pruebas presentadas en el *Informe Mundial sobre discapacidad 2011* señalan que muchos de los obstáculos a que se enfrentan las personas con discapacidad son evitables, y que pueden superarse las desventajas asociadas a la discapacidad si se recibe atención especializada de forma oportuna y recurrente (OMS, 2011). Es por ello que el Estado mexicano debe emprender acciones concretas para detener el círculo vicioso entre discapacidad y pobreza que excluye socialmente a este grupo, con el fin de garantizar el desarrollo integral de una vida plena para las personas con discapacidad.

2.3. Experiencias de atención

Recomendaciones internacionales para la atención a personas con discapacidad

Uno de los factores más importantes para el avance en la comprensión y atención hacia las dificultades que enfrentan las personas con discapacidad a nivel mundial ha sido la aprobación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) por parte de la ONU en el año 2007. Hacia finales del 2012, en América Latina y el Caribe 28 países habían suscrito dicho documento y 23 estaban en proceso de ratificación. Esta Convención se concibió como un instrumento de derechos humanos con una dimensión explícita de desarrollo social, en el que se adoptó una amplia clasificación de las personas con discapacidad y se reafirmó que todas las personas con todos los tipos de discapacidad deben poder gozar de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.

Sin embargo, la ratificación del documento por sí mismo no se traduce en legislación, políticas, programas y actividades pues, en muchos casos, el desconocimiento o falta de articulación entre las propuestas y acciones necesarias impiden que estas acciones se concreten. A pesar de ello, algunos países de la región han implementado efectivamente algunas disposiciones en sus sistemas de protección social que han resultado muy efectivas.

En el caso de ayudas asistenciales universales gratuitas o subvencionadas, así como en la proporción de aparatos tales como audífonos, sillas de ruedas y prótesis, la ONU destaca las políticas implementadas en Argentina, Chile, Costa Rica, Panamá y Trinidad y Tobago en los últimos años. (CEPAL, 2013). A continuación se revisarán brevemente las características principales de las políticas de Argentina, Chile y Costa Rica, pues se destacan

por tener un enfoque integral fundado en una identificación precisa de los beneficiarios. Asimismo, estos programas integran los principios de la *rehabilitación basada en la comunidad* (RBC) propuestos por la Organización Mundial de la Salud, quien los define como una estrategia para mejorar el acceso a los servicios de rehabilitación para las personas con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos, haciendo uso óptimo de los recursos locales (OMS, 2012).

En Argentina la política pública para atender la discapacidad está centrada en la expedición de un *Certificado Único de Discapacidad* (CUD). Este documento público se emite de manera voluntaria a partir de una evaluación interdisciplinaria en la que el personal capacitado determina, de acuerdo a la documentación y el diagnóstico médico, si la persona encuadra o no dentro de las normativas vigentes de certificación. Permite el acceso a un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con cualquier tipo de discapacidad y contempla acciones de prevención, asistencia y protección en términos médicos, pues garantiza la completa gratuidad en cualquiera de los hospitales del sistema de salud argentino. También ofrece una cobertura integral en las necesidades y requerimientos de este grupo poblacional, como es ofrecer gratuidad en los servicios de transporte público o exentar el pago de impuestos municipales. Finalmente, este documento garantiza el pago de las llamadas *asignaciones familiares*, que son transferencias monetarias que se ofrecen en caso de que un hijo padezca discapacidad, en la que se da un apoyo escolar anual, o cuando un cónyuge padece esta condición (ANSES, 2013).

Por su parte, el *Plan de Acción en Discapacidad* (PLANDISC) de Chile constituye un instrumento de gestión estratégico para operacionalizar la política nacional para la integración social de las personas con discapacidad, promulgada en 1999. En este caso se partió de la necesidad de contar con un solo parámetro para definir a los beneficiarios de la política, para lo que se desarrolló el Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en 2004. Es decir, se advierte en esta experiencia una preocupación explícita por diseñar las estrategias de intervención social a partir de evidencias científicamente fundadas. El PLANDISC se apoyó en una estrategia intersectorial, descentralizada y participativa, a partir de la cual se desarrollaron programas y actividades en los componentes de equiparación de oportunidades, eliminación de barreras, prevención y rehabilitación. Atiende los componentes de educación, salud e inclusión laboral, sobre todo a partir de acceso a financiamiento total o parcial en estos tres rubros. Así mismo, garantiza el pago de una *Pensión Básica Solidaria de Invalidez* (PBSI), que es un sistema de transferencias monetarias a aquellas personas que no cuenten con ningún tipo de pensión y que pertenezcan al grupo familiar 60% más pobre de la población (SENADIS, 2014).

Finalmente, la *Política nacional de discapacidad* (PONADIS) en Costa Rica constituye el marco político de largo plazo que establece la dirección estratégica del Estado costarricense, para lograr la efectiva promoción, respeto y garantía de los derechos de las personas con discapacidad. La PONADIS contiene cinco ejes: institucionalidad democrática, salud, educación, trabajo y empleo, y entorno inclusivo. Dentro de los programas que se integran a la PONADIS destaca el *programa de Transferencia Monetaria Condicionada “Manos a la Obra”*, en el que se pretende facilitar la reinserción laboral de las personas con discapacidad. De esta forma Costa Rica ha puesto en relieve el papel de las organizaciones de personas con discapacidad para promover un mercado de trabajo inclusivo mediante el apoyo a la capacitación de los recursos humanos y a los ajustes en el lugar de trabajo (Presidencia de la República Costa Rica, 2011).

Recomendaciones internacionales para la atención a personas con discapacidad

Con base en pruebas científicas disponibles sobre cómo pueden superarse los obstáculos a los que se enfrentan las personas con discapacidad en cuestiones tales como la salud, rehabilitación, apoyo y asistencia, entorno, educación y empleo, la Organización Mundial de

la Salud formuló las siguientes recomendaciones para que los países adapten esas medidas a sus contextos específicos: 1) La primera recomendación señala que es prioritario posibilitar el acceso a todos los sistemas y servicios convencionales, ya que las personas con discapacidad tienen necesidades ordinarias de salud y bienestar, de seguridad económica y social, de aprendizaje y desarrollo de aptitudes. Esas necesidades pueden -y deberían- quedar satisfechas por los programas y servicios convencionales; 2) Es necesario invertir en programas y servicios específicos para las personas con discapacidad, pues algunas de ellas requieren el acceso a medidas específicas, como rehabilitación, servicios de apoyo o formación. La rehabilitación -incluidos los dispositivos auxiliares, como sillas de ruedas o audífonos- mejoran el funcionamiento y hacen posible que las personas con discapacidad vivan autónomamente, participando en la vida económica, social y cultural de su comunidad; 3) Se debe adoptar una estrategia y un plan de acción nacionales sobre discapacidad; 4) Es importante asegurar la participación de las personas con discapacidad, pues las personas con discapacidad tienen derecho a controlar su vida, y, por tanto, deben ser consultadas sobre cuestiones que les incumban directamente, bien sea salud, educación, rehabilitación o vida comunitaria; 5) Debería mejorarse la capacidad de recursos humanos a través de una educación y formación en materia de la discapacidad, que incluya los principios de los derechos humanos; 6) Proporcionar financiación suficiente y sostenible de los servicios prestados por el sector público para asegurar que éstos lleguen a todos los beneficiarios potenciales y sean de buena calidad; 7) Fomentar la sensibilización pública y la comprensión de la discapacidad; 8) Mejorar la recopilación de datos sobre discapacidad, normalizando los datos para compararlos internacionalmente y para medir y vigilar los progresos realizados en las políticas sobre discapacidad y en la aplicación de la CDPD en los ámbitos nacional e internacional; y 9) Finalmente resulta de gran importancia reforzar y apoyar la investigación sobre discapacidad, ya que ésta es esencial para aumentar la comprensión pública acerca de la problemática, informar las políticas y programas sobre discapacidad y asignar recursos de manera eficiente. (OMS, 2011).

2.4. Árbol de problema

La investigación documental y estadística que se presentó anteriormente nos permitió identificar y describir las principales dimensiones del problema de la discapacidad en México. Con el fin de presentar de manera más clara los elementos de esta problemática a resolver, a continuación se elaborarán de forma esquemática los encadenamientos de causas y efectos a partir de un árbol de problemas. Éste es una estructura causal que presenta de manera explícita las causas estructurales, causas intermedias y efectos del problema que pretende atender el programa. Para la identificación de las causas y efectos de la problemática se realizaron cuatro pasos:

1. Propuesta de árbol de problemas a través de la primera aproximación al componente.
2. Revisión del problema a través de la bibliografía especializada.
3. Técnica *brainstorming* con un equipo multidisciplinario para la reconstrucción del árbol de problemas.
4. Retroalimentación el árbol con los responsables y operadores del componente.
5. Se revisó su consistencia lógica y causal.

El problema identificado fue la *falta de atención rehabilitatoria integral a la población con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla*.

Entre las causas de la problemática, la principal se relaciona con el acceso a los servicios de salud (Seelman, 2004; Palacios y Romanach, 2006). Las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla carecen de seguridad social y por ende de atención médica especializada, servicios de terapia física ocupacional y de lenguaje, así como de órtesis y prótesis para coadyuvar en su proceso de rehabilitación. Esto se debe al desigual acceso a los servicios de salud así como una protección social estratificada. Esto afecta a grupos poblacionales con vulnerabilidades (Cárdenas, 2011; González Ramos, 2010; Vidal, 2002).

Otra de las causas se relaciona con la falta de información sobre el tema de la discapacidad, que provoca discriminación, y a la falta de prevención de la discapacidad que provoca una falta de atención oportuna. Ambas cuestiones originadas posiblemente por la falta de educación sobre discapacidad y cómo prevenirla (Cárdenas, 2010; OMS, 2011).

Una causa más del problema es la falta de coordinación interinstitucional para lograr la inclusión y permanencia de las personas con discapacidad en el ámbito educativo, laboral y social, que es provocada por la falta de estrategias públicas que promuevan la inclusión social de diversos grupos en situación de vulnerabilidad por falta de servicios de salud (Bowie, 2005; Palacios, 2008).

La última causa que se identificó fue la escasez de recursos humanos que intervienen en el proceso de rehabilitación. Esto se debe a dos motivos principalmente: el primero se relaciona a la oferta y demanda del mercado de trabajo de especialistas en atención rehabilitadora que al contar con mejores ofertas de remuneración en las instituciones médicas privadas se dirigen a ellas y no se quedan a trabajar en el sector público (Bowie, 2005; DFID, 2000; Robles, 2001). El segundo se debe a que los centros de rehabilitación fungen como escuelas formadoras de especialistas en rehabilitación, razón por la cual los médicos contratados en los centros tienen una sobrecarga de funciones ya que fungen como médicos y como profesores (Barton, 1998).

Entre los efectos de la problemática se logran identificar tres. El primero de ellos se relaciona a los elevados costos para las familias con personas con discapacidad que requieren de atención integral rehabilitatoria, que combinado con falta de atención oportuna vuelve permanentes discapacidades temporales. Esto genera un aumento de las personas con discapacidad permanente que genera dos efectos, el primero que las familias tengan un gasto catastrófico en salud que provoca el empobrecimiento de las familias (Palacios, 2010; Palacios y Romanach, 2006). El segundo que exista un aumento en la demanda de servicios de salud para la atención de personas con discapacidad y que la infraestructura social con la que se cuenta resulte insuficiente (Cuervo, *et. al.* 2007).

El tercer efecto se relaciona con la exclusión educativa, laboral y social que provoca baja calidad de vida de las personas con discapacidad (Cárdenas, 2011; Febrer, 2003; Padilla, 2010; Ruiz, 2005). Los tres efectos generan la existencia de brechas en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país. La esquematización de las causas y efectos de la problemática puede ser observado en la imagen 5. Árbol de problemas.



3. Objetivos

En esta sección se identifica el objetivo y el objetivo específico del componente Centros de Rehabilitación que se derivan del estado positivo del Árbol de Problemas. Se identifica como estos objetivos se alinean con las metas y convenios nacionales e internacionales en materia de discapacidad a los cuales contribuye el componente a través de sus acciones.

3.1. Árbol de objetivos.

De acuerdo al método complementario de Árbol de Objetivos, en la imagen 6, se observa como “los efectos negativos que generaba la existencia del problema pasarán a ser los fines que perseguimos con la solución de éste”. Por su parte, las causas se convertirán en los medios con que debemos contar para poder solucionar efectivamente el problema (Aldunate y Córdoba, 2011).

En el árbol, el problema central pasó a ser el propósito que es “Brindar atención rehabilitatoria integral a la población con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla”, cabe mencionar que este ha sido el origen de la propia creación de los centros de rehabilitación como se puede advertir a través de la documentación de los antecedentes de los mismos.

El principal fin intermedio que persigue este componente es que exista atención oportuna para evitar que las discapacidades curables se vuelvan permanentes. Así se logrará una disminución relativa de las personas cuya discapacidad se vuelve permanente. El segundo, con referencia al costo de la atención rehabilitatoria, se busca que sean cubiertos por servicios públicos y así, evitar que las familias de las personas con discapacidad absorban los gastos en salud.

El tercero, que las personas con discapacidad desarrollen habilidades que les permitan participar en los sectores educativo, laboral y social y así tener una adecuada calidad de vida. La importancia de este fin intermedio radica en la necesidad de disminuir las desigualdades entre las personas con y sin discapacidad. Como se pudo advertir en desarrollo de la problemática, existen diferencias considerables de las personas con discapacidad particularmente en el ámbito educativo y laboral que combinados con los gastos en salud

repercute en los ingresos y gastos de los hogares de las familias con personas con discapacidad (INEGI, 2010; ENIGH 2010 y 2012).

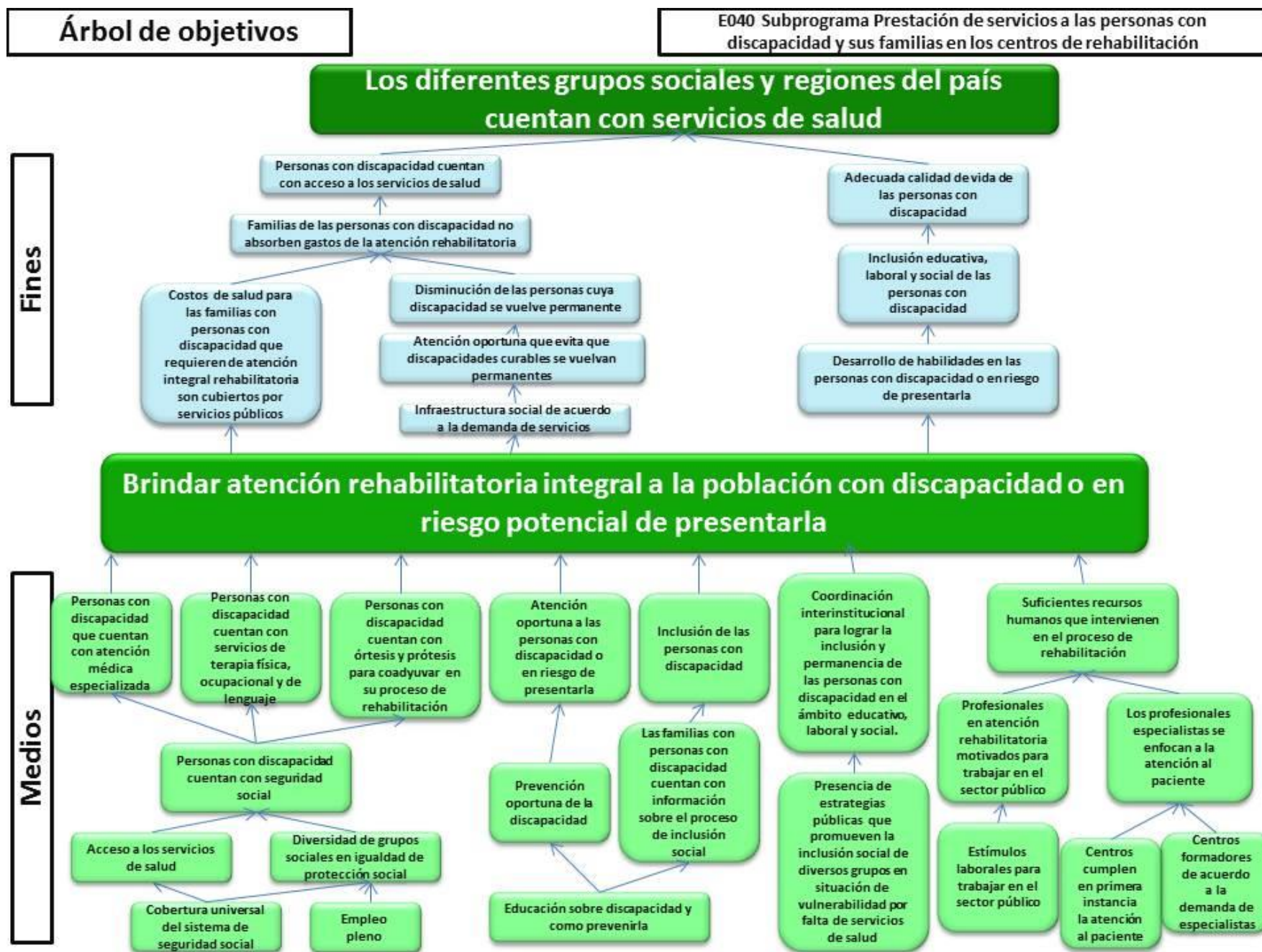
Estos tres fines intermedios generarán que “los diferentes grupos sociales y regiones del país cuenten con servicios de salud”, entre estos grupos se encuentra a las personas con discapacidad. Las personas con discapacidad son un grupo especialmente vulnerable ante la carencia de servicios de salud (INEGI, 2010a). De ahí la importancia de fortalecer el sistema de salud a través de la atención integral que se otorga en los centros. El cumplimiento de este fin último puede ser advertido a través de la disminución del porcentaje de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a servicios de salud.

En el Árbol de Objetivos las causas que originan el problema se vuelven los medios para la atención. Así se tiene que el componente para la atención de la problemática de manera directa brinda atención médica especializada, servicios de terapia física, ocupacional y de lenguaje y proporcionará la elaboración de ortesis y prótesis para coadyuvar en el proceso de rehabilitación de las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla.

La atención de las personas será oportuna en concordancia con la *Ley General de Salud* y la *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. En los centros se promueve la inclusión de las personas con discapacidad en seguimiento a la *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad* y al *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*.

De manera indirecta el componente busca la coordinación interinstitucional para lograr la inclusión y permanencia de las personas con discapacidad en el ámbito educativo, laboral y social. Así como la solvencia de recursos humanos que intervienen en el proceso de rehabilitación.

Imagen 6. Árbol de objetivos



3.2. Determinación y justificación de los objetivos de la intervención

El objetivo general de este programa es contribuir a “cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país”. El componente de centros de rehabilitación tiene el objetivo específico proporcionar atención rehabilitatoria integral a la población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla, así como a sus familias con la finalidad de favorecer su inclusión educativa, laboral y social en igualdad de oportunidades.

El objetivo general y el objetivo específico del componente se vinculan con el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018 a la Meta Nacional 2. México Incluyente en:

El Objetivo 2.2 Transitar hacia una sociedad equitativa e incluyente

Estrategia 2.2.4. Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena. Líneas de acción:

- Establecer esquemas de atención integral para las personas con discapacidad, a través de acciones que fomenten la detección de discapacidades, estimulación temprana y su rehabilitación.
- Diseñar y ejecutar estrategias para incrementar la inclusión productiva de las personas con discapacidad, mediante esquemas de capacitación laboral y de vinculación con el sector productivo.
- Asegurar la construcción y adecuación del espacio público y privado, para garantizar el derecho a la accesibilidad.

El programa y el componente se alinean al *Programa Sectorial de Salud (PROSESA)* al Objetivo 4. *Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país*, en:

Estrategia 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad. En específico a las líneas de acción:

- 4.5.1. Promover la reducción de la incidencia de la discapacidad mediante acciones de prevención.

- 4.5.2. Fomentar la detección, diagnóstico temprano y atención oportuna y eficaz para disminuir la discapacidad por enfermedades y lesiones.
- 4.5.3. Establecer una red nacional de servicios de rehabilitación para mejorar el acceso a las personas con discapacidad.
- 4.5.4. Propiciar la coordinación interinstitucional para articular la rehabilitación con acciones de educación, deporte, recreación, capacitación, empleo y asistencia social.
- 4.5.5. Propiciar la coordinación interinstitucional para la homologación de criterios en materia de evaluación de la discapacidad y clasificaciones funcionales.

El componente se alinea al *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018* en el objetivo 2. *Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud así como a la atención de salud especializada* en las estrategias 2.1, 2.3, 2.4 y 3.5 que a continuación se presentan:

Estrategia 2.1. Disminuir la discapacidad por enfermedades y lesiones, mediante detección, diagnóstico temprano, intervención oportuna y rehabilitación, en servicios de salud. A través de las líneas de acción:

- 2.1.6. Mejorar la calidad de los servicios de rehabilitación asegurando que cumplan cabalmente con sus funciones.
- 2.1.7. Actualizar y optimizar la infraestructura de los servicios de rehabilitación médica
- 2.1.8. Dotar de personal médico y paramédico idóneo de acuerdo con la capacidad instalada.
- 2.1.9. Elaborar guías de práctica clínica específicas para la prevención y rehabilitación de discapacidades.
- 2.1.10. Enfocar las acciones principalmente de prevención y rehabilitación, a las discapacidades causadas por enfermedades crónico-degenerativas, envejecimiento, discapacidades congénitas y por accidentes.

Estrategia 2.3. Garantizar a la población con discapacidad el acceso a la cobertura en salud del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Línea de acción

- 2.3.8. Promover la participación activa de las personas con discapacidad y de sus familias en los procesos de rehabilitación, habilitación e inclusión social.

Estrategia 2.4. Impulsar acciones especializadas para la atención de la salud de las personas con discapacidad.

- 2.4.1. Proporcionar atención médica y paramédica de alta especialidad a las personas con discapacidad.
- 2.4.2. Elaborar y reparar órtesis y prótesis, y proporcionar terapia rehabilitatoria.
- 2.4.3. Incorporar a las personas con discapacidad a los servicios en los Centros de Rehabilitación.
- 2.4.4. Proporcionar orientación, atención y tratamiento psicológico, para las personas con discapacidad, sus familias y cuidadores.
- 2.4.6. Impulsar la creación de un sistema de detección que permita la intervención temprana de los infantes con discapacidad.
- 2.4.9. Promover el acceso a servicios de salud especializados y con calidad para las mujeres con discapacidad, incluida la prevención, detección e intervención.

Estrategia 3.5. Vincular a las personas con discapacidad con esquemas de atención e instituciones que promuevan su inclusión o capacitación laboral

- 3.5.1. Vincular a las personas con discapacidad que reciban los beneficios de un programa social con instituciones que provean capacitación para el trabajo.
- 3.5.3. Capacitar y sensibilizar al personal operativo de programas sociales para que otorgue una atención de calidad, acorde a las necesidades de las personas con discapacidad.
- 3.5.7. Implementar estrategias para incrementar la inclusión laboral de las PCD, mediante esquemas de capacitación laboral y vinculación empresarial.
- 3.5.8. Promover la capacitación, inclusión laboral y apoyar el desarrollo productivo de las personas con discapacidad en los Gobiernos de las Entidades Federativas y los Municipios.
- 3.5.10. Promover acciones para eliminar las barreras discriminatorias para el acceso al trabajo de las personas con discapacidad.

Con lo anterior descrito, el componente Centros de Rehabilitación contribuiría a dos de los indicadores del *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018*, estos son “Porcentaje de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a los servicios de salud” y “Porcentaje de población con al menos una discapacidad y económicamente ocupada”, a continuación se encuentran las fichas técnicas de los respectivos.

Tabla 3. Indicador (Porcentaje de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a los servicios de salud)

Indicador	Porcentaje de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a los servicios de salud
Objetivo	Mejorar el acceso de las personas con discapacidad a los servicios de salud, así como a la atención de salud especializada.
Método de cálculo	$(\text{Total de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a los servicios de salud})/(\text{Total de personas con discapacidad}) \times 100$
Fuente	Informe sobre la medición de la pobreza en México, CONEVAL. http://www.coneval.gob.mx/Medicion/Paginas/Medici%C3%B3n/Pobreza%202012/Pobreza-2012.aspx Anexo Estadístico, Cuadro: Porcentaje, número de personas y carencias promedio por indicador de pobreza en la población con discapacidad 1.2.2010-2012.

Fuente: DOF (2014d)

Tabla 4. Indicador (Porcentaje de población con al menos una discapacidad y económicamente activa ocupada)

Indicador	Porcentaje de población con al menos una discapacidad y económicamente activa ocupada
Objetivo	Promover el diseño e instrumentación de programas y acciones que mejoren el acceso al trabajo de las personas con discapacidad.
Método de cálculo	$(\text{Total de la población con al menos una discapacidad y económicamente activa ocupada})/(\text{total de personas con al menos una discapacidad}) \times 100$
Fuente	Informe sobre la medición de la pobreza en México, CONEVAL

Fuente: (DOF, 2014d)

Alineación a metas internacionales

Para la alineación a objetivos y metas internacionales se toma como referencia el *Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (PNDIPD) 2014-2018*, donde el componente de centros de rehabilitación se alinea a cuatro mandatos:

1. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a favor de las personas con discapacidad.
3. Informe Mundial sobre Discapacidad
4. Consejo de Derechos Humanos de la ONU

La *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)*, es el tratado internacional en materia de Derechos Humanos de las personas con discapacidad más importante del siglo XXI. México, a partir de la reforma constitucional del 11 de junio de 2011 y derivado de su ratificación lo reconoce como marco normativo (*PNDIPD, 2014-2018*).

El Estado Mexicano, de acuerdo con el artículo cuarto de la *Convención*, se obliga a adoptar todas las medidas legislativas, administrativas y de otra índole que sean pertinentes para hacer efectivos los derechos de las personas con discapacidad. Asimismo, se obliga a que en la elaboración y aplicación de legislación y políticas para hacer efectiva la *Convención*, y en otros procesos de adopción de decisiones sobre cuestiones relacionadas con las personas con discapacidad, celebrará consultas estrechas y colaborará activamente con las personas con discapacidad, incluidos los niños y las niñas con discapacidad, a través de las organizaciones que las representan.

Por último, es importante destacar que las disposiciones de la *Convención* se aplican a todas las partes del Estado Mexicano sin limitaciones ni excepciones (*PNDIPD 2014-2018*).

En específico el componente se alinea a los artículos que a continuación se describen:

Tabla 5. Alineación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad

Artículo	Sobre	Tema del mandato
16	Protección contra la explotación, la violencia y el abuso	Privacidad de la información.
25	Salud	Goce de la salud sin discriminación.
26	Habilitación y rehabilitación	Medidas para la habilitación y rehabilitación de las personas, formación de recursos humanos y la adaptación de dispositivos para las personas con discapacidad

Fuente: CONAPRED (2007).
Para mayor detalle consultar Anexo 1.

Respecto a los *Objetivos de Desarrollo del Milenio para las Personas con Discapacidad*, la Organización de las Naciones Unidas, celebró el 23 de septiembre de 2013 la Reunión de alto nivel de la Asamblea General sobre el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y otros objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente para las personas con discapacidad. La finalidad de dicha reunión fue contar con una agenda para el desarrollo que tenga en cuenta a las personas con discapacidad para 2015 y después de ese año. Así, la Asamblea General aprobó, mediante la resolución A/68/L.1, una serie de compromisos que los Estados miembros deben cumplir para la plena inclusión de la población con discapacidad (PNDIPD 2014-2018).

Con el objetivo de mejorar la vida de las personas con discapacidad y facilitar la aplicación de la *Convención*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial elaboraron el *Informe Mundial sobre la Discapacidad* en 2011. En el documento se proporciona información de actualidad sobre la discapacidad (PNDIPD 2014-2018).

El propósito del informe es ofrecer a los gobiernos y la sociedad civil un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basado en las mejores pruebas disponibles y presenta nueve recomendaciones para la adopción de

medidas de alcance nacional e internacional. El *Informe Mundial* adoptó la *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF)*, como marco conceptual, la cual define la discapacidad como un término genérico que engloba deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación (PNDIPD 2014-2018).

El Consejo de Derechos Humanos de la ONU cuenta entre los instrumentos para supervisar el cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos con el *Mecanismo de Examen Periódico Universal (MEPU)*, que a través del Consejo de Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, emite recomendaciones a los Estados miembros. Dichas recomendaciones son de carácter vinculatorio, de acuerdo con la Convención, y sugieren que en la implementación o desarrollo del Programa. El Estado mexicano debe realizar ajustes o implementar acciones a fin de responder satisfactoriamente al cumplimiento de los compromisos adquiridos (PNDIPD 2014-2018).

4. Cobertura

La presente sección provee de información de permite identificar el área de intervención del programa y las características demográficas y socioeconómicas de la población que atiende. La identificación de las peculiaridades de la población sirven para moldear la atención en rehabilitación que el componente brinda como se observará en secciones subsecuentes.

4.1. Identificación y caracterización de la población potencial

De acuerdo a CONEVAL la población potencial de un programa es el total que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia del programa y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.

El problema a atender por el componente, según el Árbol de Problemas, es la “falta de atención rehabilitatoria integral a la población con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla”. En este sentido la población que presenta la problemática son las “personas con discapacidad o en riesgo de presentarla” misma que es la población potencial del componente.

De acuerdo a la *Ley General para de Inclusión de las Personas con Discapacidad*, una **persona con discapacidad** es:

“Toda persona que por razón congénita o adquirida presenta una o más deficiencias de carácter físico, mental, intelectual o sensorial, ya sea permanente o temporal y que al interactuar con las barreras que le impone el entorno social, pueda impedir su inclusión plena y efectiva, en igualdad de condiciones con los demás” (DOF, 2011).

De acuerdo al *Manual de Procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación* una **persona con riesgo de presentar alguna discapacidad** es:

Toda persona que cuenta con un factor de riesgo. “El riesgo es “aquel que puede denotar una probabilidad, contingencia, un factor, consecuencia, una adversidad o amenaza potencial o proximidad de un daño. El riesgo se define como una probabilidad de un resultado sanitario adverso, o un factor que aumenta la probabilidad”.

El factor de riesgo es una “característica o factor que se ha observado que está asociado con un aumento de la probabilidad de que aparezca una enfermedad. Un factor de riesgo no implica necesariamente la existencia de una relación causa-efecto, implica que al menos se ha establecido una asociación a nivel individual. Estos factores de riesgo (biológicos, ambientales, de comportamiento, socio-culturales, económicos) pueden sumándose unos a otros, aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción” (DGR, 2012).

Cuantificación

De acuerdo con los datos del *Censo de Población y Vivienda 2010* realizado por INEGI¹, existen **5 millones 739 mil personas** en el territorio nacional que declararon tener dificultad para realizar al menos una de las siete actividades evaluadas: caminar, moverse, subir o bajar (en adelante caminar o moverse); ver, aun usando lentes (ver), hablar, comunicarse o conversar (hablar o comunicarse); oír, aun usando aparato auditivo (escuchar); vestirse, bañarse o comer (atender el cuidado personal); poner atención o aprender cosas sencillas

¹ A través de las variables limitación en la actividad y causa de la limitación de la actividad

(poner atención o aprender); limitación mental (INEGI, 2010a). Esta cifra representa el 5.1% de la población total del país.

Todas las personas están en riesgo potencial de presentar algún tipo de discapacidad en algún momento de su vida. La prevalencia de discapacidad aumenta en la medida que la población envejece. El riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.

Las categorías de discapacidad apuntan a la prevalencia de problemas de salud, a los factores ambientales y a factores de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias. (OMS, 2011). Se pueden englobar las discapacidades en tres tipos de potencialidades: condiciones de salud, aspectos demográficos y bienestar social

En lo que concierne a las **condiciones de salud** “la posibilidad de que una condición de salud, en interacción con factores contextuales, ocasione una discapacidad está determinada por factores interrelacionados”. (OMS, 2011, p. 35). Los factores de riesgo relacionados a la salud pueden ser agrupados en tres categorías amplias: las enfermedades infecciosas, las condiciones crónicas y las lesiones.

Como ejemplos de enfermedades infecciosas que pueden derivar en discapacidad se encuentran la filariasis linfática, la tuberculosis, el VIH/sida, enfermedades de transmisión sexual, la encefalitis, la meningitis, el sarampión, la parotiditis y la poliomielitis. Las enfermedades crónicas no transmisibles con mayor incidencia en discapacidad son la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, trastornos mentales, cáncer y enfermedades respiratorias. Entre las lesiones se encuentran aquellas ocasionadas por accidentes ocupacionales, de tránsito, violencia y crisis humanitarias (OMS, 2011).

La prevalencia de discapacidad está igualmente relacionada a aspectos demográficos, como son el envejecimiento poblacional y las discapacidades en la niñez. El envejecimiento es un fenómeno mundial. “El riesgo de discapacidad es más alto a una edad más avanzada, y las poblaciones nacionales están envejeciendo a un ritmo sin precedentes”. (OMS, 2011, p.39). Entre los niños se trata de probabilidades asociadas a factores diversos como el ser

amamantados, bajo peso, retraso del crecimiento, castigos físicos y a características del entorno como hogares pobres, discriminación y educación (OMS, 2011).

Un factor que potencializa el riesgo de presentar alguna discapacidad es la **pobreza** (Sen, 2009). “La pobreza puede ser vista como algo no adecuado en las capacidades básicas que tiene una persona. Esto se relaciona con los bajos ingresos, ciertamente, pero no sólo con eso” (Sen, 2004).

La pobreza puede dar lugar al surgimiento de condiciones de salud vinculadas a la discapacidad, entre las que se incluyen: bajo peso al nacer, malnutrición (Blank, et al. 2008, UNICEF 2008), falta de agua potable o saneamiento adecuado, condiciones laborales o de vivienda inseguras, y lesiones (OMS 2008, Emerson et al. 2006, Emerson y Hatton 2007, Rauh et al 2008). La pobreza puede aumentar las probabilidades de que una persona con un problema de salud previo quede discapacitada de forma permanente, por ejemplo, por estar en un entorno inaccesible o carecer de acceso a servicios de salud y rehabilitación adecuados (Peters et al 2008). (OMS, 2011).

Un primer acercamiento para definir la población potencial sería tomar en cuenta a toda la población del país. Sin embargo se considera un dato sobreestimado por dos razones. Primero, la potencialidad puede estar presente *en algún momento de la vida* y no sería preciso contemplar a toda la población todos los años. Segundo, como se documentó, algunas personas tienen mayores probabilidades que otras de presentar una discapacidad debido a causas difíciles de estimar.

En consecuencia de lo anterior, la población potencial del componente se considera sólo en referencia al número de personas con discapacidad que es de **5 millones 739 mil personas** y se podrá incorporar la estimación de potencialidad de presentar discapacidad cuando a través de los censos nacionales se pueda conocer este número de personas.

Cabe mencionar que INEGI (2010a) al comparar los resultados del Censo 2000 afirma que:

[...] los resultados del Censo 2010 corresponden a un universo mucho mayor de población, ya que incluye a las personas que están en riesgo que enfrentar limitaciones

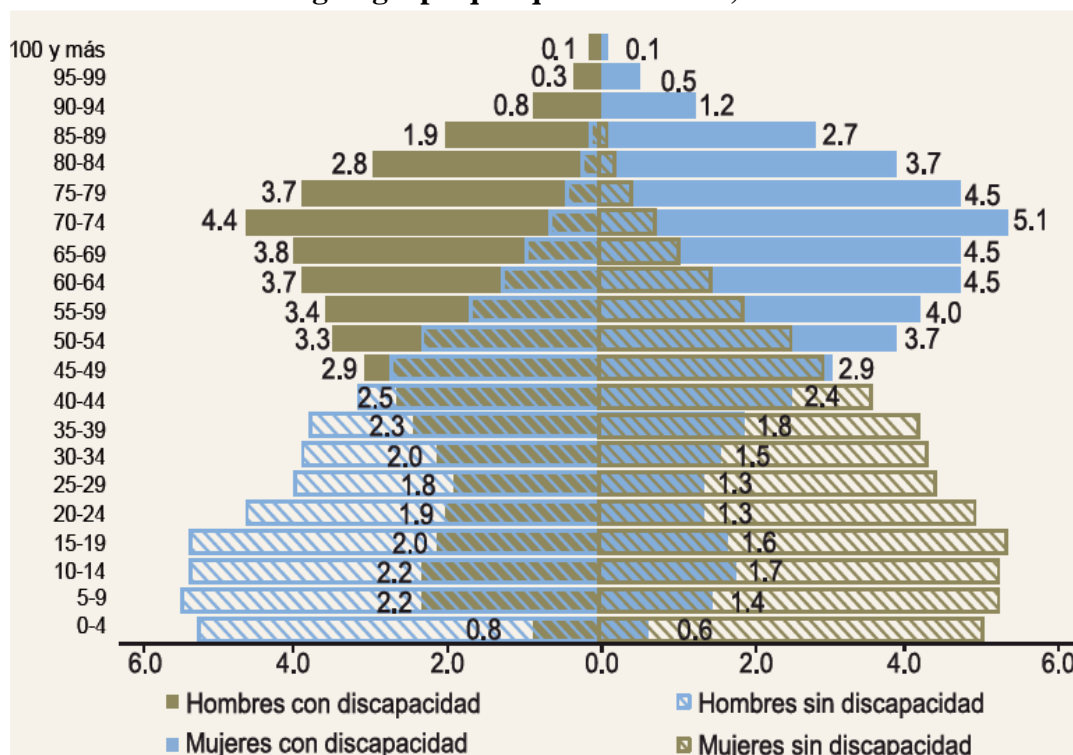
en la actividad o restricciones en la participación, lo que permite captar a las personas que reportaron tener limitaciones o restricciones leves y moderadas; por su parte, el Censo 2000 solamente consideró a las personas que reportaron tener discapacidad moderada y severa. Por esta razón, mientras que con el Censo 2010 conforman el colectivo de personas con discapacidad 5.1% de la población total del país, con el anterior ejercicio censal, las personas con discapacidad representan tan sólo 1.8% de la población total del país (INEGI, 2010a).

A continuación se presentan las características demográficas y socioeconómicas de la población potencial del componente.

Las características demográficas de la población con discapacidad en México

De acuerdo con los datos del Censo el número de mujeres con discapacidad es superior que el de los hombres, con 2.9 millones de mujeres y 2.8 millones de hombres. Al analizar la estructura en la gráfica, se puede observar como la población con discapacidad semeja una pirámide poblacional invertida, donde se aprecia que la mayor proporción de personas con discapacidad se encuentra entre las personas de 60 a 90 años, con un porcentaje ligeramente mayor para las mujeres. Un caso contrario resulta para los grupos de edad más jóvenes, donde se observa en la población de 0 a 30 que el porcentaje de discapacidad es mayor en hombres. Esto último es congruente con una transición epidemiológica diferenciada por género donde los accidentes y la violencia son más prevalentes entre varones.

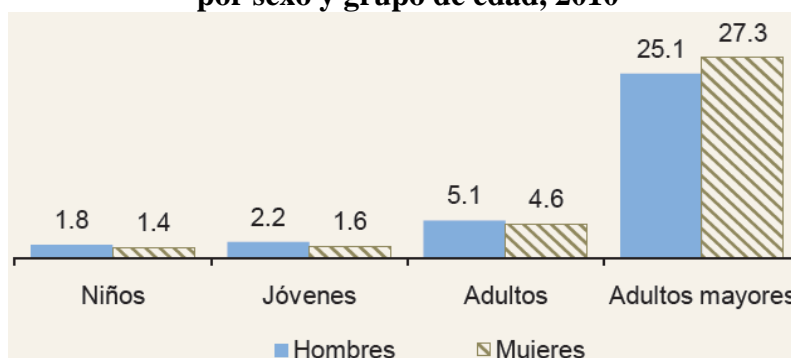
Gráfica 8. Estructura de la población por sexo y condición de discapacidad según grupo quinquenal de edad, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, p.41

En la gráfica 9 se observa de forma más clara la prevalencia de discapacidad por edades, donde se advierten porcentajes mayores en hombres en la niñez, juventud y adultez, pero no así en los adultos mayores donde la presencia es porcentualmente mayor en mujeres. Igualmente esto es congruente con una mayor esperanza de vida de la población femenina.

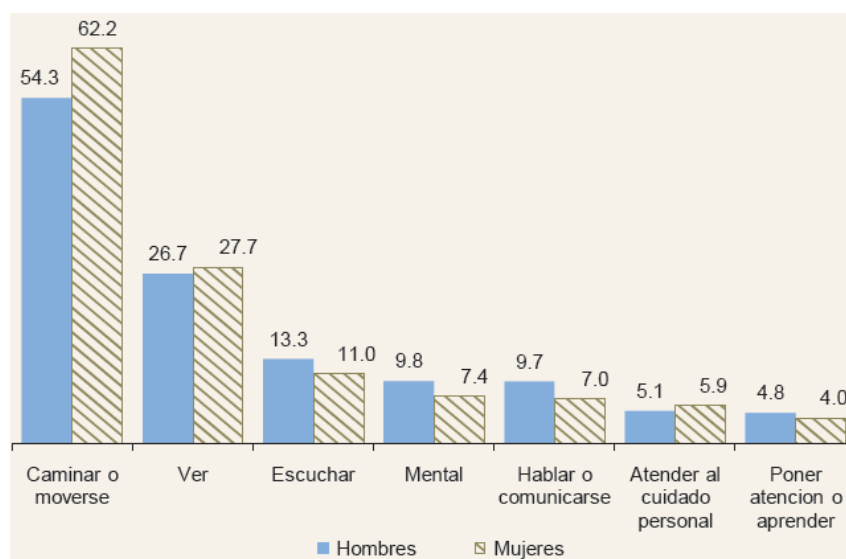
Gráfica 9. Porcentaje de población con discapacidad por sexo y grupo de edad, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, p.42

La discapacidad tiene un comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres. Los hombres presentan mayores porcentajes de discapacidad auditiva, mental, para hablar o comunicarse y para poner atención o aprender. Las mujeres presentan mayores porcentajes de discapacidad para caminar o moverse, ver y atender al cuidado personal (gráfica 10).

Gráfica 10. Porcentaje de la población con discapacidad por sexo y tipo de discapacidad.



Fuente: INEGI, 2010a, p.44.

Si estos datos se contrastan con grupos de edad se puede observar que entre los niños las discapacidades con mayores porcentajes son auditivas y las clasificadas como “atender al cuidado personal”. Para los jóvenes “poner atención” o “aprender” y “escuchar”. En el caso de los adultos está “poner atención o aprender” y “ver”. Para los adultos mayores “caminar o moverse” y “hablar o comunicarse”, como se puede advertir en la siguiente tabla.

Tabla 6. Distribución porcentual de la población con discapacidad por tipo de discapacidad según grupo de edad

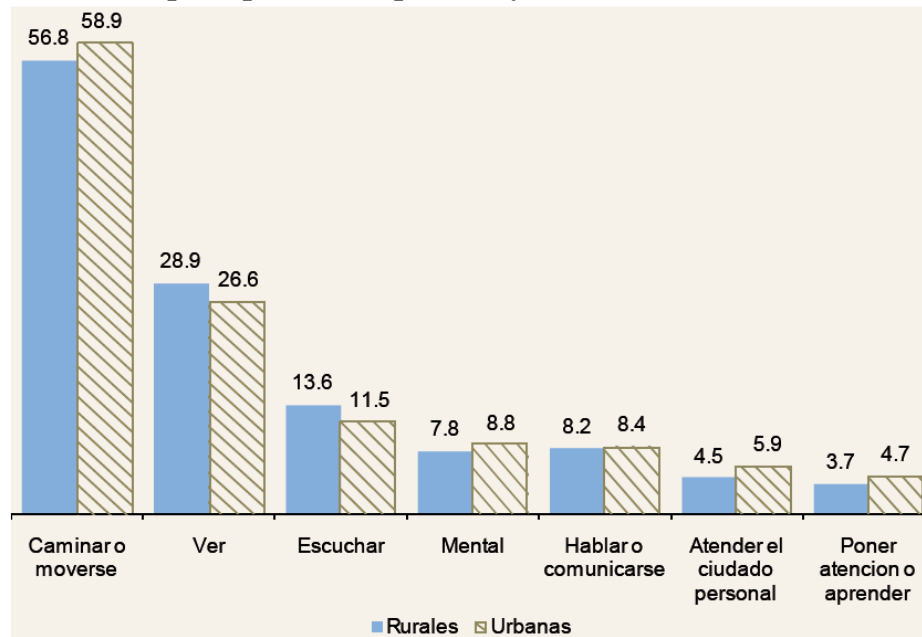
Grupo de edad	Tipo de discapacidad						
	Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Mental	Hablar o comunicarse	Atender al cuidado personal	Poner atención o aprender
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Niños	4.6	5.9	30.9	5.5	12.0	32.7	20.4
Jóvenes	5.7	8.5	21.4	7.0	9.4	20.7	27.5
Adultos	30.6	34.8	25.5	21.6	22.1	21.4	37.9
Adultos mayores	59.0	50.7	22.1	65.9	56.4	25.1	14.0

Fuente: INEGI, 2010a, p.45.

Del análisis geográfico, como se pudo documentar en la sección dos del presente diagnóstico, la prevalencia de personas con discapacidad se distribuye de manera desigual en las entidades del país, pero en semejantes proporciones según el tamaño de la población.

Las personas con discapacidad se concentran mayormente en zonas rurales 6.1% respecto a las ciudades con 4.8%. Por tipo de discapacidad en zonas rurales se reportan mayores proporciones de discapacidades para “ver” y “escuchar”. En las zonas urbanas las discapacidades para “caminar o moverse”, “mental”, “hablar o comunicarse”, “atender el cuidado personal” y “poner atención o aprender” presentan un mayor peso relativo

Gráfica 11. Porcentaje de la población con discapacidad, por tipo de discapacidad y de localidad, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, p.46.

Con la información censal se puede medir si se reportó más de una discapacidad en el miembro del hogar. El 85% de las personas con discapacidad presentan sólo una limitación, el 11.5% dos y el 5% tres o más. Los datos muestran regularidad entre hombres y mujeres y grupos de edad, salvo para el caso de los adultos mayores donde se tiene que el 78% presentan una limitación, 15.2% dos y 6.6% tres o más. (tabla 7)

Tabla 7. Distribución porcentual de las limitaciones de la población con discapacidad, por sexo y grupo de edad según número de limitaciones, 2010

Sexo y grupo de edad	Número de limitaciones			
	Total	1 limitación	2 limitaciones	3 o más limitaciones
Total	100.0	83.5	11.5	5.0
Hombre	100.0	84.0	11.2	4.8
Mujer	100.0	83.0	11.9	5.1
Niños	100.0	86.2	7.8	6.0
Jóvenes	100.0	86.9	8.3	4.8
Adultos	100.0	89.5	8.1	2.4
Adultos mayores	100.0	78.2	15.2	6.6

Fuente: INEGI, 2010^a, p.47.

Las características socioeconómicas de la población con discapacidad en México

Las personas con discapacidad en México presentan mayor prevalencia a la pobreza que el grupo de personas sin discapacidad. A pesar de la disminución de la pobreza en los últimos dos años esta no es proporcionalmente semejante entre el grupo de personas con discapacidad y el grupo de personas sin discapacidad (gráfica 12).

Gráfica 12. Porcentaje de población en pobreza con discapacidad, 2010-2012.

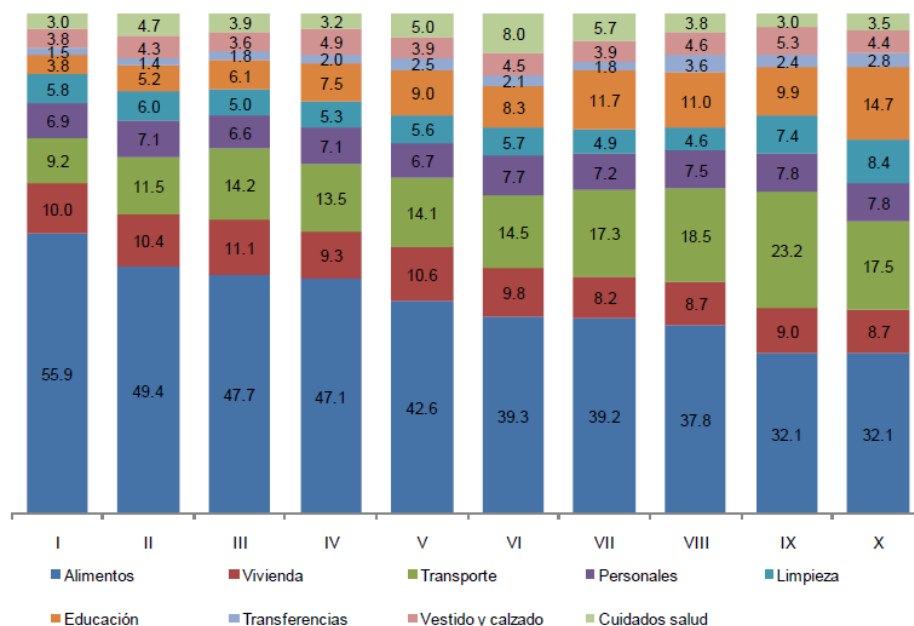


Fuente: CONEVAL, 2013, p. 14.

Una posible aproximación para explicar la relación entre discapacidad y bienestar se aprecia al analizar la distribución de ingresos. Los hogares con personas con discapacidad se concentran más en los deciles de ingreso bajos e intermedio. Su ingreso por trabajo es inferior, pero su ingreso por transferencias, especialmente de programas de gobierno y de otros hogares es mayor que en los hogares sin presencia de población con discapacidad. Al ser hogares en la parte baja de la distribución, su gasto se concentra más en alimentos, vivienda y cuidados a la salud. Es importante señalar que en esta combinación de ingresos y gastos no se determina por la presencia o número de personas con discapacidad sino por múltiples factores como: la estructura por edad del hogar, el número de habitantes y el tipo de hogar (INEGI, 2013b, p.14).

Dentro de los hogares de personas con discapacidad existe un alto porcentaje de hogares con adultos mayores, y con mayor mezcla generacional de miembros que activan estrategias de sobrevivencia más diversas y complejas que un hogar nuclear integrado con habitantes jóvenes y un ciclo familiar temprano (INEGI, 2013b, p.14).

Gráfica 13. Distribución porcentual de los principales rubros de gasto (trimestral) en los hogares con personas con discapacidad según decil de ingresos 2012.



Fuente: ENIGH, 2012.

La tasa de participación económica de las personas con discapacidad es inferior que la de las personas sin discapacidad. Entre los jóvenes (15 a 29 años) aquellos sin discapacidad reportan un 49.6% mientras que los que presentan discapacidad cuentan con una tasa del 33.5%. En el grupo de edad adulto (30 a 59 años) las personas que no cuentan con discapacidad presentan un 69% de participación, entre los que cuentan con discapacidad la tasa es de 48.6%. En el grupo de edad adulto mayor (60 años y más) la diferencia es más marcada, ya que mientras en el grupo sin discapacidad la tasa es de 36%, en el grupo con discapacidad es de 17.7%.

Tabla 8. Tasa de participación económica por grupos de edad, condición de discapacidad y sexo, 2010

Grupos de edad	Condición de discapacidad					
	Sin discapacidad			Con discapacidad		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Total	53.8	73.5	35.5	29.9	42.3	18.3
Niños ¹	5.0	7.2	2.8	4.8	6.3	2.9
Jóvenes	49.6	67.0	33.2	33.5	42.0	22.0
Adultos	69.0	94.2	46.3	48.6	64.2	33.0
Adultos mayores	36.0	57.4	16.8	17.7	27.9	9.4

Fuente: (INEGI, 2010a)

Las brechas son mayores a medida que se avanza en el sistema educativo. La asistencia escolar es menor en las personas con discapacidad en comparación a las personas sin discapacidad. Las primeras representan porcentualmente el 45.6% y las segundas el 56%. Se puede observar en la tabla 9 como existen diferencias significativas entre la población sin y con discapacidad que inician desde educación temprana y se incrementan en años posteriores.

Tabla 9. Porcentaje de población que asiste a la escuela, por sexo y grupo de edad según condición de discapacidad.

Sexo y grupo de edad	Condición de discapacidad	
	Sin discapacidad	Con discapacidad
Hombres	56.8	44.9
Mujeres	55.1	46.1
De 3 a 5 años	52.3	48.2
De 6 a 11 años	96.3	81.4
De 12 a 14 años	91.7	72.4
De 15 a 18 años	61.9	45.6
De 19 a 29 años	17.3	11.6

Fuente: INEGI, 2010a, p. 70.

A través de los datos del Censo se puede advertir que “la mayor parte de las viviendas donde habitan personas con discapacidad son: independientes (94.4%), seguidas de departamento en edificios (3.6%) y vivienda en vecindad (1.3%). Las viviendas que no reportan personas con discapacidad tienen una distribución similar, la mayoría son casas independientes y departamentos en edificios, aunque destaca que en las últimas hay menor proporción de casas independientes y mayor (casi el doble) de departamentos.” (INEGI, 2010a, p. 97).

Tabla 10. Distribución porcentual viviendas particulares habitadas, por tipo de vivienda según presencia de personas con discapacidad, 2010

Clase de vivienda	Presencia de personas con discapacidad	
	Sin personas con discapacidad	Con personas con discapacidad
Total	100.0	100.0
Casa independiente	91.2	94.4
Departamento en edificio	6.1	3.6
Vivienda en vecindad	1.8	1.3
Vivienda en cuarto de azotea	0.1	0.0
Local no construido para habitación	0.1	0.0
Vivienda móvil	0.1	0.0
Refugio	0.0	0.0

Fuente: INEGI, 2010a, p.97.

Dicho lo anterior se advierte un ambiente desfavorable para las personas con discapacidad en diversos ámbitos de la vida como el laboral y educativo que guardan relación con el ingreso-gasto y en la posibilidad de caer en pobreza, de ahí que la atención médica rehabilitatoria sea de vital importancia para mejorar la calidad de vida de las personas que tienen discapacidad o están en riesgo potencial de presentarla.

4.2. Identificación y caracterización de la población objetivo

De acuerdo a CONEVAL la población objetivo es la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

La población objetivo del componente *son aquellas personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla que a través de la valoración médica son candidatos al servicio de atención rehabilitatoria esté o no presente la especialidad médica o paramédica en el centro de rehabilitación.*

La definición de la población objetivo depende en gran medida de dos factores: i) una restricción dada por la infraestructura en salud instalada y ii) por un principio de acceso a la salud que no permite exclusiones.

Actualmente se cuenta con 21 centros con diferentes especialidades cada uno. El ámbito de acción del componente es nacional y al tener como fundamento el *derecho a la salud* que se basa en el artículo cuarto de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y el artículo 25 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, el servicio de rehabilitación se debe de proporcionar a toda la población que lo solicite sea nacional o extranjera en territorio mexicano.

Ya que el componente Centros de Rehabilitación inició operaciones en 1964 y cuenta con registros de población atendida. La caracterización de la población potencial puede ser extraída de los datos agregados de población atendida esto permite contar con una aproximación más fidedigna de la demanda del servicio y de los solicitantes.

Localización geográfica de la población objetivo

La localización de la población atendida del componente se delimita principalmente en las áreas aledañas al domicilio de los Centros de Rehabilitación. Actualmente se cuenta con 21 centros que están distribuidos por todo el territorio nacional.

Los Centros de Rehabilitación se encuentran en su mayoría en las capitales de las Entidades Federativas como se puede apreciar en el mapa. De ahí que la localización geográfica de la población a atender por el componente Centros Rehabilitación se concentrará en su mayoría en las zonas urbanas. Cabe mencionar que las autoridades estatales y municipales han implementado estrategias de traslado de pacientes de las comunidades rurales a los Centros de Rehabilitación.

Mapa 1. Ubicación de los Centros de Rehabilitación en el territorio nacional.



Fuente: Elaboración propia, DGR.

Si comparamos el número de personas con discapacidad por Entidad Federativa con el número de personas atendidas de primera vez de 2012 y 2013, como se puede ver en la tabla 11 existen limitaciones del servicio de acuerdo a la localización geográfica en la que se encuentran los centros. No obstante lo anterior la oferta del servicio es consistente respecto al número de personas con discapacidad en las entidades federativas. Muestra de ello son Estado de México y Distrito Federal que concentran el mayor porcentaje de personas con discapacidad en el país, y son también el lugar de procedencia del mayor número de beneficiados de los centros. En casos similares se encuentran las entidades de Veracruz y Jalisco aunque en menor proporción de beneficiados.

Tabla 11. Número de personas con discapacidad y población atendida de primera vez en los Centros de Rehabilitación

No.	Entidad Federativa	INEGI 2010		Primera vez 2012		Primera vez 2013	
		No.	%	No.	%	No.	%
1	Aguascalientes	57,002	0.99%			1	0.00%
2	Baja California	122,253	2.13%	588	1.37%	583	1.68%
3	Baja California Sur	26,816	0.47%	499	1.16%	454	1.31%
4	Campeche	44,168	0.77%	2,671	6.20%	1,552	4.48%
5	Coahuila	156,389	2.72%				

No.	Entidad Federativa	INEGI 2010	Primera vez 2012	Primera vez 2013
6	Colima	39,035	2	0.00%
7	Chiapas	168,968	2	0.00%
8	Chihuahua	186,753	1,146	2.66%
9	Distrito Federal	483,045	9,122	21.19%
10	Durango	96,587	2	0.00%
11	Guanajuato	299,876	9	0.02%
12	Guerrero	166,430	11	0.03%
13	Hidalgo	150,014	7	0.02%
14	Jalisco	367,869	4,187	9.73%
15	Estado de México	689,156	2,826	6.56%
16	Michoacán	267,716	9	0.02%
17	Morelos	100,449	2,208	5.13%
18	Nayarit	66,087	3,405	7.91%
19	Nuevo León	185,427		
20	Oaxaca	227,262	1,663	3.86%
21	Puebla	287,851	1,910	4.44%
22	Querétaro	84,250	2	0.00%
23	Quintana Roo	49,817	2,006	4.66%
24	San Luis Potosí	147,455	3,564	8.28%
25	Sinaloa	138,909	1	0.00%
26	Sonora	145,672		
27	Tabasco	132,212		
28	Tamaulipas	156,453	2,726	6.33%
29	Tlaxcala	57,174	12	0.03%
30	Veracruz	415,569	1,558	3.62%
31	Yucatán	124,638	1,012	2.35%

No.	Entidad Federativa	INEGI 2010	Primera vez 2012	Primera vez 2013
		1.71%		
32	Zacatecas	97,968	1,843	4.28%
Otro	Belice		56	0.13%
	TOTAL	5,739,270	43, 047	100%

Fuente: INEGI, 2010

Padrón de beneficiarios de los Centros de Rehabilitación de consulta de primera vez 2012 y 2013.

De acuerdo con los registros de 2013 las entidades que presentan el mayor número de personas atendidas de primera vez son: el Distrito Federal, Jalisco, San Luis Potosí, Quintana Roo y Puebla, las cuales concentran el 62.03% del total de atención en la República Mexicana.

Tabla 12. Entidades Federativas con alto número de demanda de consulta de primera vez

Estados con alto número de demanda de consulta de primera vez	Personas atendidas 2013	Porcentaje de atención 2013
Distrito Federal	9,288	26.82%
Jalisco	4,480	12.94%
San Luis Potosí	3,098	8.95%
Quintana Roo	2,333	6.74%
Puebla	2,279	6.58%

Fuente: Padrón de beneficiarios de los Centros de Rehabilitación de consulta de primera vez 2012 y 2013.

Los beneficiarios provienen comúnmente de municipios o delegaciones cercanas a los Centros de Rehabilitación. En 2013 los beneficiarios de los centros provinieron de 796 municipios y delegaciones de toda la República Mexicana. La delegación Iztapalapa ocupó el primer lugar del número de personas atendidas de primera vez. En consistencia con los datos sobre entidades federativas con mayor número de procedencia, a continuación se presentan tres de los municipios por cada una con mayor número de procedencia.

Tabla 13. Municipios con alto número de demanda de consulta de primera vez

Entidad Federativa	Municipios con alta índice de atención	Personas atendidas 2013	Porcentaje de atención 2013
	Iztapalapa	3,361	9.71%
Distrito Federal	Coyoacán	1,165	3.36%

Entidad Federativa	Municipios con alta índice de atención	Personas atendidas 2013	Porcentaje de atención 2013
San Luis Potosí	Xochimilco	781	2.26%
	San Luis Potosí	2,461	7.11%
	Soledad de Graciano Sánchez	212	0.61%
	Villa de Reyes	30	0.9%
	Guadalajara	2,255	6.51%
Jalisco	Zapopan	1,051	3.03%
	Tlaquepaque	387	1.12%
Quintana Roo	Othon P. Blanco	2,049	5.92%
	Felipe Carrillo Puerto	93	0.27%
	José María Morelos	53	0.15%
Puebla	Puebla	1,680	4.85%
	Zinacantepec	80	0.23%
	Coatepec	35	0.10%

Fuente: Padrón de beneficiarios de los Centros de Rehabilitación de consulta de primera vez 2012 y 2013

Durante 2013, cinco municipios concentran poco más del 34% del total de atención durante este año. Después de la delegación Iztapalapa, los municipios que mostraron tener una alta concentración porcentual de atención a personas fueron los siguientes: San Luis Potosí 7.11%, el cual corresponde a 2,461 personas; Guadalajara 6.51% atendió a 2,255 personas, Othon P. Blanco concentra el 5.92% del total y corresponde a 2,049 personas y finalmente Puebla con el 4.85% atendió a 1,680 personas.

Características demográficas

Como se señaló en la gráfica de distribución por edad, existe una marcada prevalencia de personas con discapacidad de acuerdo a la edad avanzada. Este dato es congruente con los registros de consulta de primera vez con que cuenta el Componente Centros de Rehabilitación como se verá a continuación:

Tabla 14. Número y porcentaje de hombres y mujeres atendidos durante 2013 en los Centros de Rehabilitación por rangos de edad

Sexo	Rango de edad	Cantidad	%
Hombre	0 a 4	4478	13%
Hombre	5 a 9	2664	8%
Hombre	10 a14	1035	3%
Hombre	15 a 19	678	2%
Hombre	20 a 24	652	2%
Hombre	25 a 29	606	2%
Hombre	30 a 34	603	2%
Hombre	35 a 39	680	2%
Hombre	40 a 44	683	2%
Hombre	45 a 49	635	2%
Hombre	50 a 54	744	2%
Hombre	55 a 59	691	2%
Hombre	60 a 64	681	2%
Hombre	65 a69	642	2%
Hombre	70 a 74	511	1%
Hombre	75 a 79	340	1%
Hombre	80 a 84	242	1%
Hombre	85 a 89	101	0%
Hombre	90 a 94	31	0%
Hombre	95 a 100	6	0%
Total		16703	48%

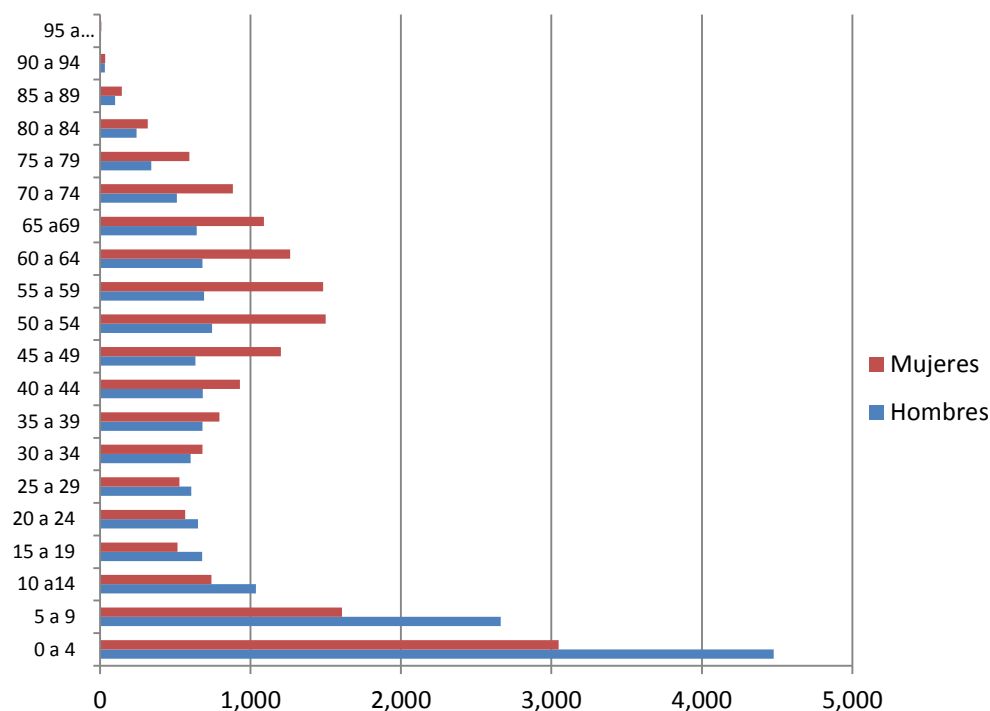
Sexo	Rango de edad	Cantidad	%
Mujer	0 a 4	3048	9%
Mujer	5 a 9	1608	5%
Mujer	10 a14	741	2%
Mujer	15 a 19	515	1%
Mujer	20 a 24	566	2%
Mujer	25 a 29	527	2%
Mujer	30 a 34	681	2%
Mujer	35 a 39	793	2%
Mujer	40 a 44	930	3%
Mujer	45 a 49	1202	3%
Mujer	50 a 54	1499	4%
Mujer	55 a 59	1482	4%
Mujer	60 a 64	1263	4%
Mujer	65 a69	1090	3%
Mujer	70 a 74	883	3%
Mujer	75 a 79	594	2%
Mujer	80 a 84	317	1%
Mujer	85 a 89	145	0%
Mujer	90 a 94	35	0%
Mujer	95 a 100	9	0%
Total		17928	52%

Fuente: DGR (2013a).

En la tabla 14 podemos notar los rangos de edad donde se presenta una mayor demanda del servicio. La demanda se concentra entre los 0 y 14 años para los hombres, y de 0 a 9 años para las mujeres. Si bien se puede observar que la atención en etapas tempranas es la que presenta mayor porcentaje de demanda en los dos grupos (mujeres y hombres), en el grupo de las mujeres se presenta un aumento a partir de los 40 hasta los 64 años.

La siguiente gráfica muestra las diferencias de atención de acuerdo al sexo y los rangos de edad de quienes acuden a consulta por primera vez. Es visible que los hombres no presentan una variación tan drástica a partir de los 15 hasta los 74 años, de modo contrario a las mujeres las cuales entre los 50 y 60 años presentan un aumento en la demanda del servicio. Lo anterior es importante dado que la gráfica del INEGI 2010 en la página 65 presenta las mismas características con relación al grupo de las mujeres.

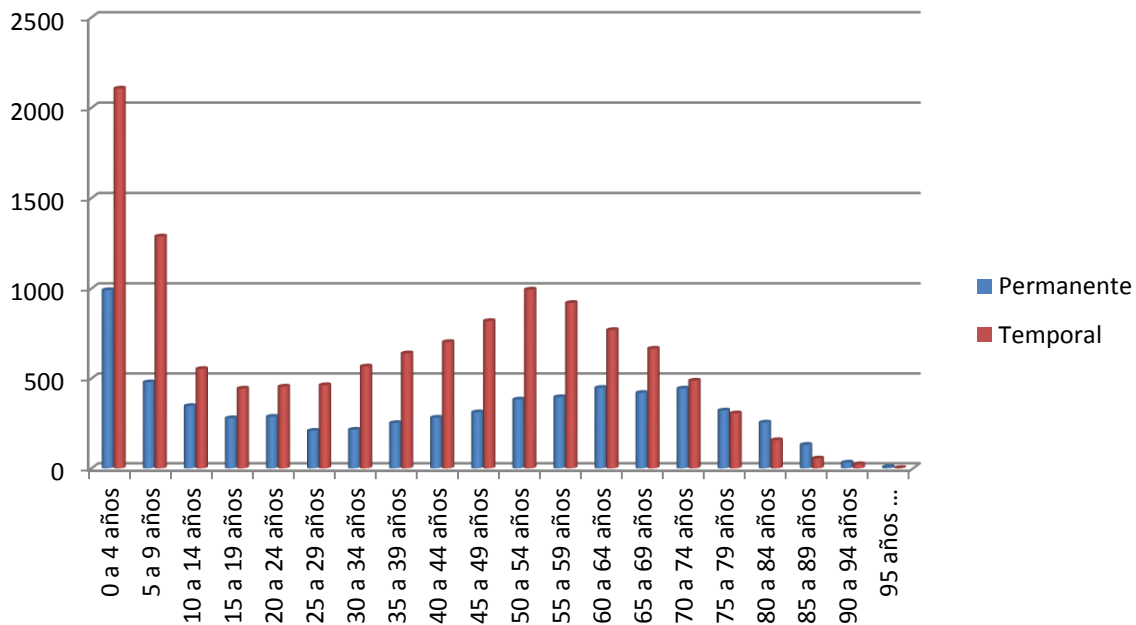
Gráfica 14. Número personas por rango de edad y sexo que fueron atendidas en los Centros de Rehabilitación centralizados durante 2013



Fuente Elaboración DGR (2013a).

Otras variables que podemos observar a través del padrón de consultas de primera vez es el diagnóstico de discapacidad. Existen dos diagnósticos, discapacidad temporal y discapacidad permanente. Al combinarlos por rangos de edad, podemos advertir la importancia de la atención rehabilitatoria en el cual se puede evitar que discapacidades curables se vuelvan permanentes. Las discapacidades temporales corresponden al mayor número de población que demanda la atención, que se concentra en dos grupos, población de edad temprana 0 a 9 años y, en adultos de 40 a 70 años.

Gráfica 15. Temporalidad de discapacidad de las personas por rango de edad

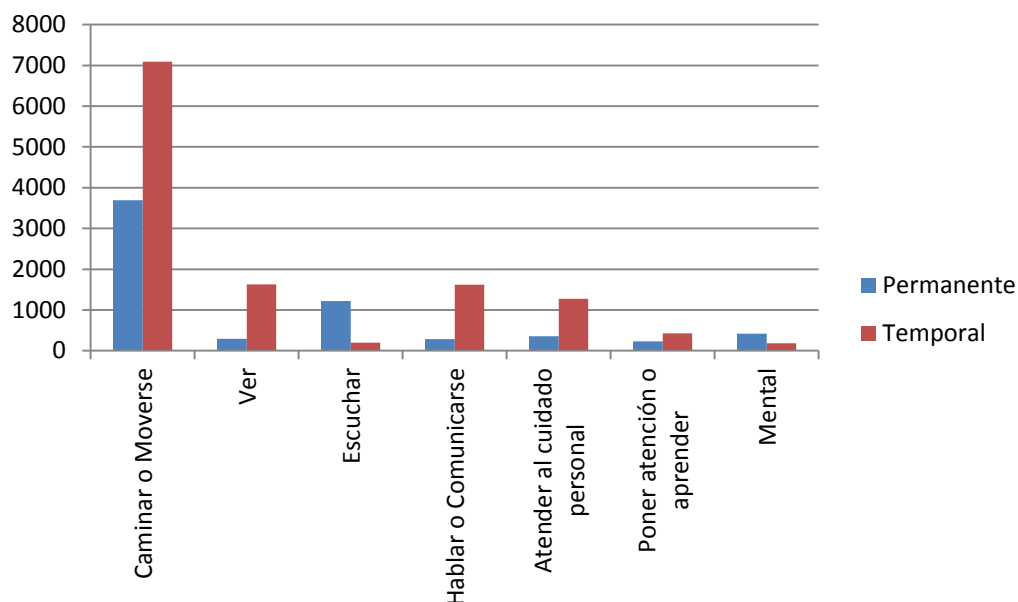


Fuente: Elaboración DGR (2013a).

En relación a lo anterior y con el fin de tener en cuenta los tipos de limitaciones de las personas con discapacidad, temporal y permanente, la gráfica 16 muestra (al igual que en la gráfica 12, la relación a los datos del Censo del INEGI 2010) que las principales limitaciones son la dificultad para “caminar o moverse”, en segundo lugar la dificultad para “ver”, seguido de la dificultad de “hablar o comunicarse”.

Es de notar que la temporalidad de la discapacidad es mayor para las discapacidades “caminar o moverse” y “hablar o comunicarse” de ahí la importancia de la atención integral rehabilitatoria, para evitar que dichas proporciones deriven en permanentes.

Gráfica 16. Tipo de limitaciones por temporalidad



Fuente: Elaboración DGR (2013a).

Es importante identificar además del tipo de limitación, la temporalidad de ésta, ya que a partir de esto las acciones en atención a esta población serán más adecuadas y pertinentes por parte del SNDIF. Como se observa en la gráfica 16 de arriba, de las tres principales limitaciones, todas presentan un mayor número de personas con la limitación temporal.

A través de la revisión de los datos demográficos se puede concluir que las características de las personas que demandan atención en los centros de rehabilitación guardan relación con las características de las personas con discapacidad a nivel nacional. A edad temprana la prevalencia de la demanda es mayor en hombres y, para adultos y adultos mayores es mayor en mujeres. Los datos sobre discapacidad temporal pueden alertarnos de las necesidades del servicio oportuno para evitar que discapacidades temporales se vuelvan permanentes, sobre todo en edades tempranas.

Características socioeconómicas

La población atendida en los Centros de Rehabilitación se caracteriza por tener ingresos económicos bajos y carecer de servicios de atención médica en rehabilitación. Los datos sobre el estado socioeconómico de los pacientes y de las familias de los mismos pueden extraerse a través del estudio socioeconómico hecho para la asignación del carnet de consultas.

Los pacientes después de ser valorados y canalizados para la atención del médico especialista, pasan al área de trabajo social para la petición de carnet. Derivado del estudio socioeconómico, en el carnet se les asigna el rango de cuota de recuperación. Existen cinco rangos mismos que aplican para el cobro o exención de consultas y servicios.

Existen dos fuentes normativas para determinar la clasificación de las cuotas de recuperación, la primera de ellas son *Los Criterios generales y la metodología en los que deberán ajustarse los procesos de clasificación económica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica en la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría* (DOF, 2013e), a la cual deben apegarse los trabajadores sociales sobre la ponderación de cada uno de los criterios establecidos en los estudios socioeconómicos.

La segunda es el *Manual de Procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación* (DGR, 2012) el cual establece que los criterios para la recuperación de cuotas son los siguientes:

- Ingresos en relación al salario mínimo.
- Diagnóstico (servicios a utilizar).
- Integración familiar.
- Dependencia económica
- Lugar de origen
- Si recibe atención médica en otra institución.
- Problemática familiar

Derivado de lo anterior se presenta la siguiente tabla que muestra los criterios de acuerdo a la clasificación.

Tabla 15. Criterios para la determinación de las cuotas de recuperación

Tipo A	Tipo B	Tipo C	Tipo D	Tipo E
7 Salarios mínimos o más	5 a 6 salarios mínimos	De 3 a 4 salarios mínimos	De 1 a 2 salarios mínimos	Hasta 1 salarios mínimos y /o sin ingresos fijos
De 1 a 2 integrantes en la familia sin dependencia económica	De 3 a 4 integrantes de la familia sin dependientes económicos	De 5 a 6 integrantes de la familia	De 5 a 6 integrantes de la familia	Parcial o total dependencia económica
Independiente económicamente	Independencia económica	Dependencia económica	Independencia económica limitada o subempleo (no fijo)	Indigentes, albergados o asociaciones gubernamentales
Zona urbana	Zona urbana	Zona urbana o semirural	Zona urbana o rural	Zona urbana o rural
Evaluación de la dinámica familiar	Evaluación de la dinámica familiar	Evaluación de la dinámica familiar	Evaluación de la dinámica familiar	Evaluación de la dinámica familiar
NA	NA	NA	NA	Internos en los Centros de Readaptación Social

Fuente: Elaboración DGR (2012).

Para el año 2013, casi la mitad de los pacientes de primera vez de los 21 Centros de Rehabilitación contaron con las cuotas más bajas. En segundo lugar de porcentaje están las personas exentas de pago y en tercer lugar aquellas con clasificación C. El 74.6% de las personas que demandan el servicio reportan que perciben menos de dos salarios mínimos.

Tabla 16. Personas por tipo de clasificación

Clasificación	Cantidad	Porcentaje
A	1101	3,18%
B	1283	3,70%
C	6046	17,46%
D	16332	47,16%
E	9516	27,48%
SUBROGADO	351	1,01%
	34629	100,00%

Fuente: Padrón pacientes de primera vez.

La población que demanda el servicio en su mayoría cuenta con ingresos menores a dos salarios mínimos, son parte de familias numerosas (5 a 6 integrantes), tienen independencia económica limitada o están empleados en la informalidad y provienen de zonas urbanas.

4. 3. Cuantificación de la población objetivo

De acuerdo a lo previamente expuesto, la población objetivo del componente Centros de Rehabilitación son:

aquellas personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla que a través de la valoración médica son candidatos al servicio de atención rehabilitatoria esté o no presente la especialidad médica o paramédica en el centro de rehabilitación.

El dato más aproximado con que el componente cuenta para esta estimación es el registro de pre consulta. En el cual existen dos respuestas, la primera es *sí corresponde* que se refiere a que el paciente pasa a la atención médica o paramédica especializada. La segunda es *no corresponde* que se refiere a dos respuestas principalmente: i) que no existe la especialidad en el centro o ii) que la patología no corresponde al servicio de atención médica en rehabilitación.

Con la adecuación del registro *no corresponde*, se podrá estimar con exactitud la demanda del servicio en atención rehabilitatoria. Aún con la salvedad del dato se considera el más aproximado para dimensionar la demanda del servicio actualmente.

A continuación se muestra la proyección de las poblaciones potencial, objetivo y atendida de 2014 a 2018.

Tabla 17. Estimación de poblaciones del Componente Centros de Rehabilitación

	2014	2015	2016	2017	2018
Potencial¹	6,247,001 ²	6,555,371 ²	6,869,277 ²	7,188,395 ²	7,512,580 ²
Objetivo³	206,903 ²	217,116 ²	227,513 ²	238,082 ²	248,819 ²
Atendida⁴	236,880 ⁴	236,880 ⁴	236,880 ⁴	236,880 ⁴	236,880 ⁴

Fuente: Elaboración DGR.

¹Con datos de *Censo de Población y Vivienda* INEGI (2010) número de personas con discapacidad en México.

²Crecimiento estimado a partir de la proyección poblacional de CONAPO (2010).

³Número de pacientes que son valorados en los Centros de Rehabilitación (número de registros de preconsulta), proyectados con datos de 2010 a 2013 a los cuales se les aplicó la tasa de crecimiento poblacional de 2014 a 2018 (CONAPO, 2010).

⁴Promedio de población con consulta médica o paramédica de primera vez de 2010 2013.

4.4. Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo

La actualización de la población potencial se hará con los datos del número de personas con discapacidad del *Censo de Población y Vivienda*. De acuerdo a OMS los datos del censo pueden proporcionar una estimación de la prevalencia, información sobre la situación socioeconómica y datos geográficos, y se pueden utilizar para identificar a los habitantes en situación de riesgo. También sirven para preseleccionar a encuestados a fin de llevar a cabo encuestas complementarias más detalladas. (OMS, 2011, p.51). Los retos en cuanto a identificar el riesgo de discapacidad estarán relacionadas con el diseño del Censo.

La actualización de la población objetivo se hará una vez que los registros administrativos de la preconsulta puedan diferenciar aquellas personas que *sí* requieren atención médica rehabilitatoria, pero el servicio *no* está presente en los centros. Los datos del registro de preconsulta permitirán hacer estimaciones sobre la demanda de especialidades en cada centro y evaluar la posibilidad de diversificar la oferta de especialidades o incluso hacer una administración más eficiente de los recursos humanos.

La actualización de la población atendida se hará anualmente a cada cierre de ejercicio fiscal.

En esta sección se identificaron las características de las poblaciones potencial, objetivo y atendida del componente Centros de Rehabilitación a través de las cuales se observa que el fenómeno de la discapacidad se distribuye de forma diferenciada de acuerdo al género y a la edad. La atención en los centros es consistente con los registros nacionales, ésta se concentra mayormente en las ciudades y en estratos socioeconómicos bajos. Cabe apuntar el reto de la atención rehabilitatoria en las zonas rurales que es donde se concentra el mayor número de personas con discapacidad.

5. Diseño de la intervención

En esta sección se presenta el diseño del componente Centros de Rehabilitación a través de la identificación de los mecanismos de atención rehabilitatoria y los tipos de servicio otorgados. Se describen los costos de los servicios en relación a la clasificación del carnet con el que todos los pacientes admitidos para atención deben contar. Se describen los actores involucrados en el proceso de rehabilitación así como el espacio y tiempo de operación del componente. También se describe la integración del padrón de beneficiarios que sirve para dar seguimiento a la evolución de la atención rehabilitatoria.

Se presenta la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) a través de la metodología de Matriz de Marco Lógico (MML) derivada de la información presentada. Se concluye con la estimación del costo operativo del programa.

5.1. Tipo de Intervención

El mecanismo de operación del componente es de manera directa a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de padecerla y en el subnivel se brinda atención a las familias de dichas personas, la estrategia a implementar es la atención integral rehabilitatoria.

A continuación se presenta la lista de servicios del componente Centros de Rehabilitación:

Tabla 18. Intervención del Componente Centros de Rehabilitación

Intervención	Composición
Los mecanismos de operación del programa	<ol style="list-style-type: none"> 1. Proporcionar atención médica y paramédica especializada. 2. Proporcionar terapia rehabilitatoria. 3. Elaborar y reparar órtesis y prótesis. 4. Orientar e informar acerca de la discapacidad. 5. Inclusión de personas con discapacidad a los ámbitos educativo, laboral y social.
Los tipos de apoyo para la ejecución de los mecanismos	<ol style="list-style-type: none"> a) Consultas b) Servicios de apoyo diagnóstico c) Elaboración de prótesis, órtesis, aparatos ortopédicos duralumino y mixtos d) Reparaciones de prótesis y órtesis e) Servicio integral f) Acciones sustantivas
Acciones sustantivas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detección temprana de padecimientos discapacitantes 2. Estimulación múltiple temprana 3. Prevención de discapacidad en enfermedades crónico degenerativas 4. Atención al adulto mayor 5. Inclusión educativa de menores con discapacidad en el ámbito escolar 6. Integración laboral 7. Escuela para familias con hijos con discapacidad

Fuente: DGR, 2012.

Los mecanismos de operación del programa se presentan a continuación:

La atención médica y paramédica especializada consiste en la realización de estudios médicos especializados que permitan sustentar los diagnósticos. Cada Centro de Rehabilitación cuenta con diferentes especialidades como se puede observar en el Anexo 2.

La terapia rehabilitatoria está compuesta por servicios de terapia física, ocupacional y de lenguaje a las personas con discapacidad. La rehabilitación es el “proceso de duración limitada con un objetivo definido, de orden médico, social y educativo entre otros, encaminado a facilitar que una persona con discapacidad alcance un nivel físico, mental, sensorial óptimo, que permita compensar la pérdida de una función, así como proporcionarle una mejor integración social” (DOF, 2014c).

Las órtesis son apoyos u otros dispositivos externos (aparato) aplicados al cuerpo para modificar los aspectos funcionales o estructurales del sistema neuromusculoesquelético. Su

diferencia respecto a las prótesis estriba en que no sustituyen un órgano o miembro con incapacidad física. Las prótesis son una extensión artificial que reemplaza o provee una parte del cuerpo que falta por diversas razones.

De acuerdo al *Programa Nacional de Asistencia Social* “es imprescindible, apoyar a las personas con discapacidad en el país, preferentemente a quienes se ubican en condiciones de vulnerabilidad, que requieran alguna ayuda funcional y atender de manera prioritaria el compromiso gubernamental en el sentido de “Apoyar la adquisición de equipos, lentes, prótesis, aparatos auditivos, sillas de ruedas y zapatos ortopédicos para niños con discapacidad” (DOF, 2014). Dicho lo anterior se considera que los servicios ofrecidos por los Centros de Rehabilitación son un componente medular para la atención a las personas con discapacidad.

El mecanismo de operación “orientación acerca de discapacidad” comprende: detección oportuna a las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla, eventos para la prevención y detección de la discapacidad, informar a las personas asistentes a los eventos en materia de prevención y detección de la discapacidad y eventos de capacitación con las familias de las personas con discapacidad y facilitar su inclusión social (SNDIF, 2012).

La inclusión de personas con discapacidad a los ámbitos educativo, laboral y social, como se pudo observar en la caracterización de la población objetivo, es de especial importancia para reducir las brechas entre las personas sin discapacidad y las que la padecen. Las personas con discapacidad reportan menores ingresos y menores tasas de empleo respecto a las personas sin discapacidad (INEGI 2010 y 2013). La inclusión que se procura en los centros es de tres tipos: i) educativa para menores con discapacidad, ii) laboral para personas con discapacidad y iii) de cultura física y deporte adaptado (SNDIF, 2012).

Los tipos de apoyo o servicios cuentan con diferentes cuotas de recuperación de acuerdo a la clasificación del carnet como se vio previamente. Los servicios para la ejecución de los mecanismos que otorga el componente son seis:

- g) Consultas
- h) Servicios de apoyo diagnóstico
- i) Elaboración de prótesis, órtesis, aparatos ortopédicos *duralumino* y mixtos

- j) Reparaciones de prótesis y órtesis
- k) Servicio integral
- l) Acciones sustantivas

Las consultas de acuerdo a la especialidad, se administran de 30 minutos a una hora por paciente. Las consultas se dividen en dos tipos médicas y paramédicas. Las médicas son diversas, entre ellas encontramos: medicina interna, neurología, odontología, oftalmología, ortopedia, otorrinolaringólogo, psiquiatría, rehabilitación, traumatología y comunicación humana. Las consultas paramédicas son: consejería en rehabilitación, evaluación de aptitudes, optometría, pedagogía, psicología y trabajo social.

Entre los servicios de apoyo diagnóstico se encuentran rayos X, electroencefalografía, electromiografía, audiometría, emisiones otacústicas, reflejos estapediales, logaudiometría, timpanometría, potenciales evocados auditivos y visuales. Cada centro cuenta con diferentes servicios de apoyo diagnóstico.

Quince centros cuentan con técnicos que elaboran los aparatos de órtesis y prótesis y todos los centros cuentan con servicios de reparación. Los aparatos aún con el cobro de las cuotas de recuperación tienen costos mínimos respecto a los precios comerciales.

El Centro Nacional Modelo “Gaby Brimmer” otorga el servicio integral al contar con escuela para menores con discapacidad. El servicio incluye transporte, personal de cuidado, desayuno y comida. Los tutores pagan cuotas de recuperación mensuales por dicho servicio de acuerdo a la clasificación socioeconómica.

Las acciones sustantivas funcionan como un servicio extendido, donde se aprovecha el conocimiento sobre el tema de discapacidad y potencialidades a padecerla para dar información a los pacientes y a los familiares de los mismos. Existen siete acciones sustantivas que son llamadas programas y operan en todos los centros:

1. Detección temprana de padecimientos discapacitantes
2. Estimulación múltiple temprana
3. Prevención de discapacidad en enfermedades crónico degenerativas
4. Atención al adulto mayor

5. Inclusión educativa de menores con discapacidad en el ámbito escolar
6. Integración laboral
7. Escuela para familias con hijos con discapacidad

El **programa de detección temprana de padecimientos discapacitantes** tiene como objetivo detectar oportunamente aquellas alteraciones que pueden generar discapacidad, a través de la detección extra muros con personal médico y paramédico. Los objetivos específicos son:

- Atenuar los principales factores de riesgo generadores de discapacidad
- Disminuir la prevalencia e incidencia de deficiencias y discapacidades
- Promover una cultura de prevención de discapacidad
- Fortalecer el componente de prevención de discapacidades en los centros de rehabilitación.
- Priorizar la ejecución de programas de prevención de discapacidad en los grupos vulnerables de la población.

Entre las actividades a realizar se incluyen la detección de problemas visuales, alteraciones del habla y del lenguaje, pie plano, umbrales, caries y escoliosis.

El **programa de estimulación múltiple temprana** tiene como objetivo detectar oportunamente signos de alto riesgo para daño neurológico en los lactantes con la finalidad de prevenir o disminuir la aparición de secuelas discapacitantes a través de la estimulación de mecanismos de plasticidad cerebral. Los objetivos específicos son:

- Detectar a niños y niñas menores de 2 años con alto riesgo de daño neurológico, con la finalidad de prevenir secuelas discapacitantes.
- Proporcionar información a los padres de familia sobre el tratamiento a seguir con el menor, con la finalidad de replicar el modelo terapéutico en su contexto familiar.
- Proporcionar a los padres información multidisciplinaria a través del programa de escuela para padres, para fortalecer la atención del menor.

Los criterios de ingreso al programa es que sean niños con alto riesgo de daño neurológico o con signos de alarma evidentes de 0 a 2 años de edad.

El **programa de prevención de discapacidad de enfermedades crónico degenerativas** tiene como objetivo prevenir la discapacidad a través de la detección temprana de padecimientos crónico degenerativos y la referencia oportuna de usuarios a la instancia de salud correspondiente en su localidad, con la finalidad de elevar la calidad de vida de los usuarios y sus familias que acuden a los Centros de Rehabilitación. Los objetivos específicos son:

- Impulsar el desarrollo de los programas de prevención y de atención a la discapacidad producto de enfermedades crónico degenerativas en los centros de rehabilitación dependientes de SNDIF.
- Promover la integración y coordinación de acciones interinstitucionales para la prevención y detección de padecimientos crónico degenerativos.
- Limitar la aparición de la discapacidad realizando una atención integral en los servicios de rehabilitación.
- Fortalecer las acciones de prevención primaria para evitar las secuelas de los padecimientos crónico degenerativos.
- Proporcionar educación continua de hábitos nutricionales, medidas preventivas y factores de riesgo a pacientes y familiares.
- Concientizar al personal de los centros de rehabilitación para la detección y canalización de pacientes con factores de riesgo para enfermedades crónico degenerativas.

Al instrumentar este programa se realiza una intervención primaria y secundaria no farmacológica, en donde se detectarán factores de riesgo que puedan producir una enfermedad o discapacidad en la población en general mayor de 25 años de edad que acuda por cualquier motivo de atención al centro de rehabilitación y que acceda al estudio. Incluye la detección de enfermedades como son: diabetes mellitus, hipertensión arterial sistemática, obesidad e hipercolesteronemia. La atención es integral con el procedimiento de referencia-contrarreferencia de usuarios en los centros de rehabilitación.

El **programa de atención del adulto mayor** tiene como objetivo garantizar el acceso del adulto mayor a un programa de rehabilitación basado en sus capacidades para contribuir a un envejecimiento saludable, a través de un programa físico y apoyo psicosocial. Los objetivos específicos del programa son:

- Detectar a la población adulta mayor en áreas circunvecinas a los Centros de Rehabilitación con la finalidad de incluirlos a un programa de rehabilitación.
- Detectar y canalizar de manera oportuna padecimientos potenciales discapacitantes.
- Contribuir a mejorar el estado funcional y físico del adulto mayor a través del ejercicio físico.
- Favorecer la socialización para que se mantenga activo en su entorno.
- Enfatizar la atención psicológica al adulto mayor, su familia y su cuidador primario.

Con este programa se busca reconceptualizar el significado de la vejez al fomentar el desarrollo de una alta autoestima.

El **programa de inclusión educativa de menores con discapacidad en el ámbito escolar** tiene como objetivo promover la equidad de oportunidades de los menores con discapacidad, a través del seguimiento de acciones específicas y la inclusión en escuelas de educación regular o de educación especial para favorecer su desarrollo y adaptación al entorno social. Los objetivos específicos del programa son:

- Reforzar en la familia el derecho del niño a la educación.
- Sensibilizar el ámbito familiar y educativo en materia de discapacidad e inclusión educativa de menores con discapacidad.
- Dar seguimiento al proceso de inclusión educativa del menor con discapacidad, a través de visitas de asesoría y orientación a padres de familia y comunidad escolar.

El criterio de ingreso al programa es ser menor con discapacidad este o no incluido al ámbito escolar y que acuda al Centro de Rehabilitación.

El **programa de integración laboral** tiene como objetivo integrar a las personas con discapacidad a la capacitación y al empleo. Este programa tiene su fundamento en el artículo primero de la *Ley General de Inclusión de las Personas con Discapacidad*, que establece:

“Las disposiciones de esta ley tienen por objeto establecer las bases que permitan la plena inclusión de las personas con discapacidad, en un marco de igualdad y de equiparación de oportunidades, en todos los ámbitos de la vida” (DOF, 2011).

Los servicios que el programa brinda son:

- Consejería en rehabilitación
- Orientación para la capacitación
- Orientación para el empleo
- Sensibilización a empresarios
- Curso-taller de obtención y conservación de empleo
- Análisis de puestos
- Orientación familiar
- Evaluación de aptitudes
- Orientación vocacional
- Apoyo psicológico
- Talleres que coadyuvan la integración laboral
- Compaginación de perfil-hombre-puesto
- Capacitación de recursos humanos en el área de rehabilitación para el trabajo

Los requisitos para acceder al programa son:

- Tener entre 14 a 55 años de edad
- Presentar sólo una discapacidad
- No tener problemas de adicciones
- Contar con independencia en las actividades de la vida diaria humana (traslado y manejo de dinero).
- No contar con problema psiquiátricos
- Tener deseos de trabajar

Los beneficios que el programa de integración laboral pretende otorgar a las personas con discapacidad son el fomento a la responsabilidad y la participación social, propiciar el crecimiento individual para la interacción socio-laboral y brindar orientación para selección del puesto a desempeñar de acuerdo a su nivel aptitudinal.

Los beneficios que el programa da a las empresas son:

- Confianza en el proceso de reclutamiento y selección
- Disminución en rotación de personal

- Orientación para la integración de la persona con discapacidad al grupo de trabajo
- Personal evaluado de acuerdo al puesto de trabajo
- Seguimiento laboral de la persona integrada
- Colocación selectiva

Un servicio más que no depende de los Centros de Rehabilitación directamente pero emana de ellos son las Unidades Básicas de Rehabilitación y las Unidades Móviles de Rehabilitación. Las unidades son una extensión del servicio que se brinda en los centros y son operadas con recursos de los DIF estatales y municipales.

A continuación se presenta la distribución de las Unidades Básicas de Rehabilitación por Entidad Federativa que existen al mes de febrero de 2014:

Tabla 19. Distribución de las Unidades básicas de Rehabilitación por Entidad federativa hasta febrero 2014

Entidad Federativa	Número
Aguascalientes	12
Baja California	5
Baja California Sur	12
Campeche	28
Coahuila	42
Colima	15
Chiapas	121
Entidad Federativa	Número
Chihuahua	67
Distrito Federal	18
Durango	62
Guanajuato	53
Guerrero	64
Hidalgo	49
Jalisco	67

	Estado de México	93
	Michoacán	69
	Morelos	34
	Nayarit	21
	Nuevo León	69
	Oaxaca	37
	Puebla	79
	Querétaro	23
	Quintana Roo	3
	San Luis Potosí	54
	Sinaloa	52
	Sonora	45
	Tabasco	17
	Tamaulipas	52
	Tlaxcala	39
	Veracruz	80
	Yucatán	68
	Zacatecas	46
Fuente:	TOTAL:	1,496

DGR, 2014c,

p.2.

Condiciones del servicio

No existen requisitos para la atención rehabilitatoria, sólo la presencia de la persona que solicita el servicio en cualquiera de los centros en un horario de 7:00 hrs a 15:00 hrs de lunes a viernes.

Los documentos que los pacientes o sus familiares deben presentar son original y copia de la credencial de elector, comprobante de domicilio y Clave Única de Registro Poblacional (CURP). En caso de no contar con alguno o algunos de los documentos, se solicitará que en la próxima consulta, sesión de rehabilitación o asistencia al centro se

presenten los documentos faltantes. A la entrega de los documentos, se dará ingreso a su solicitud de atención de acuerdo al procedimiento para la atención en los centros de rehabilitación. Respecto a la asiduidad de los pacientes, existe la salvedad de revaloración en el caso de no asistir a las consultas programadas.

Los servicios que el componente otorga al tener como fundamento el *derecho a la salud* que se basa en el artículo cuarto de la *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos* y el artículo 25 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*, no pueden ser negados a ninguna persona en ninguno de los centros.

De acuerdo a los mecanismos y servicios que brinda el componente Centros de Rehabilitación se considera que se cumplirá el objetivo planteado “*proporcionar atención rehabilitatoria integral a la población con discapacidad y en riesgo potencial de presentarla*”. La atención rehabilitatoria en los centros se rige bajo la *Norma Oficial Mexicana 173-SSA1-1998* para la Atención a Personas con Discapacidad (DOF, 1999).

La Norma tiene como objeto establecer las reglas que deberán observarse en la atención integral a personas con discapacidad. Ésta contiene las definiciones de los diferentes tipos de discapacidades y de los servicios de atención. Entre las reglas que estable están:

- La atención de usuarios con discapacidad se debe llevar a cabo en cualquier establecimiento de atención médica de los sectores público, social y privado en los tres niveles de atención.
- A toda persona con discapacidad permanente se deberá expedir un certificado por médico debidamente autorizado, en el que se anote el nombre, sexo, edad, nacionalidad, domicilio, tipo de discapacidad, origen y grado de la misma, apoyo funcional, especificaciones y si requiere intérprete de lenguaje.
- Las actividades para la atención integral de las personas con discapacidad son:
 - i. Promoción de la salud y prevención de discapacidad.
 - ii. Atención médica rehabilitatoria integral.
 - iii. Seguimiento de casos.
 - iv. Referencia y contrarreferencia.
 - v. Certificación de la persona con discapacidad permanente.

Servicios subrogados

Además de los servicios directos previamente descritos, existen servicios subrogados. Se trata de “servicios que se prestan en los Centros de Rehabilitación a los derechohabientes de Instituciones públicas, generando un costo por el servicio prestado que deberán cubrir dichas Instituciones” (DGR, 2012, p.615).

En el año 2014 existen cinco centros con servicios subrogados. Los servicios subrogados se dan a través de convenios cuya vigencia la determina el SNDIF y las respectivas instituciones. El documento es firmado por el Oficial mayor, autoridades de los DIF estatales y autoridades de la institución que solicita el convenio. Por poner un ejemplo el convenio con el ISSEMYM consulta médica especializada en tratamientos de mecanoterapia, electroterapia, hidroterapia, terapia de lenguaje y terapia ocupacional.

Tabla 20. Centros con servicios subrogados.

Estado	Centro	Instituciones
Campeche	CREE Campeche	ISSSTE, INDESALUD y PEMEX
Estado de México	CREE Toluca	ISSSEMYM
Nayarit	CREE Tepic	ISSSTE, Servicios de Salud Nayarit
Tamaulipas	CREE Victoria	Cd. ISSSTE, Servicios de Salud Tamaulipas y Municipio de Victoria
Zacatecas	CREE Guadalupe	IMSS

Fuente: DGR, 2014b.

5.2. Etapas de la intervención

Actividades

Las actividades a realizar para la atención a las personas en los Centros de Rehabilitación están ampliamente descritas en el Manual de Procedimientos de la Dirección General de

Rehabilitación (DGR, 2012), mismas que se pueden sintetizar en 15 actividades en concreto, que a continuación se enlistan:

1. Atender a usuarios en la consulta médica de primera vez.
2. Proporcionar tratamiento a usuarios en el área de terapia.
3. Atender a usuarios en la consulta subsecuente médica y paramédica.
4. Elaborar y reparar órtesis y prótesis en los centros de rehabilitación.
5. Otorgar el alta a los usuarios de los servicios en los centros de rehabilitación.
6. Detectar oportunamente padecimientos discapacitantes en los centros de rehabilitación.
7. Atender a usuarios en el programa de estimulación múltiple temprana.
8. Atender a usuarios en el programa de escuela para familias con hijos con discapacidad.
9. Atender a usuarios en el programa de inclusión educativa de menores con discapacidad.
10. Atender a usuarios en el programa de rehabilitación e inclusión laboral para las personas con discapacidad.
11. Incluir a personas con discapacidad a la cultura física y deporte adaptado.
12. Otorgar y comprobar los apoyos para miembros del equipo representativo de deporte adaptado del DIF Nacional
13. Atender a usuarios en el programa de prevención de discapacidad en enfermedades crónico degenerativas
14. Atender a usuarios en el programa de atención al adulto mayor en los centros de rehabilitación.
15. Elaborar e integrar la programación anual de metas institucionales del programa de prevención, rehabilitación e inclusión social de las personas con discapacidad y sus familias. (DGR, 2012, pp.10-349)

Los pasos a seguir para la actividad “Atender a usuarios en la consulta médica de primera vez” pueden ser vistos en el diagrama de flujo del Anexo 3.

Montos de los apoyos

La clasificación en el carnet de los pacientes indica el monto de los servicios o su exención de pago. Con la finalidad de homologar el criterio para determinar el monto a cobrar por cada uno de los servicios que se otorgan en los Centros de Rehabilitación dependientes de la Dirección General de Rehabilitación, tanto a usuarios directos o subrogados, los tabulares de cuotas de recuperación son afectados por el incremento anual del Índice Nacional de Precios al Consumidor (INPC). Se divide el INPC del mes de diciembre del ejercicio que termina, entre el correspondiente índice al mes de diciembre del ejercicio inmediato anterior; conforme a los índices que son publicados en el Diario Oficial de la Federación por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía o el organismo autónomo que tenga esa facultad, durante el mes de enero siguiente al que se trate, con un límite máximo de 10% de incremento si el INPC de referencia excede dicho porcentaje. La base inicial del cálculo fueron las tarifas de julio de 2006 (DGR, 2012, p. 626).

En el Anexo 4 se presentan los montos de las cuotas de recuperación por cada uno de los servicios que se otorgan en los centros de rehabilitación. A continuación se presentan los cobros más comunes de acuerdo a la clasificación del carnet para 2014.

Tabla 21. Cuotas de recuperación de consultas 2014, pesos

Consulta	Subrogado	A	B	C	D	E
Médica especializada	220	147	110	73	37	Exento
Paramédica	179	119	89	60	30	Exento
Sesión de terapia	110	73	55	37	18	Exento

Fuente: DGR, 2014d.

Cobertura

De acuerdo a la infraestructura con la que se cuenta, la cobertura propuesta es nacional. Debido a la ubicación geográfica de los centros, se tiene mayor afluencia de pacientes de las comunidades aledañas. Ante este hecho los gobiernos de los municipios de los cuales provienen los beneficiarios han implementado mecanismos de transporte a las personas de comunidades alejadas.

El espacio de operación del componente es el territorio nacional y el tiempo de operación en el corto plazo será el sexenio en curso 2012-2018 en consistencia con las metas nacionales y sectoriales propuestas donde se explicita la importancia de la atención rehabilitatoria.

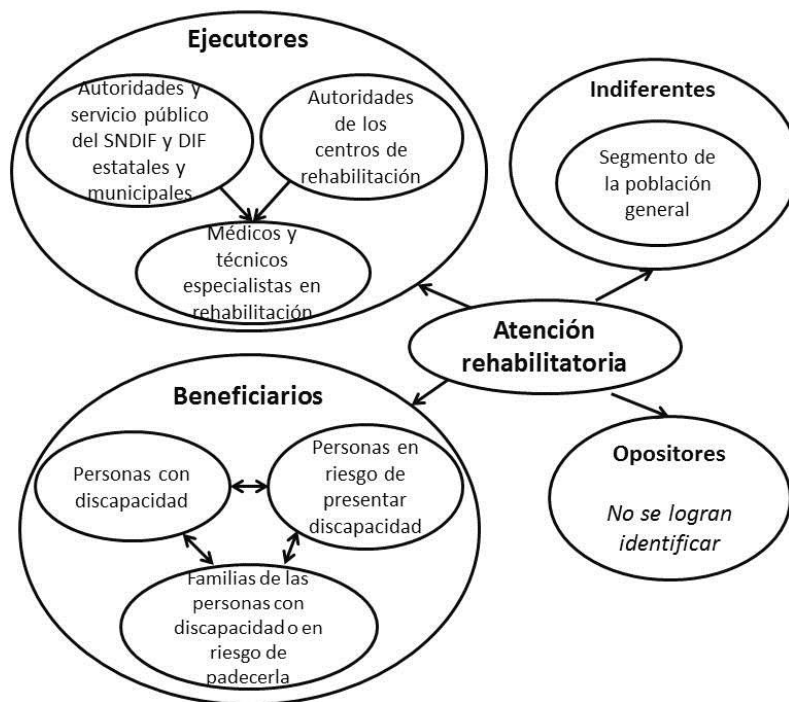
En consistencia con los tipos y montos de los servicios descritos de manera previa así como a los requisitos para la atención, a continuación se describe el esquema general de operación del componente a través del análisis de actores involucrados.

Actores involucrados

Los actores involucrados en un proyecto de acuerdo al método complementario de árbol de problemas serán agrupados en opositores, indiferentes, beneficiarios y ejecutores (Aldunate y Córdoba, 2011). Debido a que el servicio de atención rehabilitatoria se fundamenta en el *derecho a la salud* no se logran advertir a los opositores de la ejecución de la atención en los centros.

Los actores indiferentes corresponden a un segmento de la población nacional. Los beneficiarios del programa son las personas con discapacidad y en riesgo de padecerla así como sus familias. Los ejecutores del programa comprenden a las autoridades y servicio público del SNDIF, autoridades de los DIF estatales y municipales, autoridades de los centros de rehabilitación y personal involucrado en el proceso de rehabilitación.

Imagen 7. Mapa de involucrados en el proceso de rehabilitación



Fuente: Elaboración propia, DGR

Como se puede advertir en la imagen, no se logran identificar fuerzas contrapuestas al componente. Con respecto a la población indiferente las acciones sustantivas están encaminadas a la reducción de esta población así como el servicio integral de educación que se da en el Centro Nacional Modelo “Gaby Brimmer”.

Los ejecutores del componente son las autoridades nacionales, estatales y municipales de los SNDIF, los servidores públicos y el personal involucrado en el proceso de rehabilitación de los centros. Para que el componente pueda tener éxito debe de haber coordinación entre los ejecutores.

Para fortalecer esta tendencia positiva, el método complementario propone la búsqueda de actores con intereses similares (Aldunate y Córdoba 2011). Los actores con intereses similares podrían encontrarse en otros programas gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil nacional e internacional así como en empresas y fundaciones de la iniciativa privada.

En relación a los beneficiarios del programa se advierte que para lograr éxito en su rehabilitación deben existir esfuerzos compartidos entre pacientes y familias, de ahí la importancia de la atención paramédica en psicología y trabajo social.

5.3. Previsiones para la Integración y Operación del Padrón de Beneficiarios

El padrón de beneficiarios es integrado mensualmente por cada uno de los Centros de Rehabilitación. En éste se registran los datos de los pacientes de primera vez que después de la prevaloración pasan al médico o paramédico especialista.

De acuerdo al *Manual de Procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación* es el Departamento de Valoración y Tratamiento de cada centro el que debe de instruir al Área de Archivo para “registrar los datos del usuario en el Sistema de Padrón de Beneficiarios del centro y enviarlo mensualmente a su jefe inmediato, así como en archivo electrónico en caso de contar con el equipo para tal fin” (DGR, 2012, p.14). El formato de padrón de beneficiarios del Centro de Rehabilitación incluye diversos datos de los pacientes mismos que se pueden observar en el Anexo 5.

Adicional al padrón, todos los pacientes que ingresan al centro cuentan con un expediente clínico que es un “documento oficial, de carácter legal, confidencial, propiedad de la institución que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias que constituyen una herramienta de obligatoriedad para los sectores públicos, social y privado del Sistema Nacional de Salud” (DGR, 2011, p.26).

El expediente clínico es utilizado por los médicos y paramédicos especialistas para el seguimiento del paciente en su terapia integral de rehabilitación. En el expediente se puede advertir el número de consultas y terapias de cada paciente, así como la evolución de su tratamiento desde el ingreso al centro hasta el alta del paciente.

El SNDIF ha realizado un esfuerzo por contar con mejores mecanismos para el control de los pacientes y sus historias clínicas con la finalidad de implementar mejores acciones de atención a personas con discapacidad. A partir de enero de 2012 se implementó el Sistema

Integral de los Centros de Rehabilitación conocido como SICER, con el objetivo de homogenizar la información correspondiente al padrón de beneficiarios. Éste fue desarrollado por la Dirección de Tecnologías de la Información del SNDIF. Todos los centros utilizan el sistema, excepto el Centro de Chetumal que cuenta con su propio Sistema Información de Rehabilitación Integral (SIRI), y Oaxaca porque no cuenta con servicio de internet.

Existe un nuevo sistema llamado Sistema de Información Nacional de Rehabilitación e Inclusión Social (SINARIS), el cual comenzó a implementarse el pasado marzo de 2014, su función, además de homologar, es agrupar la información general de los pacientes con los expedientes clínicos. Hasta el día de hoy el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración de “Personas Ciegas y Débiles Visuales” es quien ya hace uso de este sistema.

5.4. Matriz de Indicadores

El componente Centros de Rehabilitación en el año 2014 forma parte de la matriz de indicadores para resultados (MIR) del programa E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable” a través de los indicadores señalados en color azul del Anexo 6 “MIR. Programa E040 Centros de Rehabilitación”.

De 2010 a 2013 el componente participaba del programa E023 “Prestación de servicios en los diferentes niveles de atención a la salud” que por su modalidad no contaba con MIR. Anteriormente, hasta 2009, el componente estuvo dentro del “Programa de Atención a Personas con Discapacidad” del cual participó en su MIR a través de algunos indicadores.

Cabe mencionar que para el control de los centros, el componente tiene amplia experiencia en el monitoreo de resultados a través de indicadores. Los indicadores que se llevan hasta la actualidad datan del año 2000.

A raíz de los hallazgos encontrados en el presente documento se presenta una propuesta MIR, no sin antes mencionar que se sabe que la validación de la misma está sujeta a un proceso de revisión por parte de la Dirección General de Programación, Organización y

Presupuesto (DGPOP) del SNDIF así como de la Unidad de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público y de la Secretaría de la Función Pública de acuerdo a los *Lineamientos para el registro, revisión, actualización, calendarización y seguimiento de la Matriz de Indicadores para Resultados de los Programas Presupuestarios 2014* (SHCP, 2014).

El indicador de “fin” con referencia a los mismos lineamientos *numeral 13*, contiene en su resumen narrativo la alineación al objetivo sectorial cuatro que es “Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país” del Programa Sectorial de Salud (2013-2018).

Para el ejercicio fiscal 2015 de acuerdo al *numeral 15* debe iniciarse la alineación de los indicadores a los objetivos sectoriales en el nivel fin de las MIR.

En consistencia con lo anterior, el resumen narrativo del indicador de fin presenta la siguiente sintaxis:

Contribuir a cerrar las brechas en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país a través de la atención rehabilitatoria integral de las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla para evitar que discapacidades curables se vuelvan permanentes y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Tabla 23. Matriz de Indicadores componente Centros de Rehabilitación

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Contribuir a cerrar las brechas en salud entre los diferentes grupos sociales y regiones del país a través de la atención rehabilitatoria integral de las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla para evitar que discapacidades curables se vuelvan permanentes y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.	1. Porcentaje de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a servicios de salud.	a) Censo de población y vivienda INEGI b) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares	Asignación presupuestal al sector salud
Propósito	Se brinda atención integral rehabilitatoria a la población con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla para prevenir discapacidades permanentes o mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.	1. Porcentaje de personas atendidas en los Centros de rehabilitación	a) Plantilla estadística de servicios otorgados	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a recibir servicios de Rehabilitación Integral a los centros de rehabilitación del DIF.
Componentes	1. Atención médica otorgada a las personas con discapacidad o en riesgo de padecerla	1. Número de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación	a) Plantilla estadística de servicios otorgados	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a recibir atención a los centros de rehabilitación del DIF.
	2. Personas beneficiadas de la elaboración o reparación de órtesis y prótesis	2. Número de Personas beneficiadas con la elaboración de órtesis y prótesis		
	3. Acciones sustantivas llevadas a cabo	3. Número de eventos de acciones sustantivas llevados a cabo en los centros de rehabilitación		
	4. Brindar atención a mujeres con discapacidad o en riesgo de padecerla	4. Número de mujeres atendidas por primera vez		
Actividades	1.1 Dar preconsultas	1.1 Número de preconsultas otorgadas	a) Plantilla estadística de servicios otorgados	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a recibir preconsultas a los centros de rehabilitación del DIF.
	1.2 Dar consultas médicas y paramédicas en los Centros de Rehabilitación			
	1.3 Proporcionar consultas terapéuticas.			

1.4 Dar de alta a personas en los Centros de Rehabilitación	1.2 Porcentaje de consultas médicas y paramédicas otorgadas en los Centros de Rehabilitación	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a
2.1 Elaboración y reparación de órtesis y prótesis	1.3 Porcentaje de modalidades terapéuticas proporcionadas	solicitar atención médica o paramédica a los centros de rehabilitación del
3.1 Dar pláticas para prevenir la discapacidad	1.4 Personas dadas de alta en los Centros de Rehabilitación	DIF.
	2.1 Número de órtesis y prótesis elaboradas o reparadas	Que la población en general acuda a recibir pláticas para prevenir factores de riesgo y/o atender la discapacidad a los centros de rehabilitación del DIF.
	3.1 Número de pláticas para prevenir la discapacidad	

Matriz Indicadores componente de Centros de Rehabilitación

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
Fin	Porcentaje de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a servicios de salud	Proporciona información sobre el porcentaje de personas con discapacidad que carecen de acceso a servicios de salud	$[(\text{Total de personas con discapacidad que presentan carencia por acceso a los servicios de salud})/(\text{Total de personas con discapacidad})]*100$	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Bianual	a) Censo de población y vivienda INEGI b) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Plantilla estadística de
Propósito	Porcentaje de personas atendidas	Proporciona información	$[(\text{Número de personas$	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
	en los Centros de rehabilitación	sobre el total de Personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla que recibieron atención de rehabilitación integral con referencia las personas que se estima atender durante el periodo	atendidas durante el periodo) / (Número de personas programadas durante el periodo)] * 100						servicios otorgados
Componentes	1. Número de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación	Proporciona información sobre el total de personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla que recibieron atención de rehabilitación integral	Número total de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación	Absoluto	Número	Estratégico	Eficiencia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
	2. Número de personas beneficiadas con la elaboración de órtesis y prótesis	Proporciona información sobre el número total de personas con discapacidad que fueron beneficiadas con la elaboración de órtesis y prótesis que fueron beneficiadas con la elaboración de órtesis y prótesis	Número total de personas con discapacidad que fueron beneficiadas con la elaboración de órtesis y prótesis	Absoluto	Número	Estratégico	Eficiencia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados
	3. Número de eventos de acciones sustantivas llevados a cabo en los centros de rehabilitación	Proporciona información sobre el número total eventos de acciones sustantivas llevados a cabo en los centros de rehabilitación	Número total eventos de acciones sustantivas llevados a cabo en los centros de rehabilitación	Absoluto	Número	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados
	4. Porcentaje de mujeres atendidas por primera vez	Proporciona información sobre el total de mujeres con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla que recibieron consulta de primera vez con	[(Número de mujeres atendidas de primera vez durante el periodo) / (Número de personas programadas durante el periodo)] * 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Calidad	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		referencia las personas que se estima atender durante el periodo							
Actividades	1.1 Porcentaje de preconsultas otorgadas	Proporciona información del total de preconsultas, las cuales consisten en una evaluación rápida del motivo por el cual la persona acude a solicitar atención, la cual determina su ingreso o no al centro, con relación a las	Número de preconsultas realizadas en el periodo / Número de preconsultas programadas al periodo X 100	Relativo	Porcentaje	De gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		preconsultas estimadas							
	1.2 Porcentaje de consultas médicas y paramédicas otorgadas en los Centros de Rehabilitación	<p>otorgar en el periodo</p> <p>Proporciona información del total de consultas médicas, psicológicas, pedagógicas, de optometría, trabajo social, consejería y evaluación en rehabilitación laboral, consulta dental, otorgadas a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla, con referencia al total de consultas que se estiman otorgar en el periodo.</p>	<p>Número de consultas médicas y paramédicas otorgadas / Número de consultas médicas y paramédicas programadas X 100</p>	Relativo	Porcentaje	De gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados
	1.3 Porcentaje de modalidades terapéuticas proporcionadas	<p>Proporciona información del total de servicios otorgados de terapia física, ocupacional, lenguaje y centro de tecnología adaptada</p>	<p>Número de modalidades terapéuticas realizadas en el periodo / Número de modalidades</p>	Relativo	Porcentaje	De gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		CTA, a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla, a través de sesiones individuales, grupales y programas de casa, con referencia a los servicios programados a otorgar en el periodo.	terapéuticas programadas en el periodo X 100						
	1.4 Porcentaje de personas dadas de alta en los Centros de Rehabilitación	Proporciona información sobre el total de las personas que se dan de alta por servicio y/o definitivas en los Centros de	Número de personas dadas de alta por servicio y/o definitivas durante el periodo / Número de personas dadas de alta por servicio y/o	Relativo	Porcentaje	De gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		Rehabilitación, con relación a las personas programadas para ser dadas de alta por servicio y/o definitivas en un periodo determinado.	definitivas programadas durante el periodo X 100						
	2.1 Número medio de órtesis y prótesis elaboradas o reparadas por mes	Proporciona información sobre el número de órtesis y prótesis elaboradas o reparadas por mes	Promedio de órtesis y prótesis elaboradas o reparadas por mes	Absoluta	Número	De gestión	Eficiencia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados
	3.1 Número medios de pláticas para prevenir la discapacidad	Proporciona información sobre el número de pláticas para prevenir la discapacidad	Promedio de pláticas para prevenir la discapacidad por mes	Absoluta	Número	De gestión	Eficiencia	Trimestral	Plantilla estadística de servicios otorgados

Fuentes: Para el indicador de Fin se utilizó la ficha técnica del Objetivo 2, Indicador 2 del Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018. En todos los demás indicadores se utilizó la MIR E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable y la programación de metas del Componente Centros de Rehabilitación

5.5. Estimación del Costo Operativo del Componente

Al contar como referencia el presupuesto del año 2013, a continuación se presenta la estimación del costo operativo del componente.

Tabla 22. Estimación del costo operativo del componente, pesos.

	2014	2015	2016	2017	2018
Componente Centros de Rehabilitación	34,801,370	36,541,438	38,368,510	40,286,935	42,301,282

Tabla 23. Presupuesto desglosado por Centro de Rehabilitación, pesos.

Centro / Dirección	2014	2015	2016	2017	2018
DIRECCIÓN GENERAL DE REHABILITACIÓN	9,876,135	10,369,942	108,884,39	11,432,861	12,004,504
DIRECCIÓN DE REHABILITACIÓN	8,897,322	9,342,188	9,809,298	10,299,762	10,814,750
C.N.M.IZTAPALAPA	2,450,406	2,572,926	2,701,573	2,836,651	2,978,484
CRI TLAZOCHIHUALPILLI	164,106	172,311	180,926	189,973	199,471
C.N.M GABY BRIMMER	2,355,153	2,472,911	2,596,556	2,726,384	2,862,703
C.N.M PERSONAS CIEGAS Y DEBILES VISUALES	416,594	437,423	459,295	482,259	506,372
CREE LA PAZ	509,643	535,125	561,881	589,975	619,474
CREE CAMPECHE	555,455	583,228	612,389	643,009	675,159
CREE CHIHUAHUA	907,847	953,239	1,000,901	1,050,946	1,103,493
CREE TOLUCA	597,427	627,298	658,663	691,596	726,176
CREE TEPIC	521,283	547,347	574,715	603,450	633,623
CREE OAXACA	1,673,362	1,757,030	1,844,881	1,937,126	2,033,982
CREE PUEBLA	678,095	712,000	747,600	784,980	824,229
CREE CHETUMAL	648,900	681,345	715,412	751,183	788,742
CREE SAN LUIS POTOSI	1,617,027	1,697,879	1,782,773	1,871,911	1,965,507

Centro / Dirección	2014	2015	2016	2017	2018
CREE CD. VICTORIA	2,217,075	2,327,929	2,444,325	2,566,541	2,694,869
CREE JALAPA	355,292	373,056	391,709	411,294	431,859
CREE MÉRIDA	1,043,877	1,096,071	1,150,875	1,208,419	1,268,840
CREE ZACATECAS	911,993	957,593	1,005,473	1,055,746	1,108,533
CRI GUADALAJARA	640,274	672,288	705,902	741,197	778,257
CRI CUERNAVACA	722,443	758,565	796,493	836,318	878,134
CRI CUAUTLA	687,331	721,698	757,782	795,672	835,455
CREE ENSENADA	329,398	345,867	363,161	381,319	400,385

Fuente: Presupuesto de los Centros de Rehabilitación 2013, cálculo bajo el supuesto de aumento anual de 5% en el presupuesto autorizado del programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable.

Recursos humanos

A continuación se detalla el control de recursos humanos de los centros de rehabilitación a nivel federal. En la tabla 24 se aprecia el número de recursos humanos por cada centro y el tipo de plaza que se divide en federal y estatal. Las federales son las que están incluidas en el presupuesto del Componente Centros de Rehabilitación.

Como se puede observar la demanda de recursos humanos es superior a la oferta de los mismos en el ámbito federal, por lo que la mayoría de los centros utilizan los recursos humanos financiados por los DIF de las entidades federativas y los municipios.

Tabla 24. Número de recursos humanos por Centro de Rehabilitación

PLAZA	CLASIFICACION	Tlaxochahuapilili	Iztrapalapa	Zapata	Ciegos y DV	La Paz	Campeche	Chihuahua	Toluca	Tepic	Oaxaca	Puebla	Chetumal	SLP	Cd. Victoria	Jalapa	Merida	Gpe. Zuc.	Guadalajara	Cuernavaca	Cuautla	Ensenada	TOTAL CENTRALIZADOS
RECURSOS HUMANOS (FEDERAL)	TRABAJO SOCIAL	2	6	12	5	4	1	3	6	4	2	2	1	2	3	3	2	2	3	4	3	2	72
	MEDICO GENERAL	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	4
	MEDICO ESPECIALISTA	2	11	11	8	2	1	4	5	3	9	8	3	5	2	1	5	3	3	1	0	2	89
	PSICOLOGO	3	9	6	5	3	3	3	6	2	2	7	0	1	3	2	1	1	2	3	1	2	65
	TERAPISTA FISICO	2	14	23	3	3	12	3	8	7	2	7	4	4	0	5	7	6	2	5	3	1	121
	TERAPISTA OCUPACIONAL	1	3	4	4	0	3	1	1	2	1	5	1	2	0	1	1	0	1	1	0	0	32

PLAZA	CLASIFICACION	Tlaxochihualpili	Izamalapa	Zapala	Ciegos y DV	La Paz	Campeche	Chihuahua	Toluca	Tepic	Oaxaca	Puebla	Chetumal	SLP	Cd. Victoria	Jalapa	Merida	Gpe. Zac.	Guadalajara	Quemaveca	Cuatla	Ensenada	TOTAL CENTRAUZADOS
	TERAPISTA DE LENGUAJE	0	2	2	1	2	1	1	1	1	2	5	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	22
	AUXILIAR DE TERAPIA	2	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5
	ODONTOLOGO	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	4
	ORTESISTA PROTESISTA	0	6	0	0	1	2	0	1	2	0	3	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	18
	AUXILIAR ORTESIS Y PROTESIS	0	1	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	10
	ENFERMERA (O)	0	4	6	3	0	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	18
	TECNICOS DE DIAGNOSTICO	0	4	2	1	1	2	0	2	2	1	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	20
	ADMINISTRATIVOS	13	19	14	11	5	5	6	3	1	1	3	5	2	0	5	4	2	5	1	3	3	111
	OTROS	3	11	2	4	0	0	4	4	6	1	3	0	1	0	0	0	0	3	1	0	2	45
	SUBTOTAL	28	90	88	45	21	34	25	39	30	23	45	14	21	8	18	25	17	22	17	13	13	636
RECURSOS HUMANOS (ESTATAL)	TRABAJO SOCIAL	0	0	0	0	0	3	0	0	1	0	0	3	4	4	3	4	2	8	0	0	0	32
	MEDICO GENERAL	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	2	1	2	3	1	1	0	0	0	0	13
	MEDICO ESPECIALISTA	0	0	0	0	0	2	1	3	1	0	0	3	7	1	16	5	1	10	0	0	0	50
	PSICOLOGO	0	0	0	0	1	4	0	0	4	0	0	5	7	3	9	4	2	8	0	0	0	47
	TERAPISTA FISICO	0	0	0	0	1	2	1	6	1	0	0	11	1	14	12	12	1	15	0	0	1	78
	TERAPISTA OCUPACIONAL	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	0	2	0	1	7	1	0	0	1	0	0	17
	TERAPISTA DE LENGUAJE	0	0	0	0	0	2	0	1	5	0	0	3	5	4	12	3	2	13	2	1	0	53
	AUXILIAR DE TERAPIA	0	0	0	0	5	2	0	0	0	3	0	0	8	1	0	7	0	0	3	2	0	31
	ODONTOLOGO	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	0	0	2	2	4	2	1	0	0	0	0	15
	ORTESISTA PROTESISTA	0	0	0	0	0	0	2	3	0	0	0	1	1	1	3	0	0	0	0	0	0	11
	AUXILIAR ORTESIS Y PROTESIS	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	1	3	0	1	0	12
	ENFERMERA (O)	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	4	4	4	6	0	0	3	0	0	0	25
	TECNICOS DE DIAGNOSTICO	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	6
	ADMINISTRATIVOS	0	0	0	0	7	37	8	38	37	14	19	45	48	2	134	5	15	28	6	15	0	458
	OTROS	0	0	0	0	18	3	4	14	18	2	1	0	5	4	0	41	0	27	1	0	0	138
	SUBTOTAL	0	0	0	0	34	58	17	75	68	23	20	81	95	44	209	85	26	118	13	19	1	986
TOTAL		28	90	88	45	55	92	42	114	98	46	65	95	116	52	227	110	43	140	30	32	14	1622

Elaboración: DGR, DIF

La siguiente tabla muestra de forma más clara los centros que se sirven en mayor medida de los recursos humanos estatales, entre los que se encuentran los centros de Jalapa, Chetumal, San Luis Potosí, Guadalajara y Cd. Victoria. La distribución de los recursos humanos permite apreciar la coordinación entre el SNDIF y los DIF estatales. Aún restan esfuerzos en cuanto a incrementar el número de plazas en los dos niveles de acuerdo a la demanda del servicio.

Tabla 25. Porcentaje de recursos humanos por Centro de Rehabilitación

PLAZA	Tlaxochi ualpilli	Iztap alapa	Zap ata	Cieg osy DV	L a p a z	Camp eche	Chihu ahua	Tol uca	Te pic	Oax aca	Pue bla	Chet umal	S L P	Cd. Vict oria	Jal apa	Mer ida	G pe - Za c.	Guada lajara	Cuern avaca	Cua utla	Ense nada	TOTAL CENTRAL IZADOS
FEDER AL	28	90	88	45	21	34	25	39	30	23	45	14	21	8	18	25	17	22	17	13	13	636
ESTAT AL	0	0	0	0	34	58	17	75	68	23	20	81	95	44	209	85	26	118	13	19	1	986
TOTAL	28	90	88	45	55	92	42	114	98	46	65	95	116	52	227	110	43	140	30	32	14	1622
PORCE NTAJE	2%	6%	5%	3%	3%	6%	3%	7%	6%	3%	4%	6%	7%	3%	14%	7%	3%	9%	2%	2%	1%	100%

Elaboración: DGR,DIF

6. Presupuesto

Las partidas presupuestales del programa son dígito 1 y dígito 2 capítulos 2000 de materiales y suministros y 3000 servicios generales de acuerdo al *Clasificador por Objeto de gasto para la Administración Pública Federal* (DOF 27 diciembre 2011).

A continuación se presenta el monto del componente centros de rehabilitación en relación al presupuesto al Sector Salud y al programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable.

Tabla 26. Comparativo de los recursos del componente Centros de Rehabilitación

Sector, programa, componente	Pesos	Sector Salud*	Sector Salud (grupos vulnerables)*	Programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable	Componente Centros de Rehabilitación
Sector Salud*	130,264,761,743	100%			
Sector Salud (grupos vulnerables)**	6,048,668,625	4.64%	100%		
Programa E040 Servicios de Atención a	796,555,288	0.61%	13.17%	100%	

Población Vulnerable					
Componente Centros de Rehabilitación	34,801,370	0.03%	0.58%	4.37%	100%

Fuente: PEF, 2014 y DGR, 2014e

*Gasto programable Anexo 1 Gasto neto total

**Lo correspondiente a Anexo 13 Recursos para la atención de grupos vulnerables

Como se puede observar el monto de los recursos destinados al componente en comparación con el presupuesto de Sector Salud representa apenas un 0.03%. En relación al programa en el que el componente está inserto, éste representa alrededor del 5% del total. El componente Centros de Rehabilitación se alinea a estrategias y objetivos medulares del *Programa Nacional de Desarrollo Social 2013-2018* y a un conjunto de objetivos nacionales e internacionales, de ahí la importancia de fortalecer los recursos otorgados al componente para años próximos, ante la evidencia del trabajo integral de rehabilitación presentado en el presente documento.

Conclusiones

La atención de las personas con discapacidad tiene como fundamento normatividades internacionales y nacionales. La historia de atención a personas con discapacidad permite advertir que la atención en los centros presenta una evolución respecto a la demanda de atención a través del tiempo a pesar de las limitaciones en infraestructura y capital humano.

A través de la documentación de la cuantificación de las personas con discapacidad se pudo advertir como problema, en sí mismo, las deficiencias en las estimaciones sobre el fenómeno de la discapacidad. Aún con la salvedad de la información con la que se cuenta, los datos del *Censo* arrojan aproximaciones sobre los problemas de bienestar, derechohabencia y uso de los servicios de salud a los que se enfrentan las personas con discapacidad.

Una vez realizada la identificación del problema a atender que es la *Falta de atención rehabilitatoria integral a la población con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla*, el árbol de problemas nos arrojó una versión esquemática de las causas y efectos,

los cuales al pasar a positivo en el árbol de objetivos, permiten delinear los mecanismos de operación del componente.

Los mecanismos del componente se alinean y contribuyen de forma significativa a compromisos, objetivos y metas nacionales e internacionales, primer punto de la importancia de la atención a las personas en los centros de rehabilitación.

Un segundo elemento a destacar es que la atención que se brinda en los centros de rehabilitación es integral. Esto quiere decir que cada centro cuenta con una planta de especialistas que contribuyen a la atención de las personas con discapacidad o en riesgo de padecerla. Los servicios médicos y paramédicos son diversos. A esto se le suman las acciones sustantivas a los cuales los centros de rehabilitación denominadas programas, que incluyen una atención ampliada en dos sentidos preventiva y, que además incluye a miembros de la familia del paciente.

A través de los padrones de consulta de primera vez se puede advertir que los pacientes presentan una prevalencia de discapacidad temporal, de ahí la tercera y fundamental importancia de los centros que es evitar que discapacidades curables se vuelvan permanentes.

Al estar direccionados desde su origen a la atención rehabilitatoria a personas en situación vulnerable, los servicios de los centros son de bajo costo y están en función de los estudios socioeconómicos. Así se cuenta con que la mayor parte de los pacientes están en clasificación D que es la de menor costo y en segundo lugar en Exento (sin cobro por ningún servicio).

A través del presente documento se fundamentó la importancia de la atención rehabilitatoria integral, se espera que el diagnóstico sirva a los tomadores de decisiones para contar con mayores elementos sobre la ruta a seguir de los centros y su necesario fortalecimiento a nivel nacional.

Para finalizar se muestra una matriz FODA a manera de mapa de ruta del componente Centros de Rehabilitación para años venideros.

Tabla 27. Matriz FODA

Fortalezas	Debilidades
<p>a) Acumulación de Experiencias modelo de atención que pueden ser replicadas en los demás centros de rehabilitación.</p> <p>b) Atención médica de punta especializada en rehabilitación.</p> <p>c) Servicio cercano a la demanda.</p> <p>d) Programas transversales de inclusión educativa y laboral así como de prevención y atención oportuna de discapacidades.</p> <p>e) Los Centros de Rehabilitación brindan atención a un sector vulnerable como lo es las personas con discapacidad.</p> <p>d) El componente cuenta con Centros Nacionales Modelo, lo cual vigoriza los servicios que se brindan.</p>	<p>a) Área de oportunidad en cuanto a los diagnósticos oportunos.</p> <p>b) Falta de datos agregados de expedientes clínicos para dimensionar la demanda del servicio y evolución de los pacientes.</p> <p>c) Médicos sobresaturados al tener que cumplir varias tareas.</p> <p>d) Área de oportunidad para fortalecer campañas de atención oportuna para evitar que discapacidades temporales se vuelvan permanentes.</p> <p>e) Área de oportunidad para ampliar el servicio de las Unidades Básicas de Rehabilitación y las Unidades Móviles de Rehabilitación</p> <p>f) Área de oportunidad para la integración (homologación) de sistemas de expedientes.</p> <p>g) Falta de un sistema de monitoreo de las tendencias de discapacidad en el país.</p>
Oportunidades	Amenazas
<p>a) Posibilidad de posicionamiento de la atención rehabilitatoria integral al estar inmersos en compromisos, metas y objetivos nacionales e internacionales.</p> <p>b) Fortalecer la atención en áreas rurales para fortalecer el acceso a la atención especializada rehabilitatoria.</p> <p>c) Posibilidad de modificar los lineamientos y establecerlos de acuerdo a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) para mejorar las comparaciones internacionales respecto a la atención que brinda el componente.</p>	<p>a) Envejecimiento poblacional (mayor afluencia de población adulta mayor)</p> <p>b) médica rehabilitatoria.</p> <p>c) El financiamiento (presupuesto) aumente en función de lo esperado.</p> <p>d) Rotación y fuga de capital humano o capacitado.</p> <p>e) El uso de la CIF demanda una gran cantidad de recursos humanos especializados.</p> <p>f) Las discapacidades temporales se conviertan en permanentes debido a la falta de atención</p>

- d) La atención en las primeras etapas de vida se verá reforzada en la medida en que actúen las políticas transversales con el componente.

Fuente: Elaboración DGR.

Bibliografía

Aldunate, Eduardo y Julio Córdoba (2011), Formulación de programas con la metodología de marco lógico. No. 68 Serie Manuales, Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social (ILPES)-CEPAL.

ANSES (Administración Nacional de Seguridad Social de Argentina), (2013), Asignación Familiar Hijo Con Discapacidad-LEY N° 24.714, Buenos Aires: ANSES.

Barton, L (1998), *Discapacidad y sociedad. Educación crítica*. Madrid: Fundación Paideia.

Blank, Robert et al. (2008), Maternal and child undernutrition [special series]. Lancet, , (371) Enero.

Bowie, Connie L., (2005), “Poverty, Disability and Social Exclusion: New Strategies for Achieving Inclusive Development”, en *Digital Commons*, Ithaca: Cornell University.

Cárdenas, Rosario (2011), “Discapacidad: características, necesidades y perspectivas” en Coyuntura Demográfica. No. 1, pp.44-47.

Cárdenas, Rosario. (2010), “Desafíos de la atención a la Salud”, en García, Brígida y Ordorica, Manuel (Cords.), *Los grandes problemas de México. Vol. I. Población*. México: COLMEX, pp. 105-136.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), “Políticas para la inclusión de la infancia con discapacidad” en *Desafíos*, Número 15, abril de 2013, pp. 4-9

CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2010), Tasas de crecimiento 2010-2050. México, CONAPO.

CONAPRED (Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación) (2007), Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo, México, CONAPRED.

CONEVAL (Consejo Nacional de Evaluación de la Política Social) (2013), Comunicado de Prensa No.003 “CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2012”, 29 de julio de 2013, México, CONEVAL.

Cuervo Echeverr , Clemencia Lucia; Gómez Acosta, Carlos Andrés (2007), *Conceptualización de discapacidad: reflexiones para Colombia*, Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 217 A (III), 10 de diciembre de 1948, París.

DFID (Department for International Development), (2000), *Disability, Poverty and Development*. Issues paper – Febrero, London: DFID.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2012), Manual de Procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación. México, SNDIF-DGR.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2013a), Padrón de beneficiarios de los Centros de Rehabilitación de consulta de primera vez, DGR-SNDIF.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2013b), Diagnóstico situacional año 2013 Centro Nacional de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa "Gaby Brimmer". México, DGR-SNDIF.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2014a), Plantilla Estadística 2014, México, DGR-SNDIF.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2014b), Servicios subrogados activos 2014, México, DGR-SNDIF.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2014c), Concentrado de Unidades Básicas de Rehabilitación por Entidad Federativa y Municipio. Subdirección de Unidades Operativas en los Estados-DGR, México, 26 febrero 2014.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2014d), Anexo 8. Cobro de cuotas de recuperación, DGR-SNDIF.

DGR (Dirección General de Rehabilitación) (2014e), Presupuesto del componente Centros de Rehabilitación, DGR-SNDIF.

Emerson, E., Hatton, C., Llewellyn, G., Blacker, J., & Graham, H. (2006). Socio-economic position, household composition, health status and indicators of the well-being of mothers of children with and without intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(12), 862-873.

Emerson, E., y C. Hatton. (2007), The socio-economic circumstances of children at risk of disability in Britain. *Disability & Society*, 22(6), 563-580.

Febrer, A. (2003), “Rehabilitación infantil y del adolescente”. En *Revista de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física*, Vol. 37, Nº. 1.

González Ramos, A. K. (2010), *Capacidad jurídica de las personas con discapacidad*, México: Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2000), *Clasificación de tipo de discapacidad*, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2010), “Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010”, Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2010a), *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010*, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2010b), *Marco conceptual del Censo de Población y Vivienda 2010*, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2010c), *Censo de Población y Vivienda 2010*, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2010d), Discapacidad en México, URL: <http://cuentame.inegi.org.mx/poblacion/discapacidad.aspx?tema=P>

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2013), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012*, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2013b), Comunicado de prensa “*Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad*”, México, INEGI.

INSP (Instituto Nacional de Salud Pública), (2013), *Encuesta Nacional sobre Percepción de Discapacidad en Población Mexicana 2010: Informe final de resultados*, México, INSP-SSA.

Manzano, Jorge Reyes, (2012), *Ponencia: Tendencias en los niveles de discapacidad 2000-2010*, México: COLMEX, INEGI.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2001), *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*, Madrid: IMSERSO.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2011), *Informe mundial sobre la discapacidad 2011*, Malta: OMS.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012), *Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC*, Ginebra: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008), Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Geneva

Padilla, A. (2010), “Discapacidad: contexto, concepto y modelos”, en *International Law, Revista Colombiana de Derecho Internacional*, No. 16, pp. 381-414.

Palacios, A. (2008), *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid: Ediciones Cinca.

Palacios, Agustina; Romañach, Javier, (2006), *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*, Madrid: Diversitás Ediciones.

Pérez-Hoyos, S., y F. G. Benavides, (1997). Problemas del uso del test de tendencia como medición de la relación dosis respuesta en epidemiología. *Gaceta Sanitaria*, 11(3), 143-149.

Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., y M. Hafizur Rahman (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.

Presidencia de la República de Costa Rica, 2011, Política Nacional en Discapacidad 2011-2021 (PONADIS), San José.

Rauh, V. A., Landrigan, P. J., y L. Claudio (2008). Housing and Health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 276-288.

Robles, L. (2001) "El fenómeno de las cuidadoras. Un efecto invisible del envejecimiento", en *Estudios Demográficos y Urbanos*, vol. 48, pp. 561-584.

Ruiz, J. (2005), "La discapacidad como estigma: un análisis psicosocial del afrontamiento del desempleo de las personas con discapacidad física", en *Red Social Interactiva*, No. 6.

Ruíz, Leobardo (1987) El Sistema Nacional de Asistencia Social, Revista de Administración Pública, Administración del sector salud. No. 69/70, Enero-junio. Instituto Nacional de Administración Pública.

Schkolnik, Susana, (2009), "América Latina: la medición de la discapacidad a partir de los censos y fuentes alternativas", en *Notas de Población*, No. 92, Santiago de Chile: CEPAL, pp. 275-305.

Seelman, C. (2004), "Tendencias en la Rehabilitación y en la Discapacidad: transición desde un modelo médico a un modelo de integración", en *Disability World*, consultado en: http://www.disabilityworld.org/01-03_04/spanish/acceso/rehabtrends1.shtml

Sen, Amartya (2004) Discapacidad y justicia, Ponencia en la Segunda Conferencia Internacional sobre Discapacidad y Desarrollo Inclusivo, Diciembre, Banco Mundial.

Sen, Amartya (2009) The idea of justice. Cambridge, The Belknap Press of Harvard University Press.

SENADIS (Servicio Nacional de la Discapacidad en Chile), (2014), *Redes de Rehabilitación 2013*, Santiago de Chile: SENADIS.

SEP (Secretaría de Educación Pública) (2010), *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México: Una visión histórica de sus modelos de atención*, México, SEP.

SNDIF (Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia) (2012), *Programa Institucional Anual 2012*.

SSA (Secretaría de Salud) (2012), *Manual de Procedimientos de la Dirección General de Rehabilitación, Desarrollo Integral de la Familia*, México, SSA-SNDIF.

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2008), *Monitoring child disability in developing countries: results from the multiple indicator cluster surveys*. United Nations Children's Fund, Division of Policy and Practice.

Vidal, P. (2002) "La identidad estigmatizada", en *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, Vol. 1, No. 003

WG (Washington Group on Disability Statistics) (2009). *Understanding and Interpreting Disability as Measured using the WG Short Set of Questions*, Washington: CDC-ONU.

Normateca

DOF (Diario Oficial de la Federación) (1999), "Norma Oficial Mexicana 173-SSA1-1998 para la Atención a Personas con Discapacidad", 19 de noviembre.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2009), "Programa Nacional para el Desarrollo de las Personas con Discapacidad (PRONADDIS) 2009-2012".

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2010), "Ley General de Personas con Discapacidad", última reforma 30 de mayo.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2011), "Decreto por el que se crea la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad", 30 de mayo.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2013a), “Acuerdo por el que se modifica el Clasificador por Objeto de Gasto para la Administración Pública Federal”, 24 de julio.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2013b), “Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2014”, 3 de diciembre.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2013c), “Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018”, 20 de mayo.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2013d), “Programa Sectorial de Salud 2013- 2018”, 12 de diciembre.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2013e), “Acuerdo por el que se emiten los criterios generales y la metodología a los que deberán sujetarse los procesos de clasificación socioeconómica de pacientes en los establecimientos que presten servicios de atención médica de la Secretaría de Salud y de las entidades coordinadas por dicha Secretaría”, 27 de mayo.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2014a), “Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”, última reforma 10 de febrero.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2014b), “Ley Orgánica de la Administración Pública Federal”, última reforma 20 de mayo.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2014c), “Programa Nacional de Asistencia Social (PONAS) 2014-2018”, 30 de abril.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2014d), “Programa Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad 2014-2018 (PNDIPD)”, 30 de abril.

Anexos

Anexo 1. Alineación a la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD)

Art.	Sobre	Mandato
16	Protección contra la explotación, la violencia y el abuso	Los Estados parte protegerán la privacidad de la información personal y relativa a la salud y a la rehabilitación de las personas con discapacidad en igualdad de condiciones con las demás.
25	Salud	<p>Los Estados parte reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados parte adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados parte:</p> <p>a) proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;</p> <p>b) proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;</p> <p>c) proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;</p> <p>d) exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;</p> <p>e) prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos</p>

Art.	Sobre	Mandato
		<p>en la legislación nacional, y velarán por que esos seguros se presten de manera justa y razonable;</p> <p>f) impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.</p>
26	Habilitación y rehabilitación	<p>1. Los Estados parte adoptarán medidas efectivas y pertinentes, incluso mediante el apoyo de personas que se hallen en las mismas circunstancias, para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida. A tal fin, los Estados parte organizarán, intensificarán y ampliarán servicios y programas generales de habilitación y rehabilitación, en particular en los ámbitos de la salud, el empleo, la educación y los servicios sociales, de forma que esos servicios y programas:</p> <p>a) comiencen en la etapa más temprana posible y se basen en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona;</p> <p>b) apoyen la participación e inclusión en la comunidad y en todos los aspectos de la sociedad, sean voluntarios y estén a disposición de las personas con discapacidad lo más cerca posible de su propia comunidad, incluso en las zonas rurales.</p> <p>2. Los estados parte promoverán el desarrollo de formación inicial y continua para los profesionales y el personal que trabajen en los servicios de habilitación y rehabilitación.</p> <p>3. Los Estados parte promoverán la disponibilidad, el conocimiento y el uso de tecnologías de apoyo y dispositivos destinados a las personas con discapacidad, a efectos de habilitación y rehabilitación.</p>

Fuente: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2007) Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Protocolo Facultativo, CONAPRED, México.

Anexo 2. Especialidades por Centros de Rehabilitación

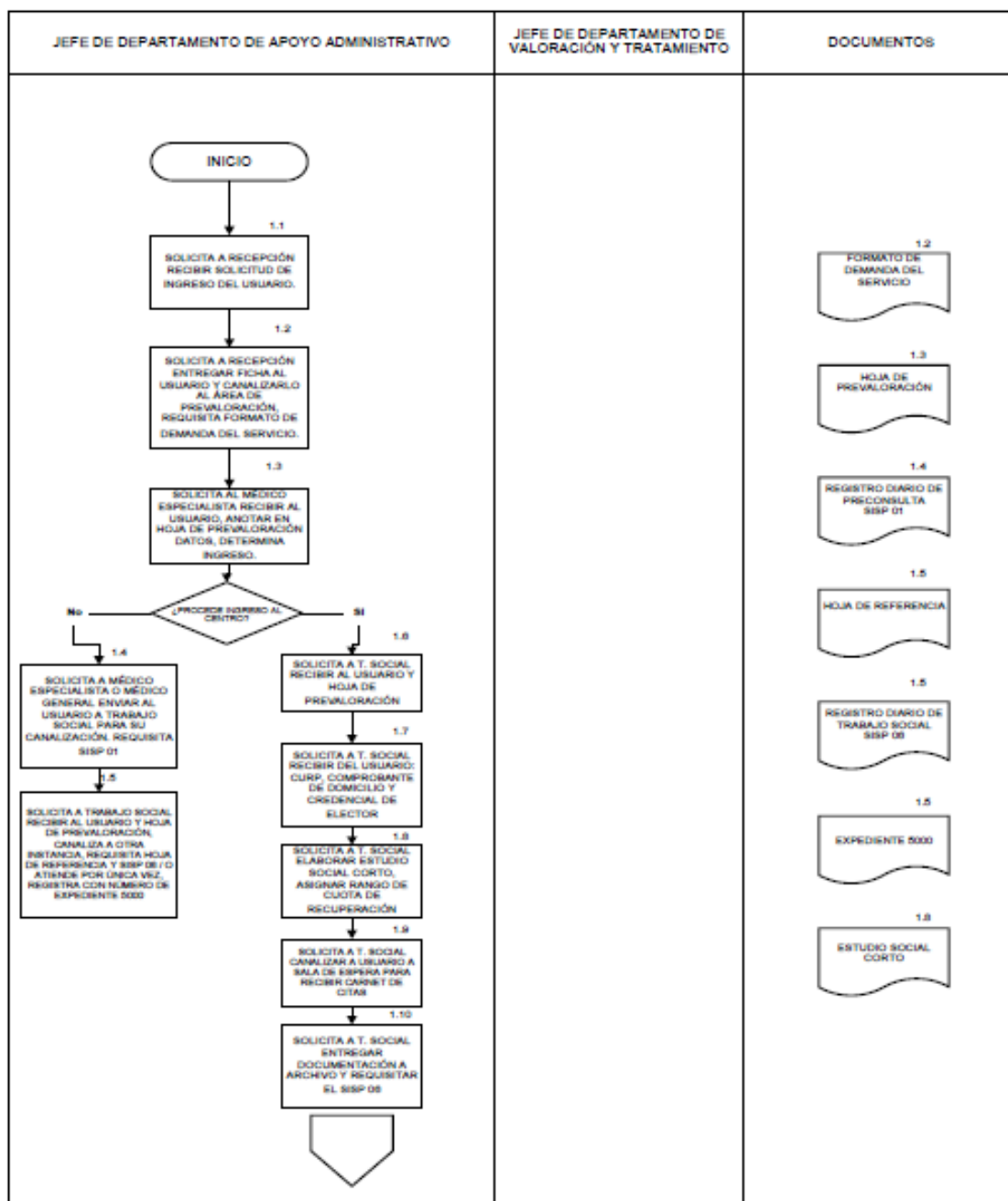
Entidad Federativa	Centro De Rehabilitación	Especialidades
Distrito Federal	Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Educativa “Gaby Brimmer”	Rehabilitación. Ortopedia Neurología. Odontología Timpanometria Audiometría Ortesis y prótesis Terapia física, ocupacional y de lenguaje.
Distrito Federal	CRI Tlazocihualpilli	Terapia física y de lenguaje
Distrito Federal	Centro Nacional Modelo De Atención, Investigación Y Capacitación para la Rehabilitación e Integración de “Personas Ciegas y Débiles Visuales”	Oftalmología Psiquiatría. Neurología Optometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje.
Distrito Federal	Centro Nacional Modelo De Atención, Investigación y Capacitación para la Rehabilitación e Integración Laboral “Iztapalapa”	Ortopedia Traumatología Oftalmología Terapia física, ocupacional y de lenguaje. Ortesis y prótesis
Yucatán	CREE Mérida	Ortopedia Neurología Odontología Audiometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje.
San Luis Potosí	CREE San Luis Potosí	Ortopedia. Oftalmología. Neurólogo Pediatra. Otorrinolaringólogo. Odontología Audiometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje. Ortesis y Prótesis
Campeche	CREE Campeche	Ortopedia. Terapia física, ocupacional y de lenguaje. Ortesis y Prótesis
Baja California Sur	CREE La Paz	Ortopedia. Terapia física, ocupacional y de lenguaje. Ortesis y Prótesis
Estado de México	CREE Toluca	Ortopedia. Terapia física, ocupacional y de lenguaje.

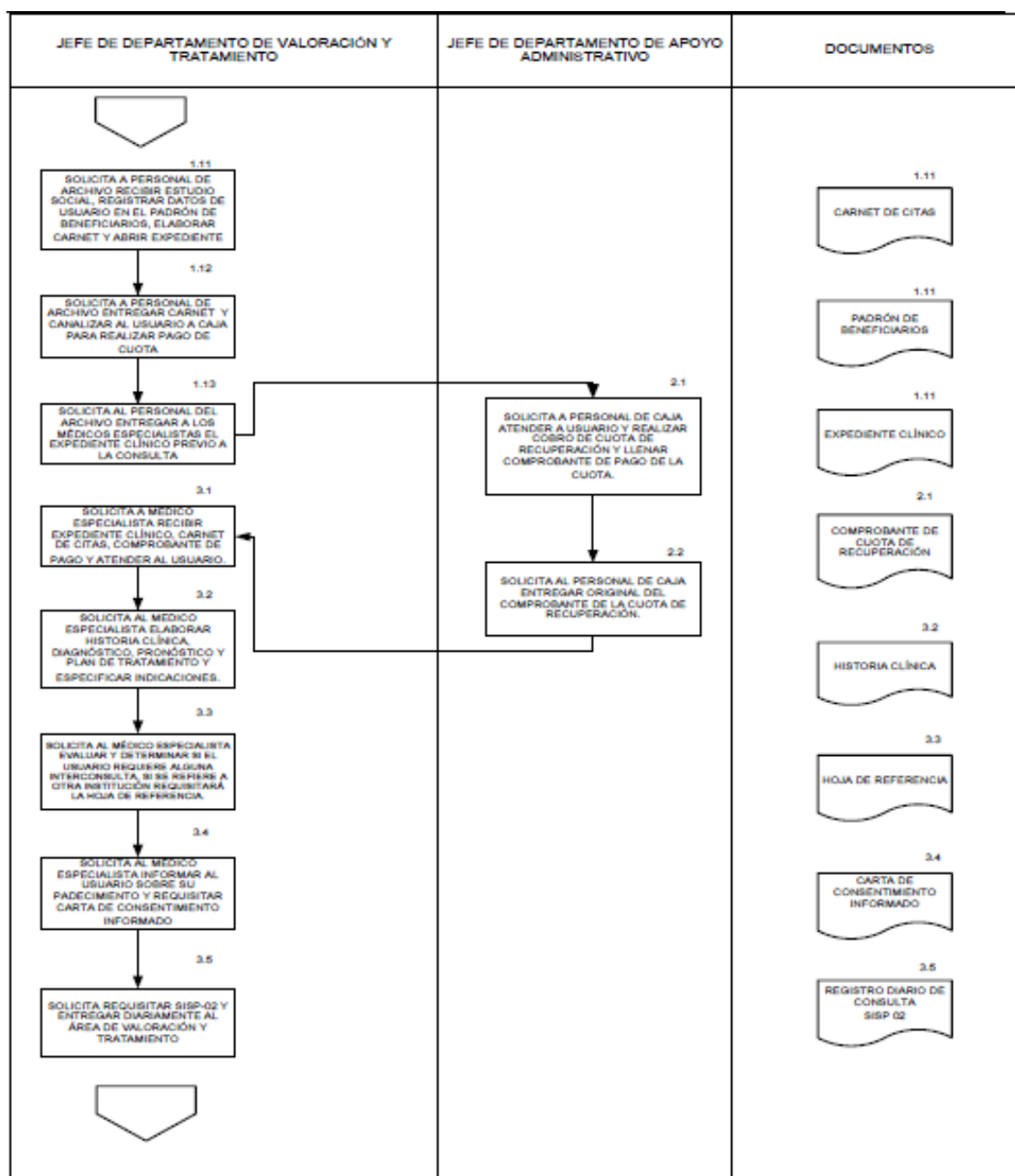
Entidad Federativa	Centro De Rehabilitación	Especialidades
		Ortesis y Prótesis
Tamaulipas	CREE Cd. Victoria	Ortopedia Pediatría Oftalmología Neurología Pediátrica Geriatría Optometría Audiometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje. Ortesis y Prótesis
Zacatecas	CREE Guadalupe, Zac.	Neurología Odontología Terapia física, ocupacional y de lenguaje. Ortesis y Prótesis
Oaxaca	CREE Oaxaca	Neurología Odontología Audiometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje.
Nayarit	CREE Tepic	Odontología Psicología Pedagogía Terapia física, ocupacional y de lenguaje. Ortesis y Prótesis
Baja California	CRI Ensenada	Psicología Terapia física
Morelos	CRI Cuernavaca	Oftalmología Psicología Optometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje.
Chihuahua	CREE Chihuahua	Psicología Audiometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje Ortesis y Prótesis
Puebla	CREE Puebla	Oftalmología Psiquiatría. Audiología Otoneurología Foniatría. Radiología

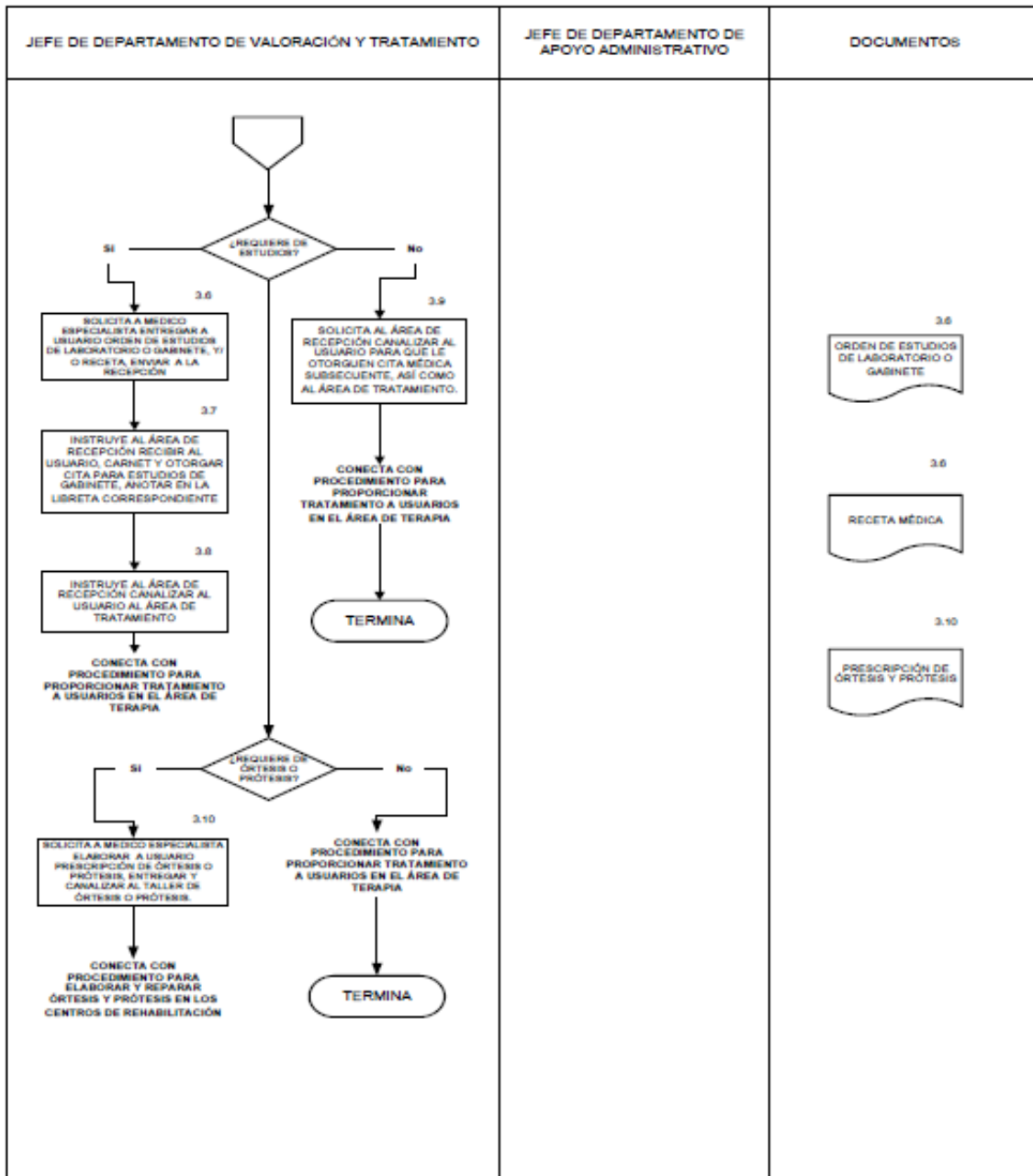
Entidad Federativa	Centro De Rehabilitación	Especialidades
		Odontología Psicología Audiometría Logaudiometria. Timpanometria Terapia física, ocupacional y de lenguaje Ortesis y Prótesis
Morelos	CRI Cuautla Mor.	Psicología Terapia física, ocupacional y de lenguaje Ortesis y Prótesis
Veracruz	Centro de Rehabilitación e Inclusión social de Veracruz	Ortopedia Pediatria Oftalmología. Audiología. Odontología Psicología Pedagogía Terapia física, ocupacional y de lenguaje Ortesis y Prótesis
Jalisco	CRI Guadalajara “Sra. Olivia Miramontes Aguirre”	Ortopedia Pediatria Oftalmología. Genética Psicología Optometría Terapia física, ocupacional y de lenguaje Ortesis y Prótesis
Quintana Roo	Centro de Rehabilitación Integral De Quintana Roo.	Ortopedia y traumatología. Psicología Pedagogía Instructor de Braille. Terapia física, ocupacional y de lenguaje Ortesis y Prótesis

Fuente: Elaboración propia

Anexo 3. Diagrama de flujo del procedimiento para atender a usuarios en la Consulta Médica de Primera Vez.







Fuente: DGR, 2012, p. 21-23.

Anexo 4. Cuotas de recuperación 2014, pesos.

8.4.- COBRO DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN *

CLAVE	SERVICIOS	PRECIO POR SERVICIO (PESOS)					
		CLASIFICACION					
		SUBROGADOS	A	B	C	D	E

Consultas

101	REPOSICION DE CARNET	28	18	14	9	5	EXENTO
102	CONSTANCIA DE DISCAPACIDAD	57					EXENTO
103	CONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA	220	147	110	73	37	EXENTO
104	CONSULTA PARAMEDICA	179	119	89	60	30	EXENTO
105	SESION DE TERAPIA	110	73	55	37	18	EXENTO

200 ESTUDIOS (Auxiliares de Diagnostico)

201	ELECTROMIOGRAFIA	544	362	272	181	91	EXENTO
202	ELECTROENCEFALOGRAFIA	434	289	217	145	72	EXENTO
203	AUDIOMETRIA	330	220	165	110	55	EXENTO
204	RAYOS X	220	147	110	73	37	EXENTO
205	POTENCIALES EVOCADOS	544	362	272	181	91	EXENTO
206	ELECTROCARDIOGRAFIA	434	289	217	145	72	EXENTO
207	EMISIONES OTOACUSTICAS	544	362	272	181	91	EXENTO
208	DESITOMETRIA OSEA	544	362	272	181	91	EXENTO
209	LABORATORIO DE MARCHA	2064	1376	1032	688	344	EXENTO

300 Prótesis

301	PROTESIS PARA DESARTICULADO DE HOMBRO	18,903	12,602	9,452	6,301	3,151	EXENTO
302	PROTESIS PARA DESARTICULADO DE CODO	16,667	11,111	8,333	5,556	2,778	EXENTO
303	PROTESIS POR ARRIBA DE CODO	16,839	11,226	8,419	5,613	2,806	EXENTO

304	PROTESIS POR DEBAJO DE CODO	13,226	8,817	6,613	4,409	2,204	EXENTO
305	PROTESIS PARA DESARTICULADO DE MUÑECA	11,506	7,671	5,753	3,835	1,918	EXENTO
306	PROTESIS PARCIAL DE MANO	9,613	6,409	4,807	3,204	1,602	EXENTO
307	PROTESIS PARA DESARTICULADO DE CADERA	14,774	9,850	7,387	4,925	2,462	EXENTO
308	PROTESIS POR ARRIBA DE LA RODILLA	13,226	8,817	6,613	4,409	2,204	EXENTO
309	PROTESIS PARA DESARTICULADO DE RODILLA	13,054	8,703	6,527	4,351	2,176	EXENTO

CLAVE	SERVICIOS	PRECIO POR SERVICIO (PESOS)					
		CLASIFICACION					
		SUBROGADOS	A	B	C	D	E

Consultas

Prótesis

310	PROTESIS POR DEBAJO DE LA RODILLA	8,409	5,606	4,205	2,803	1,402	EXENTO
311	PROTESIS PARCIAL DE PIE	6,689	4,459	3,344	2,230	1,115	EXENTO
312	PROTESIS DE SENOS	2,581	1,720	1,290	860	430	EXENTO
313	SOCKET	7,742	5,161	3,871	2,581	1,290	EXENTO
314	STUBIES	4,046	2,698	2,023	1,349	674	EXENTO

Ortesis

315	FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO SUPERIOR	1,376	918	688	459	229	EXENTO
316	FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO SUPERIOR	2,064	1,376	1,032	688	344	EXENTO
317	FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO INFERIOR	1,376	918	688	459	229	EXENTO

318	FERULA DE POLIPROPILENO MIEMBRO INFERIOR ARTICULADA	2,064	1,376	1,032	688	344	EXENTO
-----	---	-------	-------	-------	-----	-----	--------

319	FERULA PARA DEDO	172	115	86	57	29	EXENTO
320	FERULAS DE DENNYS BROWN	523	349	261	174	87	EXENTO
321	FERULA FREIDJKA	1,301	867	650	434	217	EXENTO
322	COJIN DE FREIDJKA	523	349	261	174	87	EXENTO
323	TWISTERS	510	340	255	170	85	EXENTO
324	PLANTILLA CONVENCIONAL (PIEZA)	77	52	39	26	13	EXENTO
325	PLANTILLA DE PELITE (PIEZA)	458	306	229	153	76	EXENTO
326	INSERT FOOT (PIEZA)	613	409	307	204	102	EXENTO
327	CORSET EN TERMOPLASTICO	4,893	3,262	2,447	1,631	816	EXENTO
328	CORSET METALICO	5,390	3,594	2,695	1,797	898	EXENTO

Órtesis

329	ADAPTACIONES AL ZAPATO (PIEZA)	21	14				EXENTO
330	ARNES	551	367	275	184	92	EXENTO
331	TIRANTERA, ESPALDERA, CABESTRILLO	551	344	275	138	34	EXENTO
332	HERRADURA O DONA OTESICA	120	80				EXENTO
333	FERULAS DE YESO	172	115				EXENTO
334	COLLARIN BLANDO	172	115				EXENTO
335	FAJAS CORTAS	310	206				EXENTO

400 Aparatos Ortopédicos de Duroaluminio

401	APARATO LARGO UNILATERAL	8,258	5,505	4,129	2,753	1,376	EXENTO
402	APARATO LARGO BILATERAL	16,515	11,010	8,258	5,505	2,753	EXENTO
403	APARATO LARGO BILATERAL CON CORSET	21,160	14,107	10,580	7,053	3,527	EXENTO

CLAVE	SERVICIOS	PRECIO POR SERVICIO (PESOS)					
		CLASIFICACION					
		SUBROGADOS	A	B	C	D	E

Aparatos Ortopédicos de Duroaluminio

404	APARATO CORTO UNILATERAL	3,097	2,064	1,548	1,032	516	EXENTO
405	APARATO CORTO BILATERAL	6,193	4,129	3,097	2,064	1,032	EXENTO
406	APARATO DE DESCARGA	9,118	6,079	4,559	3,039	1,520	EXENTO
407	RODILLERA MECANICA	4,645	3,097	2,322	1,548	774	EXENTO

Aparatos Ortopédicos Mixtos

408	APARATO LARGO UNILATERAL	6,881	4,588	3,441	2,294	1,147	EXENTO
409	APARATO LARGO BILATERAL	13,763	9,175	6,881	4,588	2,294	EXENTO
410	APARATO LARGO BILATERAL CON CORSET	17,548	11,698	8,774	5,849	2,925	EXENTO

600 Reparaciones Prótesis

501	MENORES	337	229	EXENTO
502	INTERMEDIAS	2,173	1,480	EXENTO
503	MAYORES	3,965	2,699	EXENTO

Reparaciones Órtesis

504	MENORES	57	38	EXENTO
505	INTERMEDIAS	565	377	EXENTO
506	MAYORES	1,372	915	EXENTO

500 Servicios Escolares

		NACIONALES	EXTRANJEROS
601	EXAMEN DE SELECCIÓN	287	
602	INSCRIPCION	1,147	1,147 DOLARES
603	REINSCRIPCION	573	573 DOLARES
604	COLEGIATURA SEMESTRAL	2,064	2,064 DOLARES

Servicios Escolares

		NACIONALES	EXTRANJEROS
605	EXAMEN PROFESIONAL	1,720	
606	TITULACION	1,720	
607	EXAMEN EXTRAORDINARIO	229	
608	EXAMEN A TITULO DE SUFICIENCIA	344	
609	REPOSICION DE CREDENCIAL	57	
610	CONSTANCIA DE ESTUDIO	57	
611	EXPEDICION DE CERTIFICADOS	459	
612	CAMBIO DE CARRERA	115	
613	CURSO DE REGULARIZACION	344	

CLAVE	SERVICIOS	PRECIO POR SERVICIO (PESOS)					
		CLASIFICACION					
		SUBROGADOS	A	B	C	D	E

700 Eventos de Capacitación Externa

701	DIPLOMADOS	2,294
702	CONGRESOS	803
703	CURSOS	344

Eventos de Capacitación Externa

704	TALLERS	115
705	SIMPOSIUM	115
706	ROTACIONES	115
707	FOROS	115

800 Odontología

801	CONSULTA	220	147	110	73	37	EXENTO
802	OBTURACION	220	147	110	73	37	EXENTO
803	EXODONCIA	220	147	110	73	37	EXENTO
804	PROFILAXIS	220	147	110	73	37	EXENTO

805	ATENCION POR CUADRANTE	881	587	440	294	147	EXENTO
806	APLICACIÓN DE FLUOR	0	0	0	0	0	EXENTO
807	RAYOS X PERIAPICAL	110	73	55	37	18	EXENTO
808	RAYOS X OCLUSAL	220	147	110	73	37	EXENTO

900 Servicio Integral

901	SERVICIO INTEGRAL	1,032	688	516	344	172	EXENTO
-----	-------------------	-------	-----	-----	-----	-----	--------

*La actualización de Cuotas se realizó en base al INPC a diciembre del año 2013.

Fuente: DGR, 2012.

Anexo 5. Formato de padrón de beneficiarios del Centro de Rehabilitación

Formato de padrón de beneficiarios del Centro de Rehabilitación
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombre del Centro de Rehabilitación 2. Número consecutivo 3. Número de expediente 4. Nombre(s) del usuario 5. Apellido paterno del usuario 6. Apellido materno del usuario 7. Género 8. Edad (en años y meses) 9. Estado civil (soltero o casado) 10. El último grado de estudios del usuario de acuerdo a la siguiente clasificación: No Aplica refiriéndose al recién nacidos, lactantes o preescolares (PRE.); Analfabeta (A); Primaria Incompleta (P.I.); Primaria Completa (P.C.); Secundaria Incompleta (S.I.); Secundaria Completa (S.C.); Bachillerato Incompleto (B.I.); Bachillerato Completo (B.C.); Licenciatura (L); Otra (especificar). 11. Status laboral (Trabaja SI o NO) 12. CURP del usuario 13. Tipo de discapacidad (motora, visual, intelectual, auditiva y de lenguaje y múltiple) 14. Fecha de ingreso(día-mes-año) 15. Rango socioeconómico

Formato de padrón de beneficiarios del Centro de Rehabilitación
<p>16. Datos del domicilio: calle, número exterior, número interior, colonia, código postal, Entidad Federativa, Municipio (delegación) y/o localidad donde se ubica el domicilio del usuario,</p> <p>17. Datos de contacto: correo electrónico y teléfono del usuario</p> <p>18. Nombre y firma del Director o Coordinador General del Centro</p> <p>19. Nombre y firma del Jefe de Departamento de Valoración y Tratamiento (DGR, 2011).</p>

Fuente: DGR, 2012, p. 50.

Anexo 6. MIR Programa E040 Centros de Rehabilitación

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Proporciona información sobre el total de las personas que se dan de alta por servicio y/o definitivas en los Centros de Rehabilitación, con relación a las personas programadas para ser dadas de alta por servicio y/o definitivas en un periodo determinado.	Porcentaje de personas dadas de alta en los Centros de Rehabilitación.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.	Que las circunstancias socioeconómicas de la población objetivo no impidan la obtención de los servicios asistenciales requeridos.
	Proporciona información sobre el total de las familias que concluyen el proceso de adopción, con relación a las familias que solicitan una adopción.	Porcentaje de familias que culminaron su proceso de adopción de niñas, niños o adolescentes (NNA).	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.	
Propósito	La población vulnerable tiene acceso a servicios de asistencia social.	Porcentaje de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	Que los usuarios de los servicios de asistencia social los soliciten
			Padrón de beneficiarios Reporte Analítico de Metas.	
			Sistema de Indicadores Estructura Programática.	
			Reporte mensual de metas de la subdirección de atención Jurídica a Centros Asistenciales.	
		Porcentaje de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.		
		Porcentaje de atención a personas que asisten a los Campamentos Recreativos		
		Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (NNA) institucionalizados que se integraron a una familia.		

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Componentes	Consultas médicas y paramédicas otorgadas.	Porcentaje de consultas médicas y paramédicas otorgadas en los Centros de Rehabilitación.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a solicitar atención médica o paramédica a los centros de rehabilitación del DIF.
	Modalidades terapéuticas proporcionadas.	Porcentaje de modalidades terapéuticas proporcionadas.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	
	Asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	Porcentaje de asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	Reporte mensual de metas de la Subdirección de Adopciones.	Que las personas usuarias no soliciten la asesoría en materia de adopción.
			Base de datos de solicitantes de valoraciones y asesorías.	
Actividades	Servicios otorgados a personas vulnerables albergadas.	Porcentaje de servicios otorgados para la atención de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.	Reporte Analítico de Metas.	Que las casas asistenciales del DIF cuenten con población albergada.
	Servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos, para desarrollar las actividades recreativas que potencialicen su desarrollo humano.	Porcentaje de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos.	Sistema de Indicadores y Estructura Programática	Que las personas usuarias soliciten su inscripción a los Campamentos Recreativos.
	Preconsultas otorgadas.	Porcentaje de preconsultas otorgadas	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a recibir

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
				preconsultas a los centros de rehabilitación del DIF.
	Otorgamiento de pláticas de Prevención y detección de la discapacidad.	Porcentaje de pláticas para prevenir la discapacidad	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	Que la población en general acuda a recibir pláticas para prevenir factores de riesgo y/o atender la discapacidad a los centros de rehabilitación del DIF.
	Regularización jurídica de niñas, niños y adolescentes (NNA).	Porcentaje de acciones realizadas en materia de regularización jurídica de NNA.	Reporte mensual de trámites administrativos y judiciales para regularización jurídica programadas de NNA de la Subdirección de Asistencia Jurídica a Centros Asistenciales.	Que la sentencia que emite el juez sea desfavorable.
	Acciones encaminadas a la integración de niñas, niños y adolescentes (NNA) a una familia.	Porcentaje de Acciones encaminadas a la integración de NNA a una familia.	Base de Datos de Solicitantes de Adopción.	Que los solicitantes se desistan de su trámite.
	Administración de acciones para el otorgamiento de servicios a la población vulnerable albergada en las casas asistenciales del DIF.	Porcentaje de acciones realizadas para brindar servicios en las casas asistenciales del DIF.	Reporte Analítico de Metas. Informes mensuales.	Que exista demanda de los servicios de atención a personas vulnerables que ofrecen las casas asistenciales del DIF.
	Acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.	Porcentaje de acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo de los campamentos recreativos.	Sistema de Indicadores y Estructura Programática.	Que exista demanda de los servicios recreativos de los Campamentos del DIF.

MIR Completa E040

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
Fin	Porcentaje de personas dadas de alta en los Centros de Rehabilitación.	Proporciona información sobre el total de las personas que se dan de alta por servicio y/o definitivas en los Centros de Rehabilitación, con relación a las personas programadas para ser dadas de alta por servicio y/o definitivas en un periodo determinado.	Número de personas dadas de alta por servicio y/o definitivas durante el periodo / Número de personas dadas de alta por servicio y/o definitivas programadas durante el periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.
	Porcentaje de familias que culminaron su proceso de adopción de niñas, niños o adolescentes (NNA).	Proporciona información sobre el total de las familias que concluyen el proceso de adopción, con relación a las familias que solicitan una adopción.	Número de familias que lograron la adopción / Número de familias que solicitaron adopción en los últimos dos años X100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.
	Porcentaje de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación.	Proporciona información sobre el total de Personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla que recibieron atención de rehabilitación integral con referencia las personas que se estima atender durante el periodo.	Número de personas atendidas durante el periodo / Número de personas programadas durante el periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados
Propósito									

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
Componentes	Porcentaje de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.	Porcentaje de cumplimiento en la atención de personas vulnerables albergadas en las nueve casas asistenciales con que cuenta el DIF.	Número de personas vulnerables atendidas en promedio / Total de personas vulnerables programadas a atender en promedio X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Reporte Analítico de Metas/Padrón de beneficiarios
	Porcentaje de atención a personas que asisten a los Campamentos Recreativos.	Proporciona información del total de las personas a las que se les otorgan actividades recreativas con la finalidad de potencializar su desarrollo humano, con relación al total de personas programadas.	Número de Personas atendidas en los Campamentos Recreativos / Número de Personas Programadas a atender en los Campamentos recreativos X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Sistema de Indicadores y Estructura Programática
	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (NNA) institucionalizados que se integraron a una familia.	Mide el porcentaje de NNA que se integraron a una familia en relación a los susceptibles de integrarse a una familia	NNA que se integraron a una familia / NNA susceptibles de integrarse a una familia X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Reporte mensual de metas de la subdirección de atención Jurídica a Centros Asistenciales
	Porcentaje de consultas médicas y paramédicas otorgadas en los Centros de Rehabilitación	Proporciona información del total de consultas médicas, psicológicas, pedagógicas, de optometría, trabajo social, consejería y evaluación en	Número de consultas médicas y paramédicas otorgadas / Número de consultas médicas y paramédicas programadas X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		rehabilitación laboral, consulta dental, otorgadas a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla, con referencia al total de consultas que se estiman otorgar en el periodo.							
	Porcentaje de modalidades terapéuticas proporcionadas.	Proporciona información del total de servicios otorgados de terapia física, ocupacional, lenguaje y centro de tecnología adaptada CTA, a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla, a través de sesiones individuales, grupales y programas de casa, con referencia a los servicios programados a otorgar en el periodo.	Número de modalidades terapéuticas realizadas en el periodo / Número de modalidades terapéuticas programadas en el periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados
	Porcentaje de asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	Se pretende medir el número de asesorías y valoraciones para la adopción otorgadas respecto a las programadas.	Número de asesorías y valoraciones para la adopción otorgadas / Número de asesorías y valoraciones para la adopción programadas X 100.	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte mensual de metas de la Subdirección de Adopciones. Base de datos de solicitantes de valoraciones y asesorías.

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
	Porcentaje de servicios otorgados para la atención de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.	Proporciona información sobre el total de los servicios que se otorgan para la atención de niñas, niños, adolescentes y adultos mayores albergados son: raciones alimenticias, atención médica, inmunizaciones, eventos cívicos, atención social, asesoría pedagógica, atención psicológica, terapia rehabilitatoria, atención odontológica, pláticas de orientación familiar, atención de enfermería, terapia de lenguaje, atención de puericultura, asesoría educativa valoral, terapia ocupacional, con relación a los servicios programados en el periodo.	Número de servicios otorgados para la atención de personas vulnerables / Número de servicios programados para la atención de personas vulnerables X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte Analítico de Metas
	Porcentaje de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos.	Proporciona información del total de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos: eventos diversos, actividades recreativas, culturales y deportivas, raciones	Número de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos / Número de servicios programados a la población vulnerable durante cinco días de	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Sistema de Indicadores y Estructura Programática

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		alimenticias, con relación al total de servicios que se espera otorgar.	estancia en los Campamentos Recreativos X 100						
Actividades	Porcentaje de preconsultas otorgadas	Proporciona información del total de preconsultas, las cuales consisten en una evaluación rápida del motivo por el cual la persona acude a solicitar atención, la cual determina su ingreso o no al centro, con relación a las preconsultas estimadas otorgar en el periodo.	Número de preconsultas realizadas en el periodo / Número de preconsultas programadas al periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados
	Porcentaje de pláticas para prevenir la discapacidad	Proporciona información sobre el total de las pláticas intramuros y extramuros que se otorgan para prevenir factores de riesgo o atender la discapacidad en la población en general, con relación al total de las pláticas programadas realizar en el periodo.	Número de pláticas realizadas para prevenir la discapacidad / Número de pláticas programadas para prevenir la discapacidad durante el periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
	Porcentaje de acciones realizadas en materia de regularización jurídica de NNA.	Se pretende medir las diversas acciones de regularización jurídica de NNA comparándolas con la estimación de acciones de regularización jurídica de NNA a otorgar.	Número de acciones de regularización jurídica de NNA realizadas / Número de acciones de regularización jurídica de NNA programadas X 100.	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte mensual de trámites administrativos y judiciales para regularización jurídica programadas de NNA de la Subdirección de Asistencia Jurídica a Centros Asistenciales
	Porcentaje de Acciones encaminadas a la integración de NNA a una familia.	Mide el porcentaje de actividades encaminadas a la integración NNA a una familia.	Número de acciones realizadas para la integración de NNA a una familia / Número de acciones programadas encaminadas a la integración de NNA a una familia X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Anual	Base de Datos de Solicitantes de Adopción.
	Porcentaje de acciones realizadas para brindar servicios en las casas asistenciales del DIF.	Porcentaje de cumplimiento de acciones para la atención de personas vulnerables albergadas en los Centros Asistenciales con que cuenta el DIF. Estas acciones son: entrevistas, visitas domiciliarias, valoraciones multi e interdisciplinarias, coordinaciones	Número de acciones realizadas para brindar los servicios / Número de acciones programadas para brindar los servicios X 100.	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte Analítico de Metas. Informes mensuales.

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		internas y externas, orientaciones, derivaciones y seguimiento.							
	Porcentaje de acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo de los	Proporciona información del total de las acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a niñas, niños, adolescentes, adultos	Número de acciones realizadas encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo / Número de acciones programadas	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Sistema de Indicadores y Estructura Programática

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
	campamentos recreativos.	mayores y personas con discapacidad, las cuales consisten en recepción de las propuestas de ocupación, selección, programación y autorización trimestral de los grupos vulnerables que asistirán, difusión y seguimiento de la programación autorizada, con relación al total de las acciones que se estiman otorgar.	encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo X 100						

Diagnóstico

Atención Integral a las y los Adultos Mayores

Sujetos de Asistencia Social,

Atención Integral a las Niñas, los Niños las y los

Adolescentes en Desamparo

Contenido

Introducción	150
1. Antecedentes	153
2. Identificación y descripción del Problema	155
2.1. Identificación y estado actual del problema	164
2.2. Evolución del problema	179
2.3. Experiencias de atención	193
2.4. Árbol de problemas	198
3. Objetivos	201
3.1.- Árbol de objetivos	202
3.2.- Determinación y justificación de los objetivos de la intervención	203
4. Cobertura	209
4.1. Identificación y caracterización de la población potencial	209
4.2. Identificación y caracterización de la población objetivo	222
4.3. Cuantificación de la población objetivo	238
4.4. Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo	240
5. Diseño de la intervención	240
5.1. Tipo de Intervención	241
5.2. Etapas de la intervención	254
5.3. Previsiones para la Integración y Operación del Padrón de Beneficiarios	274
5.4. Matriz de Indicadores	278
5.5. Estimación del Costo Operativo del Programa	291
6. Presupuesto	292
Conclusiones	294
Bibliografía	297
Normateca	303
Anexos	304

Introducción

El programa E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable” se crea en 2014 con la finalidad de aglutinar los diversos servicios que otorga el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF) en una sola estructura programática.

A pesar de estar en la modalidad E, y no estar sujeto a reglas de operación, la reestructura ocurrida para el año 2014 hace que de acuerdo al Programa Anual de Evaluación (PAE) 2014 en su *numeral 25*, el programa E040 esté sujeto a diagnóstico. Cabe mencionar que a pesar de ser un programa nuevo, la gran mayoría de los servicios que aglutina tienen su origen en el propio desarrollo del SNDIF.

El programa E040 está formado de cuatro componentes de acuerdo a la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) 2014:

1. Asistencia Social y Jurídica
2. Atención Integral a las Niñas, los Niños las y los adolescentes en desamparo y Atención Integral a las y los adultos Mayores Sujetos de Asistencia Social.
3. Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos.
4. Prestación de servicios a personas con discapacidad y sus familias en los centros de rehabilitación.

Los componentes dos y tres de acuerdo a la estructura institucional del SNDIF están integrados en el “Programa de Atención Integral de Centros Asistenciales” de forma diferenciada en tres componentes:

1. Atención a Población en Campamentos Recreativos
2. Atención Integral a las Niñas, los Niños, las y los Adolescentes en Desamparo
3. Atención Integral a las y los Adultos Mayores Sujetos de Asistencia Social (DGIS, 2013a)

Dicho lo anterior el presente diagnóstico abordará la problemática de los componentes *dos y tres* de la MIR del E040, que institucionalmente en el SNDIF están ubicados dentro del “Programa de Atención Integral de Centros Asistenciales” que los diferencia en tres componentes.

Para fines del presente diagnóstico, en adelante al componente “Atención Integral a las Niñas, los Niños, las y los Adolescentes en Desamparo” se le referirá como *Casas Asistenciales Menores*, al componente “Atención Integral a las y los Adultos Mayores Sujetos de Asistencia Social” como *Componente Casas Asistenciales Adultos Mayores* y al componente “Atención a Población en Campamentos Recreativos” como *Componente Campamentos Recreativos*.

En la primera sección se documentan los antecedentes de los servicios que otorgan los tres componentes. En la segunda sección se presenta la identificación y descripción del problema que atienden a través de la revisión teórica del problema. Se identifica el estado actual del problema, la evolución del mismo, las experiencias de atención y se identifica el árbol de problemas a raíz de la información presentada.

En la tercera sección se presenta la transición de árbol de problemas a árbol de objetivos se presentan las alternativas de atención a la problemática identificada. Con las alternativas, se delinean los objetivos de la intervención y se hace un recuento de la alineación de estos a compromisos, metas y objetivos nacionales e internacionales.

La cuarta sección presenta la identificación de la población potencial y objetivo. De estas poblaciones se hace un análisis de sus características socioeconómicas y demográficas y se presenta la propuesta de cuantificación. Adicional a esto, se presentan las previsiones para la actualización de cifras y fuentes de información.

La quinta sección corresponde al recuento de los servicios que el componente otorga a la población y se especificarán los montos y características de los mismos. Se identifica el mecanismo mediante el cual se integra el padrón de beneficiarios y la estimación del costo operativo del programa. La sexta sección presenta un análisis del presupuesto de cada uno de los componentes en relación al programa y al sector en el que está inmerso, esto con el objetivo de dimensionar la importancia y alcance de la atención.

Los métodos y técnicas utilizados incluyen el análisis cuantitativo y cualitativo del problema, análisis causa-efecto, la metodología de marco lógico (MML), método complementario árbol de problemas-árbol de objetivos, matriz de indicadores para resultados (MIR), análisis de involucrados y análisis FODA derivado del análisis de este diagnóstico.

1. Antecedentes

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), es el organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propios, coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, que lleva a cabo funciones específicas en cuanto a la promoción, prestación de servicios y concurrencia de acciones en el ámbito de la asistencia social (SNDIF, 2013:46).

La Ley General de Salud, la Ley de Asistencia Social, la Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad, la Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, el Reglamento de la Ley de Migración y reformas al Reglamento de la Ley General de Población y Reglamento de la Ley de Asociaciones Religiosas y Culto Público, constituyen el marco general a partir del cual se orientan los programas que regirán el quehacer institucional del SNDIF (SNDIF, 2013:46).

Los tres componentes cuentan con una serie de fundamentos legales que norman y regulan su actividad, mismos que a continuación se presentan:

Tabla 1.

Fundamentos legales Centros Asistenciales para Menores
<ul style="list-style-type: none">• Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos• Convención sobre la Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional• Ley General de Salud• Ley de Asistencia Social• Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes• Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos• Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia• Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA2-1993, para el Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.• Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

Fuente: DGIS, 2012b:5.

Tabla 2.

Fundamentos legales Centros Asistenciales para Adultos Mayores
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Ley General de Salud • Ley de Asistencia Social • Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores • Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servidores Públicos • Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia • Norma Oficial Mexicana NOM 167-SSA1-1997. Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores. • Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

Fuente: DGIS, 2012c:5.

Tabla 3.

Fundamentos legales Campamentos Recreativos
<ul style="list-style-type: none"> • Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos • Convención Sobre los Derechos del Niño • Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, ratificada por México el 25 de enero del 2001 • Ley General de Salud • Ley de Asistencia Social • Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes • Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores • Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Fuente: DGIS, 2012d:5.

Antecedentes Campamentos Recreativos

En los años de 1975 y 1976 el Sistema Nacional DIF funda los siete Campamentos Recreativos en ese entonces denominados Centros Vacacionales, definiéndolos:

como un lugar especialmente adaptado para que grupos de muchachos de diferentes edades que fluctúan entre los 8 y 13 años (promedio de edad ente 3er y 6° año escolar en el país), disfruten de un programa de recreación al aire libre diseñado por y para ellos, durante una temporada más o menos larga, una semana promedio, lejos de su comunidad y de los centros urbanos en los que habitualmente se desenvuelve y en pleno contacto con la naturaleza, teniendo como objetivos:

- Servir a las comunidades rurales y urbanas de nuestro país.
- Estimular a la niñez para su crecimiento armónico
- Complementar su educación iniciada en su hogar
- Favorecer el desarrollo físico, social y cívico de la niñez mexicana
- Contribuir a la extensión de la recreación en nuestro país con programas similares

Mediante decreto del 21 de diciembre de 1982, se modifica y consolida la estructura orgánica y funcional del Sistema Nacional DIF, asignándole servicios asistenciales y de rehabilitación de carácter no hospitalario. Adicionalmente, esta disposición, lo agrupa dentro del Sector Salud bajo la coordinación de la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy Secretaría de Salud (DGIS, 2012e:2).

Esta acción del gobierno, es el resultado de la modificación del concepto de caridad que se le otorgaba a la asistencia social, por el de la obligación del Estado de servir a quienes lo necesitan así como de las medidas para fortalecer su estructura operacional y de servicios (DGIS, 2012d:2).

Con el fin de garantizar la eficiencia y la continuidad del Sistema Nacional DIF, el 31 de agosto de 1983 fueron establecidos los nueve programas de trabajo a través de los cuales prestaba sus servicios, siendo el Programa de Desarrollo Cívico, Artístico y Cultural en donde se encontraba inmersa la operación de los Campamentos Recreativos (DGIS, 2012d:2).

En 1984 del Sistema Nacional DIF reorienta sus acciones, ampliando la cobertura de atención a personas con discapacidad y adultos mayores y se les denomina “Campamentos Recreativos” (DGIS, 2012d:2).

Con el paso de los años, han sido diversas las reestructuraciones del sistema, sin embargo este servicio recreativo nunca ha dejado de ser parte importante de la asistencia social. El Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable (S150) hasta 2008 contemplaba el subprograma de Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos, no obstante después de ese año deja de ser parte de este programa para pasar al P013 “P013 Asistencia Social y Protección del Paciente” y actualmente al E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable”.

Los Campamentos Recreativos están orientados a menores y adultos mayores que se encuentran en una situación de desventaja social para gozar de actividades recreativas que favorezcan su desarrollo en plenitud. El SNDIF tiene como objetivo establecer y operar de manera complementaria los centros relacionados con el bienestar social, dichas actividades como la recreación, el juego y la cultura forman parte importante del desarrollo humano de los individuos. De esta vertiente nace el fundamento de brindar el servicio de campamentos a quienes se encuentran en riesgo o en situación de vulnerabilidad.

El primer campamento fue ubicado en Nuevo Vallarta en el estado de Nayarit. Se inauguró como centro vacacional el 20 de noviembre de 1975. Actualmente se le conoce como Campamento Recreativo “Revolución”. El segundo campamento “Mártires de Río Blanco”, ubicado en el municipio de Catemaco en el estado de Veracruz, fue inaugurado el 2 de agosto de 1976.

Durante 1976 se inauguraron tres de los siete campamentos que hoy en día funcionan dentro del SNDIF. En Sinaloa se encuentra el tercer campamento nombrado “Heroico Puerto de Mazatlán”. El cual fue inaugurado por el presidente Luis Echeverría Álvarez, el 15 de noviembre. Dos días más tarde abrió sus puertas el Campamento Recreativo en la ciudad de Aguascalientes nombrado “Alfredo V. Bonfil”. El último campamento del año 1976 fue “Playa Venturas” inaugurado como Centro vacacional “Leona Vicario” por el Lic. Jesús Martínez Ross, gobernador del Estado de Quintana Roo el 25 de noviembre.

El 28 de noviembre de 1977 en Ixtapa-Zihuatanejo en el estado de Guerrero fue inaugurado por el Lic. José López Portillo el Centro vacacional, ahora Campamento Recreativo “Vicente Guerrero”. El último fue el Campamento Recreativo “Los Insurgentes” en el estado de Guanajuato.

El SNDIF cuenta actualmente con 7 campamentos distribuidos en la República Mexicana, específicamente en los estados de Aguascalientes, Guanajuato, Nayarit, Guerrero, Quintana Roo, Sinaloa, Veracruz.

Tabla 4. Ubicación de los Campamentos Recreativos

Campamento	Ubicación	Capacidad (personas)
Alfredo V. Bonfil	Aguascalientes, Aguascalientes	128
Los Insurgentes	Guanajuato, Guanajuato	90
Vicente Guerrero	Ixtapa-Zihuatanejo, Guerrero	120
Revolución	Bucerías, Nayarit	100
Playa Aventuras	Solidaridad, Quintana Roo	120
Heroico Puerto de Mazatlán	Mazatlán, Sinaloa	120
Mártires de Río Blanco	Catemaco, Veracruz	128

Fuente: Elaboración DGIS (2012d)

Antecedentes de los Centros Asistenciales para Menores

El Centro Asistencial más longevo y el antecedente de la Casa Cuna Coyoacán, ahora el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Coyoacán, data de 1776 ubicado en Mixcoac, se constituyó como el primer centro de asistencia nombrado “la casa de los pobres”, el cual brindaba atención a las niñas y niños en desamparo tanto de la ciudad como de las Entidades Federativas cercanas.

Para finales de 1813 este centro se transfiere a la beneficencia pública, y como resultado del decreto del 21 de diciembre de 1981, todos los programas de asistencia social quedaron bajo la tutela del SNDIF.

El Internado Nacional Infantil abre sus puertas el 28 de febrero de 1964 como una institución de la Secretaría de Salud encargada de brindar apoyo escolar a niños y jóvenes. Más adelante en 1983 forma parte del SNDIF, nombrándolo Casa Hogar para Varones. Al día de hoy ésta se ha constituido como un Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Varones.

Casa Cuna Tlalpan es uno de los nueve centros de asistencia social que se crea en enero de 1969 como parte de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN). La casa cuna tiene como objetivo atender a las niñas y niños de 0 a 6 años de edad en situación de abandono. Con la unificación de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN) con el Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI) en 1977, la atención de los grupos vulnerables queda bajo la tutela del SNDIF. Ésta se constituye como Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan.

Derivado de las necesidades de atención la Casa Hogar para niñas se inaugura el 7 de octubre de 1970, enfocada en atender de manera integral a niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad entre los 6 y los 18 años de edad. Como resultado de la unificación de la IMAN y el IMPI, la tutela de la Casa Hogar queda a cargo del SNDIF y se constituye como el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Hogar para Niñas, “Graciela Zubirán Villarreal”. El nombre lo lleva en honor a su fundadora - quien dedicó 28 años en la atención de las menores.

El 29 de abril de 1986 se crea por decreto el Centro Amanecer para niños, con el objetivo de brindar atención personalizada en torno a la población en situación de alta vulnerabilidad. Sin embargo en 1999 el personal y la población son transferidos a otras casas del SNDIF. El centro reabre sus puertas en 2006. Brindando atención psicológica, social, pedagógica, médica, jurídica y de educación-formación a niños de entre 8 y 12 años 11 meses de edad, sujetos de asistencia social.

Antecedentes de los Centros Asistenciales para Adultos Mayores

Para brindar atención a la población de adultos mayores sujetos de asistencia social, en octubre de 1940 se crea la Casa Hogar para Ancianos “Arturo Mundet”. Actualmente es el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológico "Arturo Mundet", en el cual además de brindar atención integral a los adultos mayores, también se llevan a cabo estrategias para la formación y capacitación de recursos

humanos en la especialidad gerontológica, a partir de 1995 se cuenta con reconocimiento universitario e institucional de dicha especialidad.

La Casa Hogar para Ancianos recibe el nombre de “Vicente García Torres”, periodista originario de Pachuca, Hidalgo; quien donó el inmueble para el cuidado de los adultos mayores. Esta Casa Hogar tiene como objetivo ofrecer, con calidad y calidez, protección física, mental y social a personas mayores de 60 años, en estado de desamparo o desventaja. El SNDIF lo administra desde 1982.

Las Casas Hogar para Ancianos “Olga Tamayo” y “Los Tamayo”, ubicadas en Cuernavaca, Morelos y en la ciudad de Oaxaca, respectivamente, fueron una donación del pintor Rufino Tamayo con el objetivo de brindar atención a los adultos mayores. La primera de ellas abre sus puertas el 16 de abril de 1985 y la segunda el 3 de abril de 1991.

En la siguiente tabla se presenta la creación de los centros asistenciales por décadas.

Tabla 5. Creación de los Centros Asistenciales

Década	1760	1930	1940	1960	1970	1980	1990
Centros creados	1	1	1	2	1	2	1
Centros Asistenciales	Casa Cuna Coyoacán	Casa Hogar para Ancianos “Vicente García Torres” fue creada en 1934.	Casa Hogar para Ancianos “Arturo Mundet” Se inaugura el 5 de octubre de 1940.	Casa Hogar para Varones inicia actividades el 28 de febrero de 1964. Casa Cuna Tlalpan se crea el 28 de enero de 1969.	Casa Hogar para Niñas es Inaugurada el 7 de octubre de 1970.	Casa Hogar para Ancianos “Olga Tamayo” en 1985. Centro Amanecer en 1986.	Casa Hogar “Los Tamayo” en 1991.

Fuente: Elaboración DGIS.

Los antecedentes de los tres componentes (Casas Asistenciales para Menores, Casas Asistenciales para Adultos Mayores y Campamentos Recreativos) son de larga data y el Estado siempre ha tenido responsabilidades de asistencia pública.

La necesidad de realizar un diagnóstico de los dos componentes: “Atención a Población Vulnerable en Campamentos Recreativos” y “Atención Integral a las Niñas, los Niños las y los adolescentes en desamparo y Atención Integral a las y los adultos Mayores Sujetos de Asistencia Social” recae en cuatro aspectos. El primero de ellos, los centros asistenciales y los campamentos recreativos han funcionado de acuerdo a la demanda del servicio, pero no se ha profundizado sobre la problemática que se atiende, ni sobre las causas y efectos de la misma. Segundo, los componentes no se examinaban externamente desde 2010 año sujeto a la última Evaluación Específica del Desempeño 2009-2010 cuando éstos formaban parte del programa de Atención a Familias y Población Vulnerable, por lo cual se considera necesaria una visión pormenorizada de la problemática que se atiende. Tercera, al

estar actualmente dentro de un programa más amplio, el E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable”, surge la necesidad de identificar adecuadamente el campo de acción de ambos componentes. Por último, existe el reto de cuantificar y homologar en un padrón a las poblaciones que se atiende, esto resulta de particular interés para lograr hacer una adecuada proyección de las coberturas.

2. Identificación y descripción del Problema

Con el fin de identificar la problemática que los componentes de “atención integral a las niñas, los niños las y los adolescentes en desamparo y atención integral a las y los adultos mayores sujetos de asistencia social” y “atención a población vulnerable en campamentos recreativos” buscan solucionar, se realizó una investigación documental y estadística para recopilar y sistematizar información relevante. Del análisis realizado, y a manera de hipótesis de trabajo, se presenta la siguiente definición del problema:

Existen grupos de la población que requieren servicios asistenciales

El cúmulo de transformaciones aceleradas que experimentó nuestro país durante el siglo XX, tanto en el ámbito económico, político y social, trajeron consigo la aparición de diversas problemáticas frente a las cuales el Estado mexicano se ha visto obligado a intervenir puntualmente. Fenómenos tales como la industrialización de la economía, la rápida urbanización de las localidades o el crecimiento demográfico, solo por mencionar algunos, devinieron en la aparición de nuevas demandas de la población frente a las que tuvieron que ser implementadas distintos tipos de políticas sociales.

Para Anthony Giddens la modernización de las sociedades en todo el mundo trajo consigo no solo un progreso considerable en la vida de las personas, sino que se presentó también estrictamente ligada a la aparición de numerosos tipos de riesgos sociales que anteriormente no existían (Giddens, 1990). Debido a que dichos riesgos afectan sobre todo a los grupos sociales más desprovistos para garantizar su propia seguridad, es decir, aquellos que no pueden asegurar la prevención o la reparación de esos daños, el Estado ha tenido que intervenir activamente para ofrecer distintas formas de protección social.

Hacia finales del siglo XX Gøsta Esping-Andersen dio cuenta de las formas en que el estado, la familia y el mercado habían asumido, compartido o repartido el riesgo individual, pues la existencia de un amplio rango de contingencias de riesgo dieron origen a

la demanda de bienes y servicios sociales por parte de la población. Para Esping-Andersen la decisión sobre el reparto del riesgo depende del tipo y nivel de solidaridades existentes en cada sociedad. De este modo, a la pluralidad de modalidades de organizar las economías nacionales viene acompañada una pluralidad de *Estados de bienestar*, formando tres variedades de “economías del bienestar”.

Cada tipo de economía del bienestar satisface tal demanda mediante diferentes arreglos entre las tres instituciones: el régimen “liberal”, acepta básicamente los resultados del mercado y el estado solo corrige sus fallos más flagrantes; el “conservador-corporativista”, el estado interviene en el mantenimiento de las diferencias de status social y de clase, a la vez que fortalece los lazos familiares; y el Estado de bienestar “socialdemócrata”, que universaliza los derechos sociales a través de la desmercantilización, de manera que se abrieron el camino hacia la ciudadanía social y la socialización de buena parte de los costos de la organización familiar. (Esping-Andersen, 2010).

Independientemente del arreglo institucional que sea adoptado, las políticas de protección social en todo el mundo no solo procuran brindar ayuda en favor de los sectores más desamparados, también buscan funcionar como la condición base para que todos puedan pertenecer a una sociedad de semejantes, de manera que las redes de confianza y cohesión social que producen en ellas permitan alcanzar un pleno desarrollo de las capacidades humanas de todos y todas (Sevenhuijsen, 1998).

En México es reconocida la existencia de una política social que se integra por dos esquemas distintos de protección: la seguridad social y la asistencia social. En la primera, los beneficios sociales están vinculados sobre todo al salario y a la condición laboral, pues se basan en las aportaciones de los trabajadores y empleadores, en la productividad y el desempeño profesional. La segunda consiste más bien en otorgar prestaciones alimentarias, de salud, de recreación o de vivienda destinadas a la población que no cuenta con los ingresos y recursos para asegurar su subsistencia, así como brindar atención a aquellos grupos vulnerables que requieren una atención prioritaria (Guadarrama Sánchez, 2011).

De acuerdo con Robert Castel (2004), si bien el empleo es el estatuto principal que articula los derechos y protecciones sociales de una gran parte de la población mundial, actualmente esta situación se encuentra en un proceso de cambio. Desde los años setenta comenzó a presentarse un debilitamiento entre la asociación empleo-seguridad social, debido

a que las economías nacionales alrededor del mundo experimentaron una serie de transformaciones que provocaron una pérdida de *consistencia* en muchos de los trabajos: flexibilización en las formas de contratación, trabajo a tiempo parcial o de carácter intermitente, trabajo “independiente”, nuevas formas de trabajo a domicilio, tercerización, o subcontratación, por mencionar algunas. En el contexto de las economías en desarrollo, dichas transformaciones se añadieron a las problemáticas del empleo informal, de manera que en países como México una parte importante de los trabajos son de carácter precario, es decir, que se caracterizan por altos niveles de incertidumbre e inseguridad (OIT, 2011).

Es por ello que la asistencia social se ha convertido cada vez más en el medio por el cual los Estados y las sociedades han decidido enfrentar la pobreza y la vulnerabilidad social, pues ésta se propone brindar atención a quienes más lo necesitan independientemente de su estatus laboral. La asistencia social procura atender a aquellos individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieren de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar. La noción de bienestar hace referencia al mejoramiento de las condiciones de vida y la cobertura de las necesidades esenciales: alimentos, techo, vestido, seguridad, salud y no vivir en condiciones degradantes de pobreza. Esto se alcanza paulatinamente con la provisión de servicios públicos que garanticen los derechos humanos fundamentales, el acceso a la cultura, la recreación y el deporte (Guadarrama Sánchez, 2011).

La Ley de Asistencia Social promulgada en el 2004 define a la asistencia social como “el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva” (DOF, 2013a). De acuerdo con esta Ley, en México la asistencia social debe centrarse prioritariamente en la población vulnerable o que padezca algún tipo de carencia social. Es menester de este programa otorgar servicios para grupos definidos por la Ley de asistencia social como población vulnerable: niños, adultos mayores y personas en desamparo.

En el caso de los niños y los adolescentes, las condiciones de vulnerabilidad pueden estar dadas por padecer algún tipo de desnutrición; estar afectados por condiciones familiares adversas como maltrato o abuso; haber sufrido abandono, ausencia o irresponsabilidad de sus progenitores en el cumplimiento y garantía de sus derechos; o vivir en condiciones de

calle. El segundo grupo de la población que por sus carencias socio-económicas o por condiciones de discapacidad se ven impedidos para satisfacer sus requerimientos básicos de subsistencia y desarrollo, son adultos mayores en estado de abandono o desamparo que enfrentan problemas de salud, pobreza, desempleo, nula pensión o en protección social. Ambos grupos requieren de servicios asistenciales que actúen integralmente para permitirles superar estas carencias.

2.1. Identificación y estado actual del problema

México ha adoptado una perspectiva de derechos humanos en la conformación de sus políticas públicas y programas sociales. Esto significa que nuestro país adquirió obligaciones directas en relación con los derechos humanos reconocidos internacionalmente, por lo que tiene la encomienda de respetarlos, protegerlos y garantizarlos en todo momento y circunstancia.

Los derechos humanos son la suma de derechos individuales y colectivos inherentes a todas las personas, sin distinción de sexo, edad, nacionalidad, origen, religión, lengua, orientación sexual o cualquier otra característica. Su objetivo principal es garantizar la *dignidad humana* de las personas, sin distinción, debe tener acceso a un desarrollo y bienestar plenos durante todas las etapas de su vida. (OACNUDH, 2010).

Los grupos sociales en condición de vulnerabilidad que recién destacamos poseen características y particularidades que les han otorgado algunas protecciones especiales a sus derechos humanos universales: 1) En el caso de los niños y adolescentes, en el año de 1989 la UNICEF proclamó la *Convención sobre los derechos de los niños*, en la que se buscó asegurar la protección y el cuidado que fuera necesario para el bienestar de la infancia; asimismo, a nivel nacional existe la *Ley para la protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, que también tiene como objetivo garantizar su desarrollo pleno e integral; 2) En el caso de los adultos mayores, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha emitido una serie de medidas de gran importancia entre las que destacan el *Plan Internacional sobre el Envejecimiento* o los *Principios de Naciones Unidas a Favor de las Personas de Edad*, a través de los cuales muchos Estados, entre ellos México, se comprometieron a garantizar los derechos humanos y a establecer políticas públicas y acciones a favor de este grupo; asimismo, a nivel nacional existe la *Ley de los derechos de las personas adultas mayores*, promulgada en el año 2002.

A pesar de la existencia de estas protecciones a nivel jurídico, es importante tomar en cuenta la prevalencia de algunas condiciones sociales que impiden el pleno ejercicio de estos derechos.

El programa E040 en sus diversos componentes busca atender estas problemáticas, pues sólo de esta manera seremos capaces de diseñar una intervención realmente efectiva que logre coadyuvar en el mejoramiento de las condiciones de vida de quienes más lo necesitan.

Las condiciones de la vulnerabilidad en la infancia: procesos de exclusión social en la familia y orfandad

El pleno desarrollo de los niños y adolescentes demanda un entorno familiar estable que les permita desplegar sus capacidades individuales y sociales. Es por esto que la vulnerabilidad de los infantes debe remitirse a las dinámicas que impactan a sus familias, pues ésta es la unidad original en la que interactúan y en la que pueden verse sometidos a procesos de exclusión.

La familia es un grupo fundamental en toda sociedad, pues se presenta como el medio propicio para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros sin importar el tipo de conformación que tenga (nuclear, monoparental o reconstituida). Este núcleo social es particularmente importante para el cuidado de los niños, ya que en ella reciben la protección y asistencia necesarias para poder desarrollarse plenamente con miras a asumir responsabilidades dentro de la comunidad. Sin embargo, estas unidades frecuentemente padecen diversas situaciones adversas que provocan la exclusión social de sus miembros, de manera que existen una variedad de perfiles familiares que padecen este tipo de procesos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), propone entender al concepto de exclusión social en menores como un *proceso* que no se agota en expresiones y situaciones singulares concretas, sino que involucra distintas manifestaciones o estados relacionados entre sí por interacciones complejas de causa y efecto. De esta forma, los procesos de exclusión involucran factores *individuales*, atribuibles a los sujetos personales; factores *sociales*, referentes a la organización y funcionamiento de la sociedad; e incluso

también a factores *naturales*, que remiten a las condiciones de un medio ambiente que se encuentra cada vez más afectado por la actividad humana (UNICEF, 2014).

Tradicionalmente el fenómeno de la exclusión social se vinculaba solamente a situaciones de pobreza económica o material, de manera que familias con un nivel económico bajo cuya carencia de recursos les impedía satisfacer sus necesidades más básicas eran automáticamente consideradas como excluidas. En la actualidad el concepto de la exclusión social ha ido más allá del concepto de pobreza y de desigualdad, aunque en él todavía se involucra la dimensión laboral y económica.

Cuando consideramos a los procesos de exclusión como fenómenos complejos, multidimensionales y dinámicos, caracterizados por el empobrecimiento económico y el deterioro psicofísico y relacional de las personas, sus efectos se manifiestan en disminuciones crecientes de poder adquisitivo y de posibilidades de consumo de bienes y servicios básicos; en el deterioro de la salud psíquica y física de las personas; y la pérdida, en cantidad y calidad, de vínculos y relaciones sociales (Subirats, 2005).

García, Malo y Rodríguez (2000) plantearon cuatro dimensiones o ámbitos a tener en cuenta para analizar los procesos de exclusión en distintos contextos: el ámbito económico, el ámbito del capital humano (educación y salud), el ámbito del capital social (relaciones sociales y familiares) y el ámbito residencial (vivienda). A partir de estos factores es posible entender el proceso acumulativo de desventajas que incrementan las posibilidades de que surjan problemas sociales dentro de las familias, al grado de llegar a provocar su desintegración. Lo anterior resulta sin duda en una afectación irreversible de los estados madurativos de los niños.

Todo proceso de exclusión implica para las personas afectadas la interrupción de su participación social; sin embargo, en el caso de la infancia estos procesos traen consecuencias específicas más graves, pues están condicionados por las dinámicas comprendidas en las edades de este grupo de la población de manera tal que afectan el proceso de maduración física, psicológica, afectiva y relacional en etapas de desarrollo y formación que tendrán efectos nocivos en el futuro.

Por esta razón, los procesos de exclusión social no deben ser entendidos sólo como una pérdida de bienestar en el presente o en la calidad de vida futura de los niños, sino que el Estado mexicano está obligado a asumir el enfoque de derechos humanos mencionado anteriormente para evitar el deterioro de los derechos de la infancia, de los que depende su realización y desarrollo integral como seres humanos.

Las políticas públicas contra la exclusión social de los infantes deben estar dirigidas hacia la prevención y la intervención temprana en los procesos de exclusión en la infancia, lo cual implica vincularlas también a la prevención e intervención temprana en los procesos de exclusión social de sus familias.

Existen niños que no cuentan con el cobijo de un hogar, pues viven una serie de dificultades de índole relacional en su contexto familiar -como puede ser la pérdida de sus padres por muerte, abandono, ausencia o irresponsabilidad-, que contribuyen a acrecentar la fragilidad de su condición social. Según Mortilla y Taracena (2012), se define a un menor huérfano como aquél que ha perdido el cuidado de uno o a ambos de sus progenitores; el cual recibe cuidados por otros integrantes de la familia extendida, por instituciones de protección de diversa índole o que simplemente carece de ellos.

México ocupa el segundo lugar en cantidad de niñas, niños y adolescentes huérfanos en América Latina, pues se estima que existen entre 1.6 y 1.8 millones de niños y niñas huérfanos (RELAF, 2010). Sin embargo, de acuerdo con la OSC *Aldeas Infantiles SOS*, en nuestro país no existen cifras exactas del número de menores de edad en situación de orfandad, pues los censos de población miden solamente el número de menores que padecen esta condición y que reciben cuidados en casas hogar u otro tipo de instituciones.

Es por eso que en el *Censo de Población y Vivienda 2010* realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), solamente se contabilizaron a 19 mil 174 menores de edad en esta situación. Dicha cuantificación dejó fuera a aquellos que no reciben la atención adecuada en estas instituciones, pero sobre todo a aquellos que viven en situación de calle. (Aldeas Infantiles SOS, 2013). Por tanto, es preciso reconocer que existe un gran déficit de datos y de información confiable que nos permita cuantificar esta población en situación de vulnerabilidad, por lo que es difícil hacer un seguimiento y su evaluación.

Aun asumiendo esta carencia de datos, es posible conocer los motivos de la falta de cuidado parental desde un acercamiento teórico, en donde se nos señala que éstos son múltiples, variados y complejos (Lucchini, 1996).

Con el fin de identificar las causas que generan la pérdida del cuidado parental en los niños es necesario remitirnos a las principales problemáticas políticas, económicas, sociales y culturales que viven los países de nuestra región. Es posible así agrupar las causas de la orfandad dentro del siguiente conjunto de problemáticas: 1) *políticas*, como los conflictos armados y las migraciones forzadas por situaciones de esta índole; 2) *económicas*, que generan otro tipo de migración, pero dirigida a la búsqueda de empleo, así como numerosas situaciones de vulnerabilidad familiar tales como la falta de acceso a salud, educación y vivienda, desnutrición de adultos y niños; y 3) *problemáticas sociales y culturales*, como violencia familiar, adicciones, trabajo infantil y explotación sexual comercial, a las que se suman situaciones de discriminación ante la discapacidad y el origen étnico de la población. (RELAF, 2010).

Los niños que actualmente no gozan de cuidados parentales poseen una probabilidad mayor a formar parte de un grupo en diferentes situaciones de vulnerabilidad. Por ello es posible destacar algunas causas puntuales, que si bien no determinan automáticamente la condición de orfandad, se presentan como algunos de los factores más importantes.

La primera de ellas es la pobreza y la desigualdad pues, si bien no implican una relación lineal directa con la orfandad, están identificadas como las principales razones de pérdida o riesgo de pérdida de cuidados parentales en la población infantil. Esto se debe a que los sectores más marginados padecen enormes dificultades para encontrar el acceso a los servicios públicos que los Estados deberían garantizar a toda la población, como educación, salud, vivienda y trabajo, por lo que se ven orillados a buscarlos a partir de actividades altamente inestables y riesgosas (Mortilla y Taracena, 2012).

Otra de las causas principales de la orfandad es la concentración demográfica en las zonas suburbanas, aunque las zonas rurales son las que presentan mayores índices de pobreza extrema en términos relativos, en la actualidad todavía ocurren migraciones internas hacia las grandes ciudades. Este fenómeno conforma “anillos de pobreza” alrededor de las capitales o ciudades importantes, donde se asientan una gran cantidad de familias en

condiciones de vida deplorables. Aunado a esto, se ha constatado que en las migraciones internas del campo a la ciudad, ocurren frecuentemente separaciones de los niños y niñas de su familia de origen (RELAF, 2010).

Finalmente, otra de las causas más importantes de la orfandad en nuestro país son las dificultades en el acceso a los servicios de salud y la impronta del VIH/SIDA. Esta última resulta en una pérdida de cuidados parentales y, a su vez, en una caracterización de los niños, niñas y adolescentes que ya han perdido el cuidado de sus padres por ser portadores del virus. Esto quiere decir que dicha causa tiene dos dimensiones: los adultos enfermos de VIH/SIDA, que no pueden cuidar de sus niños y niñas, y los propios niños y niñas infectados con esta enfermedad. (MSP, 2010). La Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar (RELAF, 2010) estima que en México al menos 40,000 huérfanos se deben a este motivo.

Con base en todos estos elementos, podemos señalar que las consecuencias en el grado de vulnerabilidad que padecen los menores en situación de orfandad son también múltiples y variadas. Se ha encontrado que los huérfanos, en general, tienen menos acceso a la educación y a los servicios de salud, presentan más indicadores de angustia psicosocial y enfrentan niveles más elevados de desatención, abandono y abuso, si se comparan con quienes no son huérfanos (Stern, 2004). Por ello es muy importante garantizar el cuidado óptimo de los niños, niñas y adolescentes que por diversas razones viven sin el cuidado de sus padres o los que están en riesgo de perderlo, pues en caso contrario la pobreza, la discriminación y la exclusión social dejará en ellos una huella imborrable para el resto de sus vidas.

Personas sin hogar: situación de calle y aislamiento social

Las manifestaciones más nocivas de la pobreza y los procesos de exclusión social que describimos se presentan en aquellas personas que viven de manera permanente en la calle. Habitar la calle no es un fenómeno problemático por el solo hecho de carecer de una vivienda, sino que su carácter negativo viene dado sobre todo por la experiencia frustrada de vincularse con la familia y la comunidad, así como por las consecuencias nefastas en la calidad de vida. Por sujetos en *situación de calle* se entiende fundamentalmente a todas aquellas personas que pernoctan en la calle, albergues o residencias solidarias, que por

carecer de redes sociales o familiares se encuentran en una situación de exclusión y marginalidad de la sociedad (Mena, 2008).

De acuerdo con Ignacio Irrázaval (2008) este fenómeno no se asocia directamente a situaciones de pobreza o falta de recursos económicos, sino que más bien tiene su origen en problemas multidimensionales de exclusión y vulnerabilidad social. Los factores que obligan a las personas a permanecer durante el día y la noche en lugares públicos, de manera temporal, permanente o crónica, pueden describirse en función de tres dimensiones principales: 1) el primer elemento es de tipo estructural y hace referencia a la dimensión económica del problema, esto es, a la exclusión del mercado laboral o a la falta de recursos y bienes para satisfacer las necesidades más básicas; 2) un segundo elemento se refiere a la dimensión social, en la que se observa una importante desvinculación de sus familiares y otros vínculos comunitarios; 3) la tercera dimensión es la personal o vivencial, la cual se caracteriza por una ruptura de la comunicación y la erosión de virtudes tales como la confianza básica, la capacidad de arraigarse culturalmente, la identidad, la reciprocidad y la solidaridad. (Irrázaval, 2008).

Leticia Fuentes (2008) sostiene que las personas en situación de calle padecen principalmente las siguientes exclusiones sociales, que en su conjunto producen una grave afectación en los derechos humanos de estas personas:

- 1) *Falta de un sistema familiar de afecto y reconocimiento:* Esta carencia produce una imposibilidad para comunicarse con otros sujetos de la sociedad de manera que puedan conformar su propia identidad. Esta dimensión sociocultural de la exclusión dificulta la incorporación de las personas al quehacer y a la dinámica de la sociedad.
- 2) *Falta de espacio habitacional y privacidad:* contar con alojamiento adecuado y seguro es una condición previa al ejercicio de otros derechos fundamentales. Una persona sin hogar y sin acceso a un alojamiento digno no puede desplegar su potencial como miembro activo de una sociedad.
- 3) *Falta de protección a la salud:* La mayoría de las personas en situación de calle padecen problemas de salud como pueden ser: abuso de sustancias, trastornos de la personalidad, trastornos depresivos, dificultades de aprendizajes, discapacidad, problemas físicos de salud, vulnerabilidad a causa de la edad. Dichas necesidades se complican debido a la falta de acceso al sistema sanitario, sea por desinformación, desinterés, discriminación o falta de recursos.

- 4) *Falta de acceso al empleo digno*: Las personas en situación de calle se sitúan en desventaja de oportunidades para encontrar trabajos estables y decorosos, por lo que se ven obligados a desarrollar actividades de sobrevivencia de carácter irregular, intermitente, informal y en algunos casos incluso ilegal. (Fuentes, 2008, pp. 69-72).

El conjunto de exclusiones sociales derivadas de la situación de calle afectan de una manera más grave a los niños y adolescentes que, por diversas circunstancias, se encuentran viviendo en esta situación. De acuerdo con la fundación *Juntos con los niños de Puebla, A.C.* (JUCONI), existen evidencias de que los niños en situación de calle son casi invariablemente producto de ambientes familiares y comunitarios caracterizados por violencia, negligencia y abuso, los cuales producen traumas que inhiben de forma severa su desarrollo psicológico, cognitivo y físico.

La continua exposición de un niño a estos ambientes violentos hace que su capacidad para relacionarse positivamente con su entorno se vea dañado, lo que resulta en una marginación cada vez más severa dentro de la sociedad (JUCONI, 2008).

Las familias disfuncionales transmiten patrones de conducta que no proveen a los niños con las herramientas para facilitar su inclusión social y económica. Por ello estas situaciones impiden cualquier esperanza de obtener una educación, asegurar un empleo y salir de sus circunstancias para disfrutar vidas plenas y felices - el ciclo de violencia, pobreza y desesperanza continúa normalmente en la siguiente generación.

La salida a la calle por parte de un niño o niña no se considera un suceso aislado o esporádico, sino que se encuentra vinculado a diversas situaciones y acontecimientos como la violencia dentro del núcleo familiar, los contactos previos con la cultura callejera o la situación económica de pobreza en su familia. Por ende, la ruptura con el núcleo familiar no siempre es definitiva: algunos niños tienen contactos ocasionales, si no con la familia nuclear, al menos con otros parientes con los que antes estuvieron vinculados. De hecho hay algunos que están temporalmente con su familia, alternando esta estancia con el paso por diversas instituciones y la calle. A este proceso, fluctuante, Lucchini (1996) le llama *carrera del niño de la calle*, la cual está constituida por diversos eventos como la preparación de la partida, la permanencia en la calle, la alternancia entre la calle y el hogar, la calle y la institución de asistencia y los abandonos definitivos en esta condición adversa.

Los efectos que se producen en los niños cuando viven en situación de calle son múltiples y diversos. A manera de ejemplo podemos mencionar algunos de los más importantes: 1) niveles altos de mortandad en niños de menos de cinco años; 2) alcoholismo y/o drogadicción; 3) abandono de la educación básica (cuentan aproximadamente con dos y nueve años de rezago escolar y la mayoría abandona la escuela antes del quinto grado de primaria); y 4) Aislamiento social, pues muchas veces sus familias son inmigrantes a la ciudad o bien primera generación en ella, de manera que carecen de redes familiares y sociales de apoyo dentro de la comunidad. Su aislamiento se ve empeorado cuando solo hablan lengua indígena. (JUCONI, 2008).

Exclusión social de los adultos mayores: seguridad económica y abandono familiar

Otro de los grupos que son más proclives a padecer los procesos de exclusión son los adultos mayores. En México, la *Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores* los define como sujetos de 60 años en adelante que cuando están expuestos a condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o maltrato, padecen condiciones de vulnerabilidad (DOF, 2012). Cabe señalar que de acuerdo con la última medición disponible en la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) 2012* realizada por el INEGI, el monto de personas de 60 años y más fue de 10.9 millones de mexicanos, lo que representa 9.3% de la población total. Al tener en cuenta esta cuantificación inicial es necesario comprender las dimensiones involucradas en el proceso de exclusión social en el envejecimiento para poder analizar el desarrollo de las dimensiones sociodemográficas del problema.

El envejecimiento implica por sí mismo una acumulación de vulnerabilidades socioeconómicas y biológicas. La disminución de las capacidades físicas, como son la capacidad muscular o sensorial, favorece enfermedades y lesiones con secuelas definitivas. Estas limitaciones físicas se asocian a su vez con condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, de manera que este grupo posee menores oportunidades laborales y niveles de ingreso más bajos que las demás personas. La acumulación de vulnerabilidades ha provocado que algunos autores caractericen a los adultos mayores a partir de un cierto grado de dependencia en la familia y en la sociedad (Jouval, 2004; Turián, 2003).

Desde el punto de vista fisiológico es innegable que los adultos mayores acumulan situaciones que gradualmente los hacen dependientes, por ejemplo: la disminución de la

fuerza física, el deterioro de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; o la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente, como es poder alimentarse, vestirse por sí mismos y hasta saber orientarse en la vía pública.

Desde el punto de vista económico las personas adultas mayores también enfrentan un entorno adverso a su propia autonomía, pues deben encarar, por ejemplo: mercados laborales caracterizados por salarios precarios, largas jornadas de trabajo o nula seguridad social. La disminución o pérdida de un ingreso tiene como consecuencia la pérdida de la capacidad de respuesta ante cualquier contingencia (de carácter médico, por ejemplo), además de que también impide satisfacer necesidades básicas como comer o vestir.

Por esto se considera que las personas mayores pierden con el tiempo la integración a los diferentes ámbitos socioeconómicos que configuran su ciclo vital. Los adultos mayores requieren de cuidados por su aparente fragilidad y dependencia, además de que supuestamente están limitados para aportar alguna utilidad o beneficio a la sociedad. Estas ideas, que contienen una fuerte carga discriminatoria, se dan sobre todo en sociedades centradas alrededor de valores como la juventud, la producción y el consumo (Bazo, 1996).

Sin embargo, para conocer la verdadera relación entre envejecimiento y dependencia no debemos tomar solo en cuenta las múltiples condiciones relacionadas con la pérdida de capacidades orgánicas, sino que también debemos considerar los roles familiares y económicos que juegan los adultos mayores en sus hogares, así como algunas características de los hogares en que residen.

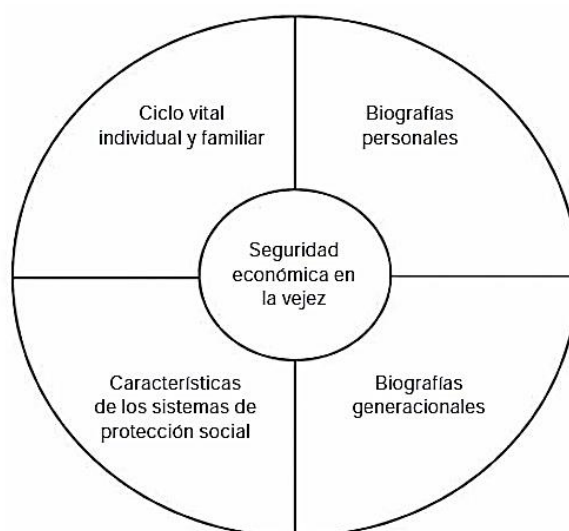
Disponer de bienes económicos y no económicos constituye un elemento clave en la calidad de vida en la vejez. La seguridad económica se define, precisamente, como la capacidad de acceder de forma independiente a una cantidad de recursos económicos regulares y suficientes para garantizar un pleno desarrollo (Guzmán, 2002). La importancia de ésta reside en que permite a las personas mayores satisfacer sus necesidades objetivas, lo que agrega calidad a los años y brinda independencia para la adopción de decisiones. Aunado a esto, la seguridad económica mejora la autoestima de estas personas, pues propicia su participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos. En pocas palabras, la seguridad económica es el opuesto a la exclusión, pues permite generar condiciones para un envejecimiento con dignidad y seguridad.

De acuerdo con Sandra Huenchan (2006) existen cuatro factores principales que influyen en la seguridad económica durante la vejez:

- 1) *El ciclo vital*: se refiere al momento de la vida en el que se encuentran los sujetos envejecidos y las personas que los rodean. Incluye a los familiares, pues la interrelación de los ciclos de vida de los diferentes miembros de la familia determina tanto las cargas que deben sobrellevar las personas mayores como las posibilidades de ayuda de las que podrían disponer.
- 2) *Las biografías personales*: aluden directamente a la trayectoria laboral de las personas mayores, en lo que respecta a las cotizaciones que hayan acumulado al jubilarse y a su capacidad de empleo en la vejez
- 3) *Las biografías generacionales*: corresponden al contexto en que han ido envejeciendo, y se refieren a los factores propios de la historia social, económica y política de las sociedades de las que forman parte.
- 4) *Las características de los sistemas de protección social*: se reflejan en las oportunidades y en las amenazas para lograr un ingreso sustituto digno en la edad avanzada y, entre otros aspectos, en la posibilidad de acceder a la atención de la salud.

Imagen 1.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SEGURIDAD ECONÓMICA EN LA VEJEZ



Fuente: Huenchan, 2006, pp. 44

La importancia relativa de estos factores varía de un contexto social a otro de acuerdo al grado de desarrollo económico e institucional que exista, las características del mercado laboral y la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran las personas adultas mayores. En ese sentido, la participación económica, las políticas de protección social y los apoyos familiares pueden ser identificados como los mecanismos que generan seguridad económica para las personas adultas mayores (Guzmán y Huenchan, 2006).

Cuando tomamos en cuenta las enormes transformaciones en la relación seguridad social-empleo que se señalaron anteriormente, las cuales nos sugerían una declinación de la primera en favor de la asistencia social, es posible sostener que en esta etapa de la vida, al igual que en la niñez, la ayuda familiar adquiere un significado muy especial.

A medida que avanza la edad, el ingreso por remuneraciones pierde importancia y solo una proporción relativamente reducida de la población puede vivir únicamente de sus propios ingresos o de aquellos obtenidos por concepto de jubilación o pensión. Lo anterior no ocurre en países desarrollados con sistemas de seguridad social de corte universal y no atado al trabajo. Como afirman Wong y Espinoza (2003), el apoyo familiar cobra una mayor importancia relativa en el caso de las personas mayores, sobre todo en el de los grupos de bajos ingresos y que no cuentan con apoyo institucional de ningún tipo.

En la medida en que las personas mayores mantienen activas sus redes de apoyo familiar, disminuye también el peligro de una reducción simultánea de todas las fuentes de recursos económicos y no económicos, pues el riesgo derivado de fluctuaciones públicas y privadas que pongan en riesgo su disponibilidad se distribuye entre varios agentes. No obstante, debe considerarse que los cambios en los patrones de las familias auguran un futuro poco prometedor en este ámbito, pues disminuye cada vez más el número de familiares (hermanos, hijos, nietos) con los que las personas mayores pueden contar, de manera que será cada vez más frecuente que las personas de edad avanzada se vean forzadas a depender de ellas mismas para satisfacer sus necesidades (OIT, 2002).

Estos cambios afectan significativamente a la familia en tanto que proveedora de seguridad económica para las personas mayores. Por mencionar un ejemplo, podemos señalar que en los tres últimos decenios ha disminuido considerablemente la fecundidad, lo cual se traduce en una disminución del tamaño potencial de la red de apoyo familiar. Además ha aumentado la tasa de divorcios y de rupturas de los vínculos de pareja, lo cual

repercutirá en la seguridad de los ingresos en la vejez de las mujeres divorciadas y separadas, en especial si no han contribuido personalmente a un programa de jubilaciones (CEPAL, 2003).

Con base en todos estos elementos podemos caracterizar a la negligencia o abandono familiar como el descuido que se da por parte de los familiares hacia algunos de sus miembros, sea por una falta de oportunidad económica o por un desapego emocional de cualquier índole. Tanto en el caso de los adultos mayores como en el de los niños y adolescentes, el desamparo amenaza con afectar la calidad de vida de estos grupos poblacionales de manera irreversible, pues existe una relación muy estrecha entre vulnerabilidad y exclusión social. No obstante, cuando no se ejerce una intervención activa y eficaz para contrarrestar la dinámica del desamparo, éste puede verse dramáticamente agravado en el momento en que las personas pierden la posibilidad de desarrollar su vida en lugares seguros, dignos y decorosos, es decir, en aquellos que les permitan satisfacer sus necesidades y requerimientos más básicos.

Como hemos visto a lo largo de este apartado, existen procesos de exclusión social que afectan principalmente a los grupos más vulnerables, entre los que destacamos a los niños y a los adultos mayores. La asistencia social nos permite intervenir en las experiencias previas de carácter traumático y revertir los efectos de la exclusión y el aislamiento de estos grupos. Los procesos de reinserción social que pueden impulsarse desde el Estado pretenden inducir la recuperación de un pleno desarrollo de sus capacidades, lo que les permitirá un acceso y disfrute pleno de sus derechos humanos.

La producción de un ambiente de bienestar socioeconómico y de estabilidad emocional son factores cruciales que apuntalan la habilidad de los niños para progresar en áreas del desarrollo infantil (cognitivo, físico, social). Con el fin de ayudar a aquellos niños cuyo desarrollo emocional se vio afectado, es necesario propiciar un ambiente positivo y saludable de cuidado. En el caso de los adultos mayores es necesario contrarrestar el debilitamiento de la red de apoyo familiar que los orilla muchas veces a una situación de abandono, desde la cual se ven imposibilitados a satisfacer sus necesidades más básicas.

La intervención efectiva para contrarrestar los procesos de exclusión y el aislamiento social, es precisamente el objetivo principal se proponen los componente de “atención

integral a las niñas, los niños las y los adolescentes en desamparo” y de “atención integral a las y los adultos mayores sujetos de asistencia social”. Su importancia radica en que dichos componentes brindan asistencia social a aquellos infantes y adultos mayores que requieran de atención integral y alojamiento en alguno de los centros asistenciales del SNDIF.

Sobre el derecho a la recreación: espacios públicos y desarrollo humano

De acuerdo con el enfoque de derechos humanos que orienta las políticas públicas en nuestro país, el derecho a la recreación y el esparcimiento de los grupos vulnerables no puede ser dejado de lado. Aunque algunas personas asumen a la recreación como algo superfluo o trivial que no corresponde al ámbito de lo verdaderamente esencial, en cualquier sociedad el aprovechamiento del tiempo libre juega un papel importante en la vida cotidiana de la población y en las posibilidades de desarrollo humano de las personas.

Existe un reconocimiento formal a nivel internacional y nacional de la recreación como un derecho y una necesidad fundamental, y en virtud de éste le corresponde al Estado mexicano la responsabilidad de posibilitar a la población el acceso y disfrute a la misma. Cabe recordar que México ratificó la *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño* adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, por lo que se comprometió a proteger y asegurar que los niños y las niñas sean sujetos de derechos, sin discriminación alguna.

El derecho a la recreación, la participación en la vida cultural y en las artes, consiste en que “los niños, las niñas y los adolescentes tengan el derecho al descanso, esparcimiento, juego y demás actividades recreativas propias de su ciclo vital y a participar en la vida cultural y las artes. Igualmente, tienen derecho a que se les reconozca, respete y fomente el conocimiento y la vivencia de la cultura a la que pertenezcan” (ONU, 1989, art. 31).

El descanso, esparcimiento, juego y actividades recreativas que se consideran en este derecho son también protegidos por la *Ley General de Cultura Física y Deporte* promulgada en el año 2013, la cual define a la recreación como aquella actividad física con fines lúdicos que permiten la utilización positiva del tiempo libre (DOF, 2013b). Con esto, se entiende que el derecho a la recreación y el esparcimiento no solo pertenecen a los niños y las niñas,

sino que son considerados inherentes a la dignidad humana y el desarrollo armonioso de todas las personas.

De acuerdo con la UNICEF la recreación es una de las necesidades básicas del ser humano junto con la nutrición, la educación, la vivienda, el trabajo y la seguridad social, pues constituye un medio que promueve el desarrollo intelectual, emocional, físico y psicológico de los individuos. Es importante reconocer que la recreación y el esparcimiento están ligados tanto a las actividades lúdicas, como a las deportivas y las vacacionales. Mediante estas actividades las personas, pero especialmente los niños y los adolescentes, aprenden a pensar críticamente y a emplear su criterio para solucionar problemas, a la vez que promueven el sentido de la amistad, la solidaridad y el juego limpio. El esparcimiento y la recreación enriquecen la vida debido a que involucran el respeto por los demás, fortalecen la autoconfianza, propician el liderazgo y la capacidad de trabajar en equipo (UNICEF, 2004).

La recreación y el esparcimiento se enmarcan dentro del contexto del bienestar social integral, pues son dos acciones relacionadas con la promoción colectiva de la salud y la felicidad. Se orientan a estimular el interés por la adopción de un estilo de vida activa y a desarrollar la participación de la comunidad, mediante el desarrollo de cursos específicos de acondicionamiento físico y cultural.

El acceso a espacios públicos en los que se puedan desarrollar actividades de esparcimiento y de recreación, es de gran importancia pues pueden contribuir a mejorar la calidad de vida social y material de los sectores en situaciones de pobreza y exclusión. Joan MacDonald (2005) sostiene que en la mayoría de las grandes ciudades latinoamericanas la población de bajos ingresos se ve imposibilitada para acceder a este tipo de espacios públicos, ya sea de forma directa o indirecta. Esto se debe a que los sectores más vulnerables están impedidos a utilizarlos cuando se localizan a gran distancia de los centros urbanos o debido al cobro de acceso a lugares como balnearios, áreas de parques o incluso algunas playas.

La importancia de facilitar el acceso a los espacios de recreación a los sectores vulnerables, se sustenta en que permiten el desarrollo de vivencias personales, eventos sociales y tradiciones culturales de todo tipo. Dichas actividades construyen además un sentido simbólico y ciudadano que permite la creación de valores culturales afectivos.

Robinson, Siles y Schmid (2003) sostienen que los lugares recreativos producen ese tipo de valores al generar experiencias sociales positivas, de manera que tienen efectos importantes en la calidad de vida de aquellas personas afectadas por la pobreza y la precariedad urbana.

Para dichos autores los espacios destinados a la recreación también tienen consecuencias positivas para el aumento del *capital social*, al cual definen como “el cúmulo de relaciones de cooperación que generan capacidades y estímulos a las relaciones de intercambio y a la solidaridad” (Robinson, Siles y Schmid, 2003, pp. 134). El aumento del capital social incrementa la eficiencia de la acción colectiva, pues conlleva la reconstrucción de formas de cooperación basadas en el espíritu cívico y la disminución de tendencias a la segregación social.

Por tanto, podemos decir que los espacios recreativos cumplen funciones materiales y simbólicas muy importantes, ya que son el soporte físico de las actividades cuyo fin es satisfacer las necesidades colectivas de diversión, actividad física, y esparcimiento. Vale la pena señalar que lo que define la naturaleza del espacio recreativo es el uso que se le da a éste y no tanto el estatuto jurídico que mantenga, pues pueden pertenecer a un privado o pueden ser de carácter público o comunitario. Sin embargo, el espacio público recreativo cuando funciona como tal supone el dominio público, el uso social colectivo y la diversidad de actividades recreativas que no discriminen a ninguna persona. Todas estas características se vinculan a los objetivos del componente “atención a población vulnerable en campamentos recreativos” pues están orientados a proveer espacios públicos en los que los menores y adultos mayores que se encuentran en una situación de desventaja social puedan realizar actividades recreativas que favorezcan su desarrollo en plenitud.

2.2. Evolución del problema

Con el fin de comprender en todas sus dimensiones las distintas problemáticas que afectan a los niños, los adolescentes y a los adultos mayores, es imprescindible conocer sus perfiles sociodemográficos y su evolución en el tiempo. También resulta fundamental localizar espacialmente a estos grupos vulnerables, pues su ubicación geográfica nos permitirá elaborar un diagnóstico que nos ayude a brindar la asistencia social indicada para resolver las problemáticas revisadas con anterioridad.

Las información referida en esta sección proviene en su mayoría de dos fuentes: 1) el *Censo de Población y Vivienda 2010*, y 2) la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012* (ENIGH), ambos realizados recientemente por el INEGI. Sin embargo, también se hace referencia a datos de censos y encuestas anteriores, así como a otras fuentes de información, sobre todo aquella proporcionada por la UNICEF o por la Red por los Derechos de la Infancia en México (REDIM). De esta manera se presentan indicadores clave sobre estos dos grupos, los cuales se han elegido porque resultan muy importantes para conocer los factores de riesgo y oportunidad en relación a las áreas de vulnerabilidad discutidas en la sección anterior.

Transición demográfica en México: envejecimiento y transformación de la dependencia

Nuestro país experimenta una transición demográfica que lleva a un paulatino envejecimiento de la población. Fenómenos como la industrialización de la economía, la disminución de la mortalidad infantil, el descenso acelerado de la tasa de fecundidad, mejoras en la alimentación, un crecimiento en el acceso a la atención sanitaria básica o el control de muchas enfermedades infecciosas, han producido una serie de cambios importantes en el perfil sociodemográfico de la población.

El *envejecimiento demográfico* puede ser definido como el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total, lo que resulta en una alteración gradual de la estructura por edades que se representa gráficamente en la pirámide demográfica: los grupos poblacionales más jóvenes se sitúan debajo y los más longevos en la parte superior. En este proceso la pirámide poblacional pasará de tener una base amplia y una cúspide angosta, a ir adquiriendo una forma rectangular en la que la cúspide es cada vez más ancha que su base. (Ver Gráfica 1)

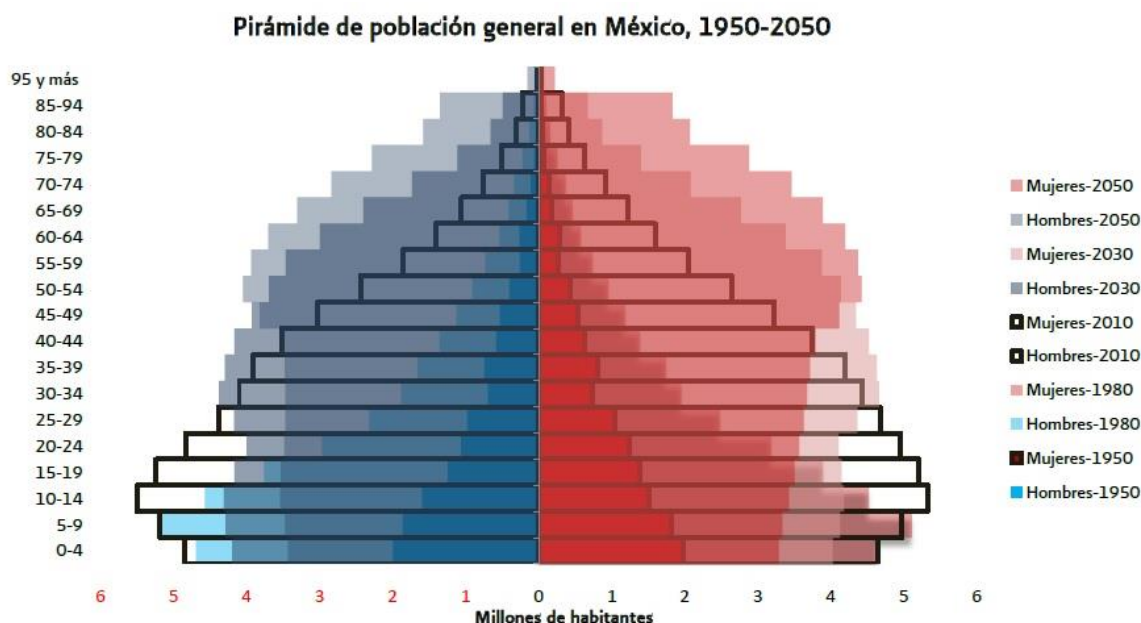
Hasta mediados de los años setenta del siglo pasado la estructura de la población mexicana era predominantemente joven, es decir, que la población menor a 15 años era mayoritaria y creciente. La disminución en el número de hijos por familia provocó que la población de niños en edad preescolar (0-6 años) no solamente haya dejado de crecer, sino que comenzó a reducirse en términos relativos a partir de la década pasada. Si bien la población en edad laboral (15-64 años) continúa creciendo a un ritmo importante y se mantendrá en esta tendencia durante todo el primer cuarto de este siglo, a partir del segundo

cuarto comenzará a disminuir su participación relativa. Por su parte, el número de personas mayores de sesenta y cuatro años, que en la actualidad representa menos de cinco por ciento de los habitantes del país, aumentará a un ritmo de crecimiento inédito en la historia del país, lo que resultará en un paulatino proceso de envejecimiento demográfico que será más notorio en el mediano y largo plazo. (CONAPO, 2012).

De acuerdo con los datos del Censo 2010 realizado por el INEGI, en México habitan 112,336,538 personas en total, en donde 48.8% son hombres y 51.2% mujeres. El Consejo Nacional de la Población (CONAPO) estima que para el año 2050 la población será de 150,837,517. 48.3%, serán hombres y 51.7% mujeres. De acuerdo con las proyecciones de este organismo, en las siguientes décadas decrecerá la población menor de 15 años –pasando de 33.9 millones de personas en 2010 a 28.9 millones en 2050–, al tiempo que se incrementará la población de 65 años o más –pasando de 7.1 millones en 2010 a 23.1 millones en 2050–, es decir, mientras que en la actualidad los adultos mayores representan el 6.8% de la población, para 2050 serán el 28.0%. No obstante, la población en edad laboral –entre 15 y 64 años– incrementará su importancia al pasar de 73.3 millones en 2010 a 85.5 millones en 2050. Lo anterior es conocido como el “bono demográfico”, pues representa una oportunidad de inversión en capital humano que debe ser aprovechada para hacer frente a los retos del desarrollo y a los problemas derivados del envejecimiento de la población mexicana (CONAPO, 2012).

De acuerdo con este organismo la disminución de la tasa de fecundidad ha sido uno de los principales determinantes de la reducción del crecimiento demográfico. Esta tasa se ha reducido desde los años setenta cuando en promedio una mujer tenía 6.1 hijos a lo largo de su vida; en la actualidad este indicador ha descendido a 2.22 hijos, y continuará descendiendo hasta alcanzar una tasa de 2.08 en 2030. Así mismo, el aumento de la esperanza de vida nacimiento ha influido considerablemente en este fenómeno, pues mientras que en 1930 apenas alcanzaba casi los 37 años, actualmente se ha calculado en 75.4 y se proyecta que para el año 2030 sea de casi 79 años. (CONAPO, 2012).

Gráfica. 1



Fuente: CONAPO, 2012.

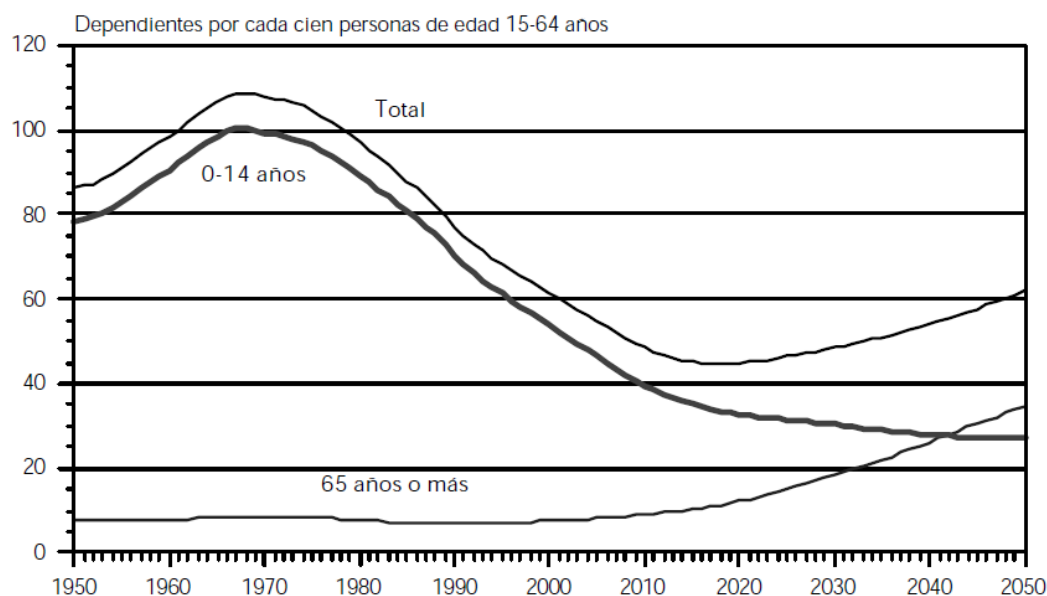
En esta gráfica se muestra el crecimiento de la población mexicana en 100 años (1950-2050). Es posible observar el final de la primera etapa y el inicio de la segunda en lo que se refiere a la transición demográfica, es decir, cuando los niveles de natalidad y mortalidad convergerán. Se estima que esta etapa tendrá lugar durante la primera mitad del presente siglo, en el año 2050. También es posible notar que la población mayor de 60 años para ambos sexos aumentará como resultado de esta transición, por lo que la población de menores de 60 años disminuirá hasta que la pirámide muestre una base invertida.

De acuerdo con Ricardo Aparicio (2002) el proceso de envejecimiento de la población impactará asimismo la *razón de dependencia* de nuestro país, por lo que será necesario adaptar las políticas públicas y la estructura institucional del estado para hacer frente a este cambio. La razón de dependencia demográfica tiene dos componentes: la dependencia juvenil y la dependencia de la tercera edad. La primera resulta del cociente del volumen de población menor de 15 años entre la población en edades laborales, mientras que la razón de dependencia de la tercera edad es el cociente de las personas de la tercera edad entre la población en edades laborales. La razón de dependencia total es la suma de los

dos indicadores anteriores, de manera que nos indica cuántas personas existen en una población en edades no laborales, en relación a las personas que se encuentran en edad de trabajar. A continuación se presenta una gráfica con estas tendencias:

Gráfica 2.

**Evolución de la razón de dependencia total, infantil
y de la tercera edad en México, 1950-2050**



Fuente: Aparicio, 2002, pp. 157.

En la medida en que es menor la razón de dependencia, la población en edades laborales tiene menos presiones para generar los bienes que requieren los niños, los jóvenes y los adultos mayores que no laboran, siempre y cuando la sociedad sea capaz de generar empleos de calidad en cantidad suficiente para aprovechar el potencial productivo de la población en edad de trabajar.

En México la razón de dependencia juvenil aumentó de manera importante entre 1950 y 1970, como consecuencia de la elevada fecundidad. A partir de entonces el continuo descenso de los niveles de fecundidad ha generado una importante reducción de la dependencia de menores de quince años, tendencia que continuará durante los primeros cincuenta años de este siglo. Por su parte, la razón de dependencia de la tercera edad hasta la fecha no ha tenido una gran significación relativa en la dependencia demográfica total,

oscilando, entre 1950 y 2000, entre 7.2 y 9.3 personas de 65 años o más por cada cien personas en edad laboral. Sin embargo, conforme avance la transición demográfica la razón de dependencia de la tercera edad crecerá en el mediano y largo plazo de manera exponencial: se puede prever que en 2050 se habrá incrementado a cerca de treinta y cinco personas de 65 años o más por cien personas en edad laboral (Aparicio, 2002).

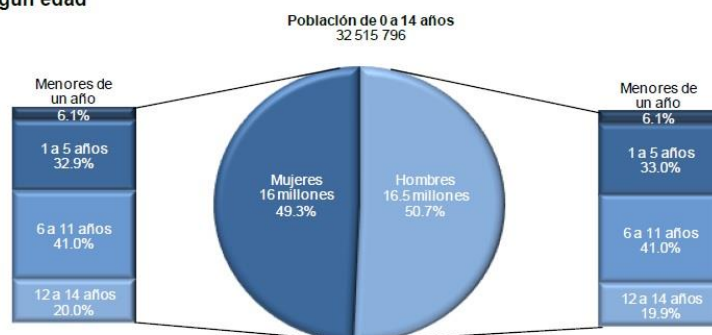
En la actualidad la población infantil sigue siendo el grupo poblacional que demanda una mayor atención de asistencia social, pues es necesario prevenir y contrarrestar los procesos de exclusión a los que se ven sometidos. Sin embargo, si bien la etapa del proceso de envejecimiento que experimentamos es todavía incipiente en nuestro país, el elevado ritmo de crecimiento demográfico de la población de adultos mayores y la vulnerabilidad social en que se encuentra esta población hace urgente el establecimiento de políticas públicas dirigidas a mejorar sus condiciones de vida y el fortalecimiento de las instituciones sociales que les atienden.

Cuantificación actual de los niños, adolescentes y adultos mayores

De acuerdo al proceso de transición demográfica recién señalado, si bien el monto de niños ha aumentado ligeramente en las últimas dos décadas, su participación porcentual ha disminuido de forma considerable: por ejemplo, en 1990 el número de niños ascendía a 31.1 millones y su proporción respecto al total era del 38.3 por ciento. En contraste, el Censo 2010 realizado por el INEGI señala que en México residen actualmente 32.5 millones de niños de 0 a 14 años, lo que en términos relativos representa el 29% de la población total. Entre ellos, 2 millones tienen menos de un año de edad, 10.7 millones una edad de 1 a 5 años, y 19.8 entre 6 y 14 años. El 49.3% son mujeres y 50.7% son hombres.

Gráfica 3.

Distribución porcentual de la población de 0 a 14 años según sexo y distribución porcentual por sexo según edad
2010



Fuente: INEGI (2010a)

La distribución de la población infantil en el territorio nacional se caracteriza por tener un alto monto de población concentrada en un número reducido de ciudades y por tener un gran número de asentamientos humanos pequeños y dispersos a lo largo del territorio nacional. La dispersión y el aislamiento son dos cualidades de las localidades pequeñas, aspectos que dificultan el acceso a los servicios que proporciona el Estado. Según datos censales de 2010, más de una cuarta parte de la población menor de 15 años (26.6%) reside en localidades de menos de 2 mil 500 habitantes; tres de cada diez (30.4%) radica en localidades de 2 mil 500 a 99 mil 999 y la mayoría (43%) reside en localidades de 100 mil y más habitantes. (INEGI, 2010).

Otra estadística relevante respecto a los niños es la conformación que tienen los hogares en los que habitan. Los *hogares familiares* se refieren a las relaciones de parentesco. Hay casos en los que el jefe convive sólo con sus hijos (hogar monoparental), o bien, convive con sus hijos y su cónyuge (biparental). En conjunto, a estos hogares se les denomina nucleares y representan 66.9% del total de los hogares familiares donde hay al menos un niño de 0 a 14 años. Otra conformación de los hogares familiares son los ampliados o compuestos, es decir, hogares donde además de los padres, hijos y cónyuges, cohabitan otros parientes o personas que no tienen parentesco con el jefe del hogar, los cuales representan 31.8% de los hogares familiares donde hay al menos un menor de edad.

Vale la pena señalar que de acuerdo con datos de la UNICEF, en 2012 el 6.6% de las niñas y niños que nacieron en México no fueron registrados antes de cumplir su primer año de vida. En áreas rurales, uno de cada cinco niños y niñas no fue registrado antes de su primer cumpleaños y en 172 municipios del país menos de la mitad de las niñas y niños se registraron oportunamente (UNICEF, 2013). Según la *Convención sobre los derechos del niño*, artículo 7, todo niño debe ser inscrito inmediatamente después de nacido ya que tiene derecho desde que nace a un nombre, a adquirir una nacionalidad y, en la medida de lo posible, a conocer a sus padres y a ser cuidado por ellos.

En el caso de niños en situación de calle, es importante recalcar que de acuerdo con la UNICEF y la OSC internacional *Aldeas Infantiles SOS*, en nuestro país no existen datos precisos que permitan conocer el número exacto de menores que padecen esta condición. Esto se debe a que los censos de población y las ENIGH han medido solamente el número de menores que, encontrándose en esta situación, reciben cuidados en casas hogar o instituciones de asistencia pública. Es por eso que el censo 2010 únicamente contabilizó a

19 mil 174 menores de edad en esta situación (INEGI, 2010), lo cual es una cifra muy baja si se compara con los estimados de la RELAF, para quienes existían entre 1.6 y 1.8 millones de niños y niñas huérfanos en México (RELAF, 2010).

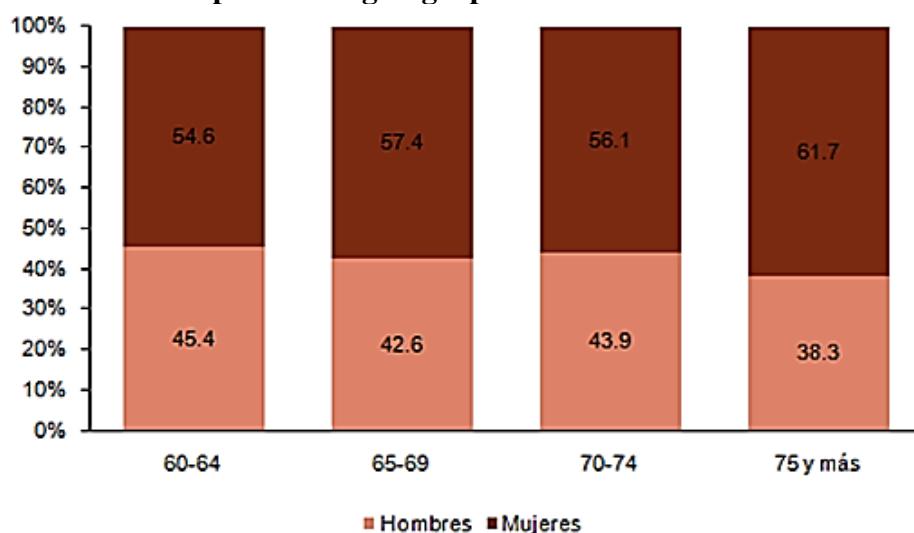
Por otra parte, de acuerdo con el censo 2010 en México residen 10.1 millones de adultos mayores, lo que representa el 9% de la población total. Entre la población de 60 años y más, existe una relación de 87 hombres por cada 100 mujeres, indicador que muestra los efectos de la sobremortalidad masculina en los adultos mayores. Entre 1990 y 2010 la población en su conjunto se incrementó a una tasa promedio anual de 1.61%, en tanto que la tasa de crecimiento de las personas de 60 años y más fue de 3.52 por ciento; de este modo el número de adultos mayores pasó de 5 a 10.1 millones en dicho periodo y su proporción respecto a la población total creció de 6.2 a 9 por ciento (INEGI, 2010).

De acuerdo con su lugar de residencia, 74.0% de la población de 60 años y más reside en localidades urbanas, mientras que el 26.0% vive en localidades rurales, por lo que es posible afirmar que el fenómeno del envejecimiento en México es predominantemente urbano.

De cada 100 hogares en el país, 27 están integrados por al menos una persona de 60 años y más (26.9%). La mayor parte de la población de 60 años y más (83.9%) forma parte de hogares familiares, es decir, que tiene una relación de parentesco con al menos uno de sus integrantes. Sin embargo, uno de cada siete hogares integrado por al menos un adulto mayor es unipersonal, lo que en términos de población representa que 12% de las personas de 60 años y más viven solas. Esto representa retos importantes en la calidad de vida y el estado anímico de los adultos mayores, ya que es frecuente que en esta etapa de la vida se presenten enfermedades degenerativas o limitaciones físicas que requieran del apoyo de familiares o amigos.

Gráfica. 4

Distribución porcentual de la población de 60 años y más que vive sola por sexo según grupos de edad 2010.



Fuente: INEGI (2010a).

Pobreza y vulnerabilidades en la niñez

De acuerdo con la medición multidimensional de la pobreza en México realizada por el CONEVAL, se estima que en 2010, 21.4 millones de niños menores de 18 años se encontraban en algún tipo de pobreza multidimensional, lo que equivale al 53.8% de este grupo poblacional. La pobreza multidimensional está definida como la situación de una persona cuando no tiene garantizado el ejercicio de al menos uno de sus derechos para el desarrollo social, y si sus ingresos son insuficientes para adquirir los bienes y servicios que requiere para satisfacer sus necesidades.

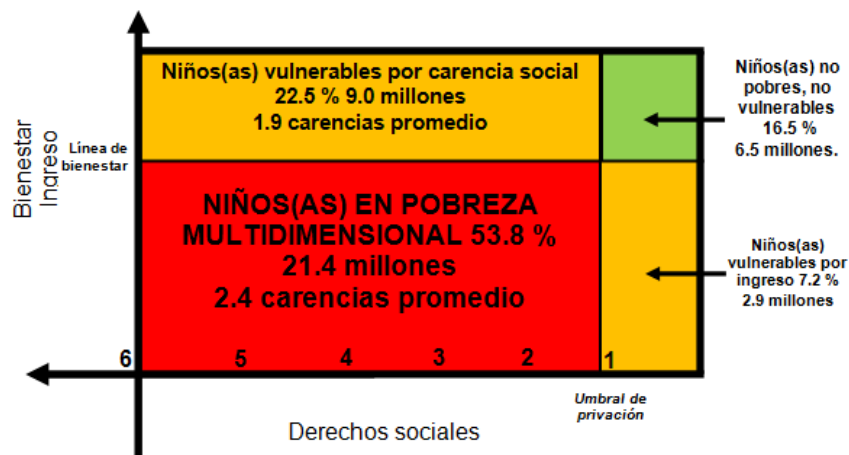
De los niños en pobreza multidimensional, 23.8% se encontraban en pobreza multidimensional extrema, es decir, estos niños pertenecen a hogares que, aun al hacer uso de todo su ingreso en la compra de alimentos, no puede adquirir lo indispensable para tener una nutrición adecuada y presentan al menos tres carencias sociales de las seis incluidas en el cálculo del índice de privación social. Cabe destacar que solamente uno de cada seis niños

(16.5%) son considerados “no pobres multidimensionales ni vulnerables por ingresos o por carencias”, es decir, que se encuentran completamente fuera de la zona de vulnerabilidad social.

Las principales carencias sociales de los niños en pobreza multidimensional son:

- 9.8% tenían rezago educativo;
- 29.8% no tenían acceso a los servicios de salud;
- 64% no tenían acceso a la seguridad social;
- 20.1% tenían carencia en la calidad y en los espacios en la vivienda;
- 19.8% no tenían acceso a los servicios básicos en la vivienda, y
- 29.5% no tenían acceso a la alimentación. (CONEVAL, 2010)

Gráfica 5. Población menor de 18 años en pobreza multidimensional 2010



Fuente: CONEVAL, 2010.

Otra cuestión importante en la llamada *carrera del niño de la calle* (Lucchini, 1996) es el padecimiento de violencia en el hogar, la escuela y en su comunidad, es decir, en espacios que debieran ser de protección, afecto y estímulo para su desarrollo integral. Estimaciones realizadas por la UNICEF señalan que todos los años 275 millones de niños y niñas en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares y unos 40 millones de menores de 15 años sufren violencia, abusos y abandono, fenómenos que se reportan en distintos ámbitos: la familia, escuela, comunidad, calles y situaciones de trabajo (UNICEF, 2014).

En nuestro país, la *Procuraduría de la Defensa del Menor* reporta que en 2009 se recibieron 48 mil 591 denuncias por maltrato infantil y se atendieron a 41 mil 437 menores en este rubro. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que las denuncias sólo dan cuenta parcial de la magnitud del maltrato, pues muchos se ven orillados a guardar silencio por miedo a represalias, por desconocimiento a las leyes o porque muchas personas asumen que el castigo físico y verbal forma parte de la educación y la socialización del niño.

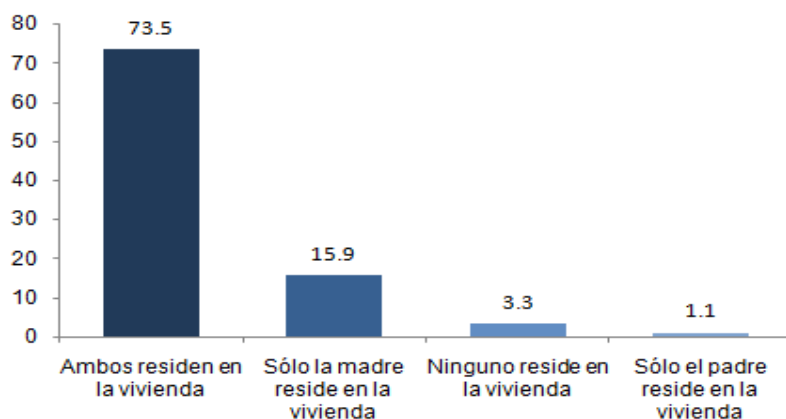
Por otro lado, es importante señalar que el trabajo infantil constituye una violación de los derechos de los niños, pues impide su sano crecimiento y trunca su desarrollo escolar. El trabajo infantil es asimismo un obstáculo para el desarrollo social y económico, pues afecta las competencias de su futura fuerza laboral y favorece la transmisión intergeneracional de la pobreza, al tiempo que perpetúa las desigualdades existentes (UNICEF, 2014). De acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) cerca de 215 millones de niños trabajan en el mundo. Debido a que muchos lo hacen de tiempo completo, están imposibilitados para acudir a la escuela o para tener tiempo de jugar.

En México, la *Ley Federal del Trabajo* establece una prohibición en la utilización del trabajo de los menores de catorce años y los mayores de esta edad y menores de dieciséis que no hayan terminado su educación obligatoria, además de la autorización de sus padres o tutores. De acuerdo con los resultados del Módulo de Trabajo Infantil 2009 de la *Encuesta de Ocupación y Empleo* (ENOE), 10.7% de los niños de 5 a 17 años realizan una actividad económica, es decir, forman parte de la población ocupada. Por sexo, esta tasa es casi el doble en los niños (14.1%) que en las niñas (7.2%) y por edad, la tasa de ocupación es de 1.9% en los niños de 5 a 9 años; 6.4% en los que tienen de 10 a 13 años y 24.8% en los de 14 a 17 años (INEGI y STPS, 2010).

Respecto a la presencia de los padres en el periodo de maduración de los infantes, podemos señalar que los cambios demográficos ocurridos en las últimas décadas han hecho que las familias sean más pequeñas y tengan una mayor propensión a aspectos asociados a la migración, viudez, divorcios y separaciones, lo que ocasiona que el número de mujeres que dirigen un hogar sea cada vez mayor.

En 2010, en uno de cada cinco hogares donde había al menos un niño de 0 a 14 años el jefe del hogar era una mujer, la mayoría de éstas (54.4%) se encuentran separadas, divorciadas o viudas, 12.9% son solteras y 32.6% la jefa del hogar está casada o en unión libre, aunque habría que señalar que más de la tercera parte de estos hogares (35%) el cónyuge no reside en el hogar. El cuestionario ampliado del censo de 2010 identifica a los padres del niño al interior de los hogares; 73.5% cohabita en el hogar con ambos padres, 15.9% sólo con la madre, 1.1% sólo con el padre y 3.3% ninguno reside en la vivienda (INEGI, 2010).

Gráfica 6. Distribución porcentual de la población de 0 a 14 años de edad por condición de residencia de los padres 2010



Fuente: INEGI (2010a)

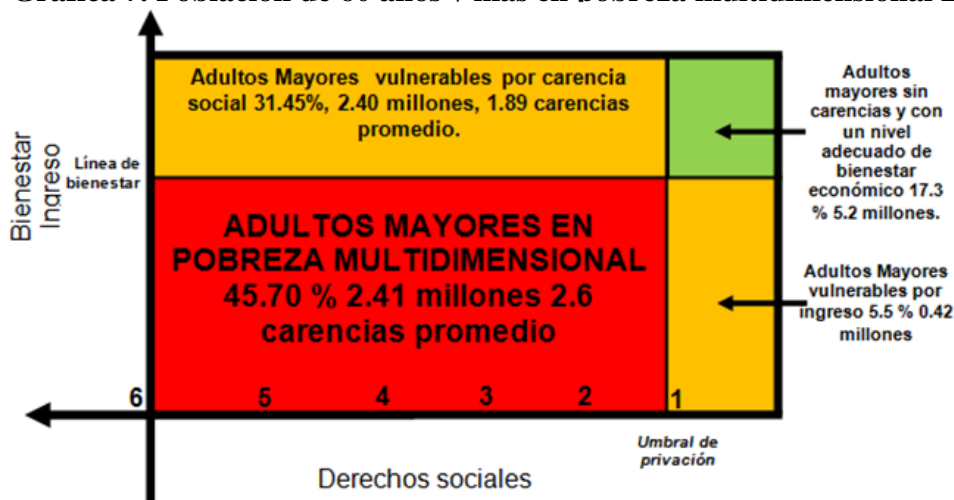
Pobreza y vulnerabilidad en los adultos mayores

En el caso de los adultos mayores, el CONEVAL estima que en 2010 existían 3.5 millones de hombres y mujeres de 60 años o más en pobreza multidimensional, es decir, el 43.5% del total. De éstos, 0.8 millones se encontraban en pobreza multidimensional extrema o lo que es lo mismo el 9.9% de este grupo poblacional. En el mismo año, 2.4 millones de adultos mayores eran vulnerables por carencias sociales, 0.4 millones eran vulnerables por ingreso y 1.3 millones no eran considerados pobres multidimensionales ni vulnerables por ingreso o carencias sociales. Los adultos mayores que se encontraban en pobreza multidimensional tenían, en promedio, 2.4 carencias sociales.

La clasificación de las carencias sociales de los adultos mayores era la siguiente:

- Tenían rezago educativo: 66.2%;
- No contaban con acceso a los servicios de salud: 26.3%;
- No tenían acceso a la seguridad social: 28.8%;
- Tenían carencia en la calidad y en los espacios en la vivienda: 10.4%;
- Presentaban carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda: 16.3 %
- Presentaban carencia por acceso a la alimentación: 21.4 %.

Gráfica 7. Población de 60 años y más en pobreza multidimensional 2010



Fuente: CONEVAL 2010

Aquellos adultos mayores que tienen que satisfacer sus necesidades más básicas por sí mismos, se ven obligados a seguir en la actividad laboral hasta que sus fuerzas y capacidades se lo permiten con el fin de costear su subsistencia. Los datos del censo 2010 indican que 32.7% de los adultos mayores que viven solos realizaron una actividad económica o buscaron trabajo. De éstos, 96.5% están ocupados y 3.5% buscan empleo. Para los adultos mayores que forman parte de hogares familiares, la tasa de participación económica es de 30.9% y la tasa de desocupación es de 3.8 por ciento. (INEGI, 2010).

De la población de adultos mayores ocupada, seis de cada diez adultos mayores que viven solos se dedican a actividades del sector servicios y por su posición en la ocupación, 54.1% son trabajadores por cuenta propia; los que integran hogares familiares también se insertan en el sector servicios (53.6%) y 48.9% trabaja por su cuenta, no obstante, los que viven en familia tienen una mayor proporción que trabaja en actividades agropecuarias (30.6%) o que labora como trabajador familiar sin pago alguno (6.3%) respecto a los que viven solos.

En general, entre los adultos mayores que viven solos la proporción de personas con prestaciones son menores a la de aquellos que forman parte de un hogar familiar, pues la mayoría de la población de 60 años y más que trabaja no tienen acceso a prestaciones laborales: 34.6% laboran de manera remunerada o subordinada; de éstos, sólo 38% recibe

aguinaldo, 33.9% es derechohabiente por su trabajo, 31.1% recibe vacaciones con goce de sueldo y 21.9% recibe un ahorro para el retiro (SAR o Afore). (INEGI, 2010).

Respecto al acceso a los servicios de salud y la derechohabiencia, la ENIGH 2012 señala que sólo siete de cada 10 adultos mayores son derechohabientes a alguna institución de seguridad social. Así mismo, los gastos que cubren la familias en cuanto a servicios de salud, hospitalización o medicamentos, son en promedio \$1,198 pesos al trimestre, mientras que los hogares que se integran por al menos una persona de 60 años o más gastan \$1,561 pesos, aproximadamente 30% más que aquéllos sin adultos mayores (ENIGH, 2012).

Tenemos así que existe una transición demográfica en la que los adultos mayores son un grupo poblacional más numeroso proporcionalmente con respecto al resto. Esto requiere una previsión oportuna en la estructura institucional de la asistencia pública, pues nuestro país enfrentará desafíos en materia de cuidados de salud que este grupo requiere.

A manera de conclusión, se advierte que casi la mitad de los adultos mayores también padecen algún tipo de pobreza multidimensional, en donde el rezago educativo y la falta de acceso a la seguridad social son las principales vulnerabilidades de este grupo. Un número creciente de adultos mayores tiene que solventar sus necesidades por sí mismos, lo cual resulta problemático debido a los empleos de mala calidad a los que tienen que enfrentarse. De esta manera, un gran porcentaje de la población requiere de una asistencia social que les permita eludir los riesgos sociales y los procesos de exclusión que pueden aislarlos definitivamente.

En la actualidad más de la mitad de los niños y los adolescentes padecen pobreza multidimensional, teniendo a la falta de seguridad social y el acceso a los servicios de salud como las principales vulnerabilidades que los afectan. Existen grandes factores de riesgo en un amplio sector de este grupo con respecto a la posibilidad de sufrir un abandono por parte de sus padres, como puede ser la migración (tanto interna, como externa) y la constitución cada vez más frecuente de hogares monoparentales en los que las madres se ven obligadas a trabajar.

Por todo esto resulta imprescindible conocer algunas experiencias de atención en relación a las problemáticas revisadas, sea a nivel nacional o internacional, pues solo conociendo los logros, fallos y resultados de diferentes programas de asistencia social en

favor de estos grupos será posible intervenir de una forma efectiva en los procesos de exclusión que impactan en la calidad de vida de las personas más vulnerables.

2.3. Experiencias de atención

Las políticas sociales de superación de pobreza han ido evolucionando en todo el mundo de manera paralela a los cambios que a nivel teórico ha tenido el concepto de pobreza. Por ello la visión centrada exclusivamente en aliviar las condiciones económicas de las personas, en la que se consideraban casi exclusivamente parámetros de medición basados en necesidades materiales básicas, como los requerimientos calóricos y nutricionales, ha sido sustituida por una visión multidimensional, en la que ya no sólo se buscan cubrir las necesidades básicas de los individuos sino que se procura su integración plena en la sociedad.

En la medida en que se reconoce que la pobreza tiene causas multidimensionales, su superación requerirá de estrategias de intervención cada vez más integrales y de políticas sociales multisectoriales, con objetivos claros e instrumentos complementarios que conformen verdaderas redes sociales. De este modo, actualmente es necesario entender como políticas sociales contra la exclusión a aquellas orientadas a mejorar el desarrollo social integral, es decir, aquellas que conjuntan el alivio de la pobreza con el fomento de capital humano de la población.

Dentro de esta nueva generación de políticas sociales se han utilizado cada vez más criterios de focalización con el fin de hacer más efectiva la intervención de los gobiernos en las problemáticas y los riesgos sociales. Uno de esos criterios de focalización es el del *ciclo de vida*, el cual señala que a lo largo de la vida de una persona se precisan estrategias de intervención distintas, pues los orígenes del riesgo social son diferentes en cada etapa.

Los infantes y los adultos mayores requieren estrategias sociales de protección, principalmente porque al no poder desarrollar actividades económicas remuneradas que les garanticen un nivel mínimo de ingresos con el cual financiar sus necesidades básicas, son más vulnerables en aspectos como la alimentación, los cuidados de salud o el desamparo que otros grupos sociales (Pardo, 2003). La asistencia social orientada a grupos específicos contempla programas que reconocen explícitamente la heterogeneidad de cada grupo vulnerable, de manera que se logren atender sus necesidades en el diseño y la implementación de programas en particular.

En Latinoamérica se han implementado diversas iniciativas destinadas a fomentar el desarrollo y proteger el capital humano de la infancia y la adolescencia, que abarcan desde programas basados en la expansión de la oferta educativa hasta programas creados específicamente para poner fin al trabajo infantil. En este contexto, destacan los programas de alimentación escolar que, bajo diversas modalidades, han logrado una sinergia entre educación, nutrición y bienestar familiar, en tanto que constituyen una transferencia implícita a todo el hogar.

Estas iniciativas, implementadas desde hace mucho tiempo en la región (por ejemplo, en Brasil el *Programa de alimentación escolar* se implementa desde 1953), mejoran el capital educativo de la población en la medida que reducen la deserción y el ausentismo escolar de los niños y niñas en situación de desventaja, además de que promueven una ingesta mínima de calorías y nutrientes, lo cual es una condición necesaria para una adecuada acumulación de conocimientos. Los programas de comedores escolares también transmiten conocimientos y hábitos sobre alimentación adecuada y en programas iniciados en los últimos años se ha extendido la atención a los fines de semana y los períodos de vacaciones (Acosta y Ramírez, 2004).

Otros países de la región han puesto en marcha programas de este tipo en las escuelas (desayunos con alto contenido nutritivo, almuerzos o ambos), con diversos grados de cobertura del alumnado. La información sobre la materia demuestra que estos programas tienen un importante efecto positivo en el estado nutricional de los escolares cuando se ejecutan en forma sostenida, y mejoran el rendimiento escolar de los alumnos y su permanencia en la escuela (Pardo, 2003). Estos programas de inversión temprana en capital humano tienen un alto rendimiento y costos relativamente bajos en comparación con los beneficios que brindan.

Los esfuerzos regionales de protección de la población en edad preescolar se han canalizado sobre todo a través de los programas de salud materna-infantil, que suelen incluir una vigilancia eficaz del estado de salud de los menores, el combate a las principales causas de morbilidad infantil con inmunización oportuna, suelen ir acompañados de medidas de fomento de la lactancia materna en los seis primeros meses de vida y la provisión de complementos alimentarios.

Otra línea de acción orientada a los niños en edad preescolar, relativamente difundida en la región, es el fomento del cuidado integral de los menores de seis años (atención nutricional y de la salud y desarrollo psicoafectivo) de los grupos de más bajos ingresos. A modo de ejemplo, pueden citarse (entre muchas otras) lo realizado en los programas de salas cuna y jardines infantiles en Chile “Madres Cuidadoras” y “Hogares de Cuidado Diario”; los programas “Operación de Rescate Infantil” y “Nuestros Niños” en Ecuador; el programa “De la Mano” en Costa Rica; y los hogares de bienestar infantil del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) de Colombia. Además de centrarse en el desarrollo de los menores, estos programas representan en algunos casos redes de apoyo a las mujeres que forman parte de la fuerza laboral (CEPAL, 2006).

A continuación se describen las características de tres de los programas más destacados en la asistencia social para la infancia:

Tabla 6. Programas más destacados en la asistencia social para la infancia

País	Programa	Objetivo	Beneficiarios
Chile	Salas Cuna – “Hogares de cuidado diario”	Consiste en la implementación de un programa de estimulación de las tareas del desarrollo de los niños en el período comprendido entre los 3 y los 24 meses, estableciendo una relación de colaboración entre la familia y el personal de la Sala Cuna. Además, se les proporciona a los niños una alimentación que cubre las necesidades nutricionales de acuerdo a su edad.	Niños entre 3 y 24 meses de edad que viven en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social.
Colombia	Programa – “De la mano”	Entrega de un subsidio mensual en dinero – Subsidio Costo de Atención por Niño Atendido–, cuyo monto varía dependiendo de la condición de pobreza de la familia, con tope máximo de 20.000 colones por niño.	Familias pobres con niños menores de 7 años. Se prioriza los niños hijos de mujeres jefas de hogar trabajadoras, estudiantes, o que se encuentran en proceso de capacitación o incorporación laboral.

Ecuador	Operación de Rescate Infantil (ORI)	Brindar apoyo integral a niños de alto riesgo motivando la participación familiar y de la comunidad. Enfatiza tres tipos de cuidado: alimentación y nutrición, salud y desarrollo psico-socio-afectivo.	Niños de 0 a 6 años de sectores urbano marginales y rurales del país.
---------	-------------------------------------	---	---

Fuente: Elaboración propia a partir de Pardo, 2003.

Por último, en países donde el problema del trabajo infantil está presente, se han desarrollado programas con objeto de erradicarlo y reinsertar a los menores en el sistema educativo. En este contexto, destacan las actividades realizadas en los últimos años en Brasil (Programa de erradicación del trabajo infantil), Ecuador (Programa de Protección y Educación para Niños Trabajadores), y República Bolivariana de Venezuela (“Misión Negra Matea”, orientada a los niños de la calle).

En estos programas se procura alentar actitudes y prácticas sociales y familiares que favorezcan la escolarización de los niños y la eliminación del trabajo infantil. En algunos se prevé también la transferencia de fondos para compensar el aporte al ingreso familiar que estos realizaban, condicionados a su asistencia a centros educativos.

En relación a la asistencia social de los adultos mayores existe una variedad de programas de asistencia social que buscan atender diversas problemáticas de este grupo a partir de transferencias monetarias no condicionadas o centros asistenciales de carácter integral.

En el primer caso, Brasil ha implementado el “Programa de Prestación Continuada” desde 2003, el cual tiene por objetivo atender las necesidades básicas de personas sin ingresos, que por sus condiciones no pueden participar en el mercado laboral. Atiende a los adultos mayores de 67 años sin pensión social de vejez, con ingresos menores a un salario mínimo mensual o, cuando éste habite un grupo familiar, que el ingreso familiar mensual per cápita sea inferior a $\frac{1}{4}$ salario mínimo. Este programa otorga una transferencia de ingreso no condicionada como beneficio. Por otro lado, las “Pensiones Asistenciales” (PASIS) en Chile entregan una pensión mensual a personas mayores de 65 años de edad, carentes de recursos y que no hayan podido obtener un beneficio por cualquier tipo de pensión para el retiro. Entrega una pensión mensual cuyo valor alcanza el salario mínimo (Pardo, 2003).

Respecto al segundo tipo de intervención la CEPAL destaca al “Programa de Atención Integral al Adulto Mayor” de Colombia, el cual se propone mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores, de los discapacitados y de los indígenas que carecen de ingresos suficientes para subsistir o se encuentran en condiciones de extrema pobreza o de indigencia. Su población objetivo de adultos mayores consiste en personas de 65 años o más que durante su vida laboral no cotizaron y no contaron con pensión de vejez, que viven solos y su ingreso mensual no supera medio salario mínimo vigente; los adultos mayores que viven en la calle y de la caridad pública, o viven con la familia y el ingreso familiar es inferior o igual a un salario mínimo mensual vigente. También participan los adultos mayores abandonados por sus familias e instituciones. Las actividades programa despliega obedecen a dos líneas de acción: 1) cobertura de necesidades básicas como servicios de salud, nutrición y dotación de habitación en centros asistenciales; y 2) realización de actividades de educación, recreación, cultura y deporte que permitan el esparcimiento del adulto mayor. (Pardo, 2003).

2.4. Árbol de problemas

La investigación documental y estadística que se presentó anteriormente nos permitió identificar y describir las principales dimensiones de los procesos de exclusión que afectan a los niños, adolescentes y adultos mayores en México. Con el fin de presentar de manera más clara los elementos de esta problemática a resolver, a continuación se elaborarán de forma esquemática los encadenamientos de causas y efectos a partir de un árbol de problemas. Éste es una estructura causal que presenta de manera explícita las causas estructurales, causas intermedias y efectos del problema que pretende atender el programa. Para la identificación de las causas y efectos de la problemática se realizaron cuatro pasos:

6. Propuesta de árbol de problemas a través de la primera aproximación al componente.
7. Revisión del problema a través de la bibliografía especializada.
8. Técnica *brainstorming* con un equipo multidisciplinario para la reconstrucción del árbol de problemas.
9. Se retroalimentó el árbol con los responsables y operadores del componente.
10. Se revisó su consistencia lógica y causal.

El punto de partida es el problema identificado como: *existen grupos de la población que requieren servicios asistenciales.*

Entre las causas principales que originan esta problemática tanto para los niños y los adolescentes, como para los adultos mayores, está la falta de recursos económicos, la carencia de vivienda y la falta o abandono por parte de la familia nuclear o extendida. (Castel, 2004; Guzmán, 2002; Huenchan, 2006) Estos factores producen entornos socioespaciales adversos que impiden el pleno desarrollo de las potencialidades y las capacidades en las diferentes etapas del ciclo vital. (Guadarrama, 2011; MacDonald, 2005)

En el caso de los niños la violencia intrafamiliar y otras experiencias traumáticas como el abuso o la explotación de toda índole, generan un proceso de degradación en la calidad de la vida que puede incluso desatar un proceso de *carrera del niño de la calle* (Lucchini, 1996; Irrázaval, 2008; Fuentes, 2008).

Para los adultos mayores, el debilitamiento de las redes familiares de apoyo provocan que se vean orillados a satisfacer por sí mismos sus necesidades más básicas, lo cual los posiciona en una enorme condición de vulnerabilidad en tanto que las oportunidades laborales a las que tienen acceso no les permiten acceder a una seguridad económica ni a una seguridad social. (Wong y Espinoza, 2003; Turián, 2003)

En el caso de pertenecer a los estratos económicos más desfavorecidos, ambos grupos se encuentran con la imposibilidad de acceder a espacios públicos de recreación que les permitan desarrollar sus habilidades y aumentar su capital social (Robinson, Siles y Schmid, 2003).

Todos estos elementos son acompañados por un proceso de envejecimiento demográfico, el cual producirá cambios en las necesidades y las demandas de estos grupos (Jouval, 2004). Si bien en la actualidad los niños y los adolescentes siguen siendo el grupo que demanda una mayor atención a toda la sociedad, la dependencia demográfica de los adultos mayores cada vez es más significativa. (Guzmán, 2002)

Entre los efectos de estas problemáticas se logran identificar principalmente tres: la ruptura del tejido social que resulta en una desintegración y una creciente marginación; La existencia de brechas asistenciales; y el aumento de los problemas psicosociales que limitan el desarrollo integral de las personas (Mena, 2006; Fuentes, 2008).

El primer de ellos se relaciona con la falta de alojamiento y la falta un ambiente propicio para desarrollar la propia vida de una manera plena (Guzmán y Huenchan, 2006). Así mismo, la existencia de brechas asistenciales se vincula a la falta de infraestructura social para atender a estos grupos (Subirats, 2005). Finalmente el tercer efecto se deriva de los problemas de salud física, salud mental y salud comunitaria. (Guadarrama, 2011)

Efectos

Causas



3. Objetivos

3.1.- Árbol de objetivos

De acuerdo al método complementario de Árbol de Objetivos, en la imagen 2, se puede apreciar como “los efectos negativos que generaba la existencia del problema pasarán a ser los fines que perseguimos con la solución de éste. Por su parte, las causas se convertirán en los medios con que debemos contar para poder solucionar efectivamente el problema (Aldunate y Córdoba, 2011).

El problema central se convierte en el objetivo de la intervención que es “menor demanda de grupos de población que requieren servicios asistenciales”.

Los medios para lograrlo serán tres y una acción intermedia. El primer medio será la asistencia social para los adultos que requieren alojamiento y atención integral, donde además se incentivarán acciones de protección de los adultos mayores en situación de vulnerabilidad. El segundo medio será la asistencia social de la infancia que requiere de atención integral y alojamiento a través de acciones de protección de la infancia en riesgo y desamparo que se combinarán con acciones de protección a la infancia en situación de vulnerabilidad. Entre los medios de largo alcance para la atención de la problemática se encuentran el fomento de un entorno socioespacial favorable para los adultos mayores, medidas de protección social de acuerdo al envejecimiento demográfico, fomento al vínculo familiar, fomento del derecho a la vivienda, medidas de prevención de la violencia intrafamiliar, medidas de prevención del embarazo en la adolescencia y medidas de prevención del tráfico de menores.

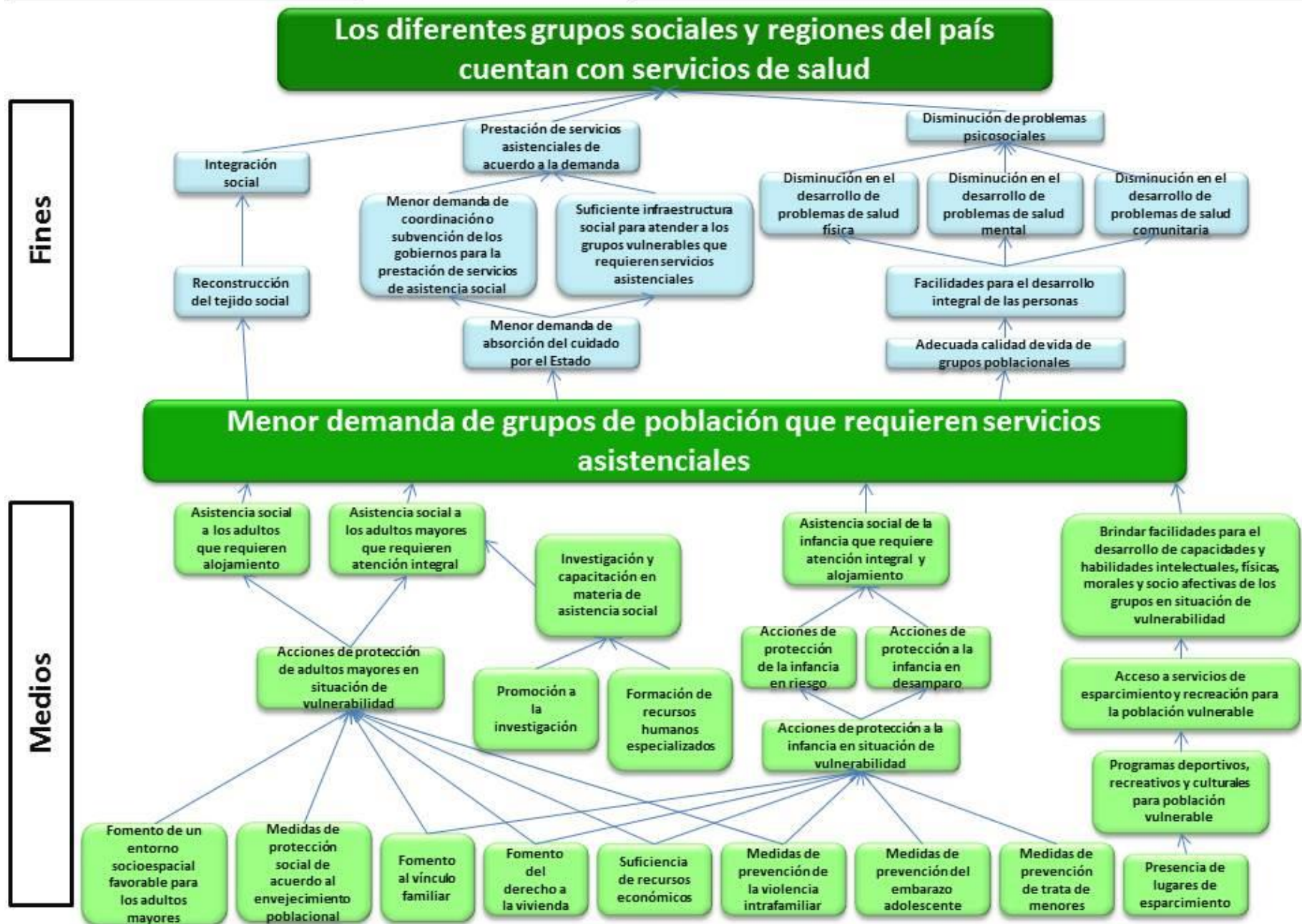
La estrategia intermedia que tendrán estos dos medios será la investigación y capacitación en materia de asistencia social donde se promocionará la investigación y se fomentará la formación de recursos humanos especializados.

El tercer medio para el logro del objetivo será brindar facilidades para el desarrollo de capacidades y habilidades intelectuales, físicas, morales y socio afectivas de los grupos en situación de vulnerabilidad. Ello se ayudará del acceso a servicios de esparcimiento y recreación para la población vulnerable. Que se combinará con programas deportivos, recreativos y culturales para población vulnerable, así como la presencia de lugares de esparcimiento.

En el árbol de objetivos se observa que los efectos se convierten en los fines del objetivo central. Así tenemos tres fines intermedios, el primero será la integración social que se podrá apreciar a través de la reconstrucción del tejido social.

El segundo fin intermedio será la prestación de servicios asistenciales de acuerdo a la demanda ya que se espera una menor demanda de coordinación o subvención de los gobiernos para la prestación de servicios de asistencia social y, la suficiencia de infraestructura social para atender a los grupos vulnerables que requieren servicios asistenciales. El tercer fin intermedio será la disminución de problemas psicosociales a través de la disminución en el desarrollo de problemas de salud física, mental y de salud comunitaria.

El fin último que persiguen estos fines intermedios será que los diferentes grupos sociales del país cuenten con servicios de salud.



3.2.- Determinación y justificación de los objetivos de la intervención

Los objetivos específicos a los cuales se enfocará la intervención del componente Centros Asistenciales para menores son:

- Atender de manera integral, individualizada e interdisciplinaria, a niñas, niños y adolescentes sujetos de asistencia social.
- Proporcionar cuidados para los menores dependientes del SNDIF quienes son albergados ya sea porque una institución gubernamental o de la sociedad civil lo haya requerido o a solicitud de la familia de origen.
- Fomentar las acciones de reintegración social o familiar con la finalidad de evitar la institucionalización de la niña, niño y adolescente a través del trabajo multidisciplinario del personal de los Centros con la familia o sus redes sociales.
- Capacitar y formar recursos humanos con la finalidad de impulsar acciones de investigación, enseñanza y capacitación en materia de asistencia social para la atención de la población vulnerable.

Los objetivos específicos de los Centros Asistenciales para Menores son:

- Proporcionar alojamiento a personas adultas mayores vulnerables.
- Proporcionar atención integral a personas adultas mayores vulnerables.
- Promover alternativas de atención integral a personas que por su perfil y condiciones de alta vulnerabilidad, no puedan ingresar a los Centros.
- Fomento a la investigación y formación de recursos humanos para los diferentes profesionales involucrados en materia de gerontología social y del ámbito de la salud, física, mental, emocional y espiritual del adulto mayor.
- Favorecer la coordinación con los programas de atención al envejecimiento del Sector Salud y de otras instituciones afines y del área académica, con la finalidad de orientar y homologar sus programas de atención hacia la prevención de la vulnerabilidad.

Para los Campamentos Recreativos los objetivos específicos son:

- Estimular las potencialidades personales a través de actividades acordes al perfil grupal; y a su vez fomentar el sentimiento de autovalía y autoafirmación.
- Favorecer la adquisición de hábitos, valores y actitudes; a través de la interacción grupal y por medio de actividades que contemplen un enfoque formativo.

- Fomentar la adquisición y desarrollo de capacidades afectivas, culturales y sociales.
- Fomentar el conocimiento y comprensión del entorno, con la finalidad de aprender a respetar y conservar el medio ambiente.
- Fomentar la activación y condición física, por medio de actividades recreativas; simultáneamente favorecer la interacción socioafectiva a través de la interacción grupal.

A continuación se describe la vinculación de los objetivos específicos a los diversos objetivos nacionales e internacionales:

Los Centros Asistenciales (Casas Cuna, Casas Hogar para niños y niñas así como los Centros Gerontológicos) y Campamentos Recreativos forman parte de los servicios asistenciales básicos establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2013-2018.

La alineación de los Centros Asistenciales se encuentra en la Meta Nacional 2. México Incluyente, la cual en el Objetivo 2.1. busca “garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población”. A través de las estrategias:

2.1.2 “fortalecer el desarrollo de capacidades en los hogares con carencias para contribuir a mejorar su calidad de vida e incrementar su capacidad productiva” para promover acciones de desarrollo infantil temprano.

2.2.2. “Articular políticas que atiendan de manera específica cada etapa del ciclo de vida de la población” que busca “fortalecer la protección de las personas adultas mayores, para garantizar su calidad de vida en materia de salud, alimentación, empleo, vivienda, bienestar emocional y seguridad social.”

2.2.4 se busca “Proteger los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena”.

Dentro del Programa Sectorial de Salud (PROESA) 2013-2018, los Centros Asistenciales para menores de edad, de 0 a 18 años tienen su fundamento en los:

- Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad
Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral. Líneas de acción:

2.1.2. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.

2.1.7. Brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos.

- Objetivo 4. Cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regiones del país

Estrategia 4.1. Asegurar un enfoque integral para reducir morbilidad y mortalidad infantil en menores de cinco años, especialmente en comunidades marginadas. Líneas de acción:

4.1.2. Mejorar la calidad de la atención de la salud en recién nacidos y en menores de cinco años.

4.1.4. Proveer intervenciones de salud enfocadas en prevención y atención oportuna del menor de cinco años.

4.1.7. Fomentar el desarrollo de capacidades para ofrecer a los niños y niñas buenas prácticas de crianza y estimulación temprana.

Estrategia 4.4. Consolidar la prevención, detección y atención integral de casos de violencia familiar en niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y género.

Estrategia 4.5. Impulsar la atención integral en salud para las personas con discapacidad. Líneas de acción:

4.5.4. Propiciar la coordinación interinstitucional para articular la rehabilitación con acciones de educación, deporte, recreación, capacitación, empleo y asistencia social.

Dado que el tema de la niñez tiene una importancia e impacto internacional, los servicios que se brindan en los Centros Asistenciales también encuentran su fundamento en la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), artículo 23 el cual señala que “[...] la asistencia [...] será gratuita siempre que sea posible, habida cuenta de la situación económica de los padres o de las otras personas que cuiden del niño, y estará destinada a asegurar que el niño impedido tenga un acceso efectivo a la educación, la capacitación, los servicios sanitarios, los servicios de rehabilitación, la preparación para el empleo y las oportunidades de esparcimiento y reciba tales servicios con el objeto de que el niño logre la

integración social y el desarrollo individual, incluido su desarrollo cultural y espiritual, en la máxima medida posible.”

Así como en el artículo 31 y 39 de la Convención que sostienen:

Artículo 31. “Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes. Los Estados Partes respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad, de participar en la vida cultural, artística, recreativa y de esparcimiento.”

Artículo 39. “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de todo niño víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura u otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Esa recuperación y reintegración se llevarán a cabo en un ambiente que fomente la salud, el respeto de sí mismo y la dignidad del niño.”

Los Centros Asistenciales para Ancianos tienen su fundamento en los siguientes objetivos, estrategias y líneas de acción del PROSESA:

- Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
 - Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores. Líneas de acción:
 - 1.7.1. Implementar acciones para el cuidado y la atención oportuna de personas adultas mayores en coordinación con otros programas sociales.
 - 1.7.3. Fortalecer la prevención, detección y diagnóstico oportuno de padecimientos con énfasis en fragilidad, síndromes geriátricos y osteoporosis y caídas.
 - 1.7.4. Ampliar la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento oportuno en materia de salud mental.
- Objetivo 2. Asegurar el acceso efectivo a servicios de salud con calidad

Estrategia 2.1. Avanzar en el acceso efectivo a servicios de salud de la población mexicana, independientemente de su condición social o laboral. Líneas de acción:

2.1.2. Actualizar los mecanismos y modalidades de prestación de servicios que favorezcan el acceso efectivo a los servicios de salud.

2.1.7. Brindar atención médica, psicológica y servicios integrales a las víctimas asegurando que se respeten sus derechos humanos.

Este servicio se alinea igualmente al plan de Acción Internacional de Viena sobre el envejecimiento, que establece que los países tendrán que *“constituir un instrumento de la política nacional y deberán tener como objetivo elevar al máximo la capacidad de las personas de edad para vivir en la sociedad. Dichos servicios deben prestarse en la comunidad y abarcar toda la gama de la asistencia preventiva, de recuperación y desarrollo para las personas de edad, a fin de permitirles llevar una vida lo más independiente posible en su propio hogar y en su comunidad, y continuar siendo ciudadanos activos y útiles.”* (ONU, 1982).

En el componente de Campamentos Recreativos, se advierte que la recreación es un aspecto que ayuda a mejorar el desarrollo del individuo, eleva la calidad de vida del mismo, fomenta la interacción de la familia y la comunidad, induce un mejor bienestar ya que estimula las capacidades y potencializa la interacción social del mismo individuo con sus semejantes. Si bien la recreación está muy arraigada al desarrollo temprano de los individuos, también es necesaria para los adultos mayores. Existen una serie de normatividades nacionales e internacionales sobre esta temática.

Los campamentos recreativos se alinean al Programa Sectorial de Salud (PROSESA) 2013-2018 en los objetivos, estrategias y líneas de acción siguientes:

- Objetivo 1. Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Estrategia 1.6. Fortalecer acciones de prevención y control para adoptar conductas saludables en la población adolescente. Línea de acción:

1.6.5. Promover la colaboración interinstitucional e intersectoriales para ofrecer actividades recreativas, productivas y culturales.

En la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, Capítulo Décimo Primero De los Derechos al Descanso y al Juego en su artículo 33 se indica que las “niñas, niños y adolescentes tienen derecho al descanso y al juego, los cuales serán respetados como factores primordiales de su desarrollo y crecimiento; así como a disfrutar de las manifestaciones y actividades culturales y artísticas de su comunidad.”

La Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) establece en su artículo 31 que Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al descanso y el esparcimiento, al juego y a las actividades recreativas propias de su edad y a participar libremente en la vida cultural y en las artes. De igual manera respetarán y promoverán el derecho del niño a participar plenamente en la vida cultural y artística y propiciarán oportunidades apropiadas, en condiciones de igualdad para la misma.

De la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad (OEA, 1999) se deriva del artículo tercero la alineación del componente. Éste asienta que “los Estados parte se comprometen a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad”. Específicamente en la fracción a) la cual sostiene que es necesario implementar “medidas para eliminar progresivamente la discriminación y promover la integración por parte de las autoridades gubernamentales y/o entidades privadas en la prestación o suministro de bienes, servicios, instalaciones, programas y actividades, tales como el empleo, el transporte, las comunicaciones, la vivienda, la recreación, la educación, el deporte, el acceso a la justicia y los servicios policiales, y las actividades políticas y de administración.”

A través de los servicios de asistencia a población vulnerable se contribuye a todos los marcos de referencia nacionales e internacionales aquí señalados, mismos que explicitan de forma contundente su papel en los servicios asistenciales que se brindan tanto a la niñez como a los adultos mayores en los nueve Centros Asistenciales del SNDIF (Casa Cuna Tlalpan, Casa Coyoacán, Centro Amanecer, Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación, y Capacitación para niñas y adolescentes de 9 a 18 años cumplidos Casa Hogar “Graciela Zubirán Villareal”, Casa Hogar para varones, así como los 4 Centros Gerontológicos, Casa Hogar para Ancianos “Olga Tamayo”, Casa Hogar para Ancianos “Los Tamayo”, “Vicente

G. T.” y “Arturo Mundet”), además de los siete Campamentos Recreativos que se encuentran en el interior de la República Mexicana.

4. Cobertura

Derivado del árbol de problemas se identificó que las personas que presentan el problema a atender son aquellas que requieren de asistencia social. En la presente sección se caracteriza la población potencial de los dos componentes. Se delinean sus características socioeconómicas y demográficas.

4.1. Identificación y caracterización de la población potencial

De acuerdo a CONEVAL, la población potencial de un programa es el total de la población que presenta la necesidad o problema que justifica la existencia del mismo y que por lo tanto pudiera ser elegible para su atención.

La población potencial de los componentes está dividida en tres grupos poblacionales: menores de edad, adultos mayores y personas con discapacidad. Dentro de estos tres grupos se encuentran sectores están en situación de vulnerabilidad.

La vulnerabilidad en los menores es entendida como “la condición de riesgo que padece una niña, niño, adolescente y familia como resultado de la acumulación de desventajas sociales e individuales, de tal manera que esta situación no puede ser superada en forma autónoma y requiere de apoyo institucional.” (DGIS, 2012, p.87).

Adultos mayores vulnerables refiere a “quienes en el seno de una comunidad están expuestos a riesgos en sus condiciones de vida tanto desde el punto de vista biológico como social. Es el resultado de la posesión de características socioambientales como edad, sexo, condición fisiológica, que inciden sobre la supervivencia y calidad de vida de quienes las poseen. Pone acento en la satisfacción de necesidades elementales vinculadas a la supervivencia de los grupos más vulnerables a un riesgo específico o a un conjunto de riesgos, antes de que éstos se traduzcan en daños irreparables.” (DGIS, 2012, p.87).

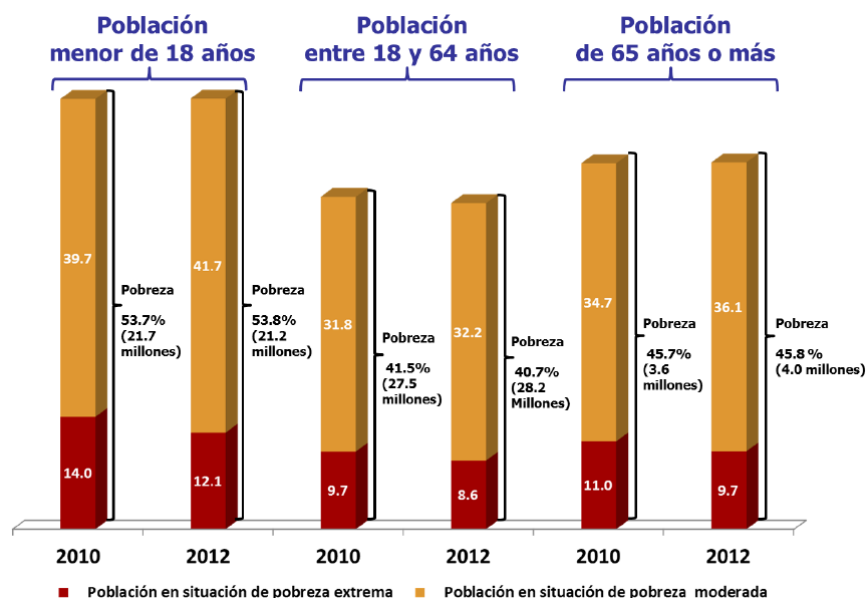
Las personas con discapacidad vulnerables son aquellas que además de su condición de pobreza, carecen de acceso a los servicios de salud, cuentan con ingresos inferiores a la media nacional, carecen de atención integral especializada para su rehabilitación y que por su

situación de discapacidad se encuentran excluidos del ámbito educativo, laboral y cultural (PONAS, 2014-2018; CONEVAL, 2013; Bowie, 2005; Palacios, 2008).

La cuantificación de los menores, de los adultos mayores y de las personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad puede ser extraída a través de la medición multidimensional de la pobreza que realiza CONEVAL. El número de personas en pobreza extrema resulta ser el más aproximado debido a que se trata de personas con alto grado de vulnerabilidad social al contar con “tres o más carencias sociales y cuyo ingreso es inferior a la Línea de Bienestar mínimo” (CONEVAL, 2013b).

La población menor de edad concentra el mayor porcentaje de personas en pobreza extrema a nivel nacional con **4.7 millones** de personas. Por otro lado, la población adulta mayor representa **0.8 millones**. La población con discapacidad en pobreza extrema asciende a un total de **0.8 millones** de personas.

Gráfica 8. Porcentaje de personas en pobreza, según grupos de edad, Estados Unidos Mexicanos, 2010-2012.



Fuente: CONEVAL, 2013, p.13.

Las personas con discapacidad presentan porcentajes más altos de pobreza respecto a la población en general, esto se debe a múltiples factores como el ingreso económico y el número de carencias sociales. Dentro de las personas en pobreza extrema se puede apreciar que el grupo con discapacidad presenta también niveles más elevados que la población no pobre como se puede apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfica 9. Porcentaje de población en pobreza con discapacidad, 2010-2012.



Fuente: CONEVAL, 2013, p. 14.

Características demográficas

Se puede observar las características del grupo de menores de edad, a través de los datos proyectados de la ENIGH 2012 que utiliza CONEVAL para el informe conjunto con UNICEF. Existe una prevalencia más alta de pobreza extrema en mujeres. Por rangos de edad, la pobreza extrema tiene mayor prevalencia en dos grupos, de 0 a 1 año y de 2 a 5 años como se puede apreciar en la siguiente tabla.

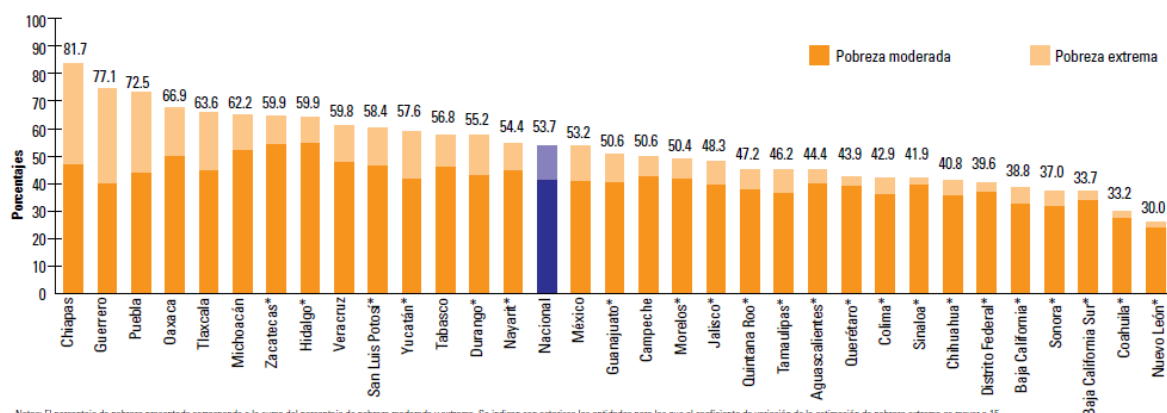
Tabla 7. Porcentaje de la población total y de 0 a 17 años en situación de pobreza o vulnerabilidad, según principales características sociodemográficas. México, 2012.

Indicadores	Población total	Población de 0 a 17 años						
		Total	Sexo		Edad			
			Hombres	Mujeres	0 a 1 año	2 a 5 años	6 a 11 años	12 a 17 años
Pobreza								
Población en situación de pobreza	45.5	53.8	53.5	54.1	54.6	56.4	55.6	50.1
Población en situación de pobreza moderada	35.7	41.7	41.5	41.9	42.2	42.9	43.3	39.2
Población en situación de pobreza extrema	9.8	12.1	12.0	12.1	12.5	13.4	12.3	10.9
Población vulnerable por carencias sociales	28.6	22.4	23.0	21.8	22.3	22.5	19.1	25.6
Población vulnerable por ingresos	6.2	7.5	7.4	7.5	7.1	6.3	8.7	7.1
Población no pobre y no vulnerable	19.8	16.4	16.1	16.6	15.9	14.8	16.6	17.2
Espacios analíticos								
Carenciados	74.1	76.2	76.5	75.9	77.0	78.9	74.7	75.7
Con 3 o más carencias	23.9	25.4	25.3	25.4	25.7	28.0	22.8	26.2
Ingreso inferior a la línea de bienestar	51.6	61.3	60.9	61.6	61.7	62.7	64.3	57.2
Ingreso inferior a la línea de bienestar mínimo	20.0	25.4	25.3	25.6	25.6	26.5	28.0	22.1
1 Las estimaciones se realizaron considerando los factores de expansión ajustados a las proyecciones demográficas del CONAPO, actualizadas en abril de 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de la información de la página de internet de CONEVAL y el MCS-ENIGH 2012.								

Fuente: CONEVAL y UNICEF, 2013, p. 9.

La región sur-sureste es la que concentra la mayor proporción de población menor de edad en pobreza extrema. Las Entidades Federativas que presentan el mayor porcentaje de son cinco: Chiapas, Guerrero, Puebla, Oaxaca y Tlaxcala. En número de personas, los estados que presentan más menores de edad en pobreza extrema son: Estado de México, Puebla, Chiapas y Veracruz (Gráfica 10).

Gráfica 10. Porcentaje de la población de 0 a 17 años en situación de pobreza y pobreza extrema, según entidad federativa, de residencia. México, 2012.



Fuente: CONEVAL y UNICEF, 2013, p. 11.

El grupo de adultos mayores se encuentra en segundo lugar de personas en pobreza extrema, el primer lugar corresponde a los menores de edad. Los adultos mayores en pobreza extrema son más hombres que mujeres. De acuerdo a la ENIGH 2012, los primeros representan el 10.3% en comparación con las mujeres que representan el 9.8% (Tabla 8).

Tabla 8. Porcentaje de la población de 60 y más años por sexo e indicador de pobreza y vulnerabilidad 2012.

Indicadores	Total	Hombres	Mujeres
Población en situación de pobreza	43.2	43.0	43.4
Población en situación de pobreza moderada	33.2	32.7	33.6
Población en situación de pobreza extrema	10.0	10.3	9.8
Población vulnerable por carencias sociales	72.0	71.5	72.5
Población vulnerable por ingresos	49.4	49.1	49.6
Población no pobre y no vulnerable	21.8	22.4	21.2

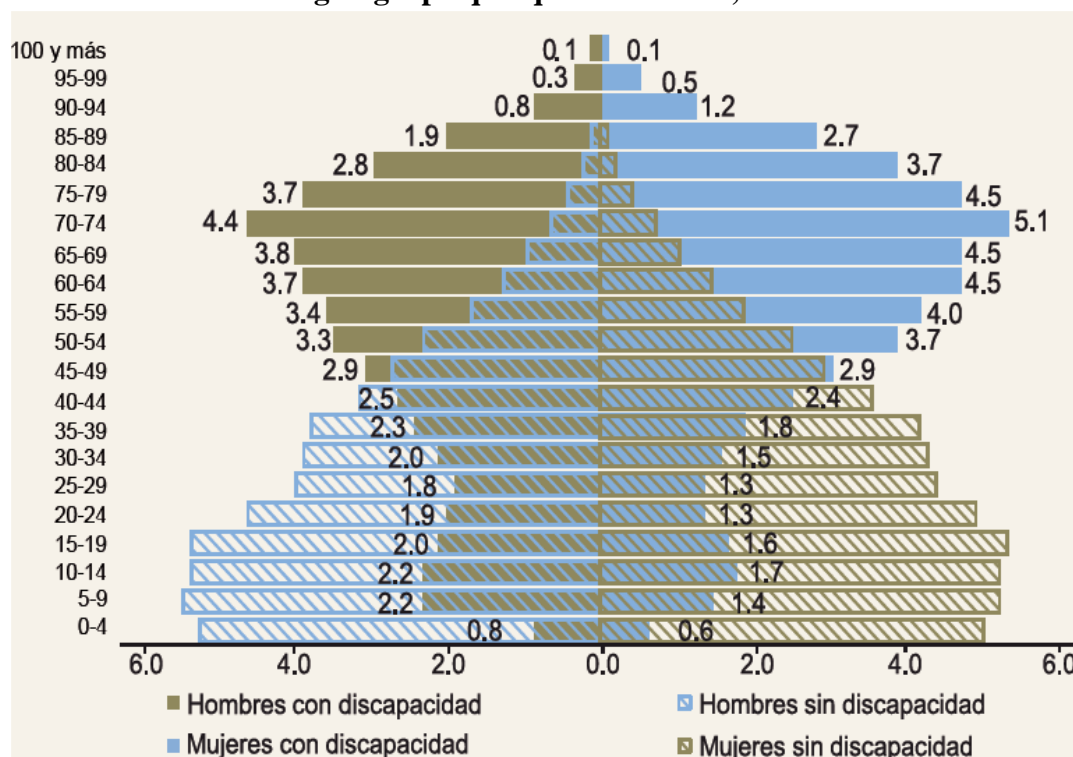
Fuente: INEGI, 2013c, p. 11.

Debido a que se pretenden mostrar las características de los tres grupos poblacionales y al ser la discapacidad un problema que también afecta tanto a los menores de edad como a los adultos mayores se presenta la información de la población con discapacidad.

De acuerdo con los datos del *Censo 2010*, el número de mujeres con discapacidad es superior que el de los hombres, con 2.9 millones y 2.8 millones respectivamente. Al analizar la estructura etaria en la gráfica, se puede observar como la población con discapacidad semeja una pirámide poblacional invertida, donde se aprecia que la mayor proporción de personas

con discapacidad se encuentra entre las personas de 60 a 90 años, con un porcentaje ligeramente mayor para las mujeres. Un caso contrario resulta para los grupos de edad más jóvenes, donde se observa en la población de 0 a 30 que el porcentaje de discapacidad es mayor en hombres. Esto último es congruente con una transición epidemiológica diferenciada por género donde los accidentes y la violencia son más prevalentes entre varones.

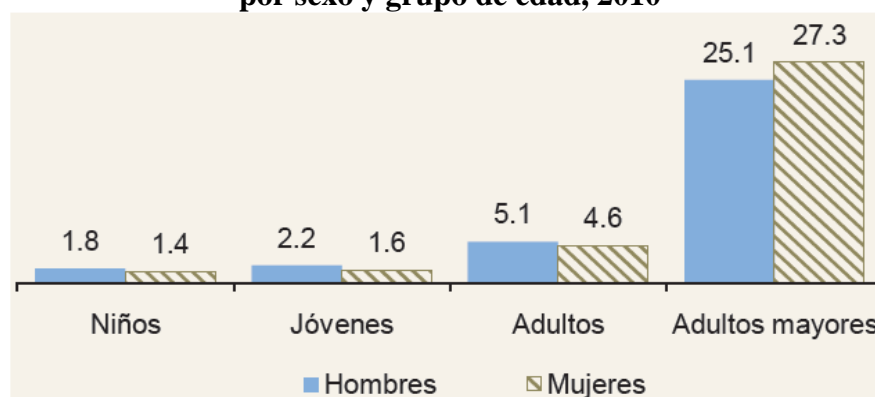
Gráfica 11. Estructura de la población por sexo y condición de discapacidad según grupo quinquenal de edad, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, p.41

En la siguiente gráfica se aprecia de forma más clara la prevalencia de discapacidad por edades, donde se advierten mayores porcentajes en hombres en la niñez, juventud y adultez, pero no así en los adultos mayores donde la presencia es porcentualmente mayor en mujeres. Igualmente esto es congruente con una mayor esperanza de vida de la población femenina.

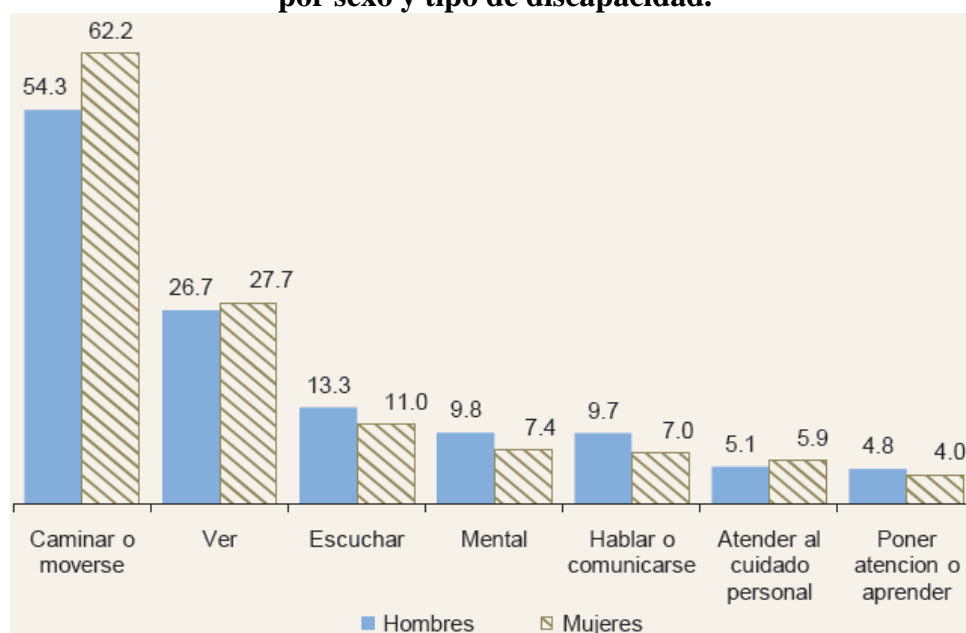
Gráfica 12. Porcentaje de población con discapacidad por sexo y grupo de edad, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, p.42

La discapacidad tiene un comportamiento diferenciado entre hombres y mujeres. Los hombres presentan mayores porcentajes de discapacidad auditiva, mental, para hablar o comunicarse y para poner atención o aprender. Las mujeres presentan mayores porcentajes de discapacidad para caminar o moverse, ver y atender al cuidado personal (gráfica 13).

Gráfica 13. Porcentaje de la población con discapacidad por sexo y tipo de discapacidad.



Fuente: INEGI, 2010a, p.44.

Si estos datos se contrastan con grupos de edad se puede observar que entre los niños las discapacidades con mayores porcentajes son “dificultad para escuchar” y “dificultad para atender al cuidado personal”. Para los jóvenes “dificultad para poner atención o aprender” y “dificultad para escuchar”. En el caso de los adultos está la “dificultad para poner atención o

aprender” y la “dificultad para ver”. Para los adultos mayores las discapacidades con mayores porcentajes son la “dificultad para caminar o moverse” y la “dificultad para hablar o comunicarse”, como se puede apreciar en la siguiente tabla.

Tabla 9. Distribución porcentual de la población con discapacidad por tipo de discapacidad según grupo de edad

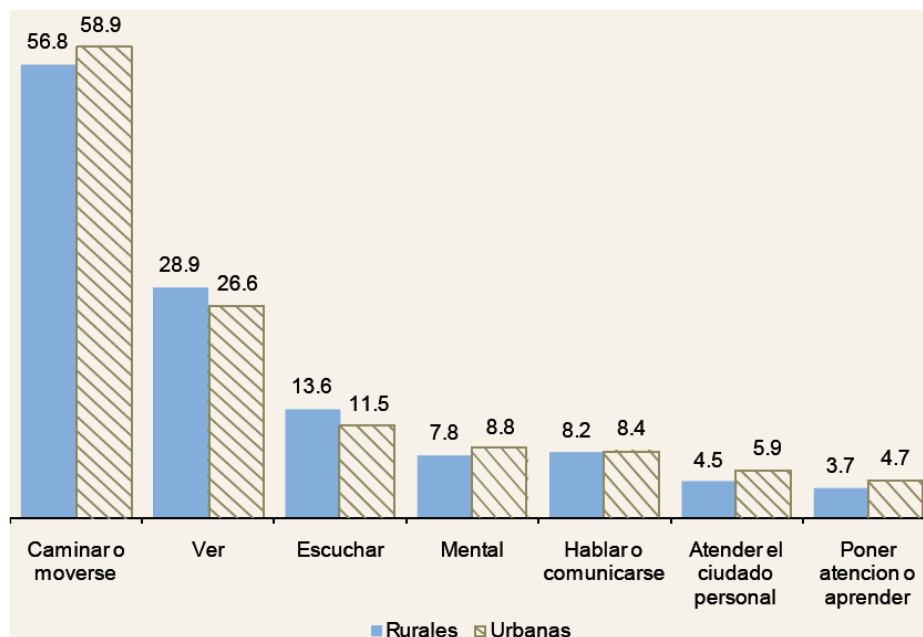
Grupo de edad	Tipo de discapacidad						
	Caminar o moverse	Ver	Escuchar	Mental	Hablar o comunicarse	Atender al cuidado personal	Poner atención o aprender
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Niños	4.6	5.9	30.9	5.5	12.0	32.7	20.4
Jóvenes	5.7	8.5	21.4	7.0	9.4	20.7	27.5
Adultos	30.6	34.8	25.5	21.6	22.1	21.4	37.9
Adultos mayores	59.0	50.7	22.1	65.9	56.4	25.1	14.0

Fuente: INEGI, 2010a, p.45.

Del análisis geográfico se advierte que la prevalencia de personas con discapacidad se distribuye de manera desigual en las entidades del país, pero en proporciones semejantes según el tamaño de la población.

Las personas con discapacidad se concentran mayormente en zonas rurales 6.1% respecto a las ciudades con 4.8%. Por tipo de discapacidad en zonas rurales se reportan mayores proporciones de discapacidades para ver y para escuchar. En las zonas urbanas las discapacidades para caminar o moverse, mental, para hablar o comunicarse, para atender el cuidado personal y para poner atención o aprender, tienen un mayor peso relativo.

Gráfica 14. Porcentaje de la población con discapacidad, por tipo de discapacidad y de localidad, 2010



Fuente: INEGI, 2010a, p.46.

Con la información censal se puede medir si se reportó más de una discapacidad en algún miembro del hogar. El 85% de las personas con discapacidad presentan sólo una limitación, el 11.5% dos y el 5% tres o más. Los datos muestran regularidad entre hombres y mujeres y grupos de edad, salvo para el caso de los adultos mayores donde el 78% presentan una limitación, 15.2% dos y 6.6% tres o más.

Tabla 10. Distribución porcentual de las limitaciones de la población con discapacidad, por sexo y grupo de edad según número de limitaciones, 2010

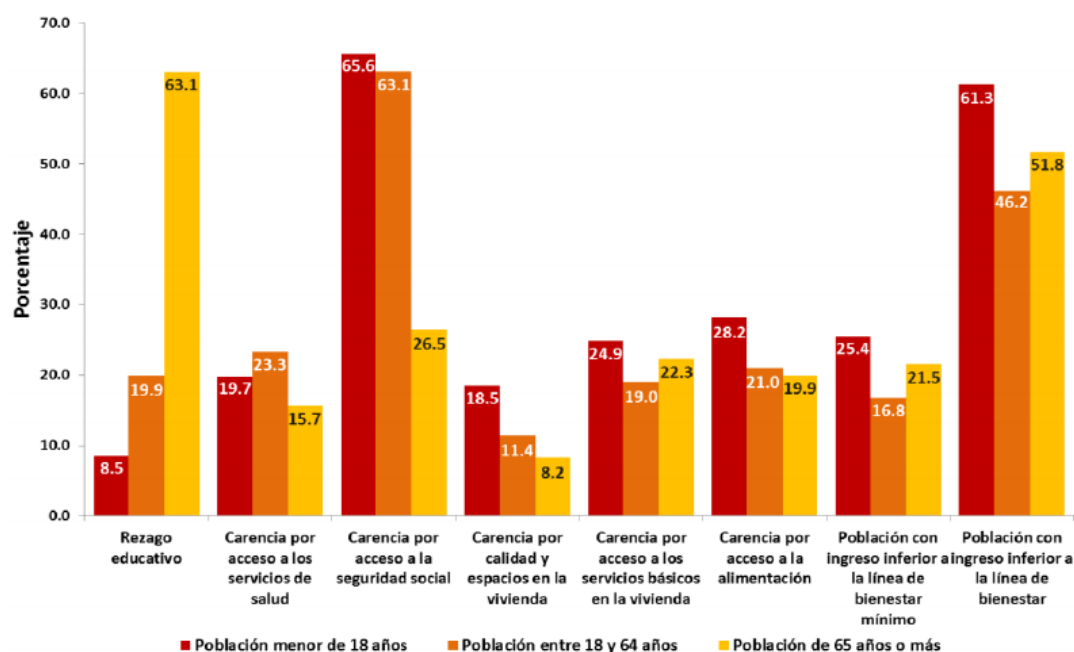
Sexo y grupo de edad	Número de limitaciones			
	Total	1 limitación	2 limitaciones	3 o más limitaciones
Total	100.0	83.5	11.5	5.0
Hombre	100.0	84.0	11.2	4.8
Mujer	100.0	83.0	11.9	5.1
Niños	100.0	86.2	7.8	6.0
Jóvenes	100.0	86.9	8.3	4.8
Adultos	100.0	89.5	8.1	2.4
Adultos mayores	100.0	78.2	15.2	6.6

Características socioeconómicas

Las personas en pobreza extrema, dentro de las que se encuentran los tres grupos caracterizados, presentan ingresos por debajo de la Línea de Bienestar Mínimo. Dicha *línea* es el valor monetario de la canasta alimentaria, lo que quiere decir que estos grupos cuentan con ingresos que no les son suficientes para adquirir una canasta básica de alimentos. Adicional a ello presentan tres o más carencias sociales, entre las que se encuentran: rezago educativo, acceso a los servicios de salud, acceso a la seguridad social, calidad y espacios de la vivienda, acceso a los servicios básicos en la vivienda, y acceso a la alimentación (CONEVAL, 2013b).

La población nacional de acuerdo al grupo de edad al que pertenece, presenta prevalencia de carencias de forma diferenciada. En la siguiente gráfica se pueden apreciar las carencias por grupos poblacionales. Se observan diferencias considerables en dos de las seis carencias, la primera, “carencia de rezago educativo” afecta en especial al grupo de población de adultos mayores. La segunda, “carencia por acceso a la seguridad social” afecta en mayor medida a la población menor de edad.

Gráfica 15. Niveles de carencia de la población por grupos de edad, México, 2012.

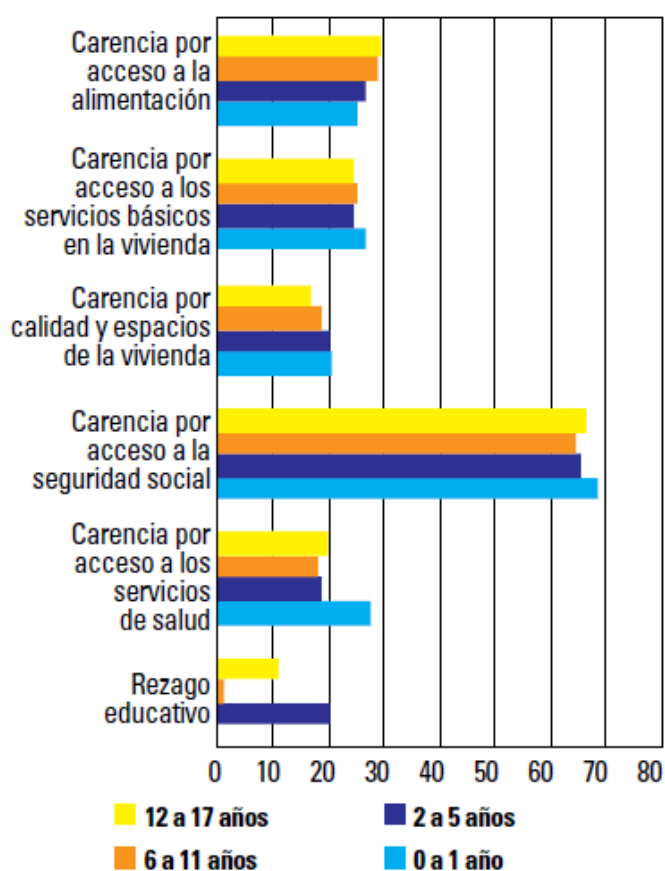


Fuente: CONEVAL, 2013b, p. 19.

La carencia social para los menores de edad, al igual que la media nacional, más prevalente es la “carencia por acceso a la seguridad social”. El grupo de edad de 0 a 1 año presenta los niveles más altos en cuatro de seis tipos de carencia. En segundo lugar se encuentra el grupo de 12 a 17 años con primer y segundo lugar en cuatro de seis carencias sociales entre ellas “carencia por rezago educativo” y “carencia por acceso a la alimentación”.

El grupo de edad de 2 a 5 años se encuentra en segundo lugar de “carencia por calidad y espacios de la vivienda”. Por otro lado, el grupo de 6 a 11 años se encuentra en segundo lugar de dos carencias: “carencia por acceso a la alimentación” y “carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda” (gráfica 16).

Gráfica 16. Porcentaje de la población de 0 a 17 años con carencias sociales, por subgrupos etarios, 2012.



Fuente: CONEVAL y UNICEF, 2013, p. 7

Dentro del grupo de adultos mayores, 7 de cada diez padece vulnerabilidad social. Es decir, presentan al menos una carencia social. Las carencias más prevalentes dentro de este grupo de población son tres. La primera es “carencia por rezago educativo” con un 63.1% de

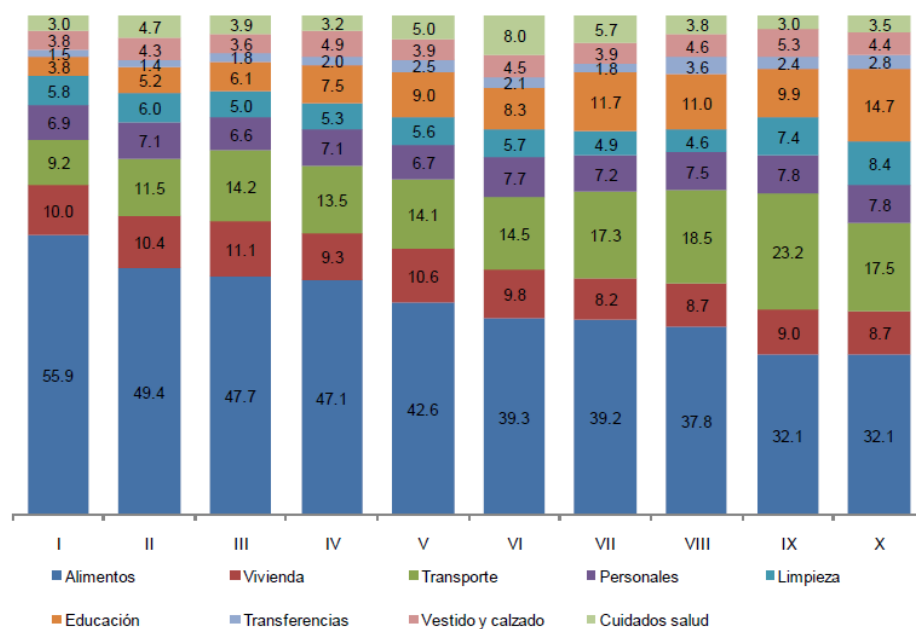
la población en este grupo de edad. La segunda es “carencia por acceso a la seguridad social”, en el que se encuentra el 26.5% de los adultos mayores. Le sigue la “carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda” que se presenta en un 23.3% de la población adulta mayor (INEGI 2013, CONEVAL 2013b).

Dentro del grupo poblacional de adultos mayores se encuentra que dos de cada diez son vulnerables por ingreso, esto representa un 49.4%. “Esta proporción se compone por 43.2% de adultos mayores que también son vulnerables por carencias sociales y 6.2% que solamente es vulnerable por ingresos pero no presenta carencias sociales” (INEGI, 2013c).

De acuerdo a estimaciones de CONEVAL a través del uso de la *ENIGH 2012*, para 2012, el 10% del total de adultos mayores de 60 años y más se encuentra en situación de pobreza extrema, (INEGI, 2013c).

Una posible aproximación para explicar la relación entre discapacidad y bienestar se aprecia al analizar la distribución de ingresos. Los hogares con personas con discapacidad se concentran más en los deciles de ingreso bajos e intermedio. Su ingreso por trabajo es inferior, pero su ingreso por transferencias, especialmente de programas de gobierno y de otros hogares es mayor que en los hogares sin presencia de población con discapacidad. Al ser hogares en la parte baja de la distribución, su gasto se concentra más en alimentos, vivienda y cuidados a la salud. Cabe mencionar que la combinación de ingresos y gastos no está determinada sólo por la presencia o no de personas con discapacidad sino de múltiples factores: la estructura por edad del hogar, el número de habitantes y el tipo de hogar. Dentro de los hogares con personas con discapacidad, de acuerdo a la *ENIGH 2012*, existe un alto porcentaje de hogares con adultos mayores y con mayor mezcla generacional de miembros que activan estrategias de sobrevivencia más diversas y complejas que un hogar nuclear integrado con habitantes jóvenes y un ciclo familiar temprano (INEGI, 2013b, p.14).

Gráfica 17. Distribución porcentual de los principales rubros de gasto (trimestral) en los hogares con personas con discapacidad según decil de ingresos 2012.



Fuente: INEGI, 2013.

De acuerdo con la trayectoria del programa y con la caracterización de los tres grupos poblacionales hecha hasta el momento. La definición de población potencial queda como sigue de acuerdo a cada uno de los grupos:

La población potencial del grupo poblacional de menores de edad son “las niñas, los niños, las y los adolescentes, que por alguna situación de vulnerabilidad social se encuentra en riesgo su integridad biopsicosocial” (ROP, 2009, p. 45). **Población que a través de la medición de pobreza extrema es de 4.7 millones de personas.**

Por otro lado, la población potencial del grupo poblacional de adultos mayores son “las y los adultos de 60 años y más, sujetos de asistencia social, que se encuentran en condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o víctimas de violencia familiar” (ROP, 2009, p. 45). Población que a través del cálculo de pobreza extrema representa **0.8 millones de personas.**

Dentro del grupo de personas con discapacidad, la población potencial son aquellas personas con discapacidad en condición de pobreza extrema que carecen de acceso a los servicios de salud, cuentan con ingresos inferiores a la media nacional, carecen de atención

integral especializada para su rehabilitación y que por su situación de discapacidad se encuentran excluidos del ámbito educativo, laboral y cultural, (PONAS, 2014-2018; CONEVAL, 2013; Bowie, 2005; Palacios, 2008). Población que de acuerdo a las estimaciones de CONEVAL representa **0.8 millones de personas**.

4.2. Identificación y caracterización de la población objetivo

La población objetivo de acuerdo a la definición de CONEVAL es la población que el programa tiene planeado o programado atender para cubrir la población potencial, y que cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en su normatividad.

Dentro de la población en situación de vulnerabilidad se encuentra a la población sujeta de asistencia social. De acuerdo a la *Ley de Asistencia Social* los sujetos de asistencia son aquellas personas “que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas, o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar.” (DOF, 2013a).

En relación al grupo de menores de edad la *Ley de Asistencia* en el artículo cuarto, primera fracción, da preferencia a:

I. Todas las niñas, niños y adolescentes, en especial aquellos que se encuentren en situación de riesgo o afectado por:

- a) Desnutrición;
- b) Deficiencias en su desarrollo físico o mental, o cuando éste sea afectado por condiciones familiares adversas;
- c) Maltrato o abuso;
- d) Abandono, ausencia o irresponsabilidad de progenitores en el cumplimiento y garantía de sus derechos;
- e) Ser víctimas de cualquier tipo de explotación;
- f) Vivir en la calle;
- g) Ser víctimas del tráfico de personas, la pornografía y el comercio sexual;
- h) Trabajar en condiciones que afecten su desarrollo e integridad física y mental;
- i) Infractores y víctimas del delito;

j) Ser hijos de padres que padezcan enfermedades terminales o en condiciones de extrema pobreza;

k) Ser migrantes y repatriados, y

l) Ser víctimas de conflictos armados y de persecución étnica o religiosa.

Se entiende por niñas y niños las personas de hasta 12 años incompletos, y adolescentes los que tienen entre 12 años cumplidos y 18 años incumplidos de acuerdo al artículo segundo de la *Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes* (DOF, 2014a).

Para el grupo de personas adultas mayores sujetas a asistencia social, se da preferencia a aquellas que se encuentran en situación de “desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato”. También se da preferencia a “las personas con algún tipo de discapacidad o necesidades especiales” esto de acuerdo al artículo cuarto, quinta fracción de la *Ley de Asistencia Social*.

Los tres componentes se encuentran dentro del programa “Servicios de Atención a Población Vulnerable” que a su vez está dentro del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). El SNDIF forma parte y coordina el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada. Dentro de sus funciones de coordinación se encuentra coadyuvar en el cumplimiento de la *Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes*, en especial los artículos, primero, cuarto, séptimo y octavo.

Otra de las funciones del SNDIF es la prestación de servicios de representación y asistencia jurídica y de orientación social a niñas y niños, jóvenes, adultos mayores, personas con alguna discapacidad, madres adolescentes y solteras, indigentes, indígenas migrantes o desplazados y todas aquellas personas que por distintas circunstancias no puedan ejercer plenamente sus derechos. Así como operar establecimientos de asistencia social y llevar a cabo acciones en materia de prevención, esto de acuerdo a los incisos *c d y q*, del artículo 28 de la *Ley de Asistencia Social* (DOF, 2013a).

De acuerdo a la *Ley General de Salud* son actividades básicas de Asistencia Social “la atención en establecimientos especializados a menores y adultos mayores en estado de abandono o desamparo y personas con discapacidad sin recursos” de acuerdo al inciso *b*, primera fracción, artículo 12 de la *Ley de Asistencia Social* (DOF, 2013a).

Población objetivo del Componente Casas Asistenciales para Menores

Al tener como referencia la normatividad en materia de asistencia social y la capacidad con la que el SNDIF cuenta, la población objetivo del componente es:

Menores de edad en situación de riesgo o vulnerabilidad que cuenten con un estado de salud físico y psicológico que le permita incorporarse a los programas de atención integral de los centros y a la vida en comunidad (DGIS, 2012a).

La situación de riesgo dentro de los menores de edad es causada por múltiples factores. Entre éstos encontramos la pobreza y la desigualdad, que si bien no implican una relación lineal directa con la orfandad, están identificados como las principales razones de pérdida o riesgo de pérdida de cuidados parentales en la población infantil (Mortilla y Taracena, 2012). Otro de los riesgos es la ocurrencia de migraciones internas del campo a la ciudad que implican frecuentemente separaciones de los niños y niñas de su familia de origen (RELAF, 2010).

Una causa de riesgo más deviene de las dificultades en el acceso a los servicios de salud y la impronta del VIH/SIDA. Esta última resulta en una pérdida de cuidados parentales y, a su vez, niños, niñas y adolescentes que ya han perdido el cuidado de sus padres por ser portadores del virus. Es decir, esta causa tiene dos dimensiones: los adultos enfermos de VIH/SIDA, que no pueden cuidar de sus niños y niñas, y los propios niños y niñas infectados con esta enfermedad. (MSP, 2010).

Indicadores de los diversos riesgos en los que se encuentran los menores han sido desarrollados por la Red por los Derechos de la Infancia en México a través de los informes anuales llamados la *Infancia Cuenta* con información del *Censo* de INEGI (REDIM, 2013). Son tres temas de indicadores que permiten apreciar las situaciones adversas en las que se encuentran los menores: Salud, Educación, Economía y Seguridad.

Los indicadores de Salud pertinentes para este diagnóstico son la *Tasa de Mortalidad Infantil*, la *Tasa de maternidad en niñas de 10 a 14 años y de 15 a 17 años*, *Porcentaje de la población de 0 a 4 años atendida por presentar algún grado de desnutrición* y *Porcentaje de la población de 0 a 17 años sin derechohabiencia* (REDIM, 2013). Las Entidades Federativas con mayor prevalencia en los indicadores seleccionados son: Guerrero, Chiapas, Puebla, Chihuahua y Oaxaca como se puede observar en la tabla 11.

Tabla 11. Indicadores de salud en población menor de edad, entidad federativa, 2013

Lugar	Tasa de Mortalidad Infantil	Tasa de maternidad en niñas de 10 a 14 años	Tasa de maternidad en niñas de 15 a 17 años	Porcentaje de la población de 0 a 4 años atendida por presentar algún grado de desnutrición	Porcentaje de la población de 0 a 17 años sin derechohabiencia
1	Guerrero	Guerrero	Chiapas	Baja California Sur	Puebla
2	Chiapas	Chiapas	Chihuahua	Sonora	Guerrero
3	Oaxaca	Baja California	Nayarit	Zacatecas	Michoacán
4	Veracruz	Chihuahua	Guerrero	Chihuahua	Chiapas
5	Puebla	Nayarit	Coahuila	Aguascalientes	Oaxaca

Fuente: Elaboración DGIS a partir de datos de REDIM, 2013.

Entre los indicadores de Educación y Economía se destacan: *Porcentaje de la población de 12 a 17 años que no estudia ni trabaja, Población de 5 a 11 años que no estudia ni trabaja, Porcentaje de la población de 5 a 17 años que no asiste a la escuela y Porcentaje de la PEAO de 12 a 17 años que trabaja sin remuneración*. Las entidades con mayor prevalencia en estos indicadores son Michoacán, Chiapas, Guerrero, Oaxaca y Campeche. (Tabla 12)

Tabla 12. Indicadores de educación y economía en población menor de edad, entidad federativa, 2013

Lugar	Porcentaje de la población de 12 a 17 años que no estudia ni trabaja	Población de 5 a 11 años que no estudia ni trabaja	Porcentaje de la población de 5 a 17 años que no asiste a la escuela	Porcentaje de la PEAO de 12 a 17 años que trabaja sin remuneración
1	Michoacán	Chiapas	Michoacán	Chiapas
2	Chiapas	Quintana Roo	Guanajuato	Guerrero
3	Guerrero	Oaxaca	Coahuila	Oaxaca
4	Oaxaca	Campeche	Zacatecas	Campeche
5	Durango	Michoacán	Guerrero	Puebla

Fuente: Elaboración DGIS a partir de datos de REDIM, 2013.

Los datos de Seguridad están asociados a diversos problemas sociales, algunos de los indicadores que nos permiten aproximarnos al problema son: *Tasa de mortalidad por homicidio en la población de 0 a 17 años*, *Tasa de mortalidad por homicidio en la población de 0 a 4 años* y *Tasa de mortalidad por homicidio en la población de 15 a 17 años*. Las entidades que presentan mayor presencia de estos problemas son Chihuahua, Guerrero, Nuevo León, Sinaloa y Nayarit como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 13. Indicadores de seguridad en población menor de edad, entidad federativa

Lugar	Tasa de mortalidad por homicidio en la población de 0 a 17 años	Tasa de mortalidad por homicidio en la población de 0 a 4 años	Tasa de mortalidad por homicidio en la población de 15 a 17 años
1	Chihuahua	Chihuahua	Chihuahua
2	Guerrero	San Luis Potosí	Guerrero
3	Nuevo León	Estado de México	Nuevo León
4	Sinaloa	Quintana Roo	Sinaloa
5	Nayarit	Hidalgo	Nayarit

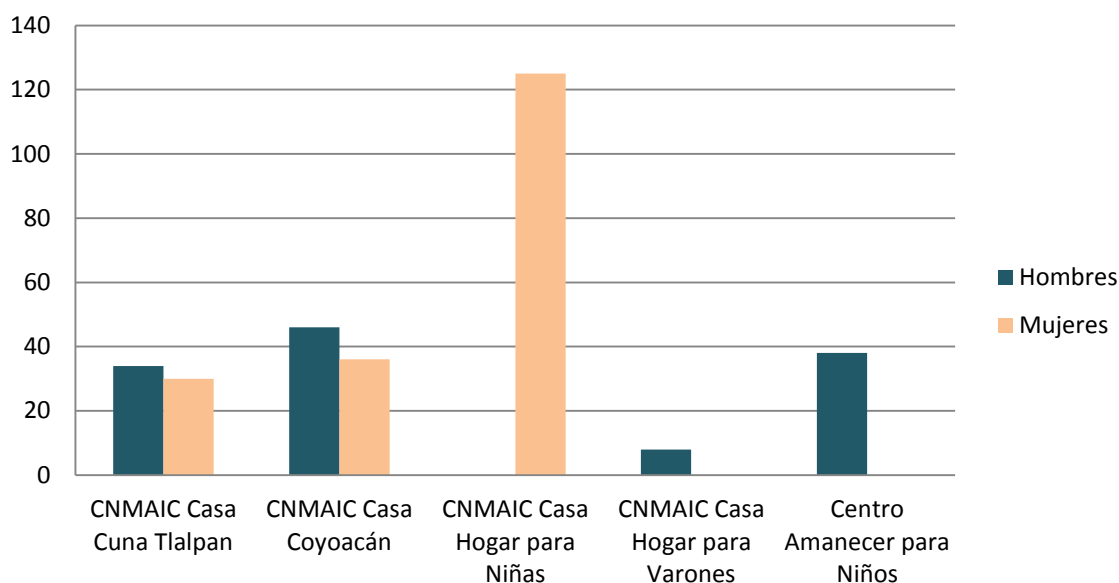
Fuente: Elaboración DGIS a partir de datos de REDIM, 2013.

Los datos de REDIM (2013) permiten observar la localización geográfica de la problemática de riesgo a nivel entidad federativa, sin embargo no permiten tener aproximaciones del número de menores en riesgo. Los datos más aproximados con que el programa cuenta actualmente de acuerdo a las metas anuales y a la capacidad instalada es el promedio de su programación anual que de 2010 a 2014 consiste en la atención de **335 menores de edad**.

Se puede caracterizar a la población objetivo a través de la población atendida, debido a que una parte importante de la población atendida del año 2013 continuará en los Casas Asistenciales en 2014. El supuesto es que la población atendida tienen las mismas características que la población potencial.

La población de menores atendida en 2013 en las Casas Asistenciales es mayor en el caso de mujeres que de hombres, ellas representan un 60% y 40 % para ellos. Esto guarda consistencia con dos cuestiones la propia dinámica demográfica en donde a edades tempranas se tiene mayor prevalencia de niñas y a la capacidad instalada en cada centro.

Gráfica 18. Número de personas atendidas por género

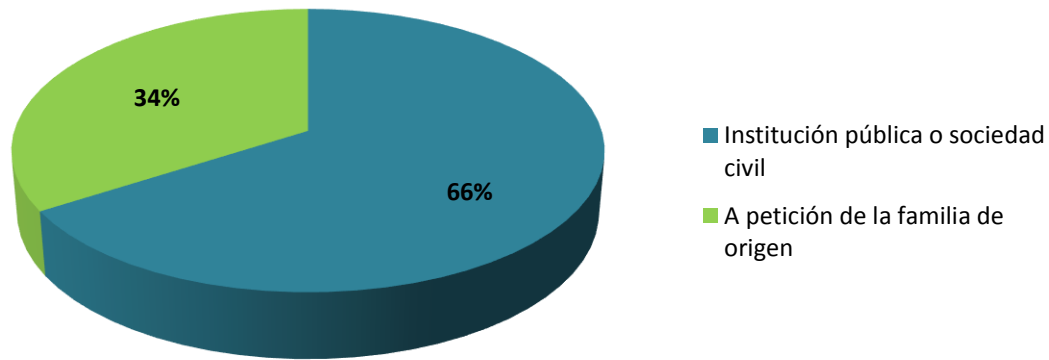


Fuente: DGIS (2014c)

Los menores ingresados en su mayoría provienen de núcleos familiares desintegrados o de hogares monoparentales en la que el proveedor no puede hacerse cargo del menor, en ocasiones debido a que al ser el único sustento que tiene la familia, debe salir a trabajar y no hay quien se haga cargo del menor. La falta de cuidado hace que los menores estén en riesgo latente. Algunos de los riesgos a los que se enfrentan son ser víctimas de maltrato por parte de algún familiar, acoso sexual o un ambiente socio-espacial adverso.

Otras solicitudes de ingreso derivan de las instituciones públicas o de la sociedad civil que al detectar menores que se encuentran en orfandad o riesgo dan aviso al SNDIF. Entre las instituciones que durante 2013 canalizaron solicitudes de valoración de menores se encuentran: la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, la Subprocuraduría de Investigación Especializada en Delincuencia Organizada (SIEDO) y el Instituto de las Mujeres (INMUJERES). El 66% de los menores que ingresaron a las Casas Asistenciales fueron a través de la petición de instituciones públicas o de la sociedad civil y el 34% a solicitud de la familia de origen (gráfica 19).

Gráfica 19. Porcentaje de menores por origen de petición de ingreso



Fuente: DGIS (2014c).

La población mayor de 16 años de acuerdo a los programas de cada centro puede tener una ocupación laboral.

La población residente en las Casas Asistenciales estudia en escuelas públicas aledañas a cada centro. Los residentes de 18 años tienen la opción de permanecer en las casas siempre y cuando continúen con su educación,

Población objetivo del Componente Casas Asistenciales para Adultos Mayores

Al tomar de referencia la normatividad en materia de asistencia social y la capacidad con la que el SNDIF cuenta, la población potencial del componente es:

Adultos mayores con 60 años cumplidos o más que se encuentran en situación de desamparo, incapacidad, marginación o sujeta a maltrato, no portador de enfermedades infectocontagiosas y ser aptos para interactuar adecuadamente con los beneficiarios y personal de los centros. En caso de presentar alguna discapacidad, que esta les permita incorporarse a los programas de atención integral de los centros y a la vida en comunidad (DGIS, 2012b).

En los adultos mayores los riesgos a los que se enfrentan son desamparo, incapacidad, marginación y maltrato. Estos se presentan de forma diferenciada de acuerdo a múltiples

factores como lo son la solvencia económica, el entorno familiar y la incapacidad para realizar determinadas actividades.

Como se advirtió en la sección dos del presente diagnóstico, la incapacidad de los adultos mayores se relaciona al mismo proceso de envejecimiento que implica por sí mismo una acumulación de vulnerabilidades socioeconómicas y biológicas. La disminución de las capacidades físicas, como son la capacidad muscular o sensorial, favorece enfermedades y lesiones con secuelas definitivas. Estas limitaciones físicas se asocian a su vez con condiciones de vulnerabilidad socioeconómica, de manera que este grupo posee menores oportunidades laborales y niveles de ingreso más bajos que las demás personas. La acumulación de vulnerabilidades ha provocado que algunos autores caractericen a los adultos mayores a partir de un cierto grado de dependencia en la familia y en la sociedad (Jouval, 2004; Turián, 2003).

Las condiciones fisiológicas de los adultos mayores hacen que acumulen situaciones que los hacen gradualmente dependientes: por ejemplo, la disminución de la fuerza física, el deterioro de algunas capacidades como la visual, auditiva, cognitiva; o la disminución de habilidades que les impiden tener una vida independiente, como es poder alimentarse, vestirse por sí mismos u orientarse en la vía pública.

La marginación puede medirse a través de la situación socioeconómica de los adultos mayores no poseer bienes económicos los coloca en una situación de vulnerabilidad. La seguridad económica durante la vejez depende de cuatro factores principales (Huenchan, 2006): el ciclo vital, las biografías personales, las biografías generacionales y las características de los sistemas de protección social como se analizó a detalle en la sección dos. Cuando estos factores son adversos, las personas adultas mayores se ven obligadas a depender cada vez más de redes de apoyo como las redes familiares. Las redes familiares están disminuyendo al reducir el número de personas dentro de una familia (hermanos, hijos, nietos), de manera que será cada vez más frecuente que las personas de edad avanzada se vean forzadas a depender de ellas mismas para satisfacer sus necesidades (OIT, 2002).

Derivado de este cúmulo de situaciones los adultos mayores tienen el riesgo de sufrir maltrato. El maltrato se define como “una acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde existe una expectativa de confianza y produzca daño o angustia a una persona adulta mayor” (OMS, 2002).

De acuerdo al Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) (2014) los tipos de maltrato a los que se enfrentan los adultos mayores son de seis tipos:

1. Físico: Cualquier acto no accidental, que provoque daño corporal, dolor o deterioro físico, producido por fuerza física.
2. Psicológico: Donde intencionalmente se cause angustia, desvalorización, sufrimiento mediante actos verbales o no verbales.
3. Abuso sexual: Cualquier contacto sexual no consentido.
4. Abandono: Deserción por un individuo que ha asumido el papel de cuidador.
5. Explotación financiera: Son medidas u omisiones que afecten la sobrevivencia del adulto mayor.

A pesar de ser un fenómeno multicausal se logran identificar algunos factores de riesgo a sufrir maltrato de acuerdo a INAPAM (2014) estos son:

- Ser mujer
- A mayor edad el riesgo aumenta
- Cuando existe deterioro de salud y/o discapacidad
- Dependencia emocional, depresión, ansiedad, baja autoestima o demencia.
- Aislamiento social
- Antecedentes de maltrato doméstico

Algunos de los factores que predisponen a los agresores a infringir maltrato a los Adultos Mayores son:

- Sobrecarga en la persona que se le asignó (o asumió) el cuidado del adulto mayor
- Trastornos emocionales
- Dependencia emocional o financiera
- Escasos recursos de apoyo social
- Antecedentes de mala relación familiar

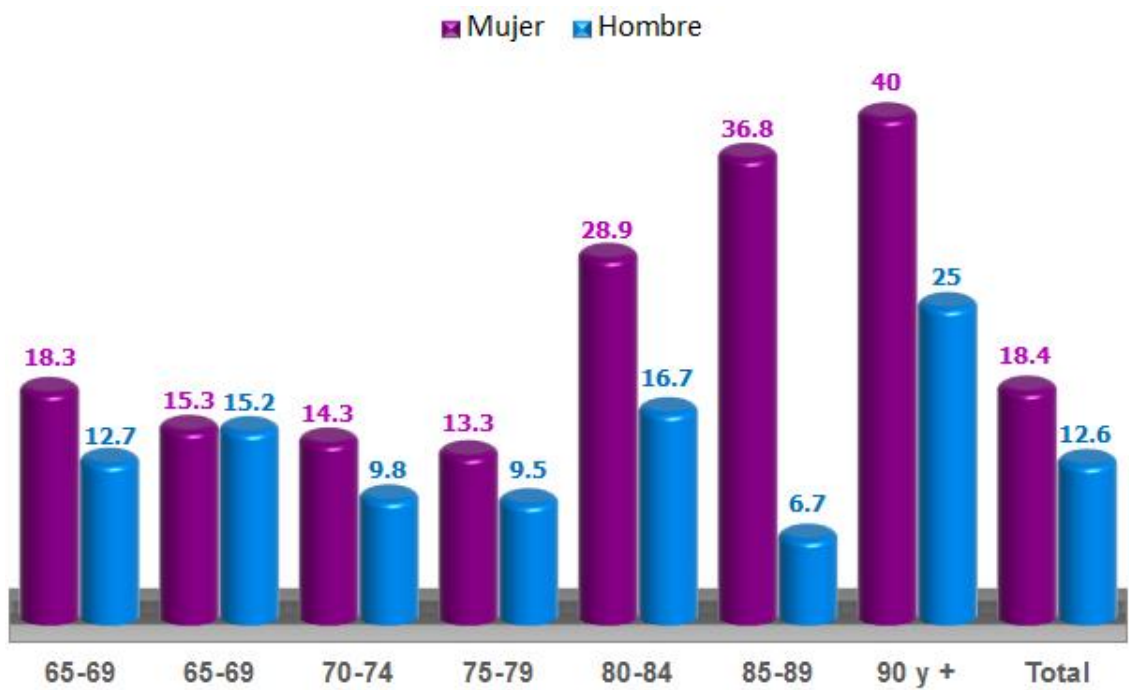
Las consecuencias que el maltrato conlleva son múltiples y dependen de los diferentes entornos en los que se encuentran los adultos mayores. En el caso del maltrato físico puede derivar en periodos de recuperación prolongados e incapacidades. En el caso del maltrato psicológico los resultados son síntomas depresivos, aislamiento, sentimientos de impotencia,

baja autoestima, culpa, vergüenza, temor, ansiedad, negación, mayor pérdida de autonomía y estrés lo cual puede aumentar el riesgo de muerte. “Lo anterior provoca el ingreso frecuente de los adultos mayores al sistema hospitalario, o la demanda constante de atención médica por la presencia de distintas enfermedades” (INAPAM, 2014).

Las situaciones a las que se enfrentan los adultos mayores son difíciles de estimar, ya que no se cuentan con datos agregados de la prevalencia de riesgos a nivel nacional. El estudio sobre los adultos mayores del Distrito Federal permite una aproximación a la dimensión de la problemática. De acuerdo a la Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF) (2006) el 16% de los adultos mayores sufre maltrato.

El maltrato se presenta de forma diferenciada de acuerdo al grupo de edad y al género. El mayor porcentaje de casos es en mujeres con 18.4% y para los hombres de 12.6%. La edad en las que el riesgo es mayor a sufrir maltrato es a partir de los 80 años, y se observa que este es más frecuente en mujeres, ver gráfica número 20.

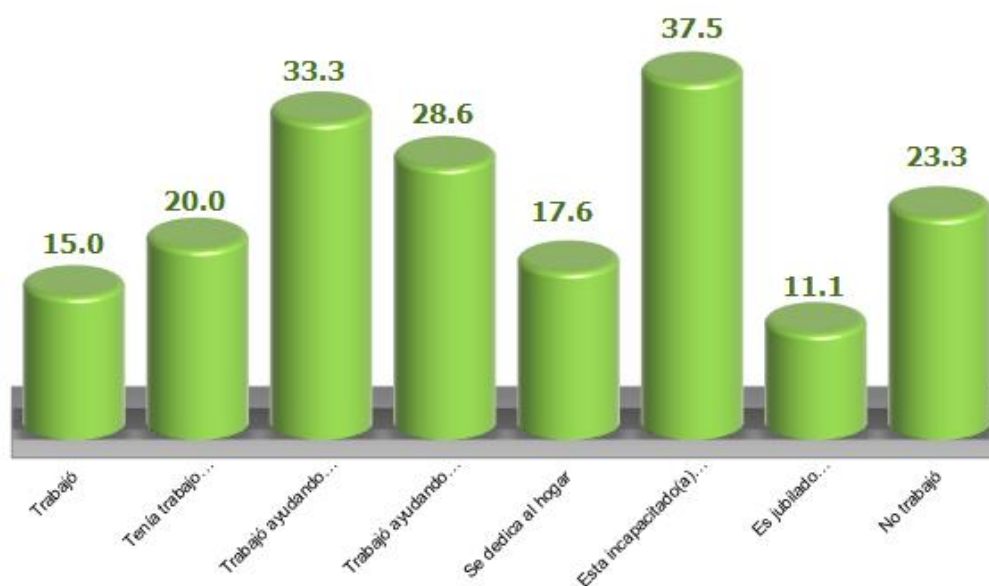
Gráfica 20. Porcentaje de adultos mayores con al menos un incidente de maltrato, por grupo de edad, 2006.



Fuente: CONAPO, 2012b.

La situación laboral de los adultos mayores que han sufrido maltrato es diversa. La mayor prevalencia de casos se presenta en aquellos que “están incapacitados para trabajar”, seguida de “trabajo ayudando en algún negocio familiar (con pago)” y en tercer lugar “trabajó ayudando en algún negocio familiar (sin pago)” como se puede observar en la siguiente gráfica.

Gráfica 21. Porcentaje de adultos mayores con al menos un incidente de maltrato, según situación laboral, 2006.



Fuente: CONAPO, 2012b.

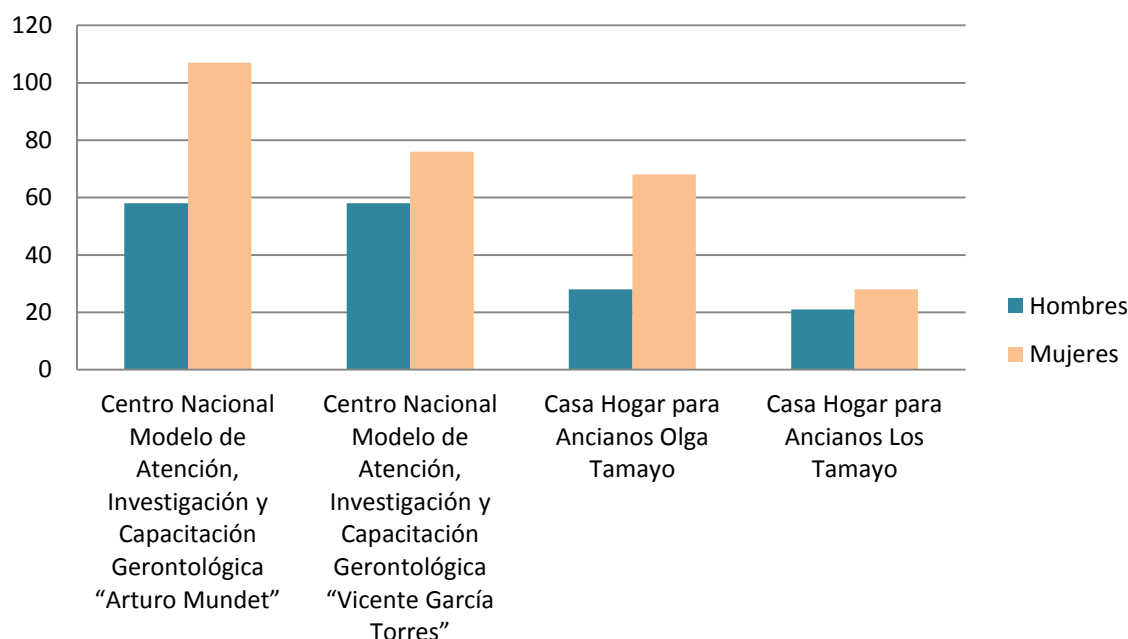
Los datos de la EMPAM-DF (2006) permiten aproximarnos a la dimensión del fenómeno del maltrato a los adultos mayores. Sin embargo no se cuentan con datos a nivel nacional ni de otras entidades federativas. Los datos más aproximados con que el programa cuenta actualmente de acuerdo a las metas anuales y a la capacidad instalada es su programación anual que para 2014 consiste en la atención de **462 adultos mayores**. La localización geográfica de la población objetivo son los municipios y delegaciones del Distrito Federal y las Entidades Federativas Oaxaca y Morelos.

Se caracterizará la población objetivo a través de la población atendida. Los perfiles de la población en casas asistenciales es una buena aproximación al perfil de posibles ingresos en los años futuros.

La población de adultos mayores atendida en 2013 en las Casas Asistenciales es mayor para mujeres que hombres, ellas representan un 63% y 37 % ellos. Este dato al igual que en el

caso de menores, es consistente con la propia dinámica demográfica donde existe mayor número de adultos mayores mujeres.

Gráfica 22. Adultos mayores atendidos en los Centros por género



Fuente: DGIS, 2014

De los adultos mayores que ingresan a los centros el 85% es a solicitud de algún familiar, el 10% por cuenta propia y el 5% por alguna institución pública o de la sociedad civil. Los egresos de los adultos mayores de los centros el 85% es por defunción, el 13% por reintegración familiar y el 2% es a solicitud propia.

Los adultos mayores que ingresan a los centros en su mayoría provienen de núcleos familiares desintegrados con presencia de riesgo de rechazo familiar, donde la posibilidad de reintegrar a las personas adultas mayores es limitada y por ende, la red social institucional es de vital importancia para la atención de este grupo poblacional.

La población adulta mayor residente en las Casas Asistenciales en su mayoría no es económicamente activa y no cuentan con un medio de sustento salvo las actividades ocupacionales que realizan. La población que no cuenta con educación básica recibe instrucción del Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA).

Población objetivo Componente Campamentos Recreativos

El SNDIF a través del Componente Campamentos Recreativos cuenta actualmente con siete centros. La capacidad instalada permite atender a 40,700 personas anualmente. La población potencial del componente es:

Grupos integrados por personas sujetas de asistencia social de:

- Menores y adolescentes de 7 a 18 años
- Adultos mayores de 60 años en adelante
- Personas con discapacidad de 7 años en adelante

Para contribuir al bienestar de estos tres grupos (menores, adultos mayores y personas con discapacidad) se requiere de espacios de recreación en los que puedan desarrollar sus potencialidades personales; favorecer la adquisición de hábitos, valores y actitudes; fomentar la adquisición y desarrollo de capacidades afectivas, culturales y sociales; fomentar el conocimiento y comprensión del entorno y; fomentar la activación y condición física.

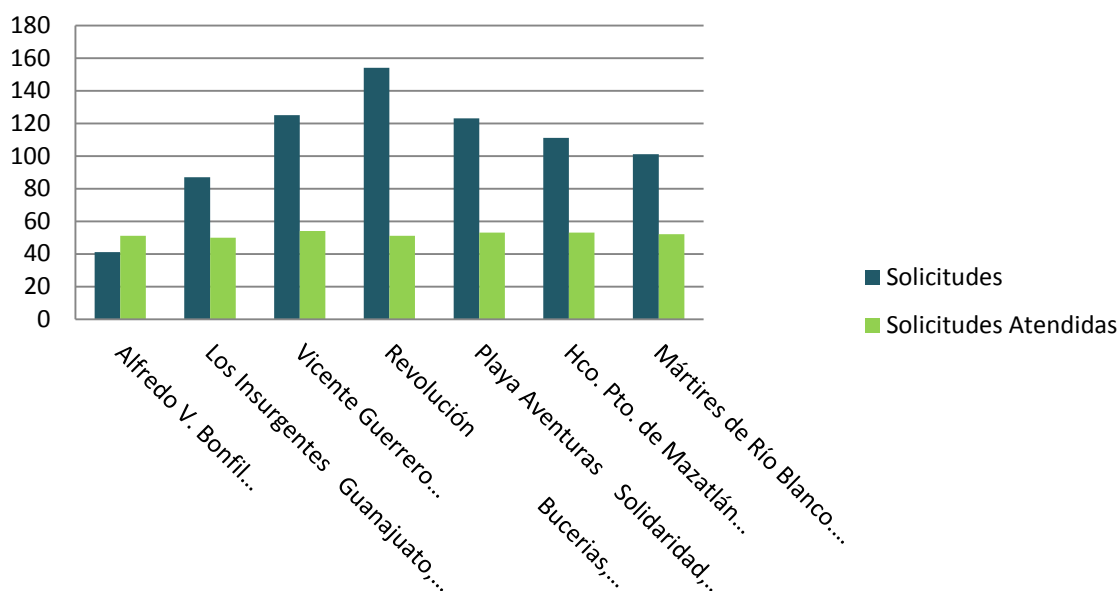
Debido a que estos tres grupos de acuerdo a lo documentado tienen ingresos inferiores a la *Línea de Bienestar Mínimo* los recursos que puedan ser destinados a recreación son pocos. Otro factor desfavorable para el desarrollo de estas personas es el vivir en entornos de hacinamiento o viviendas precarias que no son favorables para su desarrollo.

Los tres grupos presentan mayor prevalencia a sufrir de marginación, rechazo y exclusión, por lo que contar con ambientes de convivencia contribuye al sano desarrollo y calidad de vida de estas personas.

Cabe mencionar que no se cuenta con datos sobre el número de personas que carecen de espacios para su desarrollo físico y social. Tampoco se lograron encontrar datos sobre el número de espacios recreativos dirigidos a estos sectores que demandan atención especializada debido a sus condiciones. El dato más aproximado con el que se cuenta es la demanda de campamentos recreativos a través de las solicitudes, el promedio de solicitudes de 2010 a 2013 es 758.75 que corresponde a la demanda de atención de 75,875 personas.

El número de solicitudes es diferente para cada centro. El campamento que más solicitudes recibe es el de Nayarit, seguido por Guerrero y en tercer lugar Quintana Roo. Se puede observar que de acuerdo a la capacidad instalada son atendidas dichas solicitudes.

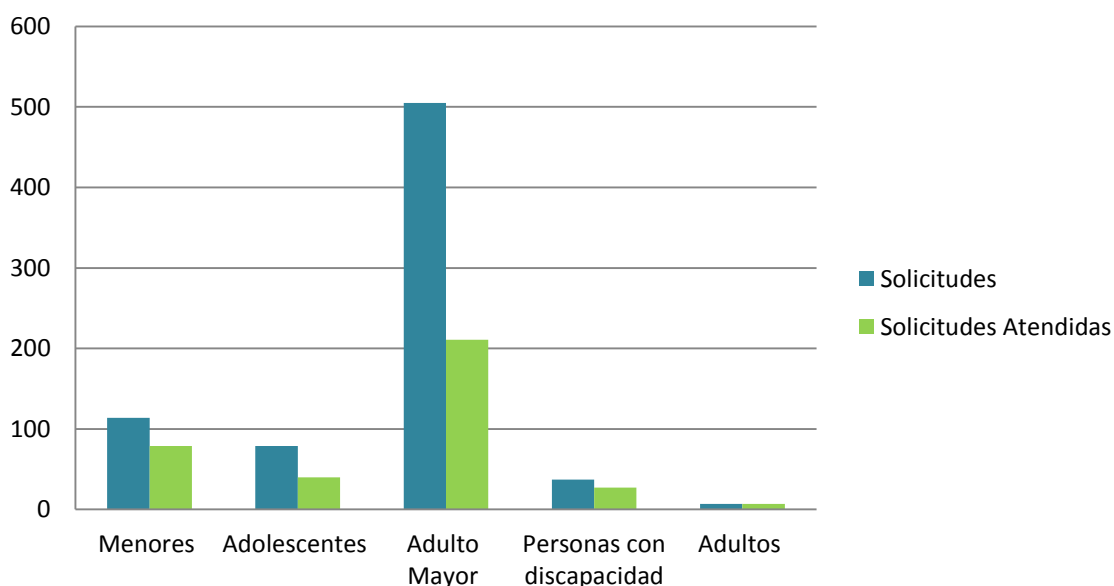
Gráfica 23. Número de solicitudes por campamento



Fuente: DGIS (2013c)

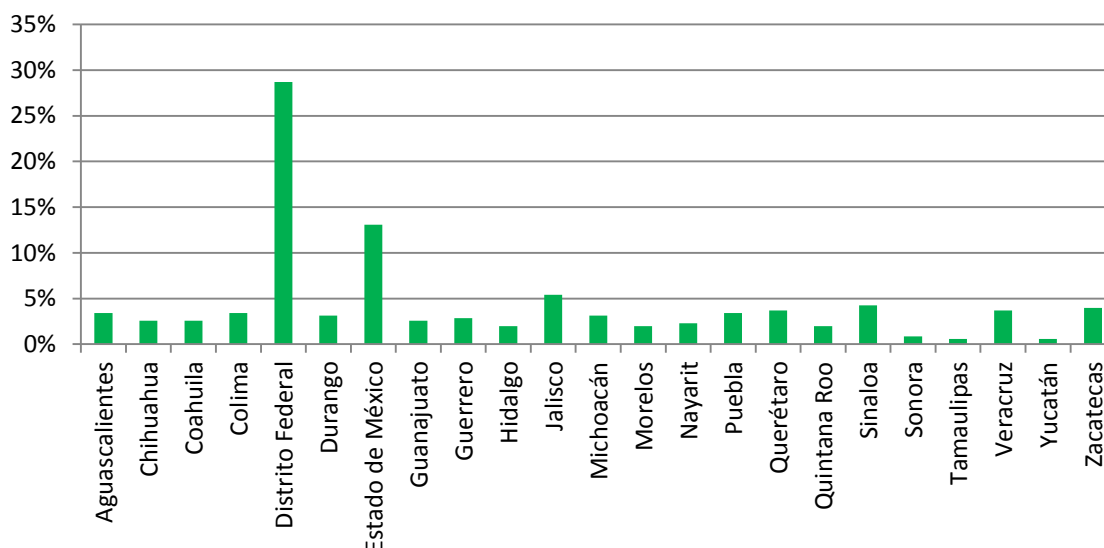
La población objetivo puede ser caracterizada a partir de la población atendida en 2013 debido a que se trata de grupos de población asiduos a los centros o con similares características. La atención de los campamentos estuvo dirigida en mayor medida a “adultos mayores”, seguida por el grupo de “menores” y en tercer lugar “adolescentes”, la población atendida es consistente con el número de solicitudes recibidas como se puede observar en la gráfica 24.

Gráfica 24. Número de solicitudes por tipo de población



La localización geográfica de la población objetivo es nacional. A través de la población atendida se pueden hacer aproximaciones sobre la prevalencia de beneficiarios del servicio de Campamentos Recreativos por Entidad Federativa. En primer lugar se encuentra el Distrito Federal con el 29%, en segundo, el Estado de México con el 13% y en tercer lugar Jalisco con el 6%. (gráfico 25)

Gráfica 25. Procedencia de las instituciones beneficiadas durante 2013



Fuente: DGIS (2013c).

Una de las características demográficas que se observa en la población atendida en los campamentos es que se trata en su mayoría del grupo de edad de adultos mayores. Las personas que asisten a los centros cuentan con vínculos con organizaciones sociales y de asistencia pública así como con los Sistemas Estatales y Municipales del DIF a través de los cuales reciben diversos tipos de atención.

Las características socioeconómicas de la población atendida en campamentos recreativos son personas vulnerables por ingresos y con carencias sociales. Las personas provienen de entornos adversos para su desarrollo y algunas de ellas están alojadas en instituciones de asistencia pública.

4.3. Cuantificación de la población objetivo

Componente Casas Asistenciales Menores

La población potencial:

“las niñas, los niños, las y los adolescentes, que por alguna situación de vulnerabilidad social se encuentra en riesgo su integridad biopsicosocial” (ROP, 2009, p. 45).

La población objetivo:

Menores de edad en situación de riesgo o vulnerabilidad que cuenten con un estado de salud físico y psicológico que le permita incorporarse a los programas de atención integral de los centros y a la vida en comunidad (DGIS, 2012a).

La población atendida:

Menores de edad que cumplen con los criterios y requisitos de participación y son atendidos por el programa durante el ejercicio fiscal.

A continuación se presentan las estimaciones de la población de 2014 a 2018:

Tabla 14. Cuantificación de la población del Componente Casas Asistenciales Menores

Población	2014	2015	2016	2017	2018
Potencial ¹	4.7 millones	*	*	*	*
Objetivo ²	335	335	335	335	335
Atendida ²	335	335	335	335	335

¹ Menores en pobreza extrema, CONEVAL (2013) con datos de ENIGH, 2012.

² Promedio de la población programada de 2010 a 2014

* La población potencial no puede ser estimada con suficiente certeza.

Componente Casas Asistenciales Adultos Mayores

La población potencial:

“las y los adultos de 60 años y más, sujetos de asistencia social, que se encuentran en condiciones de desamparo, incapacidad, marginación o víctimas de violencia familiar” (ROP, 2009, p. 45).

La población objetivo:

Adultos mayores con 60 años cumplidos o más que se encuentran en situación de desamparo, incapacidad, marginación o sujeta a maltrato, no portador de enfermedades infectocontagiosas y ser aptos para interactuar adecuadamente con los beneficiarios y personal de los centros. En caso de presentar alguna discapacidad, que esta les permita incorporarse a los programas de atención integral de los centros y a la vida en comunidad (DGIS, 2012b).

La población atendida:

Adultos mayores con 60 años cumplidos que cumplen con los criterios y requisitos de participación y son atendidos por el programa durante el ejercicio fiscal.

A continuación se presentan las estimaciones de la población de 2014 a 2018:

Tabla 15. Cuantificación de la población del Componente Casas Asistenciales Adultos Mayores

Población	2014	2015	2016	2017	2018
Potencial ¹	0.8 millones	*	*	*	*
Objetivo ²	451	451	451	451	451
Atendida ²	451	451	451	451	451

¹Adultos mayores en pobreza extrema, CONEVAL (2013) con datos de ENIGH, 2012.

²Promedio de la población programada de 2010 a 2014

* La población potencial no puede ser estimada con suficiente certeza.

Componente Campamentos Recreativos

La población potencial:

Menores, adultos mayores y personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad.

La población objetivo:

Grupos integrados por personas sujetas de asistencia social de:

- Menores y adolescentes de 7 a 18 años
- Adultos Mayores de 60 años en adelante
- Personas con discapacidad de 7 años en adelante

La población atendida:

Grupos de personas sujetos a asistencia social que cumplen con los criterios y requisitos de participación y son atendidos por el programa durante el ejercicio fiscal.

A continuación se presentan las estimaciones de la población de 2014 a 2018:

Tabla 16. Cuantificación de la población del Componente Campamentos Recreativos

Población	2014	2015	2016	2017	2018
Potencial ¹	6.3 millones	*	*	*	*
Objetivo ²	75,875	75,875	75,875	75,875	75,875
Atendida ³	34,268	34,268	34,268	34,268	34,268

¹Menores, adultos mayores y personas con discapacidad en pobreza extrema, CONEVAL (2013) con datos de ENIGH, 2012.

²Promedio de la demanda del servicio de 2010 a 2013, número de solicitudes por cien que es el promedio de personas por solicitud.

³Promedio de la población atendida 2010 a 2013.

* La población potencial no puede ser estimada con suficiente certeza.

4.4. Frecuencia de actualización de la población potencial y objetivo

La población potencial de cada uno de los componentes se actualizará bienalmente a través del cálculo de pobreza realizado por CONEVAL a partir de la ENIGH.

La población objetivo de los componentes casas asistenciales para menores y casas asistenciales para adultos mayores se actualizará en función de la programación anual. En el Componente Campamentos Recreativos en función del promedio de solicitudes.

Las poblaciones atendidas de los tres componentes se actualizarán a cada cierre de ejercicio fiscal.

5. Diseño de la intervención

Esta sección presenta el diseño de los componentes, se identifican los apoyos a otorgar y las condiciones relacionadas con su otorgamiento. Se desprenden las actividades a realizar, la cobertura establecida, los mecanismos de selección de beneficiarios y los actores involucrados.

Al tomar como referencia lo previamente descrito y los elementos de esta sección, se presenta la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) vigente del programa E040 del que forman parte los tres componentes.

5.1. Tipo de Intervención

Componente Casas Asistenciales Menores

De acuerdo al *Reglamento interno de los Centros Nacionales Modelos de Atención Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro amanecer para Niños* (DGIS, 2012b), el componente de Casas Asistenciales para Menores opera a través de la atención integral, individualizada e interdisciplinaria, a niñas, niños y adolescentes sujetos de asistencia social en los Centros ubicados en el Distrito Federal.

La atención integral incluye:

- I. Albergue;
- II. Atención social;
- III. Atención médica y nutricional;
- IV. Atención psicológica;
- V. Atención pedagógica;
- VI. Atención formativa (DGIS, 2012b).

Las condiciones para que los menores puedan entrar a las casas son:

- I. Tener la edad y el sexo indicados para cada uno de los Centros;
- II. Encontrarse en situación de riesgo o vulnerabilidad; y,
- III. Contar con un estado de salud físico y psicológico que le permita incorporarse a los programas de atención integral del Centro y a la vida en comunidad.

Debido a las necesidades específicas de atención especializada que requieren, las niñas, los niños y los adolescentes que presenten trastornos psiquiátricos, de personalidad o retraso mental no podrán ser candidatos de ingreso. En estos casos, una vez valorados, serán derivados a alguna institución que pueda proporcionarles los servicios que requieren. (DGIS, 2012b, p. 8).

Las edades en cada uno de los centros son:

- a) El CNMAIYC Casa Cuna Tlalpan:
 - i. De 0 a 4 años 11 meses.
 - ii. Ambos Sexos.
- b) El CNMAIYC Casa Cuna Coyoacán:
 - i. De 5 años a 8 años 11 meses.
 - ii. Ambos Sexos.
- c) La Subdirección del Centro Amanecer:
 - i. De 9 años a 12 años 11 meses.
 - ii. Sexo Masculino.
 - iii. En casos especiales, la Subdirección del Centro Amanecer podrá aceptar niños menores de 9 años o mayores de 12 años 11 meses, previa aprobación del caso por parte de la Junta Interdisciplinaria.
- d) El CNMAIYC Casa Hogar Niñas:
 - i. De 9 años a 17 años 11 meses.
 - ii. Sexo Femenino.
 - iii. En casos especiales, el CNMAIYC Casa Hogar Niñas podrá aceptar personas mayores de 18 años y menores de 21 años edad cuando manifiesten su interés en realizar su proyecto de vida y mediante la suscripción de una carta en la que se comprometa a cumplir las disposiciones contenidas en el presente Reglamento.
- e) El CNMAIYC Casa Hogar para Varones:
 - i. De 13 a 17 años 11 meses.
 - ii. Sexo masculino.
 - iii. En casos especiales, el CNMAIYC Casa Hogar para Varones podrá aceptar personas mayores de 18 años y menores de 21 años edad, cuando manifiesten su interés en realizar su proyecto de

vida y mediante la suscripción de una carta en la que se comprometa a cumplir las disposiciones contenidas en el presente Reglamento.

De acuerdo con el artículo nueve del *Reglamento de menores* para tramitar el ingreso de las niñas, los niños y los adolescentes al Centro, se deberá presentar lo siguiente:

- I. Tratándose de Instituciones públicas o privadas que soliciten el ingreso de alguna persona a cualquiera de los Centros:
 - a) oficio de solicitud de ingreso dirigido por el representante legal de la institución a la DGIS o al Titular del Centro;
 - b) copia simple de la identificación del representante legal de la persona que presenta al candidato para ingreso;
 - c) informe del estado de salud de la niña, el niño o adolescente, expedido por institución oficial, incluyendo cartilla de vacunación, en caso de existir, y actualizado por lo menos 15 días antes de la solicitud;
 - d) informe social y psicológico expedido por la institución canalizadora; y,
 - e) dos fotografías a color recientes del candidato a ingresar.

Asimismo, será necesario adjuntar copia del acta de nacimiento y comprobante del último grado de estudios del candidato, así como copia simple de la averiguación previa, en caso de contar con ellos.

- II. Tratándose de personas físicas que soliciten el ingreso:
 - a) Solicitud de ingreso;
 - b) Copia de la identificación oficial del proponente;
 - c) Comprobante de domicilio.

En este caso, el proponente deberá acreditar, preferentemente, que cuenta con la patria potestad o tiene la tutela del candidato propuesto. De no ser así, deberá acreditar el parentesco con la niña, niño o adolescente.

Asimismo, será necesario adjuntar copia del acta de nacimiento, comprobante del último grado de estudios del candidato y cartilla de vacunación en caso de contar con ellos.

En cualquiera de estos casos, cuando el candidato no cuente con acta de nacimiento, la DGIS o, en su caso, el Titular del Centro dará vista al personal de la Dirección General

Jurídica y de Enlace Institucional del SNDIF, a fin de que éste, en el ámbito de sus atribuciones, realice las gestiones que estime pertinentes.

Derechos y obligaciones de los beneficiarios

De acuerdo a los artículos 14, 15 y 16 del *Reglamento de menores* a continuación se detallan los derechos y obligaciones de los beneficiarios de las casas asistenciales:

Artículo 14. Todo beneficiario deberá sujetarse a las etapas de inducción, intervención, pre egreso y egreso, salvo en el caso de los niños, niñas y adolescentes ingresados por las autoridades migratorias, los cuáles quedarán en etapa de inducción hasta su egreso.

Artículo 15. Conforme a su nivel de desarrollo y necesidad de atención, se asignará a los beneficiarios una habitación en el edificio que corresponda y serán sujetos de intervención, conforme a los programas integrales de atención.

Artículo 16. Los beneficiarios gozarán, además de los consagrados a su favor en el marco jurídico vigente, los siguientes derechos dependiendo del modelo de atención y edad de los beneficiarios:

- I. Recibir atención y servicios de cada una de las áreas que conforman el Centro, además de los cuidados de vida diaria de acuerdo a su edad, de conformidad con lo señalado en el presente Reglamento;
- II. Recibir atención integral e individual en lo que se refiere a su higiene, alimentación, vestido, seguridad personal, formación de hábitos y valores;
- III. Recibir un trato respetuoso, justo, equitativo y humano, exento de cualquier coacción física y psicológica;
- IV. Ser visitado los días y horas establecidos por la Junta Interdisciplinaria para ello, salvo que exista alguna restricción considerando el interés superior del niño o adolescente;
- V. Enviar y recibir correspondencia, debiendo ser esta última abierta por el beneficiario en presencia del personal del Centro que haya sido autorizado para ello. En el CNMAIYC Casa Hogar para Varones además podrán tener acceso a otros medios de comunicación tales como internet y telefonía fija en espacios adecuados y en horarios establecidos;
- VI. Ser informado de sus derechos y obligaciones relativos a su ingreso, permanencia y egreso del Centro, incluyendo el apoyo para la elaboración de un proyecto de vida en donde se lleven a cabo acciones para los diferentes procesos;

- VII. Hacer uso adecuado de las instalaciones y servicios asistenciales que se brinden en el Centro. En su caso dicho uso estará sujeto a las restricciones en cuanto a zonas y horarios que determine el Titular del Centro;
- VIII. Participar en actividades cívicas, educativas, socios culturales, deportivas y recreativas;
- IX. Ser protegido contra agresiones o abusos de los demás beneficiarios, del personal o de los visitantes;
- X. Exponer sus ideas y ser escuchado en peticiones y quejas para mejoramiento de su vida en comunidad;
- XI. Recibir apoyos para su educación escolarizada según corresponda;
- XII. Recibir apoyo y orientación sexual de acuerdo a su edad en todos los Centros Asistenciales;
- XIII. Recibir los materiales necesarios, tanto escolares como de uso personal, que necesite y que existan en el Centro;
- XIV. Contar con apoyo y capacitación técnica y/o para el trabajo según el grado de preparación;
- XV. Gozar de los bienes producto de su empleo;
- XVI. En su caso, mantener convivencias con familiares beneficiarios, aún cuando estos últimos sean atendidos en otros Centros;
- XVII. Obtener permisos para salir periódicamente del Centro previa autorización y bajo las condiciones que dicte la Junta Interdisciplinaria. Después de los 15 años no será necesario que el Centro designe un acompañante; y,
- XVIII. Que se le brinde orientación vocacional y apoyo relacionado con la farmacodependencia y demás que favorezcan el desarrollo biopsicosocial del adolescente.

El ejercicio de estos derechos se podrá restringir únicamente en los términos y con las condiciones señaladas en el presente Reglamento o cuando su ejercicio ponga en riesgo el interés superior del beneficiario.

Dependiendo del modelo de atención y edad de los beneficiarios, éstos tendrán diversas obligaciones estipulados en el *artículo 17* del mismo reglamento. Cuando algún beneficiario incumpla con sus obligaciones se hará acreedor de una sanción como lo estipula el *artículo*

18 y 19. Los derechos y obligaciones de los visitantes familiares se describen en los *artículos 20 y 21*, las de los visitantes voluntarios en los artículos *22 al 26*.

Trato del personal del Centro hacia los beneficiarios

El trato del personal hacia los menores también está normado por el *Reglamento de menores* en los siguientes artículos:

Artículo 27. El personal deberá respetar y hacer respetar, en todo momento, los derechos humanos y garantías de los beneficiarios. En particular, se abstendrán de ejecutar cualquier tipo de medida disciplinaria unilateralmente o discrecionalmente, o que menoscabe la dignidad o ponga en riesgo la integridad física y mental de los beneficiarios.

Artículo 28. El personal de los Centros tendrá las siguientes obligaciones:

- I. Brindar un trato respetuoso, justo, equitativo y humano, exento de cualquier coacción física y psicológica;
- II. Mantener vigilancia permanente sobre la integridad física, emocional y sexual de los beneficiarios, debiendo hacer del conocimiento del Titular del Centro o, en su caso de las autoridades competentes, cualquier situación que altere el orden o ponga en peligro la integridad de los beneficiarios;
- III. Favorecer un ambiente grato, de escucha y libertad de expresión respetuosa para los beneficiarios; y,
- IV. Coadyuvar a mantener el orden y seguimiento de la población de los Centros.

Artículo 29. Las conductas de acción u omisión cometidas por el personal del Organismo y del Centro, ya sean a título de dolo o culpa, serán sancionadas en términos de la normatividad aplicable, sin perjuicio de que, en su caso, se dé intervención a la autoridad o a las autoridades competentes cuando dicha conducta presuntamente sea constitutiva de algún delito.

Componente Casas Asistenciales Adultos Mayores

De acuerdo al *Reglamento interno de los Centros Nacionales Modelos de Atención Investigación y Capacitación Gerontológica y Casas Hogar para Ancianos* (DGIS, 2012c), el componente de Casas Asistenciales para Adultos Mayores opera a través de la atención de dos modalidades: residencia y modalidad día.

En la **modalidad de día**, el beneficiario que hace uso parcial de la atención y los servicios brindados por el Centro permaneciendo en el interior de éste, únicamente de lunes a viernes en horario parcial. En esta modalidad, se proporciona al beneficiario alternativas para su ocupación creativa y productiva del tiempo libre, mediante su participación en actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, en las cuales se promueve, tanto la dignificación de esta etapa de vida, como la promoción y auto cuidado de la salud (DGIS, 2012c, p. 9).

En la **modalidad de residencia** es la atención en donde se alojan permanentemente en las instalaciones del Centro, y que hacen uso de la atención y los servicios que en la unidad se les brindan, proporcionando una atención integral por los profesionales y el personal adscrito a las áreas de Trabajo Social Gerontológico, Médico Geriátrico, Psiquiátrica en caso de contar con este profesional, Psicogerontología, y Administrativa.

La modalidad de residencia comprenderá los siguientes servicios:

- I. Alojamiento
- II. Vestido
- III. Alimentación
- IV. Atención social geriátrica
- V. Atención médica geriátrica
- VI. Atención psicogerontológica

La modalidad de día comprenderá únicamente los servicios identificados en las fracciones III a VI.

Derechos y obligaciones de los beneficiarios

La corresponsabilidad de los beneficiarios se encuentra descrita en los *artículos 13 a 16* del *Reglamento de Adultos Mayores* que a continuación se describe:

Artículo 13. Los beneficiarios gozarán, además de los derechos consagrados a su favor en el marco jurídico vigente, los siguientes:

- I. Recibir atención y servicios del personal adscrito al Centro, además de los cuidados de la vida diaria de acuerdo a su estado de salud y edad;
- II. Recibir un trato respetuoso, justo y humano, exento de cualquier coacción física y psicológica, así como que se le brinde atención integral personalizada;

- III. Ser visitados por personas autorizadas, en los términos del presente Reglamento, los días y horarios establecidos;
- IV. Enviar y recibir correspondencia, apoyada y auxiliada por personal del Centro autorizado para ello;
- V. Ser informados sobre sus derechos y obligaciones, al momento de ingreso o egreso, y durante su estancia o permanencia y egreso en el Centro.;
- VI. Hacer uso adecuado de las instalaciones y servicios asistenciales, conforme a sus fines o, en su caso, lo dispuesto en el presente Reglamento;
- VII. Recibir apoyo de sus visitantes para la compra de medicamentos y artículos de uso personal;
- VIII. Recibir del Centro, los materiales y artículos de uso personal que necesite y que existan en el Centro;
- IX. Contar con apoyo y terapia ocupacional;
- X. Recibir los servicios integrales de salud para su prevención, tratamiento, atención y rehabilitación;
- XI. Participar en actividades cívicas, educativas, socio culturales, deportivas y recreativas, acorde a su elección, su edad y estado de salud;
- XII. Pertenecer a los equipos deportivos y grupos artísticos existentes en el Centro.
- XIII. Ser protegida contra agresiones o abusos de los demás residentes.
- XIV. Exponer sus ideas, y ser escuchada en peticiones y quejas para el mejoramiento de su vida en comunidad.
- XV. Obtener su baja definitiva del Centro, previa petición, exposición y análisis del caso y resolución favorable emitida por la Junta Interdisciplinaria.
- XVI. Salir del Centro por más de un día para visitar a familiares o amistades, previo conocimiento, valoración médica y autorización del personal responsable.
- XVII. Designar el destino final de sus bienes, con el apoyo del personal del Centro, en cualquier momento que lo estime pertinente, así como dejar por escrito su deseo de no ser trasladado a un hospital cuando presente una enfermedad crónico degenerativa que limite su calidad de vida, esta petición será avalada por la junta interdisciplinaria.

Artículo 14. Son obligaciones de los beneficiarios, los siguientes:

- I. Cumplir con las disposiciones de este Reglamento;

- II. Tratar con respeto a sus compañeros, visitas y al Personal del SNDIF, así como dirigirse a ellos con vocabulario apropiado.
- III. Utilizar adecuadamente las instalaciones del Centro y el material que se le proporcione para su uso personal;
- IV. Contribuir a mantener limpia y presentable su habitación, lo mismo que las áreas de uso común.
- V. Dar cumplimiento puntual y ordenado con los programas de actividades establecidos en el Centro.
- VI. Atender su aseo y arreglo personal;
- VII. Conservar el orden y respeto debidos en las actividades que desempeñe y abstenerse de amenazar, agredir física o verbalmente a sus compañeros, visitas o personal del SNDIF, o responder a agresiones;
- VIII. Informar a las autoridades del Centro sobre cualquier situación que altere el orden, ponga en peligro su integridad, la de sus compañeros, las visitas o personal del Organismo, así como los actos que puedan causar daños a las instalaciones del Centro o bien a terceros;
- IX. Cubrir la cuota de recuperación, dentro de los primeros diez días hábiles de cada mes, atendiendo a lo señalado en el procedimiento interno respectivo.
- X. Consumir sus alimentos en el comedor del Centro y no sacar o guardar alimento en dormitorios o en cualquier área del inmueble, respetando los espacios y horarios establecidos para su consumo; excepto indicación médica;
- XI. Respetar las raciones de alimento de sus compañeros y presentarse al comedor, en el horario establecido y en actitud de orden;
- XII. Abstenerse de utilizar parrillas, planchas, cafeteras, calentadores eléctricos, lámparas de combustible, alcohol y braseros dentro de las Instalaciones;
- XIII. Respetar los horarios de descanso de sus compañeros y para dormir;
- XIV. Abstenerse de ingerir bebidas alcohólicas, sustancias tóxicas, estupefacientes, psicotrópicos o sustancias que generen o causen efectos similares;
- XV. No conservar medicamentos en su poder o dormitorio ni administrarse éstos cuando no hayan sido prescritos por el médico;
- XVI. Abstenerse de hacer modificaciones a las instalaciones o al inmueble;

- XVII. Abstenerse de solicitar dadas, donativos personales a nombre del Organismo o del Centro, ni por motivo alguno tomar objetos de sus compañeros, visitas o personal que interactúe con ellos;
- XVIII. Asistir a las citas médicas, psicológicas y psiquiátricas que se le asignen.
- XIX. Abstenerse de introducir al Centro, televisores, aparatos eléctricos, revistas, libros, videos o cualquier objeto que altere el orden o afecte la integridad física o psicológica de sí mismo o de sus compañeros:
- XX. Abstenerse de introducir al Centro armas u objetos peligrosos de cualquier tipo, bebidas alcohólicas, sustancias tóxicas, estupefacientes, psicotrópicos o sustancias que generen o causen efectos similares;
- XXI. Abstenerse de ingresar sin motivo justificado a otras áreas habitacionales del Centro o administrativas, sin previo permiso o autorización para ello;
- XXII. Abstenerse de salir o abandonar el Centro sin autorización para ello;
- XXIII. Mantener abiertas las ventanas y puertas de los dormitorios las 24 horas del día, excepto por condiciones climatológicas adversas;
- XXIV. Permitir la revisión por los elementos de seguridad, al ingresar con bultos voluminosos.

Artículo 15. Cuando algún beneficiario incumpla con sus obligaciones la Junta Interdisciplinaria valorará el grado de la acción u omisión de conducta cometida y determinará las medidas procedentes, tendientes a garantizar y salvaguardar los derechos e intereses de los demás beneficiarios, de los visitantes, y el personal del Centro, e implementará el tratamiento que estime adecuado a fin de que no incurra nuevamente en el incumplimiento de sus obligaciones.

Considerando la gravedad del caso, la Junta Interdisciplinaria solo podrá imponer las siguientes medidas disciplinarias:

- I. Extrañamiento de manera verbal.
- II. Extrañamiento por escrito con copia a su expediente.
- III. Cambio de habitación.
- IV. Canalización a otra institución.
- V. Baja definitiva del Centro;

En todo caso, la decisión de la Junta Interdisciplinaria será notificada por escrito al beneficiario, fundando y motivando las razones por las que se impone la medida disciplinaria correspondiente.

Artículo 16. Ningún beneficiario que cause baja definitiva de algún Centro podrá reingresar a éste. En su caso, será canalizado a alguna institución pública o privada para su atención integral.

Los derechos de las personas que visitan a los adultos mayores están descritos en los *artículos 17 a 23* del mismo *Reglamento de Adultos Mayores*.

Componente Campamentos Recreativos

El servicio de Campamentos Recreativos está dirigido a la población sujeta de asistencia social a través grupos organizados por las organizaciones de la sociedad civil, Sistemas Estatales DIF y Sistemas Municipales DIF a los cuales se les llama Delegaciones Autorizadas una vez que cumplen los criterios y requisitos de participación.

De acuerdo a los *Lineamientos para la Atención de Población en Campamentos Recreativos* (DGIS, 2012d), las Delegaciones autorizadas podrán utilizar de manera gratuita las instalaciones de los Campamentos Recreativos, durante las fechas aprobadas por el SNDIF, el cual se obliga a proporcionar alimentación, hospedaje y llevar a cabo actividades recreativas, culturales y deportivas dentro de las instalaciones del Campamento Recreativos. Los servicios otorgados se describen a continuación:

- a) Alimentación: Los alimentos que se brindan en estos centros, se otorgan mediante un estricto control de calidad, con el fin de ofrecer un menú balanceado y apropiado a cada tipo de población. Se proporciona a cada acampante un total de quince raciones alimenticias por semana. Mediante comisiones establecidas por el Coordinador del Campamento Recreativo, los propios acampantes realizan la distribución de los alimentos y la limpieza del área.
- b) Hospedaje: Se cuenta con una capacidad instalada de 814 camas en los siete campamentos, que se ubican en cabañas divididas por sexos, con un promedio de 20 personas por cabaña, utilizándose literas. Se proporcionan blancos, material de limpieza e higiene.

- c) Actividades recreativas: La ejecución del programa de recreación dentro de las instalaciones del Campamento Recreativo, así como en las visitas turísticas y culturales establecidas en el mismo, se llevarán a cabo conjuntamente por el Coordinador del Campamento Recreativo, el responsable del grupo y los consejeros.

Requisitos, obligaciones y sanciones

De acuerdo a los *Lineamientos de Campamentos* los requisitos y obligaciones de los grupos autorizados están descritos en el *numeral VII* que a continuación se presentan:

Los grupos autorizados para asistir a los Campamentos Recreativos deberán cumplir con los siguientes requisitos y obligaciones:

- a. Al arribo del grupo al Campamento Recreativo, el responsable deberá proporcionar al Coordinador del Centro la documentación que justifique su permanencia en el mismo y que se describe a continuación:
 - b. Fotocopia del Oficio de Autorización.
 - c. Original de la Carta Compromiso, debidamente firmada.
 - d. Relación original de los beneficiarios en los formatos RAH. (Ver Anexos 1 y 2)
 - e. Original del programa de actividades recreativas a realizar, que se complementará al implementado en este Centro.
 - f. Asistir con un médico que permanezca con el grupo las 24 horas del día en las instalaciones del Campamento Recreativo, que supervise y atienda la salud los acampantes.
- b) No se permitirá que el médico sea reemplazado por algún paramédico o técnico en la materia, y en caso de suceder así, la responsabilidad recaerá en las personas que firman la Carta Compromiso.
 - c) Asistir con personal de apoyo (consejeros), mínimo 10 personas y máximo 25, preferentemente adultos de 20 a 50 años de edad.
 - d) Para el caso los grupos integrados por personas con discapacidad, el número será establecido por el responsable del mismo, de acuerdo a sus necesidades para la atención que requiere su población.

- e) Hacerse cargo de los gastos de transportación y demás servicios adicionales que requieran, independientes a los que presta de manera gratuita el SNDIF.
- f) Realizar la evaluación del servicio, mediante el Cuestionario de Evaluación de Servicios mismo que será contestado por cinco integrantes del grupo y posteriormente entregado a la o el Coordinador del Campamento Recreativo.
- g) Participar activamente en las actividades programadas y en la evaluación de las mismas.
- h) Asistir al Campamento Recreativo con personas en buenas condiciones de salud. En caso de que alguna persona del grupo requiera medicamentos especiales, será su responsabilidad llevar consigo las medicinas necesarias para su estancia.
- i) Que el responsable y consejeros del grupo, preferentemente, cuenten con conocimientos de recreación, primeros auxilios y sepan nadar.
- j) Todas las personas que integran al grupo deberán conocer y respetar el Reglamento Interno del Campamento Recreativo.
- k) Cuidar y mantener en buen estado las instalaciones del Campamento Recreativo.
- l) Responsabilizarse de los daños que ocasionen durante su estancia.
- m) Participar en las labores de aseo de cabañas, comedor y regaderas, así como en el ahorro de agua y energía eléctrica.

Las sanciones se encuentran descritas en el *numeral IX* de los *Lineamientos*, mismas que a continuación se describen:

La Dirección General de Integración Social sancionará de la siguiente forma el incumplimiento de los requisitos posteriores a la autorización y las obligaciones citadas:

- Para las Instituciones, Sistemas Municipales y Sistemas Estatales DIF que cancelen su visita sin previo aviso (mínimo siete días de antelación) no se le autorizarán las “Solicitudes de Visita” remitidas para el siguiente trimestre.
- En caso de arribo con asistencia incompleta sin justificación (menor del 80% de la autorizada), procederá la misma sanción del punto anterior.
- Se remitirá sanción por escrito a las Instituciones y/o Sistemas Estatales DIF que incurran en una o más de las siguientes faltas:
 - a. Que no asistan con médico
 - b. Que el número de responsables no sea el establecido en los presentes Lineamientos

- c. Que sus integrantes asistan con otro grupo y/o asociación
- d. Que el grupo no se presente al Campamento Recreativo con la documentación que avale su autorización.
- e. Que incumplan los ordenamientos que se encuentran establecidos en el Reglamento Interno.

Dos amonestaciones por escrito serán motivo de no autorización de sus “Solicitudes de Visita” de los siguientes dos trimestres.

El Coordinador del Campamento Recreativo en el ámbito de sus atribuciones, podrá sancionar con el retiro de las instalaciones a las personas del grupo que expongan su integridad física, la de su grupo y personal del Centro, deslindando al Sistema Nacional DIF de la responsabilidad que esta sanción implique.

5.2. Etapas de la intervención

Componente Casas Asistenciales Menores

Actividades

Las actividades a realizar para la atención de los menores a las casas asistenciales están descritas en el *Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social* (DGIS, 2012a) y en el *Reglamento interno de los Centros Nacionales Modelos de Atención Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro amanecer para Niños* (DGIS, 2012b). A continuación se describen las principales actividades.

1. Solicitud de ingreso
2. Oficio a los centros para que se haga la valoración del menor
3. Valoración del centro y emisión de la respuesta
 - 3.1 Cuando la valoración es negativa se orienta sobre otras instancias donde se puede dar la atención
4. Si la valoración es positiva procede el ingreso al centro y se elabora un
5. Ingreso a enfermería
6. Ingreso a población y estancia en la misma
7. Adopción
8. Egresos

Las solicitudes de ingreso se hacen llegar a la DGIS quien solicita a través de oficio a cada uno de los centros la valoración de los menores. Los centros valoran y se emite una respuesta. La valoración integral consiste en una valoración por el área de trabajo social, área médica y área psicológica. Si el resultado de la valoración es una respuesta negativa, se orienta a los solicitantes sobre otras opciones.

Si el resultado de la valoración es positivo se elabora un Plan de Atención Individualizado que “es el planteamiento interdisciplinario de una serie de objetivos y medidas cimentadas sobre el diagnóstico interdisciplinario de ingreso, para intervenir en el motivo que generó la admisión; orientado todo a la consecución del objetivo del Modelo de Atención. Se somete a la Junta Interdisciplinaria para su análisis, aprobación, modificación, monitoreo y evaluación semestral, tomando siempre en cuenta el dinamismo de todos los fenómenos sociales” (DGIS, 2012a).

El menor ingresa al centro y permanece en enfermería de 15 a 40 días. Después del lapso de tiempo ingresa a la población general del centro. A todos los menores se les brinda atención social, atención médica integral, vigilancia nutricional, atención psicológica, atención pedagógica se les enseñan hábitos higiénicos, normas disciplinarias y valores y se realizan actividades deportivas y culturales. Algunas de estas actividades se llevan a cabo por voluntarios externos al centro.

Existen dos programas que se llevan a cabo en los centros:

- Programa Lazos Fraternos

El programa consiste en promover y consolidar los lazos afectivos entre hermanos y hermanas durante su estancia en los Centros Asistenciales de la DGIS, para fortalecer el proceso formativo social, de identidad y pertenencia de las y los menores que forman cada grupo familiar, dando pauta a una mejor reintegración familiar y social (DGIS 2014b).

- Programa de Protección Temporal

Es una medida de protección transitoria de la niña, niño o adolescente dentro de la institución quien se encarga de brindar cuidados y atención integral (DGIS, 2012a).

Las adopciones es una actividad que se trabaja en conjunto con el área Jurídica. Lo que le corresponde al componente Casas Asistenciales de Menores es la valoración de los

casos y resultar favorables se procede al trámite de adopción. Existe un seguimiento del caso por dos años por el área de trabajo social del centro.

Los egresos son a solicitudes de los familiares o al cumplir la mayoría de edad. Antes del egreso por solicitud de los familiares el área de trabajo social valora el entorno familiar y da su visto bueno.

Antes del egreso por mayoría de edad los menores entran al programa de pre-egreso donde se les prepara para que asistan a la universidad y consigan un trabajo. Cuando los residentes de los centros cumplen 18 años tienen la opción de permanecer en el mismo siempre y cuando muestren buena conducta y continúen con su educación.

Tipos de los apoyos

El servicio que se da en las casas asistenciales de menores es atención integral que consiste en:

- I. Albergue
- II. Atención social
- III. Atención médica y nutricional
- IV. Atención psicológica
- V. Atención pedagógica
- VI. Atención formativa

Cobertura y tiempo de operación

Como se documentó en la sección 3.2, los objetivos del componente Casas Asistenciales de Menores guardan estrecha relación con convenios y metas nacionales e internacionales, entre ellos con el *Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018*, la *Ley de Asistencia Social*, el *Programa Nacional de Asistencia Social 2014- 2018*. De ahí que se estime que el tiempo de operación en el corto plazo será el sexenio en curso 2012-2018 en consistencia con las metas nacionales y sectoriales propuestas donde se explicita la importancia de la atención y protección de menores en situación de riesgo.

La cobertura del componente son las delegaciones políticas del Distrito Federal de acuerdo al Programa Anual de Trabajo 2014.

Mecanismos de selección de beneficiarios

Los mecanismos de selección de acuerdo al *Manual de Procedimientos de la Dirección de General de Integración Social* son tres:

- I. Menores de edad en situación de riesgo o vulnerabilidad
- II. Que cuenten con un estado de salud físico y psicológico que le permita incorporarse a los programas de atención integral de los centros y a la vida en comunidad.
- III. Que cumplan el perfil de ingreso de acuerdo a la valoración integral.

Actores involucrados

No se logran identificar opositores al componente. Los actores indiferentes corresponden a un segmento de la población y a un grupo de los familiares de los menores.

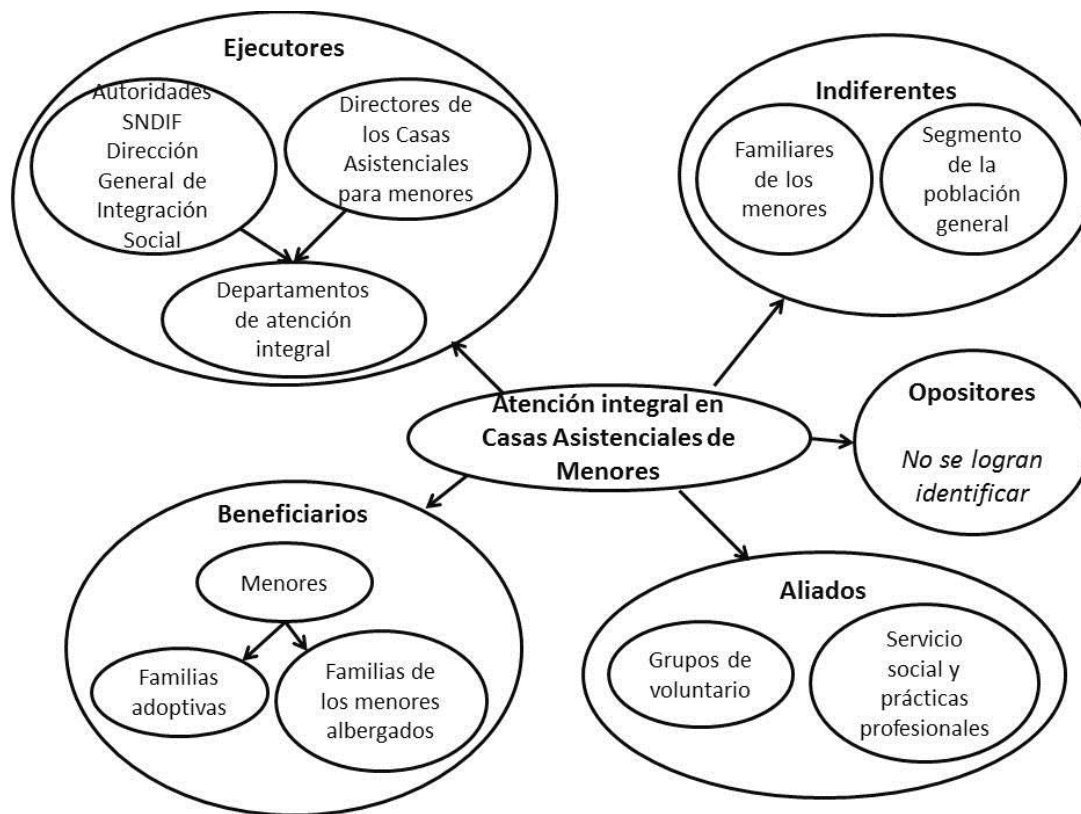
Los ejecutores del servicio son las autoridades del SNDIF, los directores de las Casas Asistenciales y los Departamentos de atención integral. Estos en ocasiones funcionan a manera de órganos colegiados para la valoración de los menores para su atención, adopción o egreso.

Los beneficiarios del servicio son los menores, de forma indirecta las familias adoptivas y las familias de los menores albergados. Estas últimas son apoyadas a través del resguardo de los menores por periodos de tiempo.

Se logra identificar un número significativo de aliados entre ellos los grupos de voluntarios que principalmente se encargan de llevar a cabo actividades recreativas y culturales. Los estudiantes que realizan servicio social y prácticas profesionales provienen de dos niveles educativos, bachiller y universidad, ambos de instituciones públicas y privadas. A través de las actividades los estudiantes contribuyen a la consecución de la atención integral a los menores.

La siguiente imagen muestra de forma gráfica los actores descritos involucrados:

Mapa 1. Actores involucrados atención integral en Casas Asistenciales de Menores



Elaboración: DGIS

Componente Casas Asistenciales Adultos Mayores

Actividades

Las actividades a realizar para el componente Casas Asistenciales para adultos mayores, se explican ampliamente en el *Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social* (DGIS, 2012a) y el *Reglamento Interno de los Centros Nacionales Modelos de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica y Casas Hogar para Ancianos*, (DGIS, 2012,b) con el fin de contar con una visión amplia de las actividades que realizan los actores involucrados, a continuación se presentan las más representativas.

Existen dos procedimientos distintos al ingreso del adulto mayor en las Centros: el primero de ellos es la solicitud vía institucional, y el segundo vía personal. Sin embargo para ambos casos las actividades se dividen en siete momentos (recepción de solicitudes, entrevistas, prevaloraciones, revisión y dictamen de la solicitud, notificación, indicaciones y urgencia). A continuación se presenta un listado de las actividades más destacadas durante el proceso previo para la asignación de los servicios componente.

1. Recepción de solicitudes

1.1. Solicitudes Institucionales

1.1.1. Se turnan al titular del área de Trabajo Social.

1.1.1.1. Se instruye al trabajador social para contactar a la Institución y conocer el porqué de la procedencia del candidato.

1.1.1.2. Si la solicitud de la institución es urgente por maltrato, omisión de cuidados o muerte social. (Procede actividad 7)

1.1.1.3. Se instruye al trabajador social para visita domiciliaria a la Institución y elabore el Informe de Valoración Social y se requisitan los datos del candidato.

1.1.1.4. Si después del análisis del expediente y el diagnóstico, la solicitud procede (Seguir en actividad 3)

1.2. Solicitudes vía personal (Pasar a la actividad 2.1)

1.2.1. Se supervisa el expediente y el diagnóstico

1.2.2. El trabajador social informa al solicitante de los trámites y requisitos para el ingreso y espera la visita del trabajador social para dar inicio a las valoraciones. (Pasar a la actividad 3)

2. Entrevistas

2.1. Se indica al trabajador social realice la Entrevista de Filtro de Candidato

3. Prevaloraciones (consecutivas)

3.1. Social

El trabajador social realiza visita domiciliaria para la valoración social gerontológica y entrega el formato de solicitud de análisis de laboratorio clínico y de gabinete. Se envía al Titular de la Jefatura de Trabajo Social Gerontológico, se entrega carnet de citas con fecha para la valoración médica.

3.2. Médica

Derivado de la valoración social, el Jefe de departamento de trabajo social gerontológico instruye al médico para recibir al candidato y elaborar la valoración médica y elaborar informe.

3.3. Psicológica

El trabajador social recibe el carnet del candidato para la asignación de fecha para la valoración psicológica. El Jefe del departamento de Psicogerontología instruye

al psicólogo para recibir al candidato y realice la valoración con el formato de Valoración Psicológica de Ingreso. (Anexo 3)

3.3.1. Si se requiere de valoración psiquiátrica se solicita a una institución de salud pública dicho servicio

4. Revisión y dictamen de la solicitud

4.1. La Junta Interdisciplinaria debe elaborar un informe con el contenido de las prevaloraciones de la solicitud en turno

4.2. El director del centro requisita el formato de resultados derivado del informe de la junta interdisciplinaria para la elaboración del oficio dirigido al solicitante

5. Notificación

5.1. Se notifica a la Jefatura de Psicogerontología la fecha de cita para recibir al candidato

5.2. Los jefes del Departamento de Trabajo Social Gerontológico y Psicogerontología para notificar el resultado del dictamen

5.2.1. Si el resultado del dictamen es positivo, procede 6.1

5.2.2. Si el resultado del dictamen es negativo, procede 6.2

6. Indicaciones de Ingreso o alternativas de atención

6.1. Se le indica al trabajador social que indique al beneficiario los requisitos, fecha y hora de ingreso.

6.2. Se instruye al trabajador social para que oriente al interesado sobre las alternativas de acuerdo a las características de su caso. Por último se ingresan los datos Libreta de Registro de Solicitudes, y se elabora nota de cierre de caso.

7. Urgencia

Se recibe de manera emergente al adulto mayor asignándole la ubicación pertinente de acuerdo a sus condiciones biopsicosociales, y se elabora Acta de ingreso temporal.

El expediente se convierte en el registro de la vida del usuario en los centros y el equipo interdisciplinario es el encargado de su elaboración y actualización. El expediente único el cual funciona como instrumento de control utilizado en los Servicios de Asistencia Social, se integra por la valoración de cada uno de los especialistas. De acuerdo con el Manual de Procedimientos (DGIS, 2012a), éste debe contener:

- ✓ Portada de expediente
- ✓ Hoja de identificación

- ✓ Segmento para ordenar la evidencia documental de las acciones interdisciplinarias
- ✓ Segmento de Trabajo social,
- ✓ Segmento de las áreas Médica y Enfermería,
- ✓ Segmento del área de Nutrición
- ✓ Segmento del área de Psicología
- ✓ Segmento del área de Psiquiatría (en hecho de requerirlo el caso)
- ✓ Segmento del área Jurídica
- ✓ Segmento del área de Administrativa (administración de efectivo y valores así como becas de residentes)
- ✓ Documentos personales

Tipos y Montos de los Apoyos

El tipo de apoyo que se brinda en los Centros es de Atención Integral, sin embargo los servicios dependen de la modalidad en la que se encuentre el beneficiario. Para la modalidad de residencia los servicios que se brindan son:

1. Alojamiento
2. Vestido
3. Alimentación
4. Atención social geriátrica
5. Atención médica geriátrica
6. Atención psicogerontológica

Por otra parte para la modalidad de día únicamente se brindan:

1. Alimentación
2. Atención psicogerontológica

Para los residentes el servicio de alojamiento dura las 24 horas durante todo el año debido a su condición de vulnerabilidad, se les asigna un dormitorio compartido así como su material de higiene personal. Además de esto, existe una partida presupuestal para lo que se denomina “vestido” la cual consiste en la compra de prendas de vestir para los residentes de los centros. Los especialistas del área de geriatría en los centros serán los comisionados de constatar que los adultos mayores cuenten máximo con seis mudas de ropa, tres pares de

calzado, cinco libros, un radio pequeño, y diez accesorios personales, debido al espacio disponible con el que cuenta en la habitación.

Uno de los servicios con los que cuentan las dos modalidades es la alimentación, la cual se divide en tres raciones al día para los residentes o bien desayuno o sólo comida para los que se encuentran en la modalidad de día. En cada uno de los centros se cuenta con un nutriólogo y con especialistas en atención médica geriátrica quienes son los encargados de elaborar los menús específicos para el tipo de población que se atiende, así como la detección y atención oportuna de casos específicos en los cuales se deban utilizar dietas específicas debido a las condiciones del adulto mayor.

El personal encargado de la atención social geriátrica es el área de trabajo social. La atención médica geriátrica y psicogerontológica están a cargo de personal especializado en atención geriátrica. Los tres tipos de atención (social geriátrica, médica geriátrica y psicogerontológica) cuentan con varias actividades para su consecución, mismas que a continuación se presentan:

Tabla 17. Atención Integral en Centros Asistenciales para adultos mayores

Atención	Momento	Actividades
Social Geriátrica	Previo al Ingreso	La labor del trabajador social en esta etapa comienza desde el recibimiento de la solicitud del candidato, haciendo las entrevistas iniciales para la valoración social, realizar visitas domiciliarias, integrar el informe y el diagnóstico social, para presentar los resultados de estos dos últimos ante la Junta Interdisciplinaria para la elaboración de un predictamen.
	Durante el ingreso y la inducción	Asignar número al expediente del beneficiario y recibir a este para ubicar el área de inducción. Notificar el ingreso a las áreas del Centro así como a la Dirección de Servicios Asistenciales y a la Subdirección de Prevención Asistencial.
	Durante la atención de caso	Realizar valoraciones de acuerdo a la programación cada seis meses o cuando sea necesario. Realizar entrevistas a familiares o responsables del beneficiario. Dar seguimiento a la vinculación del beneficiario con quienes resultes aptos para ello. Registrar acciones del caso. Integrar, organizar y actualizar el expediente. Proponer ante la Junta Interdisciplinaria la reintegración del beneficiario con su visita, su derivación a otra institución o la baja voluntaria, según sea el caso.

Atención	Momento	Actividades
Médica geriátrica	En todo momento	Asesorar sobre el adecuado trato que debe recibir el beneficiario, asesorar sobre la normatividad durante la estancia de los beneficiarios en los centro, así como brindar apoyo sobre las estrategias de mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.
	Previo al ingreso	Realizar pre-valoración del estado de salud del candidato, valorar medicamento y emitir un diagnóstico.
	Durante la estancia	Realizar la valoración clínica de ingreso, y las valoraciones periódicas para determinar el estado de salud del beneficiario. Proporcionar atención médica a los beneficiarios con patología de primer nivel con el objeto de detectar enfermedades crónico degenerativas. Atender la morbilidad. Llevar el control del beneficiario sano. Brindar atención de enfermería y nutricional.
	Previo al Ingreso	Prevaloración, valoración psicológica inicial y subsecuente del beneficiario. Realización de reporte e informe psicológico. Determinar diagnóstico y tratamiento.
Psicogeron- tológica	Durante el ingreso y la inducción	Revisión y apoyo psicológico.
	Durante la estancia	La valoración psicológica de los beneficiarios se realizará periódicamente cada seis meses, para determinar el plan de intervención. Se proporcionará orientación sexual, apoyo tanatológico. Integrar, organizar y actualizar el expediente con las pruebas realizadas. Elaborar informes de convivencias. Proponer a la Junta Interdisciplinaria la reintegración del beneficiario con su visita o bien su baja voluntaria. Coordinar y dar seguimiento al proceso de terapia familiar.
	En todo momento	Asesorar sobre el adecuado trato que debe recibir el beneficiario, asesorar sobre la normatividad durante la estancia de los beneficiarios en los centro, así como brindar apoyo sobre las estrategias de mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor.

Fuente: DGIS, 2012c

En la modalidad de residencia, además de los seis tipos de atención, los encargados del área de psicogerontología realizan otras actividades como: la recepción de las solicitudes para los candidatos a visitas voluntarias, emisión del informe de valoraciones psicológicas y hacen el acompañamiento al proceso de vinculación con el beneficiario.

La terapia ocupacional y la gericultura, son dos áreas importantes para la calidad de vida de los adultos mayores. Éstas dependen del área de psicogerontología. La terapia ocupacional está orientada a mantener las capacidades y habilidades de los adultos mayores, tales como la coordinación motriz, conciencia del esquema corporal y del espacio, así como la funcionalidad de los sentidos y el desarrollo de trabajos manuales.

La gericultura se encarga del acompañamiento del adulto mayor dentro del centro. Durante toda la estancia será el especialista de esta área el responsable de vigilar y apoyar al beneficiario (hábitos alimenticios e ingesta de alimentos, actividades de higiene personal, aseo de vestuario y blancos, actividades de aseo en la habitación, y presentación periódica al área de enfermería). Además de esto, el especialista les brinda orientación respecto las reglas de convivencia con el resto de la comunidad en el centro.

Todos los centros cuentan con un itinerario de las actividades a realizar de lunes a viernes desde las 6 hasta las 19:30 horas, los fines de semana varían de acuerdo a las actividades programadas. A continuación se presenta el modelo del itinerario de los centros. Cabe mencionar que los horarios de visita, para las actividades ocupacionales, socioculturales y de tipo recreativo o deportivo especial se pueden realizar de las 9 hasta las 18 horas.

Tabla 18. Itinerario de actividades, Centros Asistenciales adultos mayores

Hora	Actividad
06:00 a 08:30	Aseo Personal
08:30 a 09:30	Desayuno
09:30 a 12:30	Actividades educativas
12:30 a 13:00	Actividad libre
13:00 a 14:30	Comida
14:30 a 15:00	Actividad libre
15:00 a 18:30	Actividades recreativas
18:30 a 19:30	Cena
19:30 a 06:00	Descanso

Fuente: DGIS, 2012c

Cobertura y tiempo de operación

Como se documentó en la sección 3.2, los objetivos del componente Casas Asistenciales de adultos mayores guardan estrecha relación con convenios y metas nacionales e internacionales, entre ellos con el *Programa Nacional de Desarrollo 2013-2018*, la *Ley de Asistencia Social*, el *Programa Nacional de Asistencia Social 2014- 2018*. De ahí que se estime que el tiempo de operación en el corto plazo será el sexenio en curso 2012-2018 en consistencia con las metas nacionales y sectoriales propuestas donde se explicita la importancia de la atención y protección de menores en situación de riesgo.

La cobertura del componente son las delegaciones políticas del Distrito Federal y los municipios de las entidades federativas de Oaxaca y Morelos de acuerdo al Programa Anual de Trabajo 2014.

Mecanismos de selección de beneficiarios

Más que ser un mecanismo de selección de beneficiarios son una serie de condiciones con las que deben cumplir aquellos adultos mayores que deseen ser sujetos de la atención en los centros, estas son:

- I. Tener 60 o más años cumplidos al momento del ingreso;
- II. Encontrarse en situación de desamparo, incapacidad, marginación o sujeto de maltrato;
- III. Aceptar y presentarse a las valoraciones social, médica y psicológica, además de no ser portador de enfermedad infectocontagiosas;
- IV. Expresar su deseo de incorporarse a los programas desarrollados en el Centro firmando la solicitud de ingreso;
- V. Si en su caso el candidato presenta alguna discapacidad, que esta le permita incorporarse a los programas de atención integral en el centro y la vida en comunidad.

Una vez que se ha considerado que el candidato es sujeto de atención del servicio que brindan en las casas, para solicitar un ingreso las instituciones públicas o privadas deben presentar:

- I. Oficio de solicitud dirigido por el representante legal de la institución al Director del Centro, o bien a la DGIS

- II. Copia de la identificación del representante legal de la persona que presenta al candidato
- III. Estudio social y copia de documentación soporte
- IV. Dos fotografías reciente y a color del candidato a ingresar
- V. Carta de responsabilidad y aceptación
- VI. Hoja de referencia médica, si sea el caso.

Si se trata de personas físicas, ellas deberán presentar:

- I. Solicitud directa del interesado por escrito, o bien familiares, representantes legales o algún conocido, el cual contenga nombre, firma o huella digital, dirección o teléfono del proponente, así como la firma o la huella de conformidad del candidato, con una respectiva exposición de motivos por la cual solicita el ingreso.
- II. Copia de la identificación (Credencial para votar, pasaporte, cédula profesional) del proponente o del candidato.
- III. Copia del acta de nacimiento del proponente y del candidato.
 - a. En el caso de ser extranjero deberá presentar la forma migratoria correspondiente.
- IV. Carta de Responsabilidad y Aceptación del Reglamento.

Actores involucrados

No se logran identificar opositores al componente. Los actores indiferentes corresponden a un segmento de la población y a un grupo de los familiares de los menores.

Los actores que participan como ejecutores del componente se identifican de acuerdo a su función dentro del proceso integral de atención al adulto mayor. En general son cuatro: Las instituciones que canalizan al SNDIF a los adultos mayores que son sujetos de asistencia social, las autoridades y servidores públicos del SNDIF encargados de la operación del componente, los especialistas en los centros, y finalmente el personal de los centros.

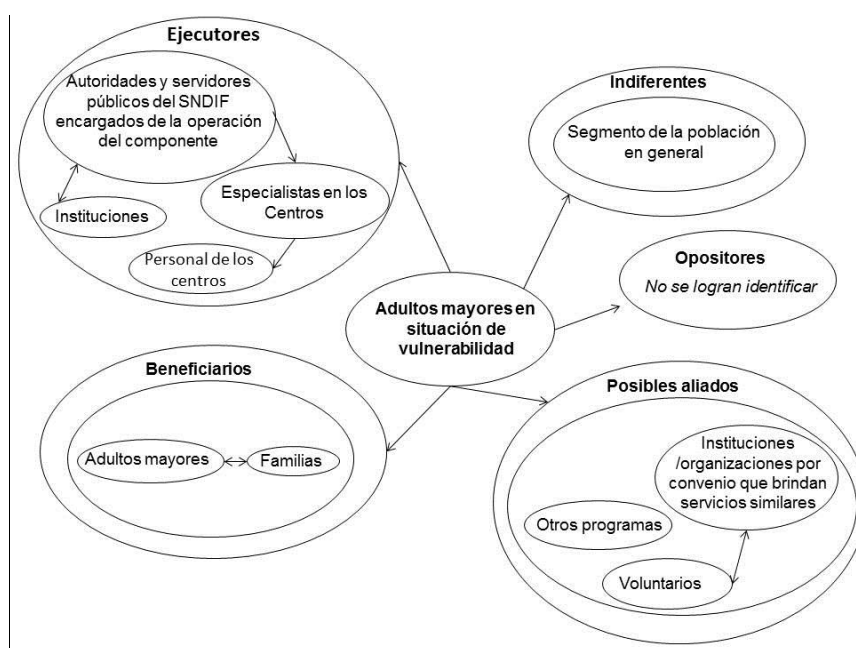
Los especialistas en los centros son: área de trabajo social, servicios de atención social geriátrica, atención médica geriátrica y atención psicogerontológica. Ellos conforman la Junta Interdisciplinaria en cada centro, la cual es un órgano con poder de decisión en torno al dictamen de ingreso, diagnóstico interdisciplinario y plan individualizado de atención (de intervención), con el objeto de realizar el seguimiento de los beneficiarios.

Los beneficiarios del servicio son los adultos mayores, de forma indirecta las familias de los adultos mayores residentes o que reciben atención de día.

Se logra identificar un número significativo de aliados entre ellos los grupos de voluntarios que principalmente se encargan de llevar a cabo actividades recreativas y culturales. Los estudiantes que realizan servicio social y prácticas profesionales provienen de dos niveles educativos, bachiller y universidad, ambos de instituciones públicas y privadas. A través de las actividades los estudiantes contribuyen a la consecución de la atención integral de los adultos mayores.

La siguiente imagen muestra de forma gráfica los actores descritos involucrados:

Mapa. Actores involucrados en el componente Casas Asistenciales para Adultos Mayores



Fuente: Elaboración DGIS

El tercer grupo identificado son los posibles aliados. En este se encuentran las instituciones que brindan servicios similares de atención especializada a los adultos mayores. Además de ello existe una red de voluntarios e interesados a la atención de los adultos mayores que participa en forma de visitantes externos de las casas de atención para adultos mayores. Otros posibles aliados son los programas públicos que otorgan apoyos y servicios a los adultos mayores.

Actividades

Las actividades del componente Campamentos Recreativos se describen ampliamente en el Manual de Procedimientos de la Dirección General de Integración Social, (DGIS, 2012). Con el fin de contar con una visión amplia de las actividades que deben de realizar los actores involucrados a continuación se presentan las más representativas:

Existe una serie de actividades clave que deben de llevar a cabo los operadores del servicio de campamentos recreativos del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), diferenciando la procedencia de los interesados (Distrito Federal y área metropolitana, y los foráneos):

1. Los operadores del componente brindan asesoría a quienes buscan ser beneficiados por primera vez, ya sea vía telefónica o atención directa en las oficinas del DIF, proporcionando a los interesados los formatos correspondientes para solicitar el servicio de manera formal.
2. Las instituciones interesadas del D.F. y área metropolitana deben entregar el oficio de petición y la “solicitud de visita” a las oficinas del DIF. Las instituciones foráneas hacen la solicitud a través del Sistema Estatal del DIF correspondiente el cual fungirá como intermediario entre el DIF Nacional y las instituciones interesadas para hacer entrega de dichos documentos.
3. El Sistema Estatal del DIF envía semestralmente las solicitudes de las instituciones interesadas del servicio de su circunscripción a la Dirección General de Integración Social (DGIS).
4. Para la integración del expediente de cada institución solicitante, en la Jefatura de Departamento de Campamentos Recreativos de la DGIS se revisa que el Estudio Institucional sea vigente.
 - 4.1. Si es vigente, se procede a la integración del expediente.
 - 4.2. Si el Estudio Institucional no es vigente, la DGIS instruye a una trabajadora social para la realización del mismo, cabe mencionar que este tiene una vigencia de tres años.

5. En la Jefatura de Departamento se analiza el diagnóstico (Estudio Institucional) de la trabajadora social para avalar la viabilidad de que la institución sea beneficiada por el componente de campamentos, es decir si procede o no la solicitud.
 - 5.1. Si no procede la solicitud, se elabora un oficio de respuesta mediante el cual se notifica a la institución la resolución, se integra el acuse del oficio y se archiva.
 - 5.2. Si la solicitud procede se clasifica y archiva el expediente en el trimestre donde se encuentre el periodo solicitado por la institución.
6. En el Departamento se elabora la programación trimestral de las visitas a los campamentos, ésta se envía vía correo electrónico a la Dirección de Servicios Asistenciales para su análisis o en su caso modificación.
7. En caso de existir modificaciones u observaciones al Programa de Visita trimestral, el Director de Servicios Asistenciales las notificará vía electrónica al Director General de Integración Social, y éste último procederá para su aprobación.
8. El Director de Servicios Asistenciales recibe la propuesta trimestral de visitas e indica la elaboración del Programa de Visita trimestral al Departamento de Campamentos Recreativos.
9. El Subdirector de Campamentos Recreativos elabora el Programa de Visita trimestral definitivo, los Oficios de Autorización y las Cartas Compromiso.
10. Se turnan los Oficios y las Cartas a la Dirección de Servicios Asistenciales y a la Dirección General de Integración Social para firma.
11. Los oficios y las cartas se regresan al Departamento para notificar a los interesados la resolución de su solicitud.
 - 11.1. Por paquetería si se trata de los Sistemas Estatales del DIF y,
 - 11.2. Vía telefónica a los del D.F. y área metropolitana
12. Las instituciones que resultan beneficiadas del servicio del componente, notifican vía correo electrónico a la Unidad Responsable su asistencia en tiempo y forma al campamento solicitado.
13. El arribo de las delegaciones a los campamentos en la mayoría de los casos se realiza los días lunes. El responsable debe notificar al administrador del campamento el tipo de población y procedencia del grupo, además de entregar copia del Oficio de Autorización, Original de la Carta Compromiso, Original de las Relaciones de Acampantes (RAH1 y RAH3) y Programa de Actividades.

14. Al final de cada semana el administrador del campamento deberá entregar a la DGIS lo siguiente: formatos RAH1 y RAH3), relación de acampantes, carta compromiso, reporte semanal de alimentos, reporte y desglose de actividades, opciones de visita recreativas y culturales, cuestionario de evaluación de delegaciones, cuestionario de evaluación de servicios y finalmente el reporte diario de actividades.

Cabe resaltar que la Dirección General de Integración Social cuenta con 45 días hábiles para dar respuesta a la solicitud por institución, de éstos, 30 días serán para notificar a las instituciones interesadas sobre alguna omisión en su solicitud. Las instituciones tienen alrededor de 10 días para subsanar las omisiones, de no hacerlo, la solicitud se cancela para el trimestre que se planea programar y deberán iniciar un nuevo proceso para otro periodo.

Al finalizar el proceso, el expediente de la institución beneficiada debe contener:

- Oficio de petición
- Solicitud de visita
- Carta Compromiso
- Relación de Acampantes
- Relación de personas responsable
- Programa de Actividades
- Reporte semanal de alimentos
- Reporte y desglose de actividades
- Opciones de visitas Recreativas y culturales
- Cuestionario de evaluación de delegaciones
- Cuestionario de evaluación de servicios
- Reporte diario de actividades

Existen dos tipos de sanciones para las instituciones que incumplan con los requisitos al momento del arribo. La primera de ellas es no autorizar las “solicitudes de visita” para el siguiente trimestre. La segunda, es una amonestación a través de un oficio dirigido a las instituciones. En caso de acumular tres de éstas, las instituciones se hacen acreedoras a la no autorización de las “solicitudes de visita” en los siguientes dos trimestres.

De las sanciones anteriores, las primeras se impondrán en el momento en que las instituciones no hayan avisado de su cancelación con por lo menos 10 días de antelación o

bien, si las delegaciones llegan al campamento con menos del 80% del total de acampantes comprometidos al momento de la autorización de la visita. El segundo tipo de sanción, se aplicará a quienes incurran en una o más de las tres faltas siguientes: i) la inasistencia de un médico, enfermera y/o paramédico, ii) que el número de responsables (consejeros) no corresponda entre un mínimo de 5 y un máximo de 25 personas, iii) que al momento de llegar al campamento la delegación no presente la documentación que avale la autorización.

El programa es un itinerario de actividades para los 6 días de la semana. Se establecen los horarios de comida, aseo personal, las actividades recreativas y de esparcimiento planeadas tanto al interior del campamento como aquellas visitas a centros de interés de la población acampante (visitas al mercado de artesanías y al delfinario).

Tipos de los apoyos

Los tipos de apoyo que engloba el servicio de campamentos son tres: alimentación, hospedaje y actividades realizadas durante la estancia. Ninguno de éstos servicios tiene costo para los beneficiarios.

Durante la estancia de la delegación en el campamento, la alimentación que se les proporciona se divide en tres raciones al día sumando 15 al finalizar la semana. Se elabora un menú de acuerdo a las necesidades de cada delegación (menores, adultos mayores), a continuación se presenta un ejemplo del menú en un día en el campamento “Vicente Guerrero” (Ixtapa Zihuatanejo, Guerrero).

Tabla 19. Menú en los campamentos

Menú	
Desayuno	<ul style="list-style-type: none"> • Chilaquiles con pollo en salsa verde • Café con leche, agua de sabor o té • Fruta
Comida	<ul style="list-style-type: none"> • Arroz con granos de elote • Bisteces con nopales • Frijoles y tortillas • Fruta • Agua de sabor
Cena	<ul style="list-style-type: none"> • Fajitas de pollo • Ensaladas • Agua de sabor

Menú	
	<ul style="list-style-type: none"> • Fruta

Fuente: Elaboración DGIS

El administrador es el responsable de abastecer de los insumos para la alimentación de la delegación acampante. El administrador con una semana de antelación el tipo de delegación y las personas que llegarán al campamento. La compra de los insumos se realiza a nivel local para eficientar el gasto.

El hospedaje, se brinda en función de la capacidad del campamento. Entre las obligaciones de los beneficiarios se encuentran respetar el *Reglamento Interno* del campamento, cuidar y mantener en buen estado las instalaciones durante la estancia, así como participar en los labores de aseo en los espacios comunes (cabañas, comedor y regaderas).

Durante la estancia, derivado del Programa de actividades de la delegación y del propio campamento se llevan a cabo actividades, o bien eventos para dar cumplimiento al objetivo del componente. El personal encargado o mejor dicho el coordinador del campamento cuenta con la amplia experiencia en manejo de grupos. El perfil de éste se sitúa en la administración del tiempo libre o en educación física. En promedio cada semana se realizan 20 eventos por delegación.

Cobertura y tiempo de operación

La cobertura del componente es en todo el territorio nacional, a través de los Sistemas estatales y municipales del DIF fungiendo como intermediarios entre las instituciones públicas y privadas que atienden a menores, adultos mayores y personas con discapacidad, que se encuentran sujetos de asistencia social y busquen ser beneficiarios del servicio de este componente.

Durante los años de operación del componente se han beneficiado diversas instituciones. Sin embargo, cabe mencionar que la cobertura de éste, está en función de la demanda del servicio y los espacios disponibles durante el año (50 semanas programadas).

Los sistemas estatales del DIF cuentan con un gran historial de participación. Las instituciones del Distrito Federal abarcaron durante 2013 cerca del 30% del total de visitas programadas en las 50 semanas programadas al año, mientras el Estado de México se encuentra por encima del 10%.

Si bien en la mayoría de los casos las instituciones beneficiarias son de los sistemas estatales y municipales del DIF, también existen una variedad de instituciones que han sido beneficiadas, tales como los Clubes de la Tercera Edad del Distrito Federal y el área metropolitana, INAPAM, o bien Fundaciones como GAD A.C., Fundación J. Madrigal de adultos mayores en situación de vulnerabilidad, Fundación Héctor Vélez De la Rosa, I.A.P., y otros como Pronate (Programa Nacional de la Tercera Edad) y Casa Cuna Coyoacán.

Mecanismos de selección de beneficiarios

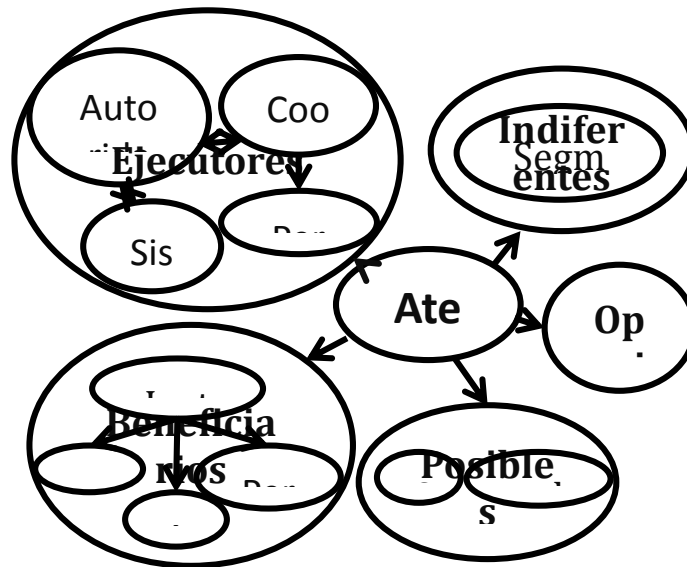
Con el fin de agilizar los trámites de los interesados, los sistemas estatales y municipales del DIF funcionan como intermediarios entre el DIF Nacional y las instituciones foráneas

A pesar de operar conforme a la demanda, se toman en cuenta una serie de requisitos, los cuales deben cumplir las instituciones. Tales como: i) la documentación señalada en las actividades, y ii) los antecedentes de cumplimiento de las solicitudes anteriores que resultaron beneficiadas. Por otra parte se toman en cuenta dos aspectos ajenos a las instituciones, pero que sirven como requerimiento para los operadores del programa, tales como i) el número de solicitudes y ii) los periodos disponibles al momento de la programación trimestral.

Actores involucrados

Los actores involucrados en un proyecto de acuerdo al método complementario de árbol de problemas serán agrupados en opositores, indiferentes, beneficiarios y ejecutores (Aldunate y Córdoba, 2011). La identificación de éstos para el componente de campamentos se muestra en el mapa siguiente.

Mapa 2. Actores Involucrados en el componente de Campamentos Recreativos



Fuente: Elaboración DGIS

Los beneficiarios son los menores, adultos mayores y personas con discapacidad, que sean parte de una institución pública o privada y que se encuentren sujetos de asistencia social dentro de la República Mexicana.

Con el fin de agilizar las solicitudes, los sistemas estatales y municipales son los encargados de reunir las en su circunscripción.

Los ejecutores, se dividen en cuatro grupos. Éstos trabajan en equipo para brindar atención a las instituciones interesadas, y son: la Dirección General de Asistencia Social del SNDIF, los sistemas estatales y municipales del DIF, el administrador del campamento y el personal de actividades y servicios.

Dentro del servicio que ofrece este componente no se logra identificar un grupo opositor, y se sitúa a la población en general como un actor indiferente. Sin embargo existe otro actor involucrado, a este conjunto de personas se le identifican y define como posibles aliados, que son aquellos quienes se unen a la causa para el cumplimiento de un determinado fin. Dentro de éstos encontramos a las organizaciones de la sociedad civil y al voluntariado interesado en el desarrollo de capacidades del ser humano, especialmente de grupos vulnerables. Algunos de ellos serían los especialistas en el manejo de tiempo libre o bien aquellos que deseen trabajar con tipos de población como las beneficiarias.

5.3. Previsiones para la Integración y Operación del Padrón de Beneficiarios

El componente cuenta con un padrón de beneficiarios compuesto por los siguientes datos: estrategia, unidad administrativa, población beneficiaria, ingresos, egresos, nombre del beneficiario, género, criterios para otorgar el servicio, periodo en que se otorgó, fecha de ingreso, ingreso inicial, procedencia inicial, motivo de ingreso, causa, procedencia, fecha de nacimiento y edad. El padrón se integra anualmente.

El componente carece de un sistema informático con los datos de los beneficiarios de las casas asistenciales de atención a menores. Sería de gran utilidad para el uso eficiente de la información un sistema acorde a las necesidades y funcionamiento del componente.

Casas Asistenciales Adultos Mayores

El componente cuenta con dos padrones de beneficiarios: el padrón de beneficiarios de la modalidad de día y el padrón de beneficiarios de la modalidad de residencia. Ambos padrones se integran anualmente.

Los padrones están compuestos por cinco campos: estrategia, unidad administrativa, población objetivo, nombre del beneficiario y criterio para otorgar el servicio.

El componente carece de un sistema informático con los datos de los beneficiarios de los centros. Sería de gran utilidad para el uso eficiente de la información un sistema acorde a las necesidades y funcionamiento del componente.

Componente Campamentos Recreativos

El componente cuenta con un padrón de las instituciones beneficiadas por el servicio de campamentos recreativos. En este padrón se registra el nombre de la institución, procedencia de la institución, tipo de grupo (menores, adultos mayores, personas con discapacidad) y fecha en la cual se le otorgó la autorización de visita.

A pesar de contar con los datos de las instituciones y el número de beneficiarios existe el reto de configurar un padrón global en el cual además de contar con la identificación del tipo de población beneficiada, también se describan las características de la población como son el sexo y la edad de cada uno de los beneficiarios.

Además de ello, se cuenta con el vaciado de datos correspondientes a las evaluaciones de los acampantes, para determinar en un futuro próximos indicadores de satisfacción y de calidad.

5.4. Matriz de Indicadores

Como se documentó en la introducción los componentes: Casas Asistenciales para Menores, Casas Asistenciales para Adultos Mayores y Campamentos recreativos forman parte de la Matriz de Indicadores para Resultados (MIR) del programa E040 Servicio de Atención a Población Vulnerable en 2014.

Los tres componentes hasta el ejercicio fiscal 2009 formaron parte de la MIR del “Programa de Atención a Familias y Población Vulnerable”. En 2010 se aglutinan como un solo componente llamado “Programa de Servicios Asistenciales” y pasan al programa P013 “Asistencia social y protección al paciente” que estuvo formado por:

1. Programa de Servicios Asistenciales
2. Programa Estrategia Integral a Asistencia Social Alimentaria (EIASA)
3. Programa para la Coordinación y Promoción de la Profesionalización, Información y Normalización de la Asistencia Social
4. Programa Análisis, Gestión Comunicación y Cooperación Internacional

En 2014 el “Programa de Servicios Asistenciales” pasa al programa E040 “Servicios de Atención a Población Vulnerable”. De acuerdo a las normas operativas (DGIS, 2012a, 2012b, 2012c y 2012d) y a la planeación institucional anual, los tres componentes (Casas Asistenciales para Menores, Casas Asistenciales para Adultos Mayores y Campamentos Recreativos) se encuentran con objetivos y funciones diferenciadas. Así cuando los tres componentes se integran a la MIR del E040 estos se aglutinan sólo en dos:

- Componente Casas Asistenciales: que aglutina a las casas asistenciales de menores y de adultos mayores.
- Componente Campamentos Recreativos

A continuación se presenta la MIR del programa E040 del que forman parte los tres componentes Casas Asistenciales para Menores, Casas Asistenciales para Adultos Mayores y Campamentos Recreativos a través de los dos componentes de la MIR del E040 “Componente Casas Asistenciales” y “Componente Campamentos Recreativos”.

En color verde se identifica la participación de Casas Asistenciales y en color azul la de Campamentos Recreativos en la MIR del E040.

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Proporciona información sobre el total de las personas que se dan de alta por servicio y/o definitivas en los Centros de Rehabilitación, con relación a las personas programadas para ser dadas de alta por servicio y/o definitivas en un periodo determinado.	Porcentaje de personas dadas de alta en los Centros de Rehabilitación.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.	Que las circunstancias socioeconómicas de la población objetivo no impidan la obtención de los servicios asistenciales requeridos.
	Proporciona información sobre el total de las familias que concluyen el proceso de adopción, con relación a las familias que solicitan una adopción.	Porcentaje de familias que culminaron su proceso de adopción de niñas, niños o adolescentes (NNA).	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.	
Propósito	La población vulnerable tiene acceso a servicios de asistencia social.	Porcentaje de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados Padrón de beneficiarios Reporte Analítico de Metas.	Que los usuarios de los servicios de asistencia social los soliciten
		Porcentaje de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.	Sistema de Indicadores Estructura Programática.	
		Porcentaje de atención a personas que asisten a los Campamentos Recreativos		

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
		Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (NNA) institucionalizados que se integraron a una familia.	Reporte mensual de metas de la subdirección de atención Jurídica a Centros Asistenciales.	
	Consultas médicas y paramédicas otorgadas.	Porcentaje de consultas médicas y paramédicas otorgadas en los Centros de Rehabilitación.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a solicitar atención médica o paramédica a los centros de rehabilitación del DIF.
	Modalidades terapéuticas proporcionadas.	Porcentaje de modalidades terapéuticas proporcionadas.	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	
Componentes				
	Asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	Porcentaje de asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	Reporte mensual de metas de la Subdirección de Adopciones. Base de datos de solicitantes de	Que las personas usuarias no soliciten la asesoría en materia de adopción.

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
			valoraciones y asesorías.	
	Servicios otorgados a personas vulnerables albergadas.	Porcentaje de servicios otorgados para la atención de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.	Reporte Analítico de Metas.	Que las casas asistenciales del DIF cuenten con población albergada.
	Servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos, para desarrollar las actividades recreativas que potencialicen su desarrollo humano.	Porcentaje de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos.	Sistema de Indicadores y Estructura Programática	Que las personas usuarias soliciten su inscripción a los Campamentos Recreativos.
	Preconsultas otorgadas.	Porcentaje de preconsultas otorgadas	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	Que las personas con discapacidad o en riesgo de presentarla acudan a recibir preconsultas a los centros de rehabilitación del DIF.
Actividades	Otorgamiento de pláticas de Prevención y detección de la discapacidad.	Porcentaje de pláticas para prevenir la discapacidad	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados	Que la población en general acuda a recibir pláticas para prevenir factores de riesgo y/o atender la

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
				discapacidad a los centros de rehabilitación del DIF.
	Regularización jurídica de niñas, niños y adolescentes (NNA).	Porcentaje de acciones realizadas en materia de regularización jurídica de NNA.	Reporte mensual de trámites administrativos y judiciales para regularización jurídica programadas de NNA de la Subdirección de Asistencia Jurídica a Centros Asistenciales.	Que la sentencia que emite el juez sea desfavorable.
	Acciones encaminadas a la integración de niñas, niños y adolescentes (NNA) a una familia.	Porcentaje de Acciones encaminadas a la integración de NNA a una familia.	Base de Datos de Solicitantes de Adopción.	Que los solicitantes se desistan de su trámite.
	Administración de acciones para el otorgamiento de servicios a la población vulnerable albergada en las casas asistenciales del DIF.	Porcentaje de acciones realizadas para brindar servicios en las casas asistenciales del DIF.	Reporte Analítico de Metas. Informes mensuales.	Que exista demanda de los servicios de atención a personas vulnerables que ofrecen las casas asistenciales del DIF.

Nivel	Resumen narrativo/Objetivo	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
	Acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad.	<div></div> <div>Porcentaje de acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo de los campamentos recreativos.</div>	Sistema de Indicadores y Estructura Programática.	Que exista demanda de los servicios recreativos de los Campamentos del DIF.

Matriz de Indicadores (Completa)

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
Fin	Porcentaje de personas dadas de alta en los Centros de Rehabilitación.	Proporciona información sobre el total de las personas que se dan de alta por servicio y/o definitivas en los Centros de Rehabilitación, con relación a las personas programadas para ser dadas de alta por servicio y/o definitivas en un periodo determinado.	Número de personas dadas de alta por servicio y/o definitivas durante el periodo / Número de personas dadas de alta por servicio y/o definitivas programadas durante el periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.
	Porcentaje de familias que culminaron su proceso de	Proporciona información sobre el total de las familias que	Número de familias que lograron la adopción / Número	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados.

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
Propósito	adopción de niñas, niños o adolescentes (NNA).	concluyen el proceso de adopción, con relación a las familias que solicitan una adopción.	de familias que solicitaron adopción en los últimos dos años X100						
	Porcentaje de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación.	Proporciona información sobre el total de Personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla que recibieron atención de rehabilitación integral con referencia las personas que se estima atender durante el periodo.	Número de personas atendidas durante el periodo / Número de personas programadas durante el periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados
	Porcentaje de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.	Porcentaje de cumplimiento en la atención de personas vulnerables albergadas en las nueve casas asistenciales con que cuenta el DIF.	Número de personas vulnerables atendidas en promedio / Total de personas vulnerables programadas a atender en promedio X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Reporte Analítico de Metas/Padrón de beneficiarios

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
Componentes	Porcentaje de atención a personas que asisten a los Campamentos Recreativos.	Proporciona información del total de las personas a las que se les otorgan actividades recreativas con la finalidad de potencializar su desarrollo humano, con relación al total de personas programadas.	Número de Personas atendidas en los Campamentos Recreativos / Número de Personas Programadas a atender en los Campamentos recreativos X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Trimestral	Sistema de Indicadores y Estructura Programática
	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (NNA) institucionalizados que se integraron a una familia.	Mide el porcentaje de NNA que se integraron a una familia en relación a los susceptibles de integrarse a una familia	NNA que se integraron a una familia / NNA susceptibles de integrarse a una familia X 100	Relativo	Porcentaje	Estratégico	Eficacia	Anual	Reporte mensual de metas de la subdirección de atención Jurídica a Centros Asistenciales
	Porcentaje de consultas médicas y paramédicas otorgadas en los Centros de Rehabilitación	Proporciona información del total de consultas médicas, psicológicas, pedagógicas, de optometría,	Número de consultas médicas y paramédicas otorgadas / Número de consultas médicas y paramédicas	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		trabajo social, consejería y evaluación en rehabilitación laboral, consulta dental, otorgadas a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla, con referencia al total de consultas que se estiman otorgar en el periodo.	programadas X 100						
	Porcentaje de modalidades terapéuticas proporcionadas.	Proporciona información del total de servicios otorgados de terapia física, ocupacional, lenguaje y centro de tecnología	Número de modalidades terapéuticas realizadas en el periodo / Número de modalidades terapéuticas	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		adaptada CTA, a las personas con discapacidad o en riesgo potencial de presentarla, a través de sesiones individuales, grupales y programas de casa, con referencia a los servicios programados a otorgar en el periodo.	programadas en el periodo X 100						
	Porcentaje de asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	Se pretende medir el número de asesorías y valoraciones para la adopción otorgadas respecto a las programadas.	Número de asesorías y valoraciones para la adopción otorgadas / Número de asesorías y valoraciones para la adopción programadas X 100.	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte mensual de metas de la Subdirección de Adopciones. Base de datos de solicitantes de valoraciones y asesorías.
	Porcentaje de servicios otorgados para la atención de personas vulnerables	Proporciona información sobre el total de los servicios que se otorgan para la atención de	Número de servicios otorgados para la atención de personas vulnerables / Número de	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte Analítico de Metas

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
	atendidas en casas asistenciales.	niñas, niños, adolescentes y adultos mayores albergados son: raciones alimenticias, atención médica, inmunizaciones, eventos cívicos, atención social, asesoría pedagógica, atención psicológica, terapia rehabilitatoria, atención odontológica, pláticas de orientación familiar, atención de enfermería, terapia de lenguaje, atención de puericultura, asesoría educativa valoral, terapia ocupacional, con relación a los servicios programados en el periodo.	servicios programados para la atención de personas vulnerables X 100						

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
Actividades	Porcentaje de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos.	Proporciona información del total de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos: eventos diversos, actividades recreativas, culturales y deportivas, raciones alimenticias, con relación al total de servicios que se espera otorgar.	Número de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos / Número de servicios programados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en los Campamentos Recreativos X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Sistema de Indicadores y Estructura Programática
	Porcentaje de preconsultas otorgadas	Proporciona información del total de preconsultas, las cuales consisten en una evaluación rápida del motivo por el cual la persona acude a solicitar atención, la cual determina su ingreso o no al	Número de preconsultas realizadas en el periodo / Número de preconsultas programadas al periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		centro, con relación a las preconsultas estimadas otorgar en el periodo.							
	Porcentaje de pláticas para prevenir la discapacidad	Proporciona información sobre el total de las pláticas intramuros y extramuros que se otorgan para prevenir factores de riesgo o atender la discapacidad en la población en general, con relación al total de las pláticas programadas realizar en el periodo.	Número de pláticas realizadas para prevenir la discapacidad / Número de pláticas programadas para prevenir la discapacidad durante el periodo X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Plantilla Estadística de Servicios Otorgados
	Porcentaje de acciones realizadas en materia de regularización jurídica de NNA.	Se pretende medir las diversas acciones de regularización jurídica de NNA comparándolas	Número de acciones de regularización jurídica de NNA realizadas / Número de	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte mensual de trámites administrativos y judiciales para

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		con la estimación de acciones de regularización jurídica de NNA a otorgar.	acciones de regularización jurídica de NNA programadas X 100.						regularización jurídica programadas de NNA de la Subdirección de Asistencia Jurídica a Centros Asistenciales
	Porcentaje de Acciones encaminadas a la integración de NNA a una familia.	Mide el porcentaje de actividades encaminadas a la integración NNA a una familia.	Número de acciones realizadas para la integración de NNA a una familia / Número de acciones programadas	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Anual	Base de Datos de Solicitantes de Adopción.

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
			encaminadas a la integración de NNA a una familia X 100						
	Porcentaje de acciones realizadas para brindar servicios en las casas asistenciales del DIF.	Porcentaje de cumplimiento de acciones para la atención de personas vulnerables albergadas en los Centros Asistenciales con que cuenta el DIF. Estas acciones son: entrevistas, visitas domiciliarias, valoraciones multi e interdisciplinarias, coordinaciones internas y externas, orientaciones, derivaciones y seguimiento.	Número de acciones realizadas para brindar los servicios / Número de acciones programadas para brindar los servicios X 100.	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Reporte Analítico de Metas. Informes mensuales.

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
	Porcentaje de acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo de los campamentos recreativos.	Proporciona información del total de las acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad, las cuales consisten en recepción de las propuestas de ocupación, selección, programación y autorización trimestral de los grupos vulnerables que	Número de acciones realizadas encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo / Número de acciones programadas encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo X 100	Relativo	Porcentaje	Gestión	Eficacia	Trimestral	Sistema de Indicadores y Estructura Programática

Nivel	Indicadores	Definición	Método de cálculo	Tipo de valor de la Meta	Unidad de medida	Tipo de indicador	Dimensión del Indicador	Frecuencia de medición	Medios de verificación
		asistirán, difusión y seguimiento de la programación autorizada, con relación al total de las acciones que se estiman otorgar.							

5.5. Estimación del Costo Operativo del Programa

Tabla 20. Estimación del costo operativo del programa

	2014	2015	2016	2017	2018
Programa E040					
Servicios de					
Atención a	796,555,288	836,383,052	878,202,205	922,112,315	968,217,931
Población					
Vulnerable					

Tabla 21. Estimación del costo operativo por componente

	2014	2015	2016	2017	2018
Casas Asistenciales					
Menores	24,333,136	25,549,792	26,827,282	28,168,646	29,577,078
Casas Asistenciales					
Adultos Mayores	18,243,917	19,156,112	20,113,918	21,119,614	22,175,595
Campamentos					
Recreativos	14,924,788	15,671,027	16,454,578	17,277,307	18,141,173

Tabla 22. Presupuesto desglosado por cada una de las Casas Asistenciales

Casas Asistenciales	2014	2015	2016	2017	2018
Casa Cuna Coyoacán	5,045,130	5,297,386	5,562,255	5,840,368	6,132,387
Casa Cuna Tlalpan	5,751,916	6,039,511	6,341,487	6,658,561	6,991,489
Casa Hogar Niñas	8,517,090	8,942,944	9,390,091	9,859,596	10,352,576
Casa Hogar Varones	2,665,000	2,798,250	2,938,162	3,085,070	3,239,324
Centro Amanecer	2,354,000	2,471,700	2,595,285	2,725,049	2,861,301

Menores

Fuente: Elaboración DGIS a partir del Presupuesto aprobado 2014, cálculo bajo el supuesto de aumento anual de 5% en el presupuesto autorizado del programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable.

**Tabla 23. Presupuesto desglosado por cada una de las Casas Asistenciales
Adultos Mayores**

Casas Asistenciales	2014	2015	2016	2017	2018
Casa Hogar A. Mundet	6,262,000	6,575,100	6,903,855	7,249,047	7,611,500
Casa Hogar V.G. Torres	5,278,245	5,542,157	5,819,265	6,110,228	6,415,739
CHPA Olga Tamayo	3,923,672	4,119,855	4,325,848	4,542,140	4,769,247
CHPA Los Tamayo	2,780,000	2,919,000	3,064,950	3,218,197	3,379,107

Fuente: Elaboración DGIS a partir del Presupuesto aprobado 2014, cálculo bajo el supuesto de aumento anual de 5% en el presupuesto autorizado del programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable.

Tabla 24. Presupuesto aprobado para los Campamentos Recreativos 2014

Campamentos Recreativos	2014	2015	2016	2017	2018
C.R. Alfredo V. Bonfil	1,788,000	1,877,400	1,971,270	2,069,833	2,173,325
C.R. Los Insurgentes	1,747,135	1,834,491	1,926,216	2,022,527	2,123,653
C.R. Vicente Guerrero	2,353,675	2,471,358	2,594,926	2,724,673	2,860,906
C.R. Revolución	2,342,900	2,460,045	2,583,047	2,712,199	2,847,809
C.R. Playa Aventuras	2,254,300	2,367,015	2,485,365	2,609,634	2,740,115
C.R.Heroico Puerto de Mazatlán	2,321,800	2,437,890	2,559,784	2,687,773	2,822,162
C.R. Mártires de Río Blanco	2,116,978	2,222,826	2,333,968	2,450,666	2,573,199

Fuente: Elaboración DGIS Presupuesto aprobado 2014, cálculo bajo el supuesto de aumento anual de 5% en el presupuesto autorizado del programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable

El costo operativo de los campamentos recreativos se proyecta a través de los gastos directos, tales como el pago del servicio de luz, telefonía, agua, servicios de internet, limpieza, mantenimiento de albercas y gastos en seguridad entre otros.

6. Presupuesto

Las partidas presupuestales de los componentes serán dígito 1 y dígito 2 capítulos 2000 de materiales y suministros y 3000 servicios generales de acuerdo al *Clasificador por Objeto de gasto para la Administración Pública Federal* (DOF 27 diciembre 2011).

A continuación se presenta el monto de los tres componentes en relación al presupuesto del Sector Salud y el Programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable.

Tabla 25. Presupuesto aprobado para el ejercicio fiscal 2014

Sector, programa, componente	Pesos	Sector Salud*	Sector Salud (grupos vulnerables)**	Programa E040 Servicios Asistenciales
Sector Salud*	130,264,761,743	100%		
Sector Salud (grupos vulnerables)**	6,048,668,625	4.64%	100%	
Programa E040 Servicios de Atención a población vulnerable	796,555,288	0.61%	13.17%	100%
Casas Asistenciales Menores	24,333,136	3.05%	0.40%	0.02%
Casas Asistenciales Adultos Mayores	18,243,917	2.29%	0.30%	0.01%
Campamentos Recreativos	14,924,788	0.01%	0.25%	1.87%

Fuente: PEF, 2014 y DGR, 2014e

*Gasto programable Anexo 1 Gasto neto total

**Lo correspondiente a Anexo 13 Recursos para la atención de grupos vulnerables

La tabla anterior busca brindar un panorama amplio del presupuesto del sector salud con relación al Programa E040 Servicios de Atención a Población Vulnerable y los tres componentes objeto del presente diagnóstico.

Cabe resaltar que los tres componentes dentro del SNDIF y del sector salud, contribuyen a la atención directa de grupos vulnerables entre ellos los menores, adultos mayores y personas con discapacidad sujetos de asistencia social. Dentro de la administración pública federal son pocos los programas enfocados a la asistencia social y con las características específicas que demandan estos tres grupos poblacionales.

El presupuesto que se destina a los Campamentos Recreativos funciona a través del Fondo Rotatorio, el cual es un mecanismo presupuestario que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP) autoriza expresamente a cada una de las dependencias para que cubran compromisos derivados del ejercicio de sus funciones,

programas y presupuestos autorizados (SHCP, 2008). El *fondo* se deposita en el mes de enero de cada año a través de una cuenta de cheques, el administrador de cada uno de los campamentos es el encargado de elaborar la relación y solicitud de gasto y recabar las facturas para la comprobación.

Cabe mencionar que la aplicación del Fondo Rotatorio es un buen mecanismo de coordinación entre SHCP e instituciones como el SNDIF. El SNDIF a su vez se coordina con los administradores de los campamentos quienes son los encargados de la atención directa con los beneficiarios.

Dicho lo anterior y ante la demanda documentada de los servicios que otorgan los tres componentes resulta necesario fortalecer los efectos que estos pudieran tener a través de un incremento en su presupuesto. Los servicios que se derivan de cada uno de los componentes cuentan con un impronta a través de diversas leyes como la *Ley de Asistencia Social* por lo que la atención a grupos vulnerables y la necesidad de la atención inmediata es determinante.

Conclusiones

En el presente trabajo se presentó el diagnóstico del problema y población que lo presenta de cada uno de los tres componentes: *Casas Asistenciales Menores*, *Casas Asistenciales Adultos Mayores* y *Campamentos Recreativos*.

Se documentó la problemática y evolución de la misma a través de la revisión teórica y de los antecedentes de los servicios de cada componente. Esto sirvió para la elaboración del árbol de problemas el cuál identificó “grupos de población que requieren de servicios asistenciales”.

Cuando el árbol de problemas se convirtió a árbol de objetivos se logró identificar la alineación de éstos a metas y compromisos nacionales e internacionales entre los que se encuentran el Plan Nacional de Desarrollo (2013-2018), el Programa Nacional de Asistencia Social (2014-2018) y la *Ley de Asistencia Social*.

Se logró identificar a la población potencial de los tres componentes como aquella población en situación de vulnerabilidad cuantificada a través de la medición de

pobreza extrema elaborada por CONEVAL a través de la ENIGH. La población intervenida son: menores, adultos mayores y personas con discapacidad. Se realizó la estimación de la población potencial, objetiva y atendida de 2014 a 2018 con la información disponible.

Se documentaron los mecanismos de intervención de cada uno de los componentes así como las actividades que se llevan a cabo para la consecución de los fines, las etapas de la intervención y las previsiones para la integración y operación del padrón de beneficiarios. Se presentó la participación de los tres componentes en la MIR del programa E040, así como la estimación del costo operativo desglosado por cada centro de 2014 a 2018.

En la sección presupuestal se logró identificar la participación de los tres componentes en relación al programa al que pertenecen, al presupuesto dirigido a la atención de los grupos vulnerables y al presupuesto al sector salud para dimensionar el alcance de los servicios que otorga.

A continuación se presentan las matrices FODA de cada uno de los componentes a manera de ruta crítica a seguir a raíz del presente diagnóstico:

Tabla 26. Matriz FODA Componente Casas Asistenciales Menores

Fortalezas	Debilidades
a) Centros atienden una problemática de inminente atención que presentan los menores en situación de riesgo. b) Existen sinergias entre gran diversidad de grupos para la atención de los menores.	a) Área de oportunidad en cuanto a la capacidad instalada. b) Falta de datos agregados de los expedientes de los menores que permitan conocer cifras generales de la problemática de sus perfiles.
Oportunidades	Amenazas
a) Posibilidad de posicionamiento del servicio de asistencia social que se brinda al estar inmersos en compromisos, metas y objetivos nacionales e internacionales.	a) Mayor prevalencia ante riesgos sociales nuevos (violencia, catástrofes naturales, fluctuaciones económicas).

Tabla 27. Matriz FODA Componente Casas Asistenciales Adultos Mayores

Fortalezas	Debilidades
<p>a) Centros atienden una problemática de inminente atención que presentan los adultos mayores en situación desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato.</p> <p>b) Existen sinergias entre gran diversidad de grupos para los adultos mayores.</p>	<p>a) Área de oportunidad en cuanto a la capacidad instalada.</p> <p>b) Falta de datos agregados de los expedientes de los adultos mayores que permitan conocer cifras generales de la problemática de sus perfiles.</p> <p>c) Falta de recursos humanos especializados para llevar a cabo la actividad de terapia ocupacional.</p>
Oportunidades	Amenazas
<p>a) Posibilidad de posicionamiento del servicio de asistencia social que se brinda al estar inmersos en compromisos, metas y objetivos nacionales e internacionales.</p>	<p>b) Mayor prevalencia de riesgos en adultos mayores ante la dinámica demográfica.</p>

Tabla 28. Matriz FODA Componente Campamentos Recreativos

Fortalezas	Debilidades
<p>a) Únicos centros en dar el servicio de recreativos de forma gratuita a población sujeta de asistencia social.</p>	<p>a) Área de oportunidad en cuanto a la capacidad instalada.</p>

b) En los centros se fomenta la convivencia de grupos usualmente marginados y excluidos.	
Oportunidades	Amenazas
a) Posibilidad de posicionamiento del servicio de asistencia social que se brinda al estar inmersos en compromisos, metas y objetivos nacionales e internacionales.	a) Falta de recursos humanos especializados en la atención de grupos sujetos de asistencia social.

Bibliografía

AIS (Aldeas Infantiles SOS) (2013), *Estatus de la infancia en México: Análisis de la situación de los derechos de los niños y niñas privados del cuidado parental o en riesgo de perderlo*, México, AIS.

Aparicio, Ricardo (2002), "Transición demográfica y vulnerabilidad durante la vejez" en CONAPO (Consejo Nacional de Población), *La situación demográfica en 2002*, México, CONAPO, pp. 155-168.

Bazo, T. (2001), "Negligencia y malos tratos a las personas mayores en España", en *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 5, pp. 1-39.

Bowie, Connie L., (2005), "Poverty, Disability and Social Exclusion: New Strategies for Achieving Inclusive Development", en *Digital Commons*, Ithaca: Cornell University.

Castel, Robert (2004), *La inseguridad social: ¿qué es estar protegido?*, Buenos Aires: Manantial.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe), (2006), *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*, Montevideo, CEPAL.

CONAPO (Consejo Nacional de Población) (2012), *Proyecciones de la población de México 2010-2050*, México, CONAPO.

CONAPO (Consejo Nacional de Población), (2012b). Violencia hacia los adultos mayores. México: CONAPO-Secretaría de Gobernación, junio, en url: http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_hacia_los_adultos_mayores, junio de 2014.

CONEVAL (Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social), (2010), *La pobreza por ingresos en México*, México: CONEVAL.

CONEVAL (Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social), (2013), *Comunicado de Prensa 003. Resultados De La Medición De La Pobreza 2012*. México: CONEVAL, junio, en url:

http://web.coneval.gob.mx/Informes/Coordinacion/Pobreza_2012/COMUNICADO_PRENDA_003_MEDICION_2012.pdf, junio de 2014.

CONEVAL (Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2013b), *Informe de pobreza en México, 2012*. México, CONEVAL.

CONEVAL (Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social) y UNICEF (United Nations Children's Fund) (2013) *Resumen ejecutivo. Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2010-2012*. México, CONEVAL-UNICEF, mayo, en url: http://www.coneval.gob.mx/InformesPublicaciones/Paginas/pobreza_y_derechos_sociales_ni%C3%B1os_ni%C3%B1as_y_adolescentes_2010-2012.aspx, mayo de 2014.

CONEVAL (Consejo Nacional de la Evaluación de la Política de Desarrollo Social) (2014), *Presentación. Pobreza y derechos sociales de niñas, niños y adolescentes en México, 2010-2012*, México, Coneval.

DAS (Dirección de Asistencia Social) (2006), *Documento de trabajo “Estrategia de operación en los Campamentos Recreativos de 2006”* México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2012a), *Manual de procedimientos de la Dirección General de Integración Social*. México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2012b), Reglamento interno de los Centros Nacionales Modelos de Atención Investigación y Capacitación Casa Cuna Tlalpan, Casa Coyoacán, Casa Hogar para Niñas, Casa Hogar para Varones y Subdirección del Centro amanecer para Niños, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2012c), Reglamento interno de los Centros Nacionales Modelos de Atención Investigación y Capacitación Gerontológica y Casas Hogar para Ancianos, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2012d), Lineamientos para la Atención de Población en Campamentos Recreativos, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2012e), Ponencia “La asistencia social y la recreación, factores del desarrollo humano”, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2013a), Informe de resultados Enero a Diciembre de 2013, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2013b), Programa Anual de Trabajo 2013, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2013c), Padrón de beneficiarios del "Programa de Atención a Personas en Desamparo" correspondiente al ejercicio 2013 (Periodo Enero - Diciembre), México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2014a), Programa Anual de Trabajo 2014, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2014b), Programa General de Lazos Fraternos 2014, México, SNDIF-DGIS.

DGIS (Dirección General de Integración Social) (2014c), Padrón de beneficiarios del "Programa de Atención a Personas en Desamparo" correspondiente al ejercicio 2014 (Periodo enero - mayo), México, SNDIF-DGIS.

Esping-Andersen, Gosta, (2010), *Los tres grandes retos del Estado de bienestar*, Barcelona: Editorial Planeta.

Fuentes, Leticia, (2008), “Diferenciando la complejidad: Tipologías de personas en situación de calle e intervención social de calidad”, en *Revista Trabajo Social*, No 75, Noviembre 2008, pp. 67-82.

García Serrano, C.; Malo, M. A.; Rodríguez Cabrero, G. (2000), *Un intento de medición de la vulnerabilidad ante la exclusión social*. Madrid: Unidad de Políticas Comparadas.

Giddens, Anthony, (1993), *Consecuencias de la modernidad*, Madrid: Alianza Editorial.

Giraldo, Martha Liliana (2006), Encuesta sobre Maltrato a Personas Adultas Mayores en el Distrito Federal (EMPAM-DF). México, Instituto de Investigaciones Sociales-Gobierno del Distrito Federal.

Guadarrama Sánchez, Gloria, (2011), *Entre la caridad y el derecho; un estudio sobre el agotamiento del modelo nacional de asistencia social*, Zinacantepec: El colegio Mexiquense.

Guzmán, José Miguel, (2002), “Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe”, en *serie Población y desarrollo*, N° 28, Santiago de Chile: CEPAL.

Guzmán, José y Huenchan, Sandra, (2006), “Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de políticas”, en *Notas De Población CEPAL*, N°83, pp. 99-125.

Huenchuan, Sandra, (2006), “Pobreza y redes de apoyo social en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género”, en *Revista de trabajo social*, N° 12, México: UNAM-Escuela Nacional de Trabajo Social.

INAPAM (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores) (2014), *Prevención del maltrato hacia las personas Adultas Mayores*, México, INAPAM.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2010), *Censo de Población y Vivienda 2010*, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2010a), *Las personas con discapacidad en México: una visión al 2010*, México, INEGI.

INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2013), *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012*, México: INEGI.

- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2013a) “Estadísticas a propósito del día del niño” Datos nacionales. México, INEGI.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2013b), Comunicado de prensa “*Estadísticas a propósito del día internacional de las personas con discapacidad*”, México, INEGI.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía) (2013c) “Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad” Datos nacionales, México, INEGI.
- INEGI y STPS (Instituto Nacional de Estadística y Geografía y Secretaría del Trabajo y Previsión Social) (2010), *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo. Módulo de trabajo infantil 2009. Base de datos - Cuarto trimestre*, México, INEGI.
- Irrázaval, Ignacio, (2008), “Pobreza y personas en situación de calle: Una nota sobre la experiencia internacional y lecciones para Chile”, en *Revista Trabajo Social*, No 75, Noviembre 2008, pp. 17-21.
- Jouval, Henri, (2004), “Los grandes retos para entender el problema de la vejez, según la Organización Mundial de la Salud”, en *Transición democrática y protección a los derechos humanos*, fascículo 5 - Derechos de segunda generación, México, CNDH.
- JUCONI (Fundación Junto con los Niños de Puebla, A. C.), (2008), “Familias seguras, derechos seguros”, en *Una mirada hacia la infancia y la adolescencia en México – primer premio UNICEF 2008*, México: UNICEF.
- Lucchini, Ricardo, (1996), *Niño de la calle. Identidad, Sociabilidad, Droga*, Barcelona: Los Libros de la Frontera.
- MacDonald, Joan, (2005), “La otra agenda urbana. Tareas, experiencias y programas para aliviar la pobreza y precariedad en las ciudades de América Latina y el Caribe”, en *Serie medio ambiente y desarrollo No. 117*, Santiago de Chile: CEPAL.
- Mena Burgos, Ricardo, (2008), “Subsidio único ciudadano: Una propuesta de política pública para personas en situación de calle”, en *Revista Trabajo Social*, No 75, Noviembre 2008, pp. 37-41.

MSP (Ministerio de Salud Pública de Uruguay) (2010), *Conocer para intervenir. Panorama de niños y adolescentes en situación de orfandad a causa del sida en Uruguay. Informe final*, Montevideo, MSP-UNICEF.

OACNUDH (Oficina en México del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos) (2010), *Políticas Públicas y Presupuestos con Perspectiva de Derechos Humanos: Manual operativo para servidoras y servidores públicos*, México, OACNUDH, FLACSO, FUNDAR.

OEA (Organización de los Estados Americanos) (2001), Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad, mayo, en url: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html> fecha de consulta mayo de 2014.

OIT (Organización Internacional del Trabajo), (2011), *Políticas y regulaciones para luchar contra el empleo precario*, Ginebra, OIT.

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2002) Declaración de Toronto Para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores. Ontario, 17 de noviembre.

ONU (Organización de las Naciones Unidas-Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento) (1982), *Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento*, Viena, ONU, del 26 de julio al 6 de agosto.

ONU (Organización de las Naciones Unidas) (1989), *Convención Internacional sobre los Derechos del Niño*, Asamblea General Resolución 44/25, ONU.

Palacios, A. (2008) *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*, Madrid, Ediciones Cinca.

Pardo, Marcia, (2003), “Reseña de programas sociales para la superación de la pobreza en América Latina”, en *Serie Estudios estadísticos y prospectivos No. 20*, Santiago de Chile, CEPAL.

RELAF (Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar) (2010), *Niños, niñas y adolescentes sin cuidados parentales en América latina*. Buenos Aires, UNICEF-RELAF.

Robinson, Siles y Schmid (2003), “El capital social y la reducción de la pobreza: hacia un paradigma maduro” en Atria y Siles (comp.), *Capital social y reducción de la pobreza en América Latina y el Caribe: en busca de un nuevo paradigma*, Santiago de Chile: CEPA y Michigan State University.

Sevenhuijsen, Selma, (1998), “Too good to be true?” en *IWM Working Papers*, No. 3, 1998. Viena, pp. 1-14.

SHCP (Secretaría de Hacienda y Crédito Público) (2008), Guías Operativas para el Ejercicio del Presupuesto de las Unidades Responsables de la SHCP, México, SHCP.

Stern, C. (2004), “Vulnerabilidad social y embarazo adolescente en México”, en *Papeles de población*, No.39, pp. 129-158.

Subirats, J., (2005), *Análisis de los factores de exclusión social – Documento de trabajo No. 4*, Barcelona: Fundación BBA.

Turián, Rodolfo, (2003), “Desafíos del envejecimiento demográfico en México”, en *Los derechos de las personas de la tercera edad*, México, Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), (2004), *Deporte, Recreación y Juego*, Nueva York, UNICEF-ONU.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), (2013), *Informe Anual UNICEF-México 2013*, México, UNICEF-ONU.

UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), (2014), *Vulnerabilidad y exclusión en la infancia*, Barcelona, Huygens, UNICEF.

Wong, M. y Espinoza, R., (2003), “Ingreso y bienes de la población de edad media y avanzada en México”, *Notas de población*, N° 37, pp. 45-82.

Normateca

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2012a), *Ley General para la Inclusión de las Personas con Discapacidad*, México, Cámara de Diputados.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2012b), *Ley de los derechos de las personas Adultas Mayores – última reforma 24 de Mayo del 2012*, México: Cámara de Diputados.

DOF (Diario Oficial de la Federación), (2013a), *Ley de asistencia social – última reforma 23 de Abril del 2013*. México: Cámara de diputados.

DOF (Diario Oficial de la Federación) (2013b), *Decreto por el que se expide la Ley General de Cultura Física y Deporte*. México: Cámara de diputados.

DOF (Diario Oficial de la Federación), (2014a), *Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes*. México: Cámara de diputados.

Anexos

Anexo 1. Formato RH1 (Relación de Acampantes)

ANEXO 15.4 **RELACION DE ACAMPANTES (RAH1)**

Sistema Estatal o Institución: _____ Fecha: _____

Tipo de Población: _____ Período: _____ Hora/Llegada: _____

Campamento Recreativo: _____ Total Acampantes: _____ Beneficiarios: _____ Responsables: _____

No	Nombre	Edad	Sexo	Institución o Programa al que pertenece	CURP y/o R.F.C.	Municipio o Localidad

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase contactarnos a los teléfonos 01 (55) 3004 – 1339. Si desea manifestar alguna irregularidad por parte de funcionarios públicos o compartir sus propuestas para corregir, agilizar y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, favor de contactar el Sistema de Atención Telefónica (SACTEL) a los teléfonos: 3003-2000 en el D. F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01 800 001-4800 o desde Estados Unidos y Canadá al 188 594-3372.

No se puede exigir que se proporcione ningún documento adicional a los que se señalan en el presente formato para el Programa de Campamentos Recreativos.

Los documentos oficiales que se presenten con alteraciones, raspaduras o enmendaduras no tendrán validez oficial.

El presente formato "es de libre reproducción".

"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"

Anexo 2. Formato RH3 (Relación de personal responsable)

ANEXO 15.5 **RELACION DE PERSONAL RESPONSABLE (RAH3)**

Sistema Estatal o Institución: _____ Fecha: _____

Campamento Recreativo: _____

No.	Nombre	Edad	Sexo	Responsable	CURP y/o R.F.C.	Firma

No.	Nombre	Edad	Sexo	CONSEJEROS	CURP y/o R.F.C.	Firma

No	Nombre del Médico	Edad	Sexo	Institución	Cédula Profesional	Firma

Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite sírvase contactarnos a los teléfonos 01 (55) 3004 – 1339. Si desea manifestar alguna irregularidad por parte de funcionarios públicos o compartir sus propuestas para corregir, agilizar y mejorar la calidad de los servicios ofrecidos, favor de contactar el Sistema de Atención Telefónica (SACTEL) a los teléfonos: 3003-2000 en el D. F. y área metropolitana, del interior de la República sin costo para el usuario al 01 800 001-4800 o desde Estados Unidos y Canadá al 188 594-3372.

No se puede exigir que se proporcione ningún documento adicional a los que se señalan en el presente formato para el Programa de Campamentos Recreativos.

Los documentos oficiales que se presenten con alteraciones, raspaduras o enmendaduras no tendrán validez oficial.

El presente formato "es de libre reproducción".

"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"

Todos los firmantes declaran bajo protesta de decir verdad que toda la información asentada en este documento es cierta

Anexo 3. Formato de Valoración Psicológica de Ingreso

8.7 Valoración Psicológica de Ingreso. PIS-DSA-CNM-09-F07



DIRECCION GENERAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL
DIRECCION DE SERVICIOS ASISTENCIALES
CENTRO NACIONAL MODELO DE ATENCIÓN, INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN GERONTOLÓGICA Y CASAS HOGAR PARA ANCIANOS

VALORACIÓN PSICOLÓGICA DE INGRESO

PIS-DSA-CNM-09-F07

I. Ficha de Identificación. (1)

Nombre: (2) _____
Edad: (3) _____ Sexo: (4) _____
Lugar y Fecha de Nacimiento: (5) _____
Domicilio: (6) _____
Escolaridad: (7) _____ Ocupación: (8) _____
Estado Civil: (9) _____ No. de Hijos: (10) _____
Religión: (11) _____
Ingreso Económico: (12) _____
Derechohabiente: (13) _____
Familiar O Persona Responsable: (14) _____
Domicilio: (15) _____
Teléfono: (16) _____

II. Motivo de Ingreso: (17)

Antecedentes de Atención en otras Instituciones: (18)

III. Inspección General: (19)

Motricidad. (20)

Autosuficiente (21)

2. Uso de Ortesis: (22)

Si () No () Parcial ()

Si () No ()

¿Por Qué? _____

Cual: _____

IV. Historia Personal y familiar: (23)

Observaciones: (24)

V. Historia Sexual (25)

VI. Examen Mental (26)

Conciencia (27) Lúcida: _____ Confusa: _____ Obnubilada: _____

Orientación (28) Persona: _____ Tiempo: _____ Espacio: _____

Pensamiento (29)

Nivel: Concreto _____ Funcional _____ Abstracto _____

Curso: (29) Normal: _____ Rápido _____ Lento _____

Contenido: (29) Lógico _____ Coherente _____ Congruente _____

Juicio: (30) Autocrítico (1) Heterocrítico (2)

Conservado _____ Disminuido _____

Atención y Concentración (31) Conservada _____ Dispersa _____

Memoria: (32) Corto Plazo _____ Mediano Plazo _____ Largo Plazo _____

Lenguaje : (33)

Normal _____ Rápido _____ Lento _____ Tipo _____

Sensopercepción (34)

Oído _____ Olfato _____

Vista _____ Gusto _____

Tacto _____

VII. Examen de la Personalidad (35)

Relaciones Interpersonales

Principales Ligas Afectivas Formadas: (36)

Positivas _____ Negativas _____ Conflictivas _____

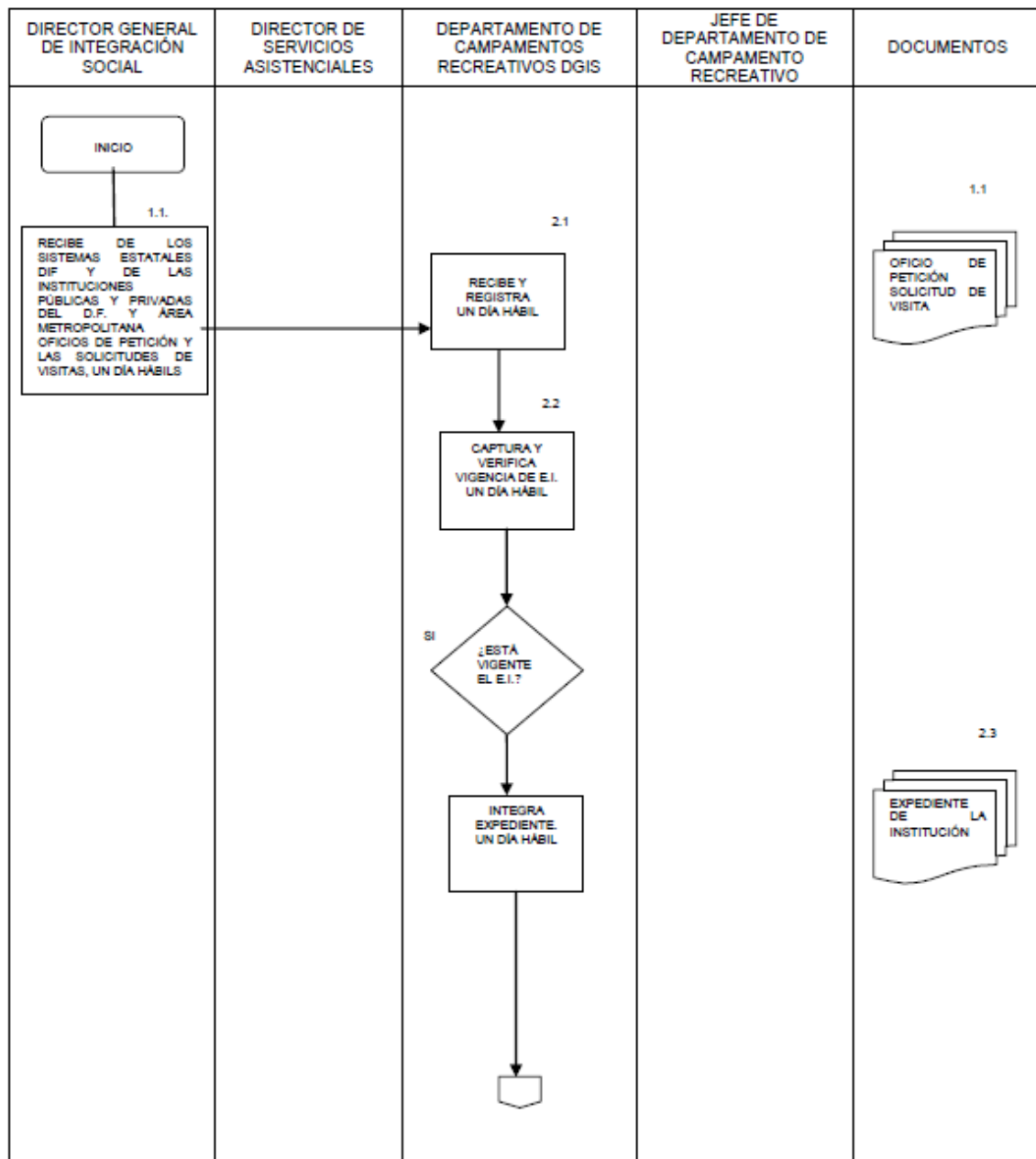
Comportamiento social y redes de apoyo: (preocupación actual, crisis mas y satisfacción más importantes en su vida).
(37)

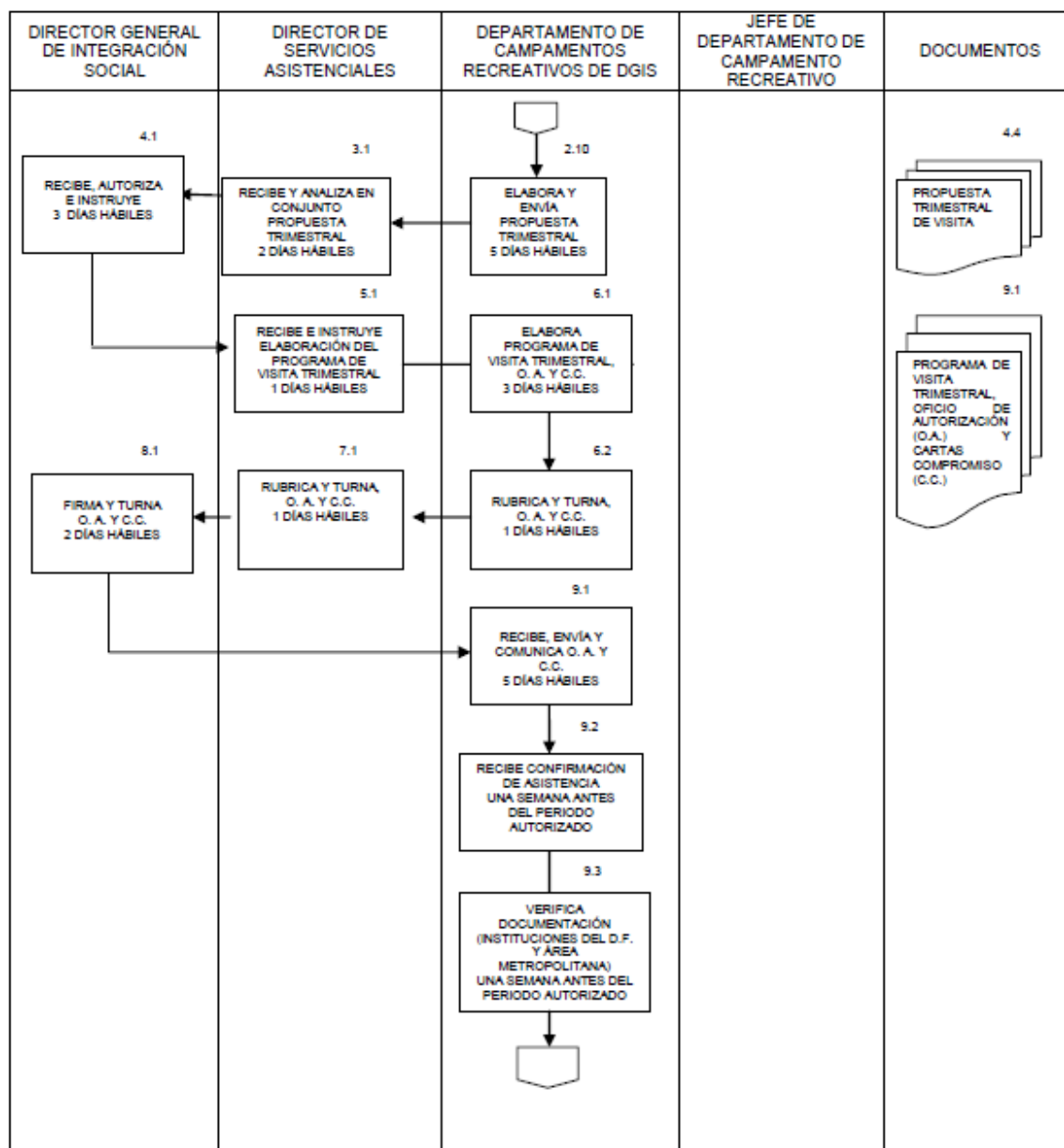
Hábitos: (higiénicos, dietéticos, de sueño, cuidado de la ropa, alcoholismo, tabaquismo) (38)

[illegible]

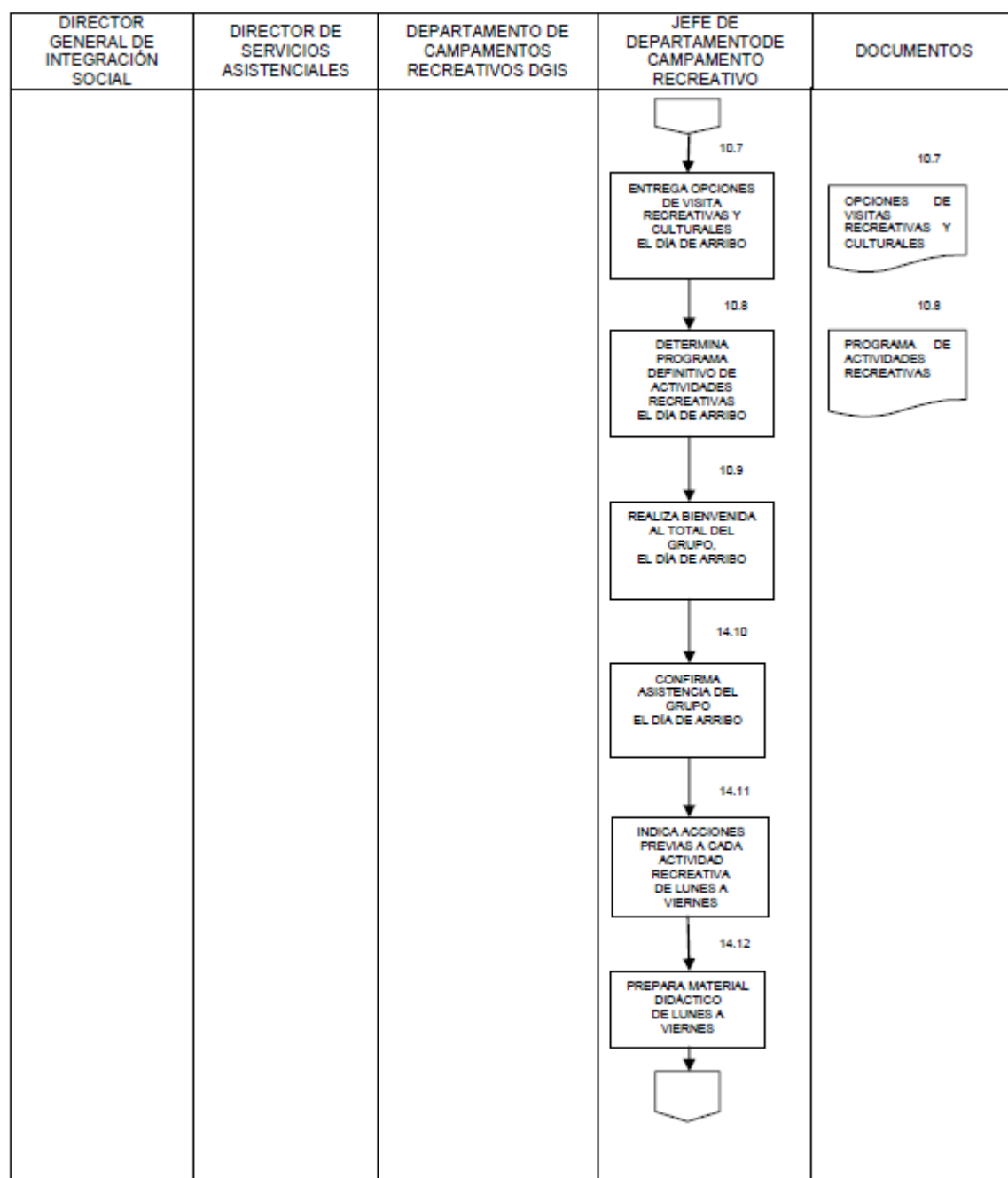
Vo. Bo. Jefe de Dpto. Psicogerontología: _____(47)_____

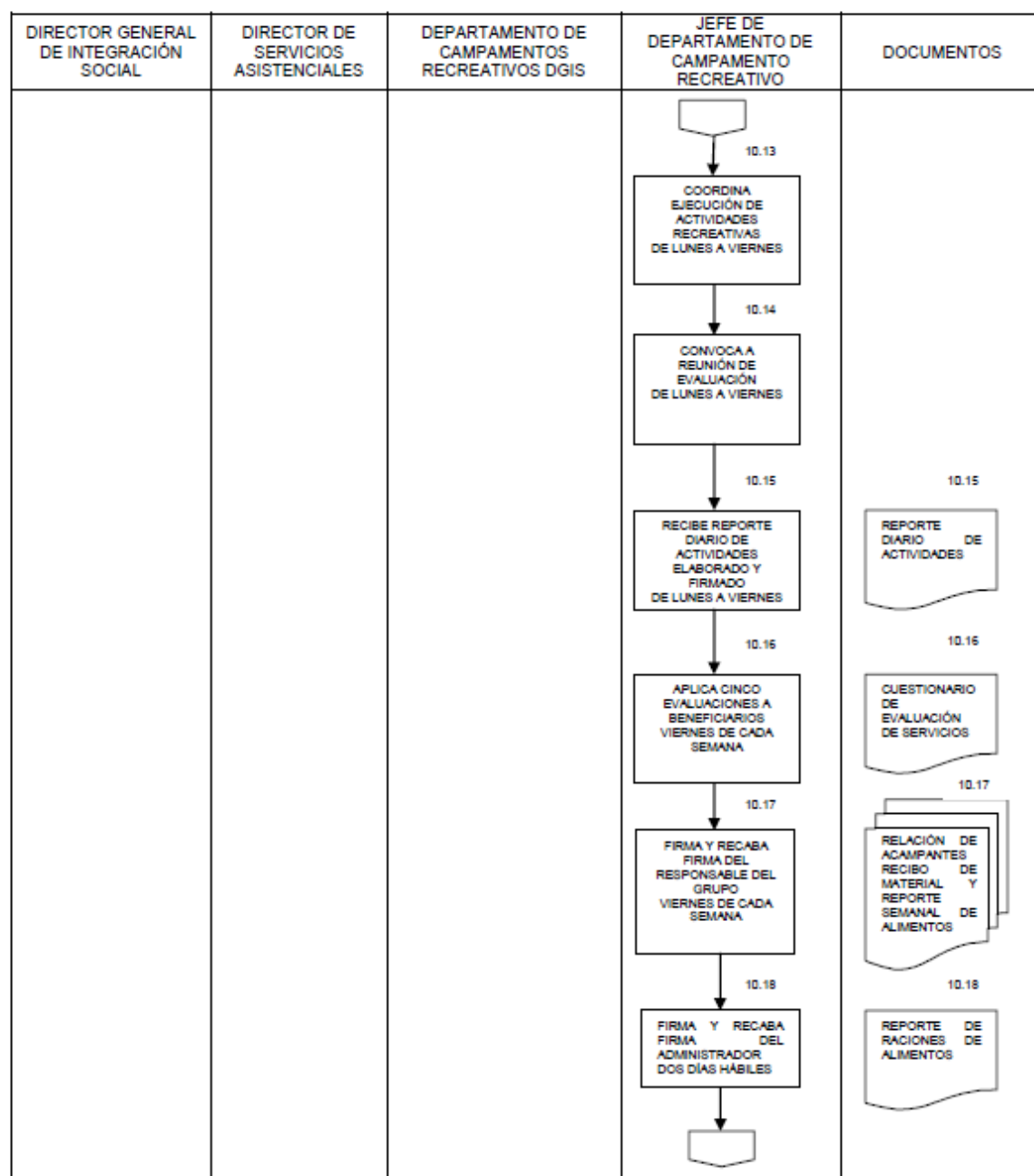
5.0 Diagrama de flujo

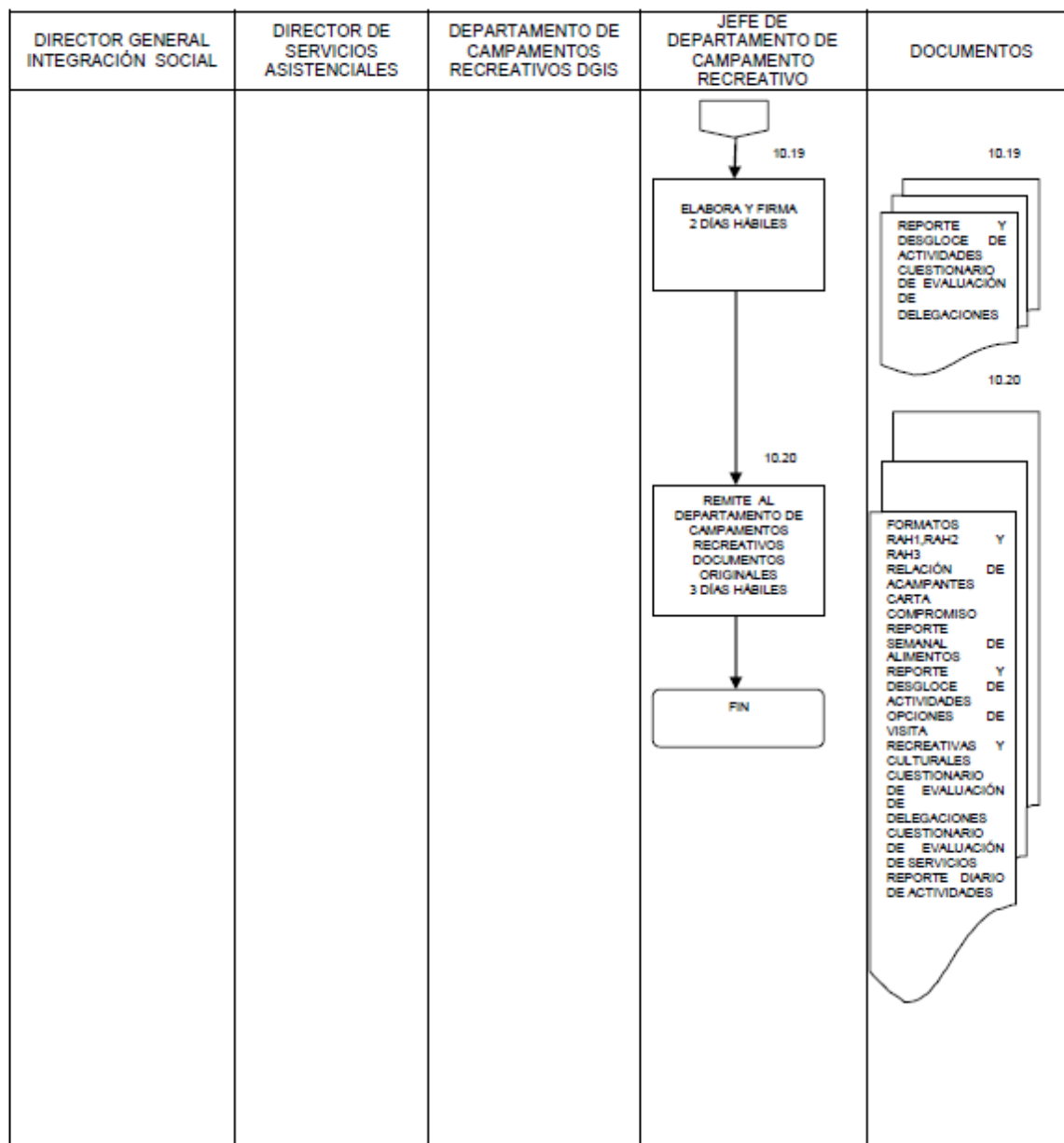













ANEXO N° 1



SOLICITUD DE VISITA
PIS-DSA-SCR-01-F01

Favor de llenar a máquina o con letra de molde y no utilizar las partes sombreadas, son para uso exclusivo del DIF

Fecha de solicitud: _____ (1) Trimestre: (2) 1° ☐ 2° ☐ 3° ☐ 4° ☐

I. DATOS DEL SOLICITANTE: (3)

Sist. Nacional DIF ☐ Sist. Estatal DIF ☐ IAP o A. ☐ Dependiente ☐ Escuela o Grupo ☐
Pública Comunitario

Nombre o Razón Social:
_____ (4)

Domicilio:
_____ (5)

Municipio y Estado:
_____ (6)

Teléfono (s): _____ (7) Fax:
_____ (8)

Nombre del Director: ó Responsable:
_____ (9)

II. POBLACIÓN: (10)

Menores ☐ Adolescentes ☐ Personas con discapacidad ☐ Adultos mayores ☐

N° de beneficiarios: _____ (11) N° de responsables: _____ (12) Total de acampantes:
_____ (13)

III. JUSTIFICACIÓN DE LA SOLICITUD: (14)

IV. CAMPAMENTO Y PERIODOS SOLICITADOS: (Incluir 3 opciones de fecha en orden de preferencia)

CAMPAMENTO SOLICITADO	CAMPAMENTO DESIGNADO
} _____	(17)
PERIODO SOLICITADO	PERIODO DESIGNADO
} _____	

DRAS-002

_____ (18)

Firma del Director o Representante

Anexo 6. Carta Compromiso

8.3 Carta Compromiso PIS-DSA-SCR-F03

(LOGO OFICIAL Unidad de Asistencia e Integración Social)
Dirección General de de Integración Social
CAMPAMENTOS RECREATIVOS

Con la finalidad de formalizar la prestación del servicio que el Sistema Nacional DIF brindará a través del (NOMBRE DEL CAMPAMENTO ASIGNADO) a (NOMBRE DEL SISTEMA ESTATAL, DELEGACIÓN VISITANTE), durante el periodo (DÍA, MES Y AÑO), y determinar responsabilidades, se establece la siguiente:

CARTA COMPROMISO

El Sistema Nacional DIF se compromete a:

Proporcionar de manera gratuita durante el periodo acordado el servicio de hospedaje y alimentación, para los integrantes del grupo visitante.

Coordinar las actividades recreativas, deportivas, culturales y de esparcimiento que se realicen durante la estancia del grupo.

Otorgar los servicios con calidad y calidez.

Vigilar la seguridad de los beneficiarios, dentro y fuera de las instalaciones del Campamento, durante la semana que permanece el grupo.

Proporcionar un seguro a los integrantes del grupo visitante durante su estancia en el Campamento Recreativo.

El Sistema Estatal DIF se compromete a:

Verificar que los beneficiarios sean población sujeto de asistencia social.

Proporcionar al grupo autorizado copia del Oficio de Autorización y Carta Compromiso.

Informar al responsable y consejeros del grupo sobre el Subprograma para la Atención de Población en Campamentos Recreativos: su objetivo, actividades a realizar, características del inmueble y Reglamento interno.

Vigilar que el grupo autorizado cumpla con el número de beneficiarios y responsables así como tipo de población autorizada.

De presentarse cancelación, reducción, aumento de beneficiarios, o cambio de tipo población del periodo asignado, Elaborar programa de actividades a realizar en el Campamento Recreativo, mismo que se complementará al implementado en este Centro.

Arribar al Campamento Recreativo entre las 10:00 y las 14:00 horas del día lunes y retirarse antes del mediodía

Que el personal encargado del grupo, responsable y consejeros, cuente con conocimientos de recreación, primeros auxilios y saber nadar como requisito indispensable.

Conocer, respetar y hacer respetar el Reglamento Interno del Campamento.

Cuidar y mantener en buen estado las instalaciones del Campamento Recreativo y responsabilizarse de los daños que ocasionen durante su estancia

Participar en las labores de aseo de cabañas, comedor y regaderas, así como en el ahorro de agua y energía eléctrica.

El incumplimiento de alguno de estos compromisos, por parte del grupo autorizada, determinará que el Sistema Nacional DIF se reserve el derecho de cancelar el periodo otorgado y de considerar o no solicitudes futuras.

(NOMBRE Y FIRMA)
Director General de Integración Social
Sistema Nacional DIF

(NOMBRE Y FIRMA)
Director General
DIF (ESTADO DE PROCEDENCIA)
(O DEL TITULAR DE LA INSTITUCIÓN)

Nombre y firma
Responsable de Delegación

Diagnóstico

**Servicios Comunitarios del Centro Nacional
Modelo de Atención, Investigación y
Capacitación para el Desarrollo
Comunitario “Tlazocihualpilli”**

INTRODUCCION

El Sistema Nacional DIF (SNDIF), en el marco de la actual política de Salud y del Programa de Asistencia Social establece los programas - estrategias y líneas de acción para materializar los derechos sociales correspondientes, promoviendo la implementación de los “Servicios de Atención a Población Vulnerable” y dentro de estos los *Servicios Comunitarios del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario “Tlazocihualpilli”*.

El Centro busca contribuir a mejorar las condiciones de vida de sus usuarios, ofreciendo un espacio de formación, encuentro y convivencia a la población vecina, sobre todo la más vulnerable, para que a través de acciones y servicios de calidad, se promueva el desarrollo del capital social.

En cumplimiento al Programa Anual de Evaluación para el Ejercicio fiscal 2014 de los Programas Federales de la Administración Pública y retomando la definición de Evaluación contenida en dicho documento que la define como “el análisis sistemático y objetivo de los programas federales, que tiene como finalidad determinar la pertinencia y el logro de sus objetivos y metas, así como su eficiencia, eficacia, calidad, resultados , impacto y sostenibilidad” , se realiza la presente Evaluación del *Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario “Tlazocihualpilli (CNMAICDC Tlazocihualpilli)*.

Objetivo de la Evaluación

Caracterizar la situación de los servicios que se prestan en el Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario “Tlazocihualpilli”, en términos de relevancia, efectividad, eficiencia, participación social y sostenibilidad, a través de un proceso de investigación cuantitativa y cualitativa.

Los resultados que se presentan en este documento responden al propósito de efectuar el diagnóstico del análisis de los procesos de gestión y operación del *Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario “Tlazocihualpilli*, de acuerdo a los “Elementos mínimos a considerar en la elaboración de diagnósticos” emitidos por CONEVAL.

En este contexto se identificó la vinculación del “programa” o servicios que se prestan en el Centro con los objetivos de la institución (SNDIF), también se identificaron las principales debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas para el logro de las acciones respecto a los retos institucionales, además de describir las similitudes o complementariedades con otros programas o estrategias locales.

Las principales herramientas de información que se utilizaron en este ejercicio fueron:

Planes Nacionales de Desarrollo; Programa Nacional de Asistencia Social; Programa Sectorial de Salud; Ley de Asistencia Social; Estatuto Orgánico del SNDIF; Programas Institucionales Anuales; Proyectos Operativos ; Manuales de procedimientos y/o Reglamentos disponibles.

Se efectuó un análisis de gabinete basado en fuentes de información proporcionadas directamente o disponibles públicamente, así como de reuniones de trabajo realizadas con los responsables de la gestión del Centro.

Tema I. Identificación, y descripción del problema

1.1. Identificación, evolución y estado actual del problema

¿El problema o necesidad prioritaria al que va dirigido el “Programa”. Servicios de Asistencia Social está correctamente identificado y claramente definido?

Para efectos de contar con la información concreta y sustantiva que dé cuenta del problema o situaciones a las que responden los servicios del Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario “Tlazocihualpilli”(CNMAICDC) se ha elaborado la siguiente línea del tiempo:

Año	Sucesos	Propósito y Población Objetivo	Normatividad
1973	Inauguración como Centro de atención a la Comunidad Tlazocihualpilli. Creación de un Centro de Atención de Desarrollo Infantil (CADI), una biblioteca, un jardín de niños, la lechería y talleres de capacitación	Beneficiar a la mujer y a los niños	Ley General de Salud Ley sobre el sistema nacional de asistencia social
1979	Se le nombra Centro de Desarrollo Integral para la Familia (DIF)	Para la inclusión y beneficios de las familias.	Norma técnica para la prestación de servicios de asistencia social en centros comunitarios
1980	A iniciativa de deportistas de la comunidad: Se reforesta y enreja	Mayor inclusión de servicios a la comunidad	Estatuto orgánico
1989	Se habilita un espacio para el Centro de Rehabilitación Integral (CRI) .		
1997 -1999	Proceso de descentralización; El Centro Tlazocihualpilli se convierte en el único centro del D.F. a cargo del Sistema Nacional DIF (SNDIF) . Se le conoce como Centro de Desarrollo Comunitario Tlazocihualpilli. Depende de la Dirección de Protección a la Infancia se elabora un manual de procedimientos donde se identifica como	Servicios a la Comunidad para las familias vulnerables	El Artículo 4° de la Constitución Política EUM PND.

	<p>la unidad que proporciona Asistencia social proporcionando servicios integrales, adecuados y necesarios en materia de salud, educación, capacitación para el trabajo, cultura, recreación y deporte procurando con ello contribuir al mejoramiento del nivel de bienestar de las familias vulnerables de su área de influencia.</p>	<p>de su área de influencia.</p>	<p>Ley General de Salud</p> <p>Ley sobre el sistema nacional de asistencia social</p> <p>Norma técnica para la prestación de servicios de asistencia social en centros comunitarios</p> <p>Estatuto Orgánico.</p>
--	--	----------------------------------	---

Año	Sucesos	Propósito y Población Objetivo	Normatividad
2000-2003	En seguimiento al acuerdo de la H. Junta de Gobierno del DIF, N° 11/ORD.12/03 se “reorientó” las funciones del Centro y se realizó la entrega recepción de las instalaciones, su plantilla de personal y recursos materiales y financieros, al Departamento de Atención a Familias de la Subdirección de Desarrollo Familiar y Comunitario, dependientes de la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario . En 2003 Se inicia un diagnostico operacional y situacional.	Servicios de Desarrollo Comunitario para población vulnerable	
2004-2009	Los servicios prestados respondían a criterios de dirección, coordinación y administración de los responsables del centro, presentándose problemáticas de atención, gestión y desempeño considerables.	El enfoque de desarrollo comunitario se centró en la concentración de servicios asistenciales, educativos y de capacitación para el trabajo.	Art 4 . de la constitución política 2, de la Ley general de salud 3,4,7,9,10,11, los aplicables a la ley de asistencia social 3,4,5,6,7 ley Gral. de PCD
	Se termina diagnóstico situacional y se determina por las autoridades de la administración en turno reorientar y alinear los servicios al programa Comunidad Diferente. Se nombra “Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario (CMAICDC). Se elaboran reglamento y manual de procedimientos.	La perspectiva de Desarrollo Comunitario se centró en el Modelo Comunidad Diferente que el centro funcionara como “Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario (CMAICDC)	Reglas de operación de los programas de atención a infancia, familias y población vulnerable. .

Año	Sucesos	Propósito y Población Objetivo	Normatividad
2010-2014	<p>Se remodeló el Centro Nacional Modelo de Atención, Integración y Capacitación para el Desarrollo Comunitario (CNMAICDC) “Tlazocihualpilli en colaboración con SEDESOL ONU – HABITAT a partir de un proyecto elaborado con alumnos de la carrera de Urbanismo de la UNAM.</p> <p>En el Plan de Trabajo institucional aparece dentro del Programa de Servicios Asistenciales a Personas Vulnerables. Como estrategia del subprograma de Desarrollo Comunitario</p> <p>La actividad contemplada para la consecución de dicha estrategia es: Llevar a cabo acciones de desarrollo comunitario en el CNMAICDC Tlazocihualpilli dirigidas a la población atendida.</p>	<p>Función: proporcionar servicios asistenciales a personas vulnerables.</p> <p>Objetivo:“contribuir a mejorar las condiciones de vida de los usuarios del CNMAICDC, ofreciendo un espacio de formación, encuentro y convivencia a la población vecina del Centro de Desarrollo Comunitario sobre todo la más vulnerable, para que a través de acciones y servicios de calidad, se promueva el desarrollo del capital social”</p>	<p>El Artículo 4º de la Constitución política de los EUM</p> <p>PND 2007-2012</p> <p>Ley General de Salud (art. 172)</p> <p>Ley de Asistencia Social (arts. 9, 11 y 12).</p> <p>Estatuto Orgánico del SNDIF art.2, IV).</p> <p>PND 2013-2018</p> <p>Objetivo 2.1 del Plan Nacional de Desarrollo “Garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales para toda la población”</p> <p>Línea de Acción “Fomentar el acceso efectivo de las familias, principalmente aquellas en pobreza extrema, a sus derechos</p>

			sociales, mediante políticas públicas coordinadas y concurrentes”
--	--	--	---

En la línea del tiempo que se explica en el apartado anterior no hay un sustento específico acerca del problema que de origen o justificación a la existencia del Centro, sin embargo lo que prevalece es la necesidad de atender a población y familias en situación de vulnerabilidad. Se puede inferir que la justificación del quehacer institucional del Centro respondía a dos de los Objetivos Estratégicos del Sistema Nacional DIF que hasta 2012 estuvieron vigentes:

1. Fortalecer e impulsar el desarrollo integral de la familia, a través de la promoción y aplicación de políticas públicas, programas y acciones.
2. Promover la igualdad de oportunidades para el desarrollo de la persona, la familia y la comunidad, en situación de riesgo o vulnerabilidad social.

Sin embargo en la actualidad y ante la Publicación del PONAS este enfoque deberá ajustarse a partir de un ejercicio de Planeación estratégica interno.

Tema II. Planeación y Orientación a Resultados del programa

Experiencias de atención.

La línea del tiempo presentada da cuenta del contexto operativo de los servicios prestados en el “*Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario (CNMAICDC)* desde su apertura a la fecha.

Aunque en el contexto de operación existe un gran número de programas dirigidos a la asistencia y desarrollo social, muchos de ellos están enfocados a los mismos derechos sociales, los presupuestos son reducidos y no siempre hay una estrategia clara de planeación estratégica y de coordinación situación que propicia riesgos de duplicidad

con otros programas de la administración pública federal y local y poca o nula contribución a la situación de vulnerabilidad y/ o pobreza de su población objetivo.

Árbol de problemas

La información que se señala en la línea del tiempo presentada y las características de la estructura de la estrategia institucional en la que se ubica al “*Centro Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario (CNMAICDC)*” no permiten identificar claramente las causas o problemas que motivan la existencia de los servicios que actualmente se brinda a población abierta en el Centro, por lo que se procedió con la información recopilada de distintas fuentes a realizar un análisis **DOFA** por las características y el diseño de los servicios están muy lejos de constituir un programa.

Cabe mencionar que el Centro no es precisamente un programa aunque consta de un catálogo de servicios directos a la población abierta.

Análisis DOFA

Esta técnica **DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas)** nos permitirá analizar los puntos críticos o conflictivos, y al mismo tiempo, los facilitadores para fortalecer o mejorar la gestión del CNMAICDC. Permite ordenar los aspectos relevantes del Diagnostico a fin de garantizar una adecuada valoración y la toma de decisiones.

Debilidades	Oportunidades	Fortalezas	Amenazas
<p>El nombre con el que se identifica el Centro: Centro <i>Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación para el Desarrollo Comunitario</i> (CNMAICDC) no corresponde a su realidad operativa.</p>	<p>Aprovechar la infraestructura social del CNMAICDC para efectuar alianzas estratégicas con asociaciones civiles para una operación conjunta alineada a la estrategia local y en congruencia con los principios de promoción de DIF Nacional.</p> <p>En el Plan de trabajo institucional del SNDIF se identifica como una estrategia de Desarrollo comunitario cuyo objetivo es: “ Contribuir a mejorar las condiciones de vida de los usuarios del Centro ofreciendo un espacio de formación, encuentro y convivencia a la población vecina sobre todo la más vulnerable,</p> <p>La situación operativa del CNMAICDC requiere asumir una posición clara de hacia dónde debe alinearse, a partir de un análisis conceptual, jurídica y político, para la</p>	<p>El CNMAICDC resulta geográficamente accesible para varios grupos de población en condiciones de vulnerabilidad y marginación .</p> <p>Se ha mejorado la infraestructura operativa del Centro lo que ha propiciado un mayor sentido de pertenencia de la población que habita los alrededores del centro.</p> <p>La gratuidad o los bajos costos de las cuotas de los servicios, cursos y talleres,</p> <p>Permite que la población asista al Centro sin que se afecte la economía familiar.</p>	<p>.</p> <p>El DIF DF, promueve la operación de Centros de Desarrollo Integral de la Familia , los cuales operan con líneas de acción similares a las actividades desarrolladas en el Centro , lo cual es un riesgo de duplicidad de funciones, que irían en contra de las atribuciones actuales del DIF NACIONAL en términos de la coordinación que debiera ejercer con los estados y municipios para la complementariedad de acciones.</p> <p>No posicionar al CNMAICDC como</p>

	toma de decisiones responsables.	El compromiso y vocación de servicio de los coordinadores del Centro y prestadores de servicio como profesores, instructores, médicos, etc. representa un valor agregado que potencializa las acciones emprendidas	Centro Modelo da oportunidad a DIF DF y a los grupos locales para una posible solicitud transferencia, para efectos de una gestión con directrices locales.
--	----------------------------------	--	---

Debilidades	Oportunidades	Fortalezas	Amenazas
No existe problema o problemáticas específicas de atención que justifiquen la existencia de los servicios que se prestan	En el marco de la Planeación institucional que ubica al Centro como estrategia de Desarrollo Comunitario dentro del SNDIF es pertinente desarrollar un ejercicio de Planeación estratégica en base a la metodología de Marco Lógico que genere problemáticas y alternativas de solución específicas en base al análisis situacional del	La situación socio demográfica de la zona donde se ubica el Centro la cual concentra en las colonias contiguas grupos de población con características de alta marginación y vulnerabilidad.	De seguir operando el Centro sin un soporte de planeación estratégica se corre el riesgo de seguir en un círculo vicioso de proporcionar servicios tradicionalistas y asistencialistas que

<p>No existen planes o programas de trabajo estratégicos que guíen la operación y funcionamiento de los servicios, propiciando ambigüedad en la prestación de los servicios.</p> <p>No existe un reglamento o manual de procedimientos actualizado u oficializado por Junta de Gobierno que respalde su quehacer institucional actual</p>	<p>entorno geográfico y poblacional; dando razón de ser a los servicios que se decidan en congruencia con el marco jurídico y normativo correspondiente.</p> <p>Redefinir su funcionamiento hacia el programa Comunidad diferente para contar con un soporte programático y presupuestal que de un sentido estratégico a la gestión de servicios, y que sea congruente con el nombre del Centro y con su descripción como estrategia de Desarrollo Comunitario al del Programa Institucional Anual.</p> <p>Es fundamental abrir la discusión sobre los retos de cobertura y focalización, que se ligan de forma ineludible al Tema del financiamiento.</p>	<p>Hay servicios que pueden fortalecerse promoviendo a su alrededor redes comunitarias que tomen decisiones y que sean partícipes de las características de prestación de los servicios.</p> <p>Existen programas y servicios de instancias públicas locales con las cuales se pueden efectuar alianzas en términos de complementariedad de servicios,</p>	<p>no contribuyan al capital social y mucho menos a un mejoramiento de las condiciones de vida de la población en aras de ejercer sus derechos sociales tal y como se establece en la Meta de México incluyente del PND 2013-2018.</p> <p>Ante una falta de acciones de fortalecimiento en términos de redefinición, planeación estratégica y de mayor vinculación interinstitucional e interinstitucional, se agudiza la problemática</p>
---	--	--	--

No existe un presupuesto sólido para apoyar una operación de carácter integral y estratégica.			
---	--	--	--

Debilidades	Oportunidades	Fortalezas	Amenazas
<p>La ausencia de sistemas para la planeación de la operación del Centro le resta efectividad y eficiencia.</p> <p>Los resultados de operación se limitan a cuantificar actividades realizadas y a satisfacción del usuario en términos de cumplimiento del servicio, mas no evalúa cual fue el beneficio efectivo que obtuvo en términos de mejorar su condición de vida</p>	<p>Realizar evaluaciones de carácter integral donde no solo se mida la “calidad de la prestación del servicio, sino que dé cuenta de habilidades adquiridas para la vida y por lo mismo del grado de incidencia en su situación inicial de “vulnerabilidad”, “exclusión” o “marginación” antes de recibir el servicio y después. (Medios de verificación)</p>	<p>Las bases de datos de los beneficiarios son información sustantiva para un análisis de la población potencial.</p> <p>Los grupos formados actualmente para efectos de recibir capacitaciones representan la posibilidad de convertirlos en grupos de desarrollo y de constituirse en una estrategia de Trabajo en Red.</p>	<p>Seguir como en la actualidad solo reproduciría el patrón de los servicios que se prestan y complicaría un mejoramiento a un mediano y largo plazo</p>
<p>Únicamente se visualiza número de beneficiarios por servicios, sin sistematizar resultados cualitativos y sin evaluar el nivel de cobertura alcanzado con</p>	<p>Es necesario realizar un “Diagnóstico de Población Potencial, Objetivo y Atendida del Programa, para sustentar su existencia</p>	<p>En el Centro es factible concentrar recursos financieros de varias Fuentes públicas y privadas en</p>	<p>El esquema actual de operación del Centro al no impactar en la organización comunitaria y el tejido social pierde su sentido de</p>

relación a un número de población potencial en situación o no de vulnerabilidad que presenta problemas económicos, de salud, y/o sociales que tampoco está visible.	institucional en función de un enfoque de ejercicio de derechos sociales de la población vulnerable vecina del Centro	beneficio de la población usuaria. Además es necesaria la participación de organizaciones civiles que den mayor diversificación a los servicios y acciones del Centro.	estrategia de Desarrollo Comunitario que lo define en el programa Institucional.
---	---	---	--

TEMA III. COBERTURA: POBLACIÓN POTENCIAL Y OBJETIVO.

La definición de la población potencial y objetivo no se encuentra identificada y definida. El registro de los beneficiados directos se encuentra en medios electrónicos. Sin embargo, no se cuenta con una Matriz de Indicadores de Resultados, derivado de la indefinición de la población objetivo y desde luego la falta de definición de su problemática.

En concreto para los servicios que se otorgan en el Centro es necesario crear un componente incorporando indicadores y metas que permitan medir y expresar de manera eficaz la contribución de los servicios al P013.

La población a la que se dirigen los servicios se localiza en una zona de la Delegación Xochimilco y de la Delegación Tláhuac, y su representación es en su mayoría urbana. La cuantificación de la población no es clara ya que los servicios están abiertos al público en general.

Los servicios que se proporcionan no cuentan con una justificación teórica documentada que sustenta el tipo de servicios e intervención que se lleva a cabo con la población objetivo, y las evidencias que existen con respecto a la prestación de servicios no son consistentes para evidenciar los efectos positivos atribuibles a los beneficios o los apoyos otorgados a la población objetivo

De acuerdo al perfil socio demográfico publicado por la Secretaria de Información para el Desarrollo Social (SIDESO) del Gobierno del Distrito Federal, las localidades tanto de la Delegación Xochimilco como las de Tláhuac que colindan con la ubicación del Centro observan un índice de marginación alto.

Por lo que la Población Potencial que es susceptible de ser atendida es un promedio es de 10,000 personas en tan sólo las dos localidades más inmediatas al Centro de ambas

Delegaciones, presentando problemáticas de exclusión y vulnerabilidad por la carencia de acceso a servicios de salud, rezago educativo, desempleo, hogares con jefatura femenina entre otros.

TEMA IV. OPERACIÓN DE LOS SERVICIOS (Diseño de la Intervención)

Tipo de Intervención

Actualmente los servicios que presta en el CNMAICDC se respaldan en el Programa de Servicios Asistenciales P013, definiendo al CNMAICDC como estrategia orientada a contribuir a mejorar las condiciones de vida de los usuarios del CNMAICDC Tlazocihualpilli, ofreciendo un espacio de formación, encuentro y convivencia a la población vecina del Centro de Desarrollo Comunitario –CDC-, sobre todo la más vulnerable, para que a través de acciones y servicios de calidad, se promueva el desarrollo del capital social.

La línea de acción con la que esta estrategia prevé dar cumplimiento a su objetivo es:

- **Brindar atención y servicios de calidad a la población vulnerable de la zona,** mediante la coordinación y administración de los recursos humanos, materiales y de servicios asignados al CNMAICDC Tlazocihualpilli.

Las metas que se prevé alcanzar para el cumplimiento de este objetivo son las siguientes:

- ✓ Talleres impartidos
- ✓ Eventos realizados
- ✓ Grupos Operando

La existencia del Centro prevalece a la **necesidad de atender a población y familias en situación de vulnerabilidad**, los servicios se enfocan principalmente a cursos, talleres y eventos, se orientan a temas de alimentación, promoción de la salud, educación y cultura, capacitación para el trabajo y proyectos productivos, pretendiendo promover una mejora en las condiciones de vida de la población atendida.

Sin embargo, la información existente no permite acotar el problema de atención, es decir no **hay atención de problemáticas específicas**, solo se prestan servicios sujetos a la “demanda” de las personas que habitan los alrededores del centro, quienes se supone solicitan el apoyo con base en sus necesidades locales, las cuales no están definidas o diagnosticadas.

La implementación de dichos servicios no genera información que permita evaluar o monitorear en qué medida o en qué aspectos se incide para propiciar un mejoramiento de las condiciones de vida, tampoco se existen criterios de evaluación para determinar si los servicios son o no de calidad.

Etapas de la intervención.

Los servicios y actividades que se realizan son muy acotadas al cumplimiento de metas en términos de eventos, talleres y servicios, no hay apoyos que se otorguen en especie o económicos; la cobertura que se pretende alcanzar no está definida en términos numéricos, se maneja el concepto a “todo público”, los mecanismos de selección de beneficiarios son muy ambiguos.

Integración y Operación del Padrón de Beneficiarios.

No existe una estrategia con criterios conceptuales o metodológicos para la integración y actualización permanente de un padrón de beneficiarios derivado de la falta de focalización en términos de población potencial y población objetivo por lo que se carece de objetivos anuales de cobertura.

Los servicios asistenciales que se proporcionan en el centro no cuentan con instrumentos documentales y electrónicos suficientes y claros (“Documento Base”, manual de procedimientos o “Guía Operativa”) es decir no hay un marco de referencia operativa y de gestión con carácter estratégico, solamente hay una suma de acciones no vinculadas y una base de datos ambigua que concentra el número de beneficiarios derivados del proceso de operación básica. Los procedimientos para recibir, registrar y dar trámite a las solicitudes de apoyo son aceptables.

La unidad responsable del Centro comprueba que las actividades y periodos de ejecución de los servicios se están efectuado conforme a la planeación operativa establecida, así como de acuerdo con los lineamientos y periodos que rigen el avance programático de la Dirección de Alimentación y Desarrollo Comunitario.

Matriz de Indicadores

Como se señaló en la Matriz DOFA la operación del centro históricamente ha adolecido de un proceso de Planeación estratégica, por lo que no cuenta con un plan estratégico trabajado con el enfoque de marco lógico.

Con los elementos actuales de operación que aplican actualmente podría plantearse de la siguiente forma:

Resumen narrativo de la MIR

(No se identifica como tal en documentación disponible); Podría estructurarse de la siguiente forma:

FIN : Generar esquemas de Desarrollo Comunitario a través de procesos de Participación social

Propósito :

Fortalecer la participación social para impulsar el Desarrollo Comunitario a través de esquemas de inclusión productiva y cohesión social

COMPONENTES:

1. Acciones de capacitación
2. Servicios de asistencia social. (lavaderos, lavandería)
3. Espacios para la recreación, deporte y esparcimiento.
4. Servicios de Salud Física
5. Servicios de Salud Mental
6. Promover el desarrollo local y comunitario

En la medida que los servicios que se prestan en el centro tampoco cuentan con indicadores de resultados no es posible evaluar desempeño de los servicios. El no contar con un indicador de propósito compromete su confiabilidad.

Fuentes de Financiamiento

La fuente de financiamiento para la implementación de los servicios es únicamente federal. El Centro Tlazocihualpilli no tiene gastos de operación distintos al funcionamiento ordinario de la DGADC, no recibe financiamiento del presupuesto destinado a Desarrollo Comunitario aplicado por las áreas ejecutoras en las entidades federativas (Programa Comunidad Diferente). El porcentaje de gasto de operación es mínimo en comparación con el porcentaje de recursos transferidos a las entidades federativas para la operación del programa mencionado.

Hallazgos relevantes:

Históricamente desde su origen la existencia del centro se circunscribe a la prestación de servicios asistenciales, por lo que está muy lejos de considerarse programa debido a:

- ✓ El diseño y las características de los servicios que proporciona.
- ✓ Los Servicios asistenciales que se prestan en el Centro no reflejan resultados satisfactorios respecto a su contribución a mejorar las condiciones de vida de la población vulnerable en las localidades contiguas a su ubicación.
- ✓ Respecto a su contribución al capital social es incipiente ya que solo estimulan los vínculos sociales (Amistad o compañerismo) entre los habitantes de las colonias que asisten a los cursos y talleres

- ✓ El resultado esperado de los servicios que se prestan está definido en términos muy generales, y referidos a una población objetivo ambiguamente especificados.
- ✓ En general, las metas que se han propuesto con respecto a los servicios han sido consecuentes con el desempeño logrado en los años anteriores, sin embargo son metas conservadoras y bajo impacto que guardan relación con el limitado presupuesto.
- ✓ No hay indicadores de gestión adecuados que permitan medir el alcance de resultados satisfactorios, la información se genera con registros internos de los servicios y dan cuenta de las acciones alineadas a servicios con una perspectiva cuantitativa.
- ✓ Aunque en el Centro se presten en tiempo y forma los servicios, carece de un eje que articule a los dichos servicios y acciones y no es posible evaluar su avance en cobertura, resultados, desempeño, efectividad y/o eficiencia de la intervención.
- ✓ Se reconoce que a pesar de que por diferentes motivos el Centro no ha cumplido su objetivo de contribuir a la formación capital social, este se ha convertido en un sitio que aleja a los beneficiarios de un aislamiento social y refuerza sus vínculos familiares y de cooperación entre vecinos
- ✓ Es necesario precisar en qué dimensiones específicas de las condiciones de vida se espera incidir a través de los servicios y acciones que se desarrollan en el Centro, y qué población o grupos etarios en particular.
- ✓ En este sentido, se infiere que no hay atención de problemáticas, solo se prestan servicios sujetos a la demanda de las personas que habitan los alrededores del centro, quienes se supone solicitan el apoyo con base en sus necesidades locales.
- ✓ No hay evidencias específicas que den cuenta de los efectos positivos atribuibles a los servicios que se prestan, la información que existe solo da cuenta del cumplimiento de servicios sin medir como inciden en sus condiciones de vida.
- ✓ La implementación de servicios no cuenta con planeación integral de corto, mediano y largo plazos, deberá alinearse a las metas e indicadores del programa Sectorial de Salud y a los objetivos del PONAS y de manera consecuente con ellos, elaborar su propia planeación integral de corto, mediano y largo plazo para redefinir y fortalecer sus acciones.

Diagnóstico

Asistencia Social y Jurídica

PRESENTACIÓN.

1. Antecedentes.

- 1.1.-Históricos.
- 1.2.-Estadísticos.
- 1-3.-Sociales.
- 1.4.-Papel del estado

2. Objetivo.

- 2.1.- Visión.
- 2.2.-Misión.
- 2.3.-Situación Actual.
 - 2.3.1. Tiempo de México.

3. Estructura General del Diagnóstico de Programa Nuevo.

3.1. Justificación.

3.2. Programa E040.

3.3. Identificación y descripción del Problema.

- 3.3.1.-Marco conceptual.
- 3.3.2.-Razonamiento Social.
- 3.3.3.-Análisis de la problemática vigente.
 - 3.3.3.1. Evolución del problema.
 - 3.3.3.1.1- Origen del Sistema Nacional DIF.
 - 3.3.3.1.2.-Tradiciones, Costumbres y limitaciones sociales.
 - 3.3.3.1.3.- Educación.
 - 3.3.3.1.4.- la Familia.
 - 3.3.3.1.5.-Otros factores de importancia en la atención y

servicio.

3.4. Experiencias de atención.

- 3.4.1.- Atención a los grupos vulnerables a través del SNDIF.
- 3.4.2.-Atención desde la DGJEI.
- 3.4.3.-Reporte de Resultados.
- 3.4.4.-Conclusiones

3.4.4.1.- Árbol de problemas.

- 3.4.4.1.- Sujetos susceptibles de darse en adopción.
- 3.4.4.2.-Sujetos que se encuentran por alguna razón en las Casas Cuna manejados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- 3.4.4.3.-Matrimonios que solicitan en adopción a menores albergados, que pueden ser integrados a una familia.

3.4.4.4. Matrimonios que han superado los requisitos.

3.5. Objetivos.

3.5.1.- Árbol de objetivos.

3.-5. 1.1.- Árbol de objetivos de los matrimonios solicitantes de adopciones.

3.-5.1.2- Árbol de objetivos de Mal trato infantil.

3.5.1.3.-Árbol de objetivos Integrado.

3.5.2.- Criterios de Indicadores.

3.5.2.1.- Criterios.

3.5.2.2.- Indicadores.

3.5.3 .Cobertura.

3.5.3.1. Identificación y caracterización de la población potencial.

3.5.3.1.1.- Resultados del año pasado y avances del actual.

3.5.3.1.2.-Espectativas para el presente año.

3.5.3.1.3.- Aspectos susceptibles de mejorar.

3.5.4. Identificación y caracterización de la población objetivo.

3.5.4.1.-Análisis del procedimiento derivado durante los estudios psicosociales y económicos.

3.5.4.2. Marco cultural de sujetos activos y pasivos del programa.

3.5.5. Cuantificación de la población objetivo.

3.5.5.1.-Numeralia de la población sujeta al programa.

3.5.5.2.-Análisis de la población potencial, solicitante y atendida por el programa

3.5.5.3.-Conclusiones para reorientar las actividades, procedimientos y las estrategias de atención.

3.6. Diseño de la intervención.

3.6.1.-Tipo de Intervención.

3.6.1.1- Profesiogramas y perfiles del personal que aplica el programa.

3.6.1.2.-Alcances de la prestación del servicio y limitaciones técnico - presupuestales.

3.7.-Matriz de Indicadores.

3.7.1.-Objetivos y Supuestos.

3.7.2.-Indicadores derivados de la matriz.

3.7.3.- Conceptos de identificación y tipo de medición.

3.8.-Estimación del Costo Operativo del Programa.

3.8.1.-Procedimiento de elaboración de estudios socio-económicos.

3.8.2. Procedimiento de elaboración de estudios Pisco-sociales.

3.8.3.-Dimensión y perfil de los equipos.

3.9 recursos Presupuestales.

3.9.1. Fuentes de financiamiento.

3.9.1.-Presupuestal -2014-.

3.9.2.-Donaciones y apoyos en especie y en firme.

4.- CONCLUSIONES.

5.- BIBLIOGRAFÍA.

RESUMEN DE CUADROS Y GRÁFICOS.

- .- Distribución porcentual de la población de 0 a 4 años de edad, según condición de residencia de los padres. 2010.
- .- Reportes de Violencia Familiar por año.
- .- Reporte de Resultados de Maltrato Infantil.
- .- Acciones para determinar matrimonios susceptibles de adoptar.
- .- Funciones y Actividades de Trabajo Social para Matrimonios susceptibles de Adoptar
- .- Árbol de Problemas Integrado, del Programa E 040.
- .- Árbol de objetivos de los Albergues
- .- Árbol de objetivos de los matrimonios solicitantes de adopciones.
- .- Árbol de objetivos de Maltrato infantil.
- .- Árbol de Objetivos Integral, del programa E040.
- .- Indicadores propuestos para el programa E040.
- .- Programa de resultados sobre menores Regularizados
- .- Reporte consolidado de actividades orientadas a atender los reportes de Maltrato Infantil.
- .-Indicadores educativos complementarios México, 2008 – 2012.
- .- objetivos y supuestos de la Matriz de Indicadores.

.- Cuadro resumen de personal operativo de la dirección general jurídica y enlace institucional.

.- Composición Presupuestal por capítulo y partida 2014.

CUADROS DE INFORMACIÓN EN ANEXOS.

-1.- Relación de personal del área Psicosocial.

-2- Relación de personal del área Subdirección de Adopciones,

-3.- Relación de personal del área Subdirección de Asistencia Jurídica a Centros Asistenciales.

-4. Concentrado de datos estadísticos de menores Maltratados a nivel Nacional y por Entidad Federativa.

4.1 2006.

4.2.-2007.

4.3.-2008.

4.4.-2009.

4.5.-2010.

4.6.- 2011

Presentación

El presente trabajo responde a la normatividad enmarcada en las disposiciones de los Lineamientos Generales para la Evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal (publicado el 30 de marzo de 2007), de cuyos resultados se obtienen Propuestas de Atención de Programas de Atención Social, en los que se establece la obligación de los programas de reciente operación, ampliación o modificación sustantiva para elaborar un diagnóstico que señale las causas que lo justifiquen, así como la adecuación en su caso*.

Como es recomendable en estos casos la información que se integra en este diagnóstico incluyen información valorada que contribuye a crear una interpretación lo más apegada al contexto en el que se debe aplicar el programa E040 (atención a grupos vulnerables) y que corresponde a varias vertientes que se llevan a cabo en forma específica por personal del al DGJEL. Cuyos beneficiarios son los menores de edad, las mujeres, los adultos mayores, los ciudadanos con capacidades diferentes, los indígenas que desconocen las leyes que los protegen y en general los ciudadanos que por su realidad son víctimas de violencia o violaciones a sus derechos más elementales.

Este trabajo es producto de la colaboración entre la Subsecretaría de Prospectiva, Planeación y Evaluación y las Direcciones Generales de Programación y Organización Presupuesto y la Dirección General Jurídica y de Enlace Institucional del Sistema a Nacional Para el Desarrollo Integral de la Familia, quienes aportaron trabajo, organización, información y dedicación con el fin de contribuir a un mejor entendimiento de las necesidades de la población más vulnerable, Atendiendo los Servicios de Atención a Población Vulnerable, Fortalecimiento a las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia, así como a los beneficiarios de los programas de Desarrollo Comunitario “Comunidades Diferente”.

*.-Los Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal

Deberán ser entregados a la SHCP, SFP y CONEVAL

I.- ANTECEDENTES:

1.- HISTÓRICOS.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la familia, Es un organismo que tiene antecedentes que trasciende en la historia de nuestro país, abarcando varias épocas y administraciones, la permanencia de sus objetivos ha tenido como finalidad disminuir los rezagos y dotar de oportunidades a los mexicanos que viven una vulnerabilidades excesiva y son los más desprotegidos de nuestra sociedad.

El Sistema Nacional DIF, pone en manos de los mexicanos instrumentos para enfrentar las carencias económicas, sociales, educativas y hasta físicas que limitan una relación más humana, libre y democrática.

El DIF, integra experiencias y esfuerzos que el estado mexicano ha puesto en marcha para ayudar a subsanar las necesidades que afronta la población menos preparada y con limitaciones, atendiendo en especial a los niños, las mujeres, los ancianos, los integrantes de etnias y las personas que enfrentan minusvalías, incompetencias y discapacidades.

Así el DIF, asume los resultados de instancias tan antiguas como la Asociación de Protección a la infancia (la gota de leche) de 1929, donde una preocupación relevante fue la de otorgar desayunos escolares. El Instituto Nacional de Protección la Infancia de 1961, tenía como principal propósito el proteger a la niñez. La Institución Mexicana de Protección a la Infancia de 1968. El Instituto Mexicano de Protección la Infancia y la Familia de 1975- IMAN, sobresaliendo también por el crecimiento y consolidación del sistema de las guarderías².

En 1982 el DIF, se constituyó al sector Salud, aportando todos sus bienes muebles e inmuebles que se destinaban a las actividades asistenciales. Hasta finalmente, dar paso al Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia en 1999.

La Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social fue promulgada en 1986, en ese año se promulgaron por la Secretaria de Salud 12 Normas Técnicas sobre Servicios Asistenciales Básicos. En ese orden de ideas y atendiendo al Plan Nacional de Desarrollo y Plan Nacional de Salud de ese año, se constituye el subsector de Asistencia Social, que quedó compuesto por las siguientes instancias; el DIF que es quien coordina, Centros de Integración Juvenil, y El Instituto Nacional de la Senectud.

Para facilitar y cumplir con sus funciones se han propuesto, discutido y aprobado en el ámbito legislativo mexicano diversos cuerpos normativos de los cuales rescatamos entre otros, los más relevantes;

² UNICEF- México. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, revista en internet.

- .- Constitución Políticas de los Estados Unidos mexicanos³.
- .- Ley General de Salud, del 7 de febrero de 1984⁴.
- .- Ley para la Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes⁵.
Del 29 de mayo de 2000.
- .- Ley de Asistencia Social, 2 de septiembre de 2004⁶.
- .-Ley General de Desarrollo Social del 01 de Junio del 2012⁷.
- .- Convención sobre los Derechos del Niño. 25 de enero de 1991⁸.
- .- Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
Del 8 de febrero de 2006⁹.
- .- Ley de los Institutos Nacionales de Salud, del 30 de mayo del 2012¹⁰.
- .-Ley de los Derechos de las Personas Mayores, 25 abril 2012¹¹.
- .-Plan Nacional de Desarrollo 20 de mayo de 2013¹².
- .- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, 26 diciembre 1976¹³.
- .- Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, 24 enero 2014¹⁴
entre otros.

³ Cámara de Diputados. Mx. H Congreso de la Unión. Legislatura LXII.

⁴ Ibídem.

⁵ Ibídem.

⁶ Ibídem.

⁷ Ibídem.

⁸ Wikipedia.org.

⁹ HTTP//Intradif. Gob.mx

¹⁰ Ibídem.

¹¹ Ibídem.

¹² HTTP//Intradif. Gob.mx

¹³ Ibídem.

¹⁴ SHCP.gob.mx

2.-ANTECEDENTES ESTADÍSTICOS¹⁵:

.- Se calcula que unos 126 millones de niños y niñas de 5 a 17 años de edad realizan trabajos peligrosos, en el mundo.

.-Más de un millón de niños y niñas son detenidos en todo el mundo por las autoridades policiales.

.- El trabajo infantil dilapida el capital humano de las naciones y representa un obstáculo para la eliminación de la pobreza extrema, lo que impide el logro de la educación primaria universal.

.- El matrimonio adolescente suele traer aparejado el abandono de los estudios escolares por parte de las niñas y por lo tanto, impide el logro de la igualdad de género.

.- los niños y niñas a quienes se separa de sus madres, y en especial si se les recluye en instituciones, corren mayor peligro de muerte, lo que dificulta los esfuerzos por reducir la mortalidad infantil.

.- En 2010 en el mundo morían 8'100 00 niños por año.

.- Las principales causas de muerte de los niños han sido Neumonía (19%), Diarrea (17%), Nacimiento prematuro (10%), Infecciones neonatales (10%), Malaria (8%) Falta de oxígeno al nacer (8%).

.- En el mundo trabajan cerca de 215 millones de niños, de los que el 34.3 % se ocupan en las actividades agrícolas, 24.9 % en el comercio, el 14.6 % en la industria, y el resto en diferentes actividades¹⁶.

.-Casi 27 millones de niños carecen aún de las vacunas más importantes: 1,4 millones mueren cada año de enfermedades para las cuales existen vacunas.

.-México ocupa el lugar no. 81 con 31 muertes de niños, antes de cumplir los 5 años.

.-De acuerdo a las estadísticas que presento la UNESCO, en 2008, México tenía algunas cifras como las siguientes;

.-En México la Tasa de Mortalidad Infantil actualmente es de 13.7 niños muertos, por cada 1000 nacimientos. En 1990 fue de 32.5 decesos, por el mismo número de nacimientos

.-Ocupaba el lugar número 81 en la tasa de Mortalidad de Menores antes de cumplir los cinco años.

.-La UNESCO registró 35 muertes de menores de menos de cinco años, contra 10 muertes de los países desarrollados, pero con número de 72 muertes a nivel mundial (promedio).

¹⁵ UNESCO-MÉXICO (Organización de la Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura).

¹⁶ Organización Internacional del Trabajo, (OIT), módulo de trabajo infantil, marzo 2013.

- .-Para los niños de menos de un año, la tasa de muerte fue de 29 contra 9 decesos, en los países desarrollados y, 49 fallecidos a nivel mundial (promedio).
- .-Los nacimientos anuales fueron en México de 2' 109 00, contra 121' 685 000 en los países desarrollados y ese dato para el mundo fue de 135'163 000 niños.
- .-El ingreso per cápita en el mismo orden fue de \$ 7 870.00 dólares para México, contra \$37 217.00 en los países industrializados y un promedio mundial de \$ 7 406.00.
- .-La esperanza de vida al nacer, su ubicó en los registros siguientes; México 76 años, países desarrollados más de 80 años, y el promedio en el mundo, 68 años.
- .- La inmatriculación escolar a nivel primaría en el año 2008, alcanzaba el 98 % para México, 96% para los países desarrollados y 86 % para el mundo en general.

.-Los Censos de población y vivienda del INEGI¹⁷ para 2014, arrojan los siguientes datos;

La CONAPO¹⁸ estima que hay una población total de 112'336 532 habitantes. De los cuales 57'481 307, son mujeres y 54' 855 231 hombres.

.-Las estimaciones en México sobre menores y adolescentes huérfanos alcanzan entre 1.6 a 1.8 millones de jóvenes, en segundo lugar en América después de Brasil que alcanza los 3.7 millones.

.-Los nacimientos en el año 2012 alcanzaron los 2'498 880, así como, 99 502 Divorcios, que muestran un aumento constante desde el año de 1980 hasta el 2012 pasando de 4.4% al 17.0%.

.- En ese orden de ideas los matrimonios disminuyeron, a una tasa de 7.1 % en 1980 a 5.0% en 2012 y que significó la cifra de 585 434 para ese último año.

.-El INEGI estima 28 000 niños sin familia.

.- En México se estima que hay aproximadamente 657 casas hogar para niños y niñas huérfanos en el territorio nacional.

.- En 2008, 50.6 millones de mexicanos (47.4% de la población total) no tenían suficientes ingresos para satisfacer sus necesidades de salud, educación, alimentación, vivienda, vestido o transporte público.

.- En las localidades rurales –de menos de 15,000 habitantes–, les hacía falta ingresos al 60.8% de la población, mientras que en las zonas urbanas ascendía a 39.8%.

¹⁷ Censo de población y vivienda 2010. INEGI.gob.mx

¹⁸ INEGI.CONAPO. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consejo Nacional de Población. INEGI. Estadísticas Vitales.

.-En 2008 había, 23.4 y 27.2 millones de personas que vivían en situación de pobreza patrimonial rural y urbana respectivamente.

.-Para ese año, 19.5 millones el (18.2%) padecían carencias alimenticias, de esos 7.2 millones en zonas urbanas, y 12.2 estaban en áreas rurales.

.- El número de niños que viven en pobreza patrimonial es de, 23 millones de niños, niñas y adolescentes (59.5% de la población de 0 a 18 años de edad) y el 25.5% viven en situación de pobreza alimentaria

.- Los programas de Desarrollo para reducir las disparidades entre regiones y grupos socioeconómicos conforma una prioridad continua para el país, que es una atribución específica del DIF de acuerdo a la Ley de Asistencia Social, que enfrenta situación de crisis económica ya que provoca retrocesos en la escala de satisfacciones de necesidades sociales.

3.-ANTECEDENTES SOCIALES.

El niño en la orfandad, en principio es producto del desamor. Antes de ser arrojado a todo género de peligros y tal vez desde su nacimiento, ha iniciado su propio calvario, viviendo inenarrables manifestaciones de maltrato y sufriendo en carne propia, todas aquellas expresiones de la conducta humana reprobadas moral y socialmente¹⁹.

Desde la pobreza, la falta de una familia integrada, la miseria generalmente con insuficiente alimentación y malos tratos, el limitado acceso de los niños a la educación escolar, hasta la eliminación de la desigualdad son cuestiones relacionadas con la protección de la infancia, con la eliminación de la pobreza y la elevación de la calidad de vida.

Esa es una razón indiscutible para atender la orfandad, desde un punto de vista humano, ético y democrático, ya que es un problema social del cual la gente no tiene la noción exacta de su problemática ni, de las formas en las que se puede contribuir tanto a mejorar su calidad de vida como de fomentar la adopción. Así que difundir y dar a conocer las condiciones y los factores que influyen en este problema y sus posibles soluciones, son funciones que involucran a la sociedad en sí misma y ante todo a la Administración Pública, por medio de los Órganos creados para tal fin, como en el caso de México son el SNDIF, La Secretaría de Salud y todas las Instancias Federales, Estatales y Municipales que se relacionan en el combate de esta injusta condición humana.

Se le considera a un niño como huérfano cuando hay abandono por parte de los padres, pérdida del ámbito familiar por accidente a circunstancia generada por violencia, percances ambientales, sociales o, políticas que dejan en estado de vulnerabilidad al menor. Se incluye cuando se interviene jurídicamente por descubrirse un abuso de parte

¹⁹ Los Niños y el Estado.- Jorge Giannes . UNAM. Mx. 2011.

de los padres o tutores ya sea verbal, emocional o físico, causando con esto un daño psicológico en el menor.

Las acciones contenidas en diversos programas que pretenden coadyuvar al apoyo de los infantes para mejorar su calidad de vida. De no atenderse a largo plazo puede ocasionar a la sociedad problemas de falta de integración y conductas antisociales y para los niños abandonados, conllevan problemas emocionales, de conducta y de rechazo a la sociedad y hasta de criminalidad.

En el área metropolitana de la Ciudad de México, según el INEGI, hay 528 mil 476 niños de 0 a 4 años que viven en hogares donde se da uno o varios tipos de maltrato; 518 mil 711 niños viven entre violencia emocional, lo cual causa trastornos psicológicos; 77 mil 544 son víctimas de intimidación; 83 mil 982 son víctimas de la violencia física y 10 mil 027 son víctimas de violencia sexual.

4.- PAPEL DEL ESTADO²⁰.

La rectoría de la asistencia social pública y privada corresponde al Estado el cual, en forma prioritaria, proporcionará servicios asistenciales encaminados al desarrollo integral de la familia. El estado sienta las bases para la promoción de un Sistema Nacional de Asistencia Social que fomente y coordine la prestación de servicios de asistencia social pública y privada e impulse la participación de la sociedad, a través de un conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social para lograr el desarrollo integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

La Secretaría de Salud, en su carácter de Autoridad Sanitaria, y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en su carácter de Coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, son las instancias establecidas por ley para coordinar la aplicación de estos beneficios.

El Organismo Federal, con autonomía, personalidad y patrimonio propio, denominado Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, ejercerá sus atribuciones en coordinación con otras dependencias y entidades. El Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada (SNASPP), tiene como objetivo promover, apoyar, diseñar, supervisar y controlar la participación de los sectores público, privado y social para que las comunidades dispongan de herramientas que den respuesta dentro de los causes del SNASPP, mediante acciones en favor de las personas y familias. Y está compuesto por las instancias detalladas a continuación:

- a).-La Secretaría de Salud;
- b) La Secretaría de Desarrollo Social;
- c) La Secretaría de Educación Pública;
- d) El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;

²⁰ Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

- e) Los Sistemas Estatales y del Distrito Federal para el Desarrollo Integral de la Familia;
- f) Los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia
- g) Las Instituciones Privadas de Asistencia Social legalmente constituidas;
- h) Las Juntas de Asistencia Privada;
- i) El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores;
- j) El Instituto Nacional Indigenista;
- k) El Instituto Mexicano de la Juventud;
- l) El Instituto Nacional de las Mujeres;
- m) Los Centros de Integración Juvenil;
- n) El Consejo Nacional contra las Adicciones;
- o) El Consejo Nacional de Fomento Educativo;
- p) El Consejo Nacional para la Educación y la Vida;
- q) La Lotería Nacional para la Asistencia Pública;
- r) Pronósticos para la Asistencia Pública;
- s) La Beneficencia Pública, y
- t) Las demás Entidades y Dependencias Federales, Estatales y Municipales, así como los Órganos Desconcentrados que realicen actividades vinculadas a la asistencia social, así como las que se integren del “Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social²¹”.

Los alcances y las funciones del Sistema Nacional DIF, están estipuladas en la Ley de Asistencia Social en específico en el capítulo VI. Además podemos señalar algunas características indicadas en diferentes publicaciones, foros e instancias donde se ha estudiado y analizado la naturaleza, alcances, objetivos, metas y resultados en esta materia, por ejemplo:

.-Los sujetos de atención preferentes se orientan hacia la población vulnerable. Podemos definir como personas vulnerables a aquellos grupos o comunidades que, por circunstancias de pobreza, origen étnico, estado de salud, edad, género o discapacidad, se encuentran en una situación de mayor indefensión para hacer frente a los problemas que plantea la vida y no cuentan con los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades básicas.

En el Sistema Nacional DIF, Para atender esas necesidades se cuenta con diversas instancias para atender esos requerimientos, entre otros tenemos programas de asistencia social con apoyo de entidades públicas, sociales y privadas. También se cuenta con los programas de atención que se han puesto en marcha que corresponden a acciones de la custodia y cuidado del menor. La regularización jurídica de su situación. La selección rigurosa de aquellos matrimonios que buscan adoptar infantes para integrar unidades familiares, la Adopción de menores. Propiciando la integración de matrimonios al dar en adopción a los menores para su inserción en la vida con oportunidades de mejora o en su caso de mantener su desarrollo social y por último dar seguimiento a los

²¹ .- “Ley de Asistencia Social”, Cámara de Diputado Congreso de la Unión mx.2 de septiembre de 2004

casos solucionados, de acuerdo a la normatividad y procedimientos definidos para el cumplimiento de estos programas.

Consideramos al Estado como instancia que ejerce la administración y gestión de las poblaciones vulnerables tuteladas por el Estado, bajo una medida asistencial de internamiento, específicamente desde el modelo conocido como Casa-Hogar. Bajo una medida asistencial que con un dispositivo jurídico, relaciona de manera directa la tutela, inscribiendo a la infancia como un bien a cargo de otro “adulto” que lo representa y lo protege, con el sector gubernamental y toda esa organización.

Lo que deriva en una alternativa de tipo jurídica para dar solución positiva a los problemas de los niños, niñas y adolescentes en alto nivel de vulnerabilidad, así como a los adultos mayores, las mujeres, los integrantes de etnias desprotegidas, y en general a la población que tiene algún grado de incapacidad o minusvalía o que está en estado de indefensión social.

Construido sobre la etapa de la infancia conociendo la situación de los niños, que pueden ser en contextos peligrosos e inmorales, como el vagabundeo, la orfandad, la delincuencia, la pobreza, el abuso y el mal trato²².

La estructura del Ejecutivo Federal se sustenta en instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia, La Secretaría de Salud, los Sistemas de Seguridad Social como el ISSSTE, el ISSFAM, el IMSS; entre otros y con los gobiernos Estatales y Municipales. En apoyo a esas instancias, están los acuerdos internacionales y los programas internacionales que aportan respaldo técnico- financiero y metodológico como los programas de la UNESCO, entre otras podemos señalar como ejemplo algunos de ellos;

- 1.- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.**
- 2.-Lograr la educación primaria universal.**
- 3.-Promover la equidad de género y la autonomía de las mujeres**
- 4.-Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años**
- 5.-Mejorar la salud materna.**
- 6.-Combatir el VIH/SIDA**

23

La cooperación de UNICEF en México comenzó el 20 de mayo de 1954, con la firma del primer acuerdo de colaboración con el Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos y se establecieron las bases de cooperación con el propósito de beneficiar a “los niños y adolescentes, mujeres embarazadas y madres lactantes” del país.

²² Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

²³ Programa conjunto de la UNESCO y México para apoyar los derechos de los niños y la población vulnerable.

México trabajaba apoyando la generación de datos actualizados, articulando esfuerzos del gobierno, la sociedad civil y el sector privado, y promoviendo el diseño y la implementación de programas para alcanzar mejores metas.

II.- OBJETIVO.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia es el Organismo Público Descentralizado a que se refieren los artículos 172 de la Ley General de Salud y 27 de la Ley de Asistencia Social, cuenta con patrimonio y personalidad jurídica propios y es el Coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada.

De acuerdo al Estatuto Orgánico tiene las atribuciones siguientes:

- I.** Coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada;
- II.** Establecer prioridades en materia de asistencia social;
- III.** Promover y prestar los servicios de asistencia social a los que se refieren la Ley General de Salud y la Ley de Asistencia Social;
- IV.** Promover el desarrollo de la familia y de la comunidad;
- V.** Realizar acciones de apoyo educativo, para la integración social y de capacitación para el trabajo a los sujetos de la asistencia social;
- VI.** Promover e impulsar el sano crecimiento de la niñez;
- VII.** Proponer a la Secretaría de Salud, en su carácter de administradora del patrimonio de la beneficencia pública, programas de asistencia social que contribuyan al uso eficiente de los bienes que lo componen;
- VIII.** Fomentar y apoyar a las organizaciones de la sociedad civil cuyo objeto sea la prestación de servicios de asistencia social, sin perjuicio de las atribuciones que al efecto correspondan a otras dependencias y entidades;
- IX.** Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de niñas, niños y adolescentes, adultos mayores y personas con algún tipo de discapacidad o en situación de vulnerabilidad;
- X.** Llevar a cabo acciones en materia de prevención de discapacidad y de rehabilitación de personas con discapacidad, en centros no hospitalarios, con sujeción a la Ley General de Salud;
- XI.** Realizar y promover estudios e investigaciones sobre asistencia social, con la participación, en su caso, de las autoridades asistenciales de las entidades federativas y de los municipios;
- XII.** Realizar y promover la capacitación de recursos humanos para la asistencia social;
- XIII.** Coordinar un Servicio Nacional de Información en materia de Asistencia Social en colaboración con el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática;
- XIV.** Prestar servicios de asistencia jurídica o de orientación social a personas en situación de vulnerabilidad;
- XV.** Apoyar el ejercicio de la tutela de los incapaces en los términos de la Ley respectiva;

- XVI.** Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance en la protección de incapaces y en los procedimientos civiles y familiares que les afecten, de acuerdo con las disposiciones legales correspondientes;
- XVII.** Participar en programas de rehabilitación y educación especial;
- XVIII.** Promover el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional;
- XIX.** Participar, en el ámbito de su competencia, en la atención y coordinación de las acciones que realicen los diferentes sectores sociales en beneficio de la población afectada por casos de desastres;
- XX.** Recomendar y promover el establecimiento de organismos de asistencia social en las entidades federativas y municipios y prestar a éstos apoyo y colaboración técnica y administrativa;
- XXI.** Emitir opinión sobre el otorgamiento de donativos y apoyos a instituciones públicas o privadas que actúen en el campo de la asistencia social;
- XXII.** Promover dentro de su ámbito de competencia, que las dependencias y entidades destinen los recursos necesarios a los programas en materia de asistencia social;
- XXIII.** Elaborar el Programa Nacional de Asistencia Social, así como coordinar su implementación, desarrollo y seguimiento;
- XXIV.** Promover la creación y el desarrollo de instituciones públicas y privadas de asistencia social;
- XXV.** Presentar propuestas de anteproyecto de Normas Oficiales Mexicanas en materia de asistencia social, en los términos de la legislación aplicable;
- XXVI.** Promover la debida aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de asistencia social;
- XXVII.** Evaluar conforme a la normatividad aplicable los resultados de los servicios de asistencia social que presten instituciones públicas y privadas;
- XXVIII.** Impulsar la profesionalización de las instituciones públicas y privadas, y de las personas que prestan servicios de asistencia social;
- XXIX.** Ejercer la Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada;
- XXX.** Supervisar y coadyuvar en el desarrollo de los procesos de adopción de niñas, niños y adolescentes; y
- XXXI.** Las demás que establezcan las disposiciones legales aplicables en la materia, así como aquellas necesarias para el cumplimiento de sus objetivos.

2.1.-VISIÓN.

Para su más claro desempeño se ha definido su Visión como:

Ser una renovada organización que permita a nuestra Institución mediante procesos y sistemas administrativos ágiles, fortalecer la concertación de acciones, el diseño de

programas y la aplicación de las políticas públicas, para dar respuesta oportuna a las necesidades y demandas que en la materia de asistencia social presentan las personas, y los grupos sociales que más lo necesitan, con la perspectiva de multiplicar, sumar programas y recursos orientados al Desarrollo Integral de la Familia, al respecto de los derechos de los mayores así como de la población que sufre algún tipo de discapacidad.

2.2.-MISIÓN.

En ese orden de ideas se ha precisado su Misión como;

Coordinar el Sistema Nacional de Asistencia Social, Pública y Privada, promover la prestación y profesionalización de los servicios en la materia, establecer prioridades y la concurrencia de acciones entre diferentes órdenes de gobierno, los sectores social y privado, para la promoción, prevención y protección de los servicios asistenciales estudiando las causas y efecto de los problemas prioritarios de la asistencia social, para crear soluciones orientadas a modificar y mejorar la calidad de vida que enfrenta la población, que por alguna circunstancia social jurídica o física se ven impedidos para su desarrollo.

2.3.-SITUACIÓN ACTUAL.

En el Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018, definen estrategias y proyectos para transformar al país, dotándolo de instrumentos que lo potencien y pongan en camino de encontrar el nivel de productividad competitiva que debe tener para integrarse en el concierto mundial. De ahí tomamos varios planteamientos para entender el momento que está viviendo el país y el enfoque que la actual administración conduce.

La construcción de un México en Paz exige garantizar el respeto y protección de los derechos humanos y la erradicación de la discriminación. Tanto las fuerzas de seguridad, las instancias que participan en el Sistema de Justicia, así como el resto de las autoridades, deben ajustar su manera de actuar para garantizar el respeto a los derechos humanos. Esto incluye implementar políticas para la atención a víctimas de delitos y violaciones de dichos derechos, así como promover medidas especiales orientadas a la erradicación de la violencia de género en las entidades federativas, municipios y localidades, además de garantizar el cumplimiento de los acuerdos generales emanados del Sistema Nacional para Prevenir, Atender, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres, mediante una coordinación eficaz entre los diversos órdenes de gobierno.

La tarea del desarrollo y del crecimiento corresponde a todos los actores, todos los sectores todas las personas del país. El desarrollo no es deber de un solo actor, ni siquiera de uno tan central como lo es el Estado. El crecimiento y el desarrollo surgen de abajo hacia arriba, cuando cada persona, cada empresa y cada actor de nuestra sociedad son capaces de lograr su mayor contribución.

2.3.1.-TIEMPO DE MÉXICO.

El Sistema de Seguridad Social en México también se caracteriza por la falta de portabilidad de derechos entre los diversos subsistemas que existen tanto a nivel federal como en las entidades federativas y municipios. La consecuencia directa de esta deficiencia es que quienes deciden cambiar de empleador, antes de cumplir con cierta antigüedad laboral, pierden sus beneficios pensionarios y de atención médica, generando un gran número de trabajadores con largas trayectorias laborales y desprotección en la vejez.

Requiere atención especial las personas adultas mayores de 65 años, que representan el 6.2% de la población y casi la mitad está en situación de pobreza. Existe una enorme brecha entre lo que establece la letra de nuestro marco jurídico, como la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, y la situación de vulnerabilidad y exclusión que enfrentan estos mexicanos.

En México hay 68 pueblos indígenas cuyas comunidades tienen rasgos culturales comunes como el uso de lenguas originarias y formas propias de organización. Los esfuerzos dirigidos a atender las carencias de dichas poblaciones en ocasiones han resultado ser poco efectivos debido a las barreras culturales, lingüísticas y de edad, en especial hacia los menores de edad y la población con deficiencias físicas, sociales, de sexo y además de una acción pública que no ha sido culturalmente pertinente.

La capacidad del Estado Mexicano para atender las necesidades más urgentes de la población —incluyendo áreas como salud, educación, investigación y desarrollo, infraestructura y seguridad— es limitada a causa de los recursos escasos con los que cuenta. Mientras que en México el gasto público sin empresas paraestatales representa 20% del PIB, el promedio para los países de América Latina y de la OCDE es de 27 y 47% del PIB, respectivamente.

Con relación a la violencia contra los infantes, se hará frente a la violencia contra los niños, niñas y adolescentes en todas sus formas, sobre la base de una coordinación eficiente que asegure la participación de todos los sectores responsables de su prevención, atención, monitoreo y evaluación. Además de fortalecer el enfoque de respeto y protección de los derechos humanos en los temas mencionados, se incorporará de una manera amplia en las diversas acciones de gobierno.

De acuerdo con el Censo de Población y Vivienda 2010, hay 6.1 millones de niñas, niños y adolescentes que están fuera de la escuela. El Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) señala que su inasistencia se asocia con la persistencia de ciertas barreras, tales como la lejanía de los centros educativos, la falta de docentes capacitados en la lengua materna de los niños y niñas, la falta de registro de nacimiento, la ausencia de maestros capacitados para incluir a niños y niñas con discapacidades o dificultades de aprendizaje, situación de violencia en la escuela e inequidad de género, así como la falta de recursos financieros para la compra de uniformes y materiales escolares.

Según la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) 2012, 18.4 millones de mujeres formaban parte de la población ocupada en el país; su tasa de participación laboral es de 42.9%, casi dos veces menor a la de los hombres. A pesar de que la participación femenina en la economía ha crecido aceleradamente en los últimos 40 años, en su mayoría se siguen desempeñando en puestos de menor jerarquía, en trabajos precarios que carecen de seguridad social, y en actividades propias de los roles asignados a su género, es decir, en el sector de servicios como vendedoras, profesoras, enfermeras y cuidadoras de niños. En México se observan grandes diferencias de género en cuanto al trabajo remunerado: 49.5% de las mujeres ocupadas ganan menos de dos salarios mínimos en comparación con el 34.7% de los hombres.

De acuerdo con estadísticas del INEGI, en México el número de personas con alguna limitación física o mental ascendía a 5.7 millones en 2010. Desde 1995, el Gobierno Federal ha destinado recursos para crear las instituciones y mecanismos a fin de garantizar los derechos de las personas con discapacidad y contribuir a su desarrollo integral e inclusión plena.

Existen tres factores que inciden negativamente en la capacidad del Estado para dar plena vigencia al derecho a la salud y que, por tanto, requieren atención. Primero, el modelo con que fueron concebidas las instituciones del sector ha estado enfocado hacia lo curativo y no a la prevención. En segundo lugar, no han permeado políticas con enfoque multidisciplinario e interinstitucionales hacia el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud. Destaca como un reto a enfrentar la diversidad de hábitos y costumbres de la población en materia de conocimiento y cuidado de la salud. Tercero, en la rectoría y arreglo organizacional vigentes, prevalece la participación de instituciones verticalmente integradas y fragmentadas, que limitan la capacidad operativa y la eficiencia del gasto en el Sistema de Salud Pública.

El enfoque de la presente Administración será generar un crecimiento económico sostenible e incluyente que esté basado en un desarrollo integral y equilibrado de todos los mexicanos. Para poder mejorar el nivel de vida de la población es necesario incrementar el potencial de la economía de producir o generar bienes y servicios, lo que significa aumentar la productividad.

Un México Próspero buscará elevar la productividad del país como medio para incrementar el crecimiento potencial de la economía y así el bienestar de las familias. Para ello se trabajará en crear climas de trabajo que coadyuven la respuesta laboral como en el caso del Sistema DIF. Una estrategia en diversos ámbitos de acción, con miras a consolidar la estabilidad macroeconómica, promover el uso eficiente de los recursos productivos, fortalecer el ambiente de negocios y establecer políticas sectoriales y regionales para impulsar el desarrollo.

Para lograrlo, se establecen como Metas Nacionales: un México en Paz, un México Incluyente, un México con Educación de Calidad, un México Próspero y un México con Responsabilidad Global. Con Estrategias Transversales para Democratizar la

Productividad, para alcanzar un Gobierno Cercano y Moderno, y para tener una Perspectiva de Género en todos los programas de la Administración Pública Federal.

La productividad en México no ha tenido suficiente dinamismo como consecuencia de las crisis a las que nos hemos enfrentado y debido a que aún existen barreras que nos limitan ser productivos. Estas barreras se pueden agrupar en cinco grandes temas: fortaleza institucional, desarrollo social, capital humano, igualdad de oportunidades y proyección internacional²⁴.

Hoy se precisa de una política moderna de fomento en sectores estratégicos. Lo anterior no significa un retorno a un Estado interventor o a las distorsiones que se generaron en el pasado. Implica transitar hacia un nuevo paradigma donde el gobierno provee los bienes públicos que se requieren para coordinar a los sectores productivos en trayectorias de amplia productividad y crecimiento.

Para garantizar el ejercicio efectivo de los derechos sociales de todos los mexicanos, que vaya más allá del asistencialismo y que conecte el capital humano con las oportunidades que genera la economía en el marco de una nueva productividad social, que disminuya las brechas de desigualdad y que promueva la más amplia participación social en las políticas públicas.

La presente Administración pondrá especial énfasis en proveer una red de protección social que garantice el acceso al derecho a la salud a todos los mexicanos y evite que problemas inesperados de salud o movimientos de la economía, sean un factor determinante en su desarrollo. Democratizar la Productividad significa, en resumen, que las oportunidades y el desarrollo lleguen a todas las regiones, a todos los sectores y a todos los grupos de la población, en especial a los grupos más vulnerables y con las herramientas que están institucionalmente a su disposición, relevante papel tendrá entonces, que cumplir el Sistema Nacional DIF.

²⁴ Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.

III.-ESTRUCTURA GENERAL DEL DIAGNÓSTICO DE PROGRAMA NUEVO.

Para el Sistema Nacional del Desarrollo Integral de la Familia, el programa E040, denominado “**Servicios de Atención a población Vulnerable**” tiene muchos ámbitos de atención, en específico para las responsabilidades que competen a la Dirección General Jurídica y enlace Institucional las funciones y actividades concretas corresponden a: Programa de Regularización Jurídica de Menores, Adopción de niños, niñas y adolescentes albergados en los Centros Nacionales, Centros Nacional Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Casa Cuna, Casa Hogar, y Centro Amanecer para niños, Atención y prevención del maltrato Infantil y la Violencia familiar, Asesoría Jurídica en materia Familiar, principalmente. Por lo que las justificaciones, objetivos y procedimientos de atención abarcan especificidades propias de cada materia, beneficiario, entorno, situación y condición personal del afectado, para mayor comprensión se presentan esquemáticamente las siguientes explicaciones:

3.1 JUSTIFICACIÓN PROGRAMA E040.

El acceso a la justicia es un derecho humano²⁵, toda persona tiene derecho a que se le administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes...Su servicio será gratuito. Quedando en consecuencia, prohibidas las costas judiciales.... En ese sentido y de acuerdo a La Convención sobre Derechos del Niño, ratificada en la Asamblea General de las Naciones Unidas en su resolución 44/25 del 20 de noviembre de 1989, a través del cual se reconoce a las niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos y responsabilidades.

En base a tales antecedentes se considera necesario impulsar políticas sociales y humanas que contribuyen a elevar el nivel de vida de la población infantil y de los grupos más vulnerables, para lograr un desarrollo integral e incluyente.

La Reforma Constitucional en materia de Derechos Humanos del 10 de junio de 2011, destaca en el artículo 1º, el cambio de concepto “**otorgar**” por el de “**reconocer**”, el derecho *pro-persona*, incorporando los derechos humanos contenidos en los instrumentos internacionales y los propios de la Constitución mexicana, así como la obligación del Estado a reparar las violaciones a los derechos humanos.

Además de lo especificado en el artículo 4º párrafo séptimo de la carta Magna, donde se **consagra el principio del interés superior del niño** al igual que la garantía de sus derechos; la Ley Para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, así como la Ley de Asistencia Social.

Esta normatividad busca reducir la violencia, que se define; a manera de una fuerza o el poder físico de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o

²⁵ Constitución política de los estados Unidos Mexicanos, artículo 17.

poder físico que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones²⁶.

La violencia familiar y en especial la que se ejerce en contra de niñas, es un problema de salud público y de derechos humanos. Misma que se extiende hasta otro tipo de población, mujeres, adultos mayores, personas con diversos grados de minusvalía, indígenas que no conocen el idioma ni las condiciones de la organización social prevaleciente en el país. En este entorno se inscribe el programa E040 y la aplicación de programas, recursos, metas y fines que persigue paliar.

3.2.- Identificación y descripción del problema.

La violencia infantil y familiar se ha convertido en un problema de salud pública en razón de que altera el bienestar de niñas, niños, mujeres, que lo padecen, que descomponen el tejido social manifestando el sufrimiento, traumas, enfermedades mentales y delincuencia. Igualmente este tipo de violencia lastima la dignidad de las personas víctimas de la agresión.

Una secuela social del maltrato, abuso, abandono de los hijos crea una vertiente que todo gobierno toma en cuenta en la atención de buscar la solución y elevar la calidad de vida de los menores; tal corresponde a la custodia, atención a menores y a la posibilidad de la Adopción, que tiene extensión internacional soportada por una serie de tratados y acuerdos multinacionales para darle al menor una alternativa de vida digna.

La adopción es el medio por el cual los menores que terminan su vínculo con la familia – la mayor de las veces tráumante y deformante de la autoestima e integración a la sociedad-. A través de este camino se busca dotar al menor de una oportunidad para que se reintegre a un ambiente armónico, protegido, con el cariño de una familia que a la vez propicie su desarrollo y crecimiento integral. Terminar con el vínculo de la familia biológica para transferirse a una familia adoptiva que vele por su bienestar.

Para proceder en una adopción, se deben cumplir diferentes etapas y procedimientos, que en primer lugar, busquen en la familia nuclear y luego en la ampliada a otros familiares consanguíneos o políticos, como en los tíos, abuelos y otros familiares para mantener el lazo familiar. Pero esto no es siempre la mejor solución. Es entonces cuando se instrumentan las medidas jurídicas y sociales necesarias para que el niño, la niña o el adolescente puedan ser adoptados y encontrar una familia que le proporcione un entorno adecuado al que tiene Derecho. El menor adoptado se equipara al hijo biológico al cual se le debe proporcionar (alimento, vestido, casa, educación, atención médica, derechos hereditarios, etc.).

La Adopción puede ser nacional, cuando no implica el desplazamiento del menor a un país diferente a su origen. En contrapartida la Adopción Internacional, además del traslado de residencia, se rige por Acuerdos y Tratados Internacionales, suscritos y

²⁶ Organización Mundial de la salud(2002, informe Mundial sobre la violencia y la Salud)

ratificados por el Estado Mexicano, por el Convenio sobre Protección de Menores y la Cooperación en Materia de Adopción Internacional, instrumento de Derecho Internacional adoptado en la Haya, el 29 de mayo de 1993. Con esa normativa y considerando este contexto, sólo son susceptibles de adopción internacional los siguientes casos:

- a).- Menores cuyo rango de edad sea de los 5 años en adelante.
- b).- Menores que padezcan alguna discapacidad (física y/o mental).
- c).- Menores que sufran alguna enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo.

Y

- d).- Grupos de hermanos.

3.2.1.- MARCO CONCEPTUAL.

El Estado conduce las políticas de Asistencia Social que son promovidas, discutidas y aprobadas por el Legislativo, en materia de Desarrollo Integral de la Familia, buscando combatir las causas y efectos de su existencia en la población vulnerable. Para lo cual se apoya en las diferentes instituciones que tiene similar responsabilidad en los tramos de responsabilidad que aplican a sectores de la población más pobre, débil y sensible.

También influyen las organizaciones privadas, sociales del ámbito nacional e internacional, todo ello con el fin de generar capital social, con perspectiva de contribuir en la creación de una cultura social que sea una herramienta de inclusión, igualdad, jurídica y de oportunidades.

En México, hay una variedad de instituciones que apoyan en la Asistencia Social, desde el Ministerio Público, los Juzgados Familiares, Los Consejos Tutelares Locales, los Albergues o Casa Hogar, tanto de organizaciones sociales, privadas e Instituciones de Asistencia del Gobierno local, estatal y federal, entre otras.

En los últimos años y gracias a las acciones de vigilancia respecto al cumplimiento de los acuerdos asumidos en el marco de Convención de los derechos del Niño y la Niña, se ha podido profundizar en el conocimiento y magnitud del problema, que incluye la explotación sexual, maltrato físico y psicológico, exclusión por discapacidad y rupturas familiares, por situación de pobreza.

Ante esta problemática el estado cumple una función fundamental para garantizar el cuidado protección y atención integral a niños, niñas y adolescentes que se encuentran en situación de riesgo y en especial aquellos que no cuentan con el cuidado y protección de su familia.

La experiencia del Sistema DIF Nacional, coincide en que la Adopción, es la mejor estrategia para crear un proyecto de vida nuevo y digno para aquellos menores y

adolescentes que carecen del cuidado parental. Sin embargo no todas las entidades tienen las atribuciones para supervisar y dar seguimiento a las adopciones de carácter nacional, en particular porque hay estados en los que las instituciones privadas no están obligadas a informar sobre adopciones nacionales a las oficinas del SNDIF.

En este contexto aún es necesario revisar y uniformar los criterios, unificar en la medida de lo posible el marco normativo y estandarizar los procedimientos, así como los determinar criterios de asignación, seguimiento y evaluación en el ámbito nacional, sistematizar la información íntegra del proceso y usarla para la toma de decisiones, garantizando las condiciones de equidad para todos los menores que puedan ser beneficiados con la adopción

Adicionalmente al punto anterior, en la resolución WHA49.25, de la 49ª Asamblea Mundial de Salud, en lo esencial determinó que enterada con gran preocupación del espectacular aumento de la incidencia de los traumatismos causados intencionalmente en todo el mundo a personas de todas edades y ambos sexos, pero especialmente a las mujeres y a los niños. Declara que la VIOLENCIA es un importante problema de salud en todo el mundo.

3.2.2 Razonamiento Social.

Actualmente la familia mexicana se enfrenta a muchos factores que la hacen vulnerable desde el punto de vista social, por carecer de igualdad de oportunidades y de acceso a los servicios públicos y desde el punto de vista económico, al no tener posibilidad de satisfacer sus necesidades básicas y legales, por carecer de medios para cubrir por su cuenta, y/o recibir asesoría jurídica que garantice el acceso a la justicia.

El extenso número de niños sin cuidado parental; así como su dispersión geográfica, limitan brindar adecuadamente las medidas de protección correspondientes. Razón por la cual esta tarea se ha compartido con los 32 Sistemas Estatales DIF a través de Centros Asistenciales y la colaboración de Instituciones de la Sociedad Civil; muchos de ellos con procesos de adopción diferentes y con falta de información para asegurar que los mismos se lleven a cabo con estricto apego al interés superior del niño; más aún, no existe un censo con información puntual de las Instituciones Privadas las cuales llevan varios años realizando adopciones

Con la finalidad de encontrar opciones para resolver los conflictos en el seno familiar. En especial la infancia por su vulnerabilidad, nos remite a problemáticas asociadas a la dinámica familiar como es, su fractura, su desintegración, o incluso la extinción por algún medio imprevisto, lo que consecuentemente repercute en las responsabilidades y obligaciones jurídicas del estado. Entre las que puede funcionar una alternativa de internamiento, donde se acogen a niñas, niños y adolescentes para que reciban medidas tutelares y asistenciales de parte del estado, (que son las Casa Cunas y Casas Hogar), incluyendo la separación para casos de abuso o maltrato de los padres o tutores,

brindándoles la protección y la atención, cuando no se cuente con las redes familiares necesarias, es decir que estén en una situación de abandono familiar.

Por otra parte la violencia no puede justificarse por ninguna situación, lo que significa considerar al ser humano como un sujeto y no como un objeto. La violencia es el terror como quiera que se manifieste. Implica claudicar de los medios y fines humanos no violentos. Sería una regresión histórica y ética²⁷.

Con el uso de la violencia se ejerce de manera abusiva un poder que se tiene en razón de la autoridad o fuerza física. La teleología del poder y la violencia es hacer que otros obren como el agresor lo desea.

Los niños y niñas son un grupo muy vulnerable ante la violencia y suelen ser víctimas en sus diferentes tipos; física, psico-emocional, social, económica, de abandono, y sobre todo sexual. La violencia es el ejercicio de la fuerza o del poder que ataca fundamentalmente los derechos humanos, quedando como atribución exclusiva del estado, las leyes y la justicia para combatirla en todos los casos.

En materia de adopciones es el Sistema Nacional DIF el organismo encargado de dirigir los esfuerzos nacionales para proteger a los menores. Para el ámbito estatal también les corresponde vigilar las adopciones en materia nacional e internacional. La experiencia igualmente nos confirma que en los últimos años, muchas adopciones se han realizado con escasa supervisión, tanto en los niveles municipales y estatales, lo que lamentablemente ha agudizado el problema de trata, prostitución y tráfico en las diferentes modalidades.

Ante esta perspectiva el Sistema Nacional DIF, debe prever y prepararse para poder tomar las acciones tanto preventivas como correctivas para evitar estas injusticias y otorgar los servicios de atención social que requiera la población afectada, situación que se cubre con los programas, proyectos y acciones que soporta el programa presupuestal E 040.

3.2.3.- Análisis de la problemática vigente.

El problema social de este tipo de derechos es paradójico ante la situación existencial de una familia o una persona y mayor, mientras más alto es su nivel de vulnerabilidad. En efecto, quienes sufren un problema de violencia o abuso de sus derechos humanos, deben ventilar esa penosa parte de su vida, y enfrenta un mundo material donde se limitan, nulifican o se desconocen sus derechos, debido a prácticas sociales, políticas, culturales o económicas, todas ellas motivadas por intereses diversos en los que el poder y el abuso tienen influencia trascendente. Es decir, no existen las condiciones para que los grupos poblacionales más vulnerables puedan ejercer sus derechos. Situación que

²⁷ Juliana González, *La vis dela virtud frete a la vis de la violencia*. Ética y Violencia. Adolfo Sánchez Vázquez. UNAM 1997.

originó el establecimiento de modelos de intervención por parte del SNDIF, o sus antecesores desde las décadas de los años setentas.

Vaste señalar que la Organización Mundial de la Salud (OMS), hizo saber en el informe mundial sobre violencia, que en el año 2000, se produjeron aproximadamente 57 000 homicidios de niños; entre 0 y los 4 años. Fue mayor el número de víctimas por maltrato; y las cifras de abandono, aún más grandes. Aproximadamente el 20 % de las mujeres y entre el 5 y el 10% de los hombres han sufrido abuso sexual durante la infancia. 275 millones de niños y niñas en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares. 40 millones de menores de 15 años sufren violencia, abuso o abandono. En el mundo entre 150 millones de niñas y 73 millones de niños fueron víctimas de relaciones sexuales forzadas²⁸. De las 113 millones de niños y niñas en edad de asistir a la escuela primaria que no acuden, casi 2/3 son niñas. Se estima que en todo el mundo, 4 millones de niñas son compradas, o vendidas con destino al matrimonio, la prostitución o la esclavitud²⁹.

La experiencia de este DIF Nacional, señala que la adopción es la mejor estrategia que permite crear un proyecto de vida digno y pleno para cada uno de los niños que carecen de cuidados parentales, la que permite reunir y conciliar expectativas de vida familiar de los principales actores: de niños con deseo de tener una familia y parejas con deseo de formar una familia. La Convención de La Haya, acuerdo internacional en materia de adopción firmado por México en 1993, le otorga atribuciones a los Sistemas DIF como Autoridades Centrales para tomar conocimiento de las adopciones de carácter internacional.

Ante ello, es necesaria la revisión y unificación de criterios; la integración, en la medida de lo posible de un marco normativo y la estandarización de los procedimientos, criterios de asignación, seguimiento y evaluación en el ámbito nacional; la sistematización de la información que permita la orientación y la toma de decisiones, garantizando las condiciones de equidad para que todos los niños puedan beneficiarse de la adopción.

3.3.-Evolución del Problema

El DIF Nacional no puede ignorar la responsabilidad que por mandato legal tiene, ya que el número de niños sin cuidado familiar es muy grande así como, son dispersos los territorios geográficos en el que se encuentran. A toda esa población se les deben salvaguardar sus derechos más elementales. Razón por la cual las 32 entidades que cuentan con los Sistemas estatales DIF, y con los Sistemas Municipales, se ha

²⁸ UNICEF, Maltrato infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro, Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. Número 9 julio de 2009. Pp5

²⁹ Fuente OIT.

compartido los procedimientos y disposiciones legales que faciliten su misión, para brindar adecuadamente las medidas de protección correspondientes.

Estos utilizan los Centros Asistenciales y la colaboración de Instituciones de la Sociedad Civil. En su gran mayoría las organizaciones privadas y sociales operan con procesos de adopciones diferentes y sin reportar al Sistema SNDIF, por lo que no existe un registro confiable de tales operaciones. Más aún no existe un “Censo” con información puntual de las instituciones privadas que por varios años han realizado adopciones, ni los resultados de esas acciones, en consecuencia no se sabe ni destinos, ni familias beneficiadas y mucho menos se conoce si los menores han encontrado un medio propicio para desarrollarse.

3.3.1.- Origen del Sistema Nacional DIF.

El primer antecedente del DIF es la Organización la “Gota de Miel”, creada en 1929, como una Institución privada, que operaba en la capital del país, para apoyar en la entrega de desayunos escolares y leche. En ese orden de ideas se crearon diferentes asociaciones con el fin primordial de contribuir a resolver los problemas del desarrollo de la familia y la comunidad sobresaliendo entre otros el INPI (Instituto Nacional de la Infancia), IAN (El Instituto de Asistencia a la Niñez). El IMPI (Instituto Mexicanos de Prevención Infantil. La fusión del IMPI con el IMAN, generó la creación del “Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia” (SNDIF) el 13 de enero de 1977.

Hasta llegar a ser nombrado como Coordinador del Sistema Nacional de Asistencia Social, pública y Privada, lo que queda constatado en los artículos 172 de la Ley General de Salud y 27 de la Ley de Asistencia Social, precisando que cuenta con patrimonio y personalidad jurídica propios. Con ello el estado mexicano ha dispuesto de un organismo transversal con la responsabilidad de coordinar los programas gubernamentales de asistencia social y en general las medidas a favor del bienestar de las familias mexicanas.

3.3.2.-Tradiciones, Costumbres y limitaciones sociales.

Por una parte las relaciones familiares se despliegan con contradicciones inherentes a su realidad, la escasa cultura de los padres, tradiciones descontextualizadas, autoridad mal entendida del jefe de la casa y las nuevas disposiciones que por ignorancia se incumplen y general controversias al seno de la familia. Sin olvidar el ejercicio de la violencia como medio de control, formación y educación al interior de las familias, que en la mayoría de las ocasiones replica comportamientos negativos, haciéndose costumbre y tradición, en casa y en la sociedad.

En diversas culturas se mantiene el juego de roles y de abuso de poder hombre-mujer, adultos-menores y padres-hijos. Que generan relaciones de dependencia perniciosa,

construyendo posiciones de fuerza física, poder y psicológica frente a sus víctimas. En consecuencia los afectados responden con comportamientos de sumisión, subordinación, propiciando limitaciones y deformaciones muchas veces anti-sociales, partiendo del desarrollo de los menores, y en consecuencia deformando paulatinamente la sociedad en su conjunto.

Con esos antecedentes se da pie a opinar que se aprecian adecuadas las modificaciones en materia de protección a las niñas, niños y adolescentes en el Código Civil del Distrito Federal, en especial las que tiene que ver con el artículo 200, último párrafo donde se prevé que **no se justifica la violencia bajo ningún caso**. Así como en el artículo 108, fracción VI, del libro segundo, títulos quinto y sexto, que tipifica los delitos que impiden el normal desarrollo psicosexual y al libre desarrollo de la personalidad del menor.

La violencia no debe normalizarse, ya que no es concomitante al ser humano. No obstante un germen casi inagotable de discriminación y violencia lo encontramos con los usos y costumbres, en las comunidades indígenas y en tradiciones de tipo religiosos, como por ejemplo: La obediencia, que deben los hijos a los padres, el respeto generalmente hasta el matrimonio o hasta que se independicen, también la discriminación por desconocimiento del idioma, el vestido, la forma de hablar y el comportamiento. Todas son expresiones que se interpretan como carentes de integración social y de minusvalía, falta de autoestima e integración social.

Es cierto que actualmente se ha buscado contrarrestar los efectos de esas formas de vida y se han dado los pasos para reducir la desigualdad, la injusticia y la mala valoración entre las mujeres y los hombres o, de los adultos hacia los niños y también, de los grupos sociales hacia los indigentes y los indígenas.

Las modificaciones a las Leyes y a los cuerpos normativos, conjugan diversas disposiciones de carácter legal, para corregir en lo posible algunas prácticas indeseables. La conducción propagandística a través de imágenes subliminales, educando a través de la difusión y los reportajes para que la sociedad tome conciencia de que se deben respetar los derechos de los seres humanos, independientemente a su naturaleza, edad, origen, léxico, forma de vestir, platicar o por el uso de ciertas costumbres.

Se establece un marco de acción que deja problemas de amplio espectro y capacidad de respuesta limitada o restringida, lo que obliga a las instancias encargadas de combatir estos males como es el propio del Sistema DIF, a nivel nacional, estatal y municipal, y otras dependencias como la Secretaría de Salud, la de Desarrollo Social, los grupos privados y sociales integrados en ONG, así como las privadas que se han dedicado a apoyar a poblaciones sufridas. Todas ellas deben replantear estrategias para que se logren metas y resultados con un alcance mayor e impacten en los grupos más afectados y que corresponden a los más vulnerables.

3.3.3.- Educación

La Educación es un derecho humano fundamental y una herramienta decisiva para el desarrollo de las personas. Contribuye a mejorar la vida y es una pieza clave para acabar con el círculo de pobreza que amenaza a muchos niños. Con la educación se busca proporcionar a los niños, niñas y adolescentes experiencias significativas en su desarrollo, así como el cuidado y acompañamiento del crecimiento y desarrollo del niño, en ambientes de seguridad, socializada y armónica.

El primer gran problema es la falta de escuela para los niños y niñas, La Unesco señala que en México el 5% de los niños en edad escolar no acceden a este derecho³⁰, y los investigadores argumentan que en nuestro país los niños y adolescentes que no acuden a la escuela van de 1 136 883³¹, hasta 6 millones³². Lo cierto es que el estado mexicano aún no cumple con el 100 % de inmatriculación de niños niñas y adolescentes en edad escolar y ante los registros internacionales queda en duda la certeza de nuestras cifras – en ocasiones son mejores que las de los países desarrollados, por lo que generan duda en su captura, proceso y difusión- como es en el caso de la inmatriculación.

A los siete años de edad un niño debe tener la habilidad de la lecto-escritura, partiendo del hecho de que México los niños ingresan al primer año de primaria, a los seis años. Pero como comprobación de las fallas del sistema educativo en el Censo de 2010, el 3.6 % de la población de 8 a 14 años no había desarrollado esa habilidad, y de estos el 29.6% no acudía a la escuela. El no alcanzar la habilidad de la lecto-escritura genera en las personas, falta de reconocimiento social, baja auto estima, poca reflexión crítica, limitaciones al conocer y acceder a sus derechos individuales.

En México se estima que hay 138 000 niños niñas y adolescentes, viviendo en calle sin recibir instrucción educativa y las instituciones encargadas de captarlos se ven imposibilitados de dar solución a esa necesidad.

Este es un problema estructural que se concentra en las regiones menos desarrolladas. Al interior del país se observa que 62.4% de los niños de 8 a 14 años, que no cuenten con la habilidad de la lecto-escritura se encuentran en los municipios de muy alta marginación. Lo que corrobora un rezago que tiende a trasladarse generacionalmente³³.

Se sabe que el sistema educativo atraviesa por una serie de problemas socio-políticos, desde la capacidad física de las escuelas para aceptar la oferta de inmatriculación, las

³⁰ UNESCO, Enseñanza y aprendizaje: Lograr la calidad para todos.

³¹ El Economista, 20-8- 2013.

³² La Jornada 30-11-2012-

³³ La marginación expresa la dificultad para propagar el progreso, pues excluye a ciertos grupos sociales del beneficio que otorga el progreso. La precaria estructura de oportunidades sociales los expone a privaciones, riesgos y vulnerabilidad social y sólo la actuación de los agentes públicos, privados y sociales, es capaz de revertir ese proceso. (citado en Estadísticas a propósito del día del niño. Aguascalientes Ags. Mx. 30-4 2014)

instalaciones deficientes, en especial en las zonas suburbanas y rurales, los materiales educativos y pedagógicos que por lo mismo no llegan a esos lugares, hasta los maestros y las necesidades administrativas, sin mencionar las resistencias de muchos profesores a las recientes Reformas en la materia, que afectan tanto a educandos, padres de familia, autoridades hasta los mismos profesores. Que son del conocimiento general.

En resumen el aspecto educativo, es una variable que impacta en toda la sociedad, empezando por los maestros, los niños y adolescentes, las instituciones y las áreas encargadas de atender a la población más vulnerable. Para efectos del Sistema Nacional DIF, que en ocasiones debe asumir la responsabilidad de asegurar a los infantes para garantizar su manutención, vestido, vivienda, hasta la educación mínima obligatoria para cada persona y grupo poblacional³⁴, para lo cual se vale de su estructura consistente en áreas de Adopciones, Casas Cuna, Centro Amanecer, Regularización de Situación de Derechos de los niños y estudios psico-sociales, para los matrimonios solicitantes de adopción de los menores en custodia.

No se ignora las expectativas que vislumbran los usuarios, por ejemplo los matrimonios que de buena fe solicitan en adopción a menores de edad y a ese amparo se teme la posibilidad de mal usar estas prerrogativas en detrimento de los infantes.

Para cumplir con estas funciones es necesario desechar y discriminar aquellas personas que, escondidas en aparentes buenas intenciones de adopción, pueden abusar de los menores con fines que atentan contra sus derechos más elementales, ello obliga a aplicar técnicas de selección, indagación, investigaciones, estudios, dictámenes psicosociales, y psicológicos, para evitar que los menores sufran daños irreparables.

3.3.4. La Familia.

La Convención Internacional de los derechos del Niño de la ONU, da a todo niño el derecho a una familia. El derecho a la familia permite relacionar al niño con una historia y sobre todo le ofrece la protección contra violaciones a sus derechos. Por ello el estado debe velar por que el niño no sea separado de sus padres, excepto cuando tal separación sea necesaria para el interés superior del menor (artículo 9.1).

Para la población infantil, la familia se constituye como el principal y más importante agente de socialización ya que de 28.2 millones de hogares, y el 99.9 % son de tipo familiar, con un integrante menor de 15 años en el 58.7 %³⁵. El carácter familiar lo concentra en el carácter familiar que detentan ya que la familia vive tradicionalmente

³⁴ En 2002 se publicó en el DOF, que la educación preescolar se debe cursar en forma obligatoria, conforme a la Ley General de Educación; derecho que tienen los niños de 3 a 5 años de edad. Ya que a esa edad los menores pueden potenciar sus habilidades y con ello optimizar su aprendizaje en los subsiguientes niveles escolares.

³⁵ Censo poblacional del 2010.

con el jefe de familia³⁶, los hijos y su cónyuge, denominándose hogares nucleares, con al menos un menor de edad.

En los hogares ampliados se da una relación compuesta entre individuos mayores de 60 años, un niño, cuando menos, lo que significa el 40.6% de los hogares, lo que genera vínculos culturales entre diferentes generaciones, además de una interacción de protección y aleccionamiento social.

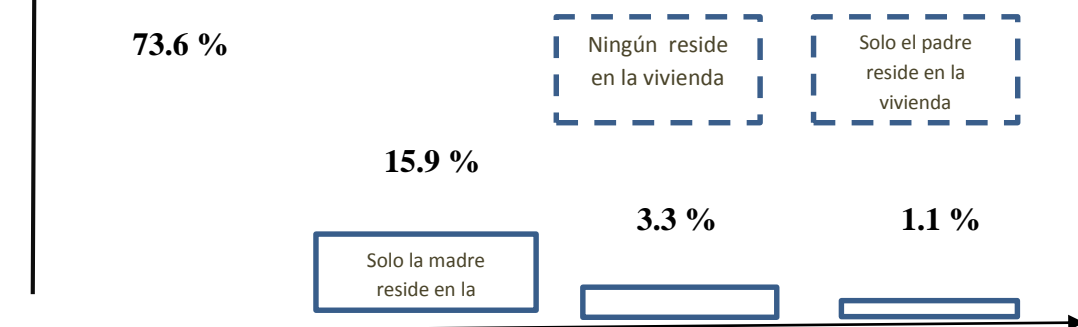
Una familia fuerte, cariñosa y protectora es el entorno ideal para el crecimiento de los niños, niñas y adolescentes y es el mejor comienzo para garantizar la plena satisfacción de los derechos de la infancia. Protegiendo implícitamente y creando condiciones para que los menores gocen del espíritu señalado en el artículo 3° Constitucional que en los aspectos medulares **señal “La educación tenderá a desarrollar armónicamente todas las facultades del ser humano y fomentará en él, a la vez, el amor a la patria, respeto a los derechos humanos y la conciencia de la solidaridad internacional, en la independencia y en la justicia”** agrega en el inciso c; **“Contribuirá a la mejor convivencia humana, a fin de fortalecer el aprecio y el respeto por la diversidad cultural, la dignidad de la persona, a la integridad de la familia, la convicción del interés general de la sociedad, los ideales de fraternidad e igualdad de derechos de todos.**

De esta forma se integra por antonomasia los aspectos de la familia y la consecuente educación como los pilares que propician la conciencia, la creación de los valores, de los principios y así proyectan el crecimiento y desarrollo de una nación o en su defecto la descomposición social y la falta de integración familiar, social y nacional.

En la actualidad la composición demográfica ha creado una familia más pequeña asociada a cuestiones de migración, viudez, divorcios, separaciones e intercambio entre familiares, incluso con personas ajenas a la familia. En 2010, en uno de cada cinco hogares hay un menor de entre 0 y 14 años, el jefe de la familia es una mujer, el 54.3%, están separados, divorciados o viudas, 12.9 % son solteros y el 32.6% es unión libre, en esta variable el padre no habita con la familia. Estas son condiciones que componen a la nueva familia mexicana.

³⁶ Hogares monoparental o biparental, que incluye jefe, cónyuge e hijos, representando el 66.6% de los hogares. Y los hogares ampliados o compuestos que representa el 31.8%.

Distribución porcentual de la población de 0 a 4 años de edad, según condición de residencia de los padres. 2010³⁷



3.3.5.-Otros factores de importancia en la atención y servicio.

De ahí que en el Sistema DIF, los procedimientos para dar en adopción realizan a los menores es un trabajo que implica la realización de una serie de operaciones que reduzcan al mínimo los riesgos que pueda correr un menor en ese paso. Así se realizan entre otras las siguientes acciones:

- Acudir a el área de adopciones a fin de entregar la Ficha de inscripción al “Curso de Inducción a solicitante de adopción.
- Asistir al Curso que consta de 4 sesiones.
- Después se le entrega la Solicitud de Adopción.
- Asistir puntualmente a las citas preestablecidas.
- Participar en la evaluación psicológica y elaborar el informe para el Consejo técnico de Adopción del SNDIF.
- Recibir la calificación del Consejo técnico.
- Si es procedente, enviar expediente completo a la Dirección General de Integración social.
- La Asignación del menor será en sesión del Consejo de Asignación.
- La Asignación además, será notificada por escrito y de manera personal.
- Se entregará el informe de “Adoptabilidad” conteniendo la situación jurídica, psicológica, social y pedagógica del menor.
- Al aceptar la asignación la Dirección General de Integración Social programará el consentimiento.
- Se dará inicio al período de convivencia.
- De no ser compatibles se valorará su continuidad.

Ambos padres residen en la vivienda.

³⁷.- INEGI, “ Estadísticas a propósito del día del niño” Datos Nacionales. Aguas Calientes, Ags. Mx.30 de abril de 2013,

- Será valorado por Juez competente, quien dará sentencia definitiva.

3.3.5.1. EXPERIENCIAS DE ATENCIÓN.

En 1929, nacen las primeras acciones para responder a las problemáticas de la niñez, como fueron los desayunos escolares a cargo de una naciente organización privada denominada “La Gota de Leche”. Ya para 1961, el Instituto Nacional de Protección la Infancia tenía como principal propósito el proteger a la niñez. La Institución Mexicana de Protección a la Infancia de 1968. El Instituto Mexicano de Protección la Infancia y la Familia de 1975 –IMAN-, sobresaliendo también por el crecimiento y consolidación del sistema de las guarderías.

En 1982 el DIF, se integró al Sector Salud, aportando todos sus bienes muebles e inmuebles que se destinaban a las actividades asistenciales. Por último dieron acceso al “Sistema Nacional para Desarrollo Integral de la Familia” en 1999.

La Ley del Sistema Nacional de Asistencia Social fue promulgada en 1986, en ese año se promulgaron por la Secretaria de Salud 12 Normas Técnicas sobre Servicios Asistenciales Básicos.

Dentro de las acciones que se han desarrollado sólo en materia de Adopciones podemos enunciar las siguientes:

3.3.5.1.1.- Atención a los grupos vulnerables a través del SNDIF.

En México en el año 2009. La UNICEF, observó que 3 de cada 10 hogares son víctimas de violencia familiar y que una tercera parte de las niñas y niños de 6 a 9 años, señaló que son tratados con violencia, tanto en su familia, como en la escuela; de acuerdo a los datos publicados por el INEGI los indicadores de violencia familiar alcanza los datos siguientes³⁸:

³⁸ INEGI, Observatorio del Consejo de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar.

Reportes de Violencia Familiar por año.

AÑO	CIFRAS
2006	19 262
2007	29 433
2008	24 223
2009	N.D.
2010	49 921
2011	64 317
2012	ND
2013	ND
2014	ND

Con esta elemental secuencia se aprecia sin lugar a dudas el incremento de las víctimas de la violencia familiar, varios estudios, analizan la confiabilidad de los datos, mismos que por darse en el seno de las propias familias, aseguran que son mayores, pues engañan y por ende presumen que son mucho mayores.

Adicionalmente y como colofón, en México, hay 8 millones de mujeres trabajadoras que no cuentan con seguridad social, de esas 2.5 millones se encuentran en situación de pobreza extrema.

3.3.5.1.2..-Atención desde la DGEI.

La atención que se presta desde la Dirección General Jurídica y Enlace Institucional, a los grupos vulnerables principalmente son la de Asistencia jurídica en materia de derecho familiar a los menores, ancianos, discapacitados, mujeres y hombres en condiciones de vulnerabilidad, **Atención psicológica**, prevención y atención al maltrato infantil, y a la Violencia familiar; así como, participar en la regularización jurídica de los menores albergados en las casas de asistencia del Sistema y en el procedimiento jurídico de Adopción, y en general a los sujetos de asistencia social, por medio de algunas funciones establecidas, que permiten la realización de los conceptos de asistencia arriba señalados.

3.3.5.1.3.-Reporte de Resultados de Maltrato Infantil.

CONCEPTO	U DE MEDIDA	DIC 2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	SUMA
REPORTES RECIBIDOS DE MALTRATO INFANTIL	REPORTE	15	308	478	568	488	583	579	513	3532
REPORTES ATENDIDOS DE MALTRATO INFANTIL	REPORTE	35	628	510	426	460	465	393	373	3290
ASISTENCIAS A PLÁSTICAS	TOTAL	390	2100	1561	1124	3859	2033	1850	1183	14100
	MUJER	265	1750	1085	491	1983	1059	679	169	7481
	MENOR	125	350	373	597	1269	551	1114	1028	3471
VISITAS DOMICILIARIAS	VISITAS	175	603	710	1008	1049	1020	987	1084	6636
APLICACIÓN DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS	PERSONA	16	895	1108	188	318	360	294	308	3487
ESTUDIOS DE TRABAJO SOCIAL	ESTUDIO	25	586	589	648	901	900	875	1016	5540
ASESORÍA JURÍDICA PERSONAL EN MATERIA FAMILIAR DE PRIMERA VEZ	MUJER	122	1519	1799	1586	1509	1706	1723	2337	12301
	HOMBRE	59	865	834	733	793	815	839	1035	4938
	TOTAL	181	2384	2633	2319	2302	2521	2562	3372	18214
ASESORÍA JURÍDICA EN MATERIA FAMILIAR DE PRIMERA VEZ POR CORREO ELECTRÓNICO	MUJER	*	1134	943	887	532	237	132	59	3924
	HOMBRE	*	490	442	458	272	116	51	20	1849
	TOTAL	133	1624	1385	1345	804	353	183	79	5773
ATENCIÓN SUBSECUENTE A BENEFICIARIOS	ASISTENTES	206	2374	2881	1707	340	374	304	553	8739
CONVENIOS	CONVENIOS	5	22	20	20	13	17	20	14	131
COMPARECENCIA EN AUDIENCIAS DE JUICIO FAMILIARES	Audiencias	28	326	391	**	**	**	**	**	655
	PLANTEADOS	7	201	286	**	**	**	**	**	494
	TOTAL	3422	14435	15085	11646	12229	10724	10552	11867	88974

Acciones encaminadas a combatir le maltrato infantil.

- 1.- Recibe y registra el reporte de maltrato infantil.
- 2.- Realiza investigación y elabora estudio social.
- 3.- Determina si los indicios de maltrato infantil pueden ser atendidos mediante servicios de asistencia social.
- 4.- Sí el maltrato infantil que pudieran dar lugar a la comisión de un delito, procede trámite judicial (Elabora escrito de denuncia de hechos al Ministerio Público).
- 5.- Brinda servicios de psicología y pláticas tendentes a la sensibilización respecto, en su caso, canaliza a instituciones públicas y privadas para su atención.
- 6.- Seguimiento dentro de los seis meses posteriores a la realización del estudio social.

Acciones para determinar matrimonios susceptibles de adoptar (2013 y proyectadas para 2014).

No.	CONCEPTO	2013	%	2014	%	TOTAL.	%
1	Asesoría a Solicitantes de Adopción Nacional	619	52.5	560	47.5	1 179	100
2	Asesoría a Solicitantes de Adopción Internacional	98	55.1	80	44.9	178	100
3	Seguimientos Post-Adopciones Internacionales.	41	57.7	30	42.3	71	100
4	Solitudes de Adopción Nacional	84	84.0	16	16.0	100	100
5	Solicitudes de Adopción Internacional	4	50.0	4	50.0	8	100
	Suma	846	55.1	690	44.9	1 536	100

3.3.5.1.4. Conclusiones

- Por ser un programa nuevo, el E040 y toda vez que las acciones se deben potenciar con las acciones que se complementen y consoliden a nivel nacional, las cifras actuales corresponden a peticiones expresas de solicitantes que no tienen una secuencia establecida, pero que se han realizado gracias a la existencia de los equipos de atención a diferentes actividades relacionadas a trabajos de Psicólogas, Trabajadoras sociales, Abogados y personal de apoyo administrativo, que cumplen con un procedimiento definido, pero no aplicado en forma regular esta serie de actividades.
- En el mismo sentido se realizan dictámenes sobre la “Situación Jurídica” procedente a los menores en custodia, de acuerdo al origen e institucionalización prolongada de los niños, influyen de forma determinante en su comportamiento, desarrollo físico, estado emocional, etc. Factores que se deben considerar para evitar forjarse expectativas idealizadas y en lugar de ello dar lugar a construir escenarios realistas que generan reflexión y convicción, condiciones necesarias para adoptar. En todo caso se hace necesario estudiar, determinar, proponer formalizar y llevar registro de esas acciones sistemáticamente aplicadas.
- Conocer la idoneidad de los solicitantes de adopciones, resulta de la determinación de la estabilidad personal y de pareja, laboral, económica, etc. Condiciones materiales propicias para la atención de un niño, también se estudia el contexto adecuado entorno del hábitat, recursos, herramientas, conocimientos específicos para ejercer la paternidad adoptiva de forma efectiva. También deberá sujetarse a un plan integral para dictaminar metódicamente las variables que se aplicaran a los solicitantes de adopciones, así como los indicadores y estadística regular de su aplicación.
- La integración del niño, implica necesariamente ajustes de personalidad, de pareja, familiares y sociales de tipo emocional y de orden instrumental, para lo cual es necesario estrechar vínculos con instituciones, dependencias y centros de investigación y análisis en la materia.
- La adopción como acto jurídico, es una forma legal de integrar a un menor a una familia diferente a la biológica y con ello tanto padres como hijos adquieren derechos y obligaciones ineludibles e irrevocables, mismos que deben de formar parte de los indicadores normales usados en este programa.
- El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, es un organismo que se formó partiendo de necesidades concretas como son la atención y cuidado a lo más valioso de toda comunidad “su infancia” y la solidaridad humana, que ha permitido integrar los esfuerzos de los gobiernos y la sociedad civil para solucionar las carencias de los niños, niñas y adolescentes más elementales y de reconocimiento internacional inobjetablemente el entorno familiar, el respeto humano, las mínimas condiciones económicos y educativas para sobrevivir.

3.4.- ÁRBOL DE PROBLEMAS.

Para identificar los problemas que se enfrentan en las diferentes actividades que actualmente se involucran en las acciones que tienden a solucionar las problemáticas será necesario enfocar cuando menos a los sujetos susceptibles de darse en adopción, a los menores que por alguna razón se encuentran en las instancias de custodia y sobrevivencia tanto en albergues públicos, privados y sociales, a los matrimonios que buscan adoptar a un menor y a los matrimonios que ya cubrieron los requisitos para verse beneficiados con una adopción, y puedan darle seguimiento para comprobar que se cumplió con el objetivo planteado, sin olvidar a los reportes por maltrato infantil, cuya etiología tiene a la violencia en la familia la semilla de la desintegración social, así como contra la población vulnerable, con énfasis en los menores, que son siempre los que se afectan en su naciente desarrollo y termina por generar individuos con problemáticas disímboles, que impactan en la sociedad.

En nuestra metodología sancionada por el CONEVAL, en materia de elaboración de árboles de problemas asumimos las siguientes características para su formulación, tales son identificar el problema central o necesidad a la que responde la intervención pública, sus causas, su evolución en tiempo y espacio, así como sus efectos. Para conocer el estado actual del problema, es conveniente determinar las acciones de atención y de esa manera medir la evolución del problema.

Con esos elementos de juicio habrá que buscar en bibliografía y literatura relacionada con el problema en estudio de tipo nacional e internacional, así como las fuentes de información cuantitativas (encuestas oficiales o encuestas públicas disponibles), de tal forma que nos aproximemos a las soluciones posibles y al mismo tiempo a los objetivos de cada caso.

(Se adjunta descriptivo de árbol de problemas)

3.4.1.- Sujetos susceptibles de darse en adopción

La descripción del primer árbol de problemas involucra a los menores como los sujetos que padecen una realidad que los pone en condiciones de extrema vulnerabilidad, por tres razones a primera vista. A).- Ser menores, b).- Proceder de familia disfuncionales o incluso con violencia familiar, y c).- pertenecer a niveles sociales de extrema pobreza, donde se viven los problemas de alcoholismo, drogadicción, inestabilidad emocional, baja auto estima, padres con pasado violento, falta de comunicación y conductas agresivas por parte del jefe de la familia.

Dentro de las causales que contribuyen a agudizar el conflicto están principalmente, proceder de grupos, sociedades y familias de escasa cultura en materia de adopción, y por ello sujetos a aceptar altos niveles de dominación, explotación y abusos. Con ello son prospectos que conforman los albergues, Casas cuna o Centros de asistencia para

formar los menores institucionalizados. En otros casos son niños, niñas o jóvenes adolescentes que son abandonados en los albergues.

Además tomar en cuenta lo establecido en las disposiciones de normativas, como son los acuerdos internacionales donde se determina el tipo de sujetos que son susceptibles de darse en adopción, donde se cambia de residencia como: los menores cuyo rango de edad sea de los 5 años en adelante, los menores que padezcan alguna discapacidad (física y/o mental), los menores que sufran alguna enfermedad cuyo tratamiento sea de alto costo, y los grupos de hermanos.

3.4.2.-Sujetos que se encuentran por alguna razón en las Casas Cuna manejados por el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

Al respecto se incluye tanto a los menores custodiados tanto en sus propias instalaciones o bien que los albergues privados o sociales, soliciten el apoyo institucional para seleccionar sujetos susceptibles de darse en adopción, así como los matrimonios que soliciten a menores para intégralos a sus familias.

Así se conforma un grupo de niños que requieren de familias adoptivas para cubrir las necesidades que todo niño debe tener en su desarrollo, para ser un sujeto integrante y perteneciente de la sociedad. Lamentablemente en estos grupos el porcentaje de menores reintegrados a una familia nuclear, que tenga éxito, es muy bajo.

Los aportantes de la mayor parte de los niños, niñas o adolescentes institucionalizados, proviene de familias de pobreza extrema y de menores sin redes de apoyo de las familias nucleares y ampliadas. Son sujetos que han padecido en alto grado mal trato familiar, entre ellos, prevalece el desconocimiento de derechos y obligaciones, así como de mecanismos legales que regulan las garantías y las oportunidades de desarrollo.

3.4.3.-Matrimonios que solicitan en adopción a menores albergados, que pueden ser integrados a una familia.

Cada año más de un millón de esposos quieren adoptar un bebé. Sin embargo, solamente hay 50.000 bebés para adoptar anualmente, de acuerdo al Consejo Nacional para las adopciones de los Estados Unidos de Norteamérica.³⁹

Esto significa que cada año 950.000 esposos no podrán adoptar un bebé para compartir con él su amor y sus vidas. Es muy triste para estos esposos el descubrir que cada año unas 400.000 niñas adolescentes escogen abortar a sus bebés. Si estás embarazada y no

³⁹ (Fuente: National Council for Adoption.)

deseas estarlo, por favor considera el dar a tu hijo en adopción. Dar tu bebé a uno de esos matrimonios será uno de los dones más generosos y preciosos que puedas darle a alguien.

En México existen 30 mil niños que viven en albergues, casas hogar u orfanatos, según cifras del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), del año 2010. Algunos esos menores sí tienen padres, abuelos o tíos pero por diferentes razones no pueden vivir con su familia de origen.

Existe un subgrupo de casi 12 mil niños que no tienen lazos con su familia biológica y se les considera en situación de desamparo. Ellos tienen posibilidad de ser entregados en adopción. Desafortunadamente, la cultura de adopción en México todavía es pequeña y existen complicaciones para entenderla: el proceso puede ser muy diferente de un estado de la república a otro.

Precisamente debido a esta falta de comprensión sobre lo que es una adopción, la mayoría de los 12 mil niños mexicanos que podrían ser adoptados tendrán dificultad para encontrar un hogar debido a que el 77% tiene entre 7 y 18 años. Es que esas edades son poco aceptadas por los posibles adoptantes, ya que prejuician comportamientos adquiridos, que serían un obstáculo para integrar un nuevo miembro a su núcleo familiar.

Originados por violencia familiar, depravación social, pobreza extrema, Los problemas interfamiliares, como ruptura, separaciones, abandono del hogar, la adversidad familiar, desde el fallecimiento de los padres y las enfermedades crónicas, hasta la ausencia o desaparición por diversas causas del núcleo familiar, las madres solteras que tienen que protagonizar todos los roles de la jefa de familia con la consabida dificultad física, y también los padres desaparecidos.

A su vez los fines se orientan hacia la posibilidad de reubicar a los menores albergados en las Casas Cuna y el Hogar de niñas Varones, para integrarlos en familias que deseen recibir en adopción a los niños, niñas y adolescentes, para lo cual se hace imprescindible transformar la cultura de la adopción de nuestra sociedad. También hay que elevar el porcentaje de menores con posibilidad de ser adoptados y quizá contribuya también elevar el número de los menores que sean reintegrados a sus familias nucleares o ampliadas, para continuar con su proceso de desarrollo individual.

En forma sucinta, la DGJEI, realiza estudios, investigaciones y validaciones de los solicitantes, que se comprueba por medio de los trabajos que realiza el área de Trabajo Social que tiene la Subdirección de Adopciones, y que podemos resumir en los conceptos siguientes:

Funciones y Actividades de Trabajo Social para Matrimonios susceptibles de Adoptar.

No.	FUNCIONES	ACTIVIDADES
1	Valoraciones sociales de adopción en el D.F.	.- Entrevistas. .-Visitas domiciliarias. .-Corroboración de información. .-información y orientación. .-Participación en juntas interdisciplinarias.
2.-	Análisis de informes sociales y psicológicos de solicitudes de adopción internacional, recibidas en la Dirección de Asistencia jurídica (DAJ).	.-Análisis de información documental. .-Resumen social. .-informe psicosocial.
3.-	Seguimiento post-adoptivo en el D.F. y área metropolitana a solicitud de los Sistemas DIF estatales y municipales y otras instancias que la DAJ. Indique.	.- Entrevistas. .-Visitas domiciliarias. .-Corroboración de información. .-información y orientación.
4.-	Información y orientación social a solicitantes de adopción nacional.	.- Asesoría personal telefónica. .-Participación en impartición de Curso de Inducción a solicitantes de adopción.
5.-	Información, orientación y asesoría relacionadas con adopción a los Sistemas DIF estatales, municipales, instituciones públicas y privadas.	.-ídem.

6.-	Participación en Junta de Consejo Técnico de Adopción.	.-ídem.
7.-	Participación en la entrega de notificaciones a solicitantes de adopción del DIF Nacional.	.-ídem.

La adopción no es un acto que comienza con el cumplimiento de requisitos legales e institucionales y que termina al recibir el hijo adoptivo, sino que es un proceso de aceptación antes de la adopción y de adaptación después de ésta; es un proceso y una nueva forma de vida⁴⁰.

3.4.4. Matrimonios que han superado los requisitos.

Para el caso del Sistema Nacional DIF, se tienen algunos datos que nos indican las diferentes actividades que se realizan para saber con precisión los matrimonios que cumplen con los trámites para que sus expedientes puedan ser pasados al Consejo de Adopción institucional (los siguientes datos sólo sirven para dar una apreciación superficial que se profundizará en el capitulado correspondiente), con ese antecedente

Para el año 2013 se recibieron a nivel nacional 20282 solicitudes, de ellas fueron procedentes en primera instancia 1 210, que representa el 53.0 % de las solicitudes. Fueron improcedentes 484, alcanzando el 21.3 % y, se mantienen en trámite 588 con el 25.7 %.

Las solicitudes nacionales concluidas sumaron, para ese mismo periodo 547, divididas en 268 niñas, con el 48.9 % y 253 niños que significó el 46.2 %, la diferencia 26 quedaron en trámite.

Las cifras para las adopciones internacionales tuvieron cifras más modestas; así el total de adopciones concluidas fueron 10, 2 para niñas y 8 para niños.

Para haber obtenido esos números, fue necesario que hubiera habido reuniones de Consejo Técnico de Adopción en todo el territorio nacional. Para el caso de la Ciudad de México se vieron los siguientes números; se recibieron 87 solicitudes, pero sólo se

⁴⁰ @Sumedico.com.

presentaron 57 expedientes, de los que fueron procedentes apenas 13. De esos, 8 correspondían a adopciones nacionales, y 5 a internacionales.

Para dar solución a esas peticiones se tuvieron que programar y realizar 15 reuniones de Consejo, 12 ordinarias, correspondientes a las reuniones mensuales, más 3 extraordinarias, donde se tuvo que subsanar, ampliar, confirmar, reelaborar los dictámenes o resoluciones derivados de los estudios, que en términos generales y como ejemplo de lo que se realiza normalmente, que corresponde a los estudios e investigaciones, socio-económicos, psicológicos y legales.

De lo anterior se deriva que del total de solicitantes sólo llegó a su fase final 547 expedientes a nivel nacional, que representa el 24 % del total y para las adopciones internacionales el número fue de 10 asuntos, lo que representa un porcentaje aproximado al 27 %.

Sin embargo hay una serie de actividades que a la fecha se consideran limitadas ya que corresponden al seguimiento de los casos concluidos. Actualmente se realizan algunas visitas en los siguientes 6 meses, que se consideran exiguas, ya que conocer sobre la integración del menor a la nueva familia debe ser un proceso continuo, al menos hasta alcanzar la mayoría de edad, o bien que el sujeto dado en adopción, alcance su independencia económica y social.

Para el caso de las adopciones internacionales el seguimiento se realiza a través del personal consular en el país destinatario, al respecto se emite un formato que debe ser complementado en las visitas necesarias y posteriormente ser remitido, aunque se involucra personal con alto nivel educacional y cultural, las múltiples ocupaciones redundan en un tipo de seguimiento muy limitado.

3.5.- OBJETIVOS.

El Programa de Servicios de Atención a Población Vulnerable, identificado como el E040, tiene como Objetivo principal el siguiente:

“Contribuir a modificar y mejorar la calidad de vida que enfrenta la población, que por alguna circunstancia social, jurídica o física se ve impedida para su desarrollo; mediante el acceso a servicios de asistencia social”.

Que a su vez toma en cuenta los objetivos de las cuatro acciones realizadas en programas que se han indicado con anterioridad y que corresponden al Combate al Maltrato Infantil; La Regulación Jurídica de los Infantes, que pueden estar en las Casas Cunas o, que por otra consideración es requerida de instituciones como las Procuradurías de Defensa del Menor y la Familia o cualquier otra autoridad que solicita la atención del SNDIF. También se consideran los programas de Solicitantes de Adopción, pudiendo ser como nivel prospecto o bien como calificado por el Consejo de Adopción de la organización estatal o nacional.

3.5.1.-Árbol de objetivos de los Albergues⁴¹.

En estos instrumentos de conceptualización, los efectos negativos del problema se convierten en fines y las causas que lo originan en medios para lograr estos fines, así se justifican los objetivos del programa en materia de menores albergados, mismos que pueden ser objetivos específicos de la intervención y los vinculados con el Plan Nacional de Desarrollo, los Programas sectoriales o de otros objetivos aplicables.

Las causas principales para que exista un alto índice de menores institucionalizados en los centros asistenciales del SNDIF. Son entre otras, la violencia familiar que se acompaña de maltrato infantil, la drogadicción en la familia, que puede incluir desde alcoholismo, inhalantes de distinto tipo, hasta consumo de drogas mayores. No se ignora que en ese medio propenso a las malas costumbres, exista profusamente la violencia entre los padres, en consecuencia el objetivo de estos planteamientos es reducir al mínimo los menores que lleguen a los centros de atención, por haber alcanzado comportamientos donde no haya violencia familiar, no encontremos drogadicción en los grupos poblacionales de extrema pobreza, y que se erradiquen las malas costumbres.

Evitar que las familias se desintegren y reduzca al mínimo las manifestaciones de discordia familiar, la separación de los hijos así como de los cónyuges y el abandono del hogar de cualquiera de sus integrantes, con mayor afectación cuando el abandono lo realiza el jefe de familia, evitando la merma de los ingresos que son generalmente aportados por los padres, aunque pudiera haber aportantes entre algunos otros familiares o algunos hijos, para la manutención de la misma.

Combatir la depravación social, es otro elemento que se persigue en este tipo de programas, para evitar la desintegración de la familia y prescindir de conductas antisociales. La pobreza extrema es una situación que conlleva la pérdida de los valores, la irresponsabilidad, la violencia y los abusos entre los miembros de mayor autoridad hacia los menores, que son siempre los más vulnerables. Por ello buscar cambiar los valores, principios a través de difundir, estimular y propiciar otras conductas más amables para la familia y la sociedad impactando la inteligencia mediante cursos, capacitaciones y otros instrumentos pedagógicos. Impedir las situaciones de mendicidad, que muchas veces se orienta para la obtención de ingresos mínimos o complementarios, pero que también propicia la explotación de los integrantes más débiles del grupo familiar.

Los infortunios familiares contribuyen en la generación de un alto índice de menores en albergues, como la cancelación de oportunidades y después de fracasar en otras opciones concluyen en estos centros de atención social. Así también los fallecimientos de los padres y las enfermedades de en la familia, la ponen en los umbrales de la pobreza

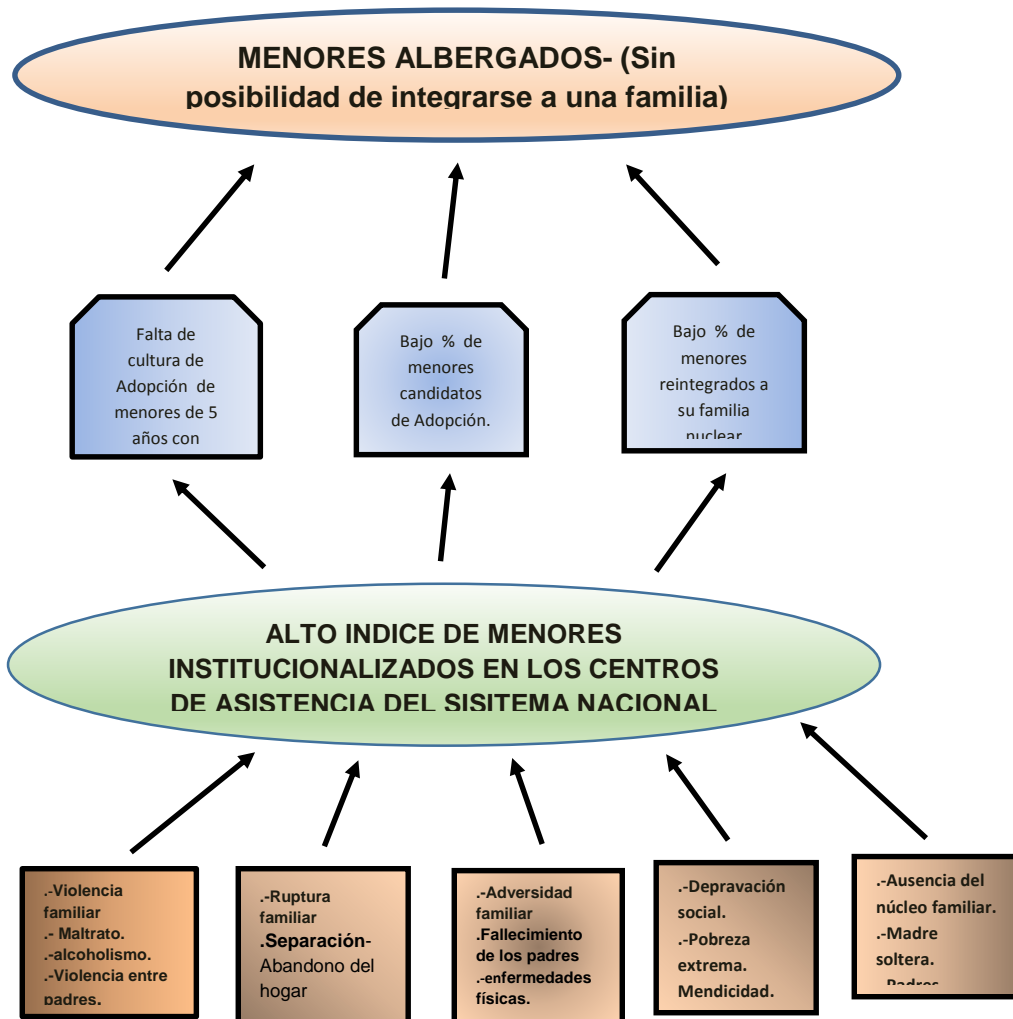
⁴¹ Incluye objetivos de la Regulación Jurídica de los infantes.

extrema y los primeros afectados son los menores, desarrollar esquemas preventivos que capten a los menores en especial, ante esos fracasos, para buscar la debida orientación encaminando a esas grupos hacia las instituciones de asistencia social para impedir la desintegración familiar.

Pugnar por qué no se logre la desintegración del núcleo familiar, sea por las condicionantes arriba señaladas, que en ocasiones frecuentes, enfrentan procesos de descomposición por diferentes medios, incluso por la desaparición de los padres o, en casos en que se cometen delitos y están inmiscuidos alguno de los miembros de la estructura familiar, se trastoca generando el abandono y la certeza de que esa familia carecerá de satisfactores elementales. En otros casos donde la madre es soltera y como jefa de familia, carga con los hijos sin tener la capacidad laboral y económica, que arrastra a toda la familia hacia la mendicidad y los malos hábitos, vicios.

Por ello buscar y crear las herramientas que a nivel municipal, estatal y nacional se confabulen para quitarle a la miseria a esos mexicanos que sin ayuda del estado, el fin irremediable será la mala vida, la mendicidad y con seguridad estarán en el umbral de la subsistencia y posiblemente de la criminalidad, razón de más para vigorizar esfuerzos que den por resultados familias integradas y con oportunidades de ofrecer alternativas de desarrollo a los menores.

Árbol de objetivos de los Albergues



De esa forma se eleva el número de menores albergados que no tienen posibilidad de integrarse a una familia, en esta vertiente la falta de una cultura social, para que se emplee a la adopción de menores de más de 5 años y muchas veces con capacidades diferentes, para darles solución a los menores albergados. Lo que fuerza un bajo porcentaje de menores que sean candidatos para ser dados en adopción, pero un bajísimo porcentaje de menores reintegrados a su familia nuclear o a una nueva familia que les garantice las condiciones para que se desarrollen en condiciones óptimas.

3.-5. 1.2.- Árbol de objetivos de los matrimonios solicitantes de adopciones.

La adopción implica un estado de vida permanente entre el adoptante y el adoptado, razón por la cual la ley exige a las personas que pretenden adoptar, que cubran ciertos criterios requisitados en garantía del futuro bienestar del adoptado, para salvaguardar los intereses superiores de las niñas, niños y adolescentes, con lo cual se pretende impedir el tráfico ilegal de menores y tener la certeza de que la adopción resulta ser lo más benéfico para ambas partes, así como asegurar la idoneidad para los menores.

En términos de aplicación de normatividad y requerimientos de información para trámites oficiales y más tratándose de operaciones tan delicadas como la tramitación y autorización de una adopción, los criterios que se usan regularmente en el acopio y tramite de documentos se apegan a lo establecido en el Código Civil para el Distrito Federal en las personas que pueden adoptar, tales son:

- I.- Los cónyuges en forma conjunta que al menos tengan dos años de casados;
- II.- los concubinos en forma conjunta, que demuestren una convivencia ininterrumpida de al menos dos años;
- III.- Las personas físicas solteras mayores de 25 años;
- IV.- El tutor al pupilo una vez aprobada las cuentas de administración; y
- V.- El cónyuge o concubino al hijo de su compañero que ejerza de manera individual la patria potestad y que demuestre una convivencia ininterrumpida al menos de dos años;

Los cónyuges o concubinos podrán adoptar cuando los dos estén conformes en considerar al adoptado como hijo y aunque solo uno de ellos cumpla con el requisito de edad a que se refiere este capítulo, pero siempre y cuando la diferencia de edad entre cualquiera de los adoptantes sea de 17 años de edad cuando menos.

Para estos casos los requisitos para adoptar son:

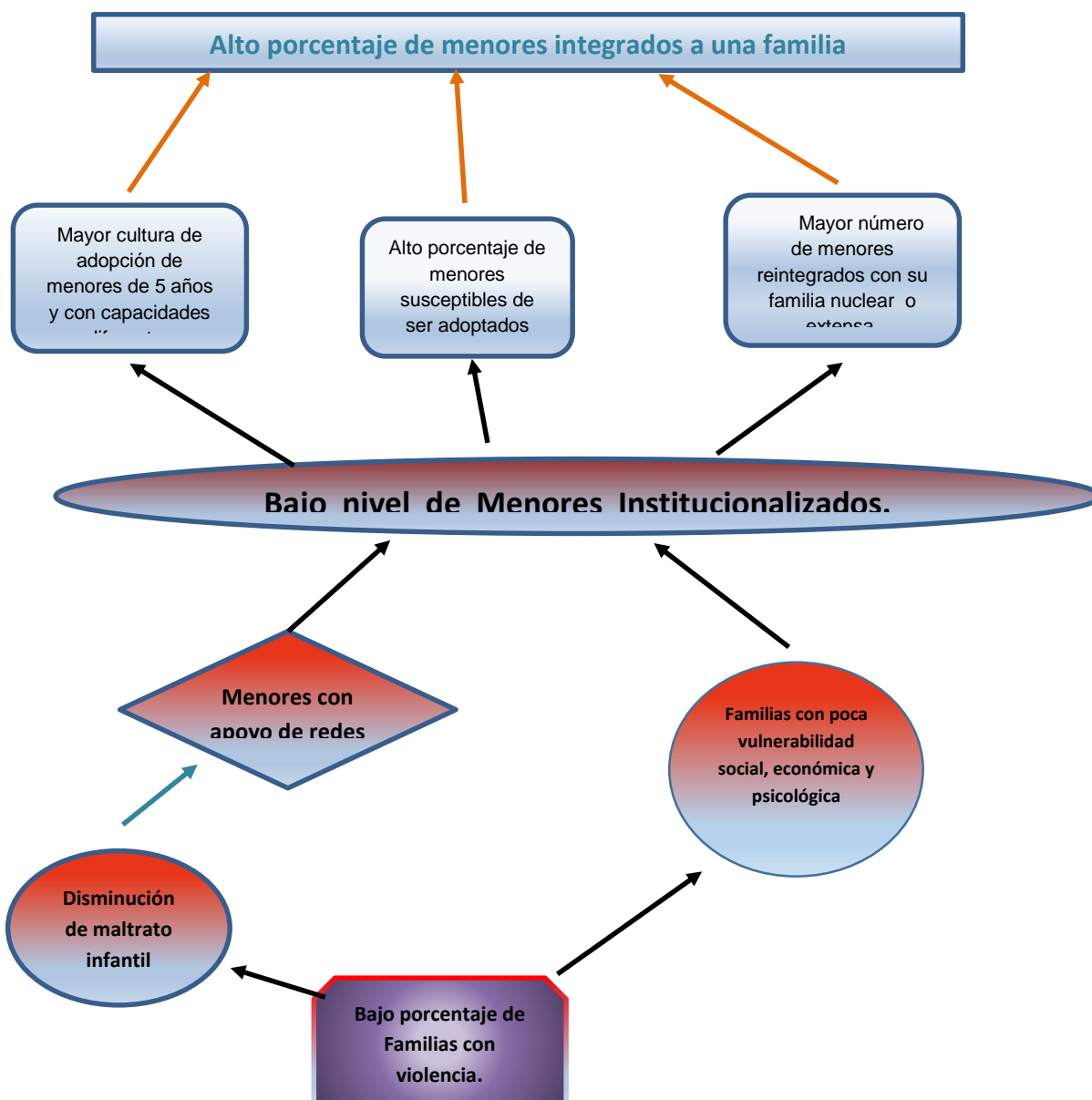
- I.- Que resulte benéfica para la persona que pretende adoptar.
- II.- Que el adoptante tenga más de 25 años cumplidos al momento que el Juez emita la resolución que otorga la adopción y tenga 17 años o más que el adoptado.
- III.- Que el adoptante acredite con medios suficientes para proveer la subsistencia y educación del menor como hijo propio.

IV.- Que el solicitante de la adopción exponga de forma clara y sencilla las razones de su pretensión.

V.- Que el solicitante de la adopción demuestre un modo de vida honesto, así como la capacidad moral y social para procurar una familia adecuada y estable al adoptado. Y

Vi.-Que ninguno de los adoptantes hayan sido procesados o se encuentren pendientes de procesos penales por delitos contra la familia, sexuales o en su caso contra la salud.

Árbol de objetivos de los matrimonios solicitantes de adopciones.



3.-5.1.3.- Árbol de objetivos de Maltrato infantil.

- El Objetivo de prevenir y atender los reportes de maltrato infantil derivados de cualquier acción (física, sexual o emocional) u omisión no accidental en el trato hacia un menor, por parte de sus padres o cuidadores, que le ocasiona daño físico o psicológico y que amenaza su desarrollo tanto físico como psico-social. En los foros de análisis de esta delicada problemática social se identifican seis tipos de maltrato infantil;
 - el abuso físico,
 - el [abuso sexual](#),
 - el maltrato emocional,
 - el abandono físico y emocional,
 - explotación,
 - maltrato institucional.

“Ninguna violencia contra los niños está justificada y toda violencia puede ser prevenida. Todos los países pueden y deben poner fin a la violencia contra los niños. Eso no significa limitarse a castigar a los agresores, sino que es necesario transformar la mentalidad de la sociedad y las condiciones económicas y sociales subyacentes ligadas a la violencia.”⁴²

Para atender y contribuir a erradicar el maltrato infantil la Dirección General Jurídica y Enlace Institucional tiene varios programas para incidir en los grupos poblacionales que lamentablemente incurren en estos comportamientos por todos los conceptos descalificables. Inicialmente se imparten continuamente pláticas de prevención del Maltrato Infantil, Se propaga la información a través de trípticos y carteles, y en ese nivel, se realiza difusión de la semana nacional e internacional de la Familia.

Ante los reportes de maltrato infantil el personal del área programa y realiza visitas domiciliarias, Registra de los reportes de maltrato, elabora estudio socioeconómico, para lo cual asigna a equipos de trabajadoras sociales y de identificarse el generador del maltrato se le cita y se le conmina, levantando el acta de amonestación y de registro para control futuro.

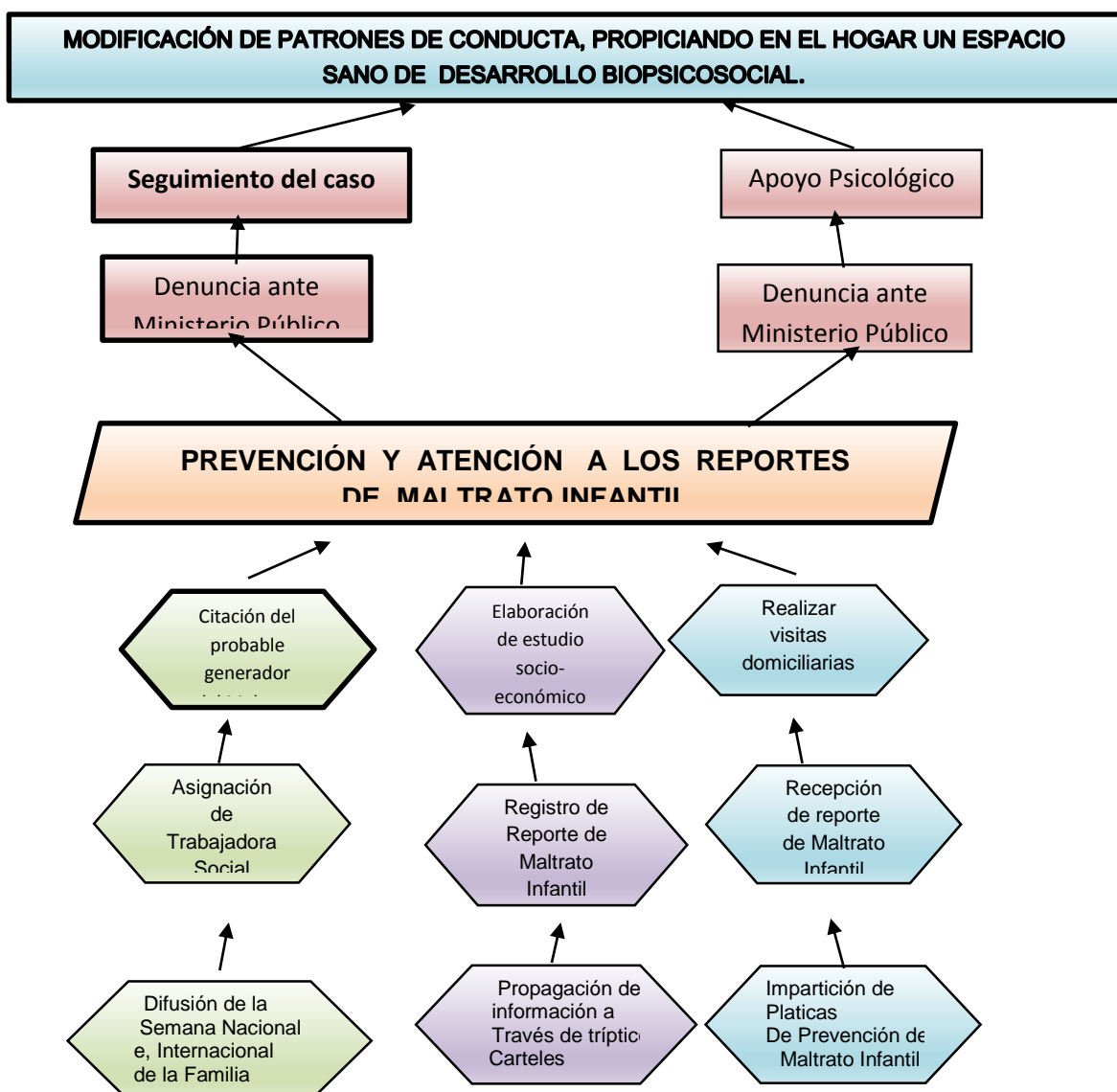
⁴² Paulo Sérgio Pinheiro, Experto Independiente que lideró el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños.

Estas acciones de prevención y atención a los reportes de maltrato, deben tener un seguimiento de acuerdo al procedimiento para prevenir las conductas violatorias de la población vulnerable, en este caso prioritariamente de niñas, niños y adolescentes.

El objetivo que se persigue es eliminar o, paulatinamente modificar los patrones de conducta para que el hogar sea un espacio de desarrollo biopsicosocial. De ahí que se da seguimiento para determinar el grado de intervención que se aplicará a los infractores o violadores de los derechos de los menores, puede haber instancias de formación y educación de los padres o tutores, a través de pláticas, cursos y evaluaciones. Puede canalizarse hacia tratamiento psicológico, incluso puede haber denuncias ante el Ministerio Público y dar cauce legal a las consecuencias que se deriven de las denuncias.

Gráficamente se presenta el siguiente diagrama que expresa el árbol de objetivos de las actividades que buscan prevenir y atender los reportes del maltrato infantil.

Árbol de objetivos de Maltrato infantil



3.5.1.4.-Árbol de objetivos Integrado.

(Se adjunta descriptivo de árbol de objetivos)

3.5.2.- Criterios de Indicadores.

Para la creación y diseño de los indicadores es necesario determinar la naturaleza de su destino y uso, así como de la seguridad para obtener la información que permitirá su registro permanente. Así hay tres elementos básicos del sistema: la estructura, el proceso y los resultados. Este enfoque se mantiene hasta el día de hoy soliendo ser la base y sustento de los trabajos que monitorizan la calidad del indicador.

3.5.2.1. Criterios

Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por los siguientes criterios de carácter general:

- **Validez** (si efectivamente mide lo que intenta medir)
- **Confiabilidad** (si su medición repetida en condiciones similares reproduce los mismos resultados)
- **Especificidad** (que mida solamente el fenómeno que se quiere medir)
- **Sensibilidad** (que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir)
- **Mensurabilidad** (que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir)
- **Relevancia** (que sea capaz de dar respuestas claras a los asuntos más importantes de las políticas de atención a población vulnerable y en especial a los menores)
- **Costo-beneficio** (que da los resultados que justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos)
- **Sencillez** (debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar)

Los indicadores deben ser fácilmente utilizados e interpretados por los analistas y comprensibles para los usuarios de la información, como son los directores de centros de salud, los gerentes y, tomadores de decisión tanto en el ámbito local, estatal y nacional.

Para homologar los conceptos que tratamos en este documento proponemos coincidir en lo que es un “Indicador” llegando a la siguiente definición: ...Un indicador es la traducción numérica de un aspecto significativo del fenómeno considerado en valores relativos (porcentaje, índice, medidas unitarias...) con exclusión de toda enumeración

estadística en el sentido restringido. Se habla de medidas clave, medidas estratégicas o medidas sumarias⁴³.

De una forma más modesta, podemos aseverar que un indicador es un valor relativo. El valor relativo es subjetivo, dependiente de puntos de vista específicos o determinados, El valor relativo puede ser considerado como una ‘experiencia’, El valor relativo varía según la interpretación individual y cultural, mientras que el valor absoluto, permanece constante, sin importar la ‘experiencia’.

El valor relativo puede ser explicado como una suposición, a partir de la cual se puede extrapolar la implementación. Son un tipo de datos que se refieren a un dato de comparación, anterior o antecedente, e introducen una cifra nueva y comparable, adjetiva de la que forman parte.

Usualmente se considera que los números relativos ocupan la posición del [especificador](#) de la comparación y por tanto la de los datos variables, que encabeza puede ser vista como una división que es una operación [aritmética](#) de descomposición que consiste en averiguar cuántas veces un número (divisor) está contenido en otro número (dividendo). El resultado de una división recibe el nombre de cociente, para nuestro caso es la determinación de la media que corresponde la indicador, por lo que se considera que en términos específicos los indicadores de cumplir también los siguientes criterios básicos:

- Debe haber una Meta por cada objetivo / medición.
- Las metas deben ser siempre cuantificables.
- Las metas están pre-establecidas.
- Las metas están ubicadas en un periodo específico.
- Las metas deben ser ambiciosas pero alcanzables.
- Las metas financieras deben asegurar la sanidad contable de la institución.

⁴³ “Indicateurs de Sécurité Sociales” Commission des Communautés Européenes. División des problemas Generaux de la Sécurité Sociales. Bruselas 1969. Estudio de la Comisión de la Comunidad Europea, publicado en 1969 y citado en la memoria de trabajo del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en México. Denominado “Métodos Estadísticos y Análisis de Costos en la Seguridad Social. Del profesor Peter Thullen (profesor honorífico del CIESS). Producción gráfica mediterránea, SA de CV. México 1992

3.-5.2.2. Indicadores.

De manera general los guarismos que se han utilizado como indicadores son de la tipología siguiente:

- Números absolutos.
- Porcentajes.
- Proporciones.
- Razones.
- Tasas. E
- Índices.

Los indicadores se identifican como Indicadores de estructura, de cumplimiento, de proceso y de resultados.

Los de calidad de la estructura, o **indicadores de estructura**, miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para proporcionarlos. Los indicadores **de cumplimiento**, miden el avance de los programas y generalmente se comparan con alguna meta. Los indicadores de la calidad del proceso (**indicadores de proceso**) miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al sujeto beneficiado. Finalmente, los indicadores basados en resultados o **indicadores de resultados** miden el nivel de éxito alcanzado en el programa, como sujetos que recibieron la atención, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención.

Cumplimiento de metas

Indicador de eficiencia, Conocer el porcentaje del total de Acciones Jurídicas realizadas totales a los Niñas, Niños y Adolescentes (NNA), contra el total de acciones jurídicas de NNA programadas. Que se plantea como el cociente multiplicado por 100 de las variables siguientes:

1.- Acciones de Regularización.

Número de acciones de regularización jurídica de niñas,
Niños y adolescentes realizadas
Número de acciones de regularización jurídica de NNA programadas X 100.

Indicador de cumplimiento, conocer el porcentaje de las acciones de regularización jurídica de los NNA contra el número de acciones de regularización jurídica de los NNA programadas y ese cociente multiplicado por 100.

2.- Menores regularizados.

Número de menores regularizados jurídicamente X 100
Número de menores programados para regularizarse jurídicamente

Indicador de cumplimiento, conocer el porcentaje de las acciones de regularización jurídica de los menores contra el número menores programados para regularizarse jurídicamente y a ese cociente multiplicado por 100.

3.- Niñas regularizadas.

$$\frac{\text{Número de niñas regularizadas jurídicamente}}{\text{Número de niñas programadas para regularizarse jurídicamente}} \times 100$$

Indicador de cumplimiento, conocer el porcentaje de niñas regularizadas jurídicamente, contra el número de niñas programadas para regularizarse jurídicamente y a ese cociente multiplicado por 100.

4.- Niños regularizados

$$\frac{\text{Número de niños regularizadas jurídicamente}}{\text{Número de niños programados para regularizarse jurídicamente}} \times 100$$

2.- ADOPCIONES.

5.- Asesoría a Solicitantes de Adopción Nacional.

$$\frac{\text{Número de asesorías a solicitantes de Adopción Nacional}}{\text{Número total de asesorías programadas}} \times 100$$

6.- Asesoría a Solicitantes de Adopción Nacional, por pareja.

$$\frac{\text{Número de asesorías a solicitantes de Adopción Nacional como parejas}}{\text{Número total de asesorías programadas}} \times 100$$

7.- Asesoría a Solicitantes de Adopción Internacional.

$$\frac{\text{Número de asesorías a solicitantes de Adopción Internacional}}{\text{Número total de asesorías programadas}} \times 100$$

8.-Asesorías Internacionales

$$\frac{\text{Número de asesorías a solicitantes de Adopción Internacional}}{\text{Número total de asesorías Internacionales programadas}} \times 100$$

9.- Asesoría a Solicitantes de Adopción Internacional, pareja

$$\frac{\text{Número de asesorías a solicitantes de Adopción Internacional como parejas}}{\text{Número total de asesorías programadas}} \times 100$$

10.- Asesoría Internacional a parejas.

Número de asesorías a solicitantes de Adopción Internacional como parejas x 100
Número total de asesorías internacionales programadas

11.-Entrevistas de Trabajo Social DIF Nacional.

Número de entrevistas de T.S. a solicitantes de adopción DIF Nacional x 100
Número de entrevistas de T.S. a solicitantes de adopción DIF Nacional

12.- Visitas Domiciliarias DIF Nacional

Número de visitas domiciliarias a solicitantes de adopción DIF Nacional realizadas x
100
Número de visitas domiciliarias a solicitantes de adopción DIF Nacional programadas

13.- Informes de Estudios DIF Nacional.

Informes de Estudios Socioeconómicos de adopción DIF Nacional realizados x 100
Informes de Estudios Socioeconómicos de adopción DIF Nacional programadas

14.- Informe de Entrevistas DIF Estatal.

Entrevistas de T.S. a solicitantes de adopción DIF estatales realizadas x 100
Entrevistas de T.S. a solicitantes de adopción DIF estatales programadas

15.-Visitas Domiciliarias DIF Estatal.

Número de visitas domiciliarias a solicitantes de adopción DIF estatal realizadas x
100
Número de visitas domiciliarias a solicitantes de adopción DIF estatales programadas

16.- Informes de Estudios DIF Estatal.

Informes de Estudios Socioeconómicos de adopción DIF Estatal realizados x 100
Informes de Estudios Socioeconómicos de adopción DIF Estatal programadas

17.- Visitas Domiciliarias otras instituciones.

Número de visitas domiciliarias a solicitantes de adopción PJDF realizadas x 100
Número de visitas domiciliarias a solicitantes de adopción DIF PJDF programadas

18.- Informes de Estudios Socioeconómicos otras instituciones.

Estudios Socioeconómicos a solicitantes de adopción PJDF realizados x 100
Estudios Socioeconómicos solicitantes de adopción PJDF programados

19.- Visitas Domiciliarias seguimiento post-adoptivo DIF estatal.

Visitas domiciliarias de Seguimiento post-adoptivo DIF Estatal realizadas x 100
Visitas domiciliarias de Seguimiento post-adoptivo DIF Estatal programadas

20.- Informes de Seguimiento post-adoptivo DIF Estatal.

Informes de Seguimiento post-adoptivo DIF Estatal realizadas x 100
Informes de Seguimiento post-adoptivo DIF Estatal programadas

21.- Atenciones de 1ª vez (mujeres DIF Nacional).

Atenciones de 1ª vez a solicitantes de adopción (Mujeres DIF Nacional) realizadas x
100
Atenciones de 1ª vez a solicitantes de adopción (Mujeres DIF Nacional) programadas

22.- Atenciones de Hombres DIF Nacional.

Atenciones a solicitantes de adopción (hombres DIF Nacional) realizadas x 100
Atenciones a solicitantes de adopción (hombres DIF Nacional) programadas

23.- Informes Sociales Analizados de Adopción Internacional.

Número de informes sociales de adopción internacional DIF Nacional analizados x
100
Número de informes sociales de adopción internacional DIF Nacional programados

24.- Informes Sociales Realizados de Adopción Internacional.

Número de informes sociales de adopción internacional DIF Nacional realizados x
100
Número de informes sociales de adopción internacional DIF Nacional programados

25.- Participantes de Cursos de Inducción a Solicitantes de Adopción.

Cursos de Inducción a Solicitantes de Adopción DIF Nal. Realizadas. X 100
Cursos de Inducción a Solicitantes de Adopción DIF Nal. Programados

26.- Asesorías de adopción a DIF Estatal.

Número de Asesorías de T.S. sobre Adopción al DIF Estatal realizadas x 100
Número de Asesorías de T.S. sobre Adopción al DIF Estatal programadas

27.- Seguimiento Post-adoptivos Internacionales.

Número de seguimiento Post-adoptivos Internacionales. X100

Número total de adopciones autorizadas.

28.- Solicitud de Adopción Nacional.

Número de solicitudes de adopción nacional. X100

Número total de solicitudes como pareja

29.- Solicitudes de adopción como individuo

Número de solicitudes de adopción nacional. X100

Número total de solicitudes como individuo

30.-Adopciones autorizadas nacionales.

Número total de adopciones autorizadas por año. X 100

Número de adopciones nacionales autorizadas

31.-Adopciones autorizadas inter-nacionales.

Número total de adopciones autorizadas por año. X 100

Número de adopciones inter-nacionales autorizadas

REPORTES RECIBIDOS DE MALTRATO INFANTIL

32.-Maltrato Infantil.

Número mensual de reportes recibidos de maltrato infantil x 100
Programación anual de reportes recibidos de maltrato infantil

33.- Avance mensual atención de reportes.

Número mensual de reportes atendidos de maltrato infantil x 100
Programación anual de reportes atendidos de maltrato infantil

34.- Avance mensual capacitación. Pláticas

Número mensual de asistentes a pláticas de maltrato infantil x 100
Programación anual de asistentes a pláticas de maltrato infantil

35.- Avance mensual visitas domiciliarias.

$$\frac{\text{Número mensual de visitas domiciliarias realizadas}}{\text{Programación anual de visitas domiciliarias}} \times 100$$

36.- Avance mensual aplicación de pruebas psicológicas.

$$\frac{\text{Número mensual de aplicación de pruebas psicológicas}}{\text{Programación anual de aplicación de pruebas psicológicas}} \times 100$$

37.- Avance mensual estudios socio-económicos

$$\frac{\text{Número mensual de estudios de trabajo social}}{\text{Programación anual de estudios de trabajo social}} \times 100$$

Así proponemos para el programa E040 una relación de indicadores de acuerdo a la siguiente matriz.

MATRIZ DE INDICADORES (Prog. E 040)

Resumen Narrativo	Indicador	Método de cálculo	Programación Anual 2014	Supuestos	Frec. de medición
Fin. Contribuir a cerrar las brechas existentes en salud entre diferentes grupos sociales y regionales del país, mediante el acceso a servicios de asistencia social.	Porcentaje de familias que culminaron el proceso de adopción de niñas, niños o adolescentes (NNA)	No de familias que lograron la adopción / No. de familias que solicitaron la adopción en los últimos dos años. X 100	10/47	Que las circunstancias socioeconómicas de la población objetivo no impidan la obtención de los servicios asistenciales requeridos.	Anual
Propósito: La población vulnerable tiene acceso a servicios asistenciales.	Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (NNA) institucionalizados que se integraron a una familia.	NNA, que se integraron a una familia / NNA susceptibles de integrarse a una familia x 100	10 / 60	Que los usuarios de los servicios de asistencia social los soliciten.	Anual
Componente: Asesoría y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	Porcentaje de asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.	No. de asesorías y valoraciones para la adopción otorgadas / No. de asesorías y valoraciones para la adopción programadas x 100	560 / 560	Que las personas usuarias no soliciten la asesoría en materia de adopción.	Trimestral
Actividad: Regularización jurídica de niñas, niños y adolescentes (NNA).	Porcentaje de acciones realizadas en materia de regularización jurídica de NNA.	No. De acciones de regularización jurídica de NNA realizadas / No. de acciones de regularización jurídica de NNA programadas x 100	280 / 280	Que la sentencia que emita el juez sea desfavorable	Trimestral
Actividad Acciones encaminadas a la integración de niñas, niños y adolescentes (NNA) a una familia.	Porcentaje de acciones encaminadas a la integración de (NNA) a una familia.	No. de acciones realizadas para la integración de NNA a una familia / No. de acciones programadas encaminadas a la integración de NNA a una familia x 100	16 / 16	Que los solicitantes se desistan de su trámite	Trimestral

Indicadores complementarios propuestos -programa E040-

NO.	INDICADOR	NOMENCLATURA	FRECUENCIA	ÁREA	OBSERVACIONES
1	De Eficiencia	Avance de programa	Mensual/anual	Regularización	Global.
2	De cumplimiento	Cumplimiento de metas	Mensual/anual	Regularización	Con relación a metas
3	De cumplimiento	% de atención a niñas programado	Mensual/anual	Regularización	Con relación a metas
4	De cumplimiento	% de atención niños programado	Mensual/anual	Regularización	Con relación a metas
5	De cumplimiento	Asesoría a Solicitantes de Adopción Nacional	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
6	De cumplimiento	Asesoría a Solicitantes de Adopción Nacional, por pareja	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
7	De cumplimiento	Asesoría a Solicitantes de Adopción Internacional.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas.
8	De cumplimiento	Asesorías Internacionales	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
9	De cumplimiento	Asesoría a Solicitantes de Adopción Internacional, pareja	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
10	De cumplimiento	Asesoría Internacional parejas	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
11	De cumplimiento	Entrevistas de Trabajo Social DIF Nacional	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
12	De cumplimiento	Visitas Domiciliarias DIF Nacional	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
13	De cumplimiento	Informes de Estudios DIF Nacional	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
14	De cumplimiento	Informe de Entrevistas DIF Estatal.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
15	De cumplimiento	Visitas Domiciliarias DIF Estatal.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
16	De cumplimiento	Informes de Estudios DIF Estatal.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
17	De cumplimiento	Visitas Domiciliarias otras instituciones.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas

18	De cumplimiento	Informes de Estudios Socioeconómicos otras instituciones	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
19	De cumplimiento	Visitas Domiciliarias seguimiento post-adoptivo DIF estatal.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
20	De cumplimiento	Informes de Seguimiento post-adoptivo DIF Estatal.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
21	De cumplimiento	Atenciones de 1ª vez (mujeres DIF Nacional).	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
22	De cumplimiento	Atenciones de Hombres DIF Nacional.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
23	De cumplimiento	Informes Sociales Analizados de Adopción Internacional	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
24	De cumplimiento	Informes Sociales Realizados de Adopción Internacional.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
25	De cumplimiento	Participantes de Cursos de Inducción a Solicitantes de Adopción	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
26	De cumplimiento	Asesorías de adopción a DIF Estatal.	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
27	De cumplimiento	Seguimiento Post-adoptivos Internacionales	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
28	De cumplimiento	Solicitud de Adopción Nacional	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
29	De cumplimiento	Solicitudes de adopción como individuo	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
30	De cumplimiento	Adopciones autorizadas nacionales	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
31	De cumplimiento	Adopciones autorizadas internacionales	Mensual/anual	Adopciones	Con relación a metas
32	De cumplimiento	Maltrato Infantil Atendido	Mensual/anual	Maltrato	Con relación a metas
33	De cumplimiento	Avance mensual atención de reportes	Mensual/anual	Maltrato	Con relación a metas
34	De cumplimiento	Avance mensual capacitación. Pláticas	Mensual/anual	Maltrato	Con relación a metas
35	De cumplimiento	Avance mensual visitas domiciliarias	Mensual/anual	Maltrato	Con relación a metas
36	De cumplimiento	Avance mensual aplicación de pruebas psicológicas	Mensual/anual	Maltrato	Con relación a metas

37	De cumplimiento	Avance mensual estudios socio-económicos	Mensual/anual	Maltrato	Con relación a metas
----	-----------------	--	---------------	----------	----------------------

3.5.3. Cobertura.

El Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia tiene una estructura nacional a través de las oficinas nacionales que tiene su sede en la Ciudad de México en Eje 7-A Sur 340, colonia Sta. Cruz Atoyac, Benito Juárez, Código Postal 03310, Ciudad de México, Distrito Federal, tel.: 01 55 3003 2200. Presidido por la Sra. Angélica Rivera de la Peña. Y la titular del organismo es la C. Laura Vargas Carrillo, abogada por la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo y Por instrucciones del Presidente de la República, el Licenciado Enrique Peña Nieto, desde el 8 de enero de este año fue nombrada Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia coordina y promueve a nivel nacional entre los Sistemas Estatales DIF, actividades y programas tendientes a garantizar la protección, el desarrollo integral y la igualdad de oportunidades para los niños, las niñas, adolescentes y familias vulnerables, a través de la generación e implantación de políticas públicas y modelos de intervención regionales y locales de carácter preventivo y de atención, que permitan superar condiciones de desventaja y competencia social, ello acorde a los postulados de humanismo, equidad y cambio, así como al criterio de inclusión , planteados por la Administración.

En cada Entidad federativa existe una estructura que cumple con las atribuciones de promover la integración y el desarrollo humano individual y familiar y colectivo a través de modelos que han dado resultados positivos para privilegiar la prevención de los factores de vulnerabilidad social. Dentro de una perspectiva de rectoría plena del estado para crear factores que propicien la igualdad y las oportunidades a los niños, niñas y en general para que los grupos vulnerables tengan acceso a mejorar los niveles de calidad de vida, de pleno respeto y reconocimiento a sus derechos.

Es por ello que este nuevo programa denominado E040 relativo a la “Atención a grupos vulnerables”. Forma parte central de los diferentes programas y que tienen por definición propiciar y atender a los grupos más necesitados del país que actualmente incluye a los menores de edad por debajo de los 19 años, las mujeres sujetas a violaciones a sus derechos más elementales, a los mayores de edad, que padecen, .

3.5.3.1. Identificación y caracterización de la población potencial.

Para el año de 2010, CONEVAL y el UNICEF registraron una población infantil en pobreza extrema estimada en 5.1 millones de niños, además de 16.3 millones en pobreza moderada a ello se suma 9.0 millones con población vulnerable por carencias sociales y 2.9 millones de población vulnerable por ingresos, todos ellos menores a 17 años. Lo

que representa una población de 33.3 millones de menores en pobreza. Si partimos que la población total de niñas, niños y adolescentes menores a 17 años es de 39.8 millones, entonces tenemos en algún tipo de pobreza al 84 % de la población más joven del país.

Los 21.4. Millones de menores representan que esa parte de la población tiene una pobreza denominada como multidimensional. En efecto de acuerdo al análisis de bienestar por nivel de ingreso, que representa a los más pobres por carencias sociales y a los más pobres por falta de ingresos necesarios. En este cuadro matricial sólo el 16.5 % de ese nicho poblacional, no es pobre y tampoco es vulnerable.

De ello se concluye que la población objetivo del programa E-040, podría alcanzar al 21.5 %, que representa a 21.4 millones de sujetos, reconocidos en los estamentos de Población en pobreza extrema y población en pobreza moderada, ambos del estrato poblacional de población infantil.

3.5.3.1.1.- Resultados del año pasado y avances del actual.

Si bien se pueden presentar cifras de años anteriores, se debe aclarar que corresponden a respuestas que se han realizado como demandas de la población, pero que han sido atendidas sin contar con un programa presupuestal que contemple las disposiciones generales de dar atención a las peticiones de la ciudadanía, sin estar definida en la normatividad que da sentido y origen a este documento y que tiene por fin dar soporte al programa E-040.

En materia de Regularización jurídica, se llevaron a cabo las siguientes acciones encaminadas a tramitar Juicios en materia familiar, Perdida de Patria Potestad, Nulidad de Acta. Terminación de Patria Potestad y Jurisdicción Voluntaria de Adopción, obteniéndose los siguientes resultados:

PROGRAMA DE RESULTADOS SOBRE MENORES REGULARIZADOS.

NO.	PERIODO	MENORES REGULARIZADOS JURÍDICAMENTE	ADOPCIONES CONCLUIDAS.
1	2007	215	23
2	2008	194	14
3	2009	181	16
4	2010	92	19

5	2011	109	7
6	2012	126	10
7	2013	117	7
	TOTAL	1034	96

En atención a los resultados del año 2013 y tomando en cuenta la salvedad arriba indicada, se puede colegir que para el ejercito del año 2013 se regularizaron 117 casos de menores, de los cuales 76 asuntos correspondieron al género femenino y la diferencia- 41-, a los varones. Las adopciones alcanzaron 7 casos. Todos ellos de menores albergados en los Centros de asistencia en los que el Sistema Nacional DIF, tiene injerencia directamente como son Casa Cuna Tlalpan, Casa Cuna Coyoacán, Casa Hogar Varones y Centro Amanecer.

En lo que comprende al presente año se han realizado 25 regularizaciones jurídicas, entre ellas 13 incumben a niñas y el resto (12) para niños. A esta fecha sólo se ha concluido una sola adopción.

En materia de adopciones se cuentan con los resultados correspondientes a varios años en una serie que fue posible integrar datos de la administración pasada- o sea de 2006 al 2012-. De la siguiente composición.

Se recibieron 1210 solicitudes de adopción que en primera instancia se consideraron procedentes; sin embargó hubo 488, que fueron calificadas de improcedentes. Posteriores a la revisión de requisitos formales se determinaron que 588 asuntos tenían la posibilidad de proceder a los estudios, visitas y dictámenes posteriores.

En el análisis de la documentación se pudo identificar las siguientes variantes; 37 asuntos que correspondían a trámites internacionales, de los cuales 1 fue improcedente y actualmente hay 5 casos que iniciaron trámites. Durante ese lapso de estudio concluyeron 10 adopciones internacionales, los niños fueron mayoría ya que represento 8 de los diez casos y sólo 2 fueron de niñas, una relación de 4 a 1.

En ese orden de revisiones también se encontraron 547 peticiones de adopción para tramite nacional, para niñas se identificaron 268 y 253 para niños.

Para el año de 2013, se recibieron 87 expedientes; 13 se determinaron procedentes, 8 nacionales y 5 internacionales. A cinco expedientes s eles requirió ampliación de información, se dejaron 5 expedientes, pendientes de resolución y cuatro fueron presentados para baja.

Para calificar y decidir sobre estos asuntos se realiza cuando menos una sesión ordinaria, del Consejo Técnico de Adopciones al mes, para valorar los resultados de todas las acciones (recepción de información, visitas domiciliarias, formulación de cuestionarios, elaboración de estudios, pruebas y dictámenes socio-económicos y valoraciones biopsicosociales, hasta sumarios y evaluaciones técnicas sobre las diferentes especialidades, que se estiman pertinentes para asegurar el interés superior de los menores. Para el ejercicio del año en revisión se realizaron 12 sesiones ordinarias y 3 extraordinarias.

Con la finalidad de conocer la cantidad de trabajo que se aplica para tener la información que permita valorar con elementos de juicio a los integrantes del Comité Técnico de Adopciones, se relaciona algunas cifras de los trabajos realizados en ese año;

- a).- 619 Asesorías a solicitantes de adopción nacional;
- b).- 98 Asesorías a solicitantes de adopción internacional;
- c).- 41 Seguimientos post-adoptivos internacionales;
- d).- 84 Recepciones de solicitudes de adopción Nacionales.
- e).- 4 Recepciones de solicitudes de adopción Internacionales.

El Área que recibe los reportes de Maltrato infantil⁴⁴, tiene varias actividades que abarcan desde las visitas, los estudios psicosociales, así como las convivencias que como mandatos de juzgado se deben verificar y vigilar para complementar los apoyos y acompañamientos que permitan concluir con las pruebas que los jueces requieren para dictar sentencia, en los asuntos que son de su competencia y que por alguna razón se da el patrocinio del DIF, haciéndose responsable la Dirección General jurídica y Enlace Institucional.

Así durante el año de 2013 se efectuaron entre otras los siguientes conceptos de trabajo para atender los reportes de maltrato infantil:

- 1.- 613 Reportes de maltrato infantil.
- 2.- 373 Reportes atendidos.
- 3.- 1 183 Asistentes a pláticas contra maltrato infantil; de esas fueron 1028 menores y 169 mujeres mayores – generalmente madres-.
- 4.- 1 084 Visitas domiciliarias practicadas.
- 5.- 308 Pruebas psicológicas aplicadas.
- 6.- 1 016 Estudios socio-económicos.
- 7.- 3 372 Asesorías jurídicas personales, en materia Familiar, por primera vez, de las que fueron 20 337 mujeres y 1 035 hombres-.
- 8.- 79 Asesorías Jurídicas en materia familiar por primera vez a través de internet.
- 9.- 553 Atenciones subsecuentes a beneficiarios.
- 10.- 14 Convenios.

⁴⁴ Para la información a nivel nacional ver Anexo IV.

**Reporte consolidado de actividades orientadas a atender los reportes de
Maltrato Infantil.**

Meta- 2013	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Total
ASESORIA A SOLICITANTES DE ADOPCION INTERNACIONAL	6	4	6	16	7	5	17	5	11	10	6	5	98
SEGUIMIENTO POST-ADOPTIVOS INTERNACIONALES	2	4	5	2	2	6	2	8	1	3	4	2	41
SOLICITUD DE ADOPCION NACIONAL	2	0	2	8	12	9	13	7	11	9	6	5	84
SOLICITUD DE ADOPCION INTERNACIONAL	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4
ASESORIA A SOLICITANTES DE ADOPCION NACIONAL	90	68	54	43	41	55	46	65	55	40	37	25	619
Meta 2014	Ene	Feb	Mar	Abr	Mayo	Jun	Jul	Ago.	Sep.	Oct	Nov	Dic	Total
ASESORIA A SOLICITANTES DE ADOPCION NACIONAL	37	53	66	37									193
ASESORIA A SOLICITANTES DE ADOPCION INTERNACIONAL	0	8	8	5									21
SEGUIMIENTO POST-ADOPTIVOS INTERNACIONALES	6	6	6	3									21
SOLICITUD DE ADOPCION NACIONAL	4	2	0	0									6
SOLICITUD DE ADOPCION INTERNACIONAL	0	0	0	0									0

3.5.3.1.2.-Espectativas para el presente año.

Las expectativas para el año de 2014, carecen de metas específicas, ya que el programa al que corresponden no se trabaja por sistema y más corresponde a una inercia de respuestas y peticiones, desde las personales que realizan la ciudadanía hasta las quejas que se canalizan por la estructura del gobierno ejecutivo federal y por las instancias de gobierno donde se sabe de los alcances y capacidad de respuesta que mantiene el SNDIF, así como por los diferentes causes que llegan para atenderse y se estiman cuando menos, cumplir con el 100 % de las cifras alcanzadas en el ejercicio de 2013, sin embargo la inercia muestra un crecimiento constante, ya que la las cantidades normalmente se aumentan año, con año sin que hasta la fecha exista una programación que utilice los criterios de planeación y fijación de metas que se usan para este tipo de ejercicios.

Sin embargo hay actividades y planes para continuar con el perfeccionamiento de los conocimientos, de las habilidades, y de las actitudes del personal que realiza tan insigne función, dentro de ellas podemos señalar a:

- Curso de Inducción para solicitantes de adopción.
- Curso de Escuela para Padres.
- Apremio al establecer las citas para las valoraciones socioeconómicas y psicológicas.
- Aplicación y operación del SIAD.
- Estructura Orgánica del Área de Adopciones.

En materia de adopciones el trabajo que elabora los estudios, las evaluaciones, las valoraciones y los cursos prepara la información para que se calificada por el Consejo Técnico de Adopción, quien entre otros criterios toma en cuenta la edad, la solvencia económica, la apertura, la flexibilidad, la capacidad de resolución de problemas, la autoestima; por ejemplo, con respecto a la edad, la población objetivo se encuentra entre los 35 y 45 años de edad.

3.5.3.1.3.- Aspectos susceptibles de mejorar.

Los aspectos susceptibles de mejora se pueden clasificar en ámbitos diferentes, en primer lugar en actividades propias de las atribuciones y responsabilidades de la institución, en segundo lugar de la organización de las estructuras para mejor cumplir con estas actividades, en tercer lugar son los sistemas organizacionales para evitar que el trabajo se realice en forma rudimentaria, más cuando en la actualidad es muy sencillo diseñar cuadros de vaciado, tabulación y análisis de la información para recopilar, controlar, procesar y reportar el cumplimiento de metas. Un cuarto aspecto se refiere a coordinaciones con otras áreas que se sabe se ocupan de atender a la población vulnerable.

Inicialmente señalaremos en forma indicativa más que exhaustiva los aspectos de mejora, relativa a las atribuciones directas:

- .- programas metas basadas en la realidad y aplicar los márgenes de aproximación al punto de equilibrio.
- .- Revisar los equipos y evaluar las cargas de trabajo para sistematizar y organizar la capacidad de respuesta.
- .- Analizar el flujo de la información para determinar donde hay cuellos de botella y diseñar estrategias para agilizar el procedimiento.
- .- Revisar y actualizar los Manuales Administrativos, teniendo especial énfasis en los funcionales y los operativos.
- .- Revisar los tramos de control y los responsables ya que se aprecia personal de muy alta calificación.

El segundo tipo de aspectos de mejora se refiere a la organización estructural, lo que implicará una revisión organizacional, de preferencia de tipo de reingeniería de procesos, para no detener las actividades de atención a la ciudadanía que siempre son urgentes.

3.5.4. Identificación y caracterización de la población objetivo.

Con relación a la población que solicita en adopción a los menores podemos afirmar que No se puede cuantificar la gente, toda vez que los solicitantes de adopción, depende exclusivamente de las expectativas y decisión de los interesados en el trámite, no teniendo esta área injerencia alguna en ello.

Derivado de lo anterior, podemos concluir que la población objetivo únicamente son los solicitantes interesados en iniciar un trámite de adopción residentes en el Distrito Federal y Área Metropolitana, con la finalidad de tomar en consideración el traslado de estos para llevar a cabo las valoraciones de trabajo social y psicología; así como el periodo de convivencias y el proceso judicial.

3.5.4.1.-Análisis del procedimiento derivado durante los estudios psicosociales y económicos.

La Subdirección de Adopciones realiza el trámite administrativo de adopción; así como las valoraciones psicológicas y de trabajo social, a partir de que se creó el área en 2011.

Para este trámite, los solicitantes deberán atender lo siguiente:

- Acudir al área de Adopciones de la Dirección de Asistencia Jurídica del SNDIF, a fin de entregar la Ficha de Inscripción al Curso de Inducción a solicitantes de adopción. Asistir al Curso de Inducción, mismo que consta de 4 sesiones los

viernes en un horario de 17:00 a 19:00 horas, acreditar el 100 % de asistencia a efecto de que sean acreedores a una Constancia; asimismo tendrán 1 mes para integrar y entregar su expediente.

- Una vez recibido el expediente en el área de adopciones del SNDIF, se les proporcionará la Solicitud de Adopción, misma que tendrán que llenar personalmente, y se establecerán las fechas de las valoraciones, estudios, entrevistas y visitas domiciliarias que se realizarán durante el procedimiento.
- Asistir puntualmente a las citas previamente establecidas.
- Una vez concluidas las evaluaciones psicológicas y socioeconómicas, los profesionistas del SNDIF elaborarán un informe mismo que será sometido a consideración de los integrantes del Consejo Técnico de Adopción del SNDIF, órgano colegiado que sesiona mensualmente y cuya finalidad es, entre otras, analizar y determinar la procedencia, improcedencia, revaloración o baja de las solicitudes de adopción.
- La decisión de Consejo Técnico de Adopción se notificará por escrito y personalmente a los solicitantes, informando de las causas de dicha determinación, así como dando la orientación necesaria.
- En caso, de resultar procedente la solicitud, la Dirección de Asistencia Jurídica del SNDIF enviará el expediente a la Dirección General de Integración Social; los solicitantes ingresan a una lista de espera para la asignación de un menor.
- La asignación del menor se llevará a cabo a través de una Sesión de Asignación con los integrantes del Consejo Técnico de Adopción, la cual se realizará atendiendo las necesidades e interés superior del menor que se encuentre liberado jurídicamente y en condiciones de Adoptabilidad y al perfil psicosocial de los solicitantes.
- La Asignación se notificará a los solicitantes por escrito de manera personal.
- Se les proporcionará el Informe de Adoptabilidad mismo que contiene la situación médica, jurídica, psicológica, social y pedagógica del menor.
- Aceptada la asignación por los solicitantes la Dirección General de Integración Social, programará previo consentimiento del menor (a partir de su edad y grado de madurez), la presentación física.

- Se dará inicio el periodo de convivencias entre éstos, siendo dichas convivencias en un primer momento en el Centro Asistencial donde el menor se encuentra albergado y posteriormente fuera del Centro con el seguimiento y supervisión adecuados, esto para evaluar el grado de compatibilidad que existe entre ambas partes.
- En caso de no existir compatibilidad por parte de cualquiera de los involucrados, se valorará su continuación en la lista de espera. Si la convivencia resulta benéfica, se iniciará el procedimiento judicial de adopción.
- El juez competente valorará si los solicitantes cumplen con los requisitos establecidos en la legislación vigente, de acuerdo con las pruebas presentadas, y dictará sentencia decretando la adopción, y una vez que esta cause ejecutoria, girará oficio al Registro Civil para que éste emita la nueva acta de nacimiento del menor adoptado.

En consecuencia el perfil de las personas interesadas en adoptar a niñas, niños y adolescentes, corresponde a personas con una convicción por luchar por obtener aspectos que la naturaleza les ha negado, por eso deben demostrar su interés en formar con el menor, una nueva familia que de la posibilidad de crear un nuevo camino en la vida de esa familia, tanto para el menor que perdió a sus padres y a la pareja que anhela otorgarle a su hijo adoptado, las prerrogativas que daría a un hijo natural.

Ello no obstante no garantiza que mantengan su convicción, interés y conciencia, motivo por el cual se busca que los requisitos solicitados se cumplan con exigencia y rigor, de esa forma tener claridad sobre el interés que cada pareja o solicitante tiene de recibir en adopción a un menor.

3.5.4.2. Marco cultural de sujetos activos y pasivos del programa.

La decisión de adoptar es un proceso complejo toda vez que lo que subyace a ese deseo la mayoría de las veces es la incapacidad de procrear por la vía biológica. En principio lo ideal es que la pareja o persona soltera pueda trabajar su duelo, antes de iniciar su proyecto adoptivo. Lo que sigue a este paso es dejar de lado los mitos que existen alrededor de la adopción, y estar conscientes de las características de los niños institucionalizados, pues muchas de las veces las demandas de quienes inician un trámite están idealizadas, teniendo como expectativa a niños sanos, sin problemas de conducta, emocionalmente abiertos o con ciertas características físicas.

Después de que los solicitantes pueden elaborar la historia de su idealización así como los sentimientos, y duelos no superados, podrán establecer una relación de apego con el menor.

3.4.3. Cuantificación de la población objetivo⁴⁵.

De acuerdo a las cifras de referencia del 2008 al 2010, la población en situación de pobreza aumento 0.1 décima, si bien no pareciera considerable, cuando se medita que el natural camino de toda sociedad es crecer y en consecuencia un país debe subsanar y absorber a sus niños en edad escolar, tanto para completar su educación como para iniciar su vida laboral, entonces el dato es muy revelador ya que la economía no sigue su obligado patrón de crecimiento, sino que disminuye y en ese sentido la caída del nivel de vida de su población lo hace más que proporcionalmente.

Los rubros donde se manifestó las bajas más notables, encontramos que la población con carencias sociales disminuyó, o sea que los pobres fueron mejor atendidos, ya que disminuyeron de 11.6 a 9.0 millones. Entonces que pasó para que el promedio hubiera disminuido tanto. La solución la encontramos en los conceptos acceso a la alimentación que aumento 1.4 millones y la población con ingreso inferior a la línea de bienestar que paso de 23.4 a 24.2 millones de personas.

Geográficamente encontramos una coincidencia, que corresponde al nivel de pobreza nacional. Así tenemos que la población con menores nivel de desarrollo esta ubicada en el sur del país, de la misma forma encontramos que los menores de 5 años, los que están entre 6 y 12 años y los que corresponde entre 12 y 17 años, esta concentrados en los estados del sur, como Chiapas, Oaxaca y Guerrero. En tanto los niveles en que los jóvenes están en una situación de vida más holgada se concentran en los estados norteros especialmente Nuevo León y Coahuila.

3.5.5.1.-Numeralia de la población sujeta al programa⁴⁶.

Con relación a la población total encontramos diferentes variaciones en los porcentajes de población, cuando está por debajo de los 17 años. Así por ejemplo, de 21 % de personas con rezago educativo en general, el 10 % corresponde a ese rango poblacional. Del 32 % en total que tienen acceso a los servicios de salud, 30 % corresponden a los menores de 17 años. Con relación al acceso a la seguridad social el 61 % es de la población total y para nuestra muestra poblacional es de 64 %. Lo mismo sucede en calidad de espacios de la vivienda, servicios básicos en la vivienda y acceso a la alimentación en los que cada concepto esta con 4 puntos porcentuales sobre la población

⁴⁵ Información tomada del documento " Medición multidimensional de la pobreza en México. Análisis de bienestar de la infancia. Primer encuentro regional de indicadores sobre infancia de adolescencia. Septiembre 2011.CONEVAL_ UNICEF.

⁴⁶ Ibídem.

total. Lo que significa que los jóvenes están mejor posicionados. Situación que corresponde con un devenir lógico de la economía y del nivel de progreso.

Así encontramos que en primera instancia la población de menores más necesitados se concentra en las entidades federativas de Oaxaca, Chiapas y Guerrero, lugares donde se encuentran en las principales etnias y los grupos poblacionales más tradicionales y pobres, en el contexto nacional.

De acuerdo a nuestra fuente de información la población más necesitada es sin lugar a dudas es la población de jóvenes, que son también los más pobres, ya que a nivel nacional los más pobres representan el 46.2 %; entre los adultos el porcentaje es de 41.6 %, entre los adultos mayores es de 45.7. Pero los más pobres son los niños, niñas y adolescentes alcanzando el 53.8 %. De todo ese espectro.

3.5.5.2.-Análisis de la población potencial, solicitante y atendida por el programa.

Los programas de atención a población vulnerable, es sin lugar a dudas una asignación pendiente en términos de las funciones del estado mexicano. Con la estadística revisada

Indicadores educativos complementarios México, 2008 – 2012

Indicadores	Porcentaje		
	2008*	2010*	2012*
Analfabetismo ¹	7.5	7.4	6.7
Educación obligatoria ²	44.4	41.0	38.3
Educación obligatoria del jefe o jefa del hogar ³	62.0	57.7	55.6
Asistencia ⁴	11.6	11.0	9.7
Rezago educativo promedio ⁵	24.4	22.4	21.0

¹ Población de quince años o más que no saben leer ni escribir un recado.

² Población de dieciséis años de edad o más que no dispone de educación básica obligatoria.

³ Hogares en los cuales el (la) jefe (a) y/o su cónyuge no cuentan con la educación básica obligatoria.

⁴ Población de tres a quince años de edad que no asiste a la escuela

⁵ Promedio de la razón del total de personas con carencia por rezago educativo en un hogar, respecto al total de integrantes del mismo.

Fuente: estimaciones del CONEVAL con base en el MCS-ENIGH 2008, 2010 y 2012.

es evidente apreciar que la penetración en la población que requiere atención es mínima.

Los aspectos que originan esa insuficiencia son multifactoriales, y con la descripción del presente trabajo se entenderá que incluyen vertientes sociales, psicológicas, culturales y personales, así como regionales, donde alternan, concepciones de usos y costumbres, preferencias, e incluso percepciones propias y obligadas por diversos factores culturales o místicas religiosas.

Es por ello que en nuestro modelo de atención opera de forma reactiva y responde a las quejas, peticiones, denuncias, y demandas en general de población que ante la impotencia por salir de su apremio, acude desesperadamente a este organismo. La necesidad de integrar aún más las funciones que se llevan a cabo a lo largo y ancho del territorio, son insuficientes y debiera haber una estructuración más amplia, con mayor recurso humano y coordinación donde participen instancias públicas, privadas y sociales. Para conseguir niveles de respuesta suficiente y conjunta para planear, operar, atender, evaluar, informar y transparentar, los logros y alcances.

La realidad es muy superior a la oportunidad de atención y mucho se logra con la formación y disposición del personal, el cual muchas veces asume la problemática expuesta con un compromiso y solidaridad superior a los recursos que se destinan para la solución del problema denunciado.

Sin lugar a dudas los esfuerzos son encomiables y la estructura nacional mucho logra, pero la franqueza obliga a reconocer que es mucho más lo que hace falta por hacer, para transformar comportamientos sociales, familiares y personales que son los originadores de actitudes, abusos y violencias, por decir lo menos ante las faltas de respeto a los menores; niñas, niños y adolescentes, mujeres, adultos mayores, minusválidos y personas con otras capacidades, hasta los indígenas, que sufren de muchas formas las violaciones a sus fundamentales derechos.

Los recursos presupuestales mucho podrán conseguir, pero con seguridad será necesario establecer otras acciones desde las de cambios organizacionales para adecuar la estructura administrativa con atribuciones, los sistemas de trabajo control y de información, para dar continuidad a un modelo de atención nacional, y la normatividad que faculte su proceder, sin olvidar que las respuestas humanas tiene una alta carga educativa y por ende las actividades de difusión, educación y formación son imprescindibles, más aún se requiere que estos programas se integren en respuestas conjuntas con instancias como la Secretaría de Educación, Salud, Desarrollo Social, entre otras etc.

3.5.5.3.-Conclusiones para reorientar las actividades, procedimientos y las estrategias de atención.

Las diferentes áreas responsables de Atención a Maltrato Infantil, Regularización Legal a Infantes y Adopciones, consideraron que independientemente de los niveles salariales, es necesario contar con mayor número de Centros de Recepción de Quejas, Denuncias y Asesoría, así como de los elementos de trabajo indispensables, Equipos electrónicos, paquetería general y de registro cotidiano con programación para centralizar los procedimientos, estrategias, líneas de acción y directrices operativas, como también el Registro Nacional y la estrategia general de transparencia y rendición de cuentas.

Se necesita disponer de instalaciones como salas para recibir a la población demandante, espacios privados donde se facilite la convivencia, que es una técnica muy socorrida tanto por sentencia judicial, en caso de controversias entre padres, hijos y otros familiares, como para la elaboración de cuestionarios, pruebas, reactivos de los diferentes estudios y valoraciones necesarias en casi todos los procesos de atención.

Diseño, prueba y aplicación de un sistema integrado de información desagregada para los registros de las actividades que se deben realizar para poder calificar, evaluar y presentar al Consejo Nacional de Adopciones los prospectos para ser adoptados o a los matrimonios que estén solicitando menores.

La Revisión de la normatividad y disposiciones legales, en especial por la contradicción entre el carácter nacional del Sistema, contra las características operativas que se ejecutan en cada entidad federativa y municipios. Así como el carácter intrínseco del Derecho Civil, ya que por ser esa su naturaleza, cualquier entidad tiene atribución de normar sobre el particular y determinar lo que a derecho corresponda. Pero en la práctica inhibe la posibilidad de centralizar procedimientos de control, registro y transparencia, en especial en materia de adopciones de NNA.

En congruencia con el numeral 3.5.3.1, en lo relativo a promover las acciones para estimular la Adopciones se reitera la posibilidad de mejorar las estrategias de atención a través de las acciones siguientes:

- Curso de Inducción para solicitantes de adopción.
- Curso de Escuela para Padres.
- Prontitud al establecer las citas para las valoraciones socioeconómicas y psicológicas.
- Aplicación y operación del SIAD.
- Estructura Orgánica del Área de Adopciones.

Así mismo, para la realización de los trámites para regularización legal de los menores, se recomienda eficientar el “Padrón de Menores”, así como todas las actividades de su operación, registro, control, uso, custodia, seguimiento, análisis para creación, presupuestación y reforzamiento de acciones derivadas de esa información y transparencia.

3.7. Diseño de la intervención.

La experiencia en la atención ha determinado que los profesionistas que han favorecido el cumplimiento de las principales tareas se ha compuesto por Abogados, Trabajadoras Sociales y Psicólogas, pero es evidente que se requerirán de otros tipos de profesionistas como Economistas, Contadores públicos, Arquitectos, Ingenieros y expertos en puericultura entre otros profesionales, que dominen especialidades del comportamiento humano, para incidir en las materias de prevención al maltrato y para el diseño de campañas con orientación de Derechos Humanos.

El esquema de atención debe estar constituido por Recurso humano que ya fue descrito, de recurso materiales con las instalaciones, equipados y con elementos de apoyo desde los didácticos, hasta lúdicos, sin olvidar algunos alimentos para convivencias. También de accesos, transportes y facilidades para integrar a personas en distanciamiento. Por último y no menos importante los recursos financieros para atender con eficacia y prontitud a los ciudadanos que han sufrido por mal trato o afectaciones a su persona y a su auto estima.

3.6.1.-Tipo de Intervención.

La intervención de los casos, se realiza a “petición de parte”, mediando una queja, acusación o demanda, las que en ocasiones pueden trascender por ser constitutivas de delito dar a conocer al Ministerio Público y las Procuradurías, Estatales y/ o Nacional, según corresponda la materia del asunto. Es por ello que para contar con los elementos de juicio mínimo, se debe estudiar cada caso y acopiar los elementos para integrar de la mejor manera posible, el expediente, con ello proponer a las autoridades el procedimiento idóneo en conveniencia del derecho superior del menor, o persona que haya sido vulnerada en sus derechos.

Los estudios generalmente de naturaleza prospectiva del caso, descriptiva y predictiva, se acompañan de investigaciones socio-económicas, psicosociales, pruebas de agresión y acumulación de evidencias que son el material imprescindible con el que se califica la decisión de separar de su familia originaria o, reubicación del menor en algún centro de convivencia y posterior adopción.

3.6.1.1- Profesiogramas y perfiles del personal que aplica el programa.

Abogados:

Su formación, conocimiento y el manejo del cuerpo normativo sobre el cual deben moverse, por ejemplo, para lograr la regularización de los menores o, la asesorara a las mujeres que enfrentan problemas con personas que han aprovechado de su alto nivel de indefensión y vulnerabilidad, o la atención a las quejas de maltrato infantil, deben proceder con atingencia y prontitud, en todos los ámbitos legales, de denuncias y de protección para beneficiar a aquellas personas que ha abusado de ellas en los distintos aspectos, desde el abuso físico, psicológico, social y económico.

De la misma forma asumir las necesidades de los menores que carecen de identificación, acta de nacimiento, y demás trámites que por ser menores y dependientes se encuentran carentes de muchos trámites propios de la ciudadanía, como no tener identificación y frecuentemente se les han conculcado sus derechos. Por lo cual deben litigar y obtener para los menores la protección que necesiten.

Una serie de actividades para los cuales deben estar preparados se correlacionan de acuerdo a la relación siguiente;

- Impartición del Curso de Inducción para solicitantes de adopción nacional.
- Elaboración del reporte mensual y anual de las metas de la Subdirección.
- Proporcionar asesoría jurídica a solicitantes de adopción nacional e internacional, vía telefónica, personal y por correo electrónico.
- Brindar atención a los representantes de los Organismos Internacionales durante su procedimiento de autorización.
- Registro y control de las solicitudes de adopción nacional e internacional.
- Recepción de expedientes de adopción nacional e internacional.
- Revisar y valorar la documentación de los expedientes de adopción internacional para que no contenga algún tipo de alteración o incongruencia en lo datos contenidos, debiendo estar legalizada, apostillada y traducida en su caso.
- Apoyo a la operación del Consejo Técnico de Adopciones y participación en la misma.
- Elaborar las notificaciones derivadas de los acuerdos del Consejo Técnico de Adopciones, así como coordinar el envío de notificaciones a las Autoridades Centrales que corresponda.
- Elaboración de oficios dirigidos a las diversas Autoridades Centrales de nuestro país: remitir expedientes de adopción internacional, complementos, actualizaciones, seguimientos post-adoptivos y otros relacionados con los procedimientos de adopción internacional a los SEDIF; estudios de trabajo social y psicología realizados en este Organismo; así como información solicitada por las mismas en materia de adopción nacional e internacional; del mismo modo solicitar información a efecto de dar continuidad al trámite de adopción internacional.

- Devolución de expedientes de adopción internacional, a petición de las autoridades centrales.
- Elaboración de oficios dirigidos a Autoridades Judiciales, tales como valoraciones y citas para entrevistas de trabajo social y psicología.
- Recepción de expediente de organismos internacionales a efecto de realizar adopciones de menores albergados en el Sistema Nacional DIF; así como la revisión de la documentación del mismo.
- Solicitud de informe a PGR, Embajadas y Autoridades Centrales de otros países firmantes de la Convención de La Haya.
- Elaborar oficio de autorización, o en su caso notificar las causas de la negativa del Organismo Internacional.
- Informar a las Autoridades Centrales Estatales y a la Oficina Central de la Convención de La Haya respecto a la autorización expedida, así como su vigencia.
- Dar respuesta a las solicitudes ciudadanas que hace llegar Presidencia en materia de adopción nacional e internacional.
- Llevar la base de datos de expedientes internacionales al día.
- Realizar Informes de Adoptabilidad.
- Boletinar a los menores que son candidatos de adopción, a efecto de constatar si en la República Mexicana existe alguna familia en lista de espera interesada en adoptarlos, bien para agotar el principio de subsidiariedad o de aquellos menores de difícil colocación.

Psicólogos:

- Impartición del Curso de Inducción para solicitantes de adopción nacional.
- Información y orientación a solicitantes de adopción nacional (personal y vía telefónica).
- Valoración de solicitantes de adopción nacional.
- Valoración de solicitantes de adopción a petición del Tribunal Superior de Justicia y de los Sistemas Estatales y Municipales DIF.
- Elaboración de informes psicológicos y psicosociales de solicitantes de adopción nacional e internacional.

Trabajadores Sociales:

- Información y orientación a solicitantes de adopción nacional (personal y vía telefónica).
- Integración de informes psicosociales.
- Valoraciones socioeconómicas.
- Visitas domiciliarias.
- Elaboración de Informes.
- Seguimientos post adoptivos.

3.6.1.2.-Alcances de la prestación del servicio y limitaciones técnico – presupuestal.

De manera esquemática podemos aseverar que la prestación del servicio es complejo, ya que para cada petición, queja o, denuncia es necesario crear un expediente el cual mientras más completo este mejor, toda vez que se genera información integral para entender y atender de la forma más asertiva.

Se requiere de equipos de “Trabajadoras Sociales”, con experiencia en asuntos de maltrato infantil, violación a los derechos elementales de la mujer, respeto a los adultos mayores, protección a los invidentes, minusválidos y personas con otras capacidades, y finalmente con los indígenas, cuyos derechos son violentados por el desconocimiento de los mismos y de las instancias que los pueden ayudar.

En ese sentido se necesita también de equipos de “Psicólogas”, que evalúan los casos en que participa el Sistema, elaborando los estudios psico-sociales, de cada persona, para canalizar y encauzarla para la mejor atención.

El tercer elemento humanos que se requiere en este tipo de servicio es el “Abogado”, quiénes tienen la indelegable función de dar trámite a todas las instancias de carácter legal y que por procedimiento se deben cumplir en tiempo y forma y que su procedimiento obliga a no descuidar en ningún momento sus responsabilidades.

Adicionalmente todos estos grupos de trabajo deben contar con los equipos electromecánicos imprescindibles, así como los espacios de trabajo idóneos, con frecuencia las visitas y las asistencias a instancias impartidoras de justicia requieren de apoyos móviles y de respaldo para atender con oportunidad cualquier requerimiento agregado. Es evidente que mientras haya la capacidad económica para cubrir sus emolumentos y los gastos en que se incurre son imprescindibles y cada en ejercicio progresivos, mismos que deben ser aplicados con la mayor limpieza y responsabilidad, apegados al principio de racionalidad del gasto. Así como de calificar los desempeños y los resultados, pues es previsible que también se encuentre personal mal preparado, sin convicción ni conciencia social o, bien con trastornos en materia de disposición y aceptación de los retos de trabajo. De ello depende la competencia del personal, para contratar a los mejores profesionales, o en su defecto mantenerlos en estas funciones, para disponer del mejor personal y el más comprometido en esta misión trascendente para el país

3.6.2.-Etapas de la intervención.

En términos generales la intervención tiene una secuencia lógica, que inicia al momento de recibir la queja denuncia o intervención. Continúa con el registro del caso, generalmente por teléfono, personal, internet o correo. El tercer paso es la programación de la visita o se le cita para levantar información – inicio de los estudios o, pruebas y calificaciones para canalizar el asunto e iniciar el trabajo de atención-. El cuarto paso, Dar atención directa e informar sobre los avances, cuando es una solicitud de adopción sería la presentación para que el Consejo Nacional de Adopciones califique y autorice el caso. El quinto paso será el informe final sobre los resultados y la forma en que se dio respuesta a la petición. Sólo quedaría un sexto paso en términos generales cuando se dio la Adopción nacional e internacional, y es el reporte de seguimiento.

3.6.2.1.-Nivel: Maltrato infantil.

- .-Recepción de reporte de Maltrato Infantil.
- .- Registro de reporte de Maltrato Infantil.
- .- Asignación de Trabajadora Social.
- .- Realizar Visitas Domiciliarias.
- .- Elaboración de estudio socioeconómico.
- .- Citación del probable generador de Maltrato Infantil.
- .- Impartición de pláticas de prevención del Maltrato Infantil.
- .- Propagación de información a través de trípticos y carteles.
- .- Difusión de la semana Nacional e Internacional de la Familia.
- .- Denuncia ante el Ministerio Público.
- .- Apoyo Psicológico.
- .- Modificación de conductas.
- .- Seguimiento de caso.

Hasta conseguir la modificación de patrones de conducta, propiciando en el hogar un espacio de sano desarrollo biopsicosocial.

3.6.2.2.-Nivel de albergues y de regularización jurídica de los menores.

Las niñas, niños y adolescentes albergados en los Centros Asistenciales del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, en situación de vulnerabilidad ingresan por diferentes causas, encontrándose las siguientes: protección temporal, exposición voluntaria así como derivación de otras dependencias gubernamentales, brindándoseles la asistencia social.

Se realizan acciones jurídicas encaminadas a lograr su pronta reintegración a la familia de origen o a una familia adoptiva, garantizándoles sus derechos fundamentales.

Las principales acciones jurídicas que realiza el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, a través de las áreas correspondientes son:

- Juicios en materia familiar
- Pérdida de Patria Potestad
- Nulidad de Acta
- Terminación de Patria Potestad
- Jurisdicción Voluntaria de Adopción
- Seguimiento de Averiguaciones Previas, (Asistencia periódica ante la autoridad ministerial local o federal)
- Seguimiento a Procesos Judiciales, (Asistencia periódica ante la autoridad judicial local o federal)
- Registro de menores (Realizar trámites para obtención de los documentos necesarios para llevar a cabo el registro de las niñas, niños y adolescentes)

3.6.2.3.-Nivel: Matrimonios solicitantes.

- Acudir al área de Adopciones de la Dirección de Asistencia Jurídica del SNDIF, a fin de entregar la Ficha de Inscripción al Curso de Inducción a solicitantes de adopción.
- Asistir al Curso de Inducción, mismo que consta de 4 sesiones los viernes en un horario de 17:00 a 19:00 horas, acreditar el 100 % de asistencia.
- Solicitud de Adopción, tendrán que llenar personalmente, y se establecerán las fechas de las valoraciones, estudios, entrevistas y visitas domiciliarias.
- Asistir puntualmente a las citas previamente establecidas.
- Informe que será sometido a consideración de los integrantes del Consejo Técnico de Adopción del SNDIF, órgano colegiado que sesiona mensualmente.

- El Consejo Técnico de Adopción notificará por escrito y personalmente a los solicitantes, informando de las causas de dicha determinación.
- Si es procedente, la Dirección de Asistencia Jurídica del SNDIF enviará el expediente a la Dirección General de Integración Social; los solicitantes ingresan a una lista de espera para la asignación de un menor.
- La asignación del menor se llevará a cabo a través de una Sesión de Asignación con los integrantes del Consejo Técnico de Adopción.
- La Asignación se notificará a los solicitantes por escrito de manera personal.
- El Informe de Adoptabilidad contiene la situación médica, jurídica, psicológica, social y pedagógica del menor.
- La Dirección General de Integración Social, programará previo consentimiento del menor (a partir de su edad y grado de madurez), la presentación física.
- Se dará inicio el periodo de convivencias entre éstos en el Centro Asistencial donde el menor se encuentra albergado, para evaluar el grado de compatibilidad que existe entre ambas partes.
- Si la convivencia resulta benéfica, se iniciará el procedimiento judicial de adopción. De no existir compatibilidad se valorará su continuación en la lista de espera.
- El juez competente valorará y dictará sentencia decretando la adopción, y una vez que esta cause ejecutoria, girará oficio al Registro Civil.
- El seguimiento Post-Adoptivo, se llevarán a cabo durante 2 años cada 6 meses.

3.7.-Matriz de Indicadores.

En atención a consideraciones de carácter ejemplificativo y no limitativo, se desarrolla este sub-capítulo en la inteligencia de reconocer que requerirá de una exposición más amplia.

El Programa, se ubica en el ramo 12 sectorizado en la Secretaría de Salud, quedando como Unidad Responsable, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, con la clave –NHK-. Este programa tiene una clave y modalidad E, de Prestación de Servicios Públicos, y su denominación es E040.- “Servicios de Atención a Población Vulnerable”.

La finalidad del programa está catalogada en el numeral 2, correspondiente a Desarrollo Social. La función está incluida con el registro 6 de Protección Social. La subsunción corresponde a la clave 8 de Otros Grupos Vulnerables, y la actividad institucional tiene por identificativo el renglón 12 de Asistencia social comunitaria y beneficencia pública justa y equitativa (asistencia pública).

El objetivo general del programa que determina el fin del programa, se define como; Contribuir a mejorar y modificar la calidad de vida que enfrenta la población que por alguna circunstancia social, jurídica o física se ve impedida para su desarrollo; mediante el acceso a servicios de asistencia social.

El supuesto básico indica que las circunstancias socioeconómicas de la población objetivo no impiden la obtención de los servicios de asistencia requeridos.

3.7.1.-Objetivos y Supuestos.

Para operar el programa se considera los propósitos que lo alientan se contienen en los objetivos prioritarios y sus correlativos supuestos mismos que están integrados en el cuadro la siguiente:

OBJETIVOS Y SUPUESTOS DE LA MATRÍZ DE INIDCADORES.

No	OBJETIVO	SUPUESTO	ORDE N
1	Que la población vulnerable tenga acceso a servicios de asistencia social	Que los usuarios de los servicios de asistencia los soliciten.	11
2	Que se otorguen consultas médicas y paramédicas a quien lo solicite.	Que las personas con discapacidad o riesgo de tenerla acudan a solicitar atención médica o paramédica a los Centros de Rehabilitación del DIF.	111
3	Que se proporcione modalidades terapéuticas	Que las personas con discapacidad o riesgo de presentarla acudan a solicitar atención médica o paramédica a los Centros de rehabilitación del DIF.	112
4	Que se otorguen asesorías y valoraciones a solicitantes de adopción.	Que los solicitantes estén dispuestos a cumplir con todos los requisitos para recibir la oportunidad de una adopción.	211
5	Que se otorguen servicios a personas vulnerables que estén en los albergues.	Que las casa asistenciales del DIF, cuenten con población albergado.	311

6	Que se otorguen servicios a la población durante cinco días de estancia en los Campamentos recreativos, para practicar actividades físicas que potencien su desarrollo humano.	Que las personas usuarias soliciten su inscripción a los Campamentos Recreativos.	411
7	Que se otorguen pre consultas.	Que las personas con discapacidad o riesgo de presentarla acudan a recibir pre consultas en los Centros de Rehabilitación del DIF	1111
8	Que se otorguen pláticas de previsión y detección de la discapacidad.	Que la población en general acuda a recibir pláticas para prevenir factores de riesgo y/o atender la discapacidad en los Centros de Rehabilitación del DIF	1112
9	Que se regularice la situación de niñas, niños y adolescentes (NINA).	Que la sentencia que emita el juez sea desfavorable.	2111
10	Facilitar las acciones encaminadas a la integración de niñas, niños y adolescentes, (NINA) a una familia.	Que los solicitantes se desistan de su trámite.	2112
11	Que la administración facilite el otorgamiento de servicios a la población vulnerable albergada en las casas de asistencia del DIF.	Que exista demanda de esos servicios que se ofrecen en las casas de asistencia del DIF.	3111
12	Que las acciones estén encaminadas a otorgar espacios de recreación para niños, niñas y adolescentes y personas con discapacidades.	Que exista demanda de los servicios de Recreación en los Campamentos del DIF.	4111

3.7.2.-Indicadores derivados de la matriz.

- 1.-Porcentaje de personas dadas de alta en los centros de Rehabilitación.
- 2.- Porcentaje de personas atendidas en los Centros de Rehabilitación.
- 3.- Porcentaje de personas vulnerables atendidas en casas asistenciales.

- 4.- Porcentaje de atención a personas que asisten a los Campamentos Recreativos.
- 5.- Porcentaje de niñas, niños y adolescentes (NNA), institucionalizados que forman parte de una familia.
- 6.- Porcentaje de consultas médicas y paramédicas otorgadas en los Centros de Rehabilitación.
- 7.- Porcentaje de modalidades médicas proporcionadas.
- 8.- Porcentaje de asesorías y valoraciones otorgadas a solicitantes de adopción.
- 9.- Porcentaje de servicios otorgados para la atención de personas vulnerables atendidas en casas de asistencia.
- 10.- Porcentaje de servicios otorgados a la población vulnerable durante cinco días de estancia en Campamento recreativo.
- 11.- Porcentaje de pre consultas otorgadas.
- 12.- Porcentaje de pláticas para prevenir la discapacidad.
- 13.- Porcentaje de acciones realizadas en materia de Regularización Jurídica de los (NNA).
- 14.- Porcentaje de acciones encaminadas a la integración de (NNA) a su familia.
- 15.- Porcentaje de acciones realizadas para brindar servicios en casas asistenciales del DIF.
- 16.- Porcentaje de acciones encaminadas a otorgar espacios de recreación a la población objetivo de los campamentos recreativos.

3.7.3.- Conceptos de identificación y tipo de medición.

El tipo de medición de la meta, en términos absolutos, con los números enteros; números relativos, en consecuencia el indicador por ser un porcentaje, utilizará una unidad de medida concerniente para todos los casos. El tipo de indicador será “Estratégico”, para los que tienen un orden tipo 11. Para los números de orden 111, 112, 211, 311, 411, será de “Gestión” y para los de orden 1111, 2111, 2112, 3111, 4111 será igualmente de “Gestión”.

La Dimensión del Indicador será de “Eficacia”, para las actividades calificadas con los números de orden 1, 11, 111, 112, 311, 411, 1111, 1112, 2111, 2112, 3111 y 4111.

La frecuencia de medición será trimestral, con excepción de los números de orden 1, segundo indicador. 11, cuarto indicador, y 2112.

Finalmente **los medios de verificación** utilizaran características variables.

3.8.-Estimación del Costo Operativo del Programa.

Para nuestro caso, sólo disponemos de la asignación presupuestal y las partidas que reciben recursos en forma regular, mismos que cumplen funciones de apoyo en términos administrativos.

Por lo que respecta a las partidas destinadas a los gastos de pago a la fuerza de trabajo, y recursos materiales se encuentran centralizadas, y obedecen a un tratamiento como el de adquisiciones consolidadas.

3.8.1.-Procedimiento de elaboración de estudios socio-económicos.

Dentro de las atribuciones conferidas por el estatuto de gobierno del SNDIF, a la Dirección General Jurídica y Enlace Institucional sobresalen las siguientes:

- I. Establecer un marco jurídico de las políticas en materia de asistencia jurídica social, en apego a la legislación aplicable;
- IV. Poner a disposición del Ministerio Público los elementos a su alcance para la protección de los derechos familiares;
- XII. Realizar acciones de prevención y atención de mujeres maltratadas y violencia familiar;

Cuando se recibe una queja denuncia o demanda de un abuso, maltrato infantil, a mujeres o adultos mayores, se procede a crear un expediente de antecedentes, que permita ubicar la naturaleza de la falta y el contexto bio-socio-económico, de la víctima y de ser posible del victimario y así poder proceder legalmente contra el infractor.

Uno de las herramientas más usadas es el Estudio Socioeconómico que se compone de los siguientes apartados.

3.8.2. Procedimiento de elaboración de estudios Pisco-sociales.

Generalmente el producto de las visitas a domicilios de la población vulnerable, son por motivos de demandas, quejas, denuncias por maltrato infantil, abandono, abuso a menores, mujeres, adultos mayores, minusválidos y personas de capacidades diferentes e indígenas.

En términos generales y dependiendo de la naturaleza de la justificación de cada estudio socio-económico, se tratan se sustentan en el guion detallado a continuación.

- 1. DATOS GENERALES,**
 - a. Datos generales.
 - b. Datos personales
- 2. ANTECEDENTES,**

- a. Ubicación de contexto.
- 3. **SITUACIÓN ACTUAL,**
 - a. motivo principal del estudio
 - b. Referencias.
- 4. **ESTRUCTURA FAMILIAR,**
- 5. **CONDICIONES ECONÓMICAS Y DE TRABAJO,**
- 6. **HÁBITAT,**
- 7. **DIAGNÓSTICO SOCIAL Y**
- 8. **PLAN SOCIAL.**
 - a. Conclusiones.
 - b. .-Recomendaciones.

3.8.3.-Dimensión y perfil de los equipos⁴⁷.

Hasta la fecha la Dirección General tiene personal destinado a funciones específicas que cubre actividades variadas⁴⁸, con la finalidad de arrojar información de la manera más didáctica posible en relación a este aspecto se divide en tres equipos de trabajo que denominaremos con los indicativos de uno, dos y tres. Para quedar de la siguiente forma.

CUADRO RESUMEN DE PERSONAL OPERATIVO DE LA DIRECCIÓN GENERAL JURÍDICA Y ENLACE INSTITUCIONAL.

No.	EQUIPO	Número	PERFIL	OBSERVACIÓN
1	Adopciones	17	Trabajadoras Sociales, Psicólogas y Abogados,	El 100 % han concluido su estudios y sólo el 17.6 % no están titulados
2	Maltrato Infantil	21	Trabajadoras Sociales Abogadas y dos con doble profesión (T.S y A)	9 Psicólogas de las cuales 5 son Servicio Social; 11, incluye (1) con doble profesión (A y T.S.) y 1 Médico.
3	Subdirección de Asistencia Jurídica a Centros Asistenciales	13	Abogados titulados, con maestría y especialidad, la gran mayoría están titulados.	10 abogados titulados, algunos con maestría. 1 T. S. y 2 de apoyo
	SUMA	51		Personal que realiza funciones plurales y multivalentes.

⁴⁷ Ver Anexo II, en sus seriales 1,2 3.

⁴⁸ Solo personal operativo. No incluye personal de dirección, ni titulares de área o responsables.

3.9 recursos Presupuestales.

La falta de estructura del programa E040, impide que se cuente con una asignación presupuestal formal y queda sujeta procedimientos parciales, dentro de los que se conocen se relacionan a continuación para los gastos de corrientes, que incluyen, pago de nómina, y compra de recursos materiales se opera en forma centralizada.

3.9.1. Fuentes de financiamiento.

En su totalidad la DGJEL, funciona con Recursos Presupuestales, que se formulan y programan en los procesos de Elaboración de Presupuestos en base al Programa Operativo Anual (POA). Para el caso del presente año- 2014- las cifras corresponden al detalle que se presente en los cuadros adjuntos:

Composición Presupuestal por capítulo y partida 2014.

Capítulo 2000:

No.	Partida	Sub-partida	Monto- \$-	Concepto
1	22104		6 000	Productos alimenticios.
2	22106		6 000	Productos alimenticios.

Capítulo 3000:

No.	Partida	Sub-partida	Monto- \$-	Concepto
1	31801		5 400	Servicio postal
2	37104		100 000	Pasajes aéreos nacionales
3	37201		42 000	Pasajes urbanos
4	37204		24 000	Pasajes terrestres nacionales
5	37504		48 000	Viáticos nacionales
	Total		231 400	Suma

3.9.2.-Donaciones y apoyos en especie y en firme.

En forma aclaratoria, podemos aseverar que si bien existen donaciones en especie y en efectivo. Todas ellas son integradas, y aplicadas a las áreas responsables, la mayoría de esas donaciones tienen un fin predeterminado, para apoyar diferentes acciones de la institución, como avituallamiento a las casa cunas, a las ONG, que reciben apoyo durante las giras de la Presidente del Sistema Nacional DIF y que las respalda y apoya para mejorar sus funciones en el ámbito de todo el territorio nacional.

Sin embargo para efectos de cubrir las partidas de gasto corriente, en especial las erogaciones para el personal que atiende las funciones que involucran al Programa E040, así como los recursos materiales que se necesitan, proceden de las partidas consolidadas que son operadas por los responsables de aplicar las partidas 1000 y 2000, específicamente en materia de gasto corriente.

En conclusión los recursos que se destinan a las partidas identificadas han resultado ser limitados y de difícil medición para determinar su eficiente uso y su cobertura, ya que a la fecha, se suplen con los recursos enunciados en las páginas previas.

3.10.- ASPECTOS SUSCEPTIBLES DE MEJORA.

Adopción

- Curso de Inducción para solicitantes de adopción.
- Curso de Escuela para Padres.
- Prontitud al establecer las citas para las valoraciones socioeconómicas y psicológicas.
- Estructura Orgánica del Área de Adopciones.

En todos los casos se espera disponer de recurso humano y financiero para trabajar los dispositivos de atención, control, información y transparencia.

Maltrato Infantil.

Para el ejercicio presupuestal del año 2015, se ha considerado trabajar sobre un modelo de “solicitud de reporte por maltrato infantil”

Se sustenta en el artículo 19°, DE LA Convención sobre los Derechos del Niño. También en el artículo 4° del capítulo segundo de la Ley de Asistencia Social. La operación podrá ser desde la presentación directa en las oficinas de las instituciones que lo adopten; se pretende que sea DIF Nacional, Estatal, Municipal, Procuradurías para la Defensa del Menor y la Familia, Tribunales, Gobiernos estatales, ministerio Público y en general todas las instancias que dan atención al público. También podrán denunciar por medios electrónicos, internet, y dispositivos telefónicos y de acceso a redes.

Que se continua diseñando y preparando el procedimiento para su operación, se considera que será un formato de uso nacional, para genera una inercia sinérgica, en la forma de concentrar los dato, la distribución, la captura, la tabulación y concentración de datos, así como el vaciado y registro de resultados y metas, para finalmente pasar a la consulta, informe y transparencia.

Se espera que los resultados sean ágiles, amigables, en forma casi inmediata se ampliara la captación de los reportes, tendrá una cobertura nacional. Para fomentar la cultura de la Denuncia y la discrecionalidad de los informantes. El plan de acción permitirá disponer de Reportes recibidos de Maltrato Infantil, Reportes atendidos de Maltrato infantil, Reportes en los que se comprobó el Maltrato, Denuncias ante la Fiscalía Central de Investigación, entre otras.

En forma propositiva se adjunta como anexo las características de presentación de este formato como el Anexo No. V.

4.- CONCLUSIONES.

- El programa E040, es de gran importancia para el Sistema nacional DIF, ya que sustenta todas las actividades que la sociedad requiere nuestra sociedad y que es una necesidad que cubre transversalmente a todo el ejecutivo federal.
- Socialmente es la deuda pendiente que tiene todo gobierno, para disminuir la desigualdad prevaleciente y que lamentablemente se agudiza en las actuales condiciones nacionales, producto del esquema económico que la administración dirige.
- Las grupos de mexicanos que cada año se suman a esta situación y que los pone en condiciones de población vulnerable se incrementa año con año.
- En el ámbito de competencia de este componente que su característica principal es proporcionar servicios de asesoría jurídica en materia familiar, maltrato infantil, adopción y regularización jurídica de menores en coordinación con las Procuradurías de la Defensa del Menor y la Familia está alineado a la Meta Nacional México Incluyente del Plan Nacional de Desarrollo 2013- 2018.
- La Población vulnerable se identifica en cinco grandes grupos:
 - 1.- La infancia.
 - 2.- la mujer.
 - 3.- Los adultos mayores.
 - 4.- Los minusválidos o población con capacidades diferentes.
 - 5.- Los Indígenas.
- En el Sistema Nacional DIF, se da respuesta a las familias y sus integrantes que solicitan, requieren, o demandan servicios, pero su ámbito de acción se ve

rebasado por consideraciones, presupuestales, geográficas, culturales, políticas y hasta legales.

- programas metas basadas en la realidad y aplicar los márgenes de aproximación al punto de equilibrio.
- Revisar los equipos y evaluar las cargas de trabajo para sistematizar y organizar la capacidad de respuesta.
- Analizar el flujo de la información para determinar donde hay cuellos de botella y diseñar estrategias para agilizar el procedimiento.
- Revisar y actualizar los Manuales Administrativos, teniendo especial énfasis en los funcionales y los operativos.
- Revisar los tramos de control y las cargas de trabajo de cada elemento, así como los responsables, ya que se aprecia personal de muy alta calificación.
- Ante esta problemática es necesario retomar la iniciativa e integrar un esquema de trabajo que transversalmente incida en soluciones de todo tipo, armonizando una política de organización, definición de funciones y empatía.
- Es imprescindible diseñar esquemas operativos para cumplir con los trabajos que actualmente ya se desarrollan, pero que deben considerar otra gama de acciones, que complementen la oferta de servicios, con ello delimitar las atribuciones de cada entidad, sus competencias, obligaciones, reportes e integración de información y procesos de transparencia.
- En este aspecto se sugiere manejar, custodiar y conservar la información y las comunicaciones que de ello se deriven, en atención a la Ley Federal de Archivos.
- En términos específicos evaluar las cargas de trabajo del personal y determinar aquellas acciones que requieren de personal especializado, de recursos suficientes, determinar la población a atender y la zona geográfica de su responsabilidad.
- Diseño, prueba y aplicación de un sistema integrado de información desagregada para los registros de las actividades que se deben realizar para poder calificar, evaluar y presentar al Consejo Nacional de Adopciones
- Hasta la fecha no existe una programación que utilice los criterios de planeación y fijación de metas que se usan, para medir el cumplimiento de las acciones de las diferentes acciones.

- Por último es necesario diseñar de esquemas de supervisión tanto normativa como operativa, para garantizar el cumplimiento de metas y cobertura de la población vulnerable.

5.- ANEXOS.

BIBLIOGRAFÍA.

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
- Convención sobre los Derechos del Niño
- Código Civil para el Distrito Federal
- Código de Procedimientos Civiles del Distrito Federal
- Código Penal para el Distrito Federal
- Código Nacional de Procedimientos Penales
- Ley de asistencia social
- Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes.
- Norma Oficial Mexicana de NOM-032-SSA3-2010, Asistencia Social. Prestación de servicios de asistencia social para niños, niñas y adolescentes en situación de riesgo y vulnerabilidad.
- Estatuto Orgánico del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Manual general de organización.
- Manual de procedimientos de la dirección general jurídica y de enlace institucional
- Procedimiento para la regularización jurídica de menores albergados en los Centros Nacionales Modelo de Atención Casas Cuna, Hogar y Centro Amanecer para Niños.
- **UNICEF- México. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, revista en internet.**

- Cámara de Diputados. Mx. H Congreso de la Unión. Legislatura LXII.
- UNESCO-MÉXICO (Organización de la Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura
- Organización Internacional del Trabajo, (OIT), módulo de trabajo infantil, marzo 2013.
- “Ley de Asistencia Social”, Cámara de Diputado Congreso de la Unión mx.2 de septiembre de 2004
- Organización Mundial de la Salud (2002, informe Mundial sobre la violencia y la Salud)
- Censo de población y vivienda 2010. INEGI.gob.mx
- INEGI.CONAPO. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Consejo Nacional de Población. INEGI. Estadísticas Vitales.
- Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018.
- Programa conjunto dela UNESCO y México para apoyar los derechos de los niños y la población vulnerable.
- UNICEF, Maltrato infantil: Una dolorosa realidad puertas adentro, Desafíos. Boletín de la infancia y la adolescencia sobre el avance de los objetivos de desarrollo del milenio. Número 9 julio de 2009. Pp5
- UNESCO, Enseñanza y aprendizaje: Lograr la calidad para todos.
- El Economista, 20-8- 2013.
- La Jornada 30-11-2012-
- INEGI, Observatorio del Consejo de Asistencia y Prevención de la Violencia Familiar.
- National Council for Adoption.
- Indicateurs de Sécurité Sociales” Commission des Communautés Européenes. División des problemas Generaux de la Sécurité Sociales. Bruselas 1969.
- “Métodos Estadísticos y Análisis de Costos en la Seguridad Social. profesor Peter Thullen **Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social en**

México. (profesor honorífico del CIESS).Producción gráfica mediterránea, SA de CV. México 1992.

- Indicadores educativos complementarios. México, 2008 – 2012.
- **Paulo Sérgio Pinheiro**, Experto Independiente que lideró el Estudio del Secretario General de las Naciones Unidas sobre la Violencia contra los Niños

Libros:

- Derecho de Familia **Pérez Duarte y Noroña**, Alicia Elena,. México, García. Distrito Federal.1°. Edición 1991,65 págs.
- Las vicisitudes del concepto de cultura. **Fuller Norma.** En Estudios Culturales: Discursos, Poderes y Pulsiones. 74 págs .2001 Lima, Perú.
- Maltrato y abandono en la Infancia. **Roig**, Martínez A., Roca, Barcelona. Editorial Martínez
- Influencia de la vida en el internado” en El niño abandonado. Familia, afecto y equilibrio personal, **Pereira**, de Gómez Ma. Nieves. Editorial Trillas. 1981. México, Distrito Federal
- Los Niños y el Estado. **Jorge Giannes** . UNAM. Mx. 2011.
- La vis dela virtud frete a la vis de la violencia. **Juliana González.** Ética y Violencia. Adolfo Sánchez Vázquez. UNAM 1997.
- Adopción la construcción feliz de la paternidad. **Flavia Tomaello, Marisa.** RUSSOMANDO. Paidos. 2011.
- Cuando los niños no viene de Paris. **Marga Muñiz Aguilar.** Grupo Nelson. 2011
- Los hijos del corazón, Guía de orientación para los padres que adoptan. **Dora Kweiler.** Trillas 2009.
- Adopción viaje de ida y vuelta. **Alfonso Colodrón Gómez- Roxas.** Descleé de Broouwer. 2008.
- Víctimas dela violencia, abandono y adopción. **Amato María Inés.** Ediciones la Rocca, 2006
- Adopción y vínculo familiar: Crianza, escolaridad y adolescencia en la adopción internacional. **Mirabent, Vinyet.** Comp. Paidos 2005.

- La adopción en México y algo más. **Brena Sesma, Ingrid.** U N A M. Ediciones. México, 2005
- Adopción el nido anhelado. **Rotenberg Eva.** Lugar Editorial 2004.
- La experiencia de adoptar. Segundas oportunidades para los niños y las familias. **Morris, Ann.** Paidós, 2004.
- Adoptar hoy. **EVA (ET. AL),** Paidós, Ediciones. 2001.
- Su hijo adoptado: Una guía educativa para padres. **Siegel, E Stephenie.** Paidós, ediciones. 1992.

@Sumedico.com.

CONFERENCIAS

ANEXO I.

CONSIDERACIONES LEGALES EN LA NORMATIVA PRINCIPAL DE USO IMPERATIVO.

ANEXO II.

Anexo II.-1.- Relación de personal del área Psico-socioal.

Anexo II.-2- Relación de personal del área Subdirección de

Adopciones,

Anexo II.-3.- Relación de personal del área Subdirección de Asistencia Jurídica a centros Asistenciales.

ANEXO III.

Concentrados de Datos Estadísticos de Menores Maltratados a nivel nacional. 2006-2012.

6 anexos.