



Universidad Michoacana de San Nicolás de
Hidalgo

Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales
Maestría en Políticas Públicas

***Análisis del programa de rehabilitación para personas con
discapacidad en Michoacán, 2012-2014***

TESIS

Que para obtener el grado de
Maestra en Políticas Públicas

Presenta:
L.C.C. Elizabeth Guzmán Pimentel

Director de Tesis:
Doctor en Estudios Rurales con terminal en Estudios Migratorios
Casimiro Leco Tomás

Morelia, Michoacán
Junio de 2015



Dedicatoria

A Samuel Arroyo Garibay, porque día a día me recuerda que la vocación de servicio es una oportunidad para el desarrollo personal. Por la paciencia, apoyo y comprensión que me has brindado al compartir desvelos, angustias y alegrías para culminar esta meta.

Con cariño para Elisa, Edith, Paty, Esperanza, Jorge, Juan Ramón López y Francisco Cortés. A todos ustedes gracias por su apoyo que he recibido a lo largo de mi vida. A pesar de la distancia, siempre los tengo en mi mente y corazón.

Agradecimientos

Agradezco sinceramente a la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH) y el Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE), por abrirme las puertas de sus aulas y ofrecerme un programa de posgrado con calidad educativa.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), que a través del apoyo económico durante el periodo 2013-2015, fue posible el estudio en el programa de Maestría en Políticas Públicas y con ello, las bases y pautas para desarrollar la presente investigación.

Un especial agradecimiento a mi director de tesis, Doctor Casimiro Leco Tomás, por su paciencia, tiempo, consejos y recomendaciones, por enseñarme la disciplina y constancia. Gracias a su invaluable conocimiento que compartió para realizar esta investigación.

Reconozco la labor de los sinodales, Doctora América Ivonne Zamora Torres, Doctora Irma Cristina Espitia Moreno, Doctor José Odón García García y Doctor Hugo Amador Herrera Torres, gracias por su tiempo dedicado a revisar este trabajo, por sus valiosas contribuciones y observaciones, con el fin de enriquecer la investigación.

De igual forma, mi gratitud a los profesores que en el aula compartieron sus conocimientos, consejos, experiencia y que con profesionalismo mostraron paciencia para explicar los temas que integraron cada una de las materias del posgrado en Políticas Públicas. Al Dr. Carlos Francisco Ortiz Paniagua, Dr. Rodrigo Gómez Monge, Dr. José César Lenin Navarro Chávez, Dra. Gabriela Yáñez, Dr. Plinio Hernández Barriga, Dra. Odette Virginia Delfín Ortega, Dr. Jorge Víctor Alcaraz Vera, y Mtro. Efraín Gaspar Guzmán Sánchez.

Por último, gracias por las facilidades que otorgó el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón Michoacán (CRIT) para realizar esta investigación y conocer a fondo el sistema que desarrollan. De igual forma agradezco al Sistema DIF Michoacán que a través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) autorizaron el desarrollo de este estudio dentro de sus instalaciones.

Índice

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Relación de cuadros	v
Relación de gráficos	vi
Abreviaturas usadas	vii
Glosario	viii
Resumen	xi
Abstract	xii
Introducción	1
Capítulo I	5
Fundamentos de la investigación.....	5
1.1. Planteamiento del problema	5
1.2. Preguntas de investigación	11
1.3. Justificación de la investigación	12
1.4. Tipos de investigación	14
1.5. Hipótesis de la investigación.....	15
1.6. Identificación de variables.....	16
Capítulo II	17
La política social y asistencial hacia personas con discapacidad.....	17
2.2. Antecedentes de la política social en México	25
2.3. Funciones de la política social	30
2.4. Política pública y programa social.....	32
2.4.1. Características de la política asistencial en México.....	36
2. 4.2. La política social en Michoacán	38
Capítulo III	47
La discapacidad y asistencialismo en Michoacán	47
3.1. Antecedentes de la discapacidad. Un estigma social de antaño	49
3.2. Discriminación a través del lenguaje.....	53
3.2.1.La Convención Internacional sobre los derechos de las PCD	54
3.3. Discapacidad	56
3.4. Deficiencia	61
3.5. Minusvalía	63
3.6. Medios de comunicación y discapacidad	65
Capítulo IV.....	71
Programa de rehabilitación para personas con discapacidad en Michoacán.....	71
4.1. Antecedentes de la rehabilitación en México	71
4.2.El Sistema DIF y la política pública asistencialista en Michoacán	77
4.2.1. CREE, CRI y Unidades Básicas de Rehabilitación en Michoacán.....	84
4.3. El papel de las ONG y la discapacidad en Michoacán	102
4.3.1. La ley que se hizo para no cumplirse, Registro Federal de las OSC	105
4.3.2. Inicios del Teletón en México	107
4.4. El Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) en Michoacán	110
4.5. Informe de la ONU para México. Controversia por Fundación Teletón	115

Capítulo V.....	124
Metodología para el programa de rehabilitación a personas con discapacidad.....	124
5.1. El método científico y la metodología de la investigación.....	124
5.2. Expresión del método científico	126
5.3. Enfoque de la investigación científica: cuantitativa y cualitativa	128
5.4. Instrumentos para la recolección de datos.....	130
5.4.1. Instrumentos cuantitativos	130
5.4.2. Prueba Piloto	131
5.4.3. Cuestionario.....	132
5.4.4. Universo de la investigación.....	134
5.4.5. Muestra de estudio	134
5.4.5.1. Tamaño de muestra.....	135
5.4.5.2. Tamaño de muestra para empleados en el CREE	136
5.4.6. Escala de actitudes.....	138
5.4.7. Aplicación de la escala tipo Likert	142
5.4.8. Datos secundarios	144
5.4.9. Instrumentos cualitativos.....	145
5.4.10. Documentos, datos, registros.....	148
5.4.11. Observación.....	149
5.4.12. Entrevistas	150
Capítulo VI.....	152
Resultados de la aplicación de la metodología	152
6. 1. Resultados del estudio a beneficiarios del CRIT	152
6.2. Resultados del estudio a pacientes en el CREE	169
6.3. Resultados del estudio a empleados del CREE	182
Conclusiones	195
Recomendaciones	200
Fuentes de consulta	205
Bibliográficas	205
Archivos consultados.....	208
Hemerográficas	210
Páginas web	210
Imágenes.....	215
Entrevistas.....	216
Anexos	217
Matriz de congruencia metodológica	217
Atribuciones de la SEPSOL Michoacán	219
Reglamento Interior del Sistema DIF Michoacana	220
Atribuciones Generales del Sistema DIF Michoacán	223
Organigrama del Sistema DIF Michoacán.....	224
Programas dependientes del Sistema DIF Michoacán.....	224
Tabla “ <i>t</i> ” <i>student</i> (I de II)	226
Guía Observación Cualitativa	228
Encuesta a beneficiario CRIT	229
Encuesta a personal del CREE	230
Encuesta a beneficiario del CREE	231
Guía de entrevista	232
Autorización del DIF Michoacán para realizar la investigación dentro del CREE	236
Video	237

Relación de cuadros

Cuadro I. Índice de personas con discapacidad en México 2000 a 2012.....	6
Cuadro II. Índice de personas con discapacidad en Michoacán 2000 a 2012.....	6
Cuadro III. Variable dependiente y variables independientes	16
Cuadro IV. (I de II). Programas dependientes de la Secretaría de Política Social	40
Cuadro V. Presupuesto a ejercer por la Secretaría de Política Social 2008-2014	43
Cuadro VI. Términos que sugieren discriminación	53
Cuadro VII. Tipos de deficiencias.....	62
Cuadro VIII. Tipos de minusvalías.....	63
Cuadro IX. Plan de estudios México-Cirujano Partero de la UMSNH	75
Cuadro X. Misión, visión y valores del Sistema DIF Michoacán.....	78
Cuadro XI. Programas de gobierno coordinados por el Sistema DIF Michoacán.....	80
Cuadro XII. Servicios que otorga el DIF Michoacán a PCD	81
Cuadro XIII. Remuneración mensual mandos medios y superiores sept. 2014	83
Cuadro XIV. Plantilla nivel de servicios personales del Sistema DIF Michoacán	84
Cuadro XV. Centros de Rehabilitación en el Estado de Michoacán (I de II)	85
Cuadro XVI. Costo por consulta en el CREE según estudio socioeconómico	93
Cuadro XVII. UBR con organigrama	100
Cuadro XVIII. Ayuntamientos sin organigrama que cuentan con UBR.....	101
Cuadro XIX. Municipios con transparencia acerca del director de la UBR	101
Cuadro XX. Continúa activa la asociación civil “La Gran Familia” de Michoacán....	106
Cuadro XXI. Miembros del patronato Teletón	108
Cuadro XXII. Tipo de terapia física que se proporciona en los CRIT	110
Cuadro XXIII. Expresión del método científico a utilizar	126
Cuadro XXIV. Bondades de la investigación cualitativa y cuantitativa	129
Cuadro XXV. Preguntas cerradas, abiertas, dicotómicas y opcionales.....	133
Cuadro XXVI. Características de una escala ordinal e intervalo	141
Cuadro XXVII. Tabla hipotética para calcular el poder discriminativo	144
Cuadro XXVIII. Cuestiones más específicas de la observación cualitativa	149
Cuadro XXIX. Incidencia del programa de atención a personas con discapacidad en Michoacán.....	194

Relación de gráficos

Gráfico I. Personas con discapacidad según entidad federativa 2000	7
Gráfico II. Personas con discapacidad según entidad federativa 2012	8
Gráfico III. Comportamiento del presupuesto asignado a la SEPSOL 2008-2014	43
Gráfico IV. Porcentaje de población con discapacidad en México y Michoacán	57
Gráfico V. Índice por género de personas con discapacidad en Michoacán	58
Gráfico VI. Índice por edad de personas con discapacidad	59
Gráfico VII. Distribución porcentual de las PCD por tipo de limitación	60
Gráfico VIII. Distribución porcentual de las personas con discapacidad por causa...	60
Gráfico IX. Número de afiliados (por cada 100 personas).....	76
Gráfico X. Presupuesto asignado al DIF Michoacán en millones de pesos	82
Gráfico XI. Comportamiento del presupuesto inicial y presupuesto ejercido	83
Gráfico XII. Regionalización de Michoacán según características socioeconómicas	87
Gráfico XIII. Ubicación geográfica de las UBR y CRI en Michoacán.....	88
Gráfico XIV. Número de personas atendidas en el CREE durante el 2012.....	93
Gráfico XV. Total de pacientes atendidos en el CREE y las UBR.....	94
Gráfico XVI. Número de personas atendidas en el CREE	94
Gráfico XVII. Estadísticas generales de enero a octubre 2014 por el CREE	95
Gráfico XVIII. Pacientes que han iniciado tratamiento en el CREE	95
Gráfico XIX. Pacientes en el CREE por género	96
Gráfico XX. Pacientes del CREE según nacionalidad	96
Gráfico XXI. Residencia de pacientes del CREE	97
Gráfico XXII. Pacientes según municipio de procedencia	97
Gráfico XXIII. Empleados en el CREE	98
Gráfico XXIV. Recaudación campañas Teletón 2012-2014	110
Gráfico XXV. Procedencia de niños pacientes del CRIT Michoacán.....	111
Gráfico XXVI. Mayor demanda por municipios.....	112
Gráfico XXVII. Pacientes en el CRIT según edad	113
Gráfico XXVIII. Millones de pesos otorgados al CREE y CRIT	120
Gráfico XXIX. Enfoque de la investigación científica.....	128
Gráfico XXX. Instrumento de medición con enfoque cuantitativo.....	130
Gráfico XXXI. Niveles de medición según datos métricos o no métricos	141
Gráfico XXXII. Instrumento de medición con enfoque cualitativo	147
Gráfico XXXIII. Tipo de entrevistas	150

Abreviaturas usadas

CONAPO	Consejo Nacional de Población
CONAPRED	Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación
CPLADE	Coordinación de Planeación para el Desarrollo
CREE	Centro de Rehabilitación y Educación Especial en Morelia
CRIT	Centro de Rehabilitación Infantil Teletón
DIP	Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto en los Hogares
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INADI	Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
ISSSTE	Instituto para la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ITAIMICH	Instituto para la Transparencia y Acceso a la Información Pública del Estado de Michoacán
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo No Gubernamental
PCD	Personas Con Discapacidad
PRI	Partido Revolucionario Institucional
SEDESOL	Secretaría de Desarrollo Social
SEP	Secretaría de Educación Pública
SEPSOL	Secretaría de Política Social
Sistema DIF	Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia
SSA	Secretaría de Seguridad y Asistencia
STASPE	Sindicado de Trabajadores al Servicio del Poder Ejecutivo
TELETÓN	Resultado por la unión de dos palabras: “ <i>televisión</i> ” y “ <i>maratón</i> ”
UBR	Unidad Básica de Rehabilitación

Glosario

- Bienestar social.** El bienestar hace referencia a todas las realizaciones personales, la libertad para concretarlas que están dadas por las capacidades propias de los individuos. No sólo tiene relación con la estabilidad económica o con cuestiones materiales, sino también con los sentimientos de satisfacción de cada individuo (Sen, 2000).
- Centro de Rehabilitación.** En materia de discapacidad, es un espacio donde se ofrece el servicio de rehabilitación a personas con discapacidad, lugar donde se ofrecen los medios de recuperación de sus capacidades máximas, de ayudar a que las personas con discapacidad puedan tener el óptimo desenvolvimiento en su vida (Ley No. 501, 2004).
- Deficiencia.** Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Desde el punto de vista de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad de un órgano o de la función propia de este (OMS, 2014).
- Desigualdad.** Puede ser causada por motivos como racismo, políticos, religiosos, económicos, por alguna discapacidad, etcétera. Todas estas formas de trato social negativas, dan como resultado que los seres humanos sean discriminados, a pesar que las personas son iguales ante la ley, existen barreras que los mismos seres humanos construyen (Cohen y Franco, 2005).
- Discapacidad.** Es un término general que abarca las deficiencias, limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguientes, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2014).
- Equidad.** La expresión equidad, se utiliza incluso como sinónimo de justicia o igualdad, sin embargo, su significado es diferente. Mientras la justicia es un valor inalcanzable, la equidad es realizable, viable en un momento histórico determinado. Implica ir más allá de la igualdad ante la ley y tratar de compensar las barreras económicas y sociales que dificultan la realización del potencial individual (Mokate en Cohen y Franco, 2005).
- Gobierno.** Es la expresión institucional de la autoridad del Estado. Su función consiste en la elaboración, ejecución y sanción de normas jurídicas a través de órganos legítimamente constituidos que, en un sentido amplio, cumplen todos aquellos sistemas de gobierno que organizan y estructuran el poder político bajo principios democráticos. En otro sentido, el término también denota el método mediante el cual se gobierna a una sociedad, o bien, se refiere a un grupo de individuos que comparten una determinada responsabilidad en las instituciones gubernamentales (Hurtado, 2015).
- Grupo social en situación de vulnerabilidad.** Aquel grupo de personas que por diferentes características enfrentan situaciones de riesgo o discriminación que les impide alcanzar mejores niveles de vida, por lo tanto requieren de la

atención específica de programas sociales para lograr su bienestar (CONAPRED, 2014).

Integración social. El derecho de las personas con discapacidad a participar en todos los ámbitos de la sociedad recibiendo el apoyo que necesitan en el marco de las estructuras comunes de educación, salud (rehabilitación), empleo, ocio y cultura, y servicios sociales, reconociéndoles los mismos derechos que el resto de la población (Rimez y Bendesky, 2000).

Minusvalía. Es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales (COCEMFE, 2014).

Municipio. Base de la división del territorio nacional y célula básica de distribución regional, política y administrativa de las entidades federativas (Hernández y Osegueda, 2009).

Personas con discapacidad. Aquellas personas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones (Ley No. 501, 2004).

Política. La aspiración a participar en el poder o a “influir” en la distribución del poder entre distintos Estados o, dentro de un Estado, entre los distintos grupos humanos que éste comprende. No sólo es la lucha por el poder sino también como la lucha entre fines y valores opuestos entre sí (Franzé, 2014).

Política pública. Es la actuación del aparato gubernamental, que junto con la sociedad civil organizada, contribuyen de forma significativa a la gestión de un problema local, estatal o federal. La política pública es el objetivo general que busca lograr el gobierno con la ciudadanía. Tiene dos dimensiones: estudio de la multicausalidad de los procesos decisionales y el conocimiento de la mejor opción para lograr las soluciones (Laswell, 1994).

Política social. Es la intervención del Estado y su conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a toda la sociedad con la mayor equidad posible. Constituyen un tipo particular de políticas públicas, cuyo objetivo final es el logro del bienestar social (Rimez y Bendesky, 2000).

Policy. El conjunto de cursos de acción, lineamientos o directrices definidas para el logro de ciertos objetivos y metas encaminadas a un fin (Meny y Thoenig, 1992).

Politics. Se refiere a los proceso de competencia, negociación y ejercicio del poder (Meny y Thoenig, 1992).

Polity. Alude a la noción de Estado como configuración jurídico-política en un territorio determinado (Meny y Thoenig, 1992).

Programa. Es un conjunto de acciones planificadas, tanto de recursos humanos y materiales, que tienen el propósito de resolver algún problema según la realidad que se busca intervenir. En su implementación participan agentes públicos y privados, donde los beneficiarios asumen cuotas de participación, suelen involucrar a municipios, o también suman al tercer sector en la

ejecución de tareas, las Organizaciones No Gubernamentales (Fernández en Serrano, 2005).

Programa asistencial. Acciones que emprende una autoridad gubernamental para reparar de forma parcial algún problema o situación, trata de cubrir ciertos vacíos pero no busca corregirlo desde la raíz, no es un verdadero combate a los problemas reales, porque lejos de erradicar definitivamente los problemas de la población objetivo sólo cubren una parte de sus carencias (Borghini y Bressano, 2012).

Proyecto. Es la planificación de una serie de actividades a seguir para cumplir con ciertos objetivos y metas específicas, incluye un límite de presupuesto, recursos humanos, materiales, de espacio y tiempo. En materia de políticas públicas el proyecto antecede al programa (Serrano, 2005).

Rehabilitación. Es la aplicación coordinada de un conjunto de acciones en el ámbito médico, social, educativo y profesional para preparar o readaptar a la persona con discapacidad para que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional y que se le permita llevar una existencia independiente y activa (Ley No. 501, 2004).

Unidad Básica de Rehabilitación. En materia de discapacidad, es un espacio que coordina el Sistema de Desarrollo Integral para la Familia municipal, según donde se apertura el programa. Está encargado de brindar apoyo de rehabilitación a las personas que así lo requieran, mediante terapias psicológicas, de rehabilitación física, terapia de lenguaje, consulta oftalmológica. Quienes son responsables de ofrecer estos servicios son médicos especialistas en rehabilitación (Sistema DIF Michoacán, 2014).

Resumen

Michoacán se ubica por encima de la media nacional en porcentaje de personas con discapacidad, el 7.8% de su población está impedida para realizar al menos una de las actividades como: caminar, ver, escuchar, hablar, etc. Durante 10 años, se ha mantenido entre los primeros estados en México, con un alto índice de personas con discapacidad, con mayor incidencia en el sector en edad productiva (INEGI, 2012).

El Estado trata de afrontar esta problemática a través del programa de atención a personas con discapacidad. Por ello, el presente trabajo analiza éste programa y se plantea la siguiente pregunta, ¿Cuál es el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014?

Para desarrollar el siguiente estudio se utilizó el método científico. Se planteó una hipótesis general y tres hipótesis específicas, en cuanto a la metodología, se utilizaron instrumentos como: la entrevista, observación, revisión de datos secundarios, aplicación de la Escala tipo Likert y cuestionarios a 437 beneficiarios del programa en mención, con la finalidad de obtener información relevante y comprobar que las personas con discapacidad no tienen garantizados su derecho básico para acceso a la salud en materia de rehabilitación. Además, se evidencia que el Estado sigue manteniendo un programa asistencial que no cubre las necesidades del objeto de estudio y que podría ser utilizado con fines político-electorales.

Entre los resultados que se encontraron fue que el programa busca incidir en mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, sin embargo, quedaron al descubierto diversas anomalías y deficiencias en su aplicación dentro de las instituciones correspondientes para la implementación del mismo. La presente investigación plasma algunas de éstas irregularidades así como recomendaciones que fueron recopiladas de la voz de aquellas personas involucradas en el tema y una vez aplicados los instrumentos de investigación previamente mencionados.

Palabras clave: personas con discapacidad, política pública, asistencia social, rehabilitación.

Abstract

Michoacan is above the national average in percentage of people with disabilities, 7.8% of its population is prevented to perform at least one of the activities such as walking, seeing, hearing, speaking, etc. For 10 years, it has remained among the top states in Mexico, with a high rate of people with disabilities, with the highest incidence in the sector of productive age (INEGI, 2012).

The state tries to address this problem through the program of care for people with disabilities. Therefore, this paper discusses this program and the question arises, What is the scope that care program for people with disabilities for rehabilitation in Michoacan period 2012-2014?

The scientific method was used to develop the next study. A general hypothesis was raised three specific hypotheses regarding the methodology, tools as were used: interview, observation, review of secondary data, applying the Likert scale and questionnaires to 437 beneficiaries of the program in question, in order material information and ensure that people with disabilities do not have guaranteed their basic right to access to health care in rehabilitation. In addition, it appears that the state continues to maintain a welfare program that does not cover the needs of the subject matter and could be used with political and electoral purposes.

Among the results we found was that the program seeks to influence on improving the quality of life of people with disabilities, however, they were revealed various anomalies and deficiencies in its application within the respective institutions for implementation. This research plasma some of these irregularities and recommendations were compiled from the voice of those involved in the issue and after applying the previously mentioned research instruments.

Keywords: people with disabilities, public policy, social work, rehabilitation.

Introducción

En México, todas las personas sin importar su condición, género, color, nivel socioeconómico, educación, creencia religiosa, cultura, lengua, condiciones de salud, son sujetos de derecho y obligaciones (Artículo 1, Constitución Política Mexicana, 1917). Así también, las personas con discapacidad, sin embargo, en nuestro país falta mucho para que sea una realidad.

Los mexicanos pagan impuestos y con ello contribuyen a que el Estado garantice servicios públicos hacia todos sus ciudadanos. Por lo tanto ¿no es ilógico que el Estado promueva públicamente donaciones económicas para que una persona con discapacidad pueda recibir una rehabilitación integral de calidad, como el caso de Fundación Teletón? La salud en materia de rehabilitación es un derecho y no un negocio.

Es innegable el aumento en el índice de personas con discapacidad. Del 2000 al 2012, el porcentaje poblacional de este sector se incrementó 4.8% (ENIGH, 2012). Michoacán es un caso particular que llama la atención, ya que en los últimos 10 años, se ha mantenido entre los primeros Estados en el país con mayor concentración de personas con discapacidad, incluso por arriba de la media nacional. Sus índices no han disminuido, todo lo contrario, aumentan significativamente.

Al 2012, 7.8% de su población reportó tener alguna discapacidad, en total representan a 355 mil 005 personas con algún impedimento para caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, poner atención o aprender, atender el cuidado personal y mental (ENIGH, 2012).

Ante esta problemática, al Estado se le ocurrió la posibilidad de implementar el “Programa de Atención a Personas con Discapacidad”, por ello, la presente investigación busca analizar cuál es el alcance que tiene dicha política pública en Michoacán para el periodo 2012-2014.

En el 2007 y a través de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, México se comprometió a garantizar que las personas con discapacidad tengan derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación, recibir servicios de salud gratuitos (Artículo 25) y para que logren la

máxima independencia y capacidad, se comprometió a proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación (Artículo 26) (OMS, 2014).

En Michoacán, el Estado otorga servicios de rehabilitación que no es gratuito y que establece una cuota de recuperación a personas con discapacidad a través de una política asistencial, la cual coordina el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, DIF Michoacán y que opera a través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial Morelia (CREE), 55 Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) y 5 Centros de Rehabilitación Integral (CRI), (Reglamento Interno del Sistema DIF Michoacán, 2012).

Es importante recalcar que hay una presencia más alta de personas con discapacidad en hogares con menos ingreso y una presencia menor en los hogares con mayores ingresos (ENIGH, 2012), esto implica un mayor gasto en hogares con escasos recursos para acceder a servicios de rehabilitación. En cuanto a los servicios de rehabilitación que ofrece el sector privado en Michoacán, destaca el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT Michoacán), su limitante es que sólo acepta pacientes menores de 18 años.

Para el caso del CRIT Michoacán, la LXXII Legislatura de la entidad, aprobó la erogación de 40 millones de pesos anuales por parte de la administración pública estatal. En total el compromiso es por 10 años, una erogación de 440 millones de pesos. (Ley No. 124, 2012). Mientras que para el CREE, CRI y UBR aprobaron una erogación de 8 millones de pesos correspondiente al mismo periodo en que se otorgó el millonario donativo al CRIT. Con la información anterior, se podrá conocer el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en servicios públicos gratuitos en Michoacán, periodo 2012-2014.

Ante esta problemática, se emprendió la presente investigación, donde se utilizaron instrumentos cualitativos y cuantitativos como la entrevista, observación, revisión de datos secundarios, aplicación de la Escala tipo Likert, estudio de campo dentro de los centros de rehabilitación como el CREE y CRIT, aplicación de un número determinado de cuestionarios a beneficiarios del programa de atención a personas con discapacidad.

En el capítulo 1 se presenta la descripción y planteamiento del problema, así como la justificación de la investigación. Éstos apartados fueron fundamentales para la construcción y base de la hipótesis general así como las tres hipótesis específicas. Una vez que se construyeron las hipótesis, se formularon las preguntas con sus objetivos correspondientes. Destaca el interés por investigar la relación que existe entre una persona con discapacidad y la accesibilidad a servicios integrales de rehabilitación. También, en el capítulo 1 se expone el tipo de investigación que se desarrolla para el estudio, tanto exploratorio como descriptivo y correlacional. Por último, se dejó abierta la posibilidad de extender la investigación a futuras líneas de estudio.

Para desarrollar el capítulo 2, correspondiente al marco conceptual y la investigación bibliográfica, fue útil ya que ayudó a definir los conceptos como lo son: política, política pública, social y asistencial. En el marco conceptual se revisan las distintas funciones y características de la política social y asistencial, así como las principales funciones y particularidades de un programa, con la finalidad de determinar que los anteriores conceptos no son sinónimos sino que tienen sus rasgos muy bien definidos. Además se realizó un recuento de cuáles son los servicios que se ofrecen en los centros de rehabilitación y la finalidad de la política asistencial orientada a la rehabilitación de las personas con discapacidad.

Fue indispensable desarrollar en el capítulo 3 términos como discapacidad y estereotipos que se forman alrededor de este tema. Se plasman cifras interesantes en torno a la discapacidad en Michoacán durante el periodo de investigación tales como: causas de la discapacidad, grupo de población más afectado, discapacidad por género, por mencionar algunos. También se hace referencia al papel de los medios de comunicación como difusores de estereotipos.

En la presente investigación, se planteó el capítulo 4 para contextualizar los servicios de rehabilitación en Michoacán para personas con discapacidad y que son origen del programa asistencial en atención a este sector social. El estudio es descriptivo, por lo tanto el capítulo 4 fue de ayuda para contextualizar los antecedentes de la rehabilitación en México y cómo fue que se inició en Michoacán gracias a la creación del Sistema DIF, así como los orígenes de los centros de

rehabilitación bajo tutela del Estado. Un tema de importancia dentro del capítulo es el papel de los Organismos no Gubernamentales como el caso del CRIT en Michoacán, así como la controversia que surgió en el 2014 entre la ONU y el Estado Mexicano por otorgar recursos económicos públicos a un ente privado como lo es Fundación Teletón. Por lo tanto, el capítulo 4 considera estos temas y los coloca en el análisis del presente estudio.

En el capítulo 5 se presenta la metodología que se siguió para la investigación y poder comprobar o en su caso rechazar la hipótesis tanto general como las específicas. El apartado fue de vital importancia porque marcó la ruta a seguir del presente estudio, así como el detalle de las herramientas de investigación a utilizar, instrumentos tanto cualitativos como cuantitativos que enriquecieron el estudio y que aportaron valiosa información para lograr las conclusiones y propuestas como resultado del trabajo. En dicho apartado se detalla el universo de estudio así como el tamaño de la muestra. También la realización de una prueba piloto antes de aplicar los cuestionarios a beneficiarios del programa. El uso de datos secundarios, documentos, datos y registros que fortalecieron la investigación.

Por último, se presentan conclusiones y propuestas como resultado del estudio bajo las reglas metodológicas antes descritas una vez aplicado el método científico. Dicho apartado tiene como fin plasmar aquellas características del programa estudiado que requieren de un cambio para que la política pública sea eficaz y eficiente. Conclusiones y propuestas para reflexionar acerca de las acciones de un Estado a favor de un sector que precisamente no es el de las personas con discapacidad, de mejorar sus servicios públicos en materia de rehabilitación, reconocer y dignificar los derechos de este sector poblacional por ser sujetos de derecho y no sujetos a la caridad o buena voluntad.

Capítulo I

Fundamentos de la investigación

En este primer capítulo se presentan los fundamentos metodológicos de la investigación. Consta de cinco partes, en la primera parte se establece el planteamiento y descripción del problema para aterrizar la pregunta general y preguntas específicas de la investigación. En la segunda parte se justifica el trabajo de estudio, argumentando su relevancia social, trascendencia, la viabilidad de la información así como sus implicaciones prácticas.

Para la tercera y cuarta etapa, se exponen las hipótesis de la investigación, con ello se podrán identificar las variables, dependiente e independientes, así como sus indicadores y dimensiones. Al momento de plasmar de esta forma las hipótesis así como sus variables, permitió la realización de la propia investigación.

1.1. Planteamiento del problema

En la actualidad, se desconoce el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014. La discapacidad es una realidad social, y según datos estadísticos, el número de personas con alguna discapacidad va en aumento. Por lo tanto, es importante prestar atención a las necesidades de este sector poblacional, analizarlo desde las diversas perspectivas de los sectores en la administración pública, como salud, educación, empleo, vivienda, urbanismo, participación en la vida política, entre otros.

En el año 2000, las personas con algún tipo de discapacidad eran 1 millón 795 mil, lo que representaban el 1.8% de la población (INEGI, 2000). Diez años después, la misma institución presenta datos acerca de la discapacidad y revela que en el 2010, las personas con algún tipo de discapacidad son 5 millones 739 mil 270, lo que representaba el 5.1% de la población total. (INEGI, 2010).

Para el 2012, 7 millones 715 mil 400 personas reportaron alguna discapacidad ya sea para caminar, ver, escuchar, hablar o comunicarse, es decir el 6.6% de la población total (ENIGH, 2012). Como podrá observarse, los datos van en incremento,

por ende es importante conocer qué realiza el Estado para cubrir las necesidades de este sector poblacional y si tiene incidencia o no el programa asistencial con la finalidad de que sus derechos humanos sean respetados y vivir en igualdad de condiciones.

Cuadro I. Índice de personas con discapacidad en México 2000 a 2012

Año	Personas con discapacidad	Porcentaje de la población
2012	7 millones 715 mil 400	6.6%
2010	5 millones 739 mil 270	5.1%
2000	1 millón 795 mil	1.8%

Fuente: Elaboración propia a partir de información del INEGI, 2000; INEGI 2010; ENIGH, 2012.

Las cifras anteriores corresponden a un panorama a nivel nacional en relación a aquellas personas que tienen alguna discapacidad. Como se puede observar, cada año que se realizó el censo se conoce un incremento en el porcentaje total de personas con alguna discapacidad, del 2000 al 2012 hubo un incremento del 4.8%, es decir 5 millones 920 mil 400 personas.

Pero si los datos se observan para el estado de Michoacán, se puede conocer que desde el 2000, la entidad se ha mantenido entre los primeros diez estados de la República Mexicana con mayor índice de este grupo poblacional, supera las cifras nacionales. A continuación la tabla de información.

Cuadro II. Índice de personas con discapacidad en Michoacán 2000 a 2012

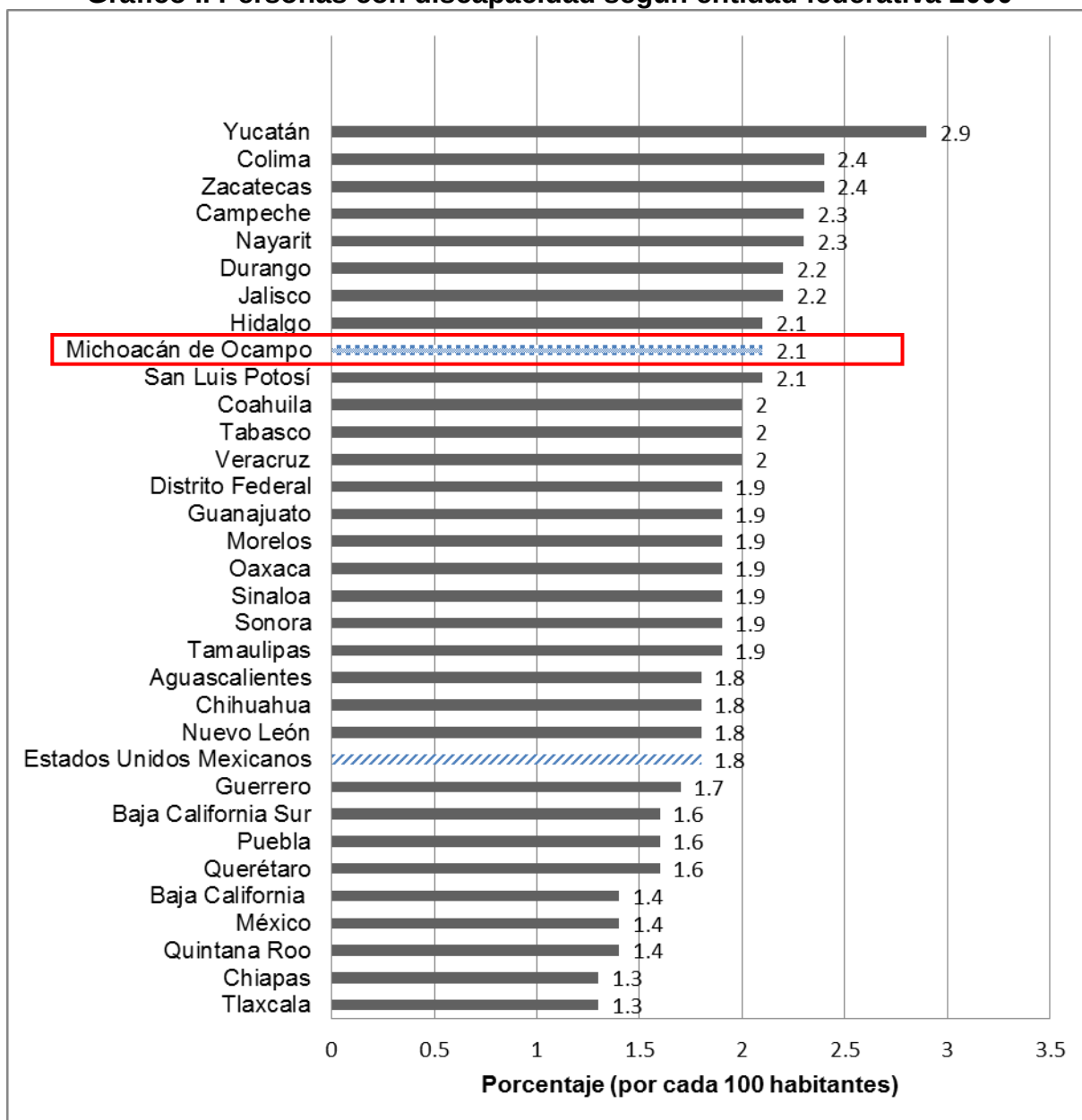
Año	Personas con discapacidad	Porcentaje de la población
2012	355 mil 005	7.8 %
2010	265 mil 413	6.1%
2000	83 mil 699	2.1 %

Fuente: Elaboración propia a partir de información del INEGI, 2000; INEGI 2010; ENIGH, 2012.

Michoacán se encuentra por encima de la media nacional en cuanto a personas con alguna discapacidad, para el 2012, 1.2% más casos. De igual manera se puede conocer que desde el 2000 al 2012, la cifra va en aumento, en el mismo periodo se incrementó un 5.7% la población con alguna discapacidad, representando un incremento de 271 mil 306 personas, casi la misma cantidad de habitantes que

existen en Uruapan, Michoacán. Esa es la dimensión del número poblacional con alguna discapacidad en la entidad y que es superior a la media nacional. A continuación los gráficos que revelan las cifras en aumento.

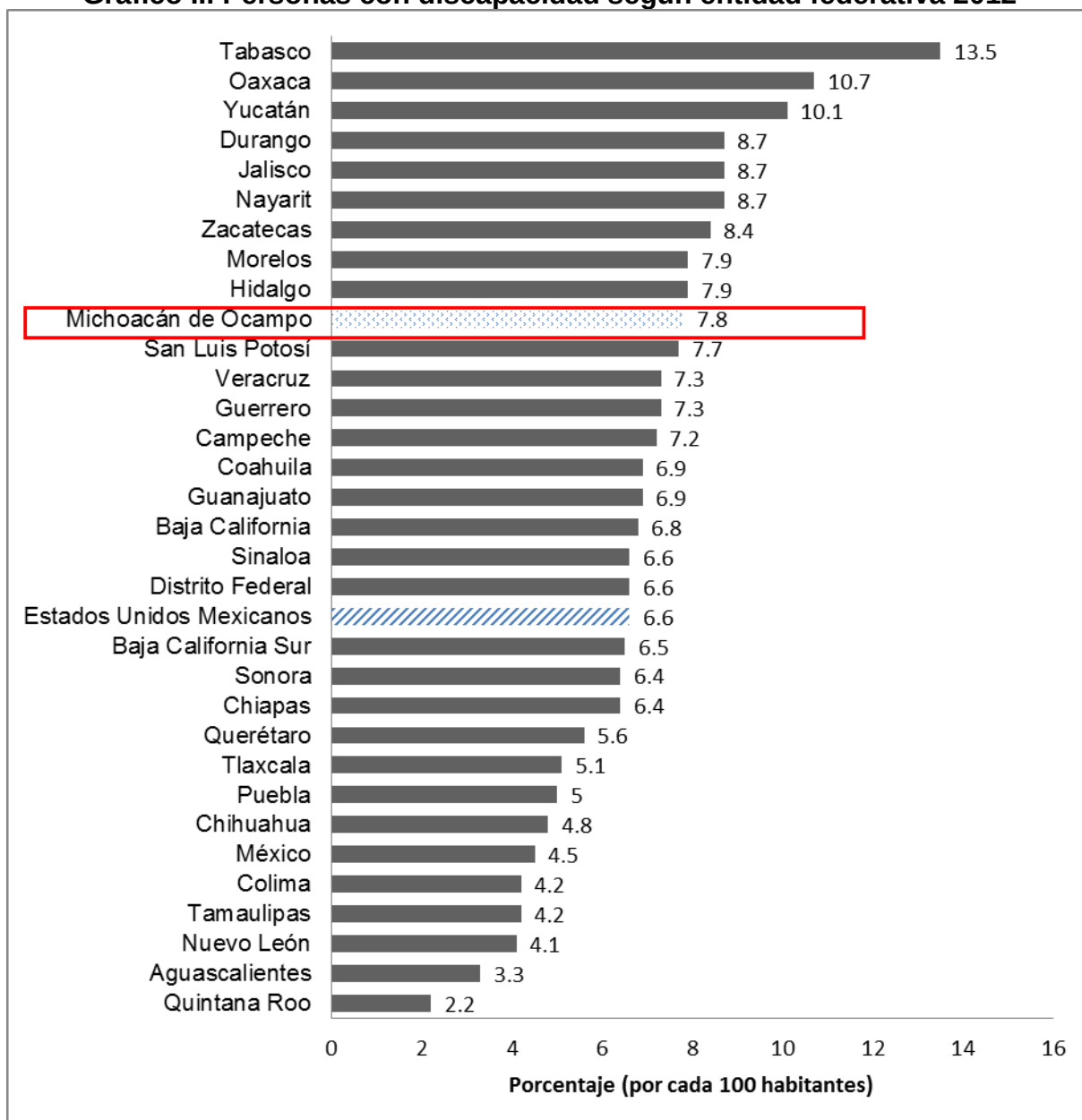
Gráfico I. Personas con discapacidad según entidad federativa 2000



Fuente: XII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

Para el 2012, se registró un incremento en el porcentaje de población con alguna discapacidad. A continuación los datos según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto en los Hogares (ENIGH, 2012).

Gráfico II. Personas con discapacidad según entidad federativa 2012



Fuente: ENIGH, 2012.

Como se puede observar en los datos anteriores, la población con algún tipo de discapacidad va en aumento, por lo tanto, es necesario generar las adecuadas políticas públicas en el rubro social para la atención de este sector poblacional. Eliminar cualquier tipo de inequidad social a través de la aplicación de los recursos públicos y servicios de rehabilitación no como un favor, sino como una obligación de Estado, así se encuentra estipulado en la Constitución Política Mexicana, donde se pone de manifiesto la atención del sector poblacional en mención.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, luego de las adiciones que se realizaron al Artículo 1, Párrafo V¹, se considera en la Carta Magna a aquellas personas con alguna discapacidad para garantizar sus derechos.

“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas” (Constitución Política Mexicana, 1917).

Aunado a lo anterior y en relación con el índice de PCD, es importante recalcar que hay una presencia más alta de éste sector poblacional en los hogares con menos ingreso y una presencia menor en los hogares con mayores ingresos (ENIGH, 2012). Esta situación puede ser una condicionante para aquellas personas que requieren servicios de rehabilitación, es decir, un menor ingreso en la familia puede ser una limitante para acceder a servicios de salud y educación especial, por tal motivo se corre el riesgo que en Michoacán se estén violentando las garantías individuales de las PCD, así como sus derechos humanos.

En Michoacán, se brindan los servicios de rehabilitación a través de programas creados por el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Michoacán). El cual en su Reglamento Interno dice a la letra:

“Artículo 1º. El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, es orden público e interés social y tiene como objetivo promover y prestar servicios de asistencia social” (Reglamento Interno del Sistema DIF Michoacán, 2012).

Algunos de los programas de corte asistencial que ofrecen dichos servicios son el Centro de Rehabilitación y Educación Especial Morelia (CREE), adscrito a la dependencia del gobierno estatal, así como las Unidades Básicas de Rehabilitación a

¹ La primer reforma que se realiza a este artículo fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto del 2001, donde se adiciona el párrafo que hace referencia a prohibir cualquier tipo de discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, capacidades diferentes [...](Diario Oficial de la Federación, 2001). Después, el 04 de diciembre de 2006 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación otra reforma al mismo artículo donde se sustituye el término “capacidades diferentes” por el de “discapacidades”. Cinco años después, nuevamente se reforma el mismo artículo que fue publicado el 10 de junio de 2011 en el DOF, donde la denominación del Capítulo I del Título Primero cambia por el de “De los Derechos Humanos y sus Garantías” y se incorpora la figura de los derechos humanos (Diario Oficial de la Federación, 2006 y 2011).

cargo de los ayuntamientos municipales y que se encuentran en coordinación con el CREE, de igual manera los Centros de Rehabilitación Integral (CRI).

El CREE inició operaciones en el año de 1986, su objetivo es prestar servicios de prevención, rehabilitación e integración social a personas con discapacidad, para la promoción de su integración y desarrollo humano individual, familiar y colectivo (DIF Michoacán, 2013). Pero, aquellas personas que viven fuera del municipio de Morelia, tendrán que trasladarse a la ciudad para recibir atención especial en el CREE según sus necesidades, lo cual implica una posible limitante si consideramos que hay una presencia más alta de PCD en los hogares con menos ingreso.

En Michoacán, el Sistema DIF también dispone de un programa para atención a personas con discapacidad a través de las 55 Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR), sólo que únicamente se encuentran distribuidas en el mismo número de municipios michoacanos así como los 5 Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y no cubren la totalidad de la población, por lo tanto no se garantiza la atención para todos, además que los servicios de se ofrecen en dichas unidades, paradójicamente no cuentan con especialistas en rehabilitación, aquellos pacientes que requieren el servicios son canalizados al CREE, ubicado en la capital michoacana.

En cuanto a los servicios de rehabilitación que ofrece el sector privado en Michoacán y al que pudiera acceder dicho grupo social, aunque también con la limitante de que se concentra el servicio de rehabilitación en la capital michoacana y que únicamente se atienden a pacientes menores de 18 años, se encuentra el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT Michoacán). Por último y con servicio de salud privado, se encuentra el que ofrece el Centro de Rehabilitación para discapacitados "San Rafael I.A.P." fundado el 24 de octubre de 1999, con sede en Pátzcuaro.

Para el caso del CRIT Michoacán, abrió sus servicios a partir del 14 de noviembre de 2013, comprometiendo la atención de mil niños al año. La LXXII Legislatura aprobó la erogación de 40 millones de pesos anuales por parte de la administración pública estatal. En total el compromiso es por 10 años, y el Estado aportará 440 millones de pesos a esta institución privada, del 2014 al 2023. Además

la fundación privada contará con un fondo de reserva para la operación, mantenimiento y funcionalidad (Iniciativa No. 124, 2012).

En cuanto a la erogación que realizó la administración pública a favor de los servicios en los programas de política asistencial para la atención a personas con discapacidad a través del CREE, Centros de Rehabilitación Integral y las Unidades Básicas de Rehabilitación, así como los que son administrados por el Sistema DIF Michoacán correspondiente al mismo periodo en que se otorgó el millonario donativo al CRIT, correspondió una cantidad de 8 millones de pesos (Iniciativa No. 124, 2012).

1.2. Preguntas de investigación

Ante estas irregularidades en cuanto a la erogación de la administración pública estatal de Michoacán hacia los Centros de Rehabilitación y las Unidades Básicas de Rehabilitación para Discapacitados adscritos al Sistema DIF Michoacán y los montos millonarios otorgados a la fundación privada CRIT de Fundación Teletón, resulta imperante analizar la política asistencial del gobierno estatal durante el periodo 2012-2014, encabezado por el gobernador Fausto Vallejo Figueroa, para conocer el funcionamiento de los centros de rehabilitación a personas con discapacidad, el marco legal, recursos económicos destinados a estos rubros, los programas sociales para el sector poblacional en mención y su inclusión en la política social y se plantean las siguientes preguntas de investigación.

Pregunta general

¿Cuál es el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014?

Preguntas específicas

¿Cuáles son las variables que inciden para la rehabilitación de una persona con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014?

¿Los servicios y la infraestructura para otorgar rehabilitación han logrado ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014?

¿Las acciones de información y orientación del programa han ayudado a incrementar la demanda para rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014?

Objetivo general

Determinar cuál es el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.

Objetivos específicos

Fijar cuáles son las variables que inciden para la rehabilitación de una persona con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.

Comprobar si los servicios y la infraestructura para otorgar rehabilitación han logrado ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.

Precisar si las acciones de información y orientación del programa han ayudado a incrementar la demanda para rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.

1.3. Justificación de la investigación

Con el presente proyecto de investigación se buscó beneficiar al 7.8% de la población con alguna discapacidad en el estado de Michoacán, analizar la política asistencial que se destina a este grupo poblacional en materia de servicios de rehabilitación que ofrece el Estado a través de los centros de rehabilitación que son coordinados por el Sistema DIF Michoacán.

Además, exponer el marco legal de las personas con discapacidad en la entidad para acceder a su derecho fundamental de atención y rehabilitación, así como conocer las acciones y programas asistenciales así como sociales, que se han emprendido en Michoacán a favor de este grupo social.

La investigación corresponde al periodo 2012-2014 debido a que a partir del 2012, es que en el Congreso del Estado de Michoacán los legisladores aprobaron otorgar un donativo anual de 40 millones de pesos y que durante un periodo de 10

años se estará destinando dicha cantidad a una fundación privada², en total corresponden del erario público un recurso económico de 400 millones de pesos.

La anterior decisión tomada por los legisladores, fue controversial porque el Estado es responsable y está obligado a otorgar estos servicios a la población, además que ya cuenta con infraestructura y programas para ofrecer rehabilitación, y no sólo se concentra la atención e infraestructura en la capital michoacana, sino que busca, a través de las Unidades Básicas de Rehabilitación, descentralizar el servicio de rehabilitación a los diversos municipios de Michoacán.

También, fue en el 2012 cuando la Auditoría Superior de Michoacán detectó irregularidades en la entrega de dos donativos a la Fundación Teletón, uno por 27 millones de pesos y el otro por 121 millones (Ibarra, 2012). Mientras en lo que respecta al espacio en el cual se realiza la investigación, corresponde al Estado de Michoacán de Ocampo.

La información sobre el tema de la discapacidad se obtuvo de instituciones nacionales y estatales, como el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), el Consejo Nacional de Población (CONAPO), el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad (CONADIS), el Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad (CODIS), la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), así como la Comisión Estatal de los Derechos Humanos (CEDH).

La Secretaría de Salud de Michoacán, la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Secretaría de Educación (SEE), información en el ámbito legislativo a través del Congreso de la Unión y el Congreso del Estado de Michoacán. En cuanto a los Centros de Rehabilitación, la información se obtiene a través del Sistema DIF Michoacán, así como el CRIT Fundación Teletón y el Centro de Rehabilitación “San Rafael”. También se consultarán fundaciones y organismos como la Coalición México por los derechos de las personas con discapacidad (COAMEX)

² El monto se otorgó a la Fundación Teletón, un Organismo No Gubernamental y que con ello se inició la construcción del Centro de Rehabilitación Integral Teletón en Michoacán. Aunque la Fundación Teletón y Grupo Televisa son personas morales independientes, con fines totalmente distintos, es cierto que Televisa no cobra cantidad alguna a Fundación Teletón por la realización del evento en sus instalaciones, es un “donativo en especie” (teletón.org., 2014).

Los Organismos Internacionales que se consultaron para obtener información: la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, la Organización Mundial de las Personas con Discapacidad de Asia-Pacífico y Grupos de Apoyo.

Por último, se tiene el interés por el desarrollo de esta investigación debido a que se considera importante la labor que se puede emprender a través del diseño de una política social y no sólo asistencial hacia las PCD y en favor de la atención en servicios de rehabilitación en el estado de Michoacán, además de buscar concientizar y sensibilizar a la población respecto al tema.

1.4. Tipos de investigación

Para la presente investigación se realizó un estudio exploratorio, ya que en Michoacán y México, el tema de la política asistencial en materia de personas con discapacidad y sobre todo en relación a la rehabilitación es poco estudiado y desconocido para algunas áreas como en políticas públicas.

También, un estudio descriptivo, para detallar el contexto de las personas con alguna discapacidad en Michoacán, así como las propiedades del objeto de estudio, describir además su situación actual, conocer qué se ha realizado en materia legislativa a favor de este grupo poblacional, utilizando textos y publicaciones del Diario Oficial de la Federación o el Periódico Oficial del Estado de Michoacán de Ocampo. Además se analizará el principal programa asistencial que aboca sus objetivos en otorgar servicios de rehabilitación.

Se aplicó un estudio explicativo, ya que se considera imprudente excluir de un estudio esta característica debido a que para comprender el objeto de estudio se deben conocer las causas del problema en sí. Es decir su fundamentación legal que rige a los centros de rehabilitación en Michoacán así como los derechos fundamentales de las personas con alguna discapacidad tal es el caso de la Convención de Naciones Unidas sobre los Derechos de Personas con Discapacidad, además buscar la razón y causa del objeto de estudio, y analizar las causas que dieron origen a una política asistencial hacia los centros de rehabilitación.

Con entrevistas a los principales titulares de las dependencias como la Secretaría de Educación, Secretaría de Salud, el Sistema DIF Michoacán, así como el análisis de los programas de la administración pública que puedan ser útiles para el adecuado funcionamiento de los centros de rehabilitación, así como conocer la existencia de cursos de sensibilización a tomadores de decisiones al respecto del tema de la discapacidad, si existen los recursos humanos suficientes para la atención en servicios de rehabilitación y conocer también si se tiene alguna articulación con los programas federales y los diversos organismos internacionales enfocados a la atención de este grupo poblacional.

Además, la investigación es un estudio correlacional porque intenta evaluar la relación entre una variable independiente y otra variable dependiente, asimismo tratar de conocer cómo es que se mejoraría la rehabilitación de la persona con discapacidad si existe alguna variación entre el número de terapias y calidad en las mismas. La investigación tiene relevancia social porque, como se mencionó anteriormente, es un tema poco estudiado y analizado desde el ámbito político, desde la política social en materia de centros de rehabilitación para personas con alguna discapacidad. En general, los estudios en el área se han destinado al análisis desde el punto de vista médico, psicológico, terapéutico, o bien, desde el ámbito legal y no así desde lo social y mucho menos desde el área de la política pública.

1.5. Hipótesis de la investigación

Hipótesis general

El alcance del programa de atención a personas con discapacidad es bajo en materia de rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.

Hipótesis específicas

Las variables como lugar de procedencia, número y costo por terapia inciden negativamente para la rehabilitación de una persona con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.

Los servicios y la infraestructura para otorgar rehabilitación han logrado ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.

Las acciones de información y orientación del programa han ayudado a incrementar la demanda para rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.

1.6. Identificación de variables

Es preciso mencionar que para la identificación de variables se realizó a través de las entrevistas y la observación en el área de rehabilitación donde se aplica el programa de atención por analizar. Se convivió con los beneficiarios del programa y el personal que realiza las labores en el CREE, con lo cual se conocieron diversos aspectos que fueron necesarios para considerarse en la estructura del cuestionario así como las principales variables a medir y que a continuación se colocan en el Cuadro III.

Cada caso es extraordinario por lo tanto, fue preciso conocer a través de entrevistas a profundidad cada uno de ellos, a partir de las charlas es que se tomó la decisión de elegir las variables a estudiar. También es preciso mencionar que se realizó un enfoque mixto, es decir, cuantitativo y cualitativo, con la finalidad de profundizar en el estudio del tema, conocer sus cualidades, características pero también sus implicaciones sociales. De las hipótesis que se plantearon para la presente investigación, se identifican las siguientes variables:

Cuadro III. Variable dependiente y variables independientes

Variable dependiente	Variable independiente
Integralidad en el programa de rehabilitación para personas con discapacidad.	-Personas con discapacidad -Costo por terapia de rehabilitación -Gasto en transporte público -Cantidad de terapias de rehabilitación -Recursos económicos destinados a centros de rehabilitación. -Servicios de rehabilitación. -Acceso a servicios de rehabilitación -Infraestructura del CREE y UBR. -Personal capacitado para rehabilitar. -Información de los servicios.

Capítulo II

La política social y asistencial hacia personas con discapacidad

En México, las desigualdades sociales se han multiplicado, afectando las condiciones de vida para las personas con alguna discapacidad, sin dejar de mencionar las desigualdades por diferentes causas como desempleo, bajos salarios, género, preferencia sexual, creencias religiosas, entre otras (Donzelot, 2007).

En ese contexto, la política social funge un papel primordial en la actividad de cualquier Estado en el sentido que está obligado a mejorar las condiciones de vida de la población y disminuir las desigualdades sociales, con lo cual se contribuye a optimizar los índices de desarrollo económico con el bienestar del capital humano.

Por tal motivo, se consideró indispensable el análisis de una política social- que no existe para las personas con discapacidad en materia de rehabilitación sino una política asistencial- que se ha destinado para la atención a personas con alguna discapacidad en Michoacán y que representan el 7.8% de la población total (INEGI, 2012). Debido a ello, es necesario realizar algunas aproximaciones hacia la política social y sus antecedentes en México, analizar la diferencia entre una política social y una política asistencial, así como las características que la distinguen de un programa social. Por último, se exponen las características de la política asistencial en Michoacán en atención al tema de rehabilitación hacia el grupo objeto de estudio.

2.1. Características de la política y la política social

Previo a conceptualizar la política social, en primer término es necesario exponer la noción de política y al hacer referencia a la política, es de relevancia conocer sus dos significados como los detalla Luis Aguilar: puede ser entendida como la teoría y la práctica que orienta a la conquista, ejercicio y detentación del poder (*politics*) o se puede entender como el conjunto de cursos de acción, lineamientos o directrices definidas para el logro de ciertos objetivos y metas (*policies*) (Aguilar, 1996).

Para hacer referencia al primer término: (*politics*) es necesario mencionar que son diversos los autores que han abordado el tema según sus enfoques, desde Aristóteles, Platón, Nicolás Maquiavelo, Thomas Hobbes, John Locke, Rousseau, Gramsci, Weber, Schmitt, John Stuart Mill, Marx, por mencionar algunos. A pesar de ser un tópico que se estudia desde diversas aristas, según el contexto, tiempo y espacio, en la actualidad continúa vigente su análisis, ya que la naturaleza del ser humano es vivir en sociedad, por lo tanto tendrá la necesidad de organizarse para planear su óptimo desarrollo.

Mientras para algunos autores, la política consiste esencialmente en la lucha por el poder dentro de una determinada acción política, para otros es la acción colectiva dirigida a lograr el bien común (Franzé, 2004). Además, comprender la política no es sólo saber quién obtiene qué, dónde, cuándo, y cómo, según afirmó Harold D. Lasswell, sino también comprender los orígenes de por qué las personas actúan como lo hacen (Camp, 1994).

Tal es el caso de Aristóteles quien reflexionó acerca de la política y su filosofía en relación al tema era que ésta tenía como fin el bien común, lo cual significa el desarrollo de la felicidad de la comunidad política (Aristóteles, 2008). Es decir, de acuerdo al pensamiento de Aristóteles, cada individuo ha sido creado para algo, por lo tanto la política tiene su fundamento en buscar la felicidad individual y que el hombre sea capaz de tomar decisiones que se encuentren destinadas para lograr el bien común.

Para Weber, la política es aspirar a influir, obtener y conservar el poder del Estado. Es un ejercicio del poder, sustentado en la fuerza, que busca establecer una relación de obediencia-dominación de unos hombres sobre otros hombres (Franzé, 2004). Deja a un lado el bien común que planteó Aristóteles en su política, y enfoca sus pensamientos hacia la política como una forma de dominio, control del poder en un Estado que a través de la fuerza lo consigue o mantiene.

También, Carl Schmitt teorizó en relación a la política y algo que no se puede eliminar que es lo político³. Según el autor, la política es requerida como la decisión

³ Es preciso mencionar que Schmitt no hace una separación total de lo político y la política, analiza los términos y para él, la política no es una acción colectiva en la que la comunicación y la deliberación tengan cabida, sino el ámbito de la lucha. Lo político son el pueblo de la nación y su poder político, el

necesaria para poder construir un orden. En la base de cualquier orden político no hay ningún principio moral, ninguna norma fundamental, ningún pacto o acuerdo libre sino un acto de apropiación que transforma el poder en derecho. Este poder es la forma determinada de cualquier régimen constitucional posible y es algo que va más allá del Estado (Franzé, 2004).

De igual forma, Antonio Gramsci analizó la política aunque él la definió como el reflejo de las tendencias que son el desarrollo de una estructura, es un organismo en desarrollo, significa ciencia del Estado y es todo el complejo de actividades, prácticas y teóricas con las cuales la clase dirigente no sólo justifica y mantiene su dominio, sino también logra obtener el consenso activo de los gobernados, es sociedad política más sociedad civil, hegemonía revestida de coerción (Crehan, 2006).

Como se puede observar, los autores que escriben al respecto de la política tuvieron influencia de su contexto, espacio y tiempo en el que vivieron y los eventos históricos que marcaron la forma de abordar un tema y sus pensamientos. Sin embargo, existe una característica entre las diversas definiciones que se pueden conocer al respecto de la política, como que es pieza indispensable y natural en la vida en sociedad del ser humano, que tiene una tendencia al cambio, no es estática y evoluciona según las necesidades de la población, su fin es el bienestar del ser humano, aunque no necesariamente éste sea con intereses comunes.

En cuanto al segundo significado de política (*policy*) como lo describe Luis Aguilar, es entendido como el conjunto de cursos de acción, lineamientos o directrices definidas para el logro de ciertos objetivos y metas de un Estado (Aguilar, 1996). Ésta última descripción comprendida como una acción, decisiones concretas que tienen un fin determinado.

Hace más de 60 años, para precisar, en 1951 Harold Lasswell acuñó el término de *policy sciences*, propuso en Estados Unidos de América la creación de esta nueva disciplina “ciencias de políticas”, además de presentar importantes

ámbito de lo público, la dinámica política dada por el conflicto y la lucha por el poder y el fin de bien común. Lo político es lo que trata de ordenar la política. Es esta vida política (lo político) lo que trata de ordenar la política, para conseguir ese bien común (Franzé, 2004).

aportaciones para el análisis de las políticas públicas, considerando así que el Estado estaría en condiciones de elevar la eficiencia y eficacia de sus acciones.

Para la presente investigación, se utiliza el término de *policy*⁴ que en el sentido de su significado, indica que la política es el conjunto de formulaciones, decisiones y acciones, proyecciones estratégicas, wq1º permanentes, sistemáticas e integradas de un Estado, que se diversifican en propósitos, objetivos a corto, mediano y largo plazo, que son indispensables para modificar o transformar una situación o cuestión determinada, que para el caso de la investigación, son las proyecciones estratégicas para la rehabilitación de las personas con discapacidades en Michoacán y la respuesta que otorga el Estado como ejecutor de políticas públicas en la materia.

Una política es un comportamiento propositivo, intencionado, planeado, no simplemente reactivo o casual, que se pone en movimiento con la decisión de alcanzar ciertos objetivos a través de ciertos medios. Toda política implica un conjunto de acciones con sentido, es decir, con fines y medios (Aguilar, 1996). En relación a la política, se puede decir que surge a partir del cuestionamiento acerca de algún acontecimiento, algún evento que pueda considerarse como un problema.

De acuerdo a Luis Aguilar, el término política puede denotar varias cosas, como un campo de actividad gubernamental, es decir, política de salud, política educativa, política económica o como la que compete a la presente investigación: la política social. Pero se considera que lo más importante de una política es que denota las intenciones de los gobernantes y las consecuencias de sus actos (Pressman y Wildavsky, 1998).

Respecto a la política social⁵, se define como la intervención del Estado en la organización económica y social de un país, con la finalidad de proporcionar una protección de servicios básicos a la totalidad de la población (o al menos a su sector

⁴ *Policy*. El conjunto de cursos de acción, lineamientos o directrices definidas para el logro de ciertos objetivos y metas encaminadas a un fin. *Politics*. Se refiere a los proceso de competencia, negociación y ejercicio del poder. *Polity*. Alude a la noción de Estado como configuración jurídico-política en un territorio determinado (Meny y Thoenig, 1992).

⁵ Se menciona la política social porque es la acción del Estado encaminada a intervenir en algún problema social que afecte a un grupo social determinado que para fines de esta investigación son las personas con discapacidad.

más pobre o desfavorecido) frente a los efectos de la desigualdad económica y los desequilibrios sociales (Cartwright y Harary en Leco y Bollain, 2013).

En otra definición, se puede considerar a la política social como el campo gubernamental y el conjunto de directrices, orientaciones, criterios y lineamientos conducentes a la preservación y elevación del bienestar social, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad (Viteri, 2007), entonces, ¿qué es el bienestar social y qué es la equidad?

En cuanto al bienestar social, existen instituciones educativas que ofrecen tanto maestrías, especialidades o doctorados en el tema, gobiernos desde municipales, estatales y federales que presentan planes estratégicos de desarrollo haciendo referencia al bienestar social de su comunidad, región o país.

Algunos países tienen burócratas designados únicamente a tareas específicas del bienestar social o departamentos de Estado con el título de Secretaría de Bienestar Social. También algunas Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que dedican sus tareas y acciones en conjunto con la sociedad civil a favor del bienestar social, es un tema que no se queda en lo local sino que tiene referencia a nivel internacional pero, ¿qué es bienestar social?

De acuerdo a Amartya Sen, el bienestar incluye las realizaciones personales, la libertad para concretarlas que están dadas por las capacidades propias de los individuos. Los bienes y recursos son sólo el medio para alcanzar los funcionamientos de las personas (Sen, 2000). Es decir, el bienestar social no sólo tiene relación con la estabilidad económica o con cuestiones materiales como servicios básicos, vivienda, alimentación, etcétera, sino también con los sentimientos de satisfacción de cada individuo.

Antes que Sen expusiera en la década de los 80 su nueva teoría en relación al bienestar social, la economía no tomaba en cuenta el concepto desde las cuestiones éticas, por ejemplo, las personas con discapacidad no sólo tendrán bienestar social si cuentan con un trabajo que les remunere sus horas laborales, sino también consiguen satisfacer sus necesidades de afecto, tienen contacto social, tienen la posibilidad de independizarse y elevar su autoestima, por lo tanto el bienestar no sólo es en lo económico sino en sus realizaciones personales.

El Premio Nobel de Economía 1998, establece que el bienestar social está íntimamente ligado a la política social y señala que lo realmente importante del enfoque de las necesidades básicas es el modo que tienen las personas de acceder a los distintos bienes y servicios que satisfacen las necesidades (Sen, 2000).

Estas teorías y métodos para medir el bienestar social son difícil de aplicar, en el sentido que la población es heterogénea y por esta cualidad, nada es igual para todo el mundo ni por su espacio o tiempo, a pesar de esta característica singular y natural del ser humano, esta metodología se han implementado en organismos internacionales como las Naciones Unidas (ONU), o en el caso de México, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), que utiliza la metodología de Sen para realizar algunos estudios acerca del desarrollo humano o el bienestar social en el país.

Por tal motivo, tratar de llegar a una definición única del bienestar social es complicado y según el enfoque es el significado del mismo, sin embargo para la presente investigación se toma en cuenta a Amartya Sen, considerando que el bienestar es el estado en que los individuos tienen la capacidad y posibilidad de llevar una vida que tienen motivos para valorar, que tienen libertades, seguridad personal, ambiental, acceso a bienes materiales y buenas relaciones sociales (Sen, 2000).

Si el Estado busca el bienestar social a través una política social, entonces se considera que tiene como fin aumentar las oportunidades reales que las personas tienen para mejorar sus vidas y esto incluye mejorar aspectos como en salud, cubrir necesidades materiales, seguridad personal y ambiental, establecer relaciones sociales o interactuar con los individuos en una sociedad determinada. Las características anteriores están fuertemente ligadas al objeto de estudio de la presente investigación, grupo social de discapacitados y la política social que el Estado destine para garantizar el bienestar social, incluye el ámbito de la salud, necesidades materiales, seguridad personal y la cohesión social.

En la actualidad, existen diversos organismos internacionales que realizan mediciones acerca del bienestar social en diversos países, tal es el caso de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), que en el

2013 presentó resultados del estudio que realizó para medir el bienestar y se conoció que México figura en los últimos puestos.

Los países nórdicos europeos, Australia, Canadá y Estados Unidos son los países miembros de la OCDE que cuentan con mejores índices, mientras que Hungría, Portugal, Estonia, Chile, se encuentran en los mismos resultados negativos que México. El informe de la OCDE para estos resultados evaluó indicadores como ingreso y riqueza, empleo, vivienda, salud, vida laboral y privada, educación, relaciones sociales, gobernanza, calidad medioambiental, seguridad y percepción subjetiva del bienestar (OCDE, 2013).

Una vez que se analiza el término de bienestar social, toca definir la equidad. Puesto que la política social no sólo hace referencia a dicha expresión, sino también que todas las acciones enmarcadas en esta política estarán orientadas a una mayor equidad, noción en donde el bienestar juega un papel importante, no sólo se trata que los seres humanos cumplan con sus realizaciones personales sino que sus posibilidades de esta estabilidad, sea similar entre ellos, logrando así una sociedad equitativa.

La expresión equidad, se utiliza incluso como sinónimo de justicia o igualdad, sin embargo, su significado es algo diferente. Mientras la justicia es un valor inalcanzable, la equidad es realizable, viable en un momento histórico determinado. Implica ir más allá de la igualdad ante la ley y tratar de compensar las barreras económicas y sociales que dificultan la realización del potencial individual. La equidad siempre está relacionada con la superación de las desigualdades (Mokate en Cohen y Franco, 2005).

La desigualdad (antónimo de equidad), puede ser causada por motivos políticos, religiosos, económicos, por racismo, o por alguna discapacidad, etcétera. Todas estas formas de trato social negativas, dan como resultado que los seres humanos sean discriminados, a pesar que las personas son iguales ante la ley, existen barreras o estigmas que los mismos seres humanos construyen.

Tal es el caso de los estereotipos que llevados a la práctica ocasionan algunas barreras, y a este tipo de estereotipos que conllevan a la discriminación, bien los analiza Erving Goffman, quien afirma que los estereotipos causan un estigma social y

crean una identidad “falsa” a un ser humano ya sea por sus características físicas, psicológicas o condiciones económicas, entre otras (Goffman, 2006).

La falta de acceso y atención en terapias de rehabilitación para las personas con alguna discapacidad en Michoacán incide en que sus satisfacciones de necesidades básicas no pueden cumplirse, esto se expresa al momento en que dicho grupo social tiene limitada su posibilidad de atención, es un obstáculo para desarrollar el potencial del individuo y pone en riesgo la cohesión social y su inserción en la vida política, económica y social en México.

Se afirma entonces que, la política social es compleja en el sentido que su fin es el bienestar social y lograr la equidad en la sociedad a pesar de su heterogeneidad, sin embargo, es necesaria debido a que es el fundamento de los programas y proyectos para atender problemas específicos que logren la cohesión e integración social, logrando así que los intereses y necesidades de cada individuo no prevalezcan sobre ningún otro.

Por lo tanto, las políticas sociales constituyen un tipo particular de políticas públicas, cuyo objetivo final es el logro del bienestar social mediante estrategias de redistribución de la riqueza y del ingreso para impulsar un mejoramiento continuo de las condiciones de vida de la población. Tienden a ampliar los derechos sociales y procurar condiciones aceptables de vida para el conjunto de la sociedad.

La política social ha sido una función asumida por el Estado mexicano junto a funciones clásicas de justicia, seguridad y orden público (Cardozo, 2006). Aunque no necesariamente surgen por la buena voluntad o el deseo de que el Estado atienda un problema en específico. La implementación de la política social en México está a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), en el caso de Michoacán se encuentra a cargo de la Secretaría de Política Social (SEPSOL). En cuanto a la dependencia federal, cada seis años al inicio del periodo presidencial presenta el Programa de Desarrollo Social, donde se establecen los distintos objetivos y estrategias que implementará el Estado durante el sexenio en materia de política social, mismos que concuerdan con el Programa Nacional de Desarrollo.

Cabe hacer un paréntesis para mencionar que en la actualidad, existen acciones de política social que sí asume el Estado pero que también tienen impulso y

nacen de proyectos y propuestas por otros actores sociales como medios de comunicación, partidos políticos, organismos no gubernamentales (ONG), entre otros. Por lo anterior se puede conocer los diversos significados que la palabra política conlleva, los objetivos que persigue una política social y lo difícil que implica una definición para el bienestar social, no así para la equidad o justicia. Una vez establecido los argumentos de las expresiones anteriores, es importante conocer los antecedentes de la política social en México que a continuación se exponen.

2.2. Antecedentes de la política social en México

La historia de México es vasta en el sentido que da cuenta de un país con una diversidad de razas, cultura, tradiciones, lenguas, espacios geográficos, misma heterogeneidad que dio pie a luchas y movimientos políticos, religiosos, de clases sociales, entre otros. Así se puede reconocer en México diversos periodos históricos desde la época en que según las regiones, crecieron y se desarrollaron culturas como la olmeca, maya, zapoteca, purépecha, tolteca, náhuatl, totonaca, por mencionar algunas.

Después, la conquista de los españoles, el virreinato de la Nueva España, luego la Independencia de México, el Porfiriato, la Revolución Mexicana, la guerra de los cristeros, el Maximato, Cardenismo hasta lo que hoy se conoce como el México Moderno.

No es interés de la presente investigación ahondar al respecto en cada uno de los momentos históricos que marcaron la vida política y social del país, por lo que no se detallará en los respectivos sucesos, sin embargo es importante mencionarlos debido a que dan un panorama muy general de las convulsiones que vivió la sociedad en el país, cambios políticos y formas de gobierno, según el tiempo y suceso histórico, los cuales marcaron un precedente para lo que hoy se conoce como México, incluyendo la forma en que se conoce la política social.

Es preciso señalar que con las diferentes etapas históricas, se puede conocer que existían los juegos de poder entre la clase dominante, lucha de intereses políticos y económicos, así como entre las clases sociales de acuerdo a sus necesidades.

Pero era aún más la población desfavorecida y controlada, no gozaban de servicios básicos, educación, acceso a la salud, mucho menos a propiedades materiales o bienestar económico, es así que la población mexicana, motivada por estas grandes carencias y viviendo la gran desigualdad, extrema pobreza pero también riqueza concentrada en algunas manos, inician los movimientos sociales por el reconocimiento a sus derechos.

En este contexto de gran desigualdad, descontento político y social, la población tenía grandes carencias, por lo tanto el resultado fue la Revolución Mexicana que inicia en 1910. Se menciona este movimiento social porque a partir de este hecho histórico, es que los gobiernos se comprometieron a enfrentar los problemas de injusticia social, plasmados en la Constitución Política Mexicana de 1917, que aún nos rige como país, aunque su texto original ya no sea el mismo debido a reformas y constantes modificaciones.

Han pasado 104 años de este importante movimiento social y aún continúa la desigualdad en el país, existen estos grandes contrastes donde hay pobreza extrema y la riqueza que se concentra en manos de unos cuantos, donde gran parte de la población aún carece de acceso a servicios básicos como salud, servicios sanitarios, seguridad, servicios sociales, vivienda, educación, empleo, alimentación.

Después de la Revolución Mexicana se iniciaron los antecedentes para la política social como hoy se le conoce. Los gobiernos posrevolucionarios trataron de atender los problemas sociales, las injusticias, aunque comenzaron con la clase trabajadora que contaba con un empleo formal, mediante la vía de la seguridad social. Así cualquier política social, en primer momento fue la seguridad social y en segundo momento los programas de combate a la pobreza (Leco y Bollain, 2013).

Es en el segundo momento, por así mencionarlo, en México se inicia la aplicación de políticas sociales de tipo universalista, con una cobertura limitada —el llamado “universalismo segmentado”— dirigida principalmente a los grupos de trabajadores organizados y a las clases medias urbanas y rurales, con grados diversos de calidad en la prestación de los servicios (Rimez y Bendesky, 2000).

Es así como la política social del Estado ha tenido como objetivo primordial la atención a los trabajadores que cuentan con un salario y empleo formal, básicamente

a través de los sistemas públicos de salud o educación, lo cual da cuenta de cómo otra parte de la sociedad mexicana sigue excluida de gozar con un bienestar social y equidad a través de una política social.

De acuerdo al INEGI, en México el desempleo disminuyó a 2.4 millones de personas durante el cuarto trimestre de 2013, y aumentó el número de personas que labora en el sector informal, son 14 millones de mexicanos que no cuentan con un empleo formal (INEGI, 2014). El empleo informal implica que los 14 millones de mexicanos no cuentan con los beneficios que otorgaría la política social como salud, vivienda o seguridad social.

En los antecedentes de la política social en México, también es importante recalcar que desde sus inicios fue utilizada como un instrumento para la atención de grupos vinculados a las organizaciones políticas que ostentaban el poder (aún se sigue utilizando la política social como instrumento de manipulación dentro del sistema político mexicano, donde queda demostrado que su fin no es eliminar y erradicar los problemas sociales, sino utilizarlo con fines político-electorales).

Esta forma corporativa de arreglo político actuó mediante un complejo de organismos públicos creados para dar respuesta a las demandas sociales y mantener los niveles necesarios de legitimidad del Estado mexicano. La política social fungió como un espacio de negociación en el que algo ganaban tanto los trabajadores, como sus líderes, el gobierno y Estado (Ruiz, 2000).

La política social fue estructurada bajo un perfil corporativista, según Rimez y Bendesky donde los principales beneficiarios eran los trabajadores asalariados, quienes al ser aglutinados en algún sindicato oficial, se les brindaban ciertos "privilegios" a cambio de votar por el partido oficial. A, partir de 1940 la política social fue estructurada de tal manera que sólo los trabajadores asalariados y familiares más cercanos fueran los beneficiarios directos de las medidas sociales instrumentadas por el gobierno (Rimez y Bendesky, 2000).

Bajo estas características de juegos de poder, el compromiso de enfrentar los principales problemas que vivía la población en el periodo de revolución si quedaron plasmados y se aprecian en la Constitución Política de 1917, incluso una de las primeras a nivel mundial en incluir los derechos sociales, tal es el caso del derecho a

la libertad de culto, educación gratuita, libertad de expresión, libertad de asociación, establecer jornadas de trabajo dignas, derecho a la salud, entre otras.

Si bien la Constitución garantiza los derechos sociales y que el Estado está obligado a proporcionar, no existía un mecanismo jurídico que diera certeza en la forma de implementarlos por medio de los funcionarios públicos ni de exigirlos por parte de la población. La consecución de dichos objetivos se alcanzó por medio del decreto que crea la Ley General de Desarrollo Social en el mes de enero de 2004 y que establece los principios de la política social, derechos sociales, características, prioridades y candados al gasto social (Mathus en Leco y Bollain, 2013).

Misma situación pasaron las personas con alguna discapacidad para que sus derechos sociales fuesen garantizados. A pesar que en la Constitución de 1917 se les reconocen sus derechos, además de que el Estado está obligado a proporcionar, en realidad las personas con discapacidad no contaban con ningún elemento jurídico que así se los garantizara, es decir, ninguna ley o instrumento que avalara sus derechos sociales.

Fue hasta junio de 2005 que se publica en el Diario Oficial de la Federación la Ley General de las Personas con Discapacidad, en donde nace este mecanismo jurídico que garantiza de forma certera la implementación de sus derechos sociales, como acceso a servicios públicos de salud, educación, acceso al trabajo digno y bien remunerado, servicios sociales, de seguridad, entre otros.

Como se puede dar a conocer, los antecedentes para una política social en México parten de la grave desigualdad que se vivía en la época posrevolucionaria. Con los gobiernos a partir de 1917 se inician las acciones para intentar construir los primeros cimientos de la política social a través de la creación de instituciones de Seguridad Social en el país. De hecho, parte de la política social posrevolucionaria en México, fue la creación de instituciones de seguridad como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto para la Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y la Secretaría de Seguridad y Asistencia (SSA) (Leco y Bollain, 2013).

La historia da cuenta de cómo es que la política social surge en México y en su sentido primario es el bienestar social, sin embargo es innegable el hecho de que

las políticas sociales favorecieron desde un inicio a un sector poblacional bien definido y focalizado, por lo tanto se perdió la naturaleza de las mismas y se convirtieron en programas con contenido clientelar con objetivos políticos y en ciertas épocas y periodos, con fines electorales.

Es cierto que toda política social tiene sus limitaciones, y se ve influida por las políticas económicas que aplica cualquier país. La política social no puede ni debe intentar asumir por sí sola la responsabilidad de la equidad o bienestar social, es un objetivo que debe perseguirse simultáneamente con la política económica (Cohen y Franco, 2005). En ningún país las políticas sociales pueden pretender alcanzar plenamente sus objetivos, en particular por la limitación de recursos humanos y financieros públicos y privados para cubrir necesidades por definición ilimitadas (Rimez y Bendesky, 2000).

A partir de los años 80 con el presidente de México, Miguel de la Madrid (presidente de México por el partido hegemónico, Partido Revolucionario Institucional (PRI) se inicia a hablar de políticas económicas neoliberales. Esta corriente de neoliberalismo es la que predomina en los círculos gubernamentales y que se ha aplicado en forma puntual en México, la cual es centralizada, incompleta, injusta y depende en exceso del capital externo (Méndez, 1998).

Éste tipo de política económica neoliberal han ocasionado una situación de mayor vulnerabilidad para las personas con alguna discapacidad, en el sentido de que los programas de inserción social se han visto mermados con la reducción del gasto público. El universo de la vulnerabilidad se ha ampliado, ya no se compone solamente de desempleados, empleos informales o pobres.

Ahora está conformado por una diversidad de grupos sociales que afectados por los diferentes tipos de desigualdad social, sufren vulnerabilidad hacia sus derechos básicos contemplados en la Constitución de 1917, entre los que se encuentran las personas con alguna discapacidad, viven una nueva forma de exclusión social, desigualdad y por lo tanto bajo bienestar social.

Es así como se percibe que la aplicación de las políticas económicas neoliberales provoca que el Estado reduzca sus responsabilidades y acciones que debería cumplir, es en este espacio donde la sociedad civil juega un papel importante

en la actualidad, una parte de la responsabilidad del Estado se la deposita a la sociedad civil organizada.

Las consecuencias de una política económica (neoliberal en el caso de México), se ven plasmadas en los trabajos que se pudieran realizar a través de la política social, dando pie a que en un Estado no se logre el bienestar social, afectando a la población más vulnerable, entre ellos las personas con alguna discapacidad. Es este hueco y vacío del Estado donde las Organizaciones No Gubernamentales (ONG), han visto una forma de trabajar y atender a grupos sociales vulnerables.

El propio sistema político mexicano ha permitido la mayor participación ciudadana en la vida política, económica y social del país (aunque sigue restringiendo su actuación a unos cuantos actores sociales). Sin embargo, la sociedad civil cada vez más activa busca cubrir esos vacíos institucionales que tras largos años de gobierno no se han logrado atender. En otro capítulo abordaré la actuación de las ONG en particular aquellas que tienen como objetivo llenar el vacío del Estado en materia de atención a la salud de las personas con discapacidad.

Al hacer un muy general recuento de los antecedentes de la política social en México, se creará entonces que el Estado da cuenta de aquellos vacíos que no ha podido cubrir a través de su política social, que incluso no se puede deslindar de la política económica, por obvias razones, pero que continúa con los mismos métodos y aplicación de sus programas sociales, entonces queda la pregunta ¿verdaderamente el Estado es incapaz de aprender de sus errores o de forma consciente busca continuar así para seguir en este juego de poder, favoreciendo a sólo unos cuantos, avivando aún más la brecha de desigualdades en México?

2.3. Funciones de la política social

Respecto a la política social, definida como la intervención del Estado en la organización económica y social de un país, con la finalidad de proporcionar una protección de servicios básicos a la totalidad de la población (o al menos a su sector más pobre o desfavorecido) frente a los efectos de la desigualdad económica y los desequilibrios sociales, no sólo se habla de su objetivo sino también va implícita su

función. Entre las funciones principales que se le atribuyen a una política social, de acuerdo a Cohen y Franco, son: la creación de capital humano, la compensación social y la contribución a la integración de los individuos en la sociedad (Cohen y Franco, 2005).

Los autores afirman que la función de la política social en el sentido de invertir en capital humano es debido a que es una forma para que los países puedan competir, es su fuerza laboral y se traduce en generación de desarrollo y bienestar, es una forma en que los países pueden ser competitivos porque su población está preparada y capacitada para serlo.

Pero para el caso de las personas con discapacidad, si se analizan como capital humano que deben acceder a la educación para ampliar su conocimiento, en México no se alcanza esta función de la política social, ya que no existen las escuelas necesarias para la atención de este grupo social, y las ya existentes, tienden a segregar a la población (escuela regular/ escuela especial).

Las personas con discapacidad son víctimas de la segregación y marginación de un sistema educativo que otorga educación regular y educación especial. Las personas con alguna discapacidad no logran cursar su educación básica en una escuela regular, incluso la Ley General de Educación 2013 así lo estipula en su artículo 9º:

“Además de impartir la educación preescolar, la primaria, la secundaria y la media superior, el Estado promoverá y atenderá-directamente, mediante sus organismos descentralizados, a través de apoyos financieros, o bien, por cualquier otro medio– todos los tipos y modalidades educativos, incluida la educación inicial, especial y superior [...]” (Ley General de Educación, 2013).

Pese a que la Ley General así como la Constitución Política de 1917 hacen referencia que debe existir educación laica, gratuita y obligatoria para todos, el Estado es incapaz de proveer estos servicios para el total de la población con discapacidad, sólo el 21% de las personas con discapacidad permanente de 15 años o más nunca han asistido a la escuela (Encuesta Específica sobre Discapacidad en México, 2010).

Aunque la educación es un derecho que estipula la Carta Magna, no siempre ha favorecido la inclusión para las personas con discapacidad, por lo que se construyen entonces sistemas paralelos de educación (educación especial), aunque todo alumno con o sin discapacidad es parte de un único sistema educativo.

Otra de las funciones es la compensación social, hace referencia a que se invierte en aspectos importante en el ciclo de la vida de una persona, compensando así las carencias derivadas del bajo ingreso y otras características de los hogares (Cohen y Franco, 2005).

En la compensación social se habla de la importancia que tiene la protección social, que las personas que tienen algunas carencias como de bajo ingresos, acceso a servicios de salud, educación, vivienda, seguridad social, sean beneficiarios de programas específicos que les garantice su acceso a dichos servicios, con lo cual podrían tener la capacidad para responder adecuadamente a las necesidades de protección.

Entre los objetivos de una política social son: a) asegurar con sistemas de cobertura universal la satisfacción de ciertas necesidades sociales básicas, que no pueden ser cubiertas por el sistema de mercado; b) tienen una función redistributiva, al privilegiar la atención de las necesidades de ciertos grupos sociales desprotegidos, mediante la lucha contra la pobreza; c) asegurar una función de integración social, que es un factor de cohesión social y de estabilidad política (Rimez y Bendesky, 2000).

Como se puede observar, los elementos anteriores de la función de la política social no se enmarca únicamente hacia la lucha contra un problema específico, (ejemplo: pobreza o pobreza extrema) ya que la política social en realidad se refiere a los derechos sociales, mismos que son universales y no se restringen a determinados grupos o por sus características económicas.

2.4. Política pública y programa social

Anteriormente se hizo referencia acerca de las acepciones de la política así como la política social, pero es necesario precisar que la puesta en práctica u

operacionalización de cualquier política social requiere de un programa, por lo tanto a continuación se analizan los conceptos de la política pública y programa social.

Una política pública, según la propuesta de Harold Laswell, es multidisciplinaria y metódica (Laswell, 1994) es decir, depende de qué perspectiva se observe un problema así será el estudio del mismo. Laswell planteó que la política pública se orienta a un problema público.

Por su parte, Wildavsky coincidió con Laswell en el sentido que ambos aseveran que las políticas públicas son como un mapa conceptual y es una disciplina integral debido a que los problemas los construimos y dependen de su naturaleza. También que las políticas públicas no tienen límites disciplinarios y se adecúan a las circunstancias (Wildavsky, en Aguilar, 1996).

También, Thoening se refiere a las políticas públicas (*public policies*) como el trabajo de las autoridades investidas de legitimidad pública gubernamental y que abarca múltiples aspectos, que van desde la definición y selección de prioridades de intervención hasta la toma de decisiones, su administración y evaluación (Thoening y Meny, 1992).

Ambos autores determinan que la política pública tiene un contenido, programa, factor de coerción (que se aplica a través de la autoridad), y que son de competencia social. En este caso ya hablan de actores sociales que inciden en los procesos de una *public policy*, porque consideran que en un sistema político democrático, los problemas que atiende una política pública pueden crearse a partir incluso de la participación de los diversos actores sociales, incluidas las ONG (véase índice de acrónimos).

Thomas R. Dye por su parte y al ser citado en las antologías de políticas públicas (Aguilar, 1996) señala que al hablar de política pública hacemos alusión a todo aquello que los gobiernos deciden hacer o no hacer, debido a que el no actuar también se considera paradójicamente en determinadas ocasiones como actuar del poder público.

Además, Dye sostiene que las políticas son el resultado de la acción de las élites y de la estructura del sistema político. Son las políticas las que determinan la

política y son las características de cada política las que crean sus procesos decisionales específicos (Fernández en Valenti y Flores, 2009).

Frohock en (Ruíz, 2000) nos describe la política pública como una práctica social y no un evento singular o aislado, ocasionado por la necesidad de reconciliar demandas conflictivas o, establecer incentivos de acción colectiva entre aquellos que comparten metas.

Por su parte, Lindblom habla acerca del incrementalismo, cuyo argumento central es que las decisiones se adoptan bajo esquemas pragmáticos que buscan salir del paso (Lindblom en Aguilar, 1996), más que obtener una solución global, es un enfoque que renuncia a la racionalidad en la toma de decisiones.

Dado que la política pública es multidisciplinaria, existen entonces diversos enfoques de análisis para esta disciplina. La pluralidad de definiciones sobre políticas públicas como se puede observar en la antología (Aguilar, 1996), refleja una diversidad de escuelas teóricas y metodológicas que las abordan. Sin embargo tienen un objetivo común, que es encontrar una solución a cada problema público.

Es cierto que la política pública en la práctica es compleja, como lo abordan los diversos autores, algunos mencionan la diversidad de actores sociales que se involucran en el proceso y que influyen en la correcta realización dentro de un sistema democrático (como el de México). Y aún se complica más el escenario para la política pública en su etapa de operacionalización, o mejor dicho, al momento de aplicar un programa social, que a continuación se expone su definición para no confundir programa social con política social.

Una vez que son identificados los problemas por atender, la política plantea los lineamientos básicos para su solución que va a ser puesta en operación mediante los programas y proyectos, en los términos previamente definidos (Cohen y Franco, 2005). En el caso de México, si se habla de política pública, se hace referencia a lo que se conoce como política educativa, política de salud, de vivienda, de seguridad social, etcétera. Mientras que si se hace referencia a un programa, éste puede ser el programa de atención a personas con discapacidad, programa cruzada contra el hambre, programa de atención a jornaleros agrícolas, entre otros.

De acuerdo a Serrano, un programa social es un conjunto planificado de acciones humanas y recursos materiales que tiene el propósito de resolver algún problema, de forma tal que el diseño de las intervenciones expresa una teoría determinada sobre la realidad que se interviene (Fernández en Serrano, 2005). En relación a los programas, la autora da cuenta que existen diversos tipos: los de carácter promocional (asociados a la idea de desarrollo de capacidades) los de protección social, basados en transferencias monetarias condicionadas (Serrano, 2005).

Éstos últimos, que es el análisis que compete a esta investigación, se refiere a programas que en su implementación participan agentes públicos y privados, donde los beneficiarios asumen cuotas de participación y responsabilización por el tipo de soluciones que se estén proveyendo, tienen marcado asiento local, suelen involucrar a los municipios o prefecturas, suman al tercer sector en la ejecución de las tareas, (ONG), incorporan componentes promocionales, participativos y de desarrollo local. Dado que definen objetivos, plazos y procedimientos, son posibles de evaluar mediante metodologías de evaluación de procesos y/o, según los casos, de impacto (Serrano, 2005).

Tal es el caso de los programas sociales que ha implementado la Fundación Teletón en México y el caso particular de Michoacán. Ha desplegado todo un programa de atención a personas con discapacidad menores de hasta 18 años. Involucra a la población y a los gobiernos locales y estatales en la ejecución de algunas tareas o bien, en la participación económica. De alguna manera cubre un vacío del Estado al ofertar servicios para las PCD, mismos servicios que el Estado ha sido incapaz de cubrir en su totalidad y que por derecho constitucional está obligado a otorgar.

A pesar de que la discapacidad es un problema mundial de salud pública, porque las personas tienen mayores necesidades insatisfechas en materia de salud y rehabilitación y peores condiciones sanitarias que la población en general, aun así, el Estado no cubre todas estas necesidades. Es cierto, cuenta con un Programa de Atención para las Personas con Discapacidad en México, pero como el dicho: “el

camino al infierno está empedrado de buenas intenciones” en lo social, abundan las buenas intenciones y los resultados suelen ser escasos.

2.4.1. Características de la política asistencial en México

El tema de la discapacidad, tradicionalmente se ha enfrentado a ciertos “estigmas”, como por ejemplo el hecho de que los programas persistan con un enfoque asistencialista, dejando de lado la dimensión social de las carencias y necesidades reales de este grupo social.

Es decir, en el caso de México existen 7 millones 715 mil 400 personas con alguna discapacidad, Michoacán cuenta con el 7.8% de la población en esta situación (ENIGH, 2012). Estas son cifras únicamente de las personas que viven con algún grado de discapacidad y que tienen ciertas carencias y necesidades, pero si a estas cifras se suma la familia, ya que por una persona con discapacidad se le agrega otra más, debido a que el problema deja de ser individual e involucra también al padre, madre o tutor de la persona con discapacidad, por lo tanto, se podría considerar que hay más de 14 millones de personas involucradas a nivel nacional en el tema y a nivel estatal el 16% de la población.

La asistencia social, como sector de la política social, está encargada fundamentalmente del suministro directo de recursos indispensables para la subsistencia, es uno de los principales mecanismos compensatorios y quizá legitimador que actúan desde el sistema en los contextos de pobreza (Borghini y Bressano, 2012).

Pero también es así como se puede tener el mal uso de la política social, corriendo el riesgo de que los programas sociales sean utilizados como redes clientelares y que sean mecanismos de control hacia cierto grupo social, que en su mayoría son personas que viven en pobreza o pobreza extrema y que carecen de acceso a los servicios básicos.

Existen varios ejemplos de cómo se puede identificar una política asistencial, como los programas que otorgan alimentos, materiales para construcción con la finalidad de mejorar las condiciones físicas del hogar. También se pueden encontrar

programas asistenciales que son subsidios en dinero, pequeñas pensiones, o entrega de ropa. Este tipo de apoyos son asistenciales porque lejos de erradicar definitivamente los problemas de la población objetivo, sólo cubren una parte de sus carencias.

La política asistencial se puede referir a determinadas acciones que pretenden reparar de forma parcial algún problema o situación, una actividad que trata de cubrir ciertos vacíos pero no busca corregirlos desde la raíz, sin embargo todos los gobiernos locales, estatales o federales hablan de programas con líneas hacia la asistencia social, y justifican el gasto público hacia este tipo de acciones, asumiendo así un compromiso con diversos sectores sociales lo que hace referencia a un interés más político que de verdadero combate a los problemas sociales.

Es decir, los gobiernos deben enfocar sus políticas sociales hacia la atención de problemas como la pobreza, marginación o vulnerabilidad de los diversos sectores sociales no como una caridad, sino como una obligación, y no reproducir un sistema que no ha dado como resultado más que el aumento del número de pobres y de carencias, desigualdades y descontento social.

En todo caso, el problema de la caridad y la misericordia como criterio único de la acción social frente a los débiles no reside en que esté originado en el cristianismo, sino en que tienden a difuminar y olvidar las razones políticas y económicas que originan las situaciones de desamparo y vulnerabilidad. Las instituciones asistenciales de una sociedad democrática no pueden reducirse a una reproducción ampliada de la beneficencia privada, sino que tienen que ser establecidas como puntos fijos de una política de Estado (Borghini y Bressano, 2012).

Los autores plantean que una política social no debe ser vista con una visión de asistencialismo, sino los objetivos de cualquier Estado y su obligación son la atención de los grupos sociales que se encuentran en la mayor desventaja, además de plantear que la asistencia social no debe quedarse en el limitado terreno de ayuda a los más desafortunados para paliar las consecuencias de su situación, sino que tienen que asumir una función activa y constructiva para prevenir situaciones de vulnerabilidad social (Rincón, 2013).

2. 4.2. La política social en Michoacán

La implementación de la política social en Michoacán está a cargo de la Secretaría de Política Social (SEPSOL) y la Ley de Desarrollo Social para el Estado de Michoacán, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 16 de marzo de 2007, establece los principios y lineamientos generales a los que deberá sujetarse la política social en el estado.

La dependencia estatal se compromete a ser corresponsable de la política social que deberá ser impulsada con la participación de todos aquellos que se interesen y puedan contribuir con el desarrollo social; por lo que, deberá fomentar la acción coordinada y complementaria entre el gobierno, la ciudadanía y sus organizaciones, deberá aplicar de manera equitativa los programas y políticas sociales, priorizando las necesidades de los grupos en condiciones de pobreza y vulnerabilidad (ITAIMICH, 2014).

En una breve reseña, antes de la creación de la SEPSOL, el año de 2002, en la entidad y durante el gobierno del priista Ausencio Chávez Hernández (1992-1996) y con fecha de 2 de junio de 1994 se publicó en el Periódico Oficial del Estado No. 35 la creación de la Procuraduría Social del Poder Ejecutivo del Gobierno de Michoacán, adscrita directamente a la oficina del Gobernador (Transparencia y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán, 2014).

La Procuraduría Social es el primer antecedente para el surgimiento de la Secretaría de Política Social, como hoy se le conoce. Sin embargo, a lo largo de la historia de dicha dependencia estatal se ha visto sujeta a cambios y reestructuración según las decisiones políticas en cada gobierno estatal. Así quedó de manifiesto cuando el ex gobernador priista Víctor Manuel Tinoco Rubí, sucesor de Ausencio Chávez propone la modificación de la Ley Orgánica de la Administración en su primer mes de mandato en el año de 1996.

En la publicación del Decreto No. 50 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo en el Periódico Oficial del Estado, se creó la Coordinación de Gestión Social, como una instancia encargada de recibir y atender quejas e inconformidades de los particulares, así como gestionar ante las

dependencias y entidades de la Administración Pública Estatal los asuntos específicos de carácter social presentados por la población (Transparencia y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán, 2014).

Una vez concluido el periodo de gobierno de Víctor Manuel Tinoco, tocó el turno al ex gobernador perredista Lázaro Cárdenas Batel quien también presentó una nueva propuesta para el área del gobierno estatal que se encargaba de la política social. Cárdenas Batel presentó ante el Congreso del Estado, la iniciativa de Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, misma que fue aprobada y publicada en el Periódico Oficial del Estado de fecha 12 de abril de 2002, mediante la cual se crea la Secretaría de Desarrollo Social, como dependencia rectora para la ejecución de políticas y programas generales para el desarrollo social con la participación ciudadana (Transparencia y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán, 2014).

Nuevamente, con el ex gobernador perredista Leonel Godoy Rangel se realizaron cambios a la dependencia estatal que cumplía 6 años de creación. Como se mencionó anteriormente, cada cambio de gobierno, el área responsable de implementar la política social en Michoacán sufría cambios en su forma de estructuración.

En el Periódico Oficial No. 11, del 9 de enero de 2008, se publica la actual Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo, en donde se indica que la SEPSOL, es la dependencia del Poder Ejecutivo del Estado, que tiene a su cargo formular, normar y coordinar políticas y programas generales para el desarrollo social con la participación ciudadana, que coadyuven al mejoramiento de las condiciones de vida de la población (Transparencia y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán, 2014).

Actualmente, la Secretaría de Política Social no ha sufrido ningún cambio en su Ley Orgánica. A partir del 2012, el titular de la dependencia es Rodrigo Iván Maldonado López, con título en Licenciatura en Relaciones Comerciales Internacionales. Desde el 2008 hasta antes del gobierno actual que encabeza Fausto Vallejo Figueroa, estuvo desempeñándose como funcionario en el Ayuntamiento de Morelia, durante el periodo de gobierno del presidente municipal Fausto Vallejo

Figueroa. Maldonado López ocupó el cargo de secretario de Turismo y secretario de Fomento Económico.

Algunas de las atribuciones que tiene la Secretaría de Política Social, son el formular y coordinar políticas y programas generales para el desarrollo social con participación ciudadana que coadyuven al mejoramiento de las condiciones de vida de la población. Con el principal objetivo de la dependencia estatal, se queda de manifiesto que el Estado considera el desarrollo en la entidad en materia de políticas y programas generales con apoyo de la ciudadanía, sobre todo con la organización civil. Lo cual no es grave, sino lo importante aquí es analizar qué tanta responsabilidad delega el Estado hacia la participación ciudadana en el fin de cubrir las necesidades el sector poblacional como lo son las PCD.

Se observa que en las atribuciones generales de la secretaría, se enfatiza el tema de la planeación, desarrollo y evaluación de programas dentro de la política social en atención a grupos vulnerables, además de incluir el tema de participación ciudadana, incentivando a la participación de la sociedad civil y organismos no gubernamentales para el desarrollo de políticas sociales. Entre los programas que ofrece la secretaría son los siguientes:

Cuadro IV. (I de II). Programas dependientes de la Secretaría de Política Social

Programa	Tipo de Programa	Objetivo
La comunidad mejorando sus condiciones de vida (CODECOS) infraestructura social básica.	Estatul	Atención a comunidades y apoyo técnico/material necesario para la realización de obras u acciones de mejora en infraestructura social básica.
La comunidad mejorando sus condiciones de vida (CODECOS) actividades culturales y deportivas.	Estatul	Organización de talleres, proyectos culturales, actividades deportivas y artísticas, apertura de espacios en los medios de comunicación para la difusión de los trabajos en los CODECOS.
La comunidad mejorando sus condiciones de vida (CODECOS) planes de desarrollo comunitario.	Estatul	Brindan capacitación permanente a personal del campo y directamente a los CODECOS para mejorar su funcionamiento.
La comunidad mejorando sus condiciones de vida (CODECOS) salud alternativa.	Estatul	Impulsa la medicina alternativa, conocimiento de plantas medicinales, creación de huertos botánicos.

Fuente: Elaboración propia a partir del Instituto para la Transparencia y Acceso a la Información Pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán, 2014.

Cuadro IV. (II de II). Programas dependientes de la Secretaría de Política Social

Programa	Tipo de Programa	Objetivo
Entrega de canasta básica.	Estatad Municipal	Se otorga canasta básica a adultos mayores de 65 años en condiciones de pobreza. (La canasta básica incluye 10 productos como: arroz, frijol, azúcar, avena, aceite de cocina, lenteja, amaranto, entre otras).
Credencialización y actualización de beneficiarios de canasta básica.	Estatad Municipal	Credencialización del padrón de beneficiarios, así como su actualización de documentos para que puedan acceder a recibir una canasta básica.
Adultos Mayores.	Estatad	Apoyo mensual de mil 300 pesos a adultos mayores de 65 años.
Financiamiento a organizaciones de la sociedad civil (capacitación para el fortalecimiento de la participación ciudadana).	Estatad	Capacitación a miembros de las diversas organizaciones de la sociedad civil para el trabajo comunitario y sensibilización de la población al respecto de su labor.
Financiamiento a organizaciones de la sociedad civil (casa para las organizaciones civiles y el voluntariado).	Estatad	Consolidación de un espacio de información y capacitación para las organizaciones de la sociedad civil.
Financiamiento a organizaciones de la sociedad civil (encuentro estatal de las organizaciones de la sociedad civil).	Estatad	Durante 2 días, se realiza un encuentro donde participan todas las organizaciones de la sociedad civil para presentar sus proyectos y avances en los trabajos realizados durante un año de labor.
Contingencias. Reposición parcial de enseres domésticos (camas, cobijas, estufas, refrigeradores, despensas), y materiales de vivienda (láminas de fibrocemento, cartón, colchonetas, etc).	Estatad	En caso de una contingencia por desastres naturales, se otorgan apoyos como enseres domésticos y materiales de vivienda.
Financiamiento de proyectos productivos para el desarrollo de la economía social.	Estatad	Financiamiento a proyectos productivos que se implementan en comunidades.
Autoconstrucción y mejoramiento de vivienda (equipamiento de centros de producción de materiales y dotación de cemento).	Estatad	Autoconstrucción y mejoramiento de vivienda.
Autoconstrucción y mejoramiento de vivienda (capacitación y elaboración de estufas lorena).	Estatad	Mejorar el espacio de cocina en viviendas dentro de localidades de alta y muy alta marginación.
Autoconstrucción y mejoramiento de vivienda (dotación de láminas de fibrocemento y tinacos).	Estatad	Dotación de láminas de fibrocemento y tinacos para mejorar viviendas en localidades de alta y muy alta marginación.
Atención de grupos vulnerables (apoyo a los centros de atención de adicciones).	Estatad	Apoyo a los centros de atención de adicciones con mobiliario y equipo para mejorar el servicio.

Fuente: Elaboración propia a partir del ITAIMICH, 2014.

En cuanto a los programas que coordina la SEPSOL, como se puede apreciar en el cuadro anterior, es claro que se encuentran enfocados a combatir la pobreza o

extrema pobreza. El gobierno estatal busca combatir estos índices de pobreza con los programas que mejoran las condiciones de vivienda de un grupo poblacional específico. Sin embargo, la política social no se puede reducir a simples acciones de lucha contra la pobreza o la extrema pobreza. En esa concepción, la política social contribuye a satisfacer “derechos sociales” de los ciudadanos y/o de los residentes, y no sólo proporcionan ciertos beneficios a determinados grupos socioeconómicos de la población (Rímez y Bendesky, 2000).

Los programas que se encuentran bajo la responsabilidad de la Secretaría de Política Social no incluye la atención a las personas con discapacidad en cuanto al tema de la rehabilitación, a pesar que este grupo social se encuentra claramente definido como personas que son particularmente vulnerables. Cabe hacer mención respecto a las consideraciones básicas acerca de la política social, definida como la intervención del Estado en la organización económica y social de un país, con la finalidad de proporcionar una protección de servicios básicos a la totalidad de la población (o al menos a su sector más pobre o desfavorecido) frente a los efectos de la desigualdad económica y los desequilibrios sociales (Cartwright y Harary en Leco y Bollain, 2013).

Las personas con discapacidad son personas particularmente sensibles a las deficiencias de los servicios públicos, por ende, sus circunstancias son vulnerables y esta situación debe ser considerada y tratada en toda política social, no así en la que corresponde al Estado de Michoacán, al menos así se refleja en cuanto a los objetivos de esta dependencia estatal.

Por el contrario, el Estado promueve una política social para apoyar a los organismos de la sociedad civil que trabajen en otorgar servicios y atención a grupos poblacionales, otorgando financiamiento para capacitación, desarrollo de infraestructura, apoyo a impulso de proyectos productivos, delegando tareas que el Estado debe garantizar y apoyando así a organizaciones de la sociedad civil para que “ayuden” y cubran con sus acciones este vacío.

Para este 2014, el presupuesto que fue asignado para la aplicación de los programas sociales que dirige la SEPSOL, es de 410 millones 266 mil 479 pesos, representa el 1.15% del total del presupuesto asignado a las dependencias de la

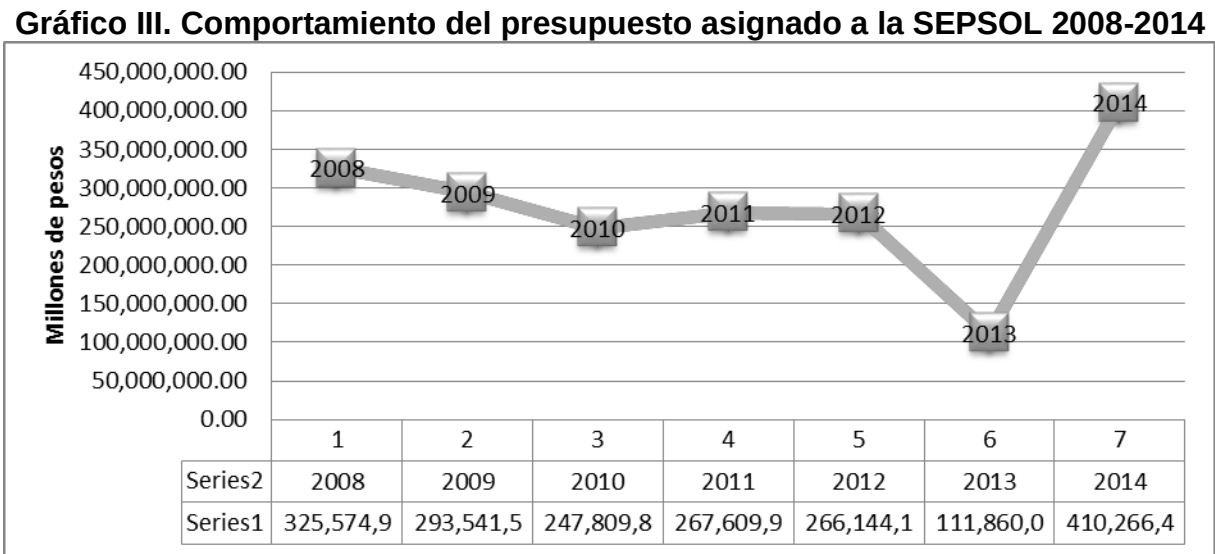
administración pública del gobierno estatal en Michoacán (Decreto No. 284, 2013), como a continuación se muestra:

Cuadro V. Presupuesto a ejercer por la Secretaría de Política Social 2008-2014

Unidad programática	Año	Presupuesto asignado
Secretaría de Desarrollo Social	2008	325 millones 574 mil 917 pesos
Secretaría de Política Social	2009	293 millones 541 mil 511 pesos
Secretaría de Política Social	2010	247 millones 809 mil 812 pesos
Secretaría de Política Social	2011	267 millones 609 mil 976 pesos
Secretaría de Política Social	2012	266 millones 144 mil 103 pesos
Secretaría de Política Social	2013	111 millones 860 mil 047 pesos
Secretaría de Política Social	2014	410 millones 266 mil 479 pesos

Fuelle: Elaboración propia a partir de información obtenida en Transparencia y acceso a la información pública, 2014.

El cuadro anterior detalla cómo es que el presupuesto que se destina para la política social en Michoacán a partir del 2009 mostró una tendencia a reducir su presupuesto, sin embargo a partir de este año 2014 su incremento es notorio. Es preciso mencionar que hasta el año 2008, la dependencia estatal se titulaba Secretaría de Desarrollo Social, no fue que a partir de la reforma a la Ley Orgánica de la Administración Pública el 9 de enero de 2008, que cambia su nombre a Secretaría de Política Social. A continuación el comportamiento del presupuesto:



Fuelle: Elaboración propia a partir de información obtenida en Transparencia y acceso a la información pública, 2014.

Como se puede conocer a través de los datos anteriores, es en el 2014 cuando se incrementa el presupuesto asignado a esta dependencia responsable de

la política social en Michoacán. Pese a este incremento, continúa enfocando sus programas a grupos poblacionales que viven en zonas de alta y muy alta marginación. Es decir su política social se encuentra focalizada a sólo un sector poblacional y excluye de manera evidente al grupo poblacional con alguna discapacidad, pese a que es un sector que también es altamente vulnerable.

En la Ley de Desarrollo Social del Estado de Michoacán de Ocampo, establece en su artículo 7 que toda persona tiene derecho a participar y a beneficiarse de los programas de desarrollo social de conformidad con lo dispuesto por esta Ley y la normatividad de cada programa (Ley No. 133, 2007).

La misma ley se contradice al mencionar que son sujetos de atención prioritaria de la política social, las personas y los grupos sociales en situación de pobreza y marginación (Ley No. 133, 2007). Aunque en la política social se define a la discapacidad como toda restricción o ausencia, debido a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en forma y dentro del margen considerado normal para un ser humano, es una condicionante para inhibir la integración social y lograr un pleno desarrollo y bienestar social.

De acuerdo a las acciones que por integración social se comprenden, es toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, psíquicas o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente y con independencia de la causa que las hubiera originado, vea obstaculizada, en a lo menos un tercio, su capacidad educativa, laboral o de integración social (Ley No. 133, 2007).

En general, la Ley de Desarrollo Social que es el marco legal por el cual se norma la actuación de la Secretaría de Política Social, hace referencia a la inclusión, el desarrollo regional, local y estatal a través de la no discriminación y atención a todos los grupos vulnerables en Michoacán y la cobertura universal de los servicios de salud para garantizar a las personas el acceso, la equidad y la calidad de los servicios médicos mediante la construcción de la infraestructura necesaria, el reconocimiento y aprovechamiento de la medicina tradicional y la ampliación de la cobertura del sistema estatal de salud (Ley, No. 133, 2007).

A pesar de estar estipulado en una ley que habrá de acatar la dependencia estatal y sus funcionarios que ostentan el cargo, la política social en Michoacán solamente se encuentra focalizada hacia los grupos de alta y muy alta marginación, hablan únicamente de pobreza, de no contar con espacios dignos en vivienda y cocinas. De talleres y difusión cultural así como artística. También de otorgar apoyo financiero a proyectos de la sociedad civil.

En Michoacán, el tema de la discapacidad es atendido a través del Sistema DIF Michoacán, y no por parte de la dependencia que se encarga de la política social. Es decir, a partir de este momento, la discapacidad no se ve como una atención prioritaria en materia de política social sino como un apoyo asistencial el cual está a cargo del Sistema DIF Michoacán.

Es en la Ley para las Personas con Discapacidad en el Estado de Michoacán donde se estipula que el Ejecutivo del Estado a través del Sistema DIF Michoacán tiene la atribución de expedir, aplicar y evaluar el Programa Estatal de Prevención y Atención para las PCD; promover la coordinación de acciones y apoyos de las dependencias y entidades de las administraciones, estatal y de los ayuntamientos, para la rehabilitación, orientación, atención, educación e integración social de las personas con discapacidad (Ley No. 501, 2004). Nuevamente se puede observar cómo un vacío del Estado, al no atender en su política social a un grupo en específico, además de excluirla, permite que organismos de la sociedad civil o las ONG, cubran esta tarea que es obligación del Estado, no como una dádiva o caridad, sino como un derecho social.

Por lo tanto, es necesario que la política social en Michoacán enfoque sus objetivos hacia el grupo poblacional con alguna discapacidad y que no se deleguen programas de corte asistencialista, ya que el problema social es de importantes dimensiones. Además, es preciso considerar que en Michoacán las personas con discapacidad reciben atención por parte del Estado a través de programas de corte asistencial, lo cual no resuelve de raíz el problema. Entonces, debe gestarse un proyecto general para que el grupo social vea disminuida la desigualdad social a la que se enfrentan, vulnerabilidad y violación a sus derechos sociales.

En Michoacán, las PCD tienen pocas oportunidades de atención en materia de rehabilitación, ya que se encuentran limitados los servicios a los que pudieran acceder, tanto por los escasos espacios que ofrece el Estado para la atención y por la falta de equipamiento hacia las unidades ya existentes para otorgar el servicio.

Los mejores servicios que se otorgan para la rehabilitación, mantienen una visión centralizada, es decir, se concentran en la capital michoacana, segregando de esta manera a la mayor parte de la población en Michoacán, y dejando con menores posibilidades de atención a personas que viven en comunidades de municipios más alejados de Morelia.

Por último, si el Estado busca una verdadera política social, está obligado a dar atención a este vacío que ha “atendido” con una política asistencial, sin resolver el problema de fondo, dejando una vez más que los problemas sociales como la atención en materia de rehabilitación para las personas con discapacidad, sea abordado por la sociedad civil y no por el Estado, que es la institución obligada a atender este sector poblacional. Si la política social es atender los derechos universales estipulados en la Constitución Política Mexicana, los que hablan de recibir educación, protección de la salud, vivienda digna, derechos individuales y colectivos de los trabajadores, entonces la política social no es únicamente aquella dirigida a combatir la pobreza.

Capítulo III

La discapacidad y asistencialismo en Michoacán

Para enmarcar esta investigación, no sólo se hace referencia a temas como la política asistencial en Michoacán sino también a una persona con discapacidad. El tema involucra el objeto de estudio de esta investigación. Por lo tanto es imprescindible abordar el tema con la finalidad de plasmar los conceptos en relación a tipos de discapacidad, las diferencias entre minusvalía, deficiencia, trastorno y discapacidad, así como abordar el tema en relación al estigma social que acompaña a estos términos.

Este capítulo aborda el concepto de discapacidad pero también la responsabilidad que tiene la sociedad y el Estado en materia de rehabilitación desde otra perspectiva que no sea la asistencialista. Por lo tanto se considera que el tema no es de único interés para las personas con discapacidad o su familia, sino de toda la sociedad, debido a que no sólo son cifras (7.8% de la población en Michoacán con alguna discapacidad), sino el involucramiento de este grupo social en el rubro económico, político y social de la entidad, con la finalidad de que no sean excluidos sino que como todo ser humano, goce de sus plenos derechos.

Lo anteriormente analizado en cuanto al programa asistencialista destinado a centros de rehabilitación en Michoacán, es un claro ejemplo de que las personas con alguna discapacidad siguen siendo consideradas como un grupo social que con acciones parciales y no integrales, están siendo atendidos e incluidos en acciones del Estado, pero continúa un gran rezago en materia de servicios públicos gratuitos de rehabilitación.

Esta forma de “semi-atención”, reproduce un modelo que estigmatiza a la población con alguna discapacidad. En Michoacán aún se discrimina en cuanto a servicios de rehabilitación, ya que el Estado ofrece atención a través del CREE que se encuentra en la capital michoacana, dificultándole el acceso a personas que viven en otras regiones y que son de escasos recursos, mientras que el trabajo de las UBR y los ayuntamientos no es propiamente otorgar rehabilitación, sino canalizar al paciente al CREE o el CRI más cercano.

De acuerdo al Instituto Nacional contra la Discriminación, Xenofobia y Racismo en Argentina, las personas con discapacidad son discriminadas, y en el modelo médico o rehabilitador hegemónico, abordan la discapacidad como una enfermedad o problema de salud que puede curarse o “repararse” para volver al estado de normalidad aceptable, por lo que se asume una posición asistencialista para las personas con discapacidad, negándoles posibilidad alguna de autonomía (INADI, 2013).

Por tal motivo se hace hincapié en la necesidad de dejar a un lado la política asistencialista que en Michoacán se ha destinado para las personas con discapacidad en materia de rehabilitación, ya que es imprescindible considerar a este grupo poblacional en una política social que permita promover la discapacidad desde el enfoque social, considerando también que el número de población con alguna discapacidad va en aumento y que en la actualidad se está percibiendo que los servicios son insuficientes para atender a este grupo poblacional.

Para lograrlo, en primer lugar se hace referencia a los términos que de forma indiscriminada y que erróneamente se utilizan como sinónimos, y por desconocimiento al tema, algunos creen que minusvalía, deficiencia, trastorno, discapacidad, son el equivalente. Además, la discapacidad y estigma son dos términos muy distintos, sin embargo tienen una relación muy fuerte, en donde el primero hace referencia a la condición de una persona y el segundo, una creencia errónea de una realidad social que conlleva a un comportamiento o actitud hacia alguien.

Ambas son barreras que limitan el bienestar social de una persona. Una terapia de rehabilitación puede mejorar la calidad de vida de una persona con discapacidad, pero el estigma, una “etiqueta” social, en este sentido, ¿quién requiere la rehabilitación para comprender una condición de vida que no hace inferior a un ser humano? Por tal relevancia, se desarrolla el siguiente capítulo para analizar y argumentar las acepciones diversas con la finalidad de enriquecer la propuesta de una política social hacia este sector poblacional.

3.1. Antecedentes de la discapacidad. Un estigma social de antaño

No es ninguna novedad que en la actualidad se pueda observar entre la población, alguna persona usuaria de silla de ruedas o algún aparato ortopédico para facilitar su movimiento, también, personas con algún tipo de discapacidad, ya sea por su origen genético o como consecuencia de alguna enfermedad, accidente o a consecuencia de actos violentos como robo, intento de homicidio, o violencia ocasionada por la guerra contra el narcotráfico en México.

Las personas con discapacidad, siempre han existido, en todo tipo de sociedad, en cualquier época histórica y sin importar las causas que la originaron. Se ha documentado la existencia de individuos que vivieron con discapacidad desde las épocas más remotas de la humanidad. Por ejemplo, uno de los homínidos (*Homo Hedilbergensis*) de hace casi 300 mil años, encontrado en la Sierra de Atapuerca, al noreste de España, presenta un crecimiento anormal óseo que sugiere una sordera inevitable; en La Chapelle-aux-Saints, en el sur de Francia, se encontró un *homo sapiens* de entre 50 y 55 años, con una antigüedad de 35 a 45 mil años, que tenía artritis, un mal articular degenerativo que afectaba a cráneo, mandíbula, columna vertebral, cadera y pies; por su parte, en la localidad iraquí de Shanidar, uno de los individuos Neanderthal de hace 45 mil años encontrados a mediados del siglo XX, presentaba atrofia de omóplato, clavícula y húmero derecho, y una lesión en la parte derecha del cráneo, se calcula que murió con 40 años de edad (INEGI, 2010).

También, hay indicios de que los antepasados prehistóricos practicaban ciertas formas de tratamiento de las dificultades funcionales del aparato locomotor, de reducción de fracturas y de cirugía de los huesos. En este sentido, la primera huella de la existencia de una prótesis proviene aproximadamente de 2.300 años a.C. y fue hallada en el Kazajstán ruso, una prótesis tibial confeccionada con una pata de morueco, utilizando la piel del animal como elemento de encaje y su esqueleto como elemento de soporte, unos restos óseos femeninos, cuyo estudio demostró que la mujer vivió varios años utilizando la ingeniosa prótesis con la que suplía la ausencia de su pie izquierdo (Aguado, 1995).

Durante la época de florecimiento de las primeras civilizaciones, los espartanos de la antigua Grecia, arrojaban desde el Monte Taigeto a las personas

con discapacidad, pues no querían que “en su bella y floreciente civilización” existieran personas diferentes. Existen registros de estudios de las diferencias físicas y mentales realizados por Diógenes, Hipócrates y Galeno quienes estudiaron la epilepsia, la demencia, entre otras formas atípicas (Di Nasso, 2011).

Incluso Aristóteles escribió en su célebre obra “La Política” acerca de la ciudad perfecta, que en cuanto a educación se refería habría que hacer una distinción entre los ciudadanos dignos de recibir educación y los que no. Para distinguir los hijos que es preciso abandonar⁶ de los que hay que educar, convendrá que la ley prohíba que se cuide en manera alguna a los que nazcan deformes (Aristóteles, 2008). Una discapacidad era fruto de causas ajenas al hombre, por el pecado, castigo de los dioses o del demonio. Lo cual se traducía a una situación de rechazo, segregación e infanticidio.

Pero no únicamente los espartanos arrojaban a los niños deformes al abismo. En la India, los niños que nacían con cualquier deformidad eran lanzados al Ganges. En Mesopotamia y Persia, la discapacidad era considerada un castigo de dioses o posesión de los espíritus del mal, mientras que en Asiria y Babilonia se estimaba que era un castigo de los dioses por un pecado de quien la padecía. Pero, en algunas de esas culturas también hay señales de la actitud contraria; por ejemplo, en la India, Buda defendió los principios de compasión, caridad y generosidad, mientras que en Mesopotamia se practicaba la cirugía y otros tratamientos para diversas dolencias, lo que sugiere que no se excluía a las personas con enfermedades crónicas (Juárez en INEGI, 2010).

En Asia y Egipto, los niños con alguna discapacidad eran abandonados. Los hebreos creían que los defectos físicos eran una marca del pecado. Dieron un tratamiento diferente a las personas con limitaciones, podían participar en los asuntos religiosos, el Judaísmo precursor del cristianismo al elevar la dignidad de la persona humana, hizo que se convirtiera en deber la atención a las personas con discapacidad (Di Nasso, 2011).

⁶ La exposición es el depósito de la criatura en un lugar donde pueda ser recogida; el abandono es el desamparo en un paraje en el que debe morir. Aristóteles y más aún Platón, se muestran en esta materia bien poco humanos (Aristóteles, 2008).

Al parecer, con la difusión de las ideas promulgadas por el Cristianismo, las personas con alguna discapacidad dejaron de ser perseguidas, asesinadas y utilizadas como esclavas, ya que entre sus principios, se considera la igualdad del ser humano, aunque esta ideología no acabó con las burlas y humillaciones que seguían sufriendo este grupo poblacional.

En Roma, el trato hacia las personas con discapacidad se inclinó un poco en la perspectiva negativa. El infanticidio fue una práctica corriente y, durante el imperio, se extiende la costumbre de mutilar a niños y jóvenes para mendigar, a esto se agrega la venta de niños como esclavos y la compra de personas con discapacidad para diversión (Aguado, 1995).

Entre los gobernantes, Augusto fomenta la ayuda estatal a los necesitados, mientras que Vespasiano abre escuelas de medicina y promueve el desarrollo de los hospitales. Finalmente, en los últimos años del imperio romano y bajo la influencia del cristianismo, fue fundado en Cesárea de Capadocia el primer hospital del que se tiene noticias, por el obispo San Basilio hacia el año 370 (INEGI, 2010).

Durante la Edad Media, se crean asilos, hospitales u orfanatos, y otras entidades como Gremios, Cofradías, Hermandades o Montepíos como sistemas de previsión social, encargándose de auxiliar en caso de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Sin embargo, también es la época cuando las personas con discapacidad, incluidas dentro del grupo de pobres y mendigos, eran objeto de diversión y de ridículo; muchas ejercían el oficio de bufones, divirtiendo a los habitantes de los castillos (Palacios, 2008).

También durante la Edad Media y con la Santa Inquisición, se inició la persecución de las personas con alguna discapacidad o malformación física. Incluso se considera que fue una de las etapas más descorazonadas y tristes donde los pocos avances sociales que se tenían a favor de las personas con discapacidad sufren un retroceso. Los enfermos y deformes eran apartados y marginados, considerados hijos del demonio o pecado. La Iglesia Católica les confundía con locos, herejes, embrujados, delincuentes o seres prostituidos, por ello eran castigados incluso con la muerte (Aguado, 1995).

La creencia en el diablo sirvió de base a esa influencia supersticiosa y las enfermedades pasaron a ser consideradas como pruebas o castigos enviados por Dios. Y como las enfermedades mentales se presentaban con caracteres tan extraordinarios y fantásticos para el pueblo atemorizado por esa superstición, se le asignaba el significado de una influencia diabólica. De este modo, las personas con discapacidad —más específicamente las personas con discapacidades psíquicas— dejaron de ser inocentes del Señor para pasar a ser fruto del pecado y del demonio (Palacios, 2008).

De esta forma se puede pasar al análisis histórico de la discapacidad según la cultura y época. Sin embargo, para fines de esta investigación sólo se hace un recuento muy general acerca de la visión que se tenía al respecto de las PCD, y el trato que recibían, la segregación y estigma social que han vivido a lo largo del tiempo.

Muy acertadamente los anteriores autores recalcan que los antecedentes de las PCD no ha sido nunca estable ni segura, para el ser humano cualquier “anormalidad” molesta, es causa de curiosidad, asombro, e incluso amenaza. Esta pequeña perspectiva histórica tiene como fin el plantear que a lo largo del tiempo, las PCD han pasado una larga lucha y condiciones desfavorables, pero ¿ha concluido su larga peregrinación entre segregación y estigma social?

Desde esta perspectiva, las PCD siempre fueron caracterizadas y atendidas a través del asistencialismo, (cualquier parecido con la realidad es sólo coincidencia). Al fin de cuentas en Michoacán aún se sigue tratando a las personas con discapacidad con programas de corte asistencial, tan es así que quien coordina estas acciones es el Sistema DIF Michoacán que según su fundamento de creación es precisamente el asistencialismo a grupos vulnerables, entre ellos las PCD. Una forma de avanzar y evolucionar es dejar de ver a este grupo poblacional como objeto de caridad y lástima. Por lo tanto una forma de evolucionar y mejorar en cuanto al trato hacia las PCD evitando la discriminación, es a través del lenguaje, el correcto uso de las palabras.

3.2. Discriminación a través del lenguaje

El ser humano tiene la necesidad innata de comunicarse, ya sea con sus semejantes o con los seres vivos con quien interactúa día a día. Esta comunicación puede ser a través de la comunicación oral o escrita. Entre estas formas de comunicación, existen medios para interactuar como el lenguaje, la expresión corporal, o escritura (Fonseca, et.al., 2011). Todos estos elementos que se mencionan, tienen un fin o un propósito, según quien, para qué y por qué lo utiliza.

La expresión que se utiliza para referirse a una persona con discapacidad debe ser la adecuada para que no se insulte o discrimine con el lenguaje. El presente estudio tiene relevancia y por lo tanto es de interés para actores sociales de las diferentes esferas como gobiernos del orden federal, estatal o municipal, medios de comunicación, organismos no gubernamentales.

Cuadro VI. Términos que sugieren discriminación

Término mal empleado	¿Por qué sugiere discriminación?
Discapacitado	Este término sugiere que la discapacidad es parte de su definición como ser humano y no lo es.
Eufemismos	Como por ejemplo: “sordito”, “cieguito”, “Manuelito, que tiene discapacidad”, etc. El lenguaje carga consigo un mensaje subliminal de infancia permanente y no de acceso a la responsabilidad ciudadana.
Enfermo	La discapacidad no es una enfermedad, es una situación que puede desaparecer si eliminamos las barreras del entorno. Un ejemplo concreto: las personas ciegas, sordas, usuarias de silla de ruedas, están en su mayoría perfectamente sanas y su “discapacidad” sólo surge cuando no hay lectores de pantalla, braille, sitios web accesibles, rampas, baños accesibles, intérpretes de lengua de señas, programas de televisión o videos con subtítulos, que les aseguren su inclusión plena en igualdad de oportunidad.

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en congruencia.org, 2014.

Frases como: personas con capacidades diferentes, personas con capacidades especiales, con necesidades especiales, incapacitado, impedido, normal o anormal, enfermito, malito, entre otras, no contribuyen a eliminar la discriminación a través del lenguaje, por lo tanto lo correcto es evitar referirse a una persona con discapacidad con todas las expresiones anteriores.

3.2.1. La Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad

El término “personas con discapacidad (PCD)” es mundialmente aceptado ya que le precede la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad en donde los Estados miembro de la Organización Mundial de la Salud, incluyendo México, firmaron un acuerdo en el que adquirieron diversos compromisos para mejorar las condiciones de vida de este grupo poblacional.

La Convención fue adoptada el 13 de diciembre de 2006 durante el 61º periodo de sesiones de la Asamblea General por la resolución 61/106 y México signó el tratado el 30 de marzo de 2007, y con ello, acepto las obligaciones jurídicas que le corresponden según el tratado y adoptar la legislación adecuada para que se cumpla lo estipulado en la Convención.

Para la presente investigación, interesa mencionar que en dicho documento, se dispuso que el término adecuado para referirse a este grupo de la población sea Persona con Discapacidad (PCD) o Persona en Situación de Discapacidad. Por tanto, su utilización se considera el único correcto a nivel mundial.

Además, México se comprometió a garantizar que las personas con discapacidad tengan derecho al más alto nivel posible de salud sin discriminación debido a su discapacidad. Deben recibir la misma gama, calidad y nivel de servicios de salud gratuitos o asequibles que se proporcionan a otras personas, recibir los servicios de salud que necesiten debido a su discapacidad (Artículo 25) y además, para que logren la máxima independencia y capacidad, se comprometió a proporcionar servicios amplios de habilitación y rehabilitación en las esferas de la salud, el empleo y la educación (Artículo 26) (OMS, 2014).

Éste es uno de los compromisos que la presente investigación abarca, ya que las personas con discapacidad pueden recibir servicios de rehabilitación tanto en las Unidades Básicas de Rehabilitación como en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial o los CRI, sin embargo, distan mucho de ser servicios de salud gratuitos o de calidad. Cada terapia y servicio tiene un costo, aunque es simbólico de entre los 20 a 60 pesos, además centraliza los servicios en la capital michoacana,

mientras que las UBR y CRI, tienen deficiencias en cuanto a recursos humanos para la atención especializada en materia de rehabilitación.

En cuanto al término de PCD, la Convención acordó la utilización del mismo porque la discapacidad es una situación provocada en la interacción entre la persona, sus características, el medio físico y social no habilitado para la diversidad propia de la naturaleza humana. No es un atributo del ser persona humana, ya no se define como una cuestión de salud o de rehabilitación, sino de Derechos Humanos. Esto implica una perspectiva de promover una visión positiva al abordar el tema, y no de asistencialismo.

Desafortunadamente, en Michoacán aunque se utiliza la expresión de: personas con discapacidad, como se acordó en la Convención Internacional, aún se siguen aplicando programas de corte asistencialista para brindar servicios de rehabilitación a este grupo población, es decir, promueven una visión asistencialista. Según los fundamentos de la Convención para establecer el término persona con discapacidad es por el uso de un lenguaje positivo y una visión universal de la discapacidad, en la que ésta sea la interacción de las características del individuo con el entorno y el contexto social (OMS, 2014).

Cabe hacer mención que en México, la Constitución Política tuvo que reformarse en su artículo 1, Párrafo V, para considerar el término adecuado que estipula la OMS, y con ello garantizar un uso de lenguaje apropiado en materia de inclusión y no discriminación⁷, cambiando el término de “capacidades diferentes” por “discapacidades”.

Por lo tanto, en congruencia con el término establecido en la Convención Internacional, la expresión adecuada y aceptada mundialmente es “Personas con discapacidad”, la cual respalda el trabajo que ha emprendido la Organización Mundial de la Salud y que desde hace más de 10 años han realizado en conjunto,

⁷ La primer reforma que se realiza a este artículo fue publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto del 2001, donde se adiciona el párrafo que hace referencia a prohibir cualquier tipo de discriminación motivada por origen étnico o nacional, género, edad, capacidades diferentes [...](Diario Oficial de la Federación, 2001). Después, el 04 de diciembre de 2006 fue publicado en el Diario Oficial de la Federación otra reforma al mismo artículo donde se sustituye el término “capacidades diferentes” por el de “discapacidades”. Cinco años después, nuevamente se reforma el mismo artículo que fue publicado el 10 de junio de 2011 en el DOF, donde la denominación del Capítulo I del Título Primero cambia por el de “De los Derechos Humanos y sus Garantías” y se incorpora la figura de los derechos humanos (Diario Oficial de la Federación, 2006 y 2011).

médicos, lingüistas, rehabilitadores, organizaciones no gubernamentales, entre otros, para eliminar del lenguaje palabras peyorativas hacia este grupo poblacional.

En Michoacán, se aceptó como correcto el término Persona con Discapacidad, así quedó establecido en la reciente Ley para la Inclusión de las Personas con Discapacidad en el Estado de Michoacán de Ocampo, en donde para efectos de la ley se entenderá por una persona con discapacidad como toda persona que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a corto o largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva inclusión en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás⁸ (Ley 330, 2014).

Es así, que a continuación se hace referencia a los términos como discapacidad, minusvalía, deficiencia y trastorno, conceptos que no son sinónimos y que algunos son mal empleados y con miras a abonar hacia la inclusión social de las personas con discapacidad se busca plasmar su definición para su correcto uso.

3.3. Discapacidad

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad es un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales. Por consiguiente la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive (OMS, 2014).

En cuanto al informe que presentó el INEGI de los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, menciona que las personas con discapacidad son aquellas que tienen una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales y que al interactuar con distintos ambientes del entorno social pueden impedir su participación plena y efectiva en igualdad de condiciones a las demás

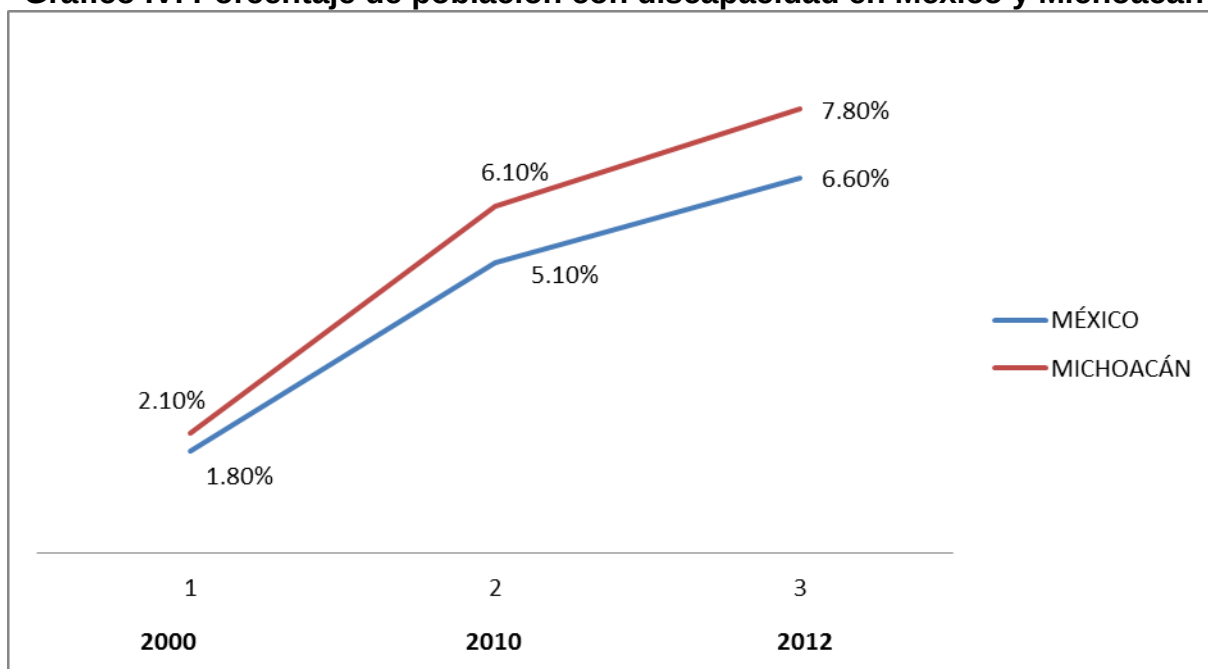
⁸ La Ley para la Inclusión es de reciente aprobación por los diputados de la 72 Legislatura en Michoacán, fue el 13 de septiembre de 2014 que en sesión ordinaria aprobaron el dictamen de Ley para que al día siguiente fuese aprobada por el Periódico Oficial.

(INEGI, 2010). Son diversas las definiciones que existen para el término discapacidad, según la perspectiva que se utilice, es decir, desde el punto de vista médico, psicológico, socioeconómico, y en la actualidad, también se agrega desde el punto de vista de los derechos humanos.

Esta última perspectiva es, desde hace 10 años, el enfoque de trabajo que realiza la Organización Mundial de la Salud y en la cual basó los preceptos de la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Por ello, para la presente investigación, la discapacidad es tomada en cuenta desde una perspectiva tanto médica como desde los derechos humanos, dado que por la condición física de una persona con discapacidad y su entorno, es decir la sociedad en la que vive, las normas y leyes vigentes, entre otras características, ve mermado su capacidad para realizar sus actividades cotidianas en un ambiente de equidad e igualdad social.

Al respecto del porcentaje de la población con discapacidad en Michoacán, desde hace 10 años, la entidad ha mantenido un alto índice, incluso por encima de la media nacional como se muestra a continuación en el siguiente gráfico:

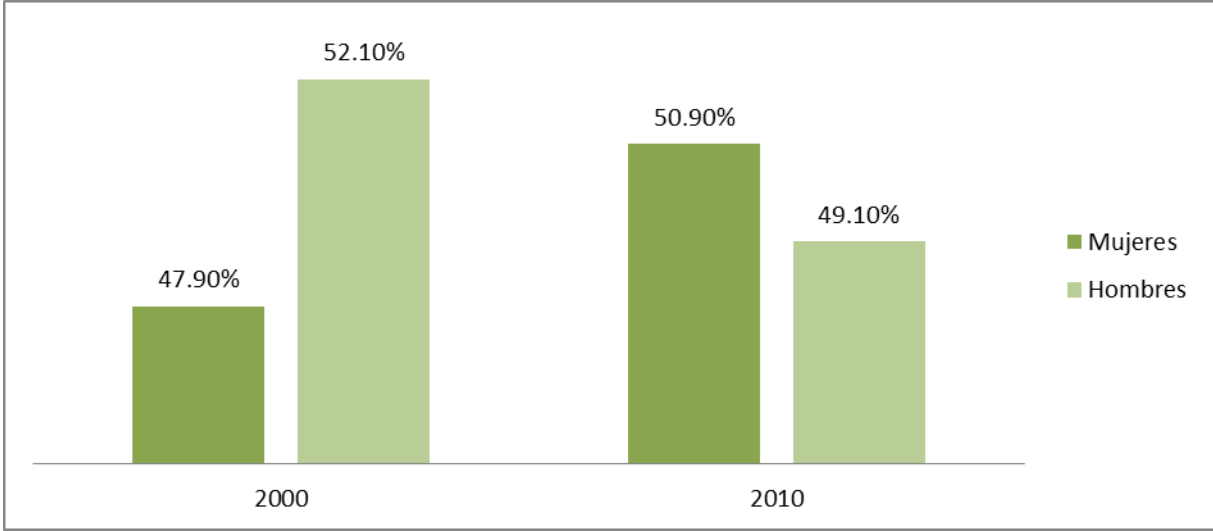
Gráfico IV. Porcentaje de población con discapacidad en México y Michoacán



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2000, 2010 y ENIGH 2012.

El anterior gráfico es útil para contextualizar a Michoacán en el plano nacional en cuanto al porcentaje de población con alguna discapacidad, donde gráficamente se aprecia que la entidad se encuentra por arriba de la media nacional en cuanto al índice de personas con discapacidad. Para conocer el índice según género de personas con discapacidad en Michoacán, los resultados de los censos poblacionales del 2000 al 2010 han presentado algunas variaciones importantes, ya que ha disminuido el índice para hombres, mientras que en el caso de las mujeres va en aumento como se muestra a continuación:

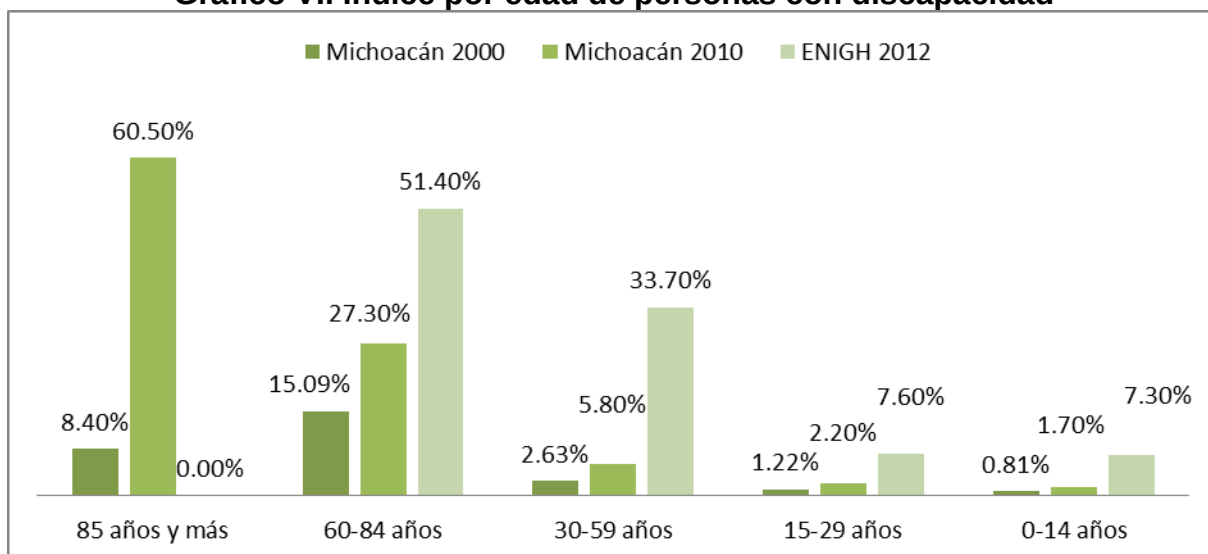
Gráfico V. Índice por género de personas con discapacidad en Michoacán



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2000, 2010.

Es preciso mencionar que en los gráficos anteriores no se toma en cuenta el año 2012 ya que los índices para ese periodo corresponden a datos a nivel nacional y no se encuentran a detalle para el Estado de Michoacán. En referencia al grupo poblacional que se ve aún más afectado por alguna discapacidad se encuentran los adultos mayores, personas con edad de 60 años y más, además el siguiente gráfico revela que efectivamente el índice de personas con alguna discapacidad va aumentando y el principal grupo afectado son personas mayores como se refleja a continuación:

Gráfico VI. Índice por edad de personas con discapacidad

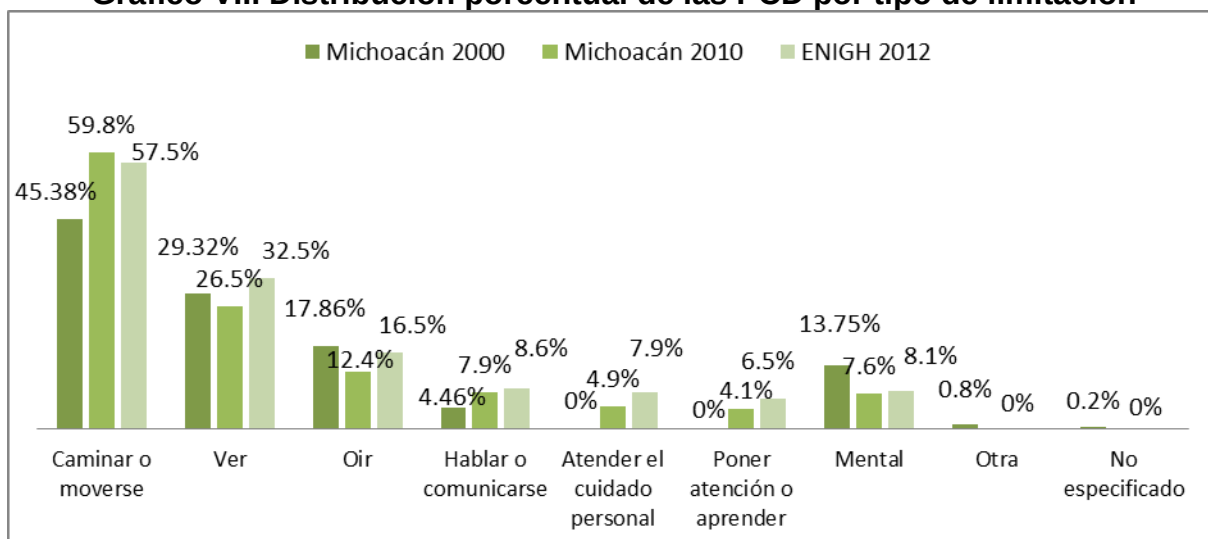


Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2000, 2010 y ENIGH 2012.

Si se toman en cuenta los resultados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto en los Hogares (ENIGH, 2012), con la finalidad de contextualizar a Michoacán en el plano nacional, es decir, las cifras a nivel estatal y su relación a nivel país. Con la información anterior, se refuerza el hecho de que el Estado deberá abordar este problema social que cada vez va incrementando, la población mayor de 60 años va creciendo y con ello, la demanda de servicios en materia de rehabilitación. Incluso se observa que en Michoacán en un periodo de 10 años, subió un 52.10% el índice de personas con discapacidad en la población adulta de 85 años y más. Aunque la ENIGH no publicó datos de la población mayor de 85 años, es evidente que el concentrado de población con alguna discapacidad se encuentra arriba de los 30 años.

Con el gráfico anterior, se conoce que el grupo poblacional objetivo del CRIT (personas menores a los 18 años) no tienen la mayor cantidad de casos con PCD, pese a ser un ente privado que recibe por parte del Estado 40 millones de pesos anuales. En cuanto al tipo de discapacidad, se conoce que en Michoacán, la limitación con una mayor incidencia es para caminar o moverse con una cifra que también va a la alza y que representa el 59.8% del total de personas con discapacidad en la entidad, seguido de limitaciones para ver, oír y limitación mental como se observa en el siguiente gráfico:

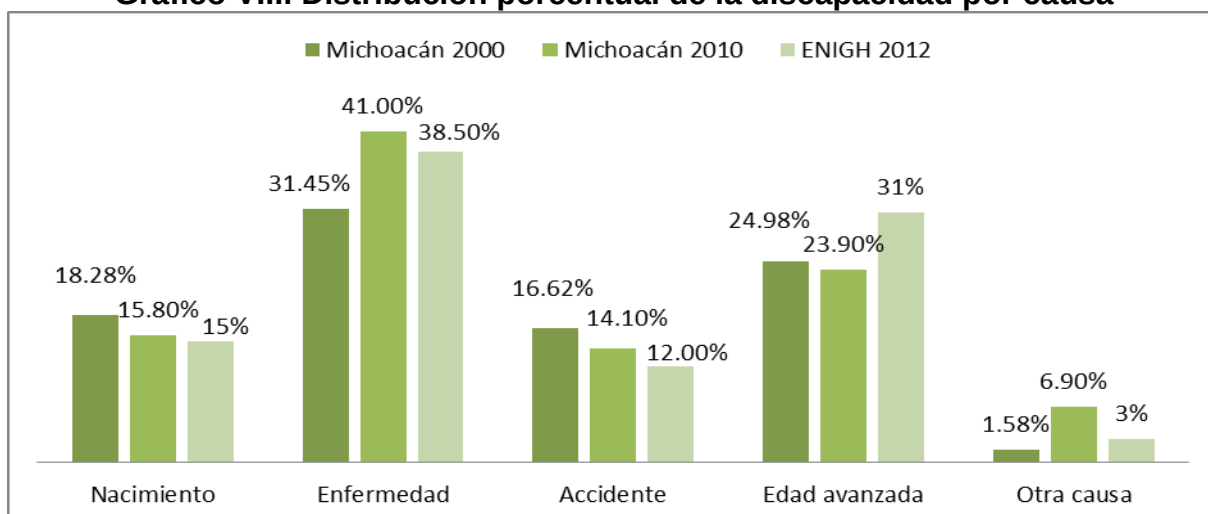
Gráfico VII. Distribución porcentual de las PCD por tipo de limitación



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2000, 2010 y ENIGH 2012.

Algunos datos como lo son: Atender el cuidado personal y Poner atención o aprender fueron variables que no se consideraron durante el Censo de Población y Vivienda 2000, por lo tanto su índice se encuentra en un 0%. Mientras que la ENIGH no consideró variables como: Otra y No especificado. Pese a ello se observa en el gráfico que la concentración se encuentra en limitaciones como caminar, ver, oír y mental. Aunque lo preocupante es que el índice que va a la alza es caminar o moverse. Para conocer cuál es la causa que propicia una discapacidad en Michoacán, la principal es por enfermedad con un 41%, seguido de edad avanzada con 23.9%, por nacimiento con el 15.8%, accidente 14.10% y finalmente otra causa con el 6.9%, cifras en relación a Michoacán para el 2010.

Gráfico VIII. Distribución porcentual de la discapacidad por causa



Fuente: Elaboración propia a partir del Censo de Población y Vivienda 2000, 2010 y ENIGH 2012.

En el gráfico se puede observar que la causa por nacimiento como propiciadora de alguna discapacidad es un índice que ha disminuido, lo cual nuevamente refuerza el hecho de que en Michoacán, las causas de una discapacidad se encuentran por enfermedades y edad avanzada, complementando el gráfico anterior donde se conoce que el grupo poblacional más afectado por una discapacidad son personas mayores a los 60 años, mismos que podrían tener la causa de su limitación por enfermedad o su propia edad. Nuevamente, es un sector poblacional que no es objetivo del CRIT, sino del CREE.

Por lo anterior, resulta preocupante que el índice de población con discapacidad va a la alza, que la mayor cantidad son personas mayores de 60 años, y que su limitación es para moverse o caminar, son dependientes de alguien más para realizarlo o requieren de aparatos para facilitar su movilidad (sillas de ruedas, bastón, etc.), Pese a esta problemática, el Estado decidió otorgar 40 millones de pesos al año a un ente privado que no enfoca su atención en donde se encuentran los focos rojos, representan menos del 7.6% de la población con alguna discapacidad. Además, continúa atendiendo al sector poblacional como lo son adultos mayores, en programas de corte asistencial y no con una política pública integral.

3.4. Deficiencia

Para no discriminar a una persona con discapacidad, es preciso hacer uso correcto del lenguaje, y la manera de usarlo de forma adecuada es conocer los significados de los términos que por desconocimiento al tema, en algunas ocasiones se utilizan como sinónimos aunque tienen significados diferentes.

México es miembro de la Organización Mundial de la Salud, y como tal, está sujeto a adoptar los términos que se consideran como adecuados dentro de la Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Por lo tanto, en esta investigación no se realizará lo contrario y adoptará de igual forma lo estipulado por la OMS.

Deficiencia según el organismo, es toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la

existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo. La deficiencia supone un trastorno orgánico, que se produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria (OMS, 2014).

Es decir, cualquier persona puede sufrir de alguna deficiencia ya sea en su hígado, riñón, páncreas, corazón, etc., Una enfermedad o trastorno puede ocasionar una deficiencia, que en consecuencia y según la deficiencia, ocasionaría una discapacidad. Por lo tanto, no es lo mismo discapacidad que deficiencia, ya que la discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad.

Las deficiencias pueden ser temporales o permanentes. También, pueden ser por diversos periodos de tiempo, es decir, son progresivas, regresivas o estáticas, intermitentes o continuas. Por ejemplo, la pérdida de visión o de un miembro puede surgir de un problema genético o de un trauma y/o accidente.

Cuadro VII. Tipos de deficiencias

Deficiencias	¿A qué se refiere?
Intelectuales	Afectan a la inteligencia, memoria y pensamiento. Las personas con deficiencias intelectuales presentan perturbaciones o anormalidades del ritmo y grado de desarrollo de sus funciones cognitivas.
Psicológicas	Se incluyen las deficiencias del estado de consciencia, de percepción y atención, de las funciones emotivas y de impulso de la voluntad o pautas de conducta.
De lenguaje	Hacen referencia a la comprensión y utilización del lenguaje. Su problema es que debido al tipo de deficiencia que padecen pueden presentar dificultades al comprender el contenido de la información recibida.
Del órgano de la audición	Las personas tienen una gran dificultad para la percepción de sonidos.
De la visión	Se dividen en ceguera total o parcial.
Viscerales	Deficiencias de los órganos internos y las de otras funciones especiales.
Músculo esqueléticas	Se subdivide en tres tipos: de las regiones de la cabeza y del tronco, mecánicas y motrices de las extremidades y deficiencias de las extremidades.
Desfiguradoras	Incluye aquellas que pueden interferir o perturbar las relaciones sociales con otras personas. El concepto se ha interpretado en sentido amplio de forma que incluya las condiciones que no sean consecuencia de enfermedades específicas, tales como el desfiguramiento así como los trastornos que puedan reducir el control de las funciones corporales según la forma normal y socialmente aceptable.
Generalizadas, sensitivas y otras	En general, las mayores dificultades se presentan cuando las deficiencias son referentes a la inteligencia y a la movilidad del tronco y las extremidades.

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada en COCEMFE, 2014.

La presencia de una deficiencia necesariamente implica una causa; sin embargo, la causa puede no ser suficiente para explicar la deficiencia resultante. De la misma manera, cuando existe una deficiencia, también existe una disfunción en las funciones del cuerpo que puede estar relacionada con cualquier enfermedad, trastorno o estado físico (OMS, 2014).

Por lo anterior, es evidente la relación que existen entre dichos términos, razón por la cual pueden llegar a ser mal empleados o utilizándose erróneamente como sinónimos pese a que sus definiciones son totalmente distintas.

3.5. Minusvalía

De acuerdo a la definición que otorga la Organización Mundial de la Salud, la minusvalía es una situación de desventaja para un individuo determinado, de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desarrollo de un rol que es normal en su caso, en función de la edad, sexo y factores culturales y sociales. La situación de desventaja se manifiesta en la relación entre la persona y su entorno (OMS, 2014).

Es decir, una minusvalía tiene relación directa con las atribuciones o valores que le otorga cierto grupo poblacional a una condición, situación o experiencia de un individuo cuando no está sujeto a una norma que todo ese grupo adopta.

Cuadro VIII. Tipos de minusvalías

Minusvalía	¿A qué se refiere?
De orientación	Influye en la recepción de señales procedentes del entorno, la asimilación de éstas y la formulación de respuestas a lo asimilado.
De independencia física	La capacidad del sujeto para llevar habitualmente una existencia independiente y activa.
De la movilidad	Interfiere en la capacidad del individuo para desplazarse de forma eficaz en su entorno. Los tipos van desde las personas que no pueden hacer ejercicio por problemas como asma, hasta los que están confinados en una cama sin poderse levantar.
Ocupacional	Dificultad de un individuo para emplear su tiempo de forma normalizada y a su propia voluntad.
De integración social	El individuo no participa ni mantiene relaciones sociales usuales.
De autosuficiencia económica	Lo que presenta problemas es la capacidad del individuo para mantener la actividad e independencia socioeconómica normal.

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada en COCEMFE, 2014.

Si la minusvalía no se encuentra determinada por la limitación física o psíquica de la persona, sino fundamentalmente por el entorno social, entonces se podría hablar de que una minusvalía también está condicionada por un estereotipo, porque se habla de una limitación que construye la sociedad que se encuentra alrededor de la persona y su rol a desempeñar en una sociedad determinada.

De acuerdo al Consejo Nacional para Prevenir la Discapacidad (CONAPRED), las personas con discapacidad se enfrentan a fuertes estigmatizaciones que los dejan fuera de toda posibilidad de ejercer plenamente sus derechos. Históricamente se les ha señalado como inútiles, incapacitados, estorbos. Además han padecido escarnio público y burlas tanto a nivel social como en los medios de comunicación. Incluso en algunas leyes estatales aún se les califica como personas que padecen “idiotismo” o “imbecilidad”, lo cual es síntoma inequívoca en la actualidad de una visión excluyente (Conapred, 2014).

¿Cómo es que el miedo a lo desconocido, a lo anti-natural, hace que el ser humano construya su idea de una realidad?, los antecedentes de la discapacidad relatan que la falta de información y conocimiento al respecto del tema generó gran desigualdad social hacia las PCD, pero en la actualidad, aún se sigue viviendo una suerte de estigma social hacia este grupo poblacional derivado de los estereotipos que se construyen por una condición física, psicológica o social, continúan viviendo segregados y marginados.

Un estereotipo se construye sobre la generalización de los atributos que se entienden describen a un grupo y, por extensión, a todos sus miembros, a partir de un proceso de evaluación de las características (físicas, de personalidad, rol social...) que asemejan y diferencian a unas personas de otras. Se trata de creencias que comparten un número elevado de personas sobre los rasgos que, según ellos, mejor describen a los miembros de un grupo. Suponen generalizaciones excesivas, injustas, irracionales y erróneas, que son transmitidas socialmente para perpetuar el orden social establecido (Cocemfe, 2014).

Se conoce que los estereotipos se construyen gracias a ideas “falsas” de algo o alguien, pero ¿cómo es que se propagan estas ideas? En ésta sociedad donde lo bonito, lo estético, la delgadez, la perfección, lo nuevo, el consumismo, lo atractivo a

la vista, se encuentran difuminando en la idea del colectivo social una imagen errónea de un grupo social porque no encajan en lo que es “común”, entonces cómo es que se difumina en una sociedad como la mexicana una idea “falsa”, un estereotipo de una PCD causándole una minusvalía.

Para la presente investigación se considera importante mencionar la relevancia que enviste a los medios de comunicación como divulgadores de estereotipos hacia las PCD, a pesar que existe una nueva Ley de Telecomunicaciones aprobada en el 2014, que propicia la igualdad de este grupo poblacional al incluir contenidos en medios de comunicación para la divulgación del conocimiento al tema, aún en nuestra actualidad es posible considerar que los medios de comunicación son difusores de estereotipos.

3.6. Medios de comunicación y discapacidad

La imagen social de una PCD influye en la participación de la vida política, social y cultural en un país. Podría permitírsele a una PCD la libre participación en una elección a candidato presidencial, gobernador o presidente municipal pero cuántas veces se ha visto un candidato a ocupar puestos públicos que tenga una discapacidad para moverse, oír, ver.

La imagen social a la que se hace referencia se construye, existe o no una plena aceptación social (Goffman, 2006). Esta imagen social que se construye hace que las PCD sean percibidos como raros. La falta de información acerca del tema, permite que lo desconocido sea causa de curiosidad y asombro. Solamente aquellas personas que día a día interactúan y tienen relaciones interpersonales con las PCD, (médicos, enfermeras, terapeutas, familiares, amigos de PCD), no ven con extrañeza a una persona con una amputación en alguna extremidad, la forma en utilizar la silla de ruedas o algún aparato que le facilite su movimiento.

La sociedad aún no se encuentra familiarizada con la discapacidad, ni mucho menos preparada para facilitarle la accesibilidad a este grupo poblacional, ya sea en el aspecto político, social, educativo, cultural, etc. Una de las herramientas indispensables para cambiar esta perspectiva, son los medios de comunicación.

Haría una gran diferencia entre la sociedad con el fin de disminuir la minusvalía que podrían presenciar cualquier PCD, es decir, educar a través de la televisión, radio, prensa, internet.

Se considera que el desconocimiento en relación al tema, conlleva a una situación de discriminación hacia las PCD, ¿cómo dirigirse a una amiga que acaba de tener un hijo con síndrome de Down?, ¿qué le dice a su vecino cuando su hijo, a causa de un accidente, se ha quedado paralítico?

Los medios de comunicación son importantes difusores con respecto a la realidad que vive el estado. Logran una integración o división social, según el contenido de la información. Por lo tanto, la manera en que sea abordado un tema podrá influir en la percepción de la sociedad. Por ello, el tratamiento que se da a la información en materia de discapacidad es importante y sobre todo cuando se incluye en los contenidos, debido a que se está abonando a que en la realidad social se reconozca a las personas como tal..

Desde el 2007, luego de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en la que México participó, se acordó que el problema fundamental radica en mantener una visión de lástima, que deja sin poder a las personas con discapacidad, cuando en realidad el problema no está en la discapacidad, sino en la sociedad, en el entorno y en el gobierno que ha creado y fomentado las barreras de un modo en el que no pueden gozar y ejercer sus derechos humanos, civiles, sociales y políticos (Conapred, 2014).

Pero el problema va más allá, no sólo son los contenidos en medios de comunicación, sino los creadores de contenidos, los comunicólogos o periodistas. ¿A caso en algún plan de estudio se contempla el tema de la discapacidad en medios de comunicación? ¿A caso en alguna institución educativa que forma recursos humanos en ambas áreas se encuentran preparados para abordar temas de esta índole?

Los manuales de estilo de la profesión periodística sobre discapacidad en Latinoamérica son casi inexistentes. En Argentina se presentó el manual “Pautas de Estilo Periodístico sobre Discapacidad” y aparece como una herramienta útil para los estudiantes de periodismo y profesionales de la comunicación. Esta guía, elaborada por la periodista Alejandra Nosedá, incide en eliminar estereotipos, prejuicios y

ciertos mitos y, además, fomenta el empleo adecuado de los términos específicos, la capacitación y la búsqueda de antecedentes y de fuentes de información (Samaniego, 2006).

Es decir, desde 2006 Argentina trata de formar recursos humanos en materia de periodismo y comunicación preparados para tratar temas vinculados a la discapacidad con la finalidad de que los contenidos sean más humanos al abordar estos temas, y ¿México o Michoacán cuándo? La discapacidad es un tema que en los medios de comunicación se trata de manera ocasional y la información no es abordada de forma adecuada.

Caso Teletón, que a través de los medios de comunicación busca explotar la sensibilidad de las personas al exponerlas a testimonios de vida que hacen ver a las PCD como enfermos que sufren. El contenido de la programación mientras sucede el Teletón está plagado de morbo, curiosidad y notas informativas que lejos de causar empatía, buscan ser imágenes lastimeras.

Imagen I. Campaña Teletón México explota imágenes acerca de la discapacidad



Fuente: Imágenes obtenidas de Cuartoscuro, 2014, Noticieros Televisa, 2014, México CNN, 2014.

No sólo existe Teletón, hay más asociaciones dedicadas a atender a PCD, incluso el gobierno de Michoacán cuenta con la infraestructura y servicios de rehabilitación para este sector poblacional, sin embargo no cuentan con la difusión adecuada para dar a conocer los servicios que en él se ofrecen, como terapias de rehabilitación, taller de prótesis, órtesis, atención psicológica, ocupacional, expedición de Credencial de Discapacidad, entre otras.

Así como existen asociaciones, se han creado o reformado algunas leyes que son de vanguardia en el tratamiento de los derechos de las personas con discapacidad, sin embargo, no es cuestión de leyes, sino la actitud de la sociedad ante este hecho social, y los medios de comunicación, como instrumento para informar y comunicar, deben profundizar en estos temas.

Par las personas con discapacidad no todo está perdido, es decir, en México al menos se encuentran aprobadas diversas leyes que contemplan el reconocimiento de los derechos de este grupo poblacional. Al menos se puede decir que existe el reconocimiento legal, aunque en la aplicación verdadera dista mucho de ser una realidad.

Tal es el caso de la Ley Federal de Telecomunicaciones y Radiodifusión, publicada el 14 de julio de 2014. En su artículo 2, habla de la prohibición a toda discriminación motivada por género, edad, discapacidades, etc. (Ley No. 159, 2014). Aunque es símbolo de un importante avance en la materia, no es hasta el próximo 1 de enero del 2015 que iniciará su vigencia, por lo tanto su aplicación aún no puede ser analizada, sólo se pueden resaltar los puntos clave que hablan acerca de que las personas con discapacidad podrán tener una mayor accesibilidad a medios de comunicación.

De acuerdo a la nueva ley aprobada, los concesionarios están obligados a que dentro de su programación con mayor audiencia contengan lenguajes audiovisuales accesibles para las personas con alguna discapacidad. ¿Pero será posible que en los contenidos con mayor rating contengan lenguajes audiovisuales con dichas características?

Según un estudio más reciente en cuanto a contenidos en medios de comunicación realizado por Parametría, los programas con mayor audiencia son

aquellos que pertenecen a programas de entretenimiento sobre los noticiosos. Galilea Montijo, Andrea Legarreta, Adal Ramones, Patricia Chapoy son un 76% y hasta 86% conocidos por los espectadores, mientras que los menos conocidos son Mónica Garza, Víctor Trujillo, Mauricio Castillo, Esteban Arce. El conocimiento de estos personajes es debido a su exposición mediática a través de los contenidos publicados en programación de Televisa y TV Azteca (Animal Político, 2013).

La preferencia de la audiencia mexicana es clara, eligen sintonizar novelas, programas de revista como “Hoy” de Televisa, lo que explica la popularidad de los conductores antes mencionados, todos ellos con un alto nivel de aceptación por los encuestados debido a su mayor exposición en la programación. Bajo esta lógica y con la nueva Ley de Telecomunicaciones, en todas estas programaciones (novelas, programas de revista, etc.) habrá de contemplarse un nuevo formato para incluir a las personas con discapacidad. La duda está en ¿qué pasará a partir del 1 de enero del 2015 con los contenidos?, ¿privilejarán la nueva ley antes que el rating?

Los concesionarios están obligados a prestar los servicios de subtítulos, doblaje al español o lengua de señas mexicanas para atender las necesidades de este sector de la población. Asimismo, se amplía el horario en que deberán prestar este servicio: de las 06:00 a las 24:00, pues antes estaba el horario de 18:00 a 24:00 horas. Esto abarca los noticiarios y programas con mayor audiencia (Ley No. 159). Incluye las narraciones de partidos de fútbol con mayor rating o finales de telenovelas que incluso son transmitidos en fines de semana.

También, otra de las novedades que incluye la ley es que los portales web del gobierno federal, sin excepción, deberán ser accesibles para personas con discapacidad motriz, visual y auditiva, el Poder Judicial y Legislativo tanto Federal como Locales están obligados a ello. Acceso a un número telefónico para servicios de emergencia⁹, armonizado a nivel nacional y mundial, en los términos y condiciones que determine el Instituto Federal de Telecomunicaciones, en coordinación con el sistema nacional de seguridad pública (Ley No. 159).

⁹El 27 de noviembre de 2014, el presidente de México, Enrique Peña Nieto anunció 10 acciones para mejorar la seguridad y justicia en el país, donde anunció un número telefónico armonizado para servicios de emergencia, la cual como se puede observar, es una propuesta del mandatario federal que ya está aprobada en la Ley de Telecomunicaciones y Radiodifusión desde el 14 de julio del 2014 por lo tanto no es una propuesta de reciente creación ni novedosa.

Como se puede observar, no se puede negar el hecho de que México avanza en materia de reconocimiento a los derechos de las personas con discapacidad. Sin embargo, falta ver en la práctica lo que se estipula en la legislación, que los grandes concesionarios como Televisa y TV Azteca incluyan en sus programas de mayor rating, (novelas, programas de revista, partidos de fútbol) lenguaje de señas y subtítulos. Es importante mencionar que Canal Once del Instituto Politécnico Nacional hasta antes de la aprobación de la Ley No. 159 ya contemplaba su programación con un intérprete de lenguaje de señas.

A pesar de los avances en el intento de integración social de las personas con discapacidad, aún quedan muchos pendientes que analizar. Como el que se menciona anteriormente, estar a la expectativa una vez vigente la nueva Ley de Telecomunicaciones y si los grandes concesionarios harán caso a lo estipulado en la legislación.

Lo cierto es que los medios de comunicación fungen un papel importante en la sociedad mexicana, crean una opinión y son capaces de influir en los valores de una sociedad, por lo tanto, es importante que los contenidos sean lo más apegados a la realidad, sin elementos que discriminen a las PCD ni distorsionen la realidad, dejar a un lado los estereotipos que laceran aún más al grupo poblacional en mención. Además de la responsabilidad social que conllevan, los medios de comunicación ejercen influencia ante la opinión pública, ante los poderes públicos y líderes de opinión que en un momento determinado podrían lograr una sociedad más justa para las personas con discapacidad.

Capítulo IV

Programa de rehabilitación para personas con discapacidad en Michoacán

Después del largo camino por el cual han transitado las personas con alguna discapacidad, que va desde los infanticidios por tratar de mejorar la raza humana, humillaciones, explotación, discriminación, hasta la adoración como dioses por verse “anormales”, o creer que tenían algún pacto con seres míticos a través de la magia o hechicería, finalmente en la actualidad se conoce que las causas de una discapacidad son diversas y tienen fundamento a partir de investigaciones científicas.

Los avances también incidieron para el reconocimiento de los derechos de las PCD, como derecho a la vivienda digna, empleo, alimentación, educación, recreación, salud, y entre esos reconocimientos se encuentra el de recibir rehabilitación integral.

Es evidente que aún falta mucho por realizar en materia del reconocimiento a los derechos de las PCD, sobre todo si hablamos de acceso a rehabilitación, ya que como se analizó previamente en el Capítulo II, el Estado cataloga este servicio dentro de una política asistencial.

Tanto los gobiernos locales, estatales o federales hablan de programas de atención a PCD con líneas hacia la asistencia social, un paradigma que floreció durante el Renacimiento (Palacios, 2008), y que a la fecha aún se continúa utilizando. Con ello, se corre el riesgo de que el gobierno justifique el gasto público hacia este tipo de acciones, asumiendo un compromiso parcial, lo que hace referencia a un interés más político que de verdadero interés por el tema.

4.1. Antecedentes de la rehabilitación en México

Como se plasmó anteriormente, una vez que se deja a un lado las cuestiones divinas, malignas, de hechicería como causa de la discapacidad y se inician los estudios científicos en la materia, se inicia un nuevo modelo donde se contempla la

rehabilitación partiendo de la investigación científica a través de las ramas como medicina o enfermería, principalmente.

Pese a que existen diversos datos históricos que relatan los inicios de clínicas y hospitales en México, se considera que el primer hospital para atender a las personas “atípicas”¹⁰ fue el Hospital de San Hipólito en la capital del país, el primero en atender a pacientes con enfermedades mentales de América, fundado en 1565 por Bernardino Álvarez (Aguado, 1995). Cabe recalcar que el tratamiento que se les daba a las personas con alguna “deficiencia”, era totalmente de caridad.

No es hasta la época de la presidencia de Benito Juárez (1858-1872), cuando el Estado empieza a preguntarse que habrá de hacer con las personas con discapacidad, a quienes hasta la fecha se les negaba el reconocimiento de sus capacidades. No eran considerados seres humanos capaces de romper barreras físicas y sociales para convertirse en personas autosuficientes y útiles para la sociedad (Sánchez, 2010). Por lo tanto, no eran considerados para gozar de servicios de rehabilitación, ni siquiera los había.

En 1866 abre sus puertas la Escuela Nacional de Sordomudos¹¹ y en 1870 se inaugura la Escuela Nacional de Ciegos en la Ciudad de México. La primera en mención es emblemática ya que a sus 148 años aún continúa prestando servicios educativos y asistencia a jóvenes y adultos con discapacidad visual (Guzmán, 2014). Con la creación de estas instituciones dirigidas por el Estado, se rompe con el modelo asistencial hacia las personas con discapacidad.

Es decir, se deja atrás otorgar alguna ayuda y caridad para la subsistencia más no para la rehabilitación e impulsar la autosuficiencia, entonces se pasa al modelo rehabilitador, incluyendo en la educación laica, gratuita y obligatoria para todos, sin importar su condición. Por lo que para aquellas personas sordomudas se les ofrece la oportunidad de recibir educación y aprender el lenguaje de señas. Ello

¹⁰ Término que se utilizaba para referirse a las personas con alguna discapacidad en 1500 (Aguado, 1995).

¹¹ Eduardo Huet Merlo, Francés y sordo desde los 13 años de edad y precursor de la educación de sordos en Brasil y México con el método oral, propone al alcalde municipal de la capital de país, Ignacio Trigueros la creación de una escuela para sordomudos. En junio de 1866 se inaugura la Escuela Municipal de Sordomudos, nació con carácter público, y fue ubicada en sus inicios en el Antiguo Colegio de San Juan de Letrán, quedando como su primer director el Profesor Eduardo Huet (Sánchez, 2010).

significó el reconocimiento de una parte poblacional a ser capaces de valerse por sí mismos y aprender a comunicarse a través del lenguaje de señas o sistema Braille.

En materia educativa se abrieron las posibilidades para las PCD a gozar de uno de sus derechos relativos a la educación, sin embargo, en materia de salud aún se presentaba el rezago en los hospitales, ya que no existía el área de rehabilitación para aquellas personas que padecieran una discapacidad permanente o temporal.

En relación a la rehabilitación, los primeros servicios que se ofrecieron no fueron sino hasta 1905 con la inauguración del Hospital General en México, donde se incluyeron habitaciones para otorgar hidroterapia, mecanoterapia y electroterapia (Sociedad Médica del Hospital General, 2014). Pese a que se contaba con pocos pabellones y una reducida capacidad, el nosocomio era novedoso para su tiempo, ya que en ninguna otra clínica se ofrecían terapias de rehabilitación.

Continúa el Hospital Juárez de México, que a principios del siglo XX se consolidó como el hospital de referencia, sus principales pacientes eran heridos de guerra. Creó la sala de traumatología y ortopedia, formando con ello las bases de ambas áreas en el país en donde inician las investigaciones en torno a implantes, tratamiento quirúrgico de columna y cirugías ortopédicas para secuelas de poliomielitis (Gómez, 2010). Con las convulsiones histórico-políticas que vivía el país, las consecuencias dejaron a varias personas heridas y por la falta de conocimiento en medicina, el único tratamiento era amputación de alguna extremidad.

A partir de 1943 y con la creación del Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, se inició por primera vez en el país la Medicina Física y Rehabilitación, a pesar de tratarse de una especialidad relativamente nueva para México. Con dicha inauguración se crea el primer servicio de fisioterapia para niños donde también se inicia la formación de recursos humanos en el campo de la rehabilitación con el curso de capacitación en fisioterapia dirigido a enfermeras e implementado en 1945 (Guzmán, 2014). Según la historia del nosocomio, relata que a principios de los años 50, México vivió un brote grave de poliomielitis, misma enfermedad que ocasionó un gran número de discapacidad motriz en niños y adolescentes.

Una vez que la modernización alcanza a México, el desarrollo de la industria, centros urbanos, comunicaciones y transportes, la población inició a presentar otro

tipo de necesidades en materia de rehabilitación, es decir ya no era la polio sino los accidentes automovilísticos que causaban discapacidad. Por lo tanto, en 1960, se crea el Instituto Mexicano de Rehabilitación, así como la apertura de Escuelas de Terapia Física y Ocupacional. Fue el primer instituto en contar con un Taller de Prótesis y Órtesis, además de iniciar con programas de rehabilitación laboral, tenía una fábrica de radios en la cual laboraban exclusivamente personas con discapacidad (Guzmán, 2014).

En 1970 cambia su nombre a Instituto Nacional de Rehabilitación, un nosocomio que inicia la Secretaría de Salud y Asistencia y el Gobierno de la República Mexicana a través del Programa Nacional de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), para ofrecer a la población en general (niños, jóvenes, adultos y tercera edad) servicios de terapias físicas y rehabilitaciones (Instituto Nacional de Rehabilitación, 2014).

Para la época y en 1972, la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), dio su reconocimiento al programa de especialización en Medicina de Rehabilitación, con sede en el Hospital Infantil de México y después en el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación.

La formación de especialistas en esta rama de la medicina, también se llevó a cabo mediante cursos tutelares en el Instituto Nacional de Pediatría en el Hospital General de México, el Instituto Mexicano de Rehabilitación (ya desaparecido), el Hospital Central Militar y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. Más tarde se implementó la especialidad en el Hospital “20 de noviembre” del ISSSTE, y en 1988 se sumó a las anteriores la residencia en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (Secretaría de Salud Nacional, 2014).

Es preciso recalcar que en Michoacán, la Facultad de Medicina de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH), con sus más de 180 años de creación e inicios con cátedra de medicina en la entidad, aún no incorpora en su plan de estudios la medicina de rehabilitación como se puede observar en su mapa curricular que a continuación se presenta:

Cuadro IX. Plan de estudios México-Cirujano Partero de la UMSNH

Materia	Duración	Materia	Duración
Anatomía descriptiva y prácticas de disección	Anual	Clínica del aparato respiratorio	Anual
Bioestadística	Semestral	Clínica quirúrgica I	Anual
Embriología y prácticas	Semestral	Dermatología	Semestral
Fisiología celular y prácticas	Semestral	Epidemiología	Semestral
Histología y prácticas	Semestral	Medicina forense	Semestral
Medicina preventiva	Semestral	Nefrología	Semestral
Psicología médica	Semestral	Neurología	Semestral
Sociología médica	Semestral	Obstetricia Teórica	Semestral
Anatomía, patología y prácticas	Semestral	Patología del Aparato cardiovascular	Semestral
Bioquímica médica y prácticas	Semestral	Patología quirúrgica II	Semestral
Fisiología humana y prácticas	Anual	Pediatría	Anual
Microbiología y prácticas	Semestral	Clínica de obstetricia	Anual
Parasitología y prácticas	Semestral	Clínica del aparato cardiovascular	Anual
Saneamiento ambiental	Semestral	Clínica quirúrgica II	Semestral
Clínica propedéutica	Anual	Clínica quirúrgica III y terapéutica	Anual
Educación y técnicas quirúrgicas	Semestral	Endocrinología	Semestral
Farmacología y prácticas	Anual	Hematología	Semestral
Patología del aparato digestivo	Semestral	Oftalmología	Semestral
Patología del aparato respiratorio	Semestral	Otorrinolaringología	Semestral
Patología quirúrgica	Semestral	Patología quirúrgica III	Anual
Radiología clínica	Semestral	Planificación familiar	Semestral
Reumatología	Semestral	Psiquiatría	Semestral
Clínica del aparato digestivo	Anual	Urología	Semestral

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en medicina.umich.mx, 2014.

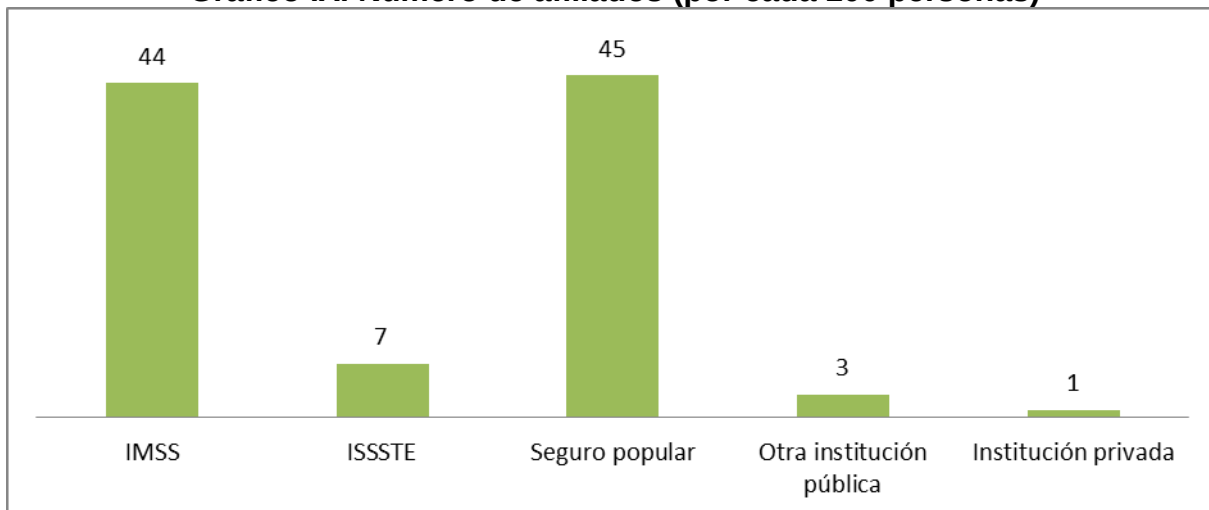
Incorpora cursos extracurriculares obligatorios con materias como: Inducción a la Reanimación Neonatal; Programa de Trabajo Comunitario; Curso de Historia de la Medicina; Curso de Bioética; Enseñanza de la Clínica Complementaria; Inglés Técnico-Médico (medicina.umich.mx, 2014). Con lo anterior no se pretende demeritar el trabajo que realiza la facultad y su esfuerzo por mantener su alto estándar de calidad, sino recalcar la relevancia que implicaría la formación de recursos humanos en medicina de rehabilitación en una escuela de nivel superior con carácter público en Michoacán.

En la actualidad, la única institución educativa a nivel superior que prepara recursos humanos en medicina de rehabilitación en Michoacán es la Universidad Marista Valladolid que ofrece la Licenciatura en Fisioterapia y Rehabilitación en Michoacán (unidelvalla.mx, 2014). Es una institución de carácter privado, lo que implica una limitante para aquellos aspirantes de bajos recursos económicos, la realidad es que no todos los interesados pueden acceder a estudiar 4 años de

licenciatura, mismos que implicarían un costo promedio de 252 mil pesos al término de la carrera.

La institución más importante en materia de rehabilitación en México es el Instituto Mexicano del Seguro Social, cuenta con 154 servicios en todo el sistema, sin embargo, este servicio solamente es para aquellas personas con empleo formal. Según cifras que presentó la Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social, se estima que alrededor de tres cuartas partes de la población (77.2%) se encuentran afiliadas a una institución de seguridad social o de salud. De cada 100 personas, 45 están afiliadas al Seguro Popular, 44 al IMSS, 7 al ISSSTE y el resto a otras instituciones públicas o privadas:

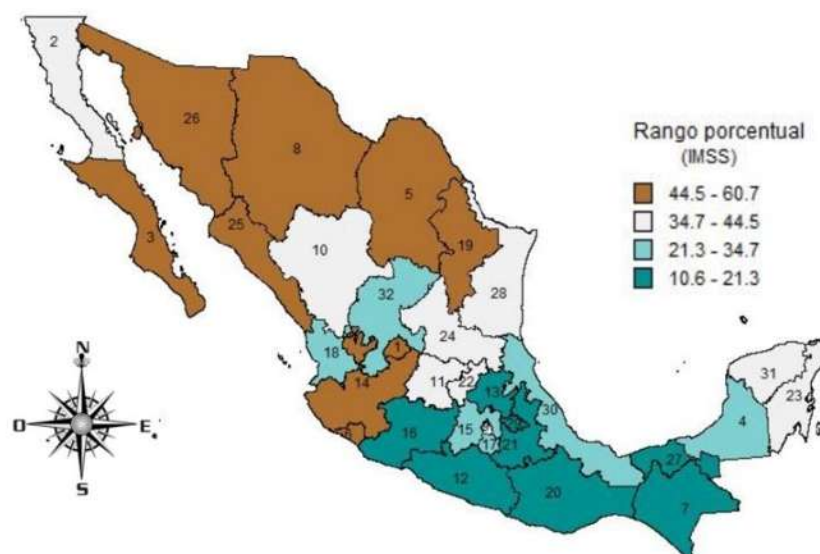
Gráfico IX. Número de afiliados (por cada 100 personas)



Fuente: INEGI, IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013.

Pero los indicadores son únicamente a nivel nacional, las cifras parecen ser alentadoras, pero si se analiza por entidades, los indicadores no son positivos. Al concentrar las cifras en un sólo dato como en el gráfico anterior, habrá algunos estados de la República (como los estados del norte), que por sus altos índices de empleo formal le pegan a las cifras en general y el panorama nacional ya no es tan realista. El número de afiliados varía según las condiciones económicas de cada estado, el IMSS tiene una mayor cobertura en los estados del norte la cual disminuye en los estados del sur, tal es el caso de Michoacán, 10 de cada 100 personas cuentan con acceso a servicios del IMSS.

Imagen II. Porcentaje de la población total afiliada al IMSS



Fuente: INEGI, IMSS. Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social 2013.

Con lo anterior se podría considerar que es reciente el desarrollo del modelo en rehabilitación para México, la historia da cuenta de cómo es que las PCD son una tragedia familiar, tanto en lo social, psicológico y económico. Que las instituciones públicas que ofrecen rehabilitación no están al alcance de todos, los servicios en México o Michoacán están concentrados en las grandes ciudades. A continuación analizaremos cómo es que Michoacán ha enfocado su política pública dirigida a este sector poblacional.

4.2. El Sistema DIF y la política pública asistencialista en Michoacán

En Michoacán, el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia es que se responsabiliza de coordinar el programa de rehabilitación a personas con alguna discapacidad ya sea temporal o permanente a través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y las Unidades Básicas de Rehabilitación. Las últimas son instancias que dirige el gobierno municipal según donde se encuentren instaladas y existe una coordinación estrecha entre el Estado y municipio para su funcionamiento.

Debido a que la presente investigación se enfoca en analizar la política pública destinada al área de rehabilitación a personas con discapacidad, es necesario exponer los detalles de la institución pública que dirige dichos servicios.

El Sistema para el Desarrollo de la Familia Michoacán¹² fue creado a través de un decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el 13 de enero de 1977. Para el 18 de julio del mismo año lo ratifica el Congreso local y aprueban el organismo público descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo (Reglamento Interior del DIF Michoacán, 2012).

11 años después, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia se sumó a las residencias de medicina en rehabilitación. A continuación se presenta la siguiente información que resume el fin último de la institución en mención:

Cuadro X. Misión, visión y valores del Sistema DIF Michoacán

Objetivo	Promover en el Estado de Michoacán de Ocampo el desarrollo integral de la familia, fortaleciendo la operación y difusión de los planes, programas y acciones destinados a la protección física, mental y social de personas en estado vulnerable y en desventaja socioeconómica.
Misión	Propiciar las políticas públicas que fomenten el desarrollo humano integral que recupere a la persona en su conjunto, privilegiando la atención de los grupos vulnerables que requieran asistencia social para su reintegración a la sociedad.
Visión	Establecer programas y acciones en beneficio de los grupos vulnerables que requieren de asistencia social en coordinación corresponsable del gobierno.

Fuente: Elaboración propia a partir de ITAIMICH, 2014.

Como se podrá observar, el fin último de la institución es la atención a grupos vulnerables¹³, a través de la asistencia, como se analizó anteriormente, el asistencialismo como política de Estado no es más que un fracaso para resolver problemas reales.

¹² De acuerdo al artículo 172 de la Ley General de Salud (1984), y artículo 13 de la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social (1986), el DIF Michoacán es el promotor de la asistencia social. Que bajo este contexto el Sistema Nacional DIF, como entidad normativa a nivel nacional, delega la responsabilidad a los Sistemas Estatales y Municipales DIF de hacer llegar a la población en estado vulnerable, diferentes acciones para la instrumentación de Proyectos Productivos, Empresas Sociales, de Comercialización, Artes y Oficios mediante la planeación participativa con enfoque de preservación del entorno ecológico y respeto a la diversidad social (Reglamento Interno del DIF Michoacán, 2012).

¹³ Por grupos vulnerables se entenderá todas aquellas personas que se encuentran en condición de desventaja por su condición física, de edad, sexo, estado civil, origen étnico, les impide mejorar sus condiciones de bienestar y desarrollo. Entre los grupos que se destacan son: adultos mayores, etnias, migrantes y refugiados, mujeres, niñas y niños, personas que viven con VIH, personas con discapacidad (CONAPRED, 2014).

Imagen III. Entrega de apoyos del DIF Michoacán a personas con discapacidad



Fuente: Imágenes recuperadas por mimorelia.com, michoacan.gob.mx, 2014.

Desde su origen, el Sistema DIF, tanto Nacional como Estatal, tiene como objeto establecer servicios de asistencia social, por lo que no es novedoso que enfoque sus acciones en otorgar apoyos a los grupos más vulnerables en Michoacán. Entre las atribuciones del Sistema DIF Michoacán, mismas que se encuentran estipuladas en el artículo 9º de la Ley de Asistencia Social en el Estado de Michoacán de Ocampo, corresponde evaluar resultados de los servicios asistenciales; realizar investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social; integrar un directorio nacional de instituciones públicas y privadas de asistencia social (Transparencia y acceso a la información pública, 2014).

En el tiempo que se desarrolló la investigación, difícilmente se cumplieron algunas de las atribuciones generales del organismo, ya que no existe una evaluación previa de los resultados en materia de servicios de rehabilitación a personas con discapacidad. La información que se tiene es interna y únicamente el

personal que labora en administrativo así como los altos mandos (director, secretario técnico, auxiliar de dirección) conoce los datos e información, pese a que debería ser pública.

Tampoco se ha realizado una investigación a fondo para conocer las causas y efectos de los problemas prioritarios que viven las personas con alguna discapacidad y que acuden al CREE. El directorio de instituciones públicas y privadas de asistencia social es un documento de carácter público pero que el DIF Michoacán no lo hace del conocimiento general.

Son once los programas asistenciales que coordina el Sistema DIF Michoacán, que tienen fondos federales y estatales. En Anexos se colocó el cuadro donde se detalla cada uno de los programas, a continuación sólo se mencionan las principales características:

Cuadro XI. Programas de gobierno coordinados por el Sistema DIF Michoacán

Nombre del programa	Tipo de programa	Perfil del beneficiario	Número de beneficiarios	Monto de operación	Tipo de apoyo
CRECER	Federal	Familias con alto grado de marginación	75,000.00	39,199,920	Complemento alimenticio
Desayunos escolares	Federal	Niños y niñas con un alto grado de marginación	140,000.00	103,721,979	Desayunos
Nutrición compromiso contigo	Federal -Estatad	Población en estado de vulnerabilidad del Estado de Michoacán.	5,000.00	1,085,000	Taller
Compromiso con la alimentación de las familias en Desamparo	Federal	Familias en situación de pobreza extrema. (Entre sus integrantes cuenta con: mujer embarazada o en periodo de lactancia, adulto mayor o persona con discapacidad).	101,681.00	118,799,718	Despensas
Espacios de alimentación, encuentro y desarrollo	Federal	Niñas y niños, mujeres embarazadas, hombres, adultos mayores, personas con capacidades diferentes, migrantes e indígenas.	127,598.00	20,000,000	Dotación
Participación contigo	Estatad	„	13,950.00	6,693,049	Apoyo
Tu desarrollo nuestro compromiso	Federal -Estatad	„	11,814.00	5,178,540	Becas
Compromiso con la niñez	Federal -Estatad	Niños, niñas y adolescentes	42,767.00	30,469,248	Atención
Comprometidos con tu salud	Federal -Estatad	Población en estado de vulnerabilidad.	14,712.00	4,091,368	Ayuda
Compromiso con las personas con discapacidad	Federal -Estatad	Población en general, prioritariamente las personas con discapacidad	17,641.00	25,505,000	Atención
Compromiso con los adultos mayores	Federal -Estatad	Adultos mayores de los 113 municipios.	8,687.00	1,900,000	Atención

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de ITAIMICH, 2014.

Toda información que finalmente el organismo conoce y que es de carácter público pero que en realidad manejan única y exclusivamente de forma interna, hace que la institución tenga la exclusividad en la información, por lo tanto, puede correr el riesgo de manipularse, esconder cifras que serían importantes para el desarrollo de una política pública y además, podría ser utilizada con fines más políticos que sociales.

Se hace referencia a los programas para dejar en claro en dónde es que se ubica el grupo vulnerable como son las personas con discapacidad y a qué tipo de programa pueden acceder dentro de la política pública que dirige el Estado hacia este grupo poblacional. En cuanto a los servicios que otorga el DIF Michoacán para las personas con alguna discapacidad se encuentran los siguientes:

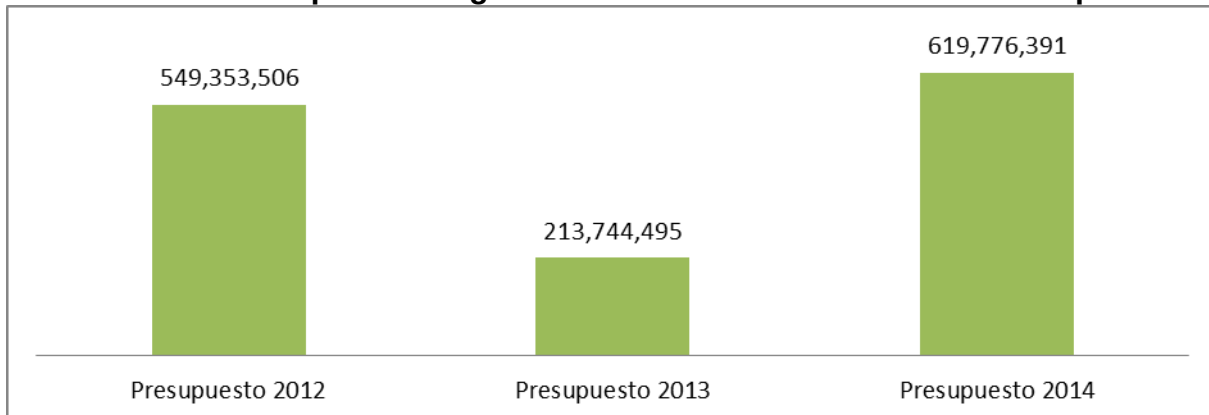
Cuadro XII. Servicios que otorga el DIF Michoacán a PCD

Servicios	Requisitos	Documento a obtener
Becas para personas con discapacidad	Solicitud por escrito al DIF Michoacán. Datos que se le soliciten para el estudio socio-económico. Copia del acta de nacimiento. Copia de identificación oficial con fotografía. Copia de identificación oficial del tutor. Certificado médico de discapacidad en original y copia. Fotografía de cuerpo completo. Fotografía del inmueble que habita.	Beca según el tipo de discapacidad.
Solicitud de Aparatos Auditivos.	Ser persona con problemas auditivos de escasos recursos. Presentar la solicitud por escrito al DIF Estatal. Copia de identificación oficial y datos suficientes para el estudio socio-económico.	Se registra en el padrón de solicitudes pendientes, se seleccionan los beneficiarios de acuerdo a la capacidad de atención.
Solicitud de sillas de ruedas, andaderas, bastones, carriolas y muletas.	Sin información	
Jornadas Quirúrgicas de corrección de Malformaciones Congénitas.	Tener más de 6 meses y menos de 17 años de edad y requerir cirugía de corrección de malformación. No ser derechohabiente de servicios de salud. Presentar historia clínica avalada por un médico general de la SSM, presentar solicitud ante el DIF Estatal.	El servicio dependen de que se cuente con la jornada quirúrgica
Consulta Médica de Rehabilitación [...] en el CREE Morelia.	Presentarse ante las instalaciones del CREE.	El usuario acude al CREE a consulta con un médico general quien según el diagnóstico, lo canaliza con un médico especialista.
Transporte para Personas con Discapacidad	Ser paciente del CREE o alumno en la escuela de Neuromotores con lugar de residencia en la ciudad. Que no cuente con los recursos económicos.	De acuerdo al espacio en el vehículo se otorga o no el servicio.

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de ITAIMICH, 2014.

Todos los servicios que ofrece el DIF Estatal deben realizarse de forma presencial ante las oficinas que se ubican en Avenida Acueducto esq. Ventura Puente, lote 17, Bosque Cuauhtémoc, C.P. 58020, Morelia, Mich., por lo que para cualquier persona con alguna discapacidad que vive en la región de Tierra Caliente, Costa, Bajío y Oriente, deben trasladarse a la capital michoacana, nuevamente se enfrentan a una barrera como lo son las distancias. En cuanto al presupuesto que se le asignó al organismo público en mención, durante el 2012 al 2014 ha tenido tanto disminuciones como aumentos considerables como se aprecia en el siguiente gráfico:

Gráfico X. Presupuesto asignado al DIF Michoacán en millones de pesos

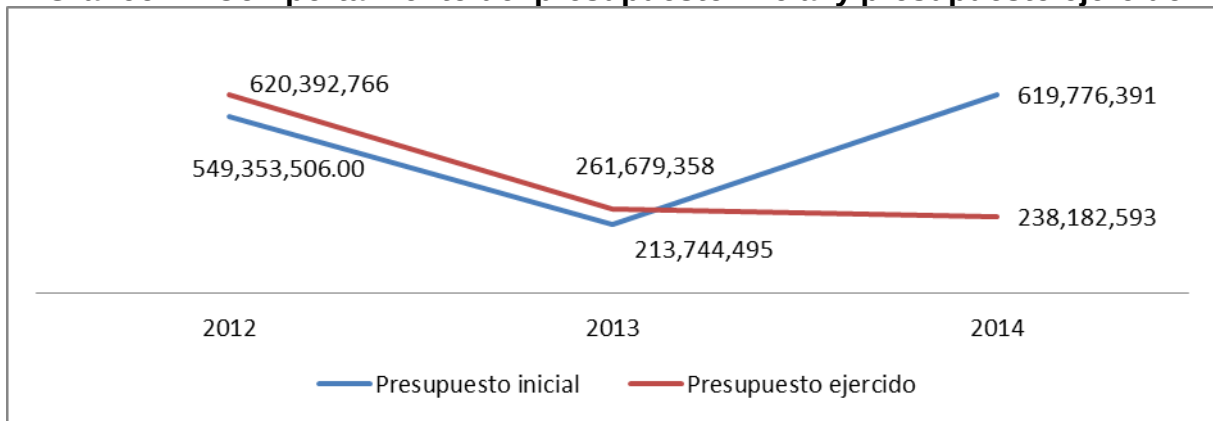


Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de ITAIMICH, 2014.

Esta disminución del presupuesto otorgado a un organismo dedicado al asistencialismo sucede justo en el momento en que Michoacán vive las elecciones del 2012 y no sólo eso, vive una alternancia de partido político en turno. El candidato ganador del Partido Revolucionario Institucional (PRI), perdieron la gubernatura en el 2008¹⁴, luego de 79 años en el poder. Dicha disminución tuvo que afectar a los programas y servicios que se otorgaron durante el mismo periodo. Al respecto del presupuesto asignado y el ejecutado se presenta la siguiente información:

¹⁴ Desde 1929, Michoacán fue gobernado por candidatos emanados del Partido Revolucionario Institucional, inicia este periodo con Lázaro Cárdenas del Río, y termina irónicamente con el nieto de este personaje, Lázaro Cárdenas Batel quien fue candidato por el Partido de la Revolución Democrática. Leonel Godoy Rangel fue el siguiente gobernante emanado del PRD, y concluye la alternancia en Michoacán con Fausto Vallejo Figueroa, emanado del PRI (Gobierno del Estado de Michoacán, 2014).

Gráfico XI. Comportamiento del presupuesto inicial y presupuesto ejercido



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de ITAIMICH, 2014.

Es preciso mencionar que el presupuesto inicial siempre resultó ser insuficiente para los gastos que realizó el organismo, como se puede ver en el gráfico, son más los recursos ejercidos que los presupuestados. Por lo que se tuvo que recurrir a realizar un ajuste. Mientras que para el año 2014, la información que se tomó en cuenta es solamente del 01 de enero al 30 de junio del 2014, al concluir el año se tendrá el dato del ajuste que sufrirá el presupuesto ejercido, que como indica la tendencia es nuevamente a la alza. Al respecto de los sueldos de mandos medios y superiores, se encontró la siguiente información:

Cuadro XIII. Remuneración mensual mandos medios y superiores sept. 2014

U.P.P.	U.R.	NOMBRE	CATEGORIA	NIVEL	SUELDO BASE	COMP. GARANT.	DEDUCCION ES	ING. BRUTO	ING. NETO
30	40	COMPEAN REYES SPINDOLA ANA LUZ	DIRECTOR GENERAL "C"	17C	32,499.78	52,066.00	23,263.04	84,565.78	61,302.74
30	40	ZARAGOZA VARGAS SANDRA PATRICIA	DELEGADO ADMINISTRATIVO "C"	16C	18,685.00	25,283.70	10,089.92	43,968.70	33,878.78
30	40	CAMPOS VARGAS JOSE FELIPE	SECRETARIO TECNICO	16	18,685.00	25,283.70	10,089.92	43,968.70	33,878.78
30	40	GUZMAN CASTANEDA MARTHA	DIRECTOR	16	18,685.00	25,283.70	10,089.92	43,968.70	33,878.78
30	40	DIAZ MARGAILLAN GABRIELA	SUBDIRECTOR "C"	15C	15,889.82	21,046.20	7,890.83	36,936.02	29,045.19
30	40	CASTRO GARCIA JUAN BOSCO	SUBDIRECTOR "A"	15A	11,912.82	11,689.02	4,355.48	23,601.84	19,246.36
30	40	DAVILA MUNGIA ANA ISABEL	SUBDIRECTOR "A"	15A	11,912.82	11,689.02	4,355.48	23,601.84	19,246.36
30	40	ANAYA VILLEGAS HORACIO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	BLANCO NATERAS MONICA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	CORTES TELLEZ MARIO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	ENRIQUEZ GARCIA MARCO ALEJANDRO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	GONZALEZ CARDENAS MARISOL ALEJANDRA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	GUTIERREZ BUSTOS VICTOR MANUEL	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	JIMENEZ CARRILLO HILDA KARINA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	LOMELI VEGA ALDO DE JESUS	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	MENDOZA GARCIA MARIO ANTONIO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	NAVARRO ARENAZAS VICTOR FRANCISCO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	RAMIREZ BEDOLLA JOSE LUIS	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	SEGUNDO RAMIREZ YURITZI	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	BELMONTE TORRES SERGIO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	CEDEÑO SORIA MARIA ROCIO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	CORDOBA MORENO WALTNNER RUSSO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	ESTRADA PANTOJA RODOLFO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	GOMEZ SALGADO OLIVER	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	GONZALEZ MAGAÑA EDGAR	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	MARTINEZ SANCHEZ PEDRO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	MENA OLALDE OMAR	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	OROZCO MAGDALENO PATRICIA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	PEREZ GALLEGOS JUANA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	PICON DIAZ BARRIGA SERGIO	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	RABIA SALDAÑA ESMERALDA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	SANTILLAN FERREYRA ROSA MARIA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	SAUCEDO GUZMAN NORMA ANGELICA	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41
30	40	VELASCO PROCELL JUAN CARLOS	JEFE DE DEPARTAMENTO	14	9,144.04	9,249.81	3,093.44	18,393.85	15,300.41

Fuente: Elaboración por el Sistema DIF Michoacán, publicada por ITAIMICH, 2014.

Como se puede observar, la directora general gana poco más de 61 mil pesos al mes, mientras que un jefe de departamento tiene un sueldo de 15 mil 300 pesos por el mismo periodo. Es paradójico las dimensiones a las que llega el sueldo de los funcionarios, sobre todo porque se encuentran al frente de un organismo público que encabeza los trabajos de asistencia social en Michoacán, los funcionarios públicos con ese sueldo, son quienes trabajan y están en contacto con un sector poblacional que son de escasos recursos, que tienen necesidades económicas graves y que al final, en el caso de las personas con alguna discapacidad, solamente acceden a becas o apoyos que no van más allá de los 500 pesos mensuales.

Por último, el Sistema DIF cuenta con una burocracia de 716 plazas entre las que se encuentran trabajadores sociales, educadores, enfermera titulada, edecán, que como dato curioso, la enfermera titulada y la trabajadora social gana 367 pesos con 56 centavos más que un edecán como se demuestra a continuación:

Cuadro XIV. Plantilla nivel de servicios personales del Sistema DIF Michoacán

Plaza	Sueldo mensual
Enfermera titulada	6,395.94
Trabajadora social	6,395.94
Edecán	6,028.38

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida ITAIMICH, 2014.

En datos muy generales se presentó la información anterior con la finalidad de contextualizar el programa asistencial de atención en materia de rehabilitación a las PCD, es decir el CREE, UBR y CRI, por lo que a continuación se especifican sus funciones, objetivos y acciones.

4.2.1. CREE, CRI y Unidades Básicas de Rehabilitación en Michoacán

Los centros de rehabilitación para personas con discapacidad son unidades que ofrecen servicios de prevención de discapacidad, atención y rehabilitación para este sector social. En Michoacán, el Centro de Rehabilitación y Educación Especial¹⁵ se

¹⁵ El CREE se encuentra en Libramiento Sur pte. s/n. Colonia Ex Vivero la Equidad. C.P.58196. Teléfonos (443) 326-57-58. cgcreemorelia@hotmail.com

fundó en 1985, pero inició labores en 1987 como unidad centralizada del DIF Estatal, sin embargo, el 29 de octubre de 1993 se descentralizó.

Actualmente brinda servicios de rehabilitación por medio del programa que coordina el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Michoacán tiene 55 UBR, 5 Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y el CREE, ubicado en Morelia. Las dos primeras modalidades son organismos que se encuentran bajo la responsabilidad de los ayuntamientos municipales.

En el artículo 8 de la ley para las personas con discapacidad en Michoacán, indica que las PCD, que les resulte un impedimento para la continuidad o integración educativa, laboral o social, deberán recibir servicios de prevención, salud, habilitación y rehabilitación, en los términos que dispone la presente norma (Ley No. 501, 2004). A continuación se presenta un listado de los espacios donde se supondría un lugar para recibir rehabilitación.

Cuadro XV. Centros de Rehabilitación en el Estado de Michoacán (I de II)

Municipio	Modalidad de Centro de Rehabilitación	Distinción
Morelia	Centro de rehabilitación integral Teletón.	Semi-público
Pátzcuaro	Centro de rehabilitación San Rafael I.A.P.	Privado
Uruapan	Clínica Rehabilitate	Privado
CENTROS PÚBLICOS DE REHABILITACIÓN		
Acuitzio	Unidad básica de rehabilitación	Público
Álvaro Obregón	Unidad básica de rehabilitación	Público
Apatzingán	Unidad básica de rehabilitación	Público
Áporo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Aquila	Unidad básica de rehabilitación	Público
Ario de Rosales	Unidad básica de rehabilitación	Público
Arteaga	Unidad básica de rehabilitación	Público
Coahuayana	Unidad básica de rehabilitación	Público
Coeneo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Contepec	Unidad básica de rehabilitación	Público
Copándaro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Cuitzeo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Charo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Chilchota	Unidad básica de rehabilitación	Público
Epitacio Huerta	Unidad básica de rehabilitación	Público
Ciudad Hidalgo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Huetamo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Irimbo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Jacona	Unidad básica de rehabilitación	Público
Juárez	Unidad básica de rehabilitación	Público
Jungapeo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Lagunillas	Unidad básica de rehabilitación	Público
La Huacana	Unidad básica de rehabilitación	Público
Los Reyes	Unidad básica de rehabilitación	Público
Maravatío	Unidad básica de rehabilitación	Público

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada en ITAIMICH, 2014.

Cuadro XV. Centros de Rehabilitación en el Estado de Michoacán (II de II)

Municipio	Modalidad de Centro de Rehabilitación	Distinción
Morelia	Unidad básica de rehabilitación	Público
Múgica (Nva. Italia)	Unidad básica de rehabilitación	Público
Nahuatzen	Unidad básica de rehabilitación	Público
Nocupétaro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Nvo. Parangaricutiro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Ocampo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Paracho	Unidad básica de rehabilitación	Público
Pátzcuaro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Peribán	Unidad básica de rehabilitación	Público
Quiroga	Unidad básica de rehabilitación	Público
Sahuayo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Santa Ana Maya	Unidad básica de rehabilitación	Público
Senguio	Unidad básica de rehabilitación	Público
J. Sixto Verduzco	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tacámbaro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tancítaro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tangamandapio	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tangancícuaro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Taretan	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tiquicheo	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tlalpujahua	Unidad básica de rehabilitación	Público
Turicato	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tuxpan	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tuzantla	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tzintzuntzan	Unidad básica de rehabilitación	Público
Tzitzio	Unidad básica de rehabilitación	Público
Venustiano Carranza	Unidad básica de rehabilitación	Público
Zacapu	Unidad básica de rehabilitación	Público
Zinapécuaro	Unidad básica de rehabilitación	Público
Ziracuaretiro	Unidad básica de rehabilitación	Público
UNIDADES DE REHABILITACIÓN INTEGRAL		
La Piedad	Centro de Rehabilitación Integral	Público
Lázaro Cárdenas	Centro de Rehabilitación Integral	Público
Zamora	Centro de Rehabilitación Integral	Público
Zitácuaro	Centro de Rehabilitación Integral	Público
Uruapan	Centro de Rehabilitación Integral	Público

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada en ITAIMICH, 2014.

Según la regionalización de Michoacán por sus características socioeconómicas, son 10 zonas distintas que forman parte de la entidad denominadas: Lerma-Chapala, Bajío, Cuitzeo, Oriente, Tepalcatepec, Purépecha, Pátzcuaro-Zirahuén, Tierra Caliente, Sierra Costa e Infiernillo (Secretaría de Relaciones Exteriores, 2014). Las cuales se presentan a continuación en el siguiente mapa:

Gráfico XII. Regionalización de Michoacán según características socioeconómicas

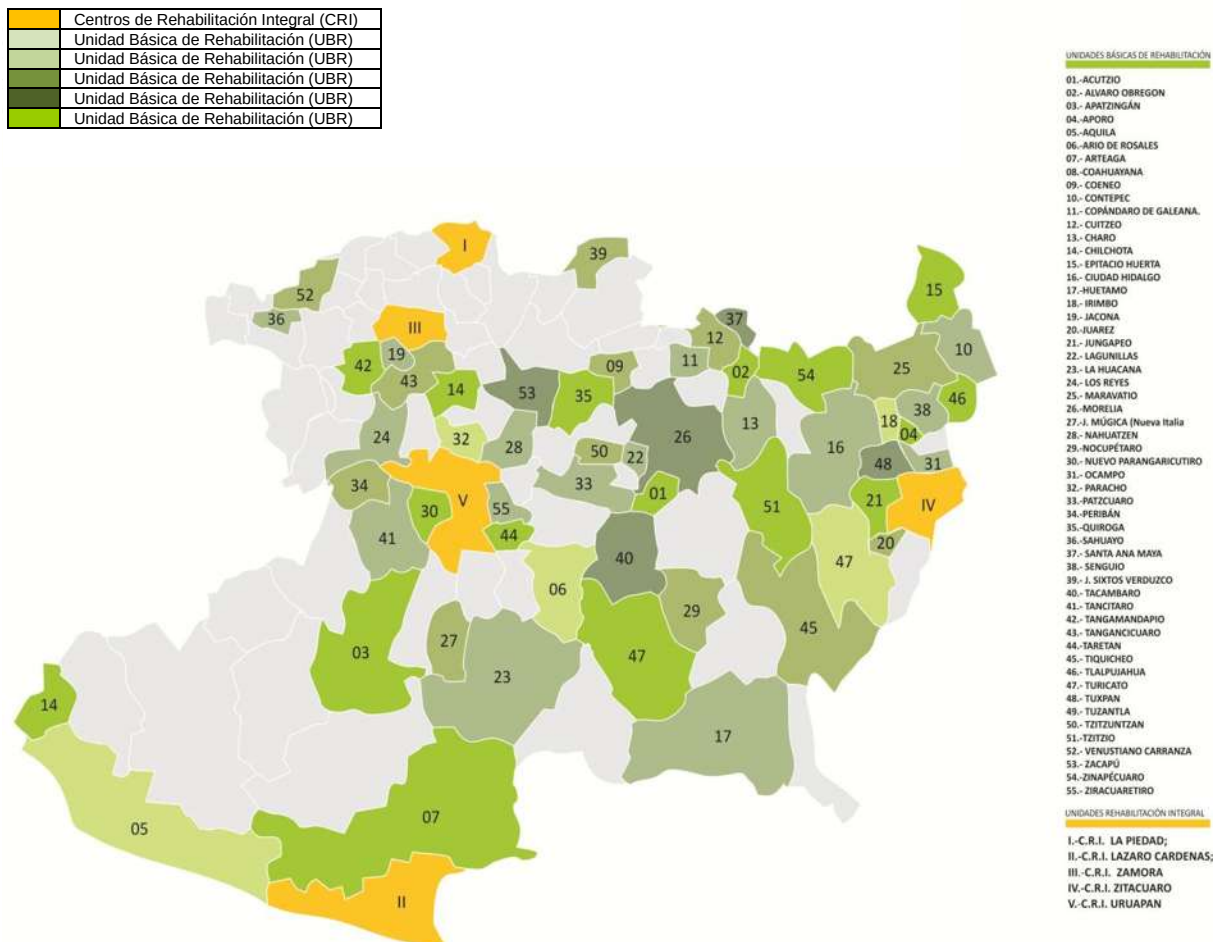


Fuente: Gráfico obtenido de la Secretaría de Relaciones Exteriores, 2014.

De acuerdo al mapa anterior, se constata que la rehabilitación integral para las PCD, se encuentra ubicada (según los CRI y contando al CREE), en la zona Costa (por Lázaro Cárdenas); región purépecha (por Uruapan); región Lerma-Chapala (por Zamora); región Bajío (por La Piedad); región oriente (por Zitácuaro) y región Cuitzeo (por Morelia), sin embargo, la región Infiernillo, Tepalcatepec, Tierra Caliente, y Pátzcuaro –Zirahuén no cuentan con los servicios integrales de rehabilitación, es decir cuentan con las Unidades Básicas de Rehabilitación, pero éstos centros médicos no cuentan con especialistas en fisioterapia y rehabilitación, su labor es canalizar a aquellos pacientes que no pueden ser atendidos en las UBR hacia Morelia para que sean atendidos en el CREE o a su unidad CRI más cercana.

Por ello a continuación se publica el mapa de los municipios que cuentan con las Unidades Básicas de Rehabilitación en Michoacán así como aquellos que tienen el servicio de CRI en la entidad:

Gráfico XIII. Ubicación geográfica de las UBR y CRI en Michoacán



Fuente: M.C. María Elena Silva Montes, auxiliar de la dirección en el CREE, 2014.

Se menciona que son limitados los espacios en donde las personas con alguna discapacidad pueden recibir rehabilitación debido a que las 55 unidades básicas no cubren la totalidad de los 113 municipios de Michoacán y paradójicamente no cuentan con especialista en rehabilitación, su labor es canalizar al paciente hacia el Centro de Rehabilitación y Educación Especial en Morelia.

Además, algunas personas que requieren el servicio de rehabilitación, no cuentan con los recursos económicos suficientes para desplazarse a la cabecera municipal o a cualquiera de los 5 Centros de Rehabilitación Integral para recibir terapias. Finalmente, las unidades no cuentan con todo el equipo y material suficiente para atender las diversas discapacidades y no otorgan una rehabilitación

integral, únicamente el CREE ubicado en Morelia ofrece los servicios indispensables para tal grupo poblacional, lo que causa una saturación en la prestación de servicios.

Las unidades básicas de rehabilitación son un servicio que administra el Sistema DIF Municipal, sólo se enfocan en la promoción de la salud, prevenir discapacidades. Dentro de las UBR se realizan actividades como:

- a) De prevención y detección oportuna de discapacidades dentro de la comunidad.
- b) Se brinda atención a la población que presenta algún tipo de discapacidad, valorándolos para diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento a seguir.
- c) A partir del diagnóstico, se determinan cuáles casos se atienden en la UBR y cuáles se canalizan al CREE u otra institución.
- d) Se dan pláticas de información en materia de discapacidad.
- e) Se dan sugerencias para la elaboración de materiales de apoyo a los familiares (Sistema DIF Michoacán, 2014).

Imagen IV. UBR en Michoacán, Múgica, Irimbo y Tangamandapio



Fuente: Imágenes obtenidas de Quadratin.com.mx; Ultra.com.mx y expresióndemichoacan.com.mx, 2014.

Los recursos económicos con los que subsiste una UBR es a partir de las gestiones que realiza ante el DIF Estatal, sin embargo, estos son entregados de forma discrecional. No se encontraron reglas de operación para que una UBR reciba recursos económicos, ni cuál es el destino de sus ingresos por terapia que oscila entre los 20 a 40 pesos. En entrevista con el diputado local de la 72 Legislatura en Michoacán, Elías Ibarra Torres, Presidente de la Comisión de Salud y Asistencia Social comentó que: *“Ni el Congreso del Estado conoce cuánto dinero se le destina a las UBR o CRI en Michoacán, ya que el DIF Estatal de forma discrecional decide cuánto dinero se le otorga a uno y otro municipio con ese servicio”* (Ibarra, 2014).

Por su parte, el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Morelia (CREE), dependiente del Sistema DIF Michoacán, se encarga de atender a personas con algún tipo de discapacidad temporal o permanente, las que acuden de los municipios a tomar terapia y se les brinda atención que implica un costo según el estudio socioeconómico que está a cargo del departamento de trabajo social. (Sistema DIF Michoacán, 2014).

Imagen V. Imágenes del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)



Fuente: Fotografía tomada por Elizabeth Guzmán Pimentel. Morelia, Mich., 2014.

De acuerdo al reglamento que norma las actividades del CREE, UBR y CRI, las instituciones tienen como responsabilidad proponer al Director General la realización de convenios con distintas instituciones nacionales en materia de rehabilitación, asistencia e integración social. También, participar en el ámbito de su competencia, en el diseño y ejecución de programas de prevención y atención para las PCD (Reglamento interno del DIF Michoacán, 2012).

El CREE otorga servicios como: medicina de rehabilitación, traumatología y ortopedia, comunicación humana, nutrición, psicología educativa y clínica, trabajo social, rayos X, tomografías, órtesis y prótesis, terapia física, de lenguaje y ocupacional. Dice ofrecer neurología e hidroterapia, y contar con equipo electromiógrafo e isocinético, sin embargo hace un año que se dejó de impartir el servicio, por falta de recursos económicos. Se han cancelado los servicios de terapia a pacientes debido a que el tanque para hidro tiene una fuga desde inicios del 2014.

Imagen VI. Área de hidroterapia



Fuente: Fotografía tomada por E.G.P. Morelia, Mich., 2014.

El procedimientos que se sigue cuando una vez se es canalizado al CREE o si es la primera ocasión que se realiza la visita es acudir al Módulo de Citas, en donde se le otorga un horario de atención con cualquiera de los 3 médicos generales quienes habrán de realizar una pre valoración para saber si es candidato a ser paciente en la institución.

Imagen VII. Módulo de citas y consultorio de pre valoración en el CREE



Fuente: Fotografía tomada por E.G.P. Morelia, Mich., 2014.

Una vez que se consigue la cita con el médico general, el siguiente paso es acudir al módulo de Trabajadora Social en donde en base a un estudio socio-económico se fija el costo por terapia tanto de la física-electro-psicológica u ocupacional. Las categorías del costo por consulta son las siguientes:

Cuadro XVI. Costo por consulta en el CREE según estudio socioeconómico

Categoría	Costo por consulta
A	80 pesos
B	50 a 60 pesos
C	30 a 40 pesos
D	20 a 25 pesos
E	Exento (recomendados y los de escasos recursos)

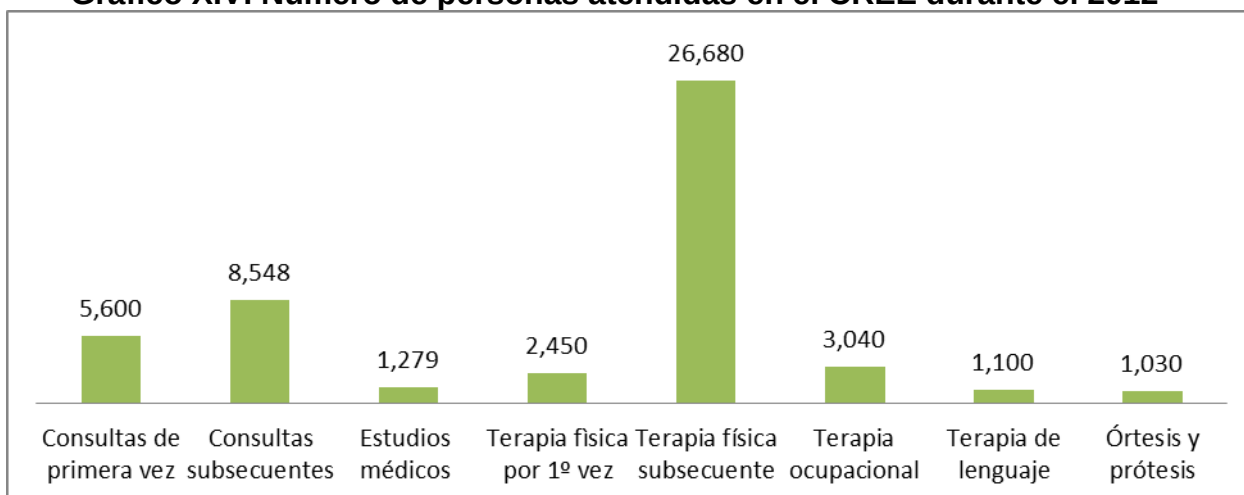
Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas con personal y beneficiarios del CREE, 2014.

Para proteger a los entrevistados, se omite sus nombres debido a que sus declaraciones perjudicarían su atención en la institución, incluso se verían en el riesgo de perder terapias, o en su caso, perder su empleo. Pero para los usuarios como trabajadores, es normal conocer a pacientes exentos de cualquier pago, pese a que tendrían posibilidades de solventar las terapias incluso en consultorios privados, sin embargo, son recomendados de los funcionarios públicos o familiares de los mismos.

Para el 2012, el CREE, atendió a 5 mil 600 personas con consultas de primera vez, 8 mil 548 consultas subsecuentes. Además realizó estudios médicos a mil 279 pacientes, en terapia física por primera vez se atendieron 2 mil 450 pacientes y en terapia física subsecuente fueron 26 mil 680. En terapia ocupacional se atendió a 3 mil 40 pacientes, en terapia de lenguaje a mil 100 y en órtesis y prótesis a mil 30.

Todas estas atenciones con un presupuesto de 8 millones de pesos.

Gráfico XIV. Número de personas atendidas en el CREE durante el 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del 1º informe de gobierno de la administración pública estatal 2012-2015, 2014.

Las personas que por primera ocasión reciben atención en el CREE regresan a solicitar los servicios, así se observa que para terapia física subsecuente se otorgaron 26 mil 680 servicios en tan sólo un año. Si se toma en cuenta la cantidad de personas que son atendidas en 12 meses en dicha institución se puede constatar que la demanda es mucha y cada vez se incrementa con el paso del tiempo, como se demuestra en el siguiente gráfico:

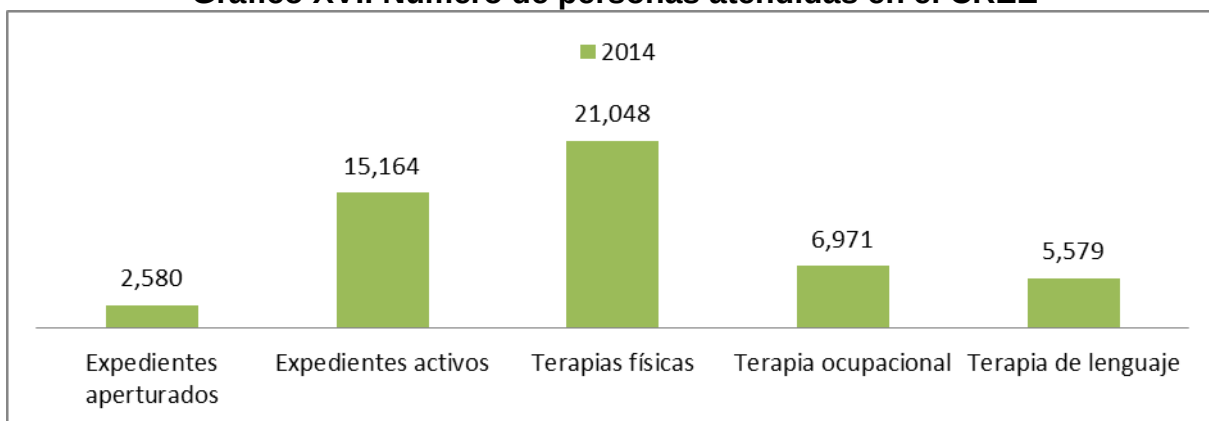
Gráfico XV. Total de pacientes atendidos en el CREE y las UBR



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del 2º informe de gobierno de la administración pública estatal 2012-2015, 2014.

Desafortunadamente el dato anterior es el único que se maneja para el año en referencia, es decir, el mismo documento consultado y elaborado un año después no contiene las mismas variables por lo que hace difícil e imposible su comparación. Este tipo de situaciones evitan el buen desarrollo de una política pública debido a que no existe una continuidad en la información de los datos.

Gráfico XVI. Número de personas atendidas en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida del 2º informe de gobierno de la administración pública estatal 2012-2015, 2014.

Como se podrá observar, los datos y variables son totalmente distintas para los 3 años consecutivos, por lo tanto es imposible conocer una tendencia exacta de las mismas, sin embargo una cifra que es regular y que se puede notar con las gráficas anteriores es que el número de servicios que ha prestado el CREE se ha incrementado. Tanto terapia ocupacional y terapia de lenguaje en el 2012 y 2014, mientras que se percibe como la terapia física es el servicio más demandado en la institución

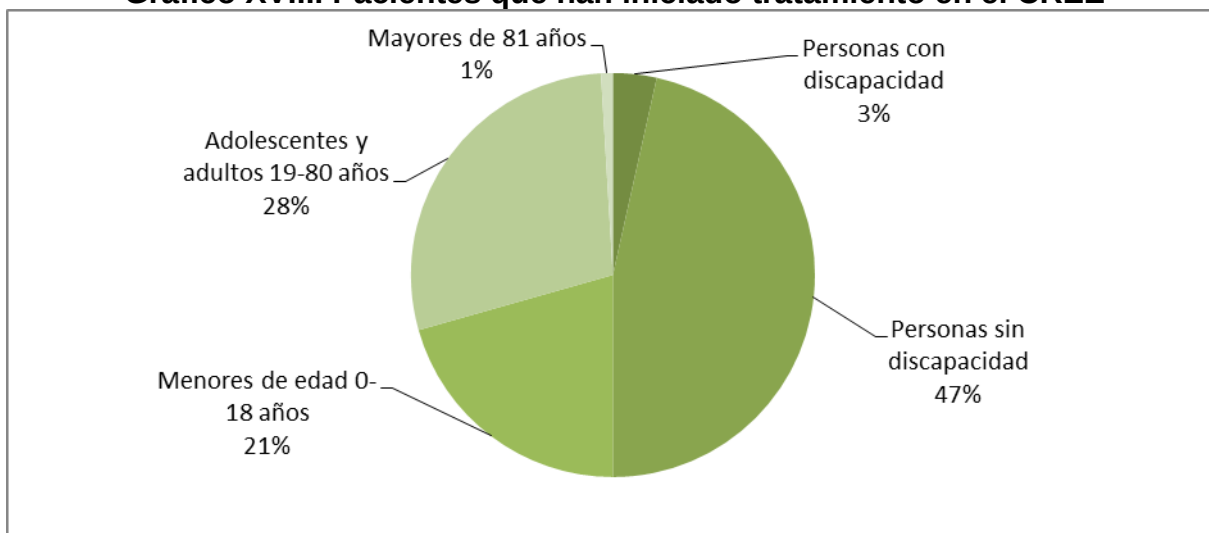
Gráfico XVII. Estadísticas generales de enero a octubre 2014 por el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a administrativos del CREE, 2014.

De los dos mil 226 pacientes que por primera vez iniciaron tratamiento en el CREE se consiguió la siguiente información:

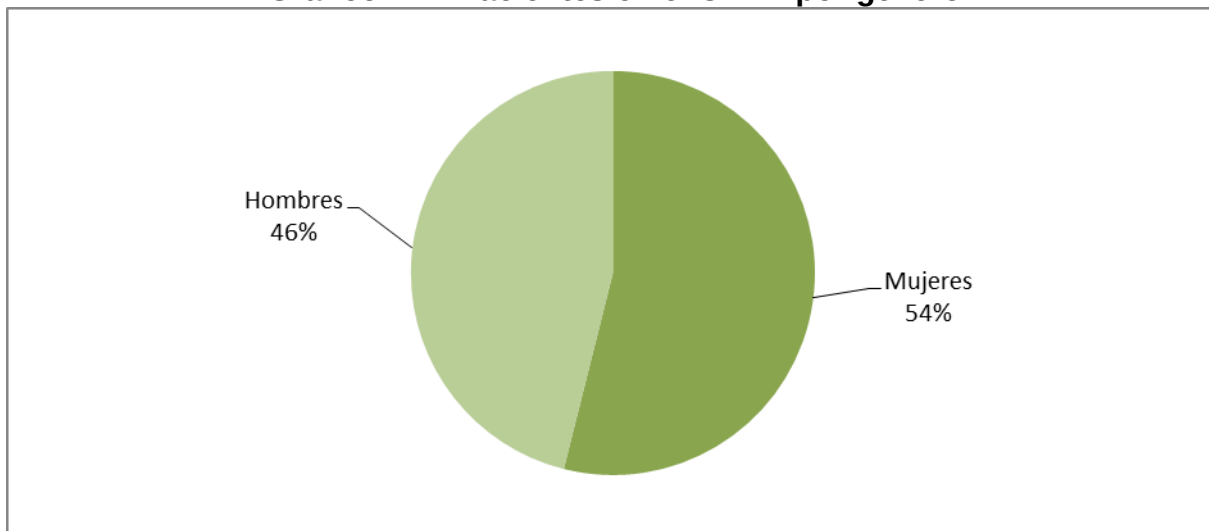
Gráfico XVIII. Pacientes que han iniciado tratamiento en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a administrativos del CREE, 2014.

También, del total de pacientes que se reportaron para este 2014, hasta el mes de octubre, se expone lo siguiente:

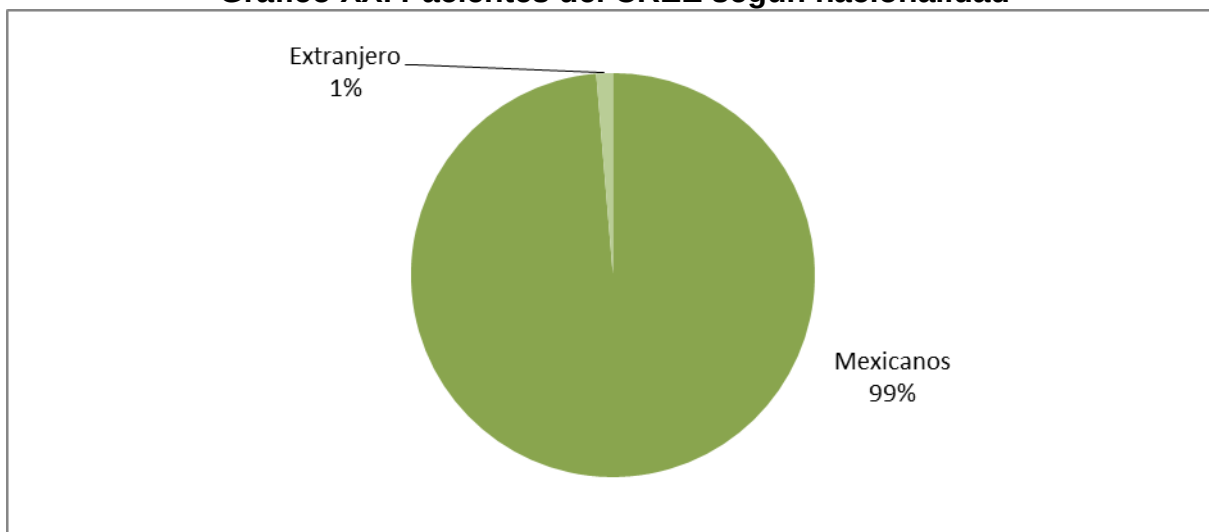
Gráfico XIX. Pacientes en el CREE por género



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a administrativos del CREE, 2014.

Además, de los pacientes que se atendieron o se atienden en el CREE, no solamente son de nacionalidad mexicana, sino también se han otorgado los servicios a extranjeros como lo evidencia la siguiente gráfica:

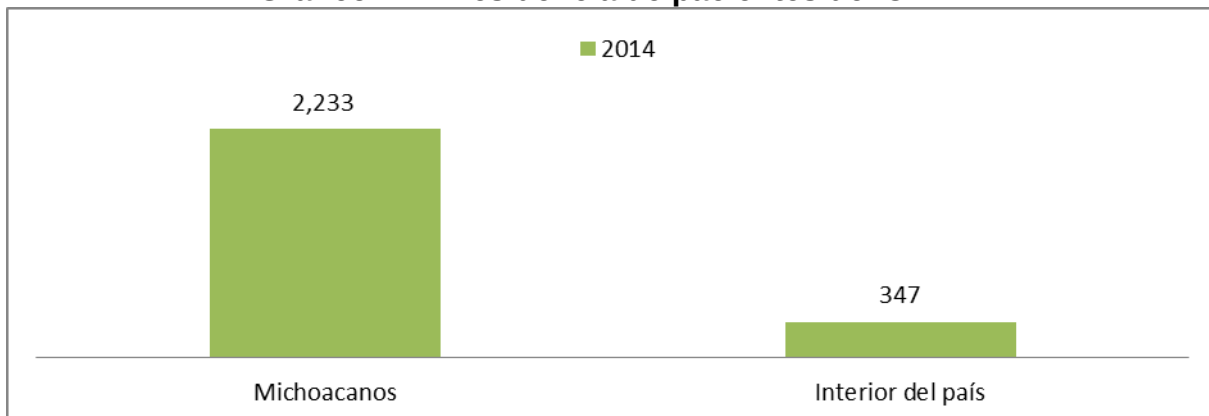
Gráfico XX. Pacientes del CREE según nacionalidad



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a administrativos del CREE, 2014.

Se conoce que la institución también atiende a pacientes que provienen del interior de la República Mexicana, como se muestra en el siguiente gráfico:

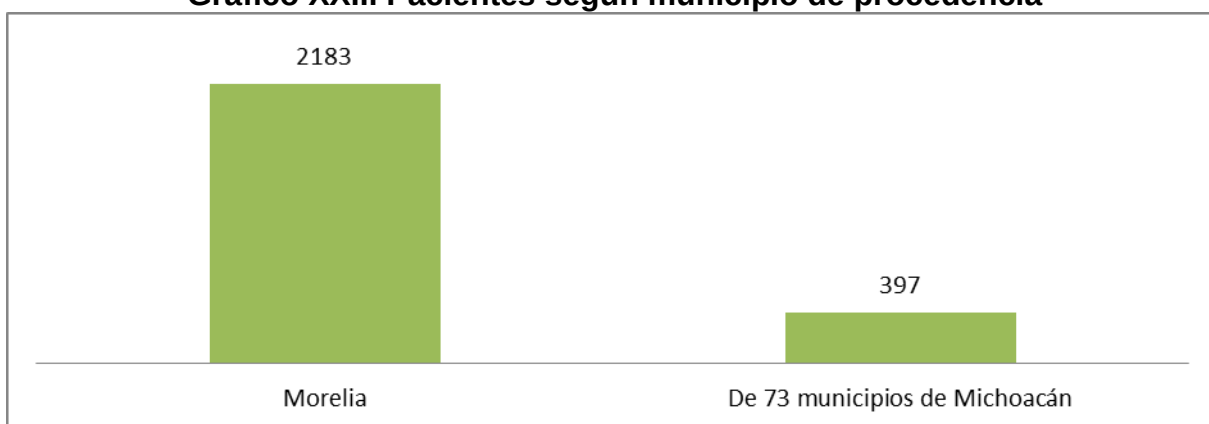
Gráfico XXI. Residencia de pacientes del CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a administrativos del CREE, 2014.

Por último, la mayoría de las personas atendidas en el CREE, viven en el municipio de Morelia y el resto son datos de personas que viven en 73 diferentes zonas de Michoacán pero que acuden con regularidad hasta la capital para recibir los servicios que en el CREE se otorgan como se muestra en el gráfico siguiente:

Gráfico XXII. Pacientes según municipio de procedencia



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a administrativos del CREE, 2014.

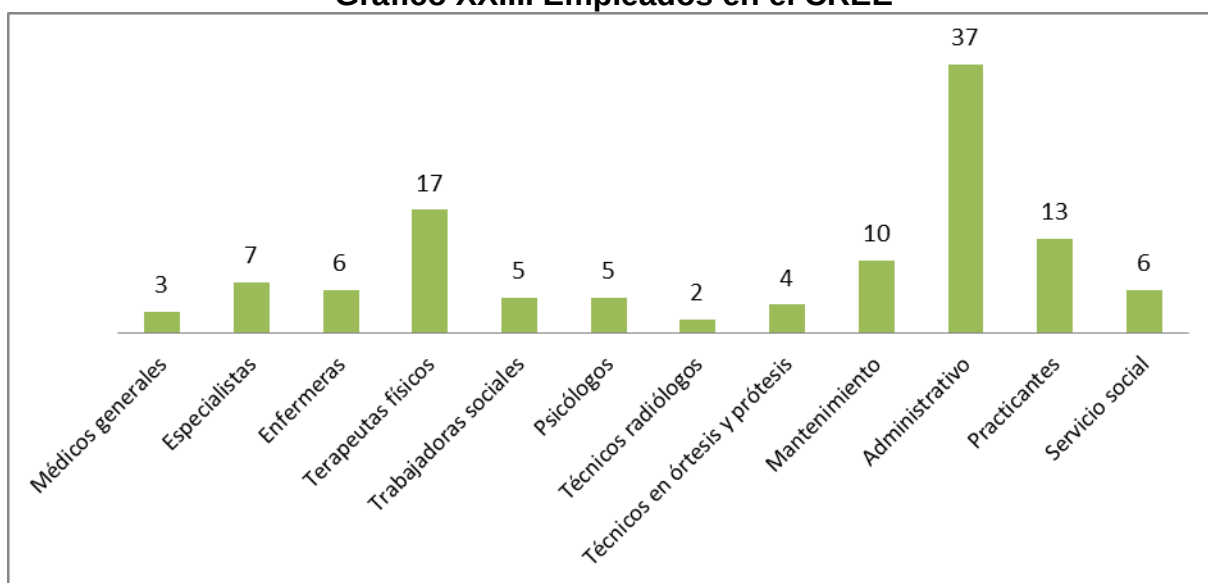
Una vez que se exponen las características generales anteriores, se puede observar que en Michoacán, el único centro con carácter público e integral para la atención a personas con discapacidad es el CREE, que atienden a la población sin importar la edad, género, nacionalidad o lugar de procedencia. Sin embargo, el

servicio de atención para rehabilitación no lo otorga de forma homogénea el Estado, como está obligado, sólo ofrece rehabilitación básica en los 55 municipios, el resto se encuentra sin ningún tipo de servicios de rehabilitación a cargo de especialistas ya que como lo fundamenta las obligaciones de las UBR, realizan una pre valoración y su obligación es canalizar al paciente al CREE a la capital michoacana en caso de que lo requiera.

Tampoco ofrece el servicio de forma gratuita como estaría obligado, ya que como se vio, los costos por terapia son relativamente accesibles, oscilan de entre los 80 a 20 pesos o gratuitos (con sus excepciones), sin embargo hay que recordar que la mayoría de las personas que son atendidas en el CREE, son personas que no tienen empleo porque su discapacidad los orilló a perderlo, o bien son adultos mayores que no tienen pensión, viven de lo que sus familiares les pueden aportar.

Para tratar de otorgar todos los servicios que anteriormente se mencionaron, el CREE actualmente cuenta con una plantilla de 95 empleados de los cuales:

Gráfico XXIII. Empleados en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de entrevistas realizadas a administrativos del CREE, 2014.

El tema de los practicantes y jóvenes que realizan su servicio social es un caso excepcional. Los fisioterapeutas que realizan su servicio social estudian en la Universidad Marista Valladolid, la única institución de nivel superior que ofrece la licenciatura en Michoacán. Mientras que los practicantes realizaron su educación en

el Sistema DIF Nacional en el área de rehabilitación, aunque como profesionalización, requieren realizar una estancia de un año en alguno de los CREE que se encuentran distribuidos en la República Mexicana.

Imagen VIII. Practicantes y jóvenes realizando su servicio social en el CREE.



Fuente: Fotografía tomada por E.G.P. Morelia, Mich., 2014.

En el caso de los practicantes que llegaron al CREE en Michoacán, ninguno es originario de esa entidad. Cabe hacer mención que no reciben un sueldo base por el CREE o DIF Estatal, pero sí son los que realizan la mayor parte de actividades en materia de rehabilitación tanto en el área de mecanoterapia como electroterapia y laser. Los centros de rehabilitación en Michoacán, están regulados en la ley para las

personas con discapacidad, en el artículo 10 dice que los siguientes, son derechos que la legislación les reconoce y protege a su favor:

“I. La Igualdad en oportunidades y a su incorporación a la sociedad en todos los aspectos; II. Desplazarse libremente en los espacios públicos; III. Disfrutar de los servicios públicos en igualdad de circunstancias que cualquier otro ciudadano; y IV. Tener acceso y facilidades de desplazamiento en los espacios laborales, comerciales, oficiales, recreativos y de transporte” (Ley No. 501, 2004).

El artículo anterior reconoce algunos de los derechos que las personas con discapacidad podría hacer valer, sin embargo, ninguno de ellos menciona la rehabilitación como un derecho el cual debe protegerse, por lo tanto, es el Sistema DIF Michoacán quien se encarga de desarrollar un programa de corte asistencial a favor de un grupo altamente vulnerable. Por último, oficialmente la hora de atención es de 7 am a 2 de la tarde, pero el viernes, algunas áreas cierran una hora y media antes del horario oficial.

En relación a las UBR y los 5 CRI, es difícil conseguir la información porque a pesar de que cada municipio está sujeto a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, no todos los ayuntamientos cumplen con la norma. Al tratar de conocer el organigrama de cada una de las UBR, sólo se pudo acceder a información que hace pública el 6.9% del total de organismos en Michoacán, como a continuación se detalla:

Cuadro XVII. UBR con organigrama

Municipio	Unidad Básica de Rehabilitación	Organigrama
Maravatío	Unidad Básica de Rehabilitación	Si
Morelia	Unidad Básica de Rehabilitación	Si
Senguio	Unidad Básica de Rehabilitación	Si
Zacapu	Unidad Básica de Rehabilitación	Si

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada en los planes de desarrollo municipal 2012-2014, concentrados en la CPLADE, 2014.

Por lo tanto, el 93.1% de las UBR no cuentan con un organigrama, es decir, se desconoce la estructura orgánica a nivel municipal, así como el uso de los recursos públicos y el destino de sus ingresos al tener una cuota de recuperación por terapia. De las 55 UBR, que están a cargo de los Ayuntamientos anteriormente nombrados, sólo el 69% de las autoridades municipales cuenta con un organigrama aprobado

debidamente a través de sesión en Cabildo¹⁶ (CPLADE, 2014). El otro 31% de la estructura municipal no cuenta con organigrama estructurado y son los siguientes:

Cuadro XVIII. Ayuntamientos sin organigrama que cuentan con UBR

Apatzingán	Aguila	Ario de Rosales	Benito Juárez
Chilchota	Copándaro	Cuitzeo	Jiménez
La Huacana	Tangamandapio	Tlalpujahua	Tuxpan
Tuzantla	Venustiano Carranza	Zamora	Zinapécuaro

Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada en los planes de desarrollo municipal 2012-2014, concentrados en la CPLADE, 2014.

En cuanto al nombre del responsable de dirigir el programa, sólo se encontró que el 24.3% del total de los organismos hacen pública ésta información y sólo son 14 centros quienes difunden el nombre del responsable:

Cuadro XIX. Municipios con transparencia acerca del director de la UBR

Municipio	Nombre	Escolaridad	Sueldo mensual
Apatzingán	Carlos Alberto Olvera Santoyo	Sin información	\$ 6,240.00
Jacona	Sandra Leticia Zepeda Zamora	Técnica en Contabilidad Especial Fiscal	\$7, 165.72
Lázaro Cárdenas	José Camarena Torres	Administración de Empresas	\$18, 621.41
Maravatío	Miguel Ángel Velázquez Serrato	Profesional Asociado en Fisioterapia	\$9, 499. 10 (Despensa equivalente a \$1,139.90)
Morelia	Ana Isabel Dávila Munguía	Sin información	\$33, 878.78
Paracho	Belinda Zalapa Escobedo	Profesora de Preescolar	No se encuentra en la plantilla del personal
Pátzcuaro	María Luisa Alvarado Escobar	Sin información	\$5, 266. 61
Quiroga	María Dolores Coria Serrania	Sin información	\$ 10,349.70
Sahuayo	Bárbara Olivia Hinojos Gómez	Sin información	\$7, 350.00
Santa Ana	Alma Delia Guzmán López	Sin información	\$4,012.08
Senguio	Zaira Franco Córdova	Sin información	\$ 11,324.54
Tuxpan	Carla Elizabeth Silva Alanís	Sin información	\$4,385.10
Zacapu	Alejandra Saldaña Mendoza	Sin información	\$ 8.838,96
Zitácuaro	Blanca Esthela Gorrostieta Ortuño	Sin información	\$5, 156. 23

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en ITAIMICH, 2014; Registro Nacional de Profesionistas de la SEP; Periódico Oficial del Estado de Michoacán 2012, 2013 y 2014.

¹⁶ Los regidores y presidente municipal toman decisiones en sesiones de Cabildo en torno al aparato administrativo del Ayuntamiento, es aquí donde se aprueba el organigrama de la estructura municipal (Hernández y Osegueda, 2009).

Como se puede conocer, la información que existe al respecto de estos organismos es poca o en algunos casos nula, violentando así la Ley de Acceso a la Información Pública. Son muchas las deficiencias que tiene el CREE, CRI y las UBR, tanto de recursos humanos como material, equipo y cumplimiento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, al hacer uso de recursos públicos, cualquier entidad, organismo e institución deben presentar en los diversos medios posibles (El medio más utilizado para ello es Internet), datos relevantes acerca de los servicios que se ofrecen y lo más importante, ¿qué uso tiene el recurso público?

El CREE, tiene una característica positiva en cuanto a la variedad en los servicios así como rehabilitación integral, ya que a diferencia de las UBR, las terapias que se otorgan en la institución son completas. El trato humano que brindan los empleados, pese a que tienen deficiencias en cuanto a material y servicios, es aceptable. Más adelante, en la aplicación y conclusiones de la investigación se enfatizará en el tema, por el momento también será necesario explicar el otro lado de la moneda, los Organismos No Gubernamentales y la atención que brindan en materia de rehabilitación a personas con discapacidad en Michoacán, como se describe a continuación.

4.3. El papel de las ONG y la discapacidad en Michoacán

Para conocer una ONG, es necesario conocer el contexto en el que se desenvuelven y cómo es que conforme pasan los años y según los eventos históricos como revoluciones, guerras y movimientos sociales, favorecen a la creación de un mayor número de organizaciones. Al analizar este tema, más que respuestas surgen preguntas en torno a las labores de la sociedad civil organizada, ¿tienen fines verdaderamente sociales o son instrumentos del Estado para favorecer sus causas políticas?

Según datos del INEGI, hoy en día somos aproximadamente 117 millones de mexicanos. Pero de acuerdo con el Banco Mundial, tan sólo el 10% de dicha población tiene acceso al 41.7% de los recursos que genera el país anualmente. Esta realidad hace ver que existe un gran vacío de Estado y surge otra pregunta ¿qué hace el resto de la población para atender sus necesidades básicas?

Es ahí donde las ONG ven su posibilidad de acción, de crecimiento y desarrollo, sobre todo en países como México, que según el Banco Mundial, se encuentran en “subdesarrollo”. Una necesidad que no es atendida por el Estado, surge una ONG para tratar de solventarla, claro que con apoyo del Estado, como pasa en Michoacán que tanto la Secretaría de Política Social como el DIF Michoacán destinan recursos económicos a programas que involucran actividades junto con las ONG.

El caso más reciente es “La Gran Familia” en Zamora, Michoacán. Un albergue dirigido por Rosa del Carmen Verduzco que por cerca de 40 años, recibía recursos públicos para la subsistencia de este lugar. Hasta este 2014 fue que se descubrió la verdadera cara de la moneda, ¿en dónde quedó el recurso que políticos, empresarios y la misma población donaban a este lugar?

No es que se generaliza el actuar de las organizaciones, sino el actuar de aquellos actores sociales que buscando el poder a través del apoyo y la credibilidad de estos organismos para respaldar sus aspiraciones políticas o intereses particulares, no sólo eso, sino que también bandas delictivas buscan a través de las ONG esconder sus operaciones ilícitas.

Las ONG buscan atender un problema específico y con el paso del tiempo, tal parece que esta forma de organización civil va creciendo así como los problemas mismos de la sociedad. Por ejemplo, el trabajo de una ONG puede estar enfocado hacia alguna discapacidad en específico, para personas con discapacidad visual, discapacidad motora o con parálisis cerebral, al parecer podría existir un organismo para cada tipo de discapacidad.

Michoacán no es la excepción, existen diversas ONG que atienden a personas con alguna discapacidad según su deficiencia. Son organizaciones que gestionan recursos del erario público y también de la sociedad en general para atender ciertos problemas que el Estado ha dejado en la vulnerabilidad y desamparo, ocasionando que la misma sociedad se haga cargo de dichos problemas.

De acuerdo al Centro de Información de las Naciones Unidas, una organización no gubernamental (ONG) es cualquier grupo no lucrativo de ciudadanos voluntarios, que está organizado a nivel local, nacional o internacional. Con tareas

orientadas y dirigidas por personas con un interés común, realizan una variedad de servicios y funciones humanitarias, llevan los problemas de los ciudadanos a los gobiernos, supervisan las políticas y alientan la participación de la comunidad (ONU, 2014).

Las ONG pueden o no estar registradas ante las Naciones Unidas, en realidad no existe ninguna obligatoriedad de dicho registro, solamente quedaría en duda su credibilidad de acción social. El vínculo con las Naciones Unidas de esta modalidad de organización social es a través del Departamento de Información Pública (DIP). Actualmente hay mil 600 ONG asociadas al DIP, de las cuales 600 están también asociadas con el Consejo Económico y Social también de las Naciones Unidas, esta figura de asociación inició desde 1947 (UN, 2014).

En cuanto a México, sólo son 24 las ONG asociadas a la UN (UN, 2014), según datos del Departamento de Información Pública, ninguno de ellos está enfocado a personas con discapacidad. En el caso de Fundación Teletón que es de interés para esta investigación, es un organismo de la sociedad civil que no está asociada a la UN.

Otra controversia que persigue a las ONG, es que el ingreso de las mismas está exento de impuestos sobre la renta, las contribuciones a tales organizaciones son deducibles para fines de impuestos, sin embargo por la importancia que revisten estos temas son dignos de analizarse en investigaciones específicas para el tema. En lo que compete al presente estudio y para no incurrir fuera de la metodología, sólo se hace mención de las críticas que giran en torno a las figuras de los organismos no gubernamentales, mismos que podrían ser inicio de nuevas líneas de investigación.

Se considera que por la pérdida de confianza y credibilidad en los partidos políticos y sus representantes, así como la ausencia de líderes que atiendan las preocupaciones más sentidas de la población, los vacíos de Estado y la mayor participación ciudadana son las consecuencias de una mayor participación y crecimiento de las ONG (Alonso, 1996).

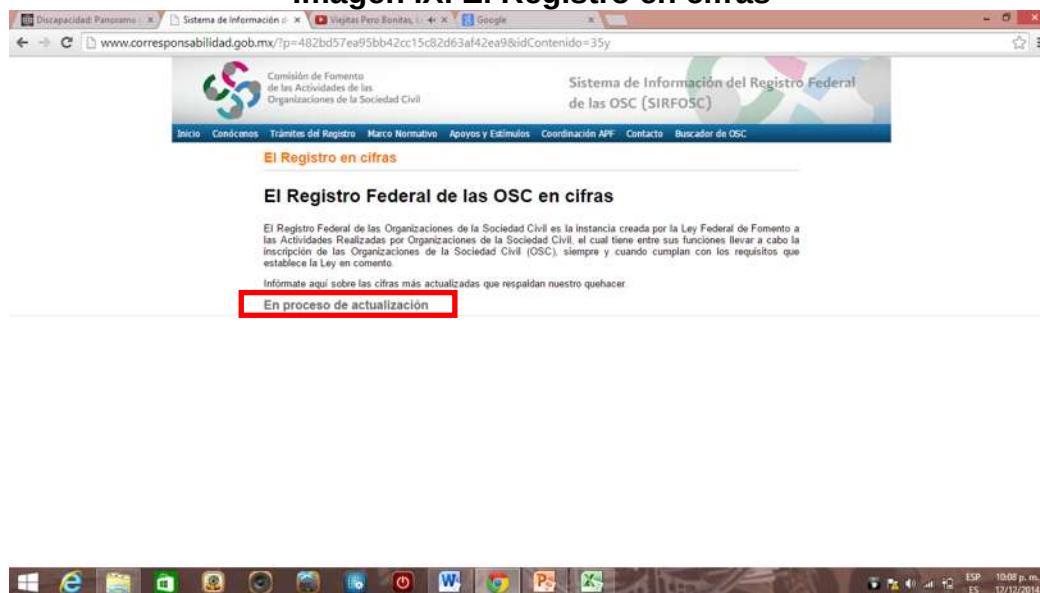
4.3.1. La ley que se hizo para no cumplirse, Registro Federal de las OSC

El 09 de febrero de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la “Ley de fomento a las actividades realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil”, que durante el sexenio de Vicente Fox Quesada se aprobó en el Congreso de la Unión, la última reforma que sufrió esta ley fue el 25 de marzo de 2012 (Ley No.18, 2004).

Se afirma que es una ley que se hizo para no cumplirse porque la normatividad autorizó la creación del Registro Federal de las Organizaciones de la Sociedad Civil para concentrar toda la información que forme parte o se derive de los trámites de las ONG para obtener la Clave Única de Inscripción (CLUNI), con lo que pueden acceder a apoyos y recursos económicos. En la norma se dice que el Registro Federal puede ser consultado por cualquier persona y podrá conocer las acciones de fomento de la sociedad civil, además de mantener actualizada la información de las organizaciones inscritas en el Registro así como los estímulos y apoyos que las dependencias y entidades otorguen a las mismas (Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil, 2014).

A continuación se muestra la imagen que se publica al momento de ingresar al Registro Federal para conocer las actividades que realizan las OSC:

Imagen IX. El Registro en cifras



Fuente: Información obtenida de la Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil, 2014.

Como se observa, no existe la información porque se encuentra en proceso de actualización. Sin embargo, la Secretaría de Desarrollo Social a través del Instituto Nacional de Desarrollo Social hace público el directorio de las OSC, en el siguiente link: <http://indesol.gob.mx/wpfb-file/directorio-de-osc-transparencia-foc-xls/>

En la dirección se constata que en Michoacán existen 1,069 OSC debidamente registradas ante la Federación, con lo que tienen acceso a apoyos gubernamentales, por ser tan amplia la lista de OSC, se consideró pertinente colocar la dirección del archivo y a continuación sólo se mencionan algunos casos que son relevantes para la presente investigación.

Tal es el caso relevante de “La Gran Familia” de Zamora, Michoacán dirigido por Rosa del Carmen Verduzco Verduzco, que fue consignada por la Procuraduría General de Justicia (PGR) para declarar por violaciones que se cometían en el albergue que encabezaba. Pese al proceso jurídico que sobrevino al albergue, es una OSC que según la SEDESOL, está ACTIVO como a continuación se muestra:

Cuadro XX. Continúa activa la asociación civil “La Gran Familia” de Michoacán

CLUNI	OSC	RFC	Estatus	Figura jurídica	Representante legal	Representación	Teléfonos	Entidad	Municipio
GFA73022716010	La Gran Familia	GFA7302271C9	Activa	Asociación Civil	Rosa del Carmen Verduzco Verduzco	Vigente	(351) 5125242 ,(351) 5121125	Michoacán	Zamora

Fuente: Información obtenida del Directorio de Transparencia de las OSC de la SEDESOL, 2014.

Lo imprescindible es resaltar que el Registro Federal no se encuentra actualizado, pese a que lo rige una ley que claramente estipula que la información concentrada en este organismo debe ser actualizada y con datos precisos del actuar de las diversas OSC sin importar su estructura.

Finalmente, el Sistema Político Mexicano como toda democracia defiende la libertad de asociación, por lo tanto, permite y garantiza los derechos de cualquier ciudadano a formar su propia asociación, fundación, organismo, en fin, cualquier grupo con fines sociales aunque con distinta estructura jurídica. Es en este contexto que para las personas con discapacidad surge una novedosa organización llamada Fundación Teletón en México, el cual a continuación se hace referencia.

4.3.2. Inicios del Teletón en México

Es importante reiterar que en la actualidad, ha tomado relevancia el papel y la influencia que tienen las organizaciones no gubernamentales en México, es así que a través de los Centros de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT), han logrado 21 unidades en diversos estados de México, como: Aguascalientes, Chiapas, Ciudad de México, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Jalisco, Quintana Roo, Tamaulipas, Yucatán, Baja California Sur, Chihuahua, Coahuila, Estado de México (dos centros), Guerrero, Oaxaca, Puebla, Sonora, Veracruz, y en este 2014 inició operaciones uno más en el estado de Michoacán (Teletón.org, 2014). A continuación el mapa geográfico de Estados con CRI:

Imagen X. Estados de la República con CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de información publicada en Teletón.org, 2014.

Para respetar la fuente informativa acerca de los detalles de esta Fundación, a partir de este momento los datos que se presentan son obtenidos de Teletón.org. Ya que en su página de Internet publican todos los datos necesarios para esta sección de la investigación.

Teletón es un proyecto de carácter nacional, para fomentar una mejor calidad de vida para niños y jóvenes con discapacidad. En diciembre de 1978 en Chile, el conductor de televisión Mario Kreutzberger, “Don Francisco” hizo público el compromiso de apoyar a las personas con discapacidad; proyecto que hoy en día, en muchos países de América Latina, se conoce como Teletón.

Los medios de comunicación se unieron en ese país para participar en un evento de recaudación durante 27 horas. El 12 de diciembre de 1997, en México, Fernando Landeros, hoy Presidente de Fundación Teletón, tomó la iniciativa de “Don Francisco” y convocó por primera vez a realizar el primer evento Teletón.

Fundación Teletón México cuentan con el sistema de rehabilitación pediátrico más grande del país, una Universidad Teletón, un Centro Autismo Teletón y están por inaugurar un hospital de especialidades para oncología pediátrica. Cuentan con un patronato formado por empresarios y dueños de medios de comunicación.

Cuadro XXI. Miembros del patronato Teletón

Fernando Landeros Verdugo Presidente Fundación Teletón	Emilio Azcárraga Jean Presidente Grupo Televisa	Alejandro Vargas Guajardo Presidente MVS Radio
Adrián Aguirre Gómez Presidente Maxcom	Gabriel Alarcón Velázquez Patrono Fundación Teletón	Javier Pérez de Anda Presidente Radorama
Eduardo Ricalde Medina Patrono Fundación Teletón	Mauricio Vázquez Ramos Presidente y Director General Periódico Ovociones	Javier Sordo Madaleno Director General Sordo Madaleno y Asociados
Francisco Ibarra López Presidente Grupo ACIR	Francisco Aguirre Gómez Presidente del Consejo de Administración Grupo Radio Centro	José Francisco Aguilera de Alba Patrono Fundación Teletón
Sissi Harp Calderoni Director Fundación Alfredo Harp Helú	Juan Diego Gutiérrez Cortina Presidente Gutsa Construcciones	Fernando Uribe Calderón Presidente Fundación de Rehabilitación Infantil Teletón
Carlos Slim Domit Presidente del Consejo de Administración Grupo Carso y Telmex	Carlos Aguirre Gómez Director General Grupo Radio Centro	Antonio Leonardo Castañón Director General Farmacias del Ahorro
Juan Francisco Ealy Ortiz Presidente El Universal	Andrea Hernández Velasco Presidenta Fundación Legorreta Hernández	Francisco D. González Albuérne Vicepresidente de Grupo Multimedios y Director General Grupo Milenio
Olegario Vázquez Aldir Director General y Vicepresidente Grupo Empresarial Ángeles	Raúl Medina Mora Patrono Presidente Nacional Monte de Piedad	

Fuente: Elaboración obtenida de Teletón.org, 2014.

Además, Teletón México forma parte de una agrupación de 13 países que cuentan con un sistema similar, como: Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, Uruguay, Nicaragua, Puerto Rico y Estados Unidos de Norteamérica, con influencia sobre 400 millones de personas.

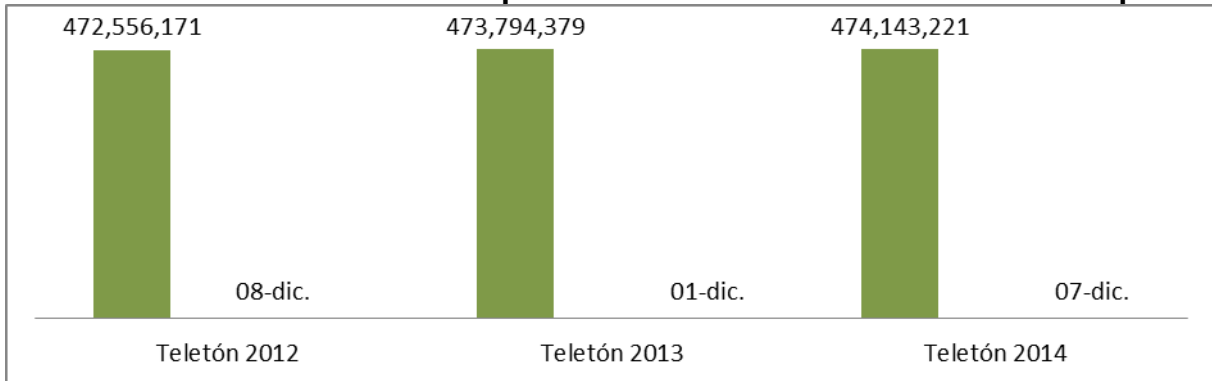
Los participantes, económicamente hablando, son: sociedad, empresas, medios de comunicación, gobierno estatales y locales, 2 mil 129 voluntarios y 6 mil 155 amigos Teletón, así como colaboradores de la Fundación entre los que destacan 3 mil profesionistas entre médicos, terapeutas, psicólogos, administradores, contadores, etc.

Durante el evento de recaudación, el Notario No.1 de la Ciudad de México certifica los movimientos de ingreso a la cuenta de Fundación Teletón. De acuerdo con la ley de Impuestos sobre la Renta (ISR), es obligación de Fundación Teletón México, A.C. expedir el recibo de donativo deducible de impuestos correspondiente por cada donativo recibido y a nombre de quien hizo la aportación directamente.

La Fundación se somete a auditorías fiscales y financieras, la firma internacional Pricewaterhousecoopers ha realizado las auditorías fiscales y financieras a Teletón durante 17 años. Los reportes pueden ser consultados según entidad federativa y año. En este sentido es preciso mencionar que debido a la reciente creación de CRIT en Michoacán aún no se cuenta con información acerca de las auditorías.

Cuenta con diversas certificaciones entre las que destaca la Comisión de Acreditación de Rehabilitación (CARF, por sus siglas en Inglés). El Consejo de Salubridad General, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, y Superbrands México. Ha logrado premios como “Great Place to Work”, logró el lugar 28 de 100 mejores empresas para trabajar en México. El World Architecture Festival en categoría de salud por su arquitectura por el CRIT Tamaulipas y el reconocimiento en informática “InformationWeek”, por institución sector público con mayor innovación tecnológica. En cuanto a la recaudación que la Fundación ha logrado durante el 2012 al 2014, periodo que comprende la presente investigación, se representa en el siguiente gráfico:

Gráfico XXIV. Recaudación campañas Teletón 2012-2014 en millones de pesos



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de Milenio.com, 2014.

Todas las campañas se organizan para el mes de diciembre. La meta es superar la cantidad recaudada en el año anterior además del compromiso de construir un nuevo CRIT en alguna entidad donde no se cuenta el servicio. Para el 2013 durante la campaña se promovió la colecta para construir un CRIT en Michoacán y a la fecha, las instalaciones ya funcionan con un total de 900 pacientes.

4.4. El Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) en Michoacán

El 14 de noviembre de 2013 fue inaugurado el CRIT Michoacán¹⁷. Entre los servicios que ofrece son: terapia física, de lenguaje, ocupacional, psicología familiar, integración social, proyectos especiales. Los costos por terapia varían de entre los 8 a 20 pesos. Entre los tipos de terapia física que otorgan son los siguientes:

Cuadro XXII. Tipo de terapia física que se proporciona en los CRIT

Nombre de terapia	Descripción
Mecanoterapia	Ejercicio terapéutico, circuito de psicomotricidad, soporte parcial de peso, Lokomat, jardín terapéutico, kinesiotaping.
Hidroterapia	Tanque terapéutico, tina de Hubbard, tina de remolino.
Electroterapia	Estimulador eléctrico, ultrasonido terapéutico.
Termoterapia	Compresero frío/ caliente, parafinero, fluido terapia.
Centro de estimulación	Terapia física, ortopedia y traumatología, psicomotricidad.
Terapia de deglución	Vitalstim
Terapia pulmonar	-----
Estimulación temprana	-----
Neuroterapia	-----

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en Teletón.org, 2014.

¹⁷ Av. Morelos Norte 2550. Col. Santiaguito. C.P.58110. Teléfonos (443) 322-4041. Horario de atención 7 am a 3 pm.

En entrevista con el director del CRIT Michoacán, L.C.C. Luis Amparano Zafaraín, explicó que la capacidad para atender a niños con discapacidad está al 100%. “Tenemos más de 900 niños que están en terapias de rehabilitación. Hemos dado hasta el día 12 de septiembre de 2014 más de 55 mil 211 servicios (Amparano, 2014).

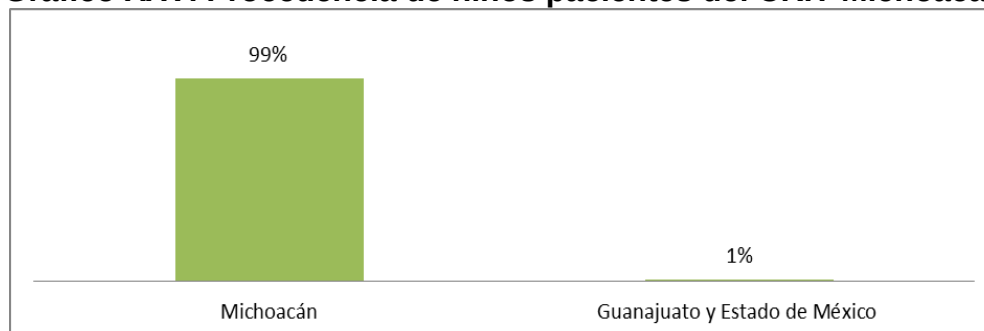
Imagen XI. Servicios de terapia en el CRIT



Fuente: Fotografía tomada por E.G.P. Morelia, Mich., 2014.

En la misma entrevista, el director ofreció los siguientes datos según lugar de procedencia de los beneficiarios en sistema CRIT:

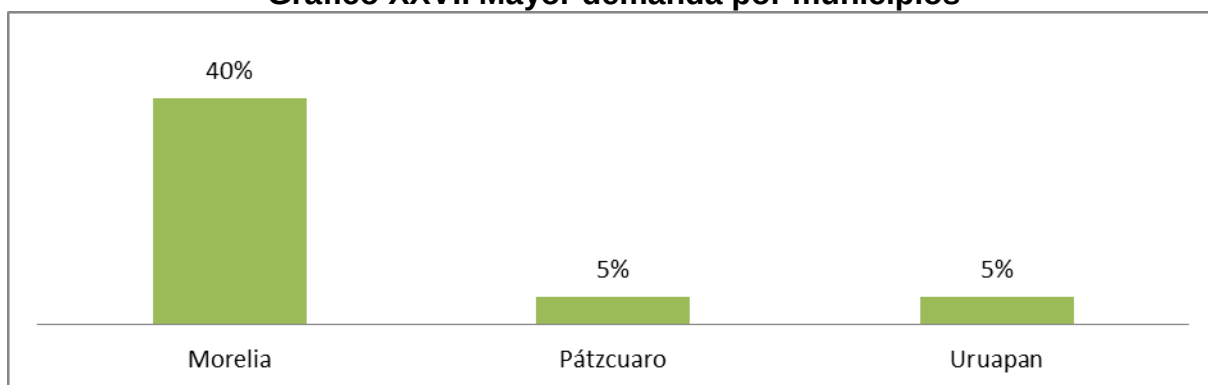
Gráfico XXV. Procedencia de niños pacientes del CRIT Michoacán



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en entrevista con el director del CRIT Michoacán, Luis Amparano Zafaraín, 2014.

Los beneficiarios que son de otros estados de la República son de “transferencia” de otros CRIT tanto de Guanajuato como el Estado de México, sin embargo por las distancias entre su hogar y el centro de rehabilitación, Michoacán es la opción más cercana. Finalmente se determinó realizar el cambio de lugar donde se ofrece el servicio al paciente. La coordinación que existe entre todos los sistemas CRIT en la República Mexicana es evidente, los registros y datos, así como la información relevante se encuentra en una sola base de datos que se comparten entre su estructura, entre historial médico, citas, servicios otorgados, por mencionar algunos.

Gráfico XXVI. Mayor demanda por municipios



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en entrevista con el director del CRIT Michoacán, Luis Amparano Zafaraín, 2014.

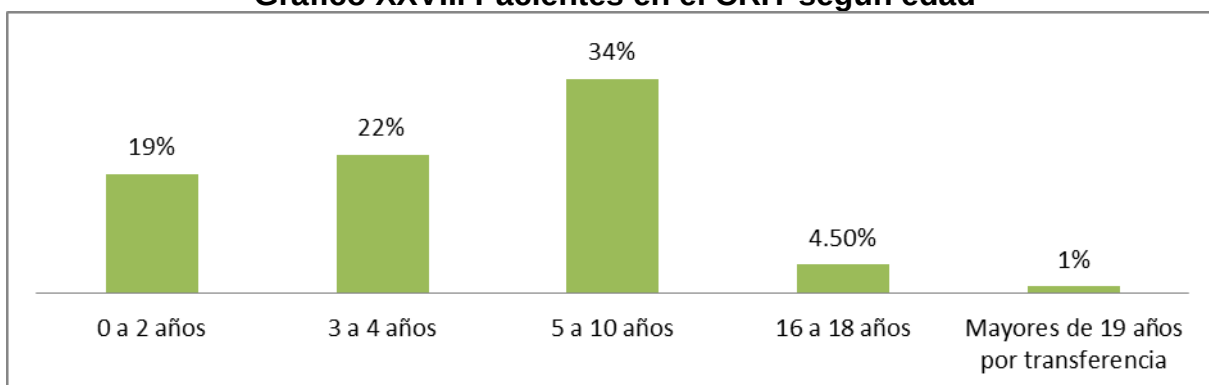
Los datos anteriores que se muestran en el gráfico sólo contemplan el 50% del total de beneficiarios, debido a que son los que concentran la mayor demanda de servicios en el CRIT, los otros municipios representan menos del 5%, entre los que destacan Ciudad Hidalgo, Tarímbaro, Maravatío, La Piedad, Zamora, Lázaro Cárdenas, Epitacio Huerta, Zitácuaro, Lagunillas y Quiroga. Según el director del CRIT “no todo es miel sobre hojuelas”, ya que se tiene una lista de espera de mil 175 niños, de los cuales 800 tienen Parálisis Cerebral. A partir del mes de junio del 2014, se reportó lleno total.

El procedimiento a seguir para ser beneficiario del CRIT es únicamente vía telefónica. El módulo de atención se encargan de recibir las llamadas, se aplica una pequeña encuesta, como el tipo de discapacidad y la edad del niño. Básicamente

tiene que ser menor de 18 años, y que tenga una discapacidad neuromusculoesquelética.

Para que un paciente sea dado de alta en el CRIT, depende del tipo de discapacidad, puede ser en 6 a 8 meses si solamente requiere estimulación temprana. Pero un niño con Parálisis Cerebral, es de 2 a 3 años y medio para que pueda ser egresado, incluso hay niños que nunca egresan pero que se acompañan en su proceso de vida (Amparano, 2014).

Gráfico XXVII. Pacientes en el CRIT según edad



Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida en entrevista con el director del CRIT Michoacán, Luis Amparano Zafaraín, 2014.

En la información anterior, es preciso mencionar que las cifras no ofrecen un total del 100%, sin embargo se respeta la fuente y la información que de tal manera presentó, con la finalidad de no distorsionar las declaraciones del informante. Aunque es importante comentar que falta un 19.5% por reportar según las estadísticas que otorgó. Mencionó que en Michoacán se requiere la formación de recursos humanos en materia de terapia física y rehabilitación, ya que en la actualidad, la única universidad que ofrece la educación de nivel superior es la Universidad Marista Valladolid y es una institución privada. “Los jóvenes de esta licenciatura algunos se encuentran realizando su servicio social con nosotros, del personas laboral en el CRIT el 60% son de Michoacán (Amparano, 2014)”.

A tan sólo nueve meses de haber tomado protesta como gobernador de Michoacán, Fausto Vallejo Figueroa se congratuló debido a que su propuesta fue aprobada por la 72 Legislatura de Michoacán, el Decreto por el que autorizaron al

titular del Poder Ejecutivo el otorgamiento de una donación a favor de la Fundación Teletón México, Asociación Civil, para la instalación, operación, mantenimiento y funcionalidad del CRIT (Ley No. 124, 2012).

Imagen XII. Presidenta del DIF Michoacán inicia colecta para el CRIT



Fuente: Imágenes obtenidas de la Coordinación General de Comunicación Social de Michoacán, 2014.

Fueron diversas las críticas que se desarrollaron en torno a esta aprobación ya que durante 10 años consecutivos, del erario público se destinará 400 millones de pesos a dicha asociación civil. Misma que sólo atiende a niños menores de 18 años con alguna discapacidad. Además, otra crítica es que para CREE, como ya se analizó anteriormente, no cuenta con lista de espera y atiende a más de 15 mil usuarios al año, 230 en promedio mensual, por el periodo de un año se le otorga una cantidad de 8 millones de pesos, pero a la Asociación Civil, 40 millones de pesos.

El 3 de octubre se desarrolló en el Congreso de Michoacán la sesión legislativa para aprobar el decreto, en donde los diputados del PRI se negaron a duplicar el presupuesto al CREE. Al final, se emitieron 26 votos a favor de la

iniciativa, 11 abstenciones y un voto en contra del diputado por el Partido del Trabajo, Reginaldo Sandoval (Martínez, 2012). Los legisladores aprobaron el millonario donativo y además no aumentaron los recursos destinados al CREE ni las UBR o CRI, organismos públicos pertenecientes al DIF Michoacán, por ende, instituciones del gobierno estatal.

No sólo se le otorgó a Fundación Teletón el millonario donativo, también un predio de 3.7 hectáreas para su construcción. Lugar donde años anteriores se desarrollaba la tradicional Feria de Michoacán. En su segundo informe de actividades, Fausto Vallejo Figueroa hizo referencia a este logro de su administración de la siguiente forma:

“El compromiso con los niños de nuestro Estado es primordial, y en el caso de los niños con alguna discapacidad, su cuidado es impostergable, por lo que se realizaron los trámites para la construcción de un Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT), el que beneficiará a mil niños con discapacidad neuromusculoesquelética, para que tengan la oportunidad de recibir atención especializada de primer nivel. Entre los requisitos que Fundación Teletón exige a las entidades para ser elegibles con el beneficio de un CRIT, se encuentran, otorgar un donativo puro, llano, incondicional e irrevocable de 25 millones 500 mil UDIS, que a la fecha en que se cumplimentó por parte del gobierno, el mismo presentó un monto por 121 millones de pesos” (Informe de actividades del Poder Ejecutivo en Michoacán, 2012).

El gobierno del Estado dejó que una asociación civil tomara la responsabilidad de atención a un sector poblacional que no representa más del 10% de las personas con alguna discapacidad, sin embargo, le otorgó 500% más de presupuesto del erario público que a su propio organismo público que atiende sin distinciones al mayor porcentaje de población en situación de discapacidad temporal o permanente. Por estas y otras situaciones que se presentan en México, en este 2014 surgió una controversia entre la Organización de las Naciones Unidas y el Estado Mexicano por Fundación Teletón, razón del siguiente apartado.

4.5. Informe de la ONU para México. Controversia por Fundación Teletón

Con anterioridad se expuso que México como miembro de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), signó en el 2007 la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Por lo tanto quedó sujeto a los trabajos

que en materia de discapacidad se promueva en los países miembros. Bajo este supuesto, el 3 de octubre de 2014, la ONU publicó informes iniciales presentados por los Estados partes de conformidad con el artículo 35 de la Convención (ONU, 2014). Es decir, los Estados miembros tuvieron que presentar ante el organismo internacional datos e información acerca de las actividades que el Estado realiza a favor de las personas con discapacidad.

En el documento, la ONU manifestó su preocupación por que el Estado Mexicano delegue su responsabilidad de atención a personas con discapacidad a una fundación de carácter privado, e incluso apoye con recursos económicos del erario público a Teletón. El organismo busca promover la incorporación del modelo social de la discapacidad. Esto es, dejar a un lado el modelo rehabilitador y ponderar romper las barreras impuestas a las personas con alguna deficiencia o limitación que impidan su participación plena en igualdad de condiciones con el resto de las personas.

Michoacán aún no puede cumplir al 100% el modelo rehabilitador al no poder ofrecer dichos servicios al total de su población con alguna discapacidad, por lo tanto, para llegar a un modelo social de la discapacidad, es todavía menos esperanzador. Bajo este contexto, la ONU determinó que México se encuentra en un proceso de transición para incorporar el respeto a los derechos humanos en la acción gubernamental, sin embargo, quedó reconocido por reformar o aprobar leyes que eliminan la discriminación hacia las PCD.

En el informe, reconocen a Michoacán y 16 entidades de la República¹⁸, aprobaron la Ley estatal para prevenir y eliminar la discriminación, además exponen medidas positivas que los órganos públicos y autoridades deben adoptar a favor de la igualdad de oportunidades de diversos grupos históricamente sometidos a una situación de vulnerabilidad (ONU, 2014).

La metodología que utilizó la OMS fue la examinación del informe inicial de México, en sus sesiones 145ª y 146ª, celebradas los días 16 y 17 de septiembre de 2014, y aprobó en su 167ª sesión celebrada el 30 de septiembre de 2014 donde

¹⁸ Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Guerrero, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nayarit, San Luis Potosí, Tamaulipas, Yucatán y Zacatecas.

participó una amplia delegación de México (ONU, 2014). El documento explica que la participación para el informe incluye datos de representantes de las dependencias del Ejecutivo Federal, Poder Legislativo y Judicial, entidades de la República, de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), de instituciones académicas, de la sociedad civil, que fueron recabadas por la Secretaría de Relaciones Exteriores y el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad.

En el informe, detalla los principales ámbitos de preocupación y recomendaciones en igualdad y no discriminación, mujeres y discapacidad, niños y niñas con discapacidad, toma de conciencia¹⁹, participación en la vida cultural, actividades recreativas, esparcimiento y deporte, por mencionar algunos.

Como se observa, la ONU presentó un informe detallado por áreas que son de mayor vulnerabilidad para aquellas personas con alguna discapacidad. Pese a que son tantas las áreas de preocupación, la única que preocupó y alertó al Estado Mexicano fue relativa a toma de conciencia. Tal vez porque tocó intereses económicos y políticos. Lo cierto es que aún continúa dicha controversia, incluso ocasionó la respuesta enérgica de Fundación Teletón así como el espaldarazo del Estado Mexicano hacia el informe de la ONU.

El artículo 8 relativo a la toma de conciencia, la ONU fue específico en comentar que al Comité le preocupa que buena parte de los recursos para la rehabilitación de las personas con discapacidad del Estado Mexicano sean objeto de administración en un ente privado como Teletón. A continuación la cita textual:

“Observa que dicha campaña promueve estereotipos de las personas con discapacidad, como sujetos de caridad. El Comité insta al Estado Parte a establecer una distinción clara entre el carácter privado de las campañas Teletón y las obligaciones que el Estado debe acometer para la rehabilitación de las personas con discapacidad [...]” (ONU, 2014).

¹⁹ Área que ocasionó la controversia entre Estado Mexicano por apoyar a Fundación Teletón.

Imagen XIII. Recursos entregados por gobiernos de los estados y federal a Fundación Teletón entre 1997 y 2011.



Fuente: Elaboración de emeequis con información entregada vía Ley de Acceso a la Información Pública, 2014.

En la imagen anterior aún no se contempla la información para Michoacán porque se habrá de recordar que la entidad inició a otorgar recursos económicos a Teletón a partir del 2012, un año después de la realización de este mapa. Sin embargo para fines de la investigación, es ilustrativo hasta el año previo antes de iniciar el estudio, contemplando así que a la fecha, únicamente del erario público se le otorgó a una Asociación Civil mil 832 millones, 379 mil 981 pesos.

Ante el análisis que realizó el Comité de la ONU, el gobierno federal respondió de inmediato pero únicamente para cuestionar el tema que aquí compete que es la toma de conciencia donde hace referencia a Teletón y apoyo económico que recibe por parte del Estado Mexicano, las otras áreas no fueron consideradas por el gobierno federal como abusos, violaciones, empleo, educación, salud, etc.

Con sellos de la Secretaría de Gobernación, el Consejo Nacional para el Desarrollo y la Inclusión de las Personas con Discapacidad y la Secretaria de Relaciones Exteriores, el 26 de octubre de 2014 envió un escrito a la Presidenta del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de la Organización de las Naciones Unidas, María Soledad Cisternas Reyes, para referirse específicamente

a dos de las observaciones del documento publicado por la ONU, relativas a Fundación Teletón México. En la carta menciona que el alcance de las actividades de la Fundación ha sido ampliamente discutido en la opinión pública nacional (Teletón.org, 2014).

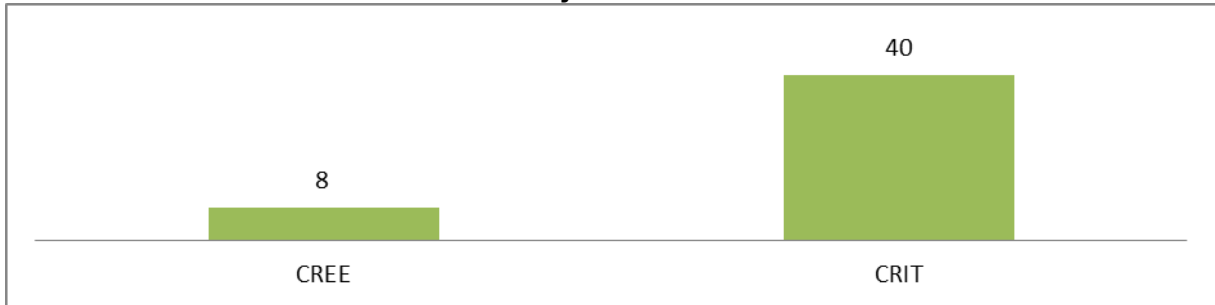
En general, la carta, solicita al Comité los datos duros que sustentan su afirmación, y que se establezca un diálogo directo con los representantes de la campaña Teletón. Que el Estado mexicano cuenta con un sistema de servicios de rehabilitación para personas con discapacidad independiente de Teletón al cual se destinan los recursos públicos para esta materia (Teletón.org, 2014).

Mismos que ya fueron analizados y como se puede observar la más grande institución del Estado mexicano es el IMSS, que sólo atiende a sus derechohabientes, es decir aquellas personas que cuentan con un empleo formal y que tienen garantizados sus derechos laborales, que no así toda la población mexicana. A continuación se cita textualmente la réplica del gobierno federal al Comité de la ONU:

“Es importante precisar que el Gobierno Federal no ha realizado aportaciones a la Fundación Teletón, pero tampoco en los años anteriores. Las aportaciones que hacen los estados federados para la operación de los CRIT son aprobadas por los congresos locales y se suman a las aportaciones de la sociedad y sector empresarial. Estas aportaciones de las entidades federativas no representan ni limitan, la totalidad de las acciones que realiza el Estado mexicano en pro de la población con discapacidad” (Teletón.org, 2014).

En la presente investigación se comprueba en el caso Michoacán, sí se limita la aportación económica para la atención de rehabilitación a personas con discapacidad, mientras que el Teletón recibió del erario público 40 millones de pesos, el CREE, servicio público del Estado recibió por el mismo periodo 8 millones de pesos como se muestra a continuación.

Gráfico XXVIII. Millones de pesos otorgados al CREE y CRIT por el Poder Ejecutivo



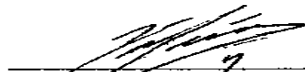
Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida a través de ITAIMICH, 2014.

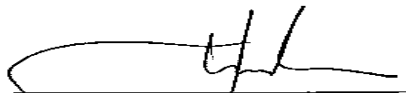
La misiva no se hizo pública en los diversos medios de comunicación, el documento se obtuvo a través de Fundación Teletón, por ello se cita la fuente de tal manera. A continuación se difunde la imagen de las firmas que lleva el documento mismo que se emitió con copia a Fernando Landeros, presidente de la Fundación Teletón en México como se confirma aquí:

Imagen XIV. Firmas en la misiva que el gobierno federal de México envió a la ONU

Atentamente,


Juan Manuel Gómez Robledo
 Subsecretario para Asuntos
 Multilaterales y de Derechos
 Humanos de la Secretaría de
 Relaciones Exteriores


Lía Limón García
 Subsecretaria de Asuntos Jurídicos y
 Derechos Humanos de la Secretaría
 de Gobernación


Jesús E. Toledano Landeros
 Director General del Consejo
 Nacional para el Desarrollo y la
 Inclusión de las Personas con
 Discapacidad

C. c. p. Fernando Landeros, Presidente de la Fundación Teletón en México. Para su conocimiento.

Fuente: Información obtenida de Teletón.org, 2014.

La ONU no juzga las acciones y actividades emprendidas por los diversos CRIT en la República Mexicana, sino el actuar del Estado mexicano, compréndase todas las entidades que lo integran.

Imagen XV. El presidente de México, Enrique Peña Nieto en el Teletón 2013



Fuente: Imagen obtenida de Presidencia.gob.mx, 2014.

Por último, el Comité de la ONU pidió al Estado que dé cumplimiento a las recomendaciones que les formulan en las observaciones, que transmita las observaciones, exámenes y adopción de medidas a los miembros del gobierno y Congreso de la Unión, a funcionarios de los ministerios competentes, a miembros de la judicatura y de los grupos profesionales pertinentes como profesionales de la educación, medicina, derecho, así como autoridades locales, sector privado, medios de comunicación utilizando estrategias de comunicación social accesibles.

Pide al Estado que dé amplia difusión en formatos accesibles de las presentes observaciones a organizaciones no gubernamentales y organizaciones de personas con discapacidad (ONU, 2014). Como se detalló anteriormente, el informe fue difundido a través de los diversos medios de comunicación pero gracias a la difusión del Comité de la ONU, no por parte del gobierno federal, quien a la fecha aún no se ha pronunciado al respecto, al menos públicamente y sólo a través de la misiva que fue enviada al Comité de la ONU.

Como queda constatado, las personas con discapacidad no son tomadas en los hechos y acciones como un grupo social que tiene limitado su acceso a servicios

de rehabilitación en Michoacán, que es la competencia de la presente investigación. Que los organismos no gubernamentales cada vez son más debido a que cubren un vacío de Estado que a la fecha, las autoridades competentes han desatendido o por lo menos atienden parcialmente. Que no todas las ONG cumplen con su compromiso social, sino que detrás de ellas, se encuentran intereses de algunos actores sociales.

Por lo tanto, es indispensable que la sociedad sea más analítica al respecto del tema de las ONG. Es vergonzoso que en Michoacán se destine tal cantidad del erario público a un ente privado (40 millones de pesos). Mientras que en la institución pública que fue creada para rehabilitar a personas con discapacidad sin distinción de edad, continúe recibiendo la misma cantidad por 3 años consecutivos. El recurso económico hace la diferencia como se ve a continuación:

**Imagen XVI. Arriba, zona de hidroterapia CRIT
Abajo, zona de hidroterapia CREE**



Fuente: Fotografía tomada por E.G.P. Morelia, Mich., 2014.

La imagen anterior es un contraste entre CRIT y CREE con el mismo servicio de terapia a base de ejercicios bajo el agua. Sólo que el CREE no tiene el tanque en disposición desde hace un año.

**Imagen XVII. Arriba, aparato isocinético de CREE
Abajo, Locomat Hocomat CRIT**



Fuente: Fotografía tomada por E.G.P. Morelia, Mich., 2014.

En la imagen superior, el aparato isocinético está fuera de servicio por falta de recursos humanos y económicos. El aparato estudia el movimiento, funciones musculares y articulares. Mientras que el aparato Locomat del CRIT, simula y reproduce la marcha o caminar de la persona a través de un sistema digital, como se puede observar y sirve para reeducar a las personas que no pueden caminar por el tipo de discapacidad a poder volver a la marcha.

Capítulo V

Metodología para analizar el programa de rehabilitación a personas con discapacidad

Si se trata de realizar cualquier tipo de investigación, es indispensable seguir una secuencia y pasos con la finalidad de no desviar el objeto de investigación, igual es necesario describir a detalle qué se va a realizar en el proceso de estudio y qué se dejará a un lado, requisitos que se tienen que cumplir con un rigor científico. Para esta investigación no fue la excepción realizar este tipo de consideraciones, con la finalidad de llevar a cabo el estudio correspondiente.

En este capítulo se hace referencia a la metodología que se aplicó con el fin de ordenar por etapas, el trabajo de la investigación, con rigor científico tratando de dejar a un lado enfoques personales o afines al problema objeto de estudio. Se plantean las bases para evaluar, rechazar o en su caso comprobar hipótesis, con la utilización de diversos instrumentos de medición, para obtener datos con la mayor objetividad posible. En este sentido, se detalla el universo de estudio y se determina la muestra.

5.1. El método científico y la metodología de la investigación

Los conceptos son básicos para definir el trabajo a realizar, por ello, antes de iniciar a definir la metodología de la investigación, es preciso realizar unas apreciaciones en torno al método y metodología. Para la presente investigación, se utilizó el método científico, ya que se sigue una serie de pasos para la producción del conocimiento, bajo reglas metodológicas.

La palabra método se deriva de los vocablos griegos *meta* “a lo largo” y *odos* “camino”, es decir a lo largo del camino (Yurén en Zorrilla, 2003). Como se mencionó anteriormente, para esta investigación se siguió una serie de pasos en orden y con rigor para producir conocimiento científico, el método es un camino que habrá de seguirse para llegar a cierto resultado.

Pero en esta investigación no sólo se habla de un método, o una serie de pasos únicamente, sino se habla de un método científico el cual se construye con rigor, es decir, el conocimiento se le llama “científico” sólo porque ha sido adquirido por medio del método científico, o por lo menos ha sido puesto a prueba por él (Zorrilla, 2003).

Podemos hablar de un método para conseguir un permiso, algún objeto de valor económico, un nivel o grado educativo, pero no por ello será un método científico. De acuerdo a Navarro, el método científico es un rasgo característico de la ciencia, tanto de la pura como la aplicada: donde no hay método científico, no hay ciencia. (Navarro, 2011).

Además, el método científico sigue el camino de la duda sistemática, y aprovecha el análisis, síntesis, la deducción y la inducción, lo cual quiere decir que contiene las operaciones lógicas en general, opera con conceptos, hipótesis, definiciones, variables e indicadores que son los elementos básicos que proporcionan los recursos e instrumentos intelectuales con los que se ha de trabajar para construir el sistema teórico de la ciencia (Zorrilla, 2003).

Como se mencionó en la matriz de congruencia, en esta investigación se trató de cumplir con las características que implica el método científico, es decir con una verificación empírica al buscar la comprobación de los hechos para resolver un problema, que está detallado en la hipótesis donde se plantea que se desconoce el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.

Contiene una experimentación controlada, debido a que se encuentra definido el problema y las variables, tanto dependientes como independientes. Va más allá de los hechos, ya que se buscó encontrar las causas y efectos del problema en cuestión. Trata de ser objetiva, es decir, dejar a un lado apreciaciones personales ante el planteamiento del problema y es fáctico ya que siempre se trató de referir a los hechos, en el sentido de que se plantean preguntas, objetivos, hipótesis y su metodología para comprobarlas o en su caso refutarlas. La descripción del problema, forma parte de la formulación precisa y su especificidad, donde se buscan los

factores que inciden para que las personas con discapacidad accedan a servicios integrales de rehabilitación en Michoacán.

La presente investigación propuso hipótesis que se sometieron a comprobación, datos y estadísticas, principalmente obtenidas por el INEGI, ENIGH, y datos de la Organización Mundial de la Salud, con la finalidad de plasmar la información en relación al número de población con alguna discapacidad, en México, Michoacán y datos a nivel mundial. El método es el científico, mientras que en su expresión, se planteó según las hipótesis, variables y qué se necesita medir y cómo, para lograr su comprobación, detalles que se expusieron en la matriz de congruencia.

5.2. Expresión del método científico

Una vez definido el método científico, es preciso mencionar que también tiene diversas expresiones, como: deductivo, inductivo, inductivo-deductivo, hipotético-deductivo, analítico, sintético, analítico-sintético, histórico-comparativo, dialéctico. Para la presente investigación se utilizó la expresión del método hipotético-deductivo y analítico-sintético. Debido a que el estudio contiene hipótesis que se buscan refutar o en su caso comprobar con el método científico y el resultado de este procedimiento serán una serie de conclusiones. A continuación se expondrán las expresiones del método científico que se utilizaron para la presente investigación:

Cuadro XXIII. Expresión del método científico a utilizar

Expresión	Definición
Método hipotético-deductivo	Parte de unas aseveraciones hipotéticas y busca refutar o falsear tales hipótesis, deduciendo de ellas conclusiones que deben confrontarse con los hechos.
Método analítico-sintético	Estudia los hechos y parte de la descomposición del objeto de estudio en sus partes para estudiarlas de manera individual (análisis) y luego se integran para estudiarlas de manera holística e integral (síntesis).

Fuente: Elaboración propia a partir de Navarro, 2011.

La utilización del método hipotético-deductivo para esta investigación fue útil ya que se partió de algunas aseveraciones hipotéticas como la general, en donde se desconoce si la política asistencial destinada a centros de rehabilitación ha incidido

positivamente en la atención para las personas con discapacidad en Michoacán, 2012-2014, misma que se confronta con los hechos al evaluar y medir las diversas variables que la integran como lo son: programa asistencial destinado a centros de rehabilitación en Michoacán, personas con discapacidad, recursos económicos que perciben los centros de rehabilitación y su infraestructura, además la discriminación hacia las personas con discapacidad.

En el caso del uso del método analítico-sintético, se estudió cada una de las partes que forman la estructura de los centros de rehabilitación en el estado de Michoacán, en especial el programa de gobierno que coordina y dirige los trabajos dentro de los mismos, a través de las Unidades Básicas de Rehabilitación, todas ellas se encuentran bajo la responsabilidad del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Michoacán) y a cargo de los Sistema DIF Municipales, según el lugar donde se encuentren establecidos.

Se revisó el organigrama del Sistema DIF Michoacán para conocer quién es el responsable de dirigir este programa de rehabilitación en Michoacán, por lo que se conoce que los responsables del área asistencial del Centro de Rehabilitación Especial, son los que cuentan con el contacto e información acerca de cada uno de las 55 Unidades Básicas de Rehabilitación, la investigación no sólo llega a este sentido, sino es la partida a tener el acercamiento a los programas de rehabilitación en Michoacán ya que es a través del Sistema DIF que se otorgan estos servicios.

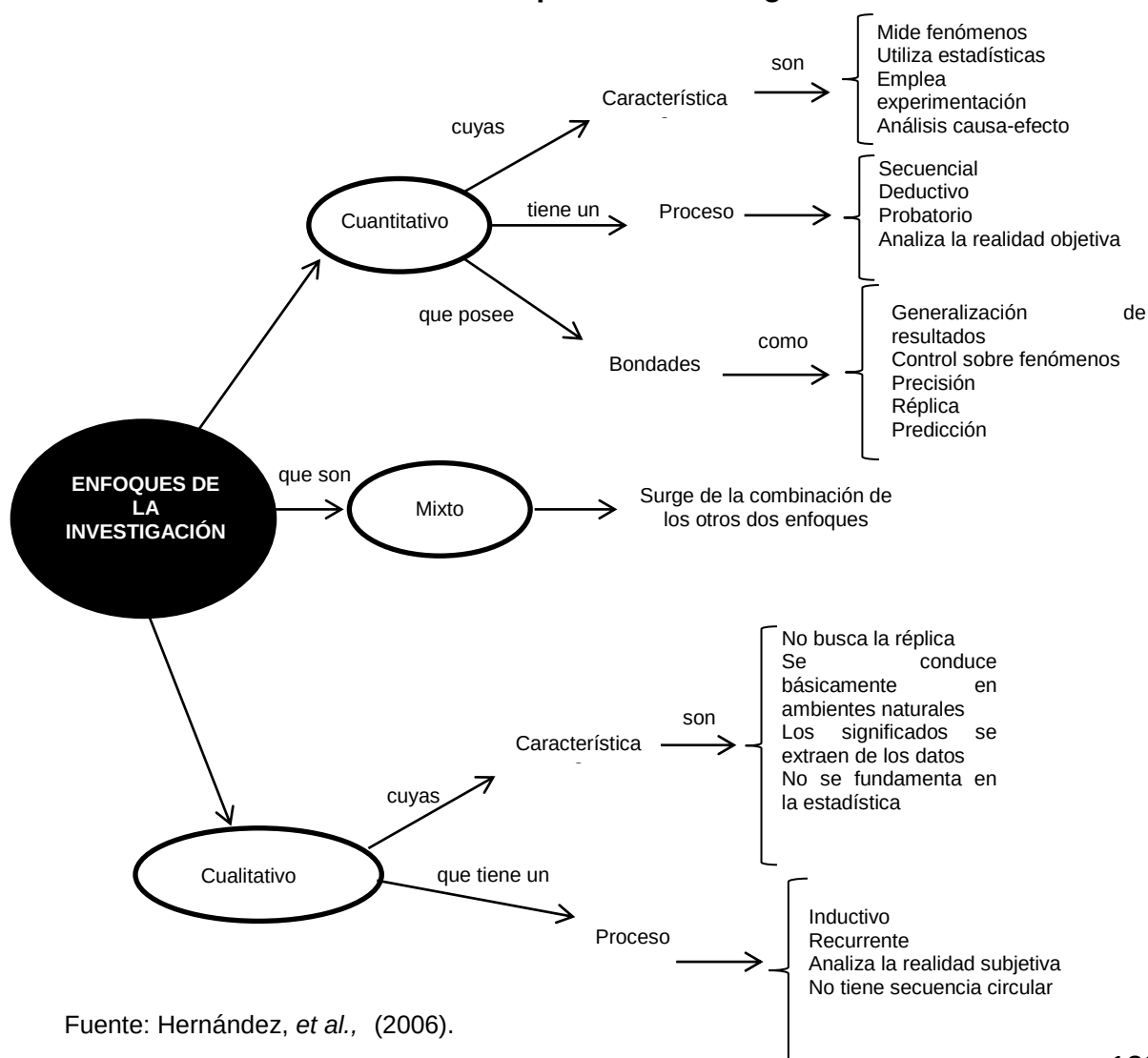
Esta decisión se tomó por el sentido que lleva el método analítico-sintético, es decir estudiar todos los elementos básicos que componen una realidad, buscar los aspectos necesarios de las cosas, del conocimiento, también busca los aspectos necesarios de los elementos y las relaciones, búsqueda de subestructuras y en los elementos que componen estas estructuras (Zorrilla, 2003).

Una parte de estudiar los elementos básicos que componen una realidad consistió en conocer el organigrama de cada una de las Unidades Básicas de Rehabilitación, información que sólo hacen pública el 6.9% del total de organismos en Michoacán a través del Periódico Oficial de Michoacán, como quedó constatado en el anterior capítulo.

5.3. Enfoque de la investigación científica: cuantitativa y cualitativa

En relación al enfoque de la presente investigación, es mixto, es decir cuenta con cualidades y características de tipo cuantitativo y cualitativo. Para conocer la realidad del fenómeno a estudiar fue necesario usar distintos instrumentos para el desarrollo de la investigación, porque se midieron características de las variables y se profundizó en casos específicos para describir el fenómeno social como lo son la política social y centros de rehabilitación en Michoacán para las personas con discapacidad. Se utilizaron ambos enfoques ya que se considera que son complementarios para el desarrollo de esta investigación, por tal motivo, la investigación cuenta con un enfoque 50% cuantitativo y 50% cualitativo.

Gráfico XXIX. Enfoque de la investigación científica



Como se puede observar en el gráfico anterior, los enfoques de la investigación estudian algún fenómeno u objeto de estudio, pero cada cual lo hace de distintas formas. Su propósito sigue siendo comprobar o desechar hipótesis aunque para ello, utiliza distintos instrumentos. Para esta investigación se establece que ninguno de los dos enfoques es más importante que otro, ya que se reconoce las cualidades y bondades de ambos para complementar una investigación y que el fenómeno social sea expuesto a su máximo.

Cuadro XXIV. Bondades de la investigación cualitativa y cuantitativa

Cuantitativa	Cualitativa
Se puede generalizar los resultados	Proporciona información acerca de la contextualización del ambiente, detalles.
Otorga cierto control sobre los fenómenos	Proporciona profundidad a los datos, dispersión, riqueza interpretativa.
Facilita la comparación entre estudios similares.	Aporta un punto de vista holístico de los fenómenos.

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de Hernández, *et al.*, 2006.

Por ejemplo, para la presente investigación, fue útil el enfoque cuantitativo para conocer el número de la población con alguna discapacidad en Michoacán, el número de municipios que ofrecen servicios de rehabilitación a través de las Unidades Básicas y el tipo de servicios que otorgan así como la cantidad de terapias en promedio que recibe alguna persona con discapacidad.

También es importante conocer la perspectiva del objeto de estudio, su nivel de satisfacción en torno a estos servicios del programa asistencial, el contexto social, económico y político en el cual se empieza a ofrecer este tipo de servicios, así como los recursos económicos del erario público que son destinados a estos espacios.

Dado que un enfoque mixto permite la obtención de mayores detalles en una investigación, el presente estudio se apoya en un enfoque mixto. Para la investigación fueron necesarios ambos enfoques porque se exploraron las variables dentro de la política asistencial hacia la rehabilitación para personas con discapacidad y los centros en Michoacán donde se ofrece tal servicio. Se utilizaron instrumentos de investigación pensando en ambos enfoques, a continuación se describen las herramientas a utilizar.

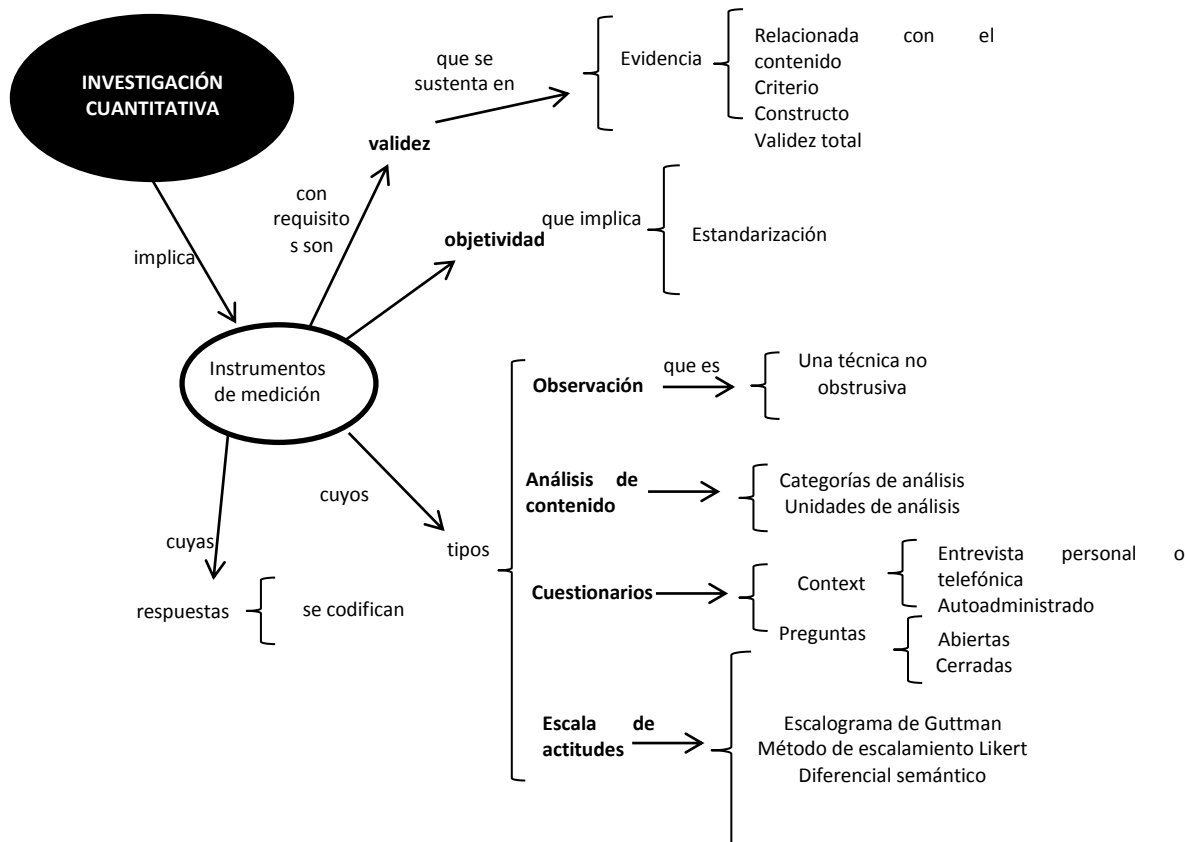
5.4. Instrumentos para la recolección de datos

Un instrumento de medición es un recurso para registrar datos o información sobre las variables que se tienen en mente (Navarro, 2011). En sí, los instrumentos son aquellas herramientas que se utilizaron para la recolección de datos. Es importante recalcar que no existe una regla al respecto de cuántos instrumentos son necesarios para una u otra investigación, sino que es de acuerdo a las necesidades el estudio. Cada día es más común ver estudios donde se utilizan diferentes métodos de recolección de datos, incluso en estudios cuantitativos no resulta extraño que se incluyan varios tipos de cuestionarios al mismo tiempo (Hernández, *et al.*, 2006).

5.4.1. Instrumentos cuantitativos

Para la presente investigación se eligieron los siguientes instrumentos:

Gráfico XXX. Instrumento de medición con enfoque cuantitativo



Fuente: Información obtenida de Hernández *et al.*, 2006.

5.4.2. Prueba Piloto

Entre algunos instrumentos que se utilizaron para la recopilación de información, se encuentra el cuestionario. Pero antes de su aplicación se sometió a una prueba piloto para que los resultados finales fuesen los indicados y válidos que pudieran medir las variables estipuladas en la hipótesis tanto general como específica.

Al realizar la prueba del cuestionario inicial, se revisaron al mismo tiempo las condiciones de la aplicación, es decir, si el cuestionario era muy extenso, (contenía demasiadas preguntas), si las preguntas se comprendían, si las opciones que se daban al encuestado eran las suficientes o existían algunas otras que no se estaban considerando y que eran fundamentales. También, se evaluó el tipo de lenguaje que se utilizó.

La prueba piloto sirvió para la presente investigación ya que una vez aplicada, se tomó la decisión de cambiar el cuestionario, redefinir preguntas así como la redacción de las mismas. De acuerdo a Hernández Sampieri, tomar en cuenta otros ítems que no se habían contemplado y que al momento de la prueba se identificó su necesidad de plasmar en la herramienta de investigación. La prueba piloto consiste en administrar el instrumento a una pequeña muestra, cuyos resultados se usan para calcular la confiabilidad inicial y de ser posible, la validez del instrumento. Recomienda además que se realice con una pequeña muestra inicial (inferior a la definitiva), y que si la muestra es de 300 o más se lleve a cabo una prueba piloto con entre 30 a 60 personas (Hernández, *et al.*, 2006).

Se siguieron las recomendaciones del autor y se aplicó una prueba piloto a 30 personas beneficiarias del programa de atención a personas con discapacidad dentro del CREE. Inicialmente el cuestionario contaba con 19 preguntas, y finalmente se tomó la determinación de considerar 4 preguntas más para conocer la opinión de los encuestados en torno a la información y orientación del programa, mismas que miden variables de la hipótesis específica No. 3.

También se cambió la redacción de las respuestas opcionales y se colocó la opción: “todas las anteriores”, ya que los encuestados consideraban que todas las opciones eran acordes con lo que se requería o se buscaba según sus necesidades.

Mientras que para la encuesta que se aplicó al personal del CREE, se tomó en consideración eliminar el dato personal como: nombre. Una vez modificado el cuestionario y guardando el anonimato del empleado, se consiguió tener el formato definitivo de cuestionario y la información buscada. También, se modificaron las opciones de respuesta, porque se requería la opción “todas las anteriores”.

La prueba piloto se desarrolló en la sala de espera del CREE, mientras el paciente esperaba el turno de terapia contestaba las preguntas, sin embargo el encuestado perdía la concentración por estar al pendiente de su turno. Por lo tanto, se tomó la determinación de aplicar el cuestionario dentro del área donde se reciben las terapias y no en la sala de espera, se percibió que los pacientes se encontraban más relajados y atentos al cuestionario.

Al realizar la prueba se percibió desconfianza por parte de los encuestados, por lo tanto se determinó mostrar la credencial de estudiante del encuestador así como la autorización de las autoridades correspondientes con la finalidad de no generar desconfianza en el uso de la información obtenida. Una vez realizada la prueba piloto que fue de gran utilidad para el diseño final del cuestionario, se continúa a explicar cómo fue que se desarrolló la elaboración de ésta herramienta de investigación como se observa a continuación.

5.4.3. Cuestionario

El instrumento más utilizado para recolectar los datos. Consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir (Hernández, *et al.*, 2006). Es un instrumento escrito para ser resuelto sin intervención del investigador, favorece a la recopilación de datos, facilitando su análisis (Zorrilla, 2003).

Para este instrumento se consideran dos tipos de preguntas: cerradas y abiertas. Las preguntas cerradas contienen categorías u opciones de respuesta que han sido previamente delimitadas. Pueden ser dicotómicas o incluir varias opciones de respuestas (Hernández, *et al.*, 2006).

El cuestionario que se utilizó se aplicará a personas beneficiarias del programa CRIT Teletón, a personas beneficiarias y personal del programa de

rehabilitación perteneciente al gobierno del Estado a través del Sistema DIF Michoacán. Por lo tanto, el cuestionario lleva tantas preguntas cerradas y abiertas, mientras que para la respuesta incluyen varias opciones. A continuación se especifican.

Cuadro XXV. Preguntas cerradas, abiertas, dicotómicas y opcionales

Lugar de residencia					
Sexo		1)Femenino		2)Masculino	
Edad	1)de 0 a 14	2) 15 a 29	3) 30 a 59	4) 60 a 84	5) 85 y más

Fuente: Elaboración propia.

Las preguntas abiertas son aquellas donde el informante responde con su propio vocabulario (Zorrilla, 2003).

Ejemplo:

Lugar de residencia	
---------------------	--

En relación a las preguntas de elección múltiple son en cierto modo preguntas cerradas, pero permiten una serie de matices fijados de antemano (Zorrilla, 2003).

Ejemplo:

¿Cuenta con algún tipo de seguro?	1)Seguro Popular	2)IMSS	3)ISSSTE	4)Privado	5)Ninguno
-----------------------------------	------------------	--------	----------	-----------	-----------

Los cuestionarios fueron autoadministrados, es decir, el cuestionario se proporciona directamente a los participantes, quienes lo contestan. No hay intermediarios y las respuestas las marcan los encuestados (Hernández, *et al.*, 2006). La forma de autoadministración fue en caso individual, donde el cuestionario se le entregó al sujeto y éste lo respondió en el lugar donde recibe terapia de rehabilitación.

El CREE, recibe a las personas a través de citas, una por mes, por semana o cada tercer día, según el tratamiento del paciente. Por lo tanto, se acudió al Centro

en diferentes días y una vez que el paciente concluía su terapia o mientras se encontraba en sala de espera, se abordaba para el llenado del cuestionario.

Los criterios para la elaboración del cuestionario fueron los siguientes:

- a) Que fueran estructurados (preguntas cerradas).
- b) Que incluyeran datos acerca del tema de interés, centros de rehabilitación en Michoacán, CREE, UBR, CRI y CRIT, niveles de satisfacción en atención, servicio, terapias y nivel de percepción de discriminación.
- c) Que no incluyeran más de 30 preguntas, y que estuvieran redactadas con un lenguaje claro.
- d) Que no fuera extenso, para que no se tarden más de 10 minutos en contestar.

Aunque se eligió éste instrumento, el cuestionario como cualquier otro método presenta algunas limitaciones, tales como la exclusión casi sistemática de personas que no saben leer o escribir, riesgo de un elevado porcentaje de cuestionarios sin respuestas (Zorrilla, 2003). Por tal motivo es que no sólo se utilizará este instrumento de medición, sino a continuación se especifican los siguientes para complementar y enriquecer el estudio.

5.4.4. Universo de la investigación

Para definir nuestra población que será objeto de estudio, se toma en cuenta que en Michoacán existe una población con alguna discapacidad de 7.8 por 100 habitantes. Es decir, de la población total de 4 millones 551 mil 347 personas, 355 mil 005 personas tienen alguna discapacidad. Por lo tanto, el universo son las personas con alguna discapacidad en Michoacán, el 7.8% de la población.

5.4.5. Muestra de estudio

Los cuestionarios se aplicaron a 437 personas beneficiarios del programa asistencial destinado a rehabilitación en Michoacán a través del CREE, en donde 50 para quienes reciben atención de rehabilitación en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT), que se ubica en la ciudad de Morelia, Michoacán y 387 a personas que son atendidos en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).

En cuanto al enfoque cualitativo, se buscó realizar estudio de campo en el CRIT y CREE, en éste último es donde se concentran los servicios de rehabilitación integral en Michoacán y por ende, donde se brinda un mayor número de consultas y servicios a personas con alguna discapacidad en Michoacán. El método de muestreo para beneficiarios del programa es un muestreo aleatorio simple, donde la selección de la muestra se eligió individual y directamente por medio de un proceso aleatorio, cada persona con discapacidad que recibe rehabilitación en cualquiera de los centros de atención tuvo la posibilidad de ser elegida.

5.4.5.1. Tamaño de muestra

Para el tamaño de la muestra, se determinó para una población finita, considerando que es el CREE donde se atiende a un mayor número de población con alguna discapacidad y conociendo que el número de expedientes activos es de 15 mil 164, por lo tanto se aplicó la siguiente fórmula para conocer el tamaño de la muestra a un nivel de confianza de un 95% (López en Galindo, 1998):

$$n = \frac{Npq}{\left[\frac{ME^2}{NC^2} (N-1) \right] + PQ}$$

Donde:

N	tamaño de la muestra
N	Tamaño del universo
P	Probabilidad de ocurrencia (homogeneidad del fenómeno)
Q	Probabilidad de no ocurrencia (1-p)
Me	Margen de error o precisión. Expresado como probabilidad.
Nc	Nivel de confianza o exactitud. Expresado como valor z que determina el área de probabilidad buscada.

Por lo anterior para realizar el cálculo se consideró lo siguiente:

Variable	Descripción
N	15 mil 164 expedientes activos en el CREE.
P	Desconocemos la probabilidad de ocurrencia. Por esta razón asumimos el mayor punto de incertidumbre, que es de 50 por ciento. Ésta debe ser expresada como probabilidad (.5).
Q	1-.5=.5
Me	+/- 5 por ciento de margen de error. Expresado como probabilidad (.05).
Nc	95 por ciento de nivel de confianza o exactitud. Expresado como valor z que determina el área de probabilidad buscada (1 .96).4

Al sustituir estos valores en la fórmula se presenta el siguiente resultado:

$$n = \frac{15,164,000(.5)(.5)}{\left[\frac{(.05)^2}{(1.96)^2} (15,164,000 - 1) \right] + (.5)(.5)}$$

Por lo tanto, el valor $n = 387$. Es decir 387 cuestionarios por aplicarse lo que nos representa un tamaño de muestra representativo de nuestra población objetivo.

Es preciso mencionar que el CRIT, también atiende a un porcentaje de la población con alguna discapacidad, aunque éste tiene ciertas características como el atender a personas menores de 18 años, sin embargo se consideró importante considerar la aplicación de algunas encuestas a este sector poblacional pacientes del sistema para conocer algunos rasgos característicos que podrían enriquecer la investigación.

Para la aplicación del cuestionario a beneficiarios del CRIT Teletón Michoacán, se determinó la aplicación de 50 cuestionarios por la accesibilidad y disposición de los encuestados para responder a las preguntas. Pese a que se conoce que son 989 niños que reciben atención en el CRIT Michoacán y la muestra que se elige con un nivel de confianza de 95%, entonces habría de aplicarse cuestionarios a 280 personas y obtener una muestra representativa, sin embargo se reitera, sólo se aplicó a 50 personas debido a la casi nula accesibilidad que se tiene dentro de un área privada perteneciente a una Fundación.

5.4.5.2. Tamaño de muestra para empleados en el CREE

En cuanto al personal que labora en el CREE, se tomó la decisión de realizar un muestreo estratificado. Debido a que cada empleado tiene características específicas, es decir, algunos pertenecen al Sindicato de Trabajadores del Poder Ejecutivo, al Sindicato Nacional de los Trabajadores del ISSSTE. Otros sólo se encuentran realizando el Servicio Social de Pasantes. Hay trabajadores que su contrato es por confianza o temporal (de 4 a 6 meses).

Este tipo de características podrían influir en las respuestas al diseño de cuestionario según la condición laboral del encuestado. Para tratar de eliminar ese

sesgo, se determinó aplicar un muestreo estratificado. El muestreo estratificado es dividir a la población objetivo en grupos homogéneos (Cantoni, 2009):

- Un número específico de elementos se extrae de cada estrato, y corresponde a la proporción de ese estrato en la población
- Igual número de elementos se extraen de cada estrato, y los resultados son valorados de acuerdo con la porción del estrato de la población total.

La población objetivo ya está dividida en grupos de la siguiente forma:

- 3 médicos generales
- 7 especialistas (rehabilitación, ortopedia, comunicación humana)
- 5 enfermeras
- 17 terapeutas físicos
- 5 trabajadoras sociales
- 5 psicólogos
- 2 técnicos radiólogos
- 4 técnicos de órtesis y prótesis
- 10 personas asignadas en mantenimiento
- 37 personas asignadas en funciones administrativas

Son 10 estratos que permitieron reflejar de forma más precisa las características de la población. Por lo tanto, se aplica lo siguiente (Cantoni, 2009):

$$n_A = \frac{n(N_A)(S_A)}{(N_A)(S_A) + (N_B)(S_B) + (N_C)(S_C)}$$

Donde:

N	Tamaño total de la muestra
nA	Tamaño óptimo de la muestra que se extrae del estrato A
NA	Número de elementos en el estrato A.
SA	Desviación estándar de los elementos del estrato A.
NB	Número de elementos en el estrato B.
SB	Desviación estándar de los elementos del estrato B.
NC	Número de elementos en el estrato C.
SC	Desviación estándar de los elementos del estrato C.

Antes de iniciar la estratificación y para concluir con la muestra, lo primero que se realizó fue la aplicación de la siguiente fórmula:

$$n = \frac{95(.5)(.5)}{\left[\frac{(.05)^2}{(1.96)^2} (95-1) \right] + (.5)(.5)}$$

$n=0.09582$ (se redondea el resultado y queda en .10)

$$.10 \div 95 \equiv 0.1052$$

Para hacer el gráfico más sencillo y de forma práctica se decide colocar las operaciones de la siguiente forma:

Resultado de la fórmula anterior	Estratos	(Resultado de la fórmula)×(# Estrato)=	Determinación de la muestra por estrato
0.1052	3 médicos generales	0.3156	1
0.1052	7 especialistas	0.7364	2
0.1052	5 enfermeras	0.526	1
0.1052	17 terapeutas físicos	1.7884	2
0.1052	5 trabajadoras sociales	0.526	1
0.1052	5 psicólogos	0.526	1
0.1052	2 técnicos radiólogos	0.2104	1
0.1052	4 técnicos de órtesis y prótesis	0.4208	1
0.1052	10 personas asignadas en mantenimiento	1.052	2
0.1052	37 personas asignadas en funciones administrativas	3.8924	4
0.1052	6 servicio social	0.6312	2
0.1052	13 practicantes	1.3676	2

Fuente: Elaboración propia.

5.4.6. Escala de actitudes

Una lista no es lo mismo que una escala, la primera consiste en que sólo proporciona la posibilidad de responder si ocurre o no la conducta que debe observarse y la segunda permite asignar un grado o calidad de ocurrencia de la conducta (Rosado, 2003).

Una actitud es una predisposición aprendida para responder coherentemente de una forma favorable o desfavorable ante un objeto, ser vivo, actividad, concepto o persona, así todo ser humano tiene actitud hacia diversos objetos, etc. (Hernández, *et al.*, 2006).

Por lo tanto, una actitud habla mucho acerca del pensamiento u opinión de una persona en torno a algo, es decir, se tiene una actitud favorable en torno al tema de los centros de rehabilitación y lo más probable es que se hable bien al respecto, o viceversa, si se tiene una actitud desfavorable, entonces sucederá lo contrario. Esto

es que si la actitud de la población objeto de estudio es desfavorable en torno a las UBR, no significa que las personas estén tomando acciones para exigir al Estado que mejore las condiciones y el programa de servicios de salud en rehabilitación, aunque sí es un indicador de que pueden adoptarlas poco a poco.

Los instrumentos más conocidos para medir actitudes son la escala Likert, o escala Guttman o Thurstone (Namakforoosh, 2003). En el caso de la escala de actitud que se aplicó fue para conocer la frecuencia con la que ocurre una conducta, para medir la variable de recibir apoyo económico para cubrir gastos de traslado a donde se recibe la rehabilitación, de acuerdo con la siguiente escala:

1)Siempre	2)Muchas veces	3)La mitad de las veces	4)Pocas veces	5)Nunca
-----------	----------------	-------------------------	---------------	---------

También se utilizó la escala para conocer la frecuencia con la que ocurre una conducta en torno a la calidad con la que ocurre la misma, es decir con las siguientes opciones para la variable de servicios y avances con las terapias de rehabilitación, instalaciones, y atención del personal administrativo y médico en los centros de rehabilitación.

1)Muy satisfecho	2)Satisfecho	3)Indeciso	4)En inconformidad	5)Totalmente inconforme
------------------	--------------	------------	--------------------	-------------------------

Con los ejemplos anteriores es de notar que, como lo exige cualquier escala, está balanceada, es decir se busca no sesgar ninguna respuesta y cumplir con el precepto de validez para la medición. La escala de actitud tiene sus antecedentes, con Thurstone, formuló tres métodos diferentes, comparación apareada, intervalos sucesivos e intervalos aparentemente iguales. Los primeros se manejan con una escala intervalar y el último con una escala ordinal. Otra escala es la de Guttman, con escalas de actitudes ordenadas (Rosado, 2003).

La que se aplicó para esta investigación es la escala de Likert, ya que por las variables a medir, es el mejor instrumento que se consideró para recabar la información y probar finalmente las hipótesis, además se conoció las ventajas de esta escala al no utilizar jueces y evaluar de forma directa las respuestas.

El método de escalamiento tipo Likert, fue desarrollado por Rensis Likert en 1932 (Rosado, 2003), sin embargo se trata de un enfoque vigente y bastante

popularizado. Consiste en un conjunto de ítems presentados en forma de afirmaciones o juicios, ante los cuales se pide la reacción de los participantes.

Likert tenía dos preocupaciones y por ello creó su método de construcción de la escala. Sus preocupaciones eran: asegurar que todos los ítems midieran la misma cosa y eliminar la necesidad de un grupo de jueces para analizar los ítems (Namakforoosh, 2003).

Se presenta cada afirmación y se solicita al sujeto que externe su reacción eligiendo uno de los cinco puntos o categorías de la escala. A cada punto se le asigna un valor numérico. Así el participante obtiene una puntuación respecto de la afirmación y al final su puntuación total (Hernández, *et al.*, 2006).

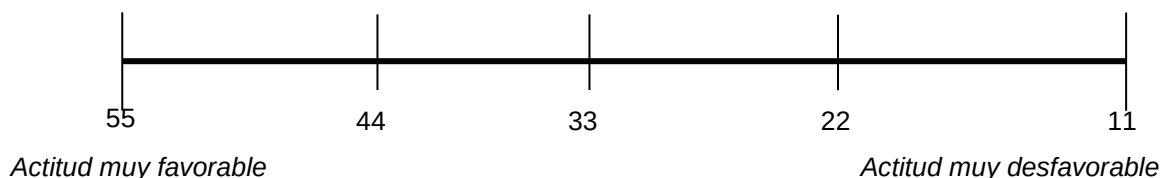
La forma de respuesta para la mayor parte de la escala de Likert fue:

1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
-------------------------	--------------	------------	-----------------	----------------------------

En los casos de declaraciones positivas los valores dados a las categorías de respuesta son:

1) 5	2) 4	3) 3	4) 2	5) 1
------	------	------	------	------

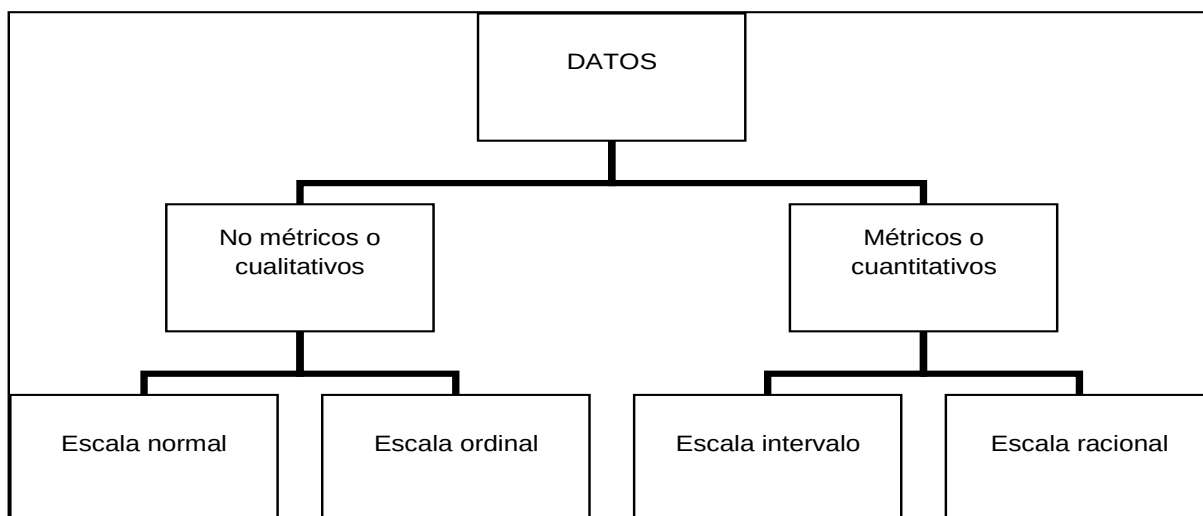
Cada sujeto tendrá una calificación total, sumando las declaraciones. Esta calificación final permitirá dividir al grupo en sujetos de puntuaciones altas y bajas, para llevar a cabo el análisis de ítems que permita seleccionar las declaraciones de la escala en su edición final (Rosado, 2006). A continuación la escala:



También en la escala se calificó el promedio resultante en la escala mediante la fórmula PT/NT (donde PT es la puntuación total en la escala y NT es el número de afirmaciones) (Hernández, *et al.*, 2006). En este caso sería la puntuación total en la escala entre 11 ($n/11=t$).

Es preciso mencionar que la escala tipo Likert en sentido estricto, es una medición ordinal, sin embargo es común que se le trabaje como si fuera de intervalo (Creswell en Hernández, *et al.*, 2006), señala que debe considerarse en un nivel de medición por intervalos porque ha sido probada en múltiples ocasiones.

Gráfico XXXI. Niveles de medición según datos métricos o no métricos



Fuente: Namakforoosh, 2003.

Los datos no métricos son: atributos, características y propiedades categóricas que se pueden usar para identificar y describir a un sujeto. Los datos métricos sirven para medir o identificar las posibles diferencias del sujeto, en cantidad y grado. (Namakforoosh, 2003). Pese a que la escala tipo Likert es estrictamente ordinal, en este caso se utiliza como clasificación de escala intervalo, ya que es un nivel de medición que ha sido probada en múltiples ocasiones y aprobada por la comunidad científica.

Cuadro XXVI. Características de una escala ordinal e intervalo

Escala ordinal	Escala intervalo
Tienen un indicador de orden.	Tiene las mismas características de una escala ordinal sólo que se le agrega el concepto de igualdad de intervalo.
Si a es mayor que b , y b es mayor que c , entonces a es mayor que c .	El calendario y escalas de temperatura son ejemplos claros de una escala intervalo.
Implica utilizar operadores mayor que, igual a, menor que, pero sin poder indicar su orden de magnitud.	Cuando un objeto es mayor que otro se puede especificar por cuántas unidades un objeto es mayor que otro.
En la medición no sólo se clasifica, sino también se exhibe una forma de relación.	Se puede caracterizar como unidad de medición común y constante que asigna número reales a todos los pares de objetos en una serie ordenada.

Fuente: Namakforoosh, 2003.

Una vez que se establece el orden de los datos no métricos o cualitativos así como los datos métricos o cuantitativos en el uso de la escala de actitud, ubicándose como una medición de escala ordinal, pero considerada en un nivel de medición por intervalos porque ha sido probada en múltiples ocasiones (Creswell en Hernández, *et al.*, 2006), se procede a detallar el procedimiento para la aplicación de la escala tipo Likert.

5.4.7. Aplicación de la escala tipo Likert

Existen dos formas básicas de aplicar una escala Likert. La primera es de manera autoadministrada: se le entrega la escala al participante y éste marca, respecto de cada afirmación, la categoría que mejor describe su reacción. Es decir, marcan su respuesta. La segunda forma es la entrevista, donde un entrevistador lee las afirmaciones y alternativas de respuesta al sujeto y anota lo que éste conteste. Cuando se aplica por medio de una entrevista es necesario que se le entregue al entrevistado una tarjeta donde se muestren las alternativas de respuesta o categorías (Hernández, *et al.*, 2006).

Al igual que el cuestionario, la escala tipo Likert fue aplicada de forma *auto administrada*. El documento con las preguntas se proporcionó directamente a los participantes, quienes lo contestan. La forma de autoadministración fue en caso individual, donde el cuestionario se le entregó al sujeto una vez que concluyó su sesión y éste lo respondió en el lugar donde recibe terapia de rehabilitación. En el Centro de Rehabilitación y Educación Especial se atiende a través de citas, una por mes, por semana o según el tratamiento del paciente que establece el médico especialista del mismo Centro. Por lo tanto, se acudió al CREE en diferentes días.

Para la construcción de la escala Likert requiere de seis etapas: 1) compilar ítems, 2) administrar los posibles ítems, 3) calcular la puntuación total, 4) determinar el poder discriminativo, 5) selección de ítems, 6) prueba de confiabilidad (Namakforoosh, 2003). En el caso de la **compilación de ítems**, se eligieron los siguientes que expresan el rango de actitud, desde extraordinariamente positivas hasta extraordinariamente negativas, con 5 expresiones fijas para cada ítem:

1)Totalmente de acuerdo	1)Totalmente de acuerdo	1)Totalmente de acuerdo	1)Totalmente de acuerdo	1)Totalmente de acuerdo
1)Muy satisfecho	1)Muy satisfecho	1)Muy satisfecho	1)Muy satisfecho	1)Muy satisfecho

Para la escala a beneficiario del CRIT se consideraron 26 ítems dentro de la encuesta, que se agregó en Anexo para su fácil estructura. Para la escala a beneficiario del CREE se agregaron 33 ítems, y para la escala del personal del CREE se consideraron 23 ítems. Todos ellos se encuentran en la sección de Anexo. En cuanto a la administración de los posibles ítems, se distribuyeron según beneficiario o personal tanto del CRIT como de la UBR. Para ello también se requirió de una prueba piloto la cual se administró a 20 personas al azar en una población con características similares a las de la muestra de estudio.

Para calcular la puntuación total de la escala Likert, se suma el valor de cada ítem marcado, como se explicó en la página anterior (véase página 89). Donde la puntuación es:

1) 5	2) 4	3) 3	4) 2	5) 1
------	------	------	------	------

El valor se le otorga según la respuesta del encuestado, se suman los puntos. Suponiendo que un encuestado responde 3 preguntas y a las 3 preguntas marca la respuesta número 1), entonces tendríamos un valor total de 15 (totalmente de acuerdo o muy satisfecho):

$$5+5+5= 15$$

En lo referente a determinar el poder discriminativo, el investigador debe determinar las bases para la selección de los ítems para la escala final. Se determina a través del método análisis de ítems. Para encontrarlo se aplica la siguiente fórmula (Namakforoosh, 2003):

$$t = \frac{\frac{PD}{S2M1 + S2M2}}{[N1 - 1][N2 - 2]}$$

Donde:

t:	La estadística “t” estudiante.
PD:	La diferencia entre medias de C1 y C36.
S2:	La varianza de cada grupo.
N:	Número de resultados en cada grupo.

En la selección de ítems una vez que se calcula los valores “t” para cada ítem, se consulta la tabla de estadística “t” y se seleccionan aquellos ítems que son significativos en un nivel determinado de α , o se pueden seleccionar directamente los ítems que tienen el valor de *PD* más grande, es decir, se tiene un valor discriminativo más alto.

Cuadro XXVII. Tabla hipotética para calcular el poder discriminativo

Grupo	# de personas por grupo	1,2,3,4,5	Puntuación total	Media	PD
25% personas puntuación alta	9	0 1 2 3 3	35	3.89	2
25% personas puntuación baja	9	1 8 0 0 0	17	1.89	

Fuente: Namakforoosh, 2003.

Por último, la prueba de confiabilidad se puede hacer compilando más ítems para dos escalas con un mínimo de 100 ítems y dividiendo entre dos para crear dos procesos de construcción de escala como se indicó y después realizar una prueba de confiabilidad si se aplica el método de partir por mitad (Namakforoosh, 2003).

5.4.8. Datos secundarios

En la investigación con enfoque cuantitativo, se pueden tener diversas herramientas, como se mencionó anteriormente, y para complementar el estudio en curso, se utilizaron los datos secundarios que son recolectados por otros investigadores o trabajos (Hernández, *et al.*, 2006).

En este sentido, son los resultados que publica el INEGI (ver índice de acrónimos). Esta información fue útil para conocer los datos estadísticos al respecto de la población con alguna discapacidad, que se obtienen de la página de Internet: www.cuéntame.inegi.org.mx, obteniendo datos del Censo de Población y Vivienda 2000 y 2010.

También, la página especializada con datos estadísticos de la Encuesta Nacional del Gasto en los Hogares (ENIGH), información que es recopilada formalmente por el INEGI, además con la elaboración del Consejo Nacional de Población (CONAPO), las estadísticas son publicadas a propósito del Día Internacional de las Personas con Discapacidad conmemorado el día 3 de diciembre

de cada año. Asimismo, fueron útiles los datos estadísticos del Banco Mundial que incluso publica información acerca de la discapacidad en relación con la pobreza y desarrollo económico.

Por último, la Organización Mundial de la Salud (OMS), ofrece cifras sobre las personas con discapacidades, la salud, rehabilitación y su participación en la economía y sus obstáculos en la sociedad, estas últimas en el Informe Mundial sobre discapacidad publicado por el Banco Mundial y la OMS. Los datos secundarios implicaron la revisión de los documentos antes mencionados, con la finalidad de obtener los datos generales por entidad federativa en relación a la población con alguna discapacidad y qué tipo de discapacidad, con la finalidad de conocer el número representativo con respecto a las variables de investigación.

5.4.9. Instrumentos cualitativos

En las investigaciones se cuenta con una diversidad de instrumentos cualitativos para realizar las mediciones, sin embargo, sólo se eligen las siguientes de acuerdo a la necesidad que se plantea y las variables a medir para este estudio. En este sentido, Hernández Sampieri, otorga una serie de concepciones acerca del proceso cualitativo y sus herramientas, mismas que fueron tomadas de referencia en desarrollo del siguiente apartado.

Al ingresar al campo (ambiente, contexto o escenario), por el simple hecho de observar lo que ocurre en él, se está recolectando y analizando datos, y durante esta labor, la muestra puede ir ajustándose. Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos (que se convertirán en información) de personas, seres vivos, comunidades, etc. Al tratarse de seres humanos los datos que interesan son conceptos, percepciones, imágenes mentales, creencias, emociones, interacciones, pensamientos, experiencias y vivencias.

Esta clase de datos es muy útil para capturar de manera completa (lo más que sea posible) y sobre todo, entender los motivos subyacentes, los significados y las razones internas del comportamiento humano. Para el caso de esta investigación, es conveniente mencionar que los instrumentos con enfoque cualitativo se aplicaron en el ambiente adecuado, es decir, en los centros de rehabilitación CREE, CRIT, UBR,

CRI (éstas últimas acorde con la determinación de etapas). Es importante puntualizar que para la aplicación de los instrumentos se tuvo que recurrir a la creación de relaciones personales con los principales personajes que se encuentran en las áreas de estudio, es decir CRIT y CREE.

La primera tarea fue explorar el contexto. Se visitó inicialmente el Sistema DIF Michoacán en donde a través del contacto en el área de Comunicación Social de la dependencia de gobierno estatal, se contactó a la directora del CREE en Morelia. Después, se acudió a las instalaciones para tener el primer contacto y presentación con la directora del plantel, quien amablemente atendió la petición de información.

Es preciso mencionar que justo en el momento del acercamiento para explorar el contexto, se realizó el cambio de gobierno, Fausto Vallejo Figueroa deja la gubernatura por problemas de salud y el ex rector de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Salvador Jara Guerrero reemplaza el cargo como Gobernador Constitucional de Michoacán²⁰.

Con este suceso político, el nuevo gobernador realizó cambios en su gabinete, lo cual afectó el avance de la presente investigación y se perdió el contacto inicial con la ex titular del CREE, Lic. Citlali Paulina Castillo. La ex funcionaria argumentó que no podía otorgar ninguna información ya que se infringiría en falta de respeto a la nueva titular del organismo, caso que fue resuelto a partir del mes de septiembre del 2014, quedando como directora del CREE, la Lic. Ana Isabel Dávila Munguía.

Por lo anterior, fue un inconveniente para la investigación, sin embargo se volvió a iniciar las gestiones y permisos correspondientes para realizar la investigación ante la nueva dirección, que recibió un oficio signado por el director del Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE), mismo que fue autorizado por la dirección del CREE en 10 días hábiles. Para fines informativos se anexa el oficio en esta investigación.

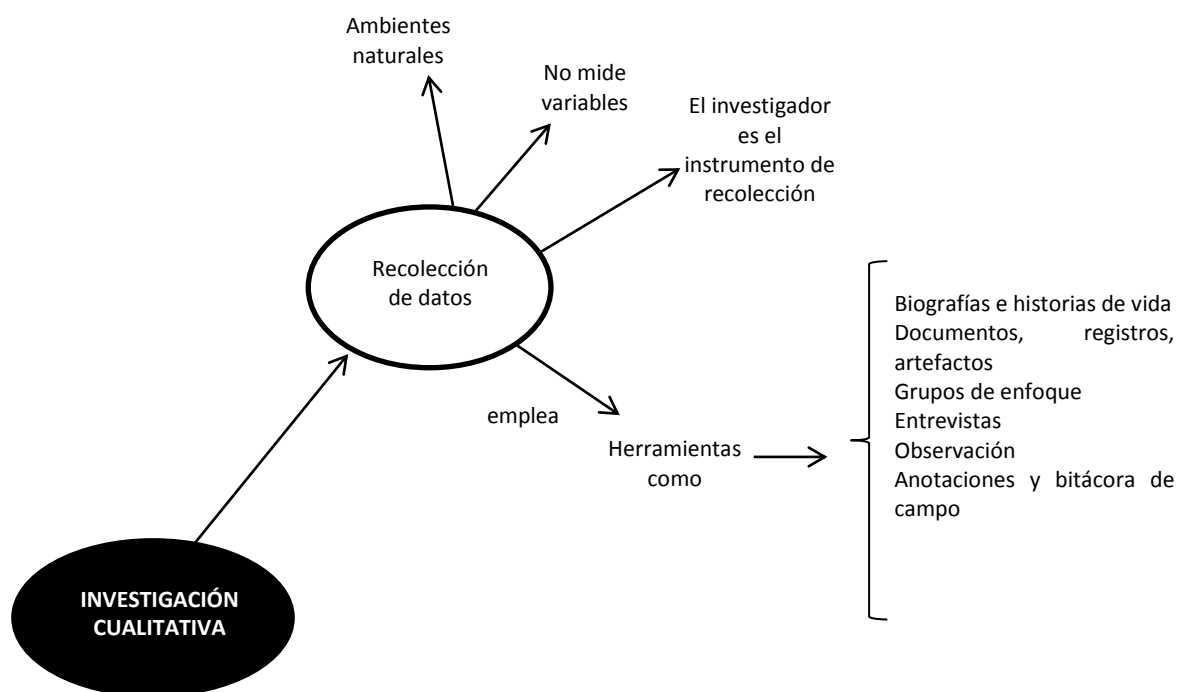
²⁰ El 18 de junio de 2014, el ex gobernador de Michoacán, Fausto Vallejo Figueroa anunció su decisión de dejar su cargo para atender sus problemas de salud los cuales requieren de un tratamiento permanente y continuado. En un mensaje de su cuenta de Twitter, el ex mandatario estatal tenía menos de un año al frente del gobierno tras seis meses de ausencia por una cirugía. Emanado del Partido Revolucionario Institucional (PRI), Vallejo asumió la gubernatura en febrero de 2012. En poco más de dos años se ausentó del encargo por cuatro ocasiones (México CNN, 2014).

La primera tarea implicó obtener permiso de quienes controlan el ingreso, denominados gatekeepers (Hernández, *et al.*, 2006). Algunas de las recomendaciones que hace Hernández, *et al.*, 2006:

- 1) Desarrollar relaciones: Ganarnos la confianza de los gatekeepers y de los participantes, al ser amables, sensibles, cooperativos. Apoyarlos en alguna necesidad. Detectar y cultivar informantes clave.
- 2) Elaborar una historia sobre la investigación: Tener preparado un pequeño guión sobre el estudio.
- 3) No intentar imitar a los participantes, supuestamente para ganar empatía.
- 4) Planear el ingreso al ambiente o contexto. El ingreso debe resultar natural.

Una vez tomado en cuenta las consideraciones anteriores, y diseñado la estrategia para el acceso a los permisos correspondientes para emprender la investigación, se detallan los instrumentos cualitativos.

Gráfico XXXII. Instrumento de medición con enfoque cualitativo



Fuente: Hernández, *et al.*, 2006.

Como se puede observar en el gráfico superior, las herramientas con un enfoque cualitativo son diversas, sin embargo, para esta investigación las que se

utilizarán son: los documentos, entrevistas y la observación. A continuación se detalla cada una de ellas.

5.4.10. Documentos, datos, registros

Para este apartado, se consideró importante incluir en la investigación los siguientes tipos de documentos:

- a) Libros y Tesis. (Véase Fuentes de Consulta: Bibliografía). Como un precedente acerca de la falta de control del Estado hacia los diversos centros de atención a personas en diversas situaciones de vulnerabilidad, se encontró la investigación del Dr. Ricardo Fletes Corona que presentara en el Colegio de Michoacán (COLMICH) “La Gran Familia de Zamora Michoacán”. Es un precedente interesante para la presente investigación, dado que no todos los centros de rehabilitación para personas con discapacidad transparentan el uso de los recursos públicos.
- b) Programas sociales de la SEPSOL.
- c) Programas asistenciales a cargo del Sistema DIF Michoacán.
- d) Plan Estatal de Desarrollo en Michoacán 2012-2015.
- e) Políticas/Leyes. Se detalla las leyes, reglamentos, códigos que se han aprobado en el Estado de Michoacán y a nivel Nacional que involucran el tema de los centros de rehabilitación para las personas con discapacidad, así como temas de derechos humanos, igualdad y desarrollo social.
- f) Periódicos, revistas. Se ha recurrido a visitar los diferentes medios de comunicación en Michoacán y México, con la finalidad de rastrear información referente al objeto de estudio y tener diversas perspectivas de una misma noticia difundida en diferentes medios de comunicación.

Entre las ventajas que se encuentra el uso de la documentación antes descrita es que son técnicas no intrusivas, es decir, que para obtener datos no se requiere de ningún tipo de intrusión en algún contexto, ambiente, etcétera. Además los datos tienen forma permanente y con ellos se obtiene información longitudinal de bajo costo (Rosado, 2003).

Aunque también, obtener información en base a documentos, datos y registros, cuenta con desventajas, entre ellas es que exista una disposición de documentos limitada (Hernández, et al., 2006). En este sentido, se refiere a que no se pueda acceder a la información por falta de recursos económicos para conseguir un documento de forma impresa, que no se cuente con los archivos de forma digital y que no sean consultables vía Internet, o bien, que las bibliotecas locales donde se desarrolla la investigación no cuenten con los documentos o libros necesarios.

Por último y no menos importante, entre las desventajas de los documentos son los escritos con otro propósito, lo cual se suscita con mucha frecuencia en los medios de comunicación. Disponer de los medios de comunicación significa, en la actualidad, poseer un poder social, no tanto por el contenido que transmiten sino por el ambiente que crea, la atención y el mimetismo que despierta. El medio actúa como un espejo que refleja la realidad social y, al mismo tiempo, es el lugar en el que se crea ésta (Castillo, 2011).

5.4.11. Observación

La obtención de información es una de las etapas más importantes del proceso de investigación científica, ya que es el fundamento para la definición del problema, el planteamiento y la comprobación de hipótesis, la elaboración del marco teórico y del informe de resultados. Dentro de este contexto, la observación es la técnica de investigación por excelencia, es el principio y la validación de toda teoría científica. Además, la ciencia nace y culmina con la observación (Navarro, 2011).

Cuadro XXVIII. Cuestiones más específicas de la observación cualitativa

Ambiente físico (entorno):	Tamaño, arreglo espacial o distribución, señales, accesos, sitios con funciones centrales (iglesias, centros de poder político y económico, hospitales, mercados y otros), un elemento muy importante son las impresiones iniciales.
Ambiente social y humano (generado en el ambiente físico):	Formas de organización en grupos y subgrupos, patrones de interacción o vinculación (propósitos, redes, dirección de la comunicación, elementos verbales y no verbales, jerarquías y procesos de liderazgo, frecuencia de las interacciones). Características de los grupos, subgrupos y participantes (edades, orígenes étnicos, niveles socioeconómicos, ocupaciones, género, estados maritales, vestimenta, atuendos)
Actividades (acciones) individuales y colectivas:	¿Qué hacen los participantes? ¿A qué se dedican? ¿Cuándo y cómo lo hacen?
Hechos relevantes, eventos e historias:	Ocurridas en el ambiente y a los individuos (pérdidas de un ser querido, matrimonios, infidelidades, traiciones, etc.) se pueden presentar en una cronología de sucesos o en otro caso ordenados por importancia.
Retratos humanos:	De los participantes.

Fuente: Elaboración propia a partir de Hernández, *et al.*, 2006.

A pesar de que es una lista de las diversas cuestiones más importantes a observar, no todas son indispensables en una investigación, de acuerdo a la literatura revisada (Rosado, 2003), (Namakforoosh, 2003) (Hernández, *et al.*, 2006),

siempre dependerá de las necesidades de la investigación planteada, en este sentido y para el presente estudio se fijaron las cuestiones más específicas como son el ambiente físico y el ambiente social y humano.

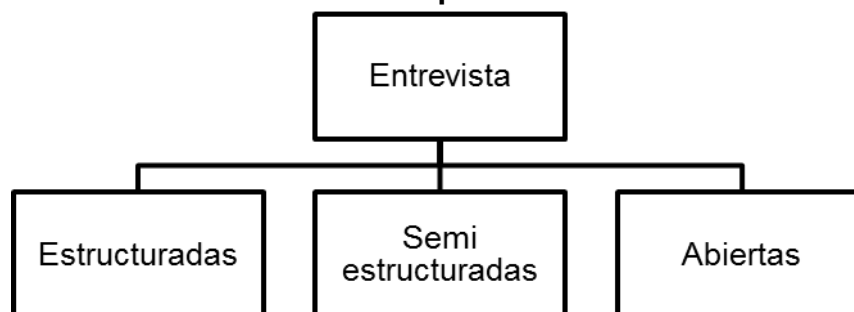
En primer lugar se elige el lugar: CRIT, CREE, UBR, CRI. Al acudir a estos centros se observa la facilidad de acceso, la fachada del lugar, diferencias entre unas y otras. Las salas de espera, las instalaciones por dentro y fuera. La atención del guardia de seguridad (en caso que exista) y el trato e interacción entre el personal administrativo, médicos, terapeutas hacia los beneficiarios.

Pese a que en la observación cualitativa no se utiliza un formato como sería en una herramienta de tipo cuantitativa, se trata de observar todo lo que se considera pertinente. Lo único estándar es el tipo de anotaciones (Hernández, *et al.*, 2006), por lo anterior se recomienda revisar en ANEXOS donde se encuentra el formato de hoja para llenado de los datos obtenidos durante las observaciones.

5.4.12. Entrevistas

La entrevista cualitativa es íntima, flexible y abierta. Es una reunión para intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados). En la entrevista, a través de algunas preguntas y respuestas se logra una comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema (Janesick en Hernández, *et al.*, 2006). La entrevista se divide en:

Gráfico XXXIII. Tipo de entrevistas



Fuente: Elaboración propia a través de información Hernández, *et al.*, 2006.

Para la presente investigación se hizo uso de la entrevista de tipo semi estructurada, ya que se sigue la recomendación de Creswell en (Hernández, *et al.*,

2006) donde dice que las entrevistas cualitativas semiestructuradas se basan en una guía de asuntos o preguntas y el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales (no todas las preguntas están predeterminadas).

En cuanto a la clasificación de las preguntas, son de opinión, ya que se cuestiona al entrevistado acerca de: ¿Cuál es su opinión al respecto de la construcción del CRIT en Michoacán? ¿Qué opinión le merece que exista el CREE en Morelia y las UBR o CRI? ¿Qué opina acerca del servicio que ofrece el CREE en Morelia?

Las preguntas de expresión de sentimientos se eligieron para exponer cómo se siente el entrevistado en torno al tema de la atención del personal en el CRIT, CREE, CRI y UBR, si ha detectado una mejoría con las terapias y los sentimientos que le merece si existe cierto tipo de discriminación en estos lugares. Las preguntas de conocimientos fueron básicas ya que se requiere conocer datos al respecto de las variables a medir. Las preguntas sensitivas en la entrevista fueron de utilidad debido a que con ellas, se pretendió ahondar más al respecto de las características de los sentimientos y sensaciones de las personas con alguna discapacidad en torno al programa asistencial destinado a la rehabilitación en el Estado en Michoacán. Se realizaron entrevistas a padres de familia con pacientes en CRIT Michoacán y beneficiarios del CREE.

También se entrevista al director de la institución CRIT, Licenciado en Ciencias de la Comunicación, Luis Antonio Amparano Zatarain. Además, la entrevista con la directora del CREE, Ana Isabel Dávila Munguía, el Médico General Horacio Vargas Jiménez, responsable del departamento de Enseñanza en el CREE, así como a la auxiliar de la dirección en el CREE, la M.C. Elena Silva Montes.

De la misma manera, se entrevistó al presidente de la comisión de Asistencia Social y Salud, el diputado Elías Ibarra Torres, con la finalidad de conocer el punto de vista desde el ámbito legislativo en materia de política social ya que los legisladores son los responsables de incidir en la asignación de presupuesto destinado a cada rubro específico para la administración pública estatal. Para conocer cuál fue el guión de entrevista semiestructurada y sus preguntas tanto de conocimiento, sensitivas, de expresión y opinión véase Anexos.

Capítulo VI

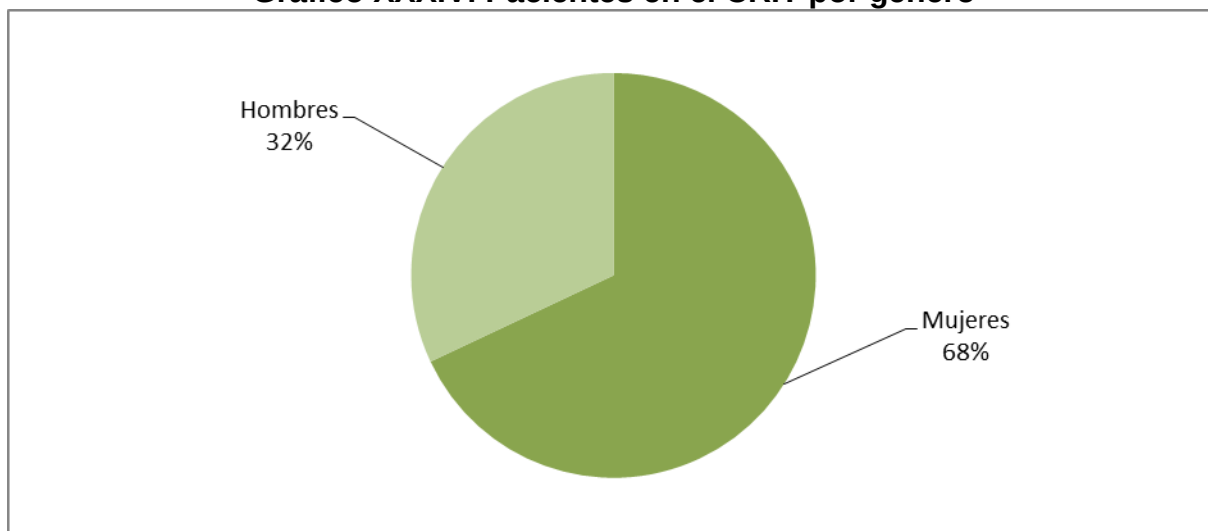
Resultados de la aplicación de la metodología

Para el presente capítulo se expone la información que se obtuvo una vez que se aplicó la metodología antes descrita, misma que fuera de gran utilidad para lograr los siguientes resultados y que enriquecieron el contenido de la investigación. Una vez que se llevaron a la práctica los instrumentos cuantitativos y cualitativos, se comprobaron las hipótesis de la investigación, por lo tanto se lograron los objetivos del estudio. Debido a que la investigación se enfocó en estudiar a beneficiarios del CRIT y CREE, así como personal de ésta última institución, los resultados se dividirán por segmentos o subtemas para una mejor organización de los resultados. A continuación se describen los datos que se recopilaron

6. 1. Resultados del estudio a beneficiarios del CRIT

Por las condiciones en las que se encuentran los beneficiarios del CRIT, (según su discapacidad), además que son niños menores de 18 años y algunos tienen problemas de lenguaje, se aplicó la encuesta a padres de familia o tutores que acompañan a los pacientes. Finalmente son ellos quienes han experimentado todo el proceso de selección y búsqueda de instituciones que ofrecen rehabilitación y atención médica a sus hijos.

Gráfico XXXIV. Pacientes en el CRIT por género



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

El 68% de las personas que acuden acompañando a sus hijos a recibir terapias son mujeres, mientras que el 32% son hombres. Esta estadística resulta de tal manera, debido a que por lo regular, el hombre es quien continúa trabajando, siendo el sustento del hogar. En algunos casos, quienes acuden al CRIT acompañando a sus hijos son personas que solicitan permiso por faltar un día laboral. Para complementar la presente investigación se utilizó la entrevista como herramienta de investigación que a continuación se expone algunas declaraciones de padres de familia que acuden al CRIT ante la pregunta, ¿cómo se organizan para seguir con su trabajo, le dan permiso de faltar, le descuenta su día o no trabajan?

Entrevista 1: “Yo soy la hermana, mi papá no pueden dejar de trabajar porque tienen un puesto en los tianguis, de verduras y mi mamá la verdad está muy enferma, ella es diabética, cuando le dijeron que mi hermanito había nacido malito, entonces ella se empezó a poner muy mala y se enfermó. Entonces como yo la que cuando desde que nació mi hermano estuve al pendiente de él, pues ya lo cuidaba, le cambiaba los pañales, le daba de comer lo que podía. Mi mamá no pudo atenderlo bien, pero ahora ya lo revisa, lo acompaña, lo saca a pasear, antes ni quería sacarlo porque como que le daba vergüenza que la gente le preguntara cosas. Por eso mejor yo soy la que lo traigo a terapias y desde antes de casarme siempre lo cuidaba. Ya tengo dos hijos pero también los cuido y me dedico a mi casa, mi esposo le ayuda a mi papá a trabajar en el puesto”.

Entrevista 2: “Mi jefe me da permiso de faltar, yo trabajo en la herrería en Ciudad Hidalgo y como tenemos que hacer unas hora de camino, no alcanzo a llegar al trabajo y pierdo todo el día, por eso pedimos que las terapias se las den a mi niña el viernes y sí se las dan. Ya mi jefe sabe que cada semana voy a faltar para llevar a mi niña a Morelia a las terapias. Él no me da seguro ni nada de eso pero con que me ayude con darme permiso para faltar un día así con eso es una gran ayuda”.

Entrevista 3: “No, yo tuve que dejar mi trabajo que tenía antes, me dijo mi jefe que no podía darme permiso y que mejor me consiguiera otro trabajo, y ya. Conseguí trabajo ayudándole a un albañil, hay veces que falto por lo de traer a mi hijo a Morelia y ese día que no trabajo nada más no me lo pagan y ya”.

Entrevista 4: “Yo trabajo en lo que puedo, allá en mi rancho siembro algo aunque sea y es lo que saco para el año, también mi hijo nos ayuda, él se fue a Estado Unidos. Mi señora ya murió y me dejó sólo con la niña, yo tengo que andarla cuidando.”

Entrevista 5: “No trabajo, ya estoy grande y mis hijos me ayuda a pagar taxi o lo que nos cobran acá en Morelia, con el niño tengo que cuidarlo todo el día y mis muchachos me ayudan, uno de ellos trabaja un taxi y nos trae a Morelia, eso es ayuda.”

Entrevista 6: “Mi esposo es el que trabaja, yo cuido a la niña”.

Como conclusión, se conoce que quienes son responsables o tutores de algún paciente con una discapacidad, le dedican tiempo completo a los

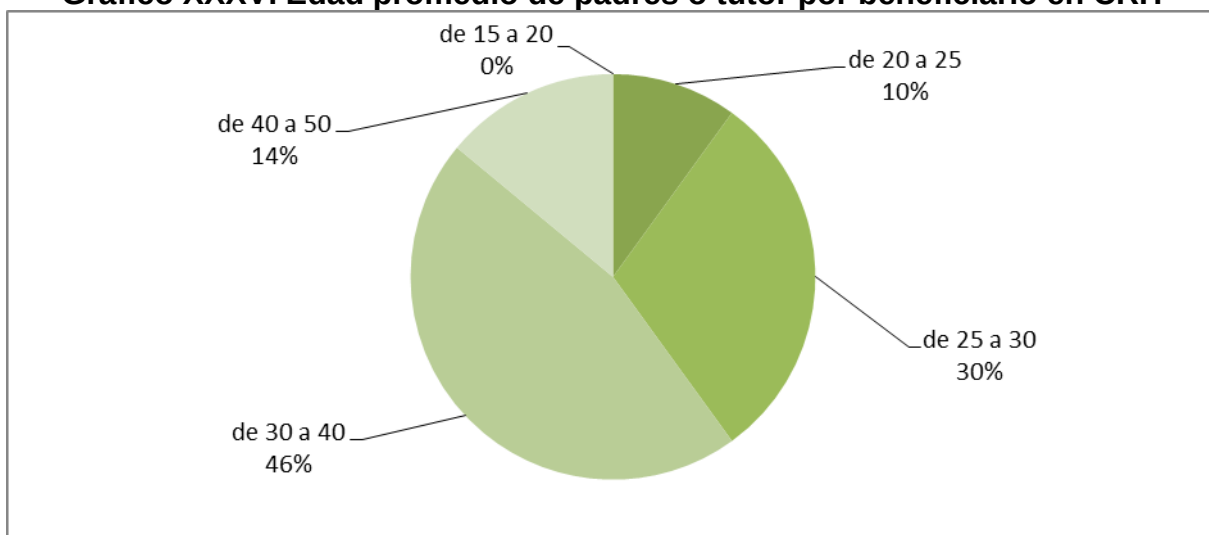
cuidados de la persona, sobre todo si requiere rehabilitación, el paciente debe estar acompañado por un mayor (recordando que todos los beneficiarios del CRIT son menores de edad), además, quien se encarga del cuidado y cumplimiento del tratamiento rehabilitador, el común es que no cuente con trabajo por el tiempo que dispone para las horas de sesiones de terapia.

Otra de las principales características de las personas que acompañan a los menores de edad con alguna discapacidad es que una vez que no cuentan con trabajo, se encuentran a expensas de familiares o amigos que les otorguen de forma voluntaria algún recurso económico para solventar sus gastos básicos. También, acatar un rol de madre o padre (en caso que sean los hermanos quienes fungen como tutores), que no corresponde y una responsabilidad que no compete asumir, provocando una desestabilización en su vida personal.

Es importante mencionar que ningún padre o tutor entrevistado cuenta con alguna alternativa para no ser desempleado o bien, tener un empleo que le respete su derecho de ser acompañante de un familiar para que acuda a terapias sin el problema de verse orillado a dejar su empleo.

En cuanto a la edad de las personas que acuden con los pacientes al CRIT, se encontró que todos son mayores de 20 años, el grupo de edad entre 15 a 20 años representó el 0%, mientras que la mayoría de las personas que acuden al lugar se encuentran en el rango de 30 a 40 años con un 46%.

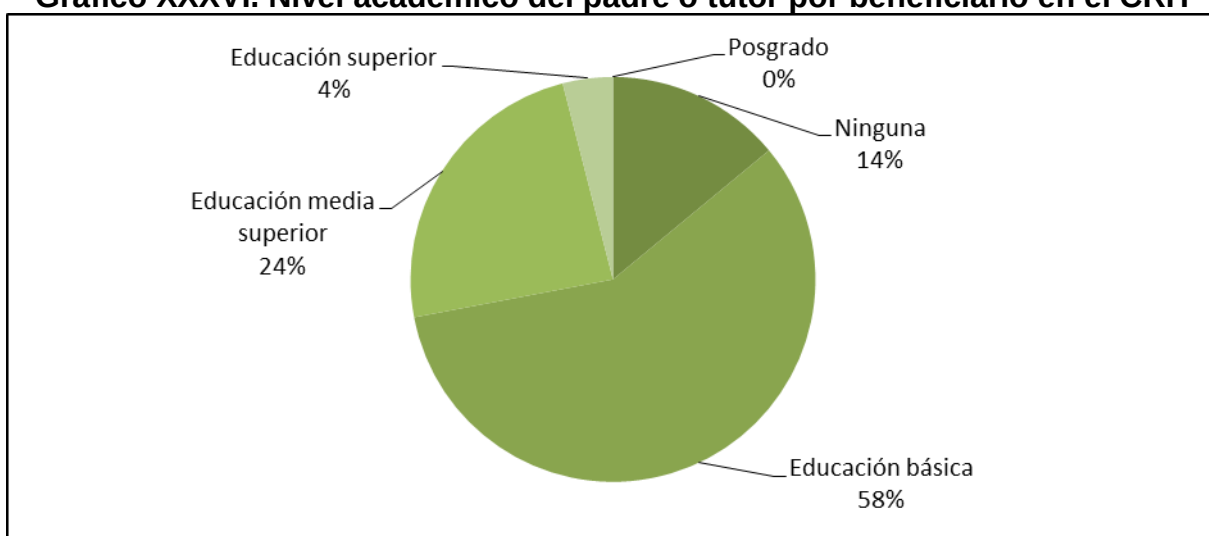
Gráfico XXXV. Edad promedio de padres o tutor por beneficiario en CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Para conocer el nivel académico del padre o tutor por beneficiario en el CRIT, se obtuvo la siguiente información: El 0% cuenta con un posgrado, pero el 58% de la muestra dijo haber concluido sus estudios básicos, esto incluye primaria y secundaria. Mientras que el otro 24% dijo haber concluido la preparatoria o bien, educación media superior. Por último sólo un 4% contestó haber concluido una carrera en educación superior, como se manifiesta en el siguiente gráfico:

Gráfico XXXVI. Nivel académico del padre o tutor por beneficiario en el CRIT



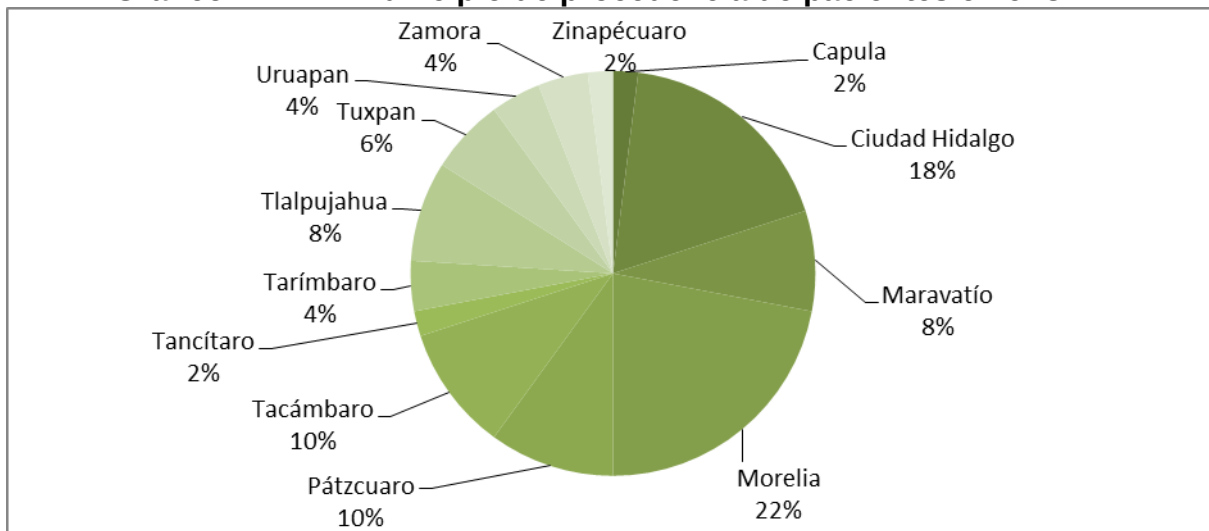
Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

En cuanto al lugar de procedencia de los pacientes, se les cuestionó de forma abierta, sin opciones como en la parte superior se aprecia. Del total de encuestados, la mayor concentración es Morelia con un 22%, seguido de Ciudad Hidalgo con un 18%. En este orden y con un 10% se encuentran los municipios de Pátzcuaro y Tacámbaro. Mientras que Maravatío y Tlalpujahua les corresponden 8%, Tuxpan con un 6%, Tarímbaro, Uruapan y Zamora representan un 4%, Zinapécuaro, Capula y Tancítaro un 2%.

La mayor concentración en Morelia, posiblemente sea porque es la ciudad más poblada en Michoacán y cuenta con más servicio de telefonía (recordando que para ser beneficiarios del CRIT, la cita únicamente se otorga a través de este medio).

También, porque la mayor difusión acerca de la apertura de un CRIT fue principalmente la capital del Estado. A continuación el gráfico:

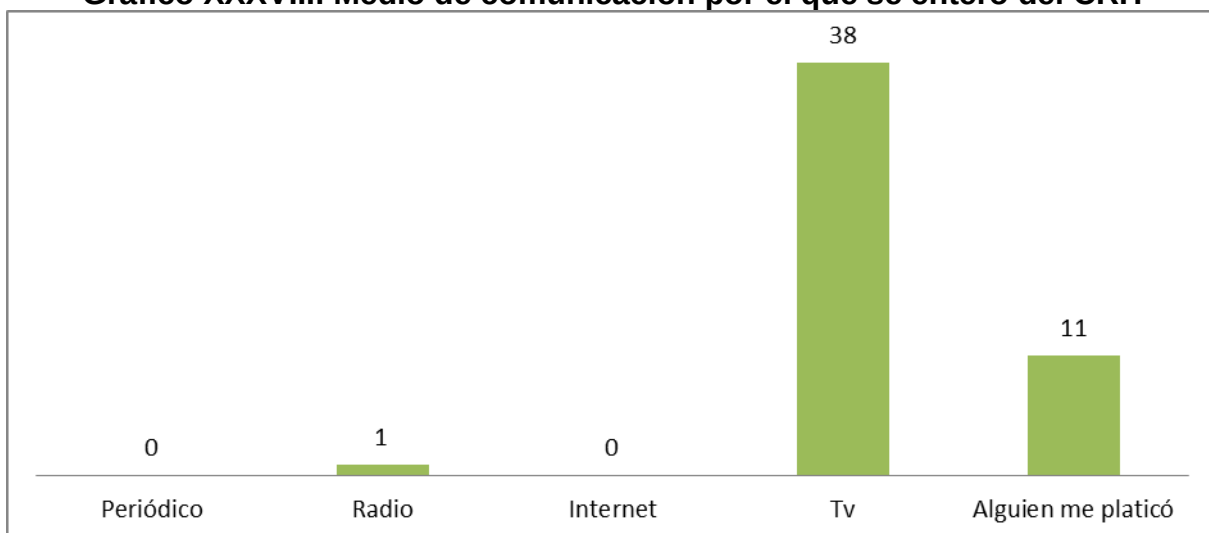
Gráfico XXXVII. Municipio de procedencia de pacientes en el CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Por otra parte, para conocer cuál fue el medio de comunicación más efectivo para dar a conocer la apertura del nuevo CRIT en Michoacán se presenta el siguiente gráfico que revela a la televisión como el principal medio de comunicación por el cual recibieron la información acerca de la apertura de dicho organismo en la entidad. El 76% de los encuestados se enteraron del CRIT a través de algún programa de televisión, siendo éste el medio de comunicación más efectivo para la divulgación de ésta información en específico. El 22% se enteró porque alguien les platicó, por lo regular fueron conocidos o familiares quienes fungieron como medios de información. Un 2% se enteró a través de la radio y por último, ninguno utilizó el periódico o Internet como divulgadores de dicha información, como a continuación se muestra:

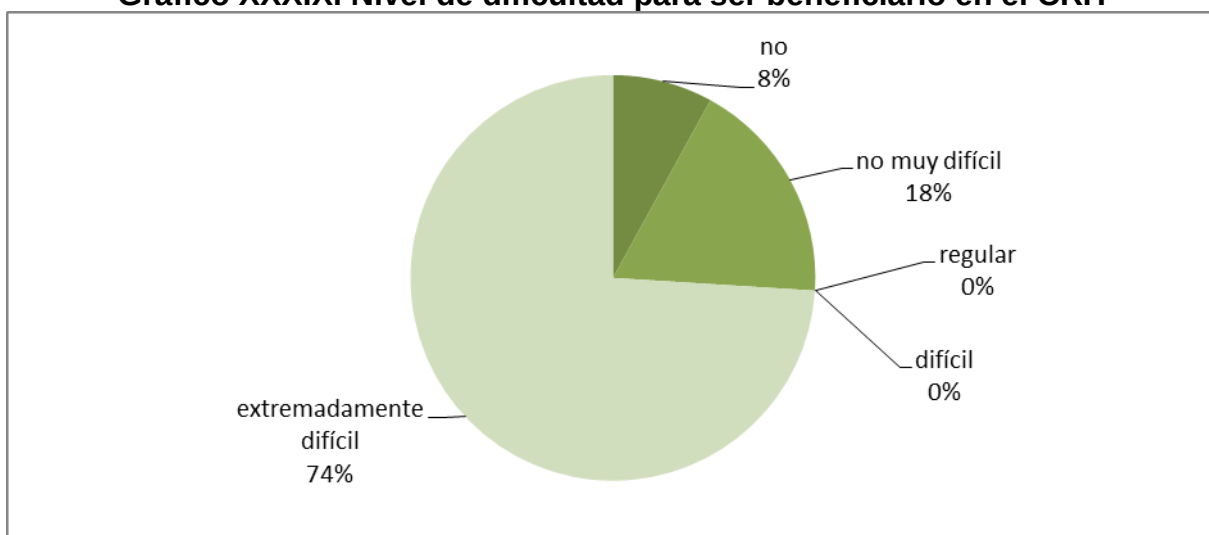
Gráfico XXXVIII. Medio de comunicación por el que se enteró del CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Para conocer si fue difícil inscribir a su hijo en el centro, se presentan los siguientes resultados:

Gráfico XXXIX. Nivel de dificultad para ser beneficiario en el CRIT

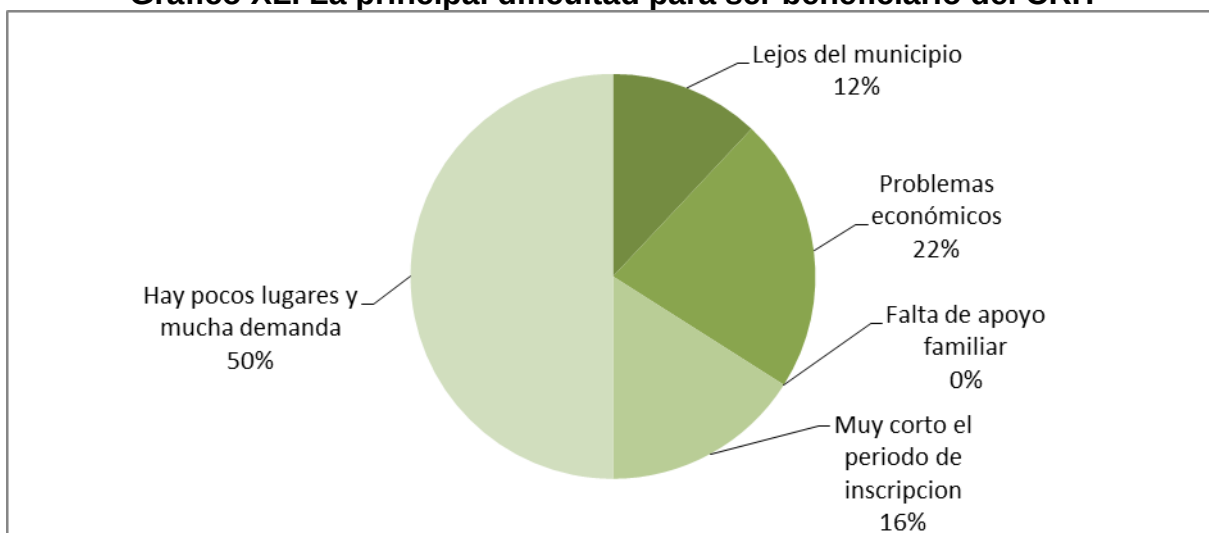


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

La gráfica anterior detalla que el 74% consideró como extremadamente difícil ser beneficiario del CRIT, mientras que 18% de la población consideró que no fue muy difícil, sólo un 8% dijo que no había sido difícil.

Ante la interrogante de por qué resultó ser difícil o si encontraron algún obstáculo, las respuestas fueron las siguientes:

Gráfico XL. La principal dificultad para ser beneficiario del CRIT

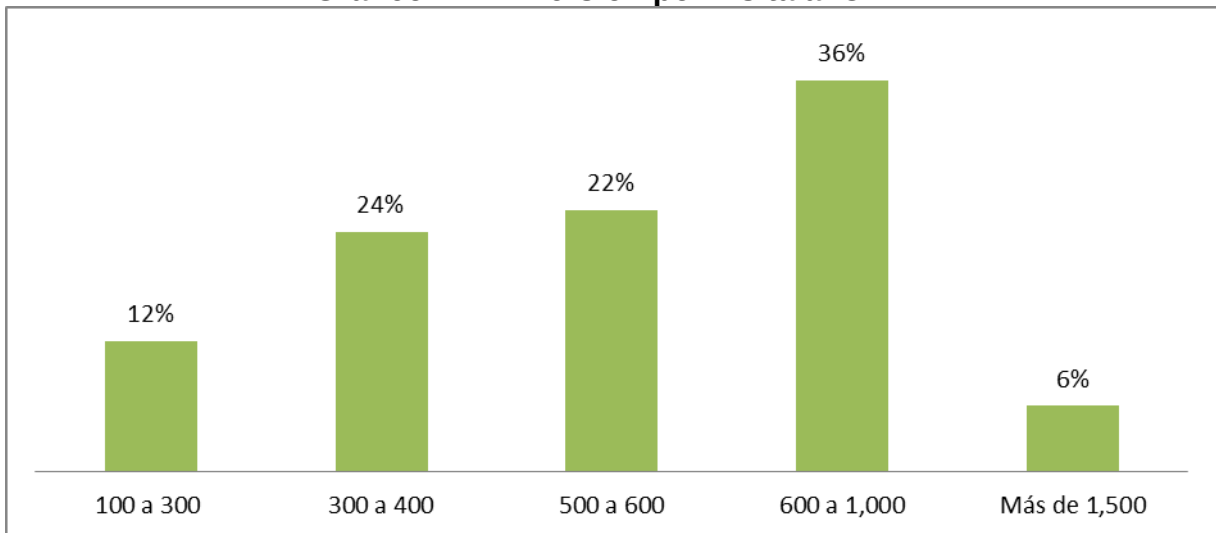


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Como se observa, el 50% de los beneficiarios consideró que el principal problema es la demanda que tiene el centro, mientras que el otro 22% considera que su principal dificultad son los problemas económicos, el 16% opinó que fue muy corto el periodo de inscripción. Sólo el 12% opina que la ubicación del CRIT está lejos de su municipio, pero esta opinión es justificada si se revisa que la mayor población beneficiada es de Morelia, por lo tanto no tienen que viajar largas distancias para recibir los servicios.

En relación a la inversión que realizan por visita al CRIT, el siguiente gráfico revela que el 36% gasta de 600 a mil pesos, mientras que el 24% se encuentra entre 300 a 400 pesos. El 22% invierte entre 500 a 600 pesos, el 12% entre 100 a 300 pesos y por último, el 6% gasta más de mil 500. Estas cifras muestran que uno de los gastos más importantes para acudir al CRIT es el transporte, aunque vivan en Morelia, aun así la tendencia es de un gasto promedio de entre 500 a mil pesos. Además para cubrir estos gastos de traslado, es importante conocer cuánto invierten a la semana según las terapias que reciben. A continuación el gráfico:

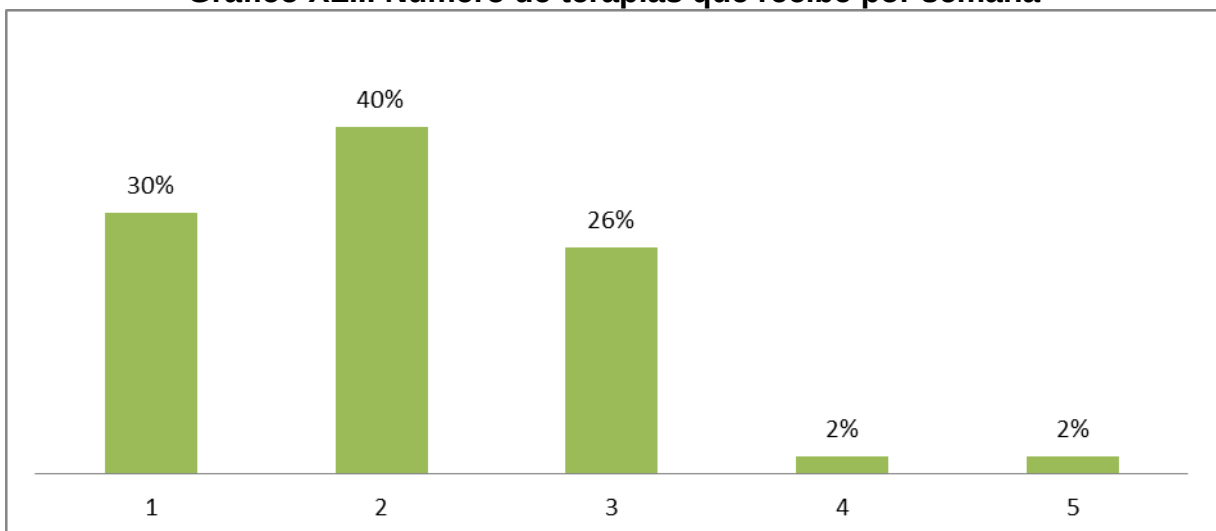
Gráfico XLI. Inversión por visita al CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Una vez expuesto el gasto por terapia, se procedió a preguntar qué tan recurrente es dicho gasto. Por lo que el 40% tuvieron que acudir al CRIT 2 veces por semana. El 30% una vez por semana, el 26% 3 veces por semana y el 4% acudieron entre 4 a 5 veces por semana. Se puede observar que si la mayor parte de la población gasta entre 600 a mil pesos por una vez que acudan a terapia, es decir por dos ocasiones se duplica el gasto, esto es cerca de los 2 mil pesos a la semana, el gráfico siguiente muestra los resultados:

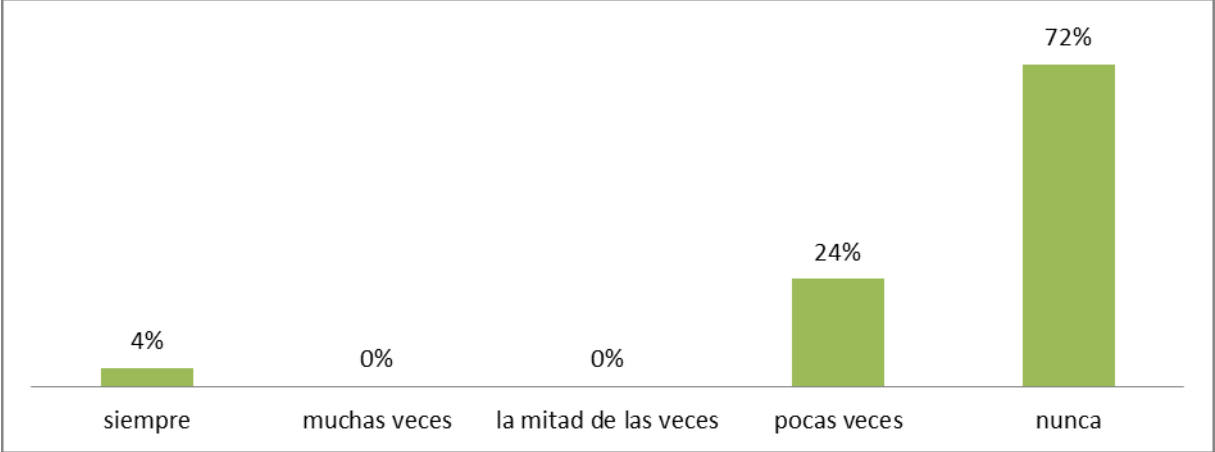
Gráfico XLII. Número de terapias que recibe por semana



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Pero, de quién reciben apoyo económico. Se recuerda que existe un programa específico dentro de la política asistencial para las personas con discapacidad para ayudar a cubrir gastos de transporte para este grupo específico, por lo tanto se conoció quiénes han accedido a este tipo de programa como a continuación se muestra:

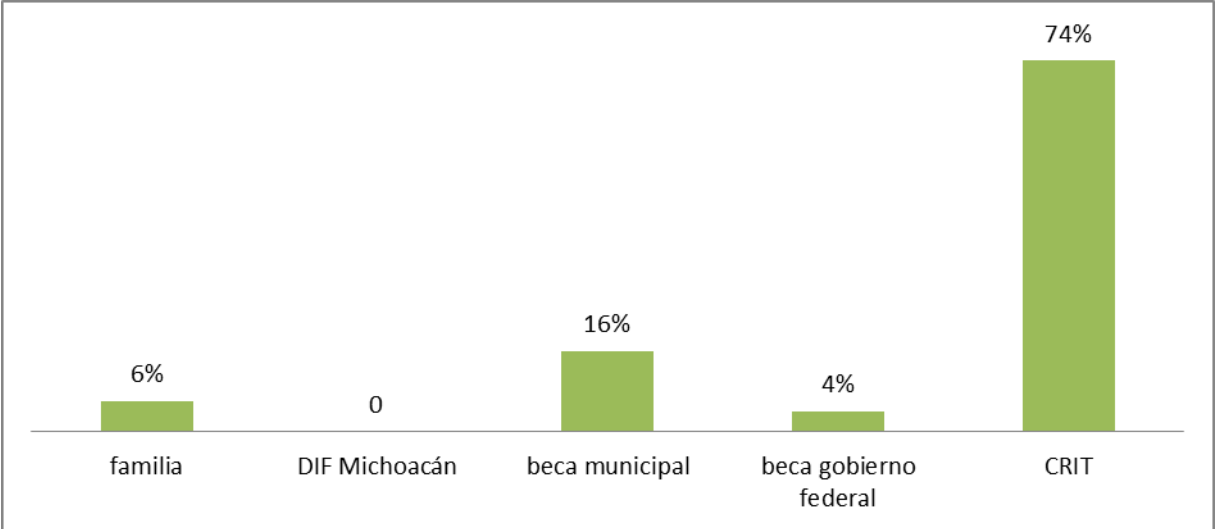
Gráfico XLIII. ¿Recibe apoyo económico para cubrir gastos por terapia?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Como se observa en las gráficas anteriores, el 72% declaró nunca haber recibido apoyo económico, el 24% dijo haber recibido pocas veces y sólo el 4% aceptó siempre apoyo económico. Para conocer de quién recibe el apoyo económico se presenta el siguiente gráfico:

Gráfico XLIV. El apoyo económico lo recibo de:

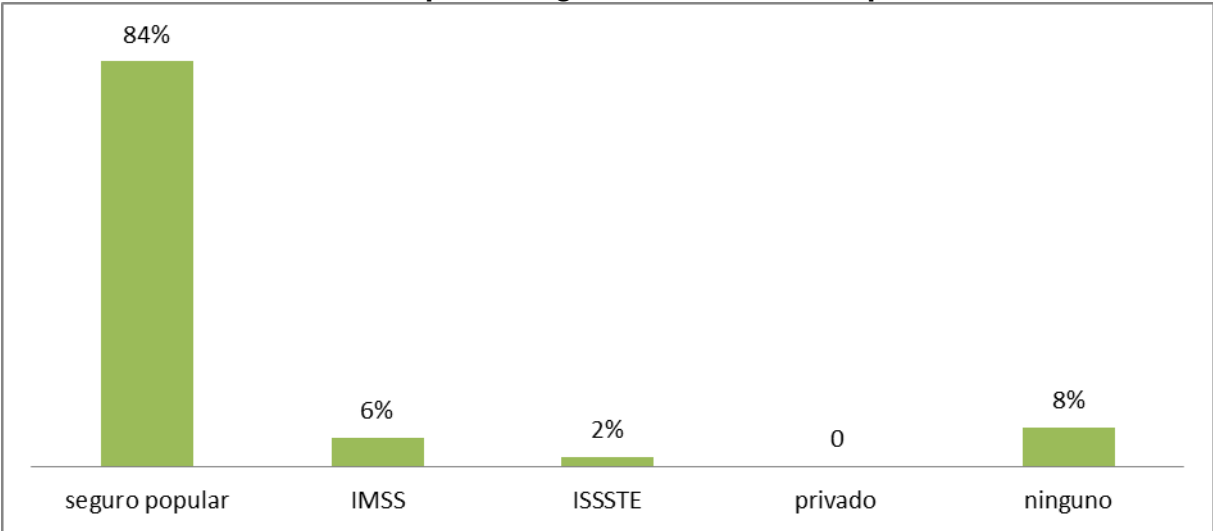


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

De los encuestados, el 74% reciben apoyo económico de la misma institución, mientras que el otro 16% recibe apoyo económico a través de una beca municipal, el 4% a través de una beca federal, mientras que el 6% cuentan con el apoyo de la familia y ninguna persona tiene acceso al programa de apoyo a personas con discapacidad que difunde el DIF Estatal. Es decir, el 0% de la población no reciben apoyo por parte del programa de atención a personas con discapacidad que dirige el Estado a través del DIF Michoacán.

En relación al seguro médico, se puede constatar que efectivamente existe un mayor número de población inscrito al seguro popular y sólo el 6% cuentan con IMSS y 2% con ISSSTE, es decir personas con un empleo formal y que tienen garantizado su derecho a salud en ambas instituciones. Lo preocupante es que en la Controversia que contestó el gobierno federal ante la ONU y el Comité de Derechos para las personas con discapacidad, aseguró que el gobierno ofrecía el sistema de rehabilitación completo a través de sus instituciones (IMSS-ISSSTE), sin embargo, por lo menos en la muestra representativa encuestada en el CRIT, se conoce que sólo el 8% de la población puede acceder a esos servicios de rehabilitación integral. El otro 8% no cuenta con ningún tipo de seguro médico como a continuación se evidencia:

Gráfico XLV. Tipo de seguro médico con el que cuenta

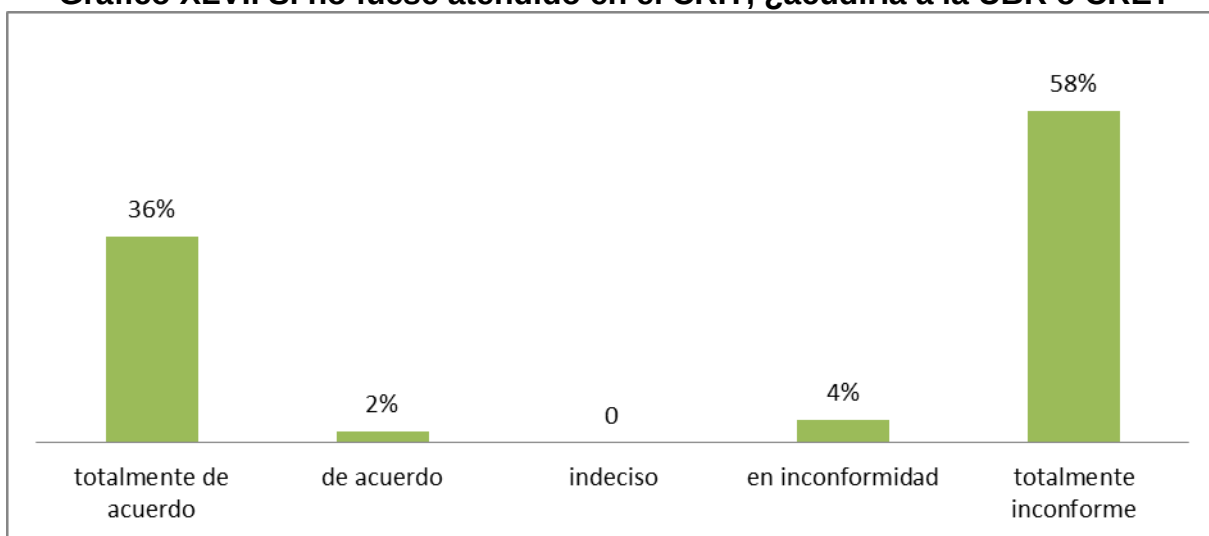


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Además, el 58% de la población estarían totalmente inconforme si sus pacientes son atendidos en la UBR, esto es debido a que algunos ya conocen los

servicios que en él se ofrecen y están conscientes de que en el lugar sería imposible recibir la misma calidad de rehabilitación que en el CRIT. El otro 36% no conoce el servicio de la UBR, por lo tanto opinan que sería mejor recibir terapia en algún lugar que estuviera más cercano a su municipio, conclusión que se obtuvo con la siguiente información:

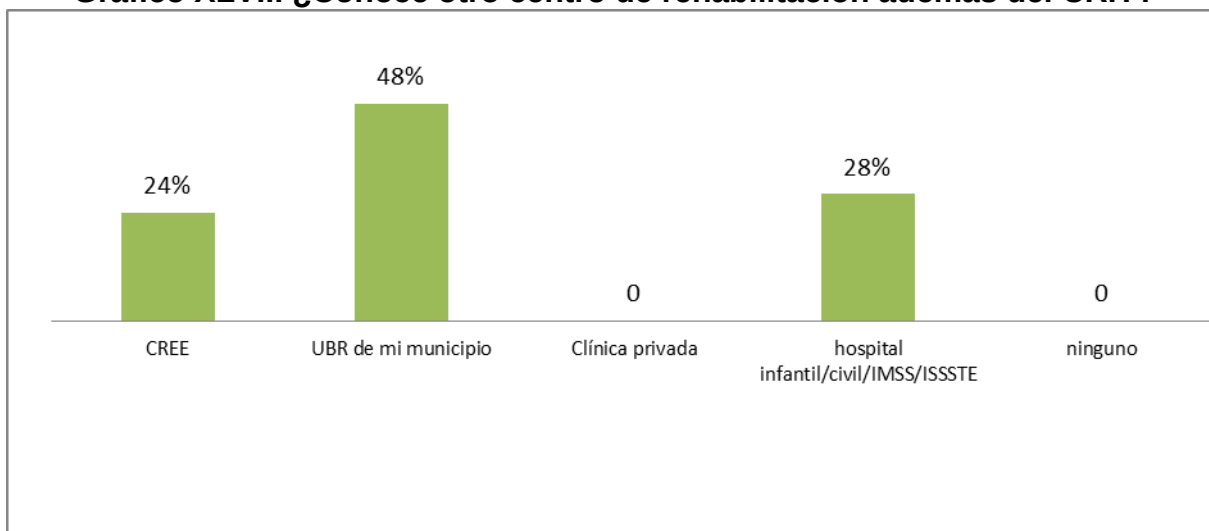
Gráfico XLVI. Si no fuese atendido en el CRIT, ¿acudiría a la UBR o CRE?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

A continuación los datos en lo referente al conocimiento que tienen beneficiarios del CRIT en torno a otros centros de rehabilitación:

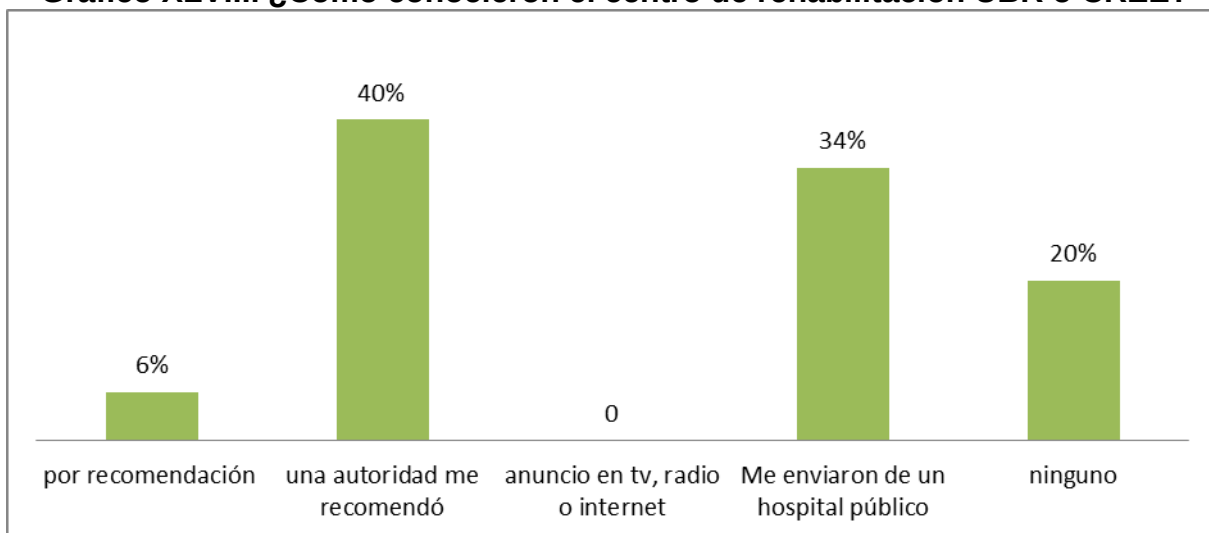
Gráfico XLVII. ¿Conoce otro centro de rehabilitación además del CRIT?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Como se observa en la gráfica anterior, el 48% de los encuestados conocen las UBR de sus municipios, el otro 28% conocen algún centro de rehabilitación de un hospital público y el 24% sabe del CREE. Por lo tanto, a pesar de que conocen la UBR de su municipio, no están dispuestos a ser atendidos en ese lugar. Mientras que para saber cómo fue que conocieron de otro centro a parte del CRIT, se presenta la siguiente información:

Gráfico XLVIII. ¿Cómo conocieron el centro de rehabilitación UBR o CREE?

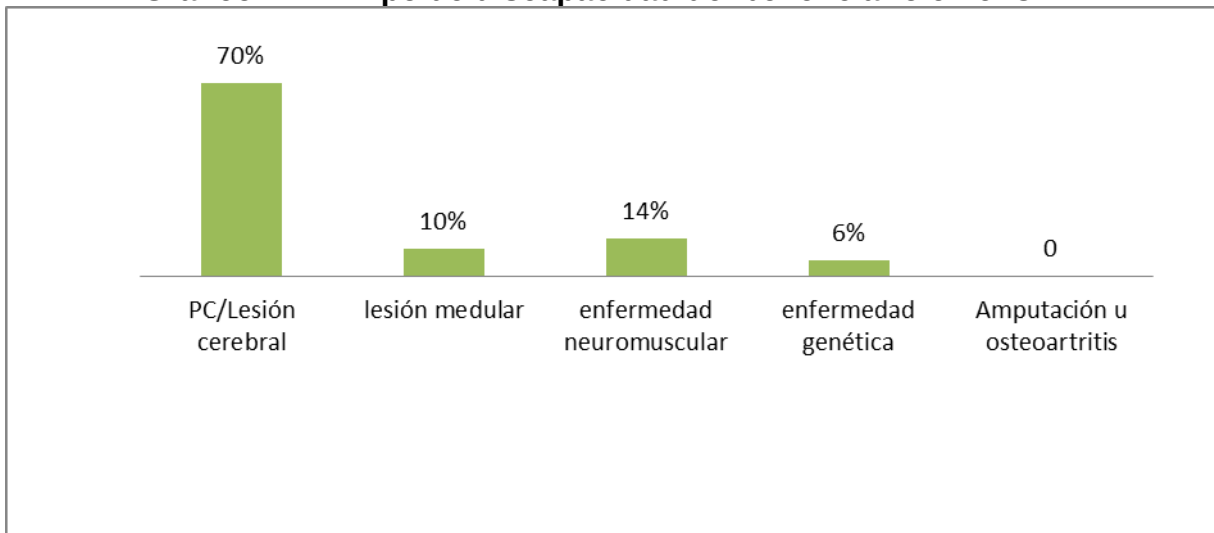


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

En esta ocasión, no fueron los medios de comunicación los que informaron acerca de los servicios de rehabilitación como se vio en el caso del CRIT, para este caso, el 40% de la población conocen otro centro a parte del CRIT debido a que una autoridad de su municipio se los recomendó, el otro 34% fue porque los enviaron de un hospital público, el otro 20% dijo conocer otro centro pero fue porque ellos mismos buscaron la ayuda. El 6% fue por recomendación.

Por otra parte, para conocer el tipo de discapacidad del paciente o beneficiario del CRIT, se conoció que el 70% de los pacientes tienen parálisis cerebral o una lesión cerebral, seguido del 14% con enfermedades neuromusculares, el 10% con una lesión medular y el 6% reporta tener una enfermedad genética. A continuación el gráfico que representa los datos obtenidos:

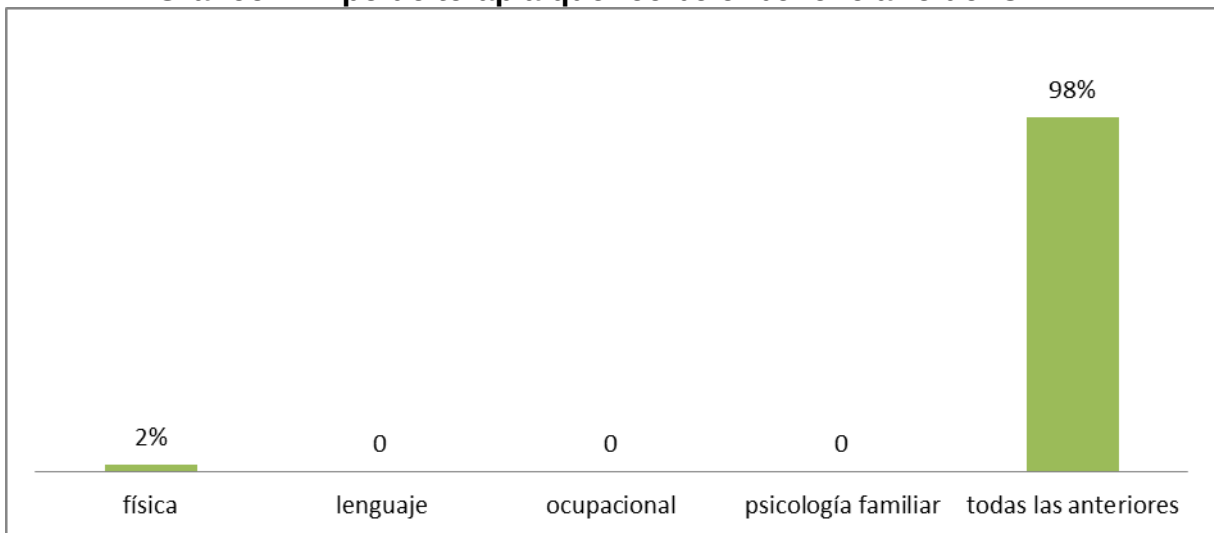
Gráfico XLIX. Tipo de discapacidad del beneficiario en el CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Una vez que se conoce el tipo de discapacidad del encuestado, se procedió a conocer qué tipo de terapia recibe según sus necesidades en materia de rehabilitación y a continuación se presenta el dato:

Gráfico L. Tipo de terapia que recibe el beneficiario del CRIT

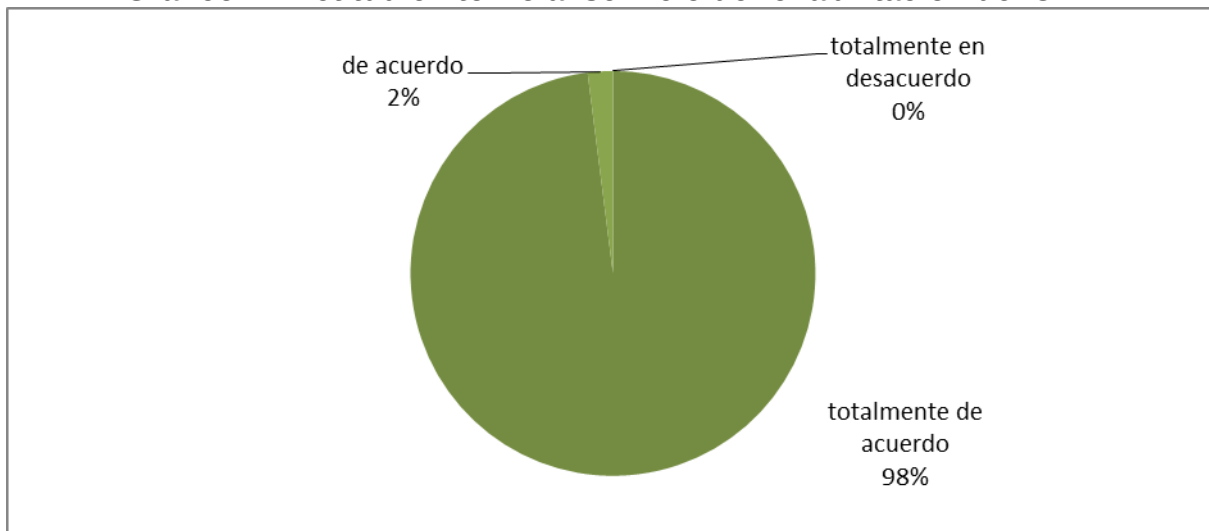


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

El 98% de los pacientes reciben terapias físicas, de lenguaje, ocupacional y psicología familiar, sólo el 2% reportó recibir únicamente terapia física. Son niños que sólo reciben estimulación temprana. Por lo tanto, la rehabilitación en el CRIT es completa e integral. No sólo se atiende al paciente, sino a los familiares del paciente.

Por lo anterior, para conocer el nivel de conformidad por los servicios del CRIT se obtuvo el siguiente dato:

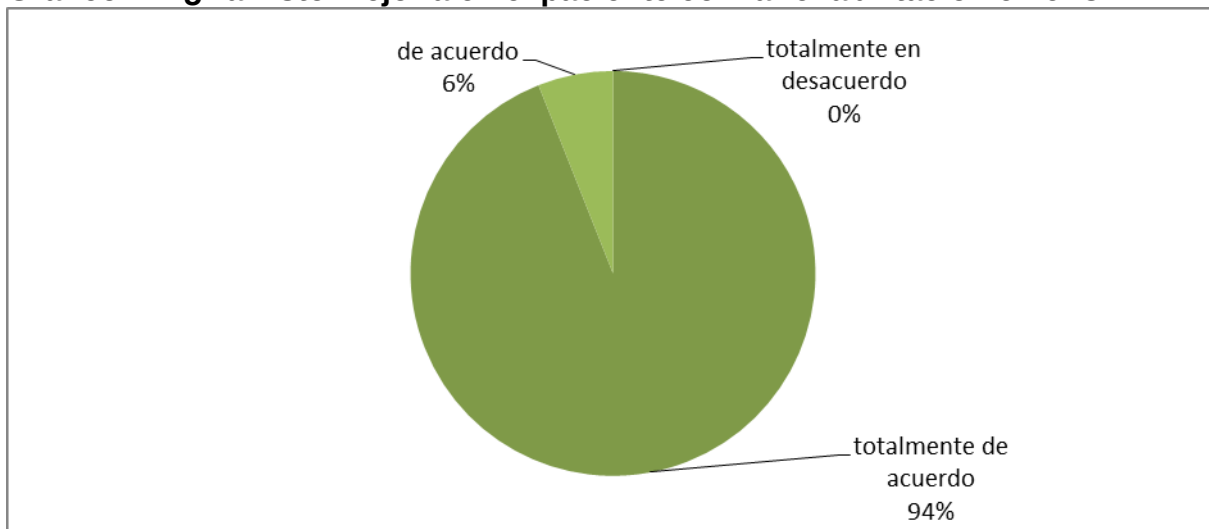
Gráfico LI. Actitud en torno al servicio de rehabilitación del CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

En el gráfico superior se muestra que el 98% de los beneficiarios están muy conformes con el servicio de rehabilitación, el otro 2% no están totalmente de acuerdo pero sus niveles de satisfacción son aceptables. Mientras que a continuación se presenta el gráfico para conocer si el paciente ha visto mejoría con la rehabilitación:

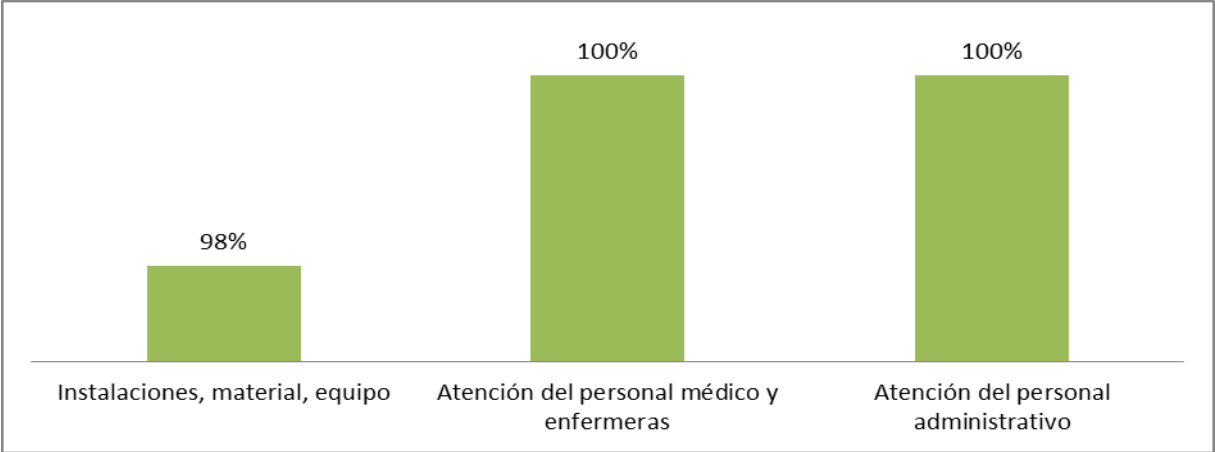
Gráfico LII. ¿Ha visto mejoría en el paciente con la rehabilitación en el CRIT?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

La población que ha visto mejoría con la rehabilitación corresponde al 94%. Es decir, la mayoría de los encuestados consideran que la rehabilitación ha sido fundamental para que sus pacientes puedan tener una mayor independencia y una mejor calidad de vida. Para conocer si los beneficiarios se encuentran satisfechos con la atención y servicios se obtuvo lo siguiente:

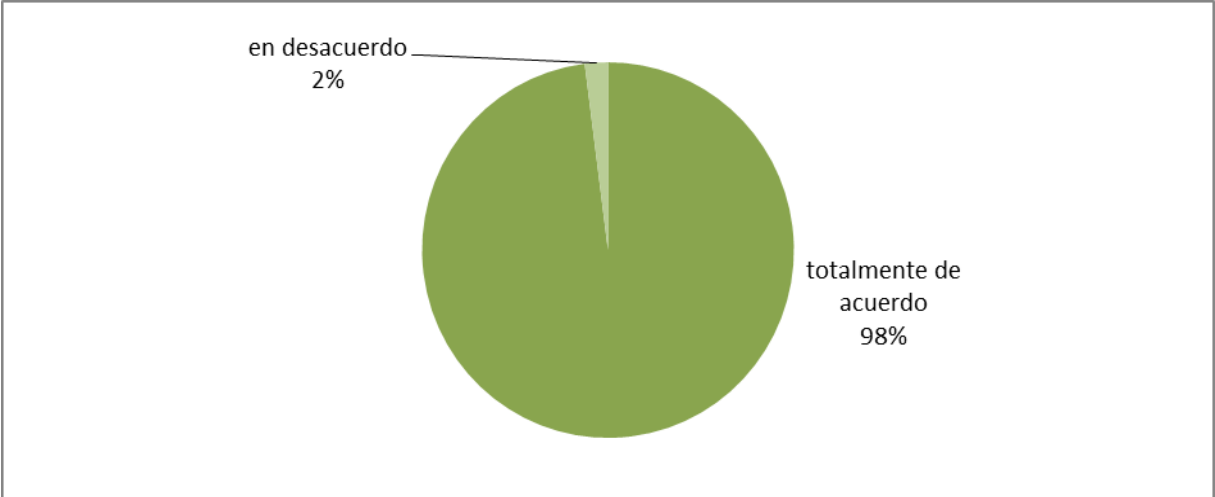
Gráfico LIII. Satisfacción de usuarios por servicios en el CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Solamente el 2% de la población comentó que se encuentra regularmente satisfecho con las instalaciones, material y equipo, aunque no afecta la determinación de la mayoría de los encuestados al valorar con buenos adjetivos los servicios que otorga el CRIT. En el tema de la discriminación, los beneficiarios contestaron lo que a continuación se muestra:

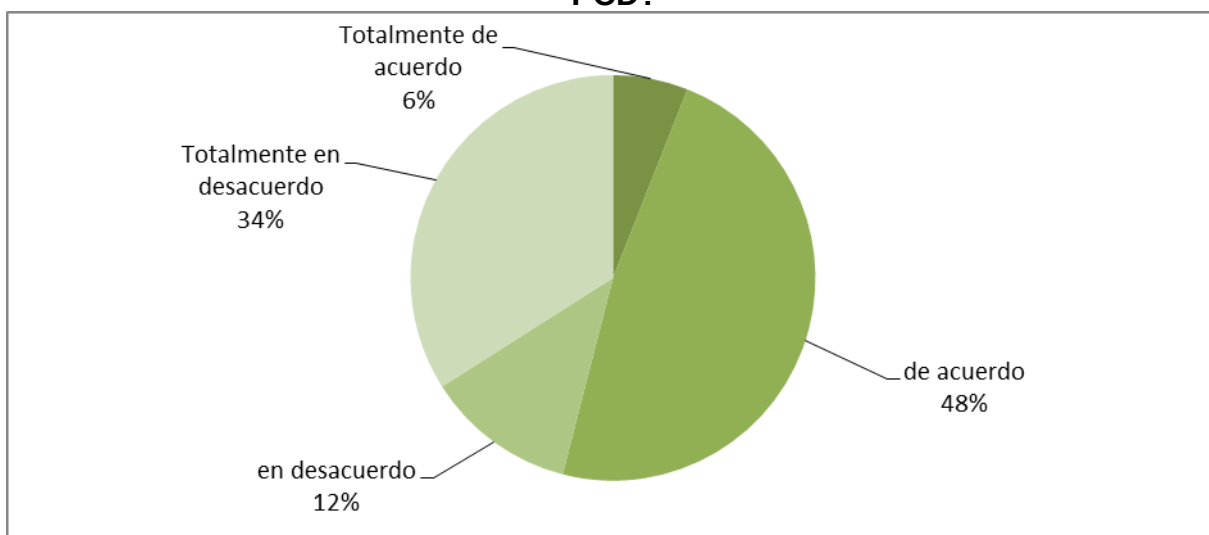
Gráfico LIV. ¿Ha percibido discriminación en el CRIT?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

El 98% de la población no ha percibido ningún tipo de discriminación dentro del CRIT, pero existe evidencia que los encuestados no reciben información acerca de la equidad hacia las personas con discapacidad a través de los medios de comunicación. Sólo el 48% dijo que sí habían recibido algo de información, pero el 34% está totalmente en desacuerdo, así como un 12% que dijo estar en desacuerdo de haber recibido información, como a continuación se presenta:

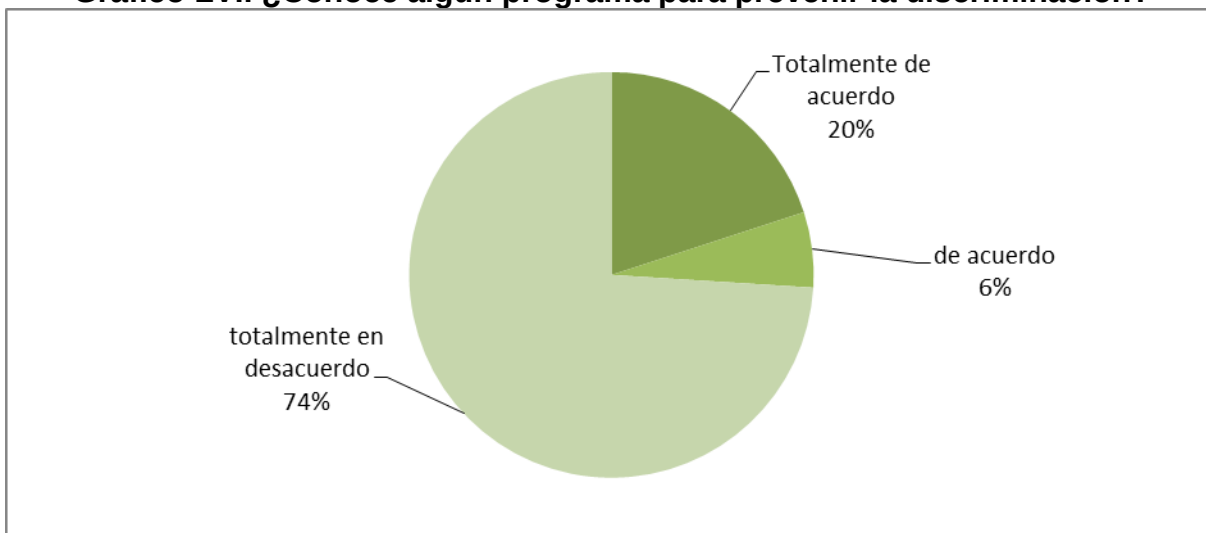
Gráfico LV. ¿Ha recibido información para prevenir discriminación hacia las PCD?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Para conocer si los encuestados conocen algún tipo de programa que prevenga la discriminación, como se supondría tiene por objetivo el programa de atención a personas con discapacidad, solamente el 20% de las personas con algún beneficiario en el CRIT conocen algún programa contra la discriminación, el otro 74% dijo estar totalmente en desacuerdo, es decir, no conocen ninguno pese a los diversos que existen para eliminar la discriminación en grupos vulnerables, a continuación el gráfico que expone lo que anteriormente se determina como la falta de conocimiento por parte de beneficiarios en torno al programa de atención a personas con discapacidad que busca prevenir la discriminación a este grupo vulnerable:

Gráfico LVI. ¿Conoce algún programa para prevenir la discriminación?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CRIT Michoacán, 2014.

Entre los testimonios que se encontraron relevantes al momento de dirigir una entrevista son los siguientes:

Entrevista 7: “Nosotros íbamos al CREE, pero dejé de llevar a mi niña porque las terapias me salían caras. Pagaba entre 30 a 40 pesos pero aquí en el CRIT, ya me sale más barato, pago 8 pesos o lo más caro es con la psicóloga que nos cobra 15 pesos”.

Entrevista 8: “Yo no vuelvo al CREE, ahí salí hasta peleado con una señora que trabaja en el área de terapias. A mi niña le estaban dando electro y la niña no podía o no sabía decir hasta donde le dolía o sentía algo, entonces me la quemaron, ya no la llevé y me peleé con la gente de ese lugar”.

Entrevista 9: “Mi hijo no tenía atención de nada, sólo una vez lo llevé al hospital infantil y ahí me dieron una hojita de cómo hacerle los ejercicios en la casa, la verdad yo no supe cómo hacérselos y mejor así como podía le daba de comer”.

Entrevista 10: “Cuando estaba embarazada iba a tener mi bebé, en el hospital donde me atendieron (Ciudad Hidalgo), me dijeron que todavía no estaba lista para tener a mi bebé, me dejaron un rato, yo pienso que eso me hizo daño porque mi bebé nació con un problema respiratorio, después en los estudios me dijeron que había sido porque no me atendieron bien en el hospital donde me alivié”.

Entrevista 11: “La primera atención que recibió mi hijo fue en el hospital infantil, un médico muy bueno, al principio, pero luego nos dio la dirección de su consultorio privado que porque ahí nos iba a seguir dando consulta, nosotros fuimos dos veces porque más ya no, nos cobraba casi 600 pesos por consulta, eso era un robo porque luego nos dimos cuenta que estaba vendiendo unos pañalitos que necesitaba mi hijo pero que con receta del hospital infantil nos salía más barato”.

Entrevista 12: “Dejé ir al CREE porque los horarios eran sólo en la mañana y por mi trabajo no podía faltar por llevarla a las terapias, entonces cuando supe que iban abrir un CRIT en Morelia, el día que dijeron que iban a recibir a niños sólo por teléfono, marqué y entró la llamada a la quinta vez, pero también estuvo mi cuñado hablando al mismo

tiempo por celular, porque para los que estamos en Morelia nada más nos dieron un día para marcar y que fuera antes de las 2 de la tarde”.

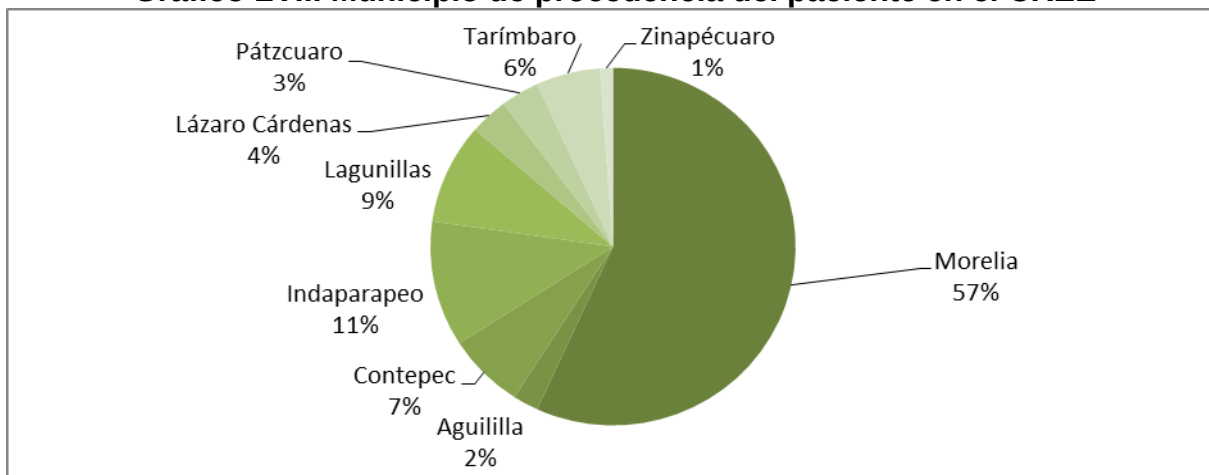
Como conclusión, se observan comentarios generalizados en torno a la atención que se recibía en el CREE, la cual no era integral a comparación del CRIT, era más costosa y aunque las cuotas por terapias en el CREE oscilan entre los 20 a 50 pesos, siguen siendo costosas para personas que no tienen empleo. Se recuerda que cerca de la mitad de los encuestados son dependientes económicos. Por algún tipo de discapacidad son desempleados y no cuentan con pensión o seguro médico que les cubra sus gastos.

Existe también una falta de vinculación entre hospitales públicos que atienden a personas con alguna discapacidad y el CREE, es decir, no basta con otorgar guías para realizar ejercicios de rehabilitación en el hogar, sino el constante apoyo de los especialistas en la materia para que existan verdaderos resultados y avances en las terapias de rehabilitación. Además, es evidente que los pacientes que dejaron de atenderse en el CREE y buscaron un lugar en el CRIT fue porque los servicios eran deficientes, más costosos y poco accesibles en horarios matutinos.

6.2. Resultados del estudio a pacientes en el CREE

Para la aplicación de las encuestas, se estuvo visitando el centro durante 3 semanas, en días hábiles. Enseguida se publica la información que se consiguió.

Gráfico LVII. Municipio de procedencia del paciente en el CREE

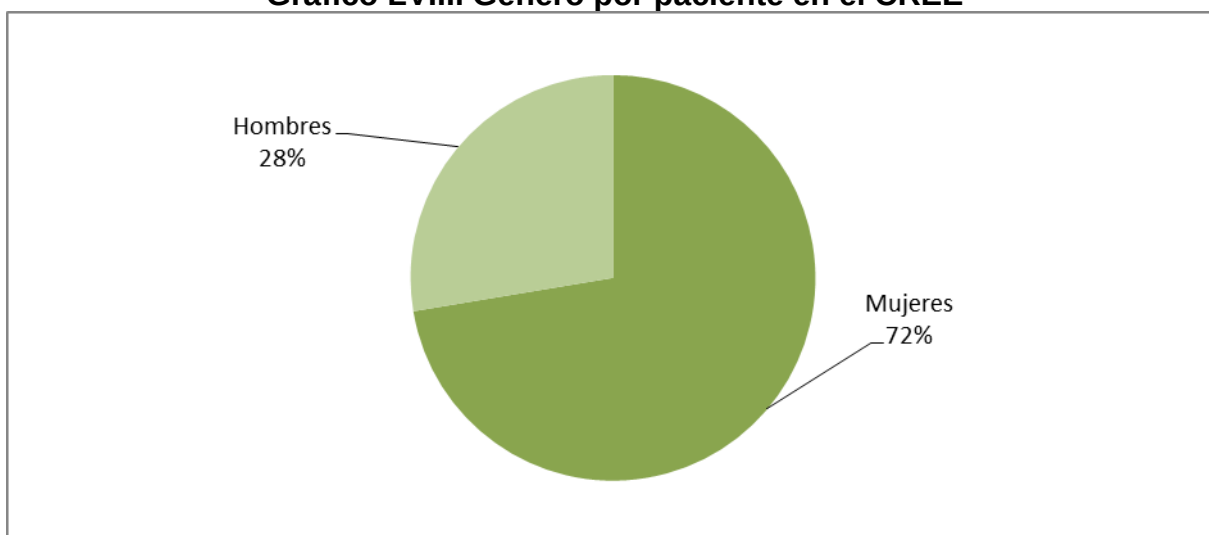


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Como se observa en el gráfico, la mayor cantidad de población que atiende el CREE es de Morelia, un 57% de sus pacientes son de la capital michoacana, mientras que el otro porcentaje lo integran personas de otros municipios como Lázaro Cárdenas Aguililla, Contepec, Indaparapeo, Lagunillas, Pátzcuaro, Tarímbaro, y Zinapécuaro. Es preciso mencionar que sería imposible que se reflejaran más municipios debido a que cada mes, el CREE recibe nuevos pacientes de distintos municipios, es decir, en 30 días brinda terapias a un grupo determinado, los descansa 30 días mientras que para ese periodo toma en consideración a otro grupo.

Para conocer el género por paciente se obtuvo que el 72% de los encuestados son mujeres y el 28% hombres, a continuación el gráfico:

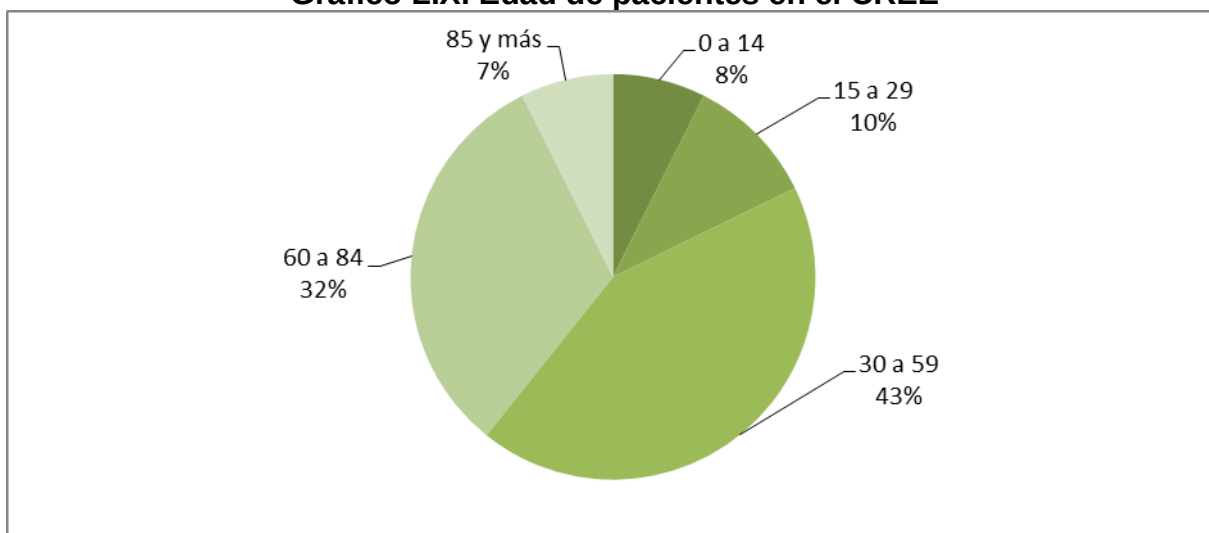
Gráfico LVIII. Género por paciente en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

De los entrevistados, el grupo por edad que acude con más frecuencia a utilizar los servicios en el CREE se encuentra de entre los 30 a 59 años de edad con un 43%, seguido del grupo de edad de entre los 60 a 84 años con un 32%, el otro 5% se encuentra distribuido entre grupos de edad como los 85 y más, de 15 a 29 años y de 0 a 14 años. A continuación el gráfico que representa los datos anteriores donde se refuerza la información que presenta el INEGI en su encuesta 2012 donde afirman que es en el grupo de edad productiva donde se presenta el mayor índice de personas con discapacidad o con algún impedimento ya sea temporal o permanente:

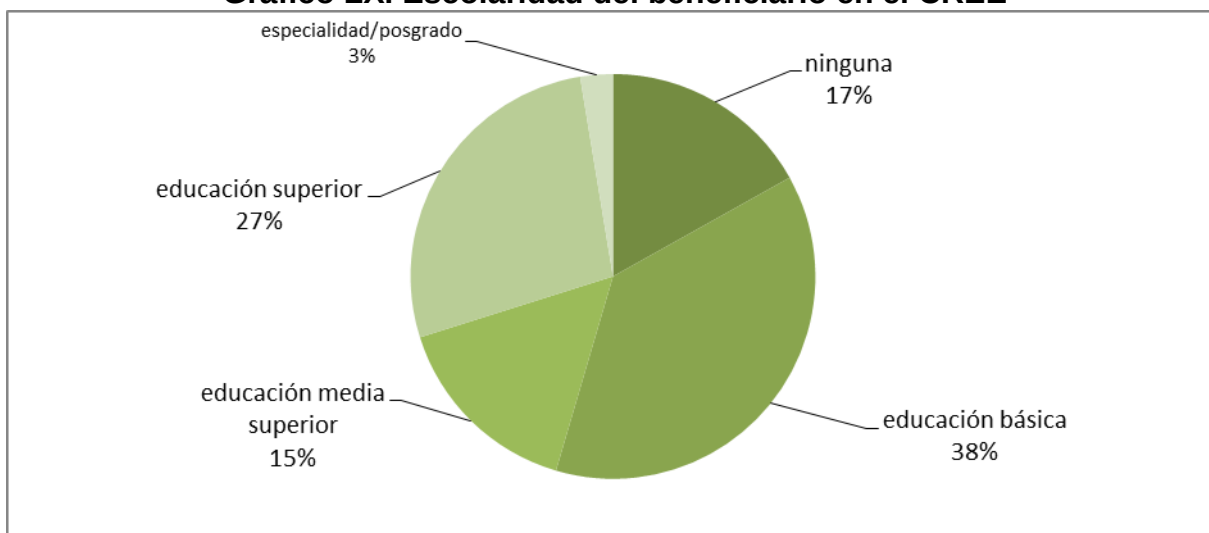
Gráfico LIX. Edad de pacientes en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

De la población encuestada, el 38% de los encuestados tienen concluida su educación básica, un 27% concluyó la educación superior, el 15% terminó la educación media superior, el 3% realizó algún posgrado o especialidad y el 17% no alcanzó a concluir la educación básica, a continuación el gráfico:

Gráfico LX. Escolaridad del beneficiario en el CREE

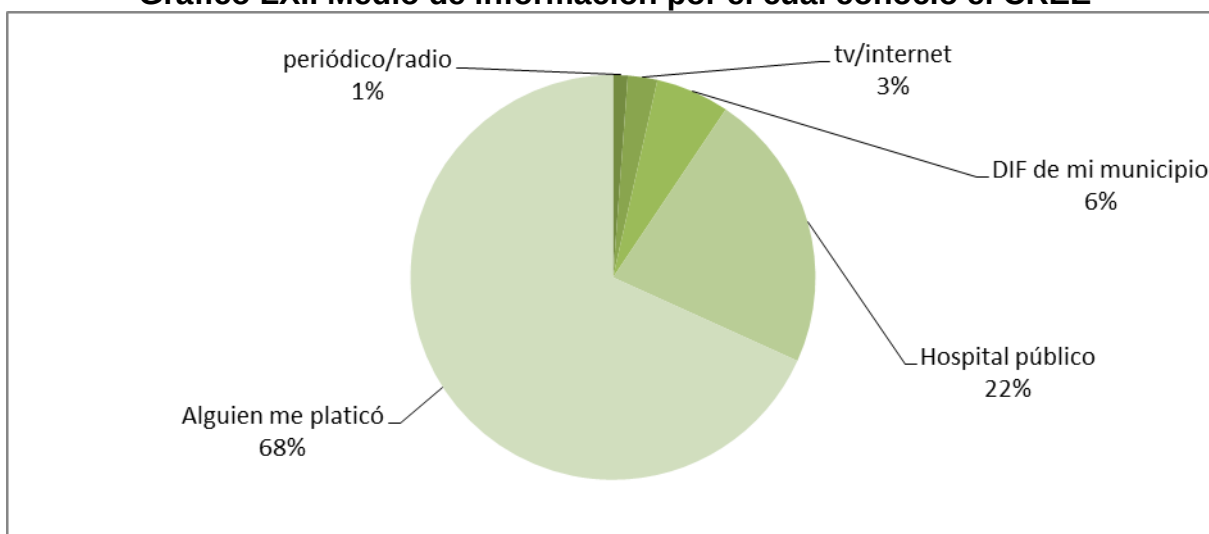


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Por otra parte, es interesante conocer que el 68% de los encuestados conocen al CREE porque alguien les platicó, un 22% es porque los enviaron o recomendaron desde algún hospital público. El 6% fue porque alguna autoridad del municipio de la

localidad les recomendó el lugar y paradójicamente los medios de comunicación son los menos activos para difundir la información del CREE, ya que sólo un 4% de los beneficiarios conocieron del centro por radio, internet o periódico. Enseguida el dato:

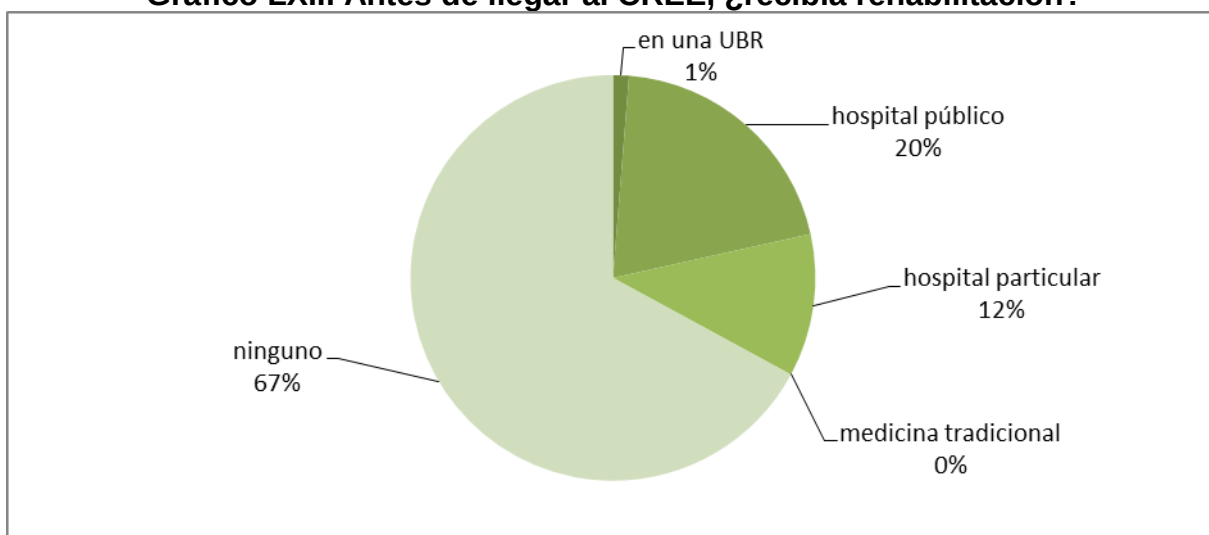
Gráfico LXI. Medio de información por el cual conoció el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Al preguntar si recibían rehabilitación en otro centro antes de llegar al CREE, el 67% de los pacientes dijo nunca haber recibido rehabilitación en otro lugar, mientras que un 20% recibió rehabilitación previa en algún hospital público, otro 12% recibió terapia en un hospital particular, como a continuación se muestra:

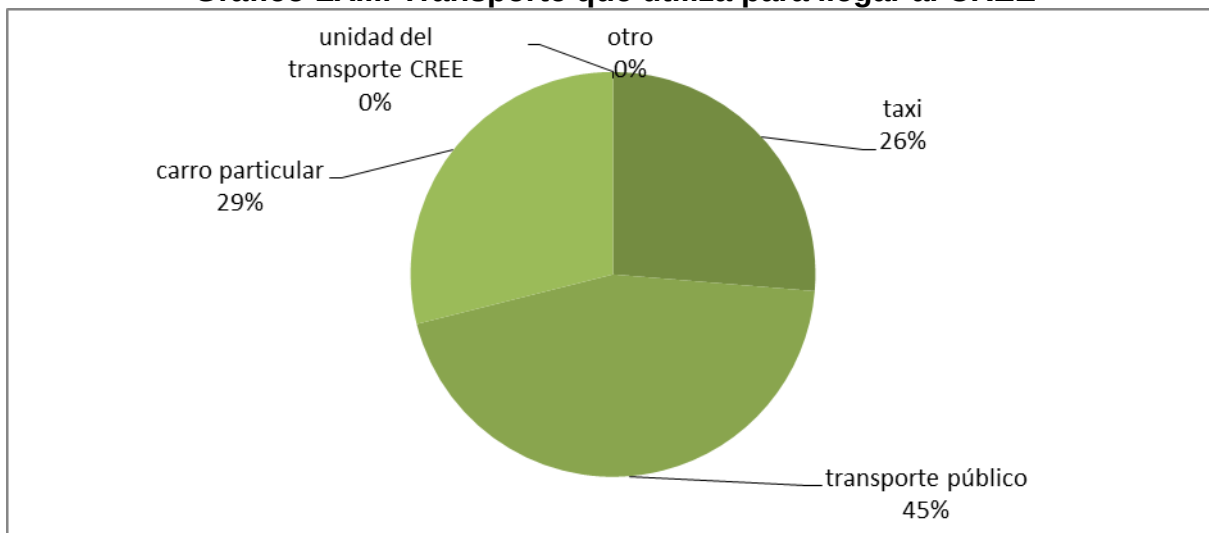
Gráfico LXII. Antes de llegar al CREE, ¿recibía rehabilitación?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Mientras que el transporte por excelencia y de mayor uso entre los pacientes del CREE es el público con un 44% de paciente que utilizan este medio para acudir a sus terapias. Otro 30% utiliza el carro particular ya sea porque pide a algún familiar que lo lleven al CREE porque en su mayoría no pueden conducir.

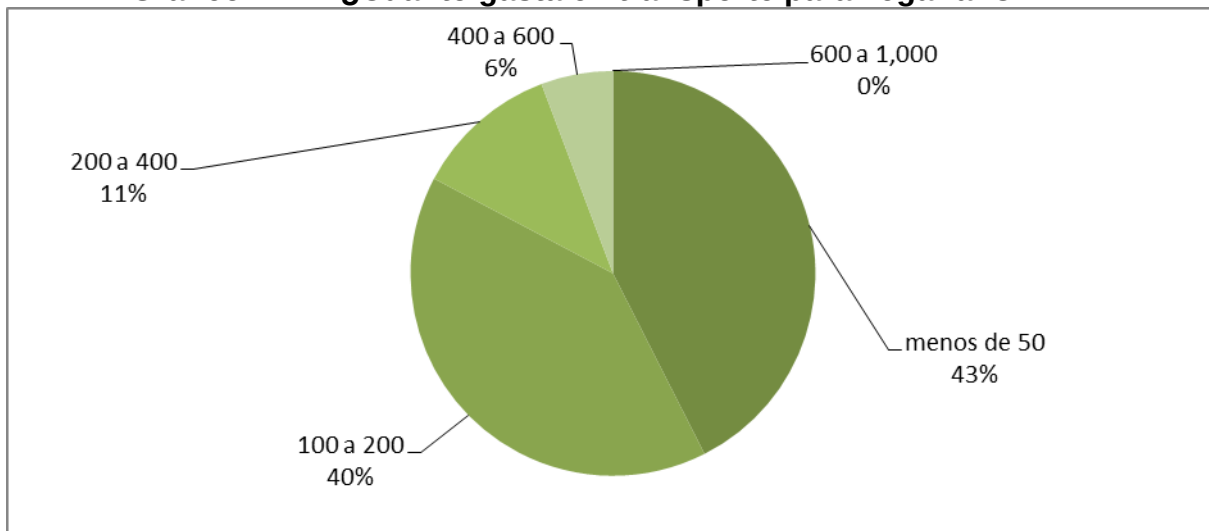
Gráfico LXIII. Transporte que utiliza para llegar al CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Una vez conocido el tipo de transporte, se preguntó el gasto aproximado por la utilización del mismo. Enseguida el gráfico:

Gráfico LXIV. ¿Cuánto gasta en transporte para llegar al CREE?

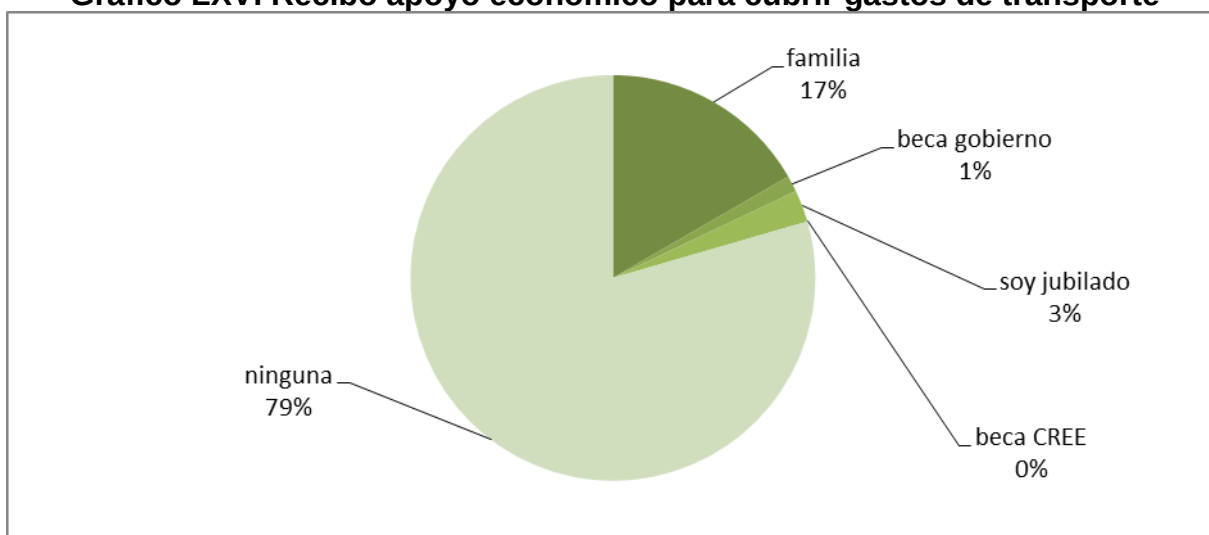


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

El 43% de los pacientes gastan menos de 50 pesos en transporte, el 40% gasta de entre 100 a 200 pesos, sólo el 11% reportó gastar entre 200 a 400 pesos, este gasto solamente incluye por un día de terapia, recordando que en ocasiones citan a la persona los 5 días de la semana, en caso de faltar a alguna cita, debe dar aviso si no, el CREE está autorizado a suspender los servicios a quien falte a una cita.

Como se recordará, el programa de atención a personas con discapacidad incluye una beca para cubrir gastos de transporte, por lo que se preguntó cuántos de los pacientes tienen el beneficio de dicho programa y esto es lo que se conoció:

Gráfico LXV. Recibo apoyo económico para cubrir gastos de transporte

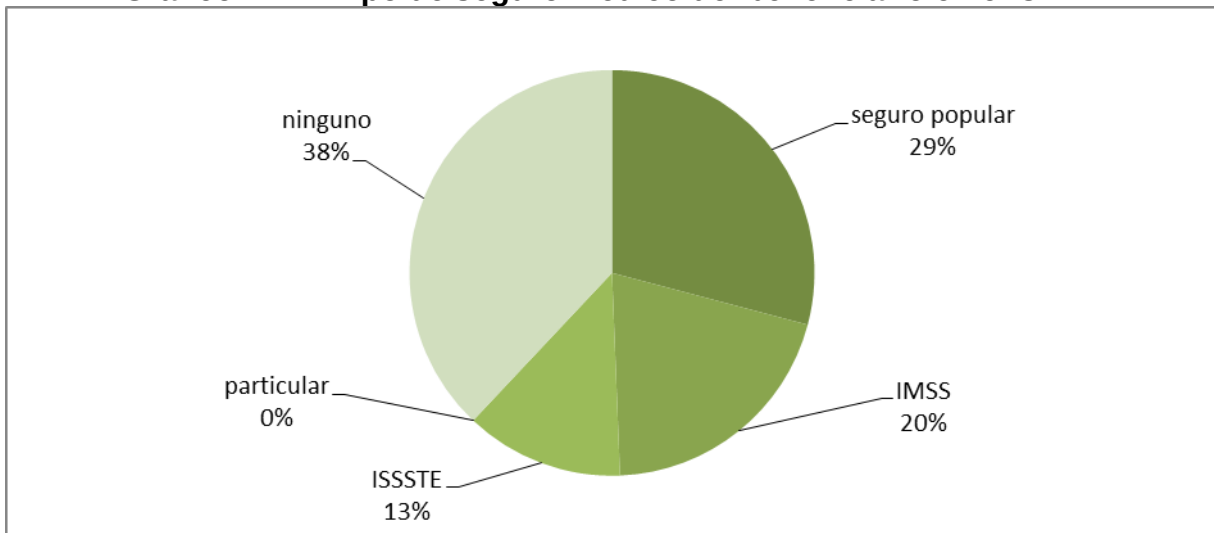


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

El apoyo que reciben los pacientes para cubrir los gastos de transporte, el 79% dijo no tener el beneficio, el 17% dice que recibe los recursos económicos por parte de la familia. Pese a que existe el programa de becas para cubrir gastos de transporte público a personas con discapacidad, es más de la mitad quienes no han obtenido ese beneficio.

Al preguntar al respecto del tipo de seguro médico con el que cuentan y para acceder a servicios de salud en materia de rehabilitación, esto es lo que se obtuvo según datos de las encuestas aplicadas a beneficiarios del CREE:

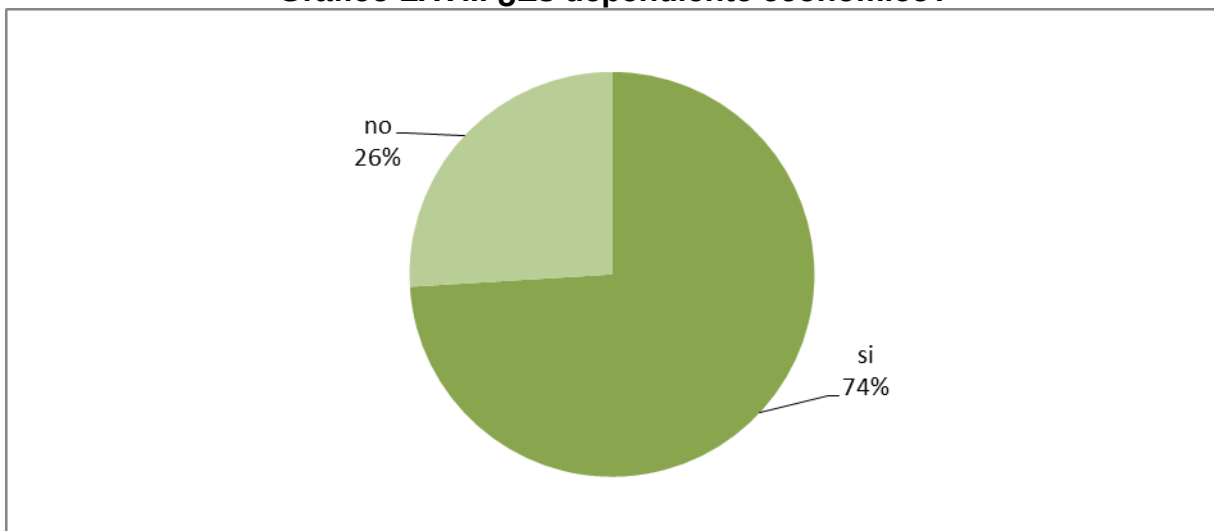
Gráfico LXVI. Tipo de seguro médico del beneficiario en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Mientras que el 29% de la población encuestada cuenta con seguro popular, un 38% no cuenta con ningún tipo de seguro médico, sólo el 20% tiene seguro social y un 13% el ISSSTE. De los beneficiarios, el 74% son dependientes económicos como se muestra a continuación:

Gráfico LXVII. ¿Es dependiente económico?

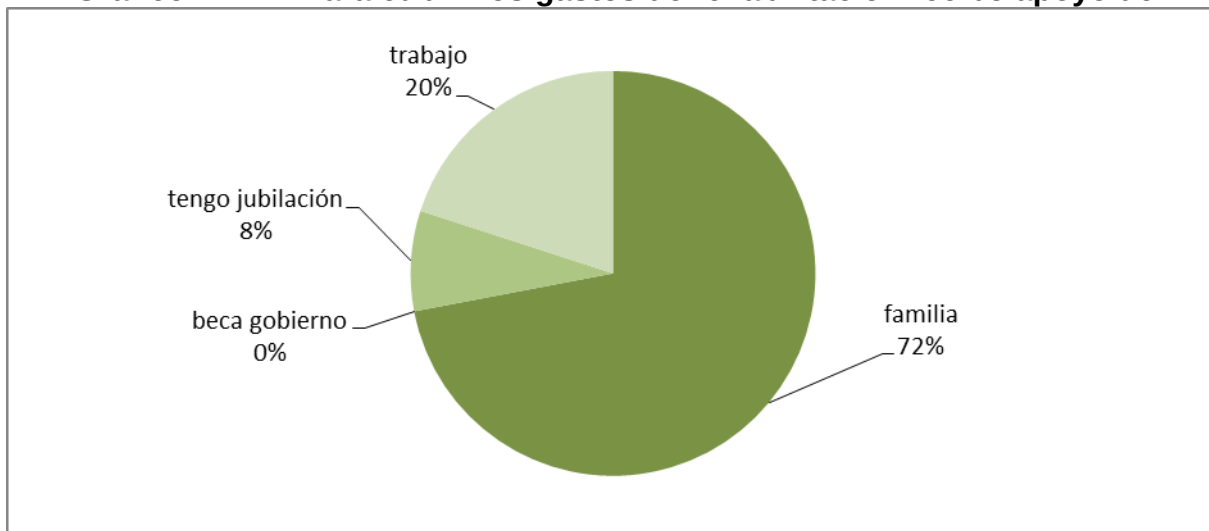


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Por lo anterior, surge la incógnita, ¿cómo cubren los gastos por rehabilitación? Y se conoció la siguiente información donde el 72% de los encuestados dijo recibir el apoyo económico de sus familiares, el 20% trabajan pese a sus posibles deficiencias,

y sólo el 8% cubre sus gastos por la jubilación y pensión que recibe al mes. Ninguno gracias al programa de atención a personas con discapacidad. En seguida el gráfico:

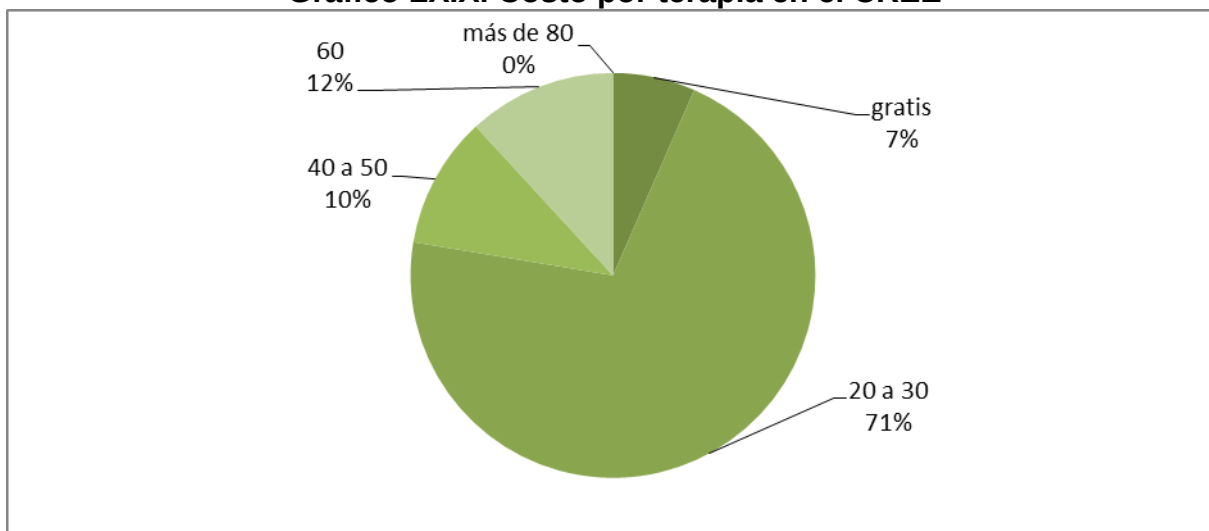
Gráfico LXVIII. Para cubrir los gastos de rehabilitación recibo apoyo de



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

¿Cuánto es el costo por terapia?, una vez que se realiza el estudio socioeconómico al paciente, el encuestado contestó lo siguiente en relación al costo por terapia: el 71% paga entre 20 a 30 pesos, el 12% tienen una cuota de 60 pesos por terapia y ningún encuestado dijo pagar más de 80 pesos por terapia, en seguida el gráfico:

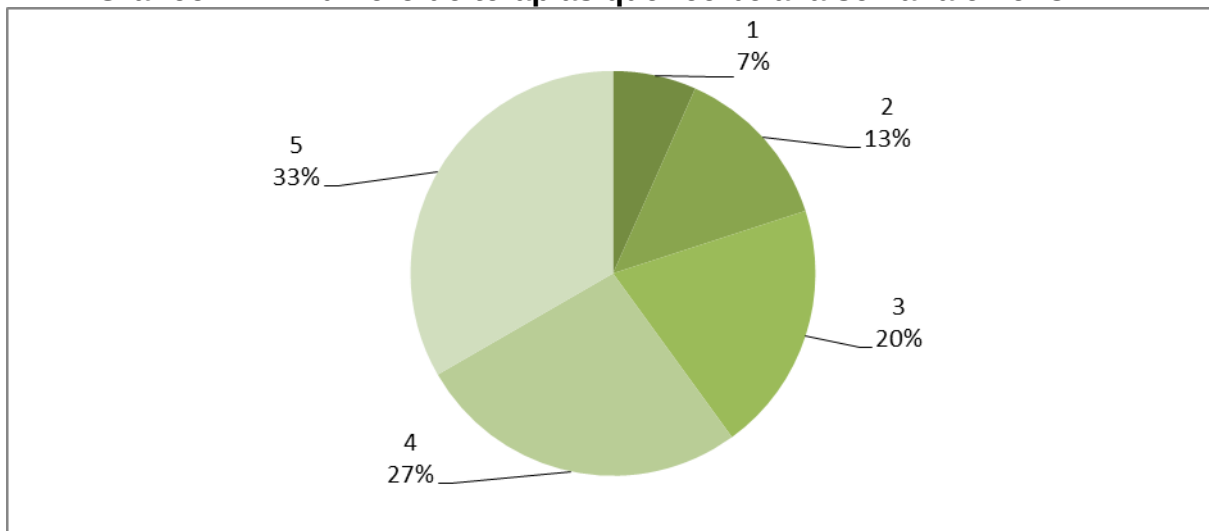
Gráfico LXIX. Costo por terapia en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Y para conocer cuántas terapias recibe a la semana se recabó que el 33% de los encuestados reciben 5 terapias a la semana, es decir, una terapia por día, mientras que el 27% sólo recibe 4, el 20% recibe 3 terapias por semana y sólo el 7% dijo recibir una terapia por semana, enseguida el gráfico:

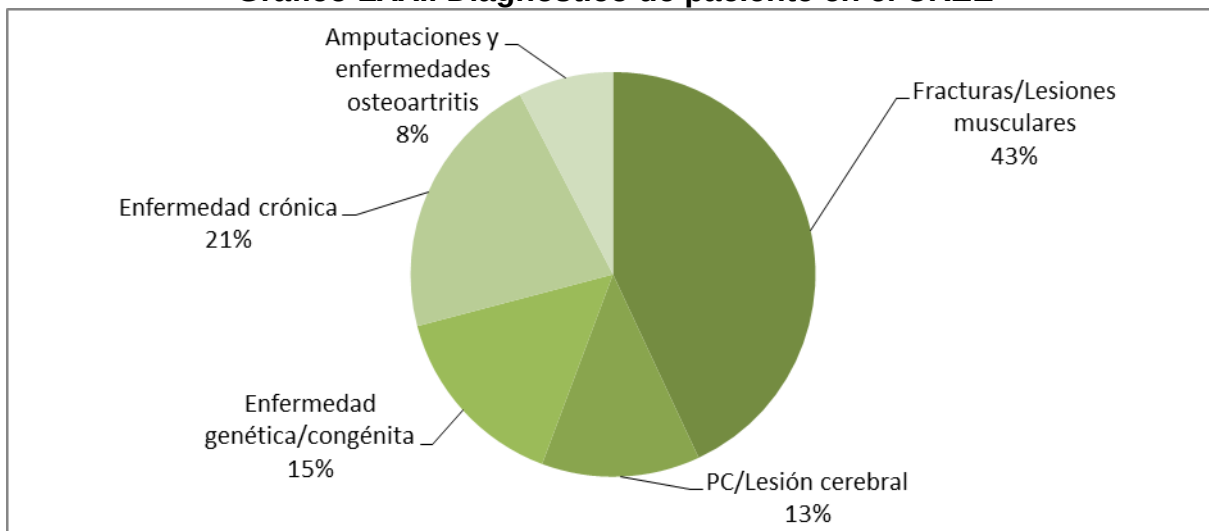
Gráfico LXX. Número de terapias que recibe a la semana en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Al entrevistar a pacientes del CREE, se conoció que el 43% se encuentran recibiendo terapia o rehabilitación por causa de una lesión muscular o fracturas, el 21% presenta una enfermedad crónica y el 13% con parálisis cerebral.

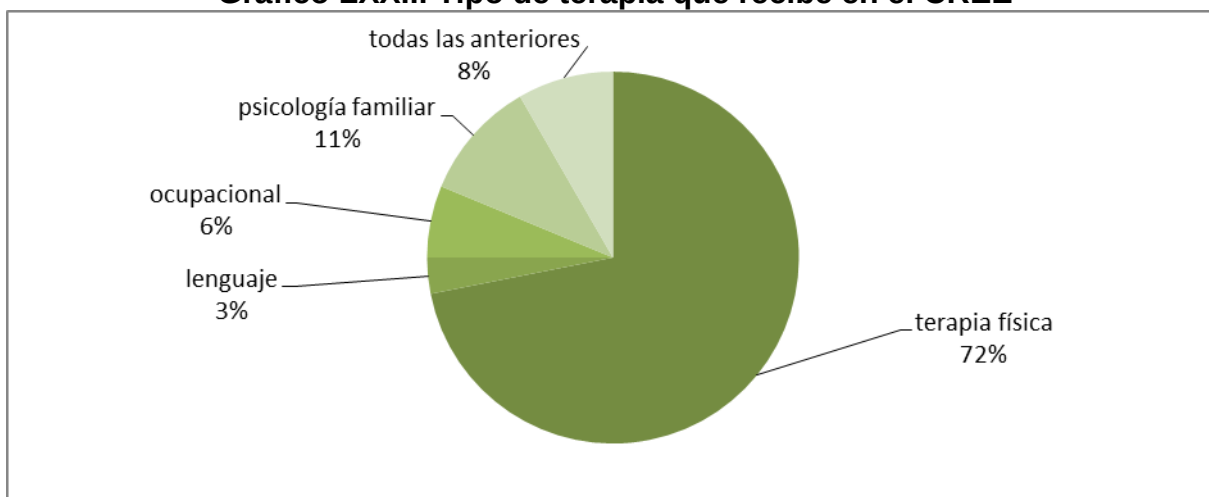
Gráfico LXXI. Diagnóstico de paciente en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Por lo tanto el tipo de terapia que reciben en el CREE es la siguiente: El 72% de los pacientes que acuden al CREE únicamente reciben terapia física (mecanoterapia-electroterapia), el 11% recibe psicología familiar, y el 8% recibe todas las terapias mencionadas además de lenguaje y ocupacional, como a continuación se muestra:

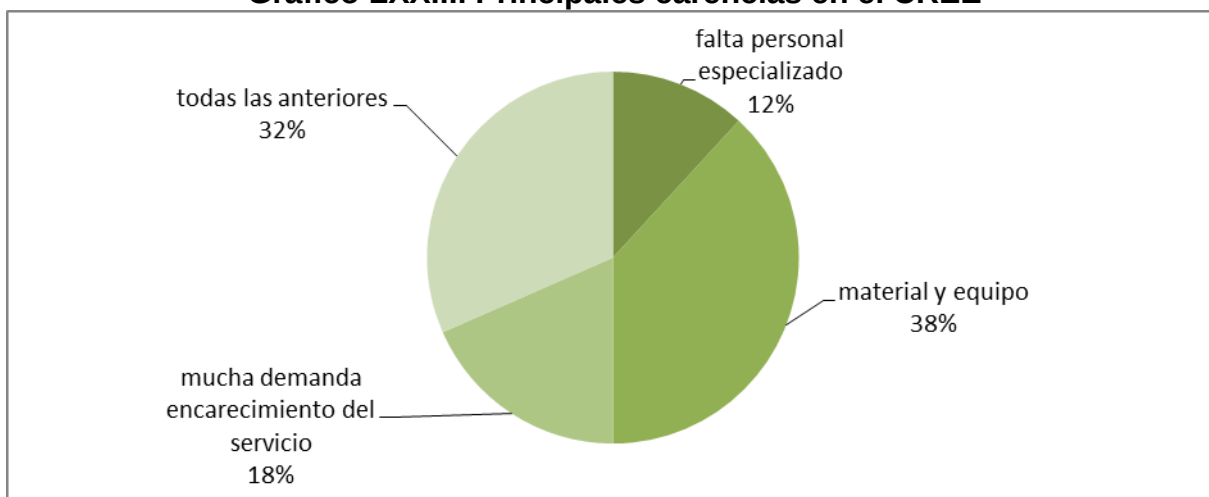
Gráfico LXXII. Tipo de terapia que recibe en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Entre las principales carencias del CREE según opinión de los encuestados, el 38% opina que es material y equipo, mientras que el 32% opina que son todas las opciones, material y equipo, falta de personal especializado, mucha demanda que encarece el servicio, enseguida el gráfico:

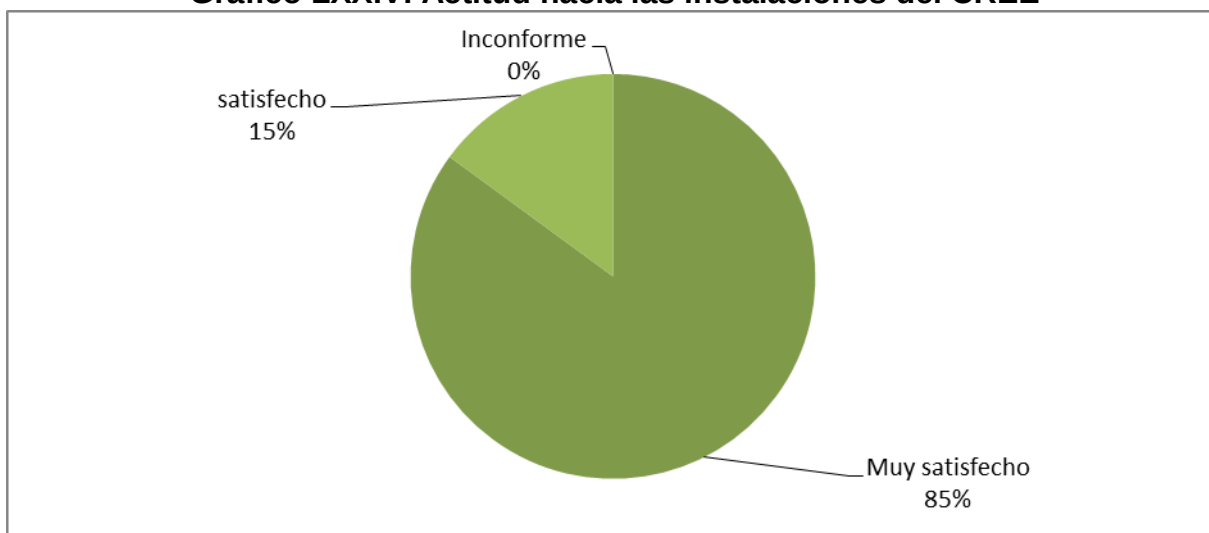
Gráfico LXXIII. Principales carencias en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Pese a que el centro presenta algunas carencias según los entrevistados, el 85% se encuentran muy satisfechos con las facilidades que existen en las instalaciones, no existe ningún sólo entrevistado inconforme.

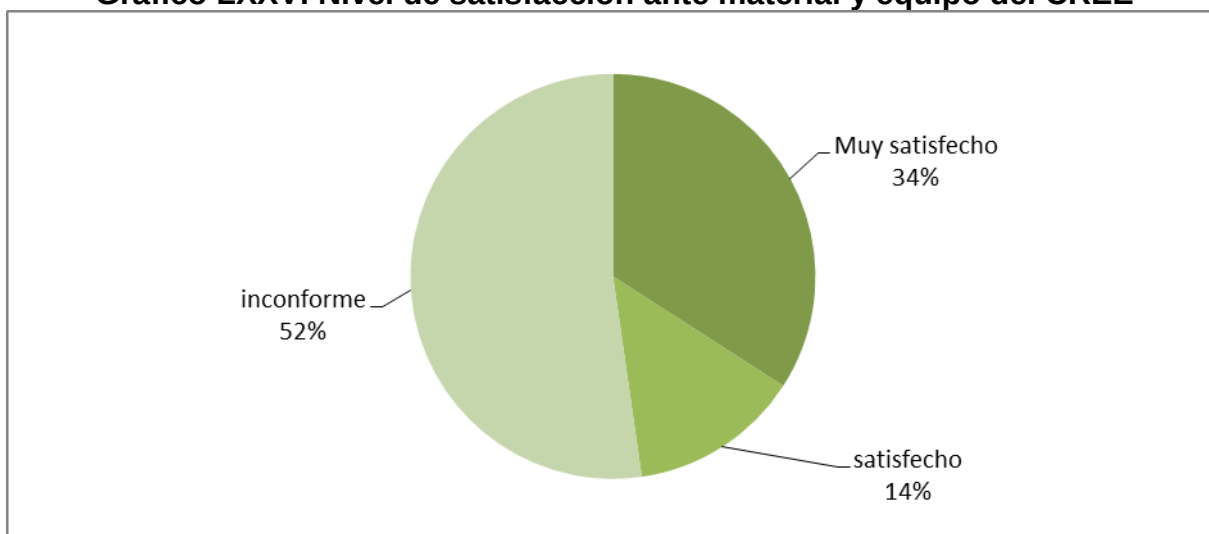
Gráfico LXXIV. Actitud hacia las instalaciones del CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

En relación a su nivel de satisfacción por el material y equipo, el 52% mostraron su inconformidad, el 34% está muy satisfecho como a continuación se muestra:

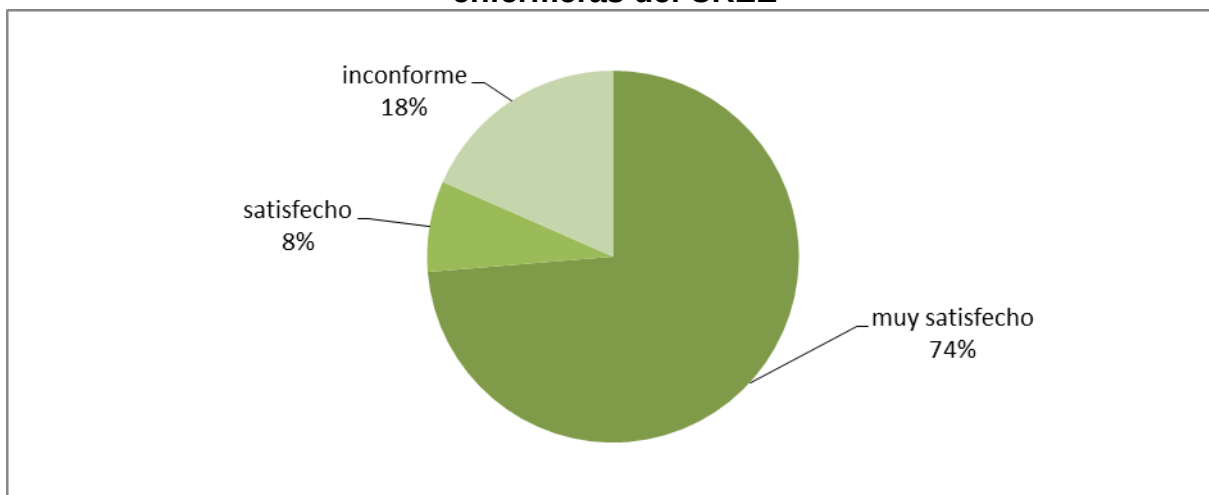
Gráfico LXXV. Nivel de satisfacción ante material y equipo del CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Para la atención del personal médico y enfermeras, el 74% de los beneficiarios dijeron estar muy satisfechos con la atención. Sólo un 18% mostro inconformidad con algunos empleados, enseguida el gráfico:

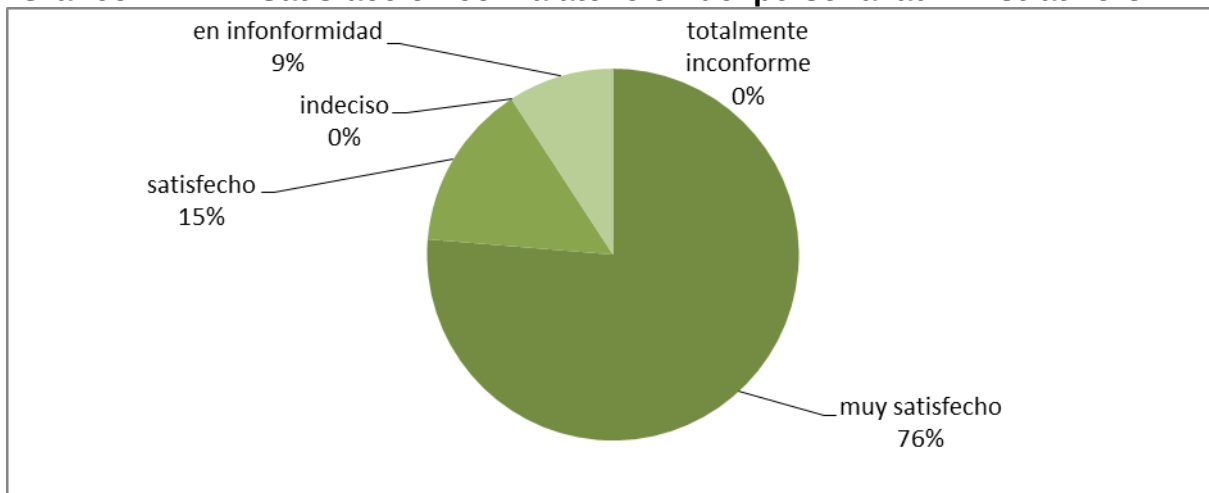
Gráfico LXXVI. Nivel de satisfacción por atención de personal médico y enfermeras del CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Los entrevistados opinaron acerca de la atención que reciben del personal administrativo. Recordemos que el personal administrativo está formado por 37 empleados, en su mayoría sindicalizados. Quienes en algún momento no quisieron participar en la investigación debido al conflicto de intereses que ocasionaría dentro del STASPE, sin embargo no fueron mal evaluados como a continuación se muestra:

Gráfico LXXVII. Satisfacción con la atención del personal administrativo CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a beneficiarios en el CREE, 2014.

Algunas de las entrevistas que se lograron recabar para complementar la investigación en cuanto a beneficiarios del CREE son las siguientes:

Entrevista 1: “Yo vengo desde la Ciudad de México, una de mis hijas vive aquí en Morelia y cada que la visito busco que me atiendan en el CREE, son muy amables las personas que están aquí y me he sentido cada vez mejor con las terapias”.

Entrevista 2: “Es la primera institución pública que he visto que a todos nos tratan con empatía, no lo hacen sentir menos a uno, nos comprenden, nos tienen paciencia, en cuanto llegamos no nos hacen esperar. No si fuera como en el Seguro (IMSS), ahí sí parece que va a rogarles el servicio, aquí no, y no lo hacen esperar, si tiene la cita a una hora, a esa hora es que lo llaman”.

Entrevista 3: “Iba caminando por la calle para tomar una combi de regreso a mi casa, acababa de salir del trabajo cuando me atropelló un carro en el libramiento, el señor sí se hizo responsable al inicio de cubrir los gastos médicos, me estuvieron atendiendo en el hospital de la mujer, luego metió un abogado que me pidió las notas y recibos, yo no tenía nada, ya estoy grande de edad y no podía salir del hospital a comprarlas, mi hermana me hacía el favor de ayudarme con eso y no íbamos a saber que las notas tenían que estar a mi nombre, puse mi huella en un papel, porque ni se escribir, y luego llegó un juez diciendo que el señor está libre de todo cargo, aún sigo pagando las cuentas del hospital y todavía no me recupero, sigo pagando por lo de mi rehabilitación, pero hay un dios y yo al menos estoy viva de milagro, aquí en el CREE me han tratado bien y ya camino sin andadera”.

Entrevista 4: “Me lesioné un brazo jugando futbol americano, en el hospital tuvieron que hacerme una operación, iba a necesitar rehabilitación, me recomendaron el CREE, vine con mis papás y no tardaron mucho en atenderme, en esa misma semana me pasaron a terapias de electro y ya tengo fuerza y me duele menos el brazo”.

Entrevista 5: “Sufrí un intento de homicidio, ya interpose la denuncia ante la Procuraduría, pero fueron siete balazos los que me dieron por la espalda, todos fueron de entrada por salida menos una bala que me lesionó la columna. Me atendieron en el hospital de la mujer, ahí me hicieron varias cirugías, en el riñón, hígado, pulmones, estómago y columna, ahorita estoy en rehabilitación. Antes del incidente yo trabajaba, era empleada en un negocio de verduras, mantenía a mis tres hijos, que son menores de edad, pero ahora con esto, ya no puedo trabajar, y quienes me ayudan a cuidar a los niños son mis vecinos, algunos familiares y para cubrir los gastos, otro de mis hijos el mayor es quien está trabajando, pero él también tiene a su familia que mantener, está muy complicado seguir con la rehabilitación pero tampoco no puedo dejarla porque tengo que trabajar.

Entrevista 6: “Tuve que llegar hasta aquí por culpa de un médico que no hizo bien su trabajo, me puso anestesia de más en una cirugía que me iban a hacer por la vesícula y no me recuperé de esa cirugía. Ya tengo más de 8 meses en rehabilitación y aún no me han podido dar de alta. En mi trabajo me dieron incapacidad por un año, pero ahorita ya regresé, aunque no puedo hacer muchas cosas como antes pero poco a poco estoy con mis actividades de trabajo”.

Entrevista 7: “Trabajaba para una empresa y en el trabajo me caí de una grúa, me tuvieron que internar en un hospital y me colocaron algunos clavos en mis brazos y hombros. Ahorita estoy en el CREE con las terapias de electro, tenía hidroterapia pero me las quitaron, creo que el tanque no les sirve. Por mi trabajo me dieron incapacidad por 6 meses”.

Entrevista 8: "Mi hija estaba en su día de graduación de la prepa cuando de repente se desmayó y la llevamos al médico, nos dijeron que había sido una embolia, estuvo internada varios días y a partir de entonces no puede hablar, dice cosas a señas pero no habla. Estamos en mecanoterapia y terapia de lenguaje, en ocasiones vamos con la psicóloga".

Entrevista 9: "Pregúntame de cualquier médico aquí en Morelia que trate a niños con Parálisis Cerebral, los conozco a todos. Conozco las clínicas, conozco los hospitales, todo. Yo tengo parálisis cerebral y desde chiquita estuve en clínicas y escuelas, pero me gusta venir al CREE, me gusta cómo me atienden las personas y además está mucho más barato que en otro lugar".

En conclusión, se observa en los resultados de las entrevistas que los pacientes del CREE están satisfechos con los servicios que reciben en el mismo, aunque menos de la mitad conocen otro centro de rehabilitación para que hicieran el comparativo de los servicios otorgados. Lamentablemente, se conocieron casos de negligencia médica que ocasionaron algún tipo de discapacidad a pacientes del CREE, otros casos son de personas que aún no tienen el diagnóstico correcto de la causa de discapacidad y también, por causa de discapacidad se notó un grado de incidencia en personas que por violencia ya sea intrafamiliar o delincuencia han ocasionado alguna discapacidad en pacientes del CREE.

Esto quiere decir que se debe ampliar el estudio de las causas que ocasionan una discapacidad, también, revisar qué médicos generales han incurrido en negligencia médica y darle seguimiento a los casos. También es recomendable otorgar algunos incentivos a quienes realizan de forma humana su trabajo dentro del CREE, los recursos humanos son valiosos dentro de cualquier institución, pero en dicho centro se están olvidando de ello, quienes otorgan los servicios de rehabilitación son becarios o prestadores de servicio social quienes no reciben ningún salario por su trabajo, ni siquiera como apoyo para su transporte o alimentación. Es importante valorar este tipo de incentivos para quienes realizan una labor indispensable y primordial dentro de un centro de rehabilitación.

6.3. Resultados del estudio a empleados del CREE

Con relación a los empleados del CREE, en total son 95 trabajadores que se encuentran en la nómina salarial, aunque en la encuesta también se tomaron en

consideración los practicantes y de servicio social, porque a pesar de que no reciben salario, trabajan en las áreas de terapias en rehabilitación, incluso con horarios más estrictos que los propios trabajadores.

También, se menciona que para cumplir estrictamente con la muestra planteada inicialmente en la metodología, al final faltó encuestar a 3 personas del área administrativa. Una vez que se realizó el trabajo correspondiente (permisos y presentación con el personal del CREE, todo autorizado por la dirección) el delegado del Sindicato de Trabajadores al Servicio del Poder Ejecutivo (STASPE), instruyó a sus allegados a que no contestaran ninguna entrevista o encuesta que se desarrollara en las oficinas.

Por lo tanto se excluyeron algunos de los simpatizantes del líder sindical ya que tampoco se puede obligar a nadie a contestar una encuesta. Pese a esta situación, hubo algunos trabajadores que también son miembros del sindicato y que amablemente contestaron la encuesta, siempre y cuando se protejan los datos personales de los sindicalizados.

Entrevista 1: "Necesitamos mucho material, en mi caso, durante 3 meses he atendido un aproximado de 700 personas, algunos días me ha tocado atender hasta 18 personas. En el área tenemos 5 aparatos, cada uno requiere una cierta cantidad de sobres, aproximadamente 4 por pacientes y tienen un periodo de vida de 10 puestas, pero en ocasiones me ha pasado que surten material hasta en 15 días y tengo que reutilizarlos aunque ya no peguen, es peligroso porque si no están bien pegados emiten descargas eléctricas".

Entrevista 2: "Tenemos un año sin neurólogo, es imprescindible un especialista de ese tipo en el CREE, también tenemos dos aparatos que son para terapia de isocinético y electromiógrafo pero que tiene algunos meses que no están en funcionamiento, hace falta personal capacitado para utilizarlo, así como material. Estos aparatos costaron miles de pesos al gobierno y están sin funcionar, los pacientes tienen que irse a otras clínicas a hacerse esos estudios que les cuestan más de 2 mil pesos cuando aquí pudieran ahorrarse la mitad".

Entrevista 3: "El CREE requiere que implemente la certificación de sus empleados así como los servicios, de alguna forma los pacientes podrán tener garantía de lo que reciben aquí, a parte, quienes trabajamos aquí también recibiríamos más capacitaciones, este trabajo es de estar todo el tiempo actualizándonos".

Entrevista 4: "Hace tiempo el CREE atendía en horario vespertino pero por decisiones de "arriba" determinaron que siempre no, antes también nosotras como trabajadoras recibíamos capacitación continua, incluso asistíamos a congresos y talleres que se impartían a nivel nacional, después se dejó todo eso a un lado, también nosotras como trabajadoras del CREE promocionábamos los servicios que ofrecemos, pero ahora ya no salimos, dejamos de ofrecer charlas en escuelas públicas, en los centros de salud, en los

municipios, pensé que era por el cambio de gobierno y los colores de partido, pero regresó el PRI al gobierno y seguíamos igual, luego pensé que era por cuestiones de inseguridad que no íbamos a los municipios porque era peligroso, pero ahora mi conclusión es que los de arriba (jefes-directores) no les interesa el tema, aquí en el CREE hay mucha gente en su confort y a los toros por los cuernos, a la institución le toca promocionar los servicios, cuidados para prevenir discapacidad”

Entrevista 5: “No tenemos suficiente material y equipo, al parecer no quieren que lleguen los pacientes al CREE, entre menos pacientes tengan al parecer es mejor, además la situación interna entre los mismos compañeros del sindicato está muy difícil, de verdad que no quieren hacer su trabajo y hay ocasiones en las que se defienden con el sindicato”.

Entrevista 6: “Yo vivo con 5 mil pesos al mes, con eso tengo que pagar la renta porque no soy de Morelia, pagar los servicios, el transporte y aparte, la comida que pueda dar al día, ya me he enfermado del estómago varias ocasiones porque como afuera del CREE y como que no está limpia la comida, no sé, pero ya me he enfermado. No tenemos otra opción, sólo tenemos unos cuantos minutos para salir a almorzar y regresar de inmediato, no podemos alejarnos tanto del CREE.

Entrevista 7: “No puedo darle información, tenemos órdenes del sindicato de no dar información ni contestar ninguna pregunta”.

Entrevista 8: “Durante el gobierno de Lázaro Cárdenas Batel en el CREE se tenían más servicios, teníamos un otorrinolaringólogo, un oftalmólogo, un odontólogo, y ya no tenemos nada de eso, ni siquiera tenemos neurólogo pediatra para atender a los pacientes menores de edad, además mucha gente ha pedido el turno vespertino, si lo piden es porque verdaderamente lo necesitan, hay gente que no puede dejar de trabajar en las mañanas”.

Entrevista 9: “Hace tiempo aquí en el CREE veía hasta 30 pacientes al día, todo eso de bancas que ahora están vacías, se veían llenas y ahora son menos pacientes, cada vez llegan menos y eso es porque nos falta material, hay gente que viene a preguntar por el servicio y no podemos dárselo, se enfadan de venir a pedir lo mismo y que nosotros tengamos que decirles que todavía no está listo el servicio”.

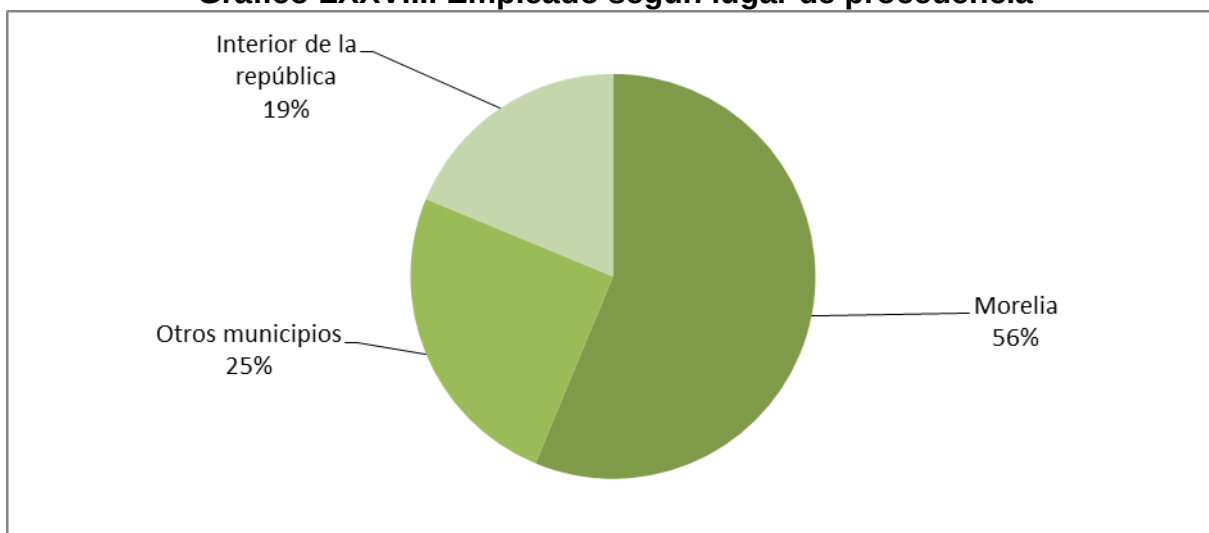
Después de las entrevistas, se concluye que los empleados carecen del material que es indispensable para realizar su labor y con ello, decrece el nivel de servicio que se otorga a los usuarios. Reconocen también la inversión importante que ha realizado el gobierno del estado para la compra de equipo de primer nivel, sin embargo es en vano porque se requiere personal para su operación y mantenimiento.

Los empleados del CREE destacaron la importancia de contratar a más personal especializado y otorgar un apoyo económico a quienes prestan servicio social o son practicantes, debido a que cubren por completo el turno matutino y tienen saturación de usuarios debido a que el centro ya no tiene la capacidad para recibir y atender a todos.

También, es importante recalcar que los empleados no están renuentes a la capacitación, sino todo lo contrario, aceptarían cursos y talleres que incidan en la mejora de sus actividades como prestadores de un servicio público, además que existen empleados con más de 15 años de antigüedad en el centro y que tienen vocación para atender a usuarios del CREE. Además de considerar que el tipo de gobierno según partido político y el Sindicato son grupos de poder que inciden en la capacidad de atención del centro, es decir, no es obligación de las autoridades el otorgar apoyo total a la institución, sino que el apoyo económico se presenta según la voluntad de quienes encabezan la administración pública estatal.

Mientras que los resultados de las encuestas aplicadas fueron los siguientes:

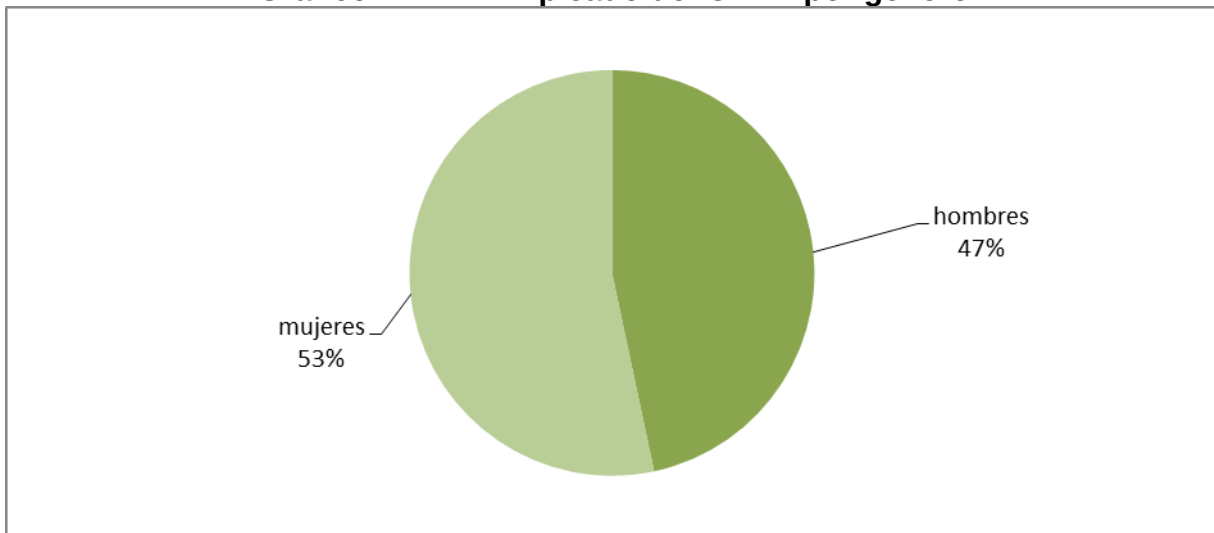
Gráfico LXXVIII. Empleado según lugar de procedencia



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

El gráfico anterior muestra que el 56% de los empleados son de Morelia, el otro 25% son originarios de otros municipios de la entidad, que por discrecionalidad no se revela el lugar específico. Mientras que el 19% son del interior de la República Mexicana. De los trabajadores encuestados el 53% son mujeres y 47% hombres, como demuestra el siguiente gráfico:

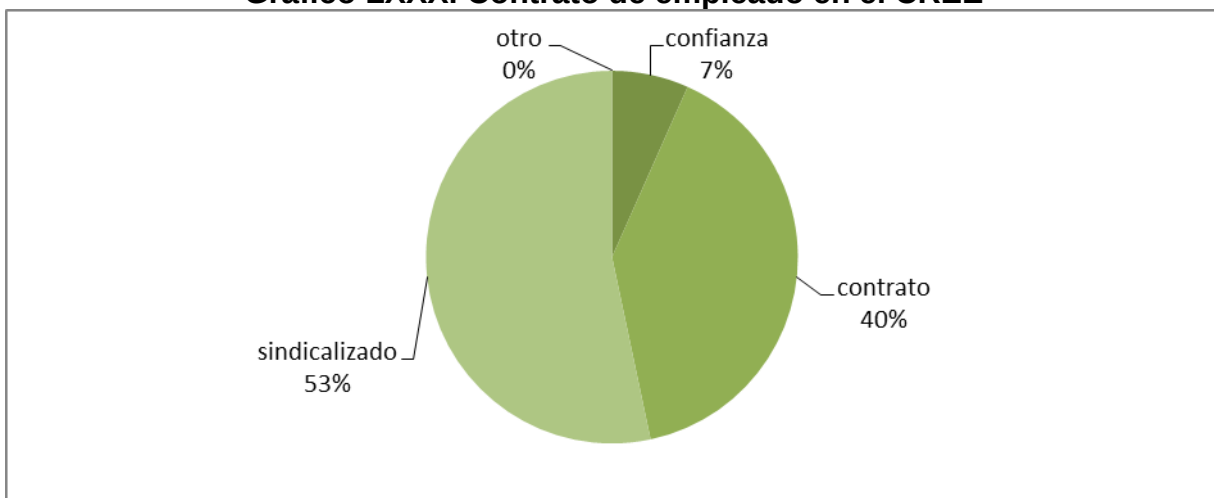
Gráfico LXXIX. Empleado del CREE por género



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

Para conocer el tipo de contrato del empleado entrevistado se acudió a la siguiente pregunta reflejada en el gráfico:

Gráfico LXXX. Contrato de empleado en el CREE

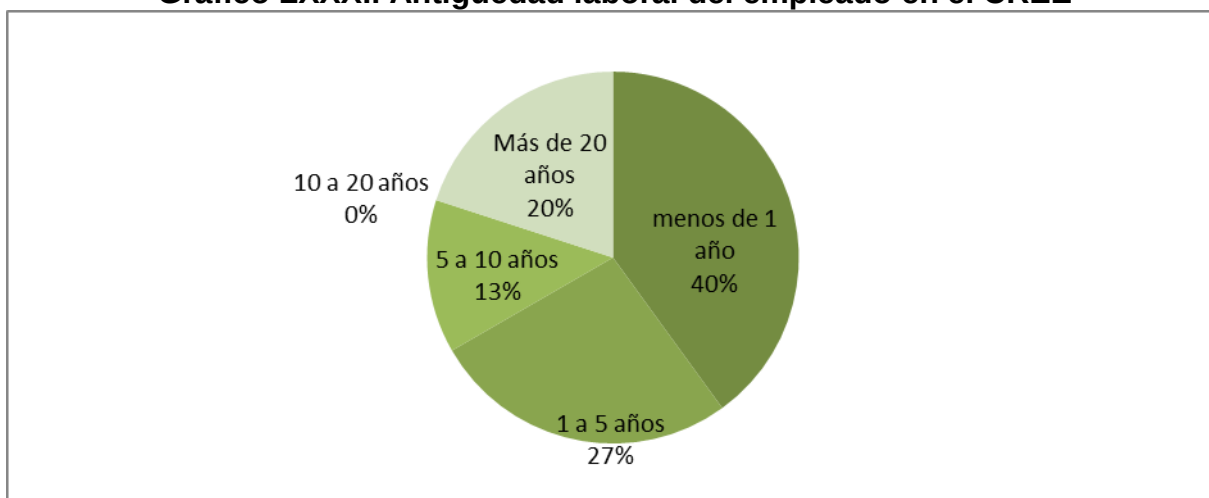


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

El 53% de los entrevistados pertenecen al STASPE, pese a la negativa que mostraron algunos sindicalizados para contestar el cuestionario, incluso el delegado, se logró la participación de un número importante del gremio. El otro 40% de los empleados tienen su contratación por un periodo determinado, ya sea un mes, tres o seis meses, cada periodo renuevan o cancelan el contrato, y sólo el 7% fueron

empleados de confianza, es decir que ocupan el puesto por nombramiento del gobernador en turno.

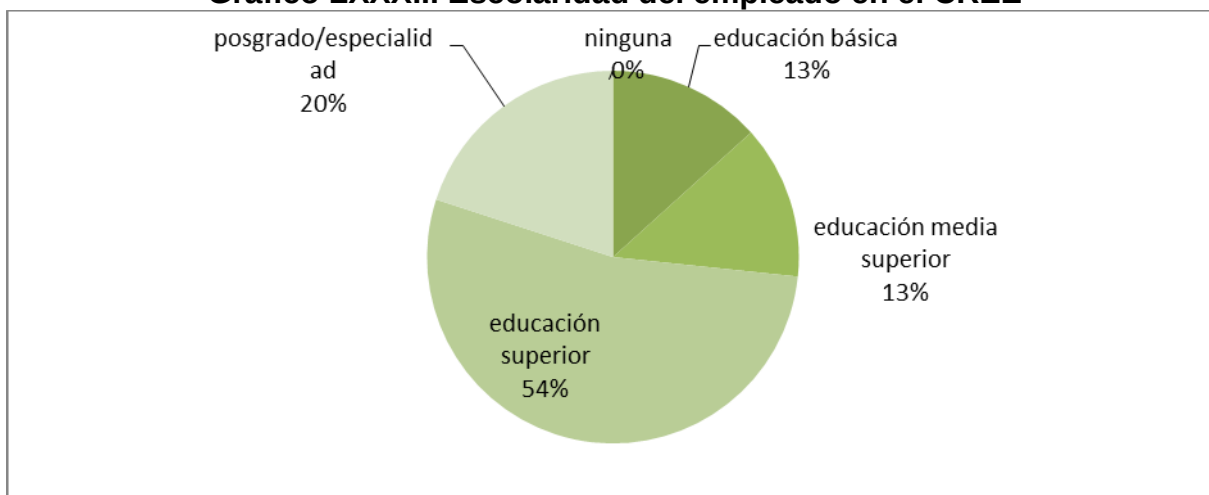
Gráfico LXXXI. Antigüedad laboral del empleado en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

En relación a la antigüedad laboral de los encuestados, el 40% tienen menos de un año laborando en el CREE. Mientras que el otro 27% corresponde a empleados que tienen entre 1 a 5 años laborando en la institución, por último el 20% de los encuestados dijo tener más de 20 años laborando en el CREE. De estos empleados, se preguntó su escolaridad conociendo lo siguiente:

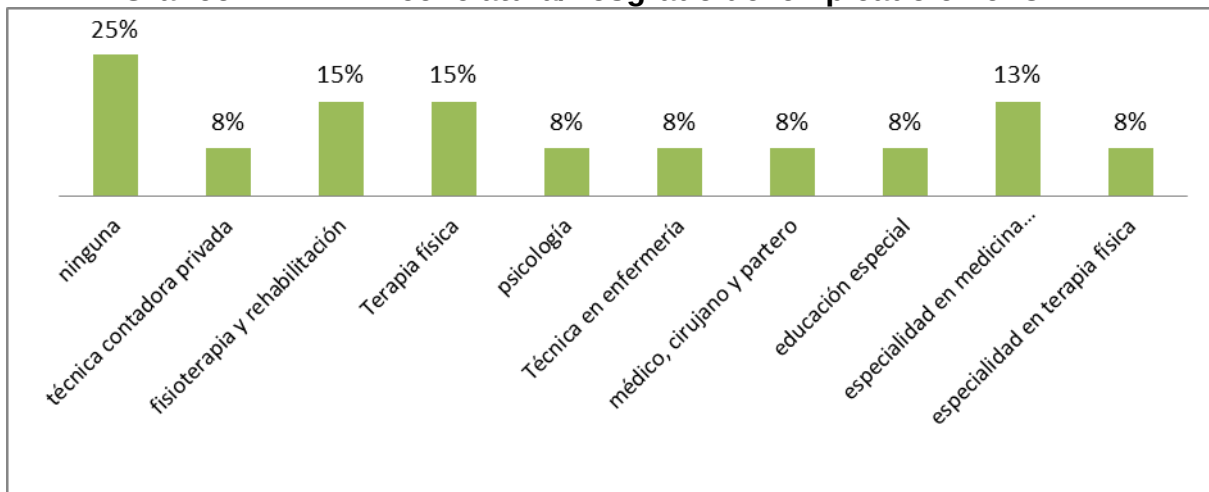
Gráfico LXXXII. Escolaridad del empleado en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

El 54% del personal cuenta con educación superior, el 20% con un posgrado o especialidad. Mientras que el 13% dijo tener educación media superior, El otro 13% educación básica. Enseguida se cuestionó lo siguiente:

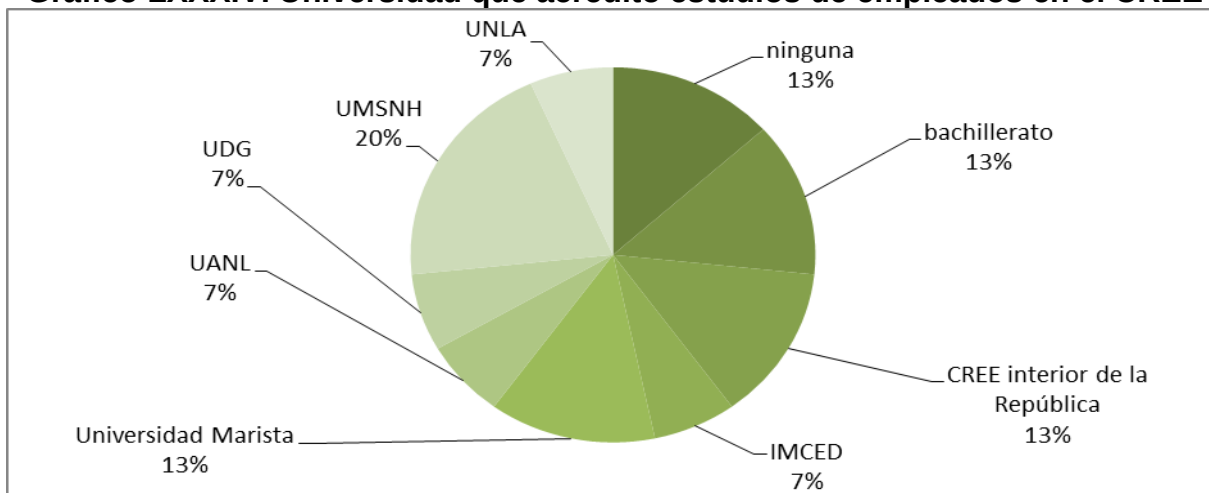
Gráfico LXXXIII. Licenciatura/Posgrado del empleado en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

Aquellos que dijeron tener estudios superiores, el 30% cuentan con una licenciatura en fisioterapia y rehabilitación. El 13% una especialidad en medicina de rehabilitación, y el 8% contestó que cuentan con estudios técnicos en contabilidad, otro 8% en psicología, el mismo porcentaje para técnica enfermería, médico, cirujano y partero, educación especial y especialidad en terapia física. Para conocer qué escuela de nivel superior acreditó sus estudios se presenta el siguiente gráfico:

Gráfico LXXXIV. Universidad que acreditó estudios de empleados en el CREE

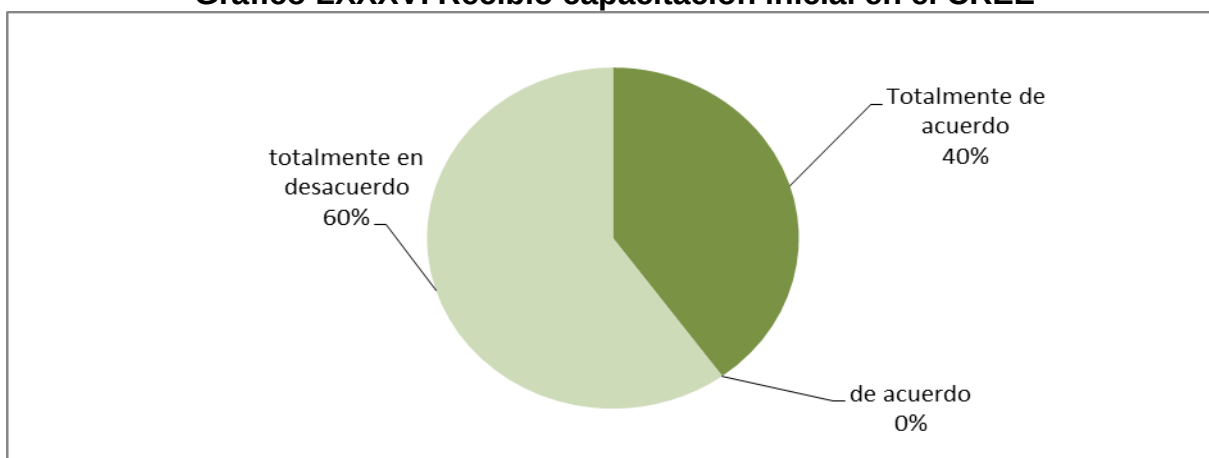


Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

Del total de encuestados, el 20% ha realizado sus estudios en la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, el 13% de la población realizó estudios en el CREE al interior de la República, otro 13% en la Universidad Marista Valladolid.

Para conocer si recibieron capacitación inicial, el 60% estuvo totalmente en desacuerdo al no recibir capacitación inicial al llegar al CREE para conocer sus funciones por realizar según el cargo o puesto que ocupan. El otro 40% dijo que sí:

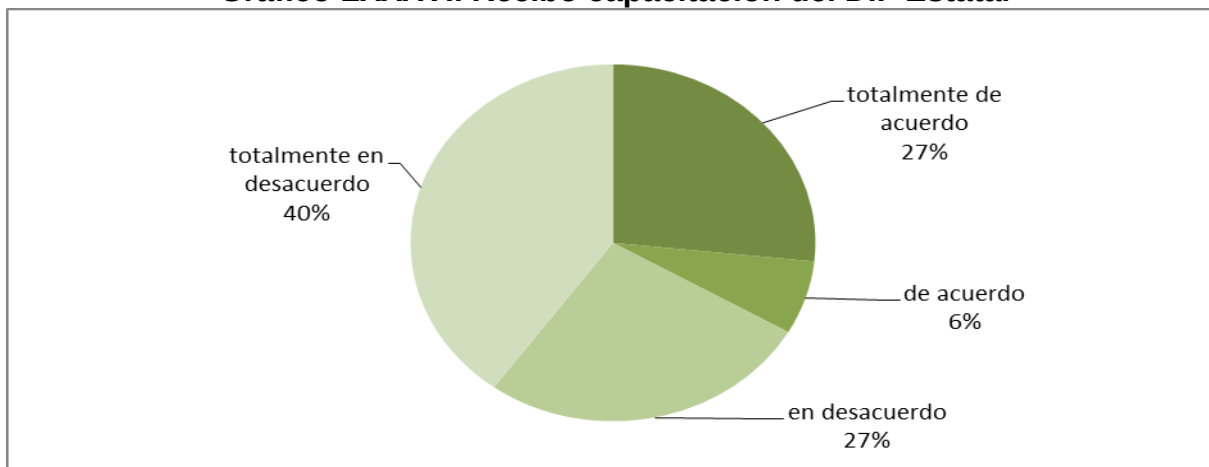
Gráfico LXXXV. Recibió capacitación inicial en el CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

Ya que algunos contestaron haber recibido capacitación inicial, se procedió a preguntar quién les otorgó dicha capacitación, recordando también que el programa de atención a personas con discapacidad tiene como objeto capacitar a los responsables y se obtuvo lo siguiente:

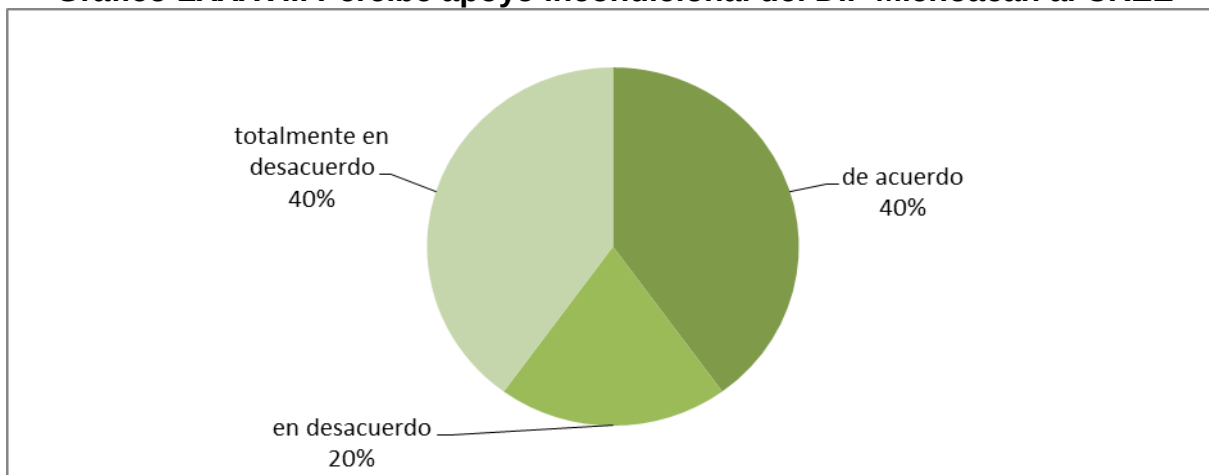
Gráfico LXXXVI. Recibo capacitación del DIF Estatal



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

El 40% dijo estar totalmente en desacuerdo al no haber recibido capacitación del DIF Estatal, otro 27% también estuvo en desacuerdo, mientras que un porcentaje similar, 27% dijo estar totalmente de acuerdo porque recibió capacitación del DIF Estatal. Por lo tanto a continuación se cuestionó la percepción que tienen en torno al apoyo que otorga el DIF al CREE:

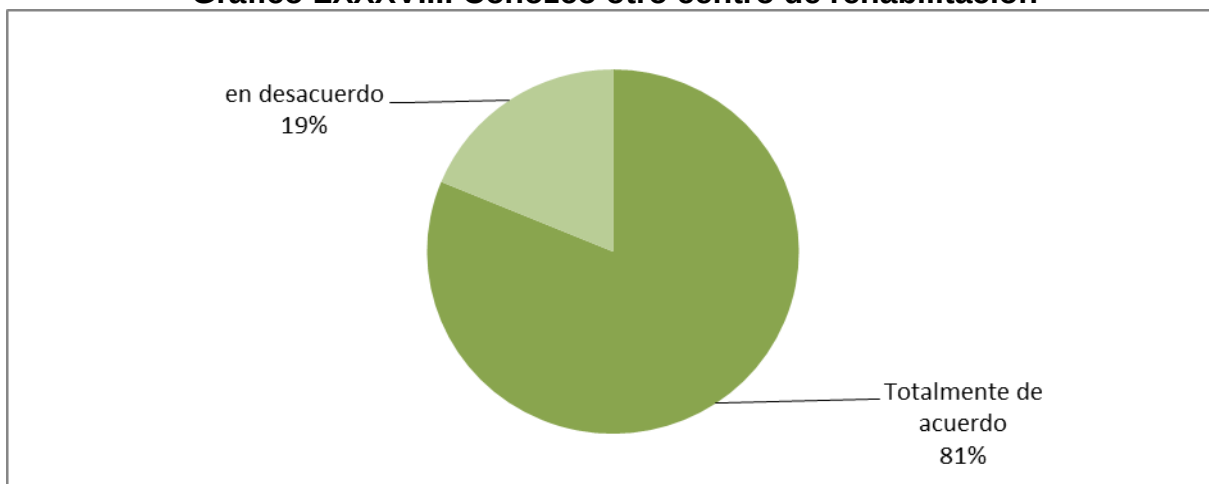
Gráfico LXXXVII. Percibe apoyo incondicional del DIF Michoacán al CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

Bajo el criterio de los entrevistados, el 40% está totalmente en desacuerdo porque consideran que no existe un apoyo incondicional del DIF Michoacán hacia el CREE, otro 20% opinan su inconformidad y otro 40% opina que el DIF sí apoya incondicionalmente al CREE. A continuación los resultados:

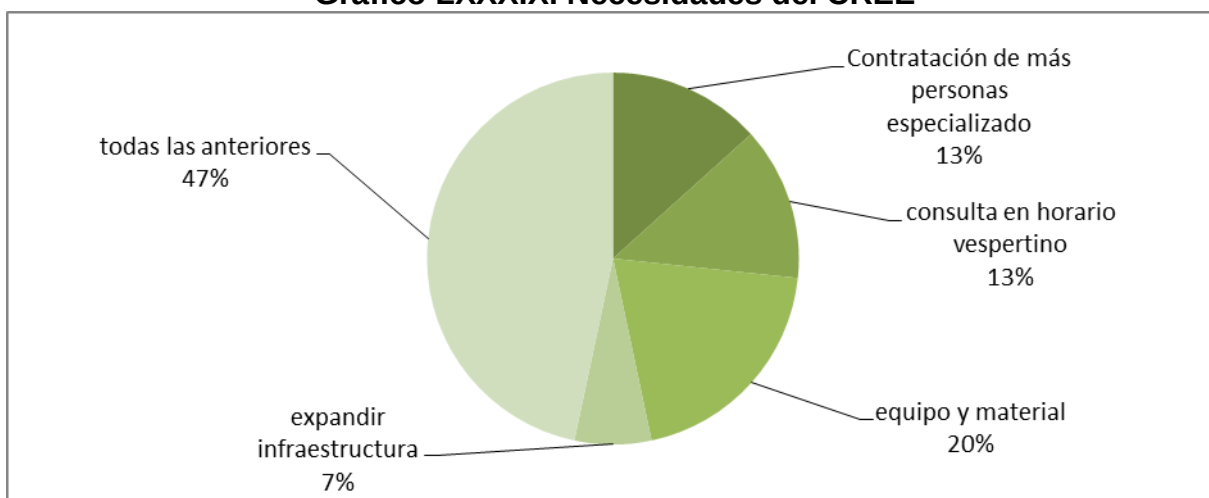
Gráfico LXXXVIII. Conozco otro centro de rehabilitación



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

De acuerdo al gráfico anterior, el 81% dijo conocer otros centros de rehabilitación, mientras que el 19% desconoce otro lugar a excepción del CREE. La opinión de los empleados en torno a las necesidades del centro son las siguientes:

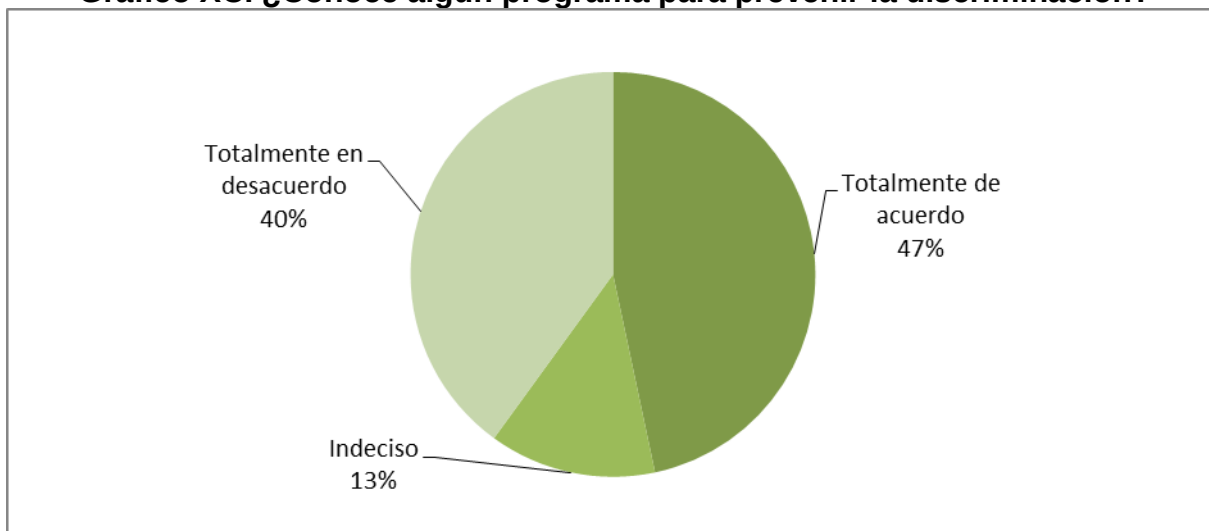
Gráfico LXXXIX. Necesidades del CREE



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

El gráfico superior demuestra que el 47% de los empleados dice que las principales necesidades del CREE son contratación de más personal especializado, ofrecer consultas en horario vespertino, equipo y material, así como expandir infraestructura. Si conocen algún programa para prevenir la discriminación se obtuvo lo siguiente:

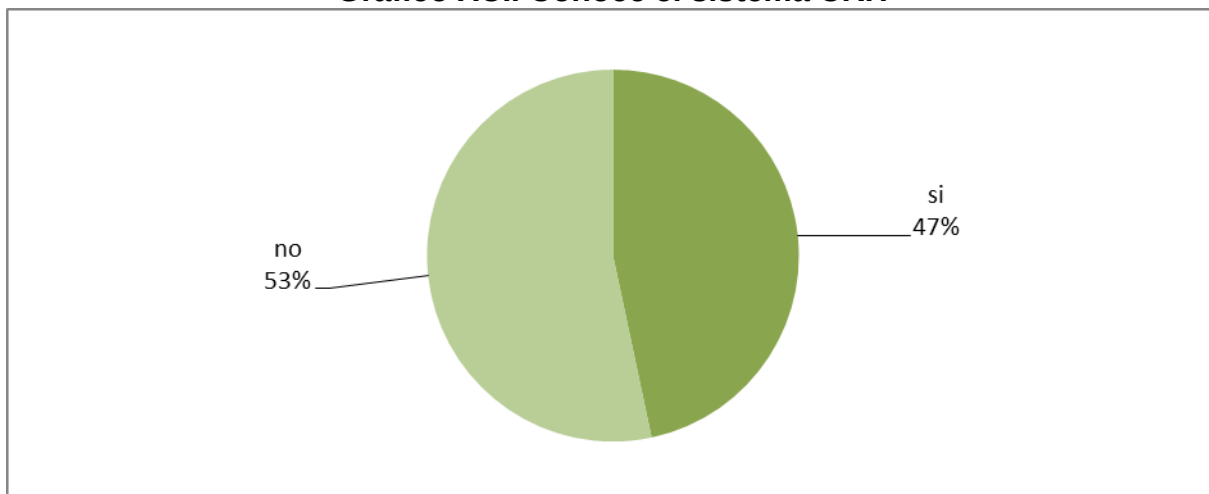
Gráfico XC. ¿Conoce algún programa para prevenir la discriminación?



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

El 47% de los empleados dijo conocer algún programa para prevenir la discriminación, mientras que otro 40% dijo no conocerlo. Es importante recalcar que pese al programa de atención a PCD que busca prevenir la discriminación y que se implementa en el CREE, es un porcentaje amplio el que no lo conoce. Al preguntar respecto al conocimiento que tienen del sistema CRIT, esto es lo que se consiguió:

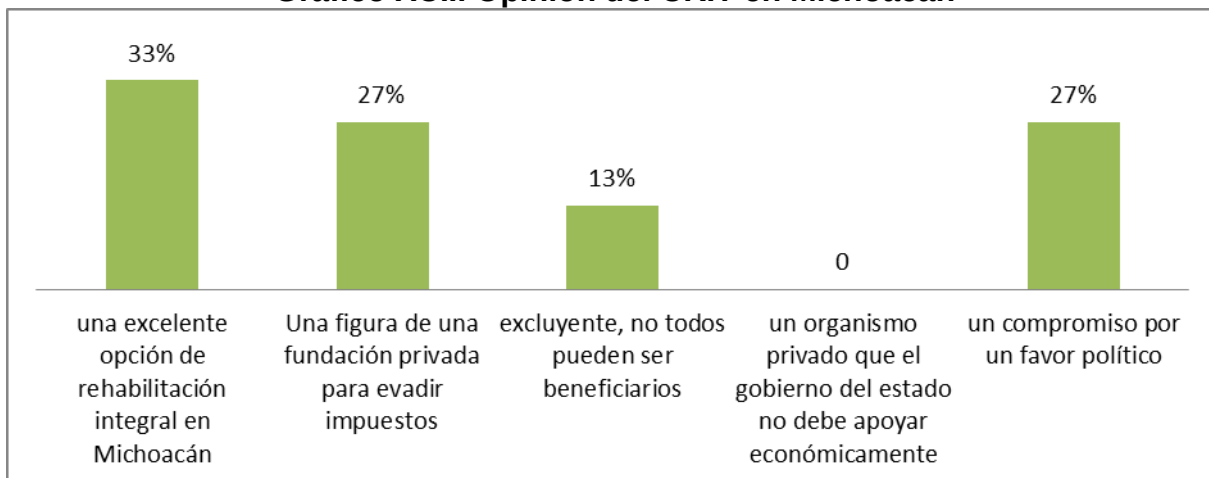
Gráfico XCI. Conoce el sistema CRIT



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

El gráfico anterior revela que el 53% de los encuestados no conoce el sistema CRIT mientras que otro 47% dijo conocerlo. Por último, se les pidió la opinión al respecto del CRIT, acerca de lo que han escuchado o han conocido, según el caso y esto es lo que contestaron:

Gráfico XCII. Opinión del CRIT en Michoacán



Fuente: Elaboración propia a partir de encuestas a empleados del CREE, 2014.

Por lo tanto, los empleados tienen una opinión negativa hacia el CRIT, el 27% opinó que es utilizada para evadir impuestos y otro porcentaje similar que es un compromiso por un favor político en Michoacán. El 33% que es una excelente opción de rehabilitación integral en la entidad y por último el 13% dice que es excluyente porque no pueden atender a todos los grupos de edades.

Una vez presentados los resultados, se procedió a clasificar los ítems favorables y desfavorables a las variables analizadas, para posteriormente efectuar la ponderación definitiva en las alternativas de respuestas que se colocaron en los cuestionarios correspondientes y así realizar la evaluación según la Escala Likert obteniendo los siguientes resultados al analizarlos con el programa estadístico de Statistial Product and Service Solutions (Pardo, 2002).

En el caso de la hipótesis general, en donde se refiere al alcance del programa de atención a personas con discapacidad en materia de rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014 se midió con un total de 12 preguntas para conocer la incidencia del programa en el número de beneficiarios del programa obteniendo los siguientes resultados:

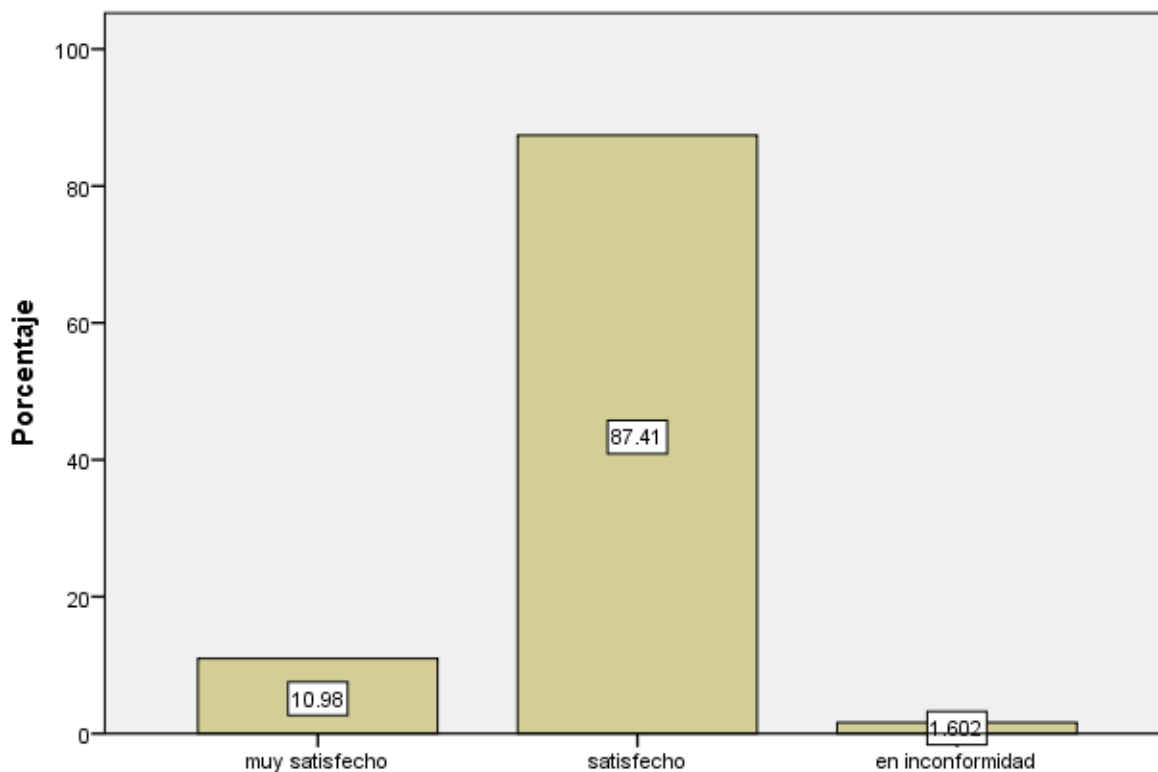
Para conocer la incidencia del programa se conoció que el 84.3 por ciento de las personas encuestadas se encuentran satisfechas con los servicios y en general con la atención que se les brinda en el Centro de Rehabilitación CREE, un 10 por ciento muy satisfechos y sólo 1 por ciento en inconformidad, obteniendo lo siguiente:

Incidencia del programa de atención a personas con discapacidad en Michoacán (ítems 8-31) (agrupado)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	muy satisfecho	48	10.6	11.0
	satisfecho	382	84.3	98.4
	en inconformidad	7	1.5	100.0
	Total	437	96.5	100.0
Perdidos	Sistema	16	3.5	
Total		453	100.0	

En seguida se muestra la gráfica donde se refleja la incidencia del programa de atención medido en 12 preguntas de la 8-9 a 22-31 ítems:

Cuadro XXIX. Incidencia del programa de atención a personas con discapacidad en Michoacán



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la encuesta.

Con lo anterior, se puede constatar que los beneficiarios del programa se encuentran satisfechos con los servicios que se otorgan en el lugar, representando un 87 por ciento de la muestra encuesta.

Conclusiones

En el inicio de la investigación se planteó la hipótesis siguiente: En el caso del alcance del programa de atención a personas con discapacidad en materia de rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014 y habiendo desarrollado la presente investigación, se concluye que efectivamente los beneficiarios están satisfechos con los servicios que se otorgan en el programa, sin embargo la descentralización en los servicios no está funcionando como debería para la rehabilitación, ya que aún se reportan pacientes que tienen que trasladarse a Morelia para continuar con su tratamiento.

Las UBR no funcionan en cuanto a servicios de terapia rehabilitacional, y los pacientes tienen que acudir a la capital michoacana para recibir el servicio, tan es la evidencia que el 11% de los pacientes del CREE son del municipio de Indaparapeo, el 9% de Lagunillas, el 7% de Contepec, el 6% de Tarímbaro, otro 4% de Lázaro Cárdenas, un 3% de Pátzcuaro, mientras que el 2% son originarios de Aguililla y un 1% de Zinapécuaro. Los municipios mencionados cuentan con servicios de CRI o UBR, sin embargo los pacientes acuden a Morelia a recibir terapias.

Entre las actividades que se habrán de realizar con el programa de atención a personas con discapacidad son acciones de información en torno a los centros de rehabilitación y el 68% de los pacientes atendidos en el CREE conocen el lugar porque alguien les platicó y no porque las autoridades correspondientes les informaron del servicio. Un 22% de los pacientes dijeron haber llegado al CREE porque desde un hospital público fueron enviados al lugar para recibir terapias, sólo un 6% dijeron conocer el centro gracias a que alguna autoridad del DIF municipal les habló del lugar. Éstas son cifras alarmantes ya que la principal función de las autoridades municipales es coordinar trabajo y esfuerzos con el CREE para ampliar la atención hacia las personas con alguna discapacidad y otorgar los servicios ya sea en su lugar de origen u otorgar apoyo económico para el transporte del paciente.

En cuanto al programa, no ha incidido en mejorar las condiciones económicas de la persona con discapacidad, los siguientes datos lo revelan: El apoyo que reciben los pacientes para cubrir los gastos de transporte, el 79% dijo no tener el

beneficio, el 17% dice que recibe los recursos económicos por parte de la familia. A los usuarios del CREE se les dificulta la llegada al lugar, no pueden utilizar el transporte público debido a las condiciones en las que se encuentran, por espacio y movilidad, es decir faltan unidades adaptadas para facilitar el acceso a personas con alguna discapacidad. Pese a que existe el programa de becas para cubrir gastos de transporte público a personas con discapacidad, es más de la mitad quienes no han obtenido ese beneficio.

Al preguntar al respecto del tipo de seguro médico con el que cuentan y para acceder a servicios de salud en materia de rehabilitación, el 29% de la población encuestada cuenta con seguro popular, un 38% no cuenta con ningún tipo de seguro médico, sólo el 20% tiene seguro social y un 13% el ISSSTE. De los beneficiarios, el 74% son dependientes económicos. De los cuales, el 72% dijo recibir apoyo económico de sus familiares, el 20% trabajan pese a sus posibles deficiencias, y sólo el 8% cubre sus gastos por la jubilación y pensión que recibe al mes. Ninguno gracias al programa de atención a personas con discapacidad.

El programa no ha incidido en la rehabilitación integral para las personas con discapacidad porque pese a que la Constitución Política Mexicana y la Convención para los derechos de las personas con discapacidad establecen que los servicios de salud en materia de rehabilitación deben ser gratuitos, el 71% de los pacientes en el CREE paga entre 20 a 30 pesos, el 12% tienen una cuota de 60 pesos por terapia y ningún encuestado dijo pagar más de 80 pesos por terapia.

No ha incidido como se encuentra estipulado ya que el 72% de los pacientes reciben rehabilitación física y no integral. Para que exista una rehabilitación integral, el paciente y familiares del mismo tendrían que recibir las diversas terapias como psicología familiar que sólo un 11% de los pacientes la recibe, también la terapia ocupacional que sólo un 6% de los encuestados dijo haber recibido, terapia del lenguaje con la atención a un 3% de los pacientes, y sólo un 8% de los pacientes atendidos dijo haber recibido todas las terapias anteriores, es decir sólo un 8% recibe rehabilitación integral.

En cuanto al CREE, requiere de recursos humanos especialistas como neurólogo, técnicos para la utilización de los equipos que se encuentran sin utilizarse

desde hace un año. El 20% de los encuestados dijo que el CREE requiere equipo y material, un 13% dijo que se necesita contratación de más personal especializado, otro 13% dijo que se requiere la apertura de horarios vespertinos, un 7% dijo que se necesita expandir la infraestructura pero un 47% de los encuestados dijo que el CREE tiene todas las necesidades anteriormente mencionadas.

Como se observó en los gráficos anteriores, no existe una coordinación estrecha entre el sector salud y el CREE, al parecer es un ente totalmente independiente tanto de las actividades como de servicios que podrían ser coordinados de forma interinstitucional.

Una de las hipótesis específicas fue que el lugar de residencia de una persona con discapacidad incide en el gasto por terapia de rehabilitación y el avance en rehabilitación por terapias en Michoacán. Como se apreció en el gráfico respecto a los gastos por terapia y transporte, aquellos pacientes que viven fuera de Morelia gastan el doble que lo de un paciente en la capital.

Los gastos en transporte del 43% de los pacientes se encuentra entre menos de 50 pesos, acorde al hecho de que el 47% de los pacientes son de Morelia. Pero aquellos pacientes que viajan desde otros municipios dijeron que gastaban entre 200 a 600 pesos por terapia, considerando que los servicios de terapia se otorgan entre dos a tres veces por semana.

Además en el CRIT por ejemplo, aquellos pacientes que son del interior de Michoacán, acuden una sola vez a terapias, mientras aquellos que viven en Morelia incluso en el CREE, acuden hasta 5 veces por semana. Por lo tanto, la distancia influye en un mayor gasto económico para transporte y hospedaje, por lo tanto se reduce el número de terapias que recibe una persona con discapacidad.

Los servicios y la infraestructura para otorgar rehabilitación no han logrado ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidad en Michoacán, por la disminución de personal en el CREE y la falta de difusión, buscan centralizar los servicios, evitar que cada vez sean menos las personas que acuden a Morelia a recibir rehabilitación.

Esto se comprueba con las declaraciones que realizaron algunos trabajadores y por el indicador del lugar de procedencia de los pacientes, evidenciando que el

mayor número son radicados en Morelia y que también no fue por difusión en medios de comunicación que se enteraron de los servicios sino porque al estar en urgencias en algún hospital público fueron recomendados al CREE, la mayor parte de los pacientes, es la primera vez que acuden a terapias de rehabilitación.

El 67% de los encuestados dijo que antes de llegar al CREE nunca habían recibido terapia de rehabilitación, sólo un 20% dijo haber recibido el servicio en un hospital público y sólo 1% de los encuestados dijeron haber conocido una UBR, paradójicamente es poco conocido el servicio que otorgan las Unidades Básicas siendo estos los centros más cercanos a la población por estar ubicadas en las cabeceras municipales.

Las acciones de información y orientación a la población han incrementado la demanda por la rehabilitación en Michoacán. En este sentido, y como se observó en los gráficos que hablan acerca del tema, el mayor porcentaje de los encuestados conoció el CREE porque alguien les platicó y no porque las acciones de información por parte de las autoridades obligadas influyeron en este sentido. También, existe un desconocimiento por parte de las personas con discapacidad en torno a sus derechos y obligaciones, por lo tanto a falta de desconocimiento, falta de petición del servicio y no demandan lo que les corresponde.

De esta investigación, la conclusión más relevante que se considera es que la discapacidad así como las personas que cuentan con una deficiencia es un grupo poblacional que sigue viviendo en desamparo, relegados y violentan su derecho a ser atendidos en instituciones del sector salud adecuados para otorgar los servicios de rehabilitación. Es lamentable que en Michoacán la mejor institución para brindar estos servicios sea una fundación privada que sólo atienden a menores de 18 años, lejos de ser el grupo poblacional con mayor porcentaje de personas con discapacidad.

También, que las instituciones gubernamentales permiten y fomentan que las ONG cubran acciones que son obligación de Estado en primer lugar atender. Las personas con discapacidad, desde que se habló por primera vez de una deformación, deficiencia o “rareza” han vivido bajo el yugo social, supeditados a los que la mayoría decida con ellos, a pesar de que son ellos quienes mejor conocen su

situación y vulnerabilidad. Éste tema deja diversas líneas de investigación abiertas, la más importante, que es un tema extenso y que son varias aristas las que se han tocado pero no se han aplicado, al menos en cuanto a política pública se refiere.

Un programa asistencialista para una persona con discapacidad inicio en la época del Renacimiento, sin embargo Michoacán aún sigue con este sistema que lejos de abrir oportunidades para las PCD, reduce sus oportunidades tanto de rehabilitación y por ende, de independización. Como se observó, las personas con discapacidad son más vulnerables a sufrir situaciones económicas adversas, al depender de alguien económicamente, no tener las oportunidades para trabajar, están supeditados a la buena voluntad del otro, aunque sea su familiar, por lo tanto como consecuencia es una pero situación de salud, bienestar y desarrollo humano.

Por lo tanto se considera indispensable considerar los siguientes puntos que se dejan como propuesta, ya que son deficiencias que se encontraron a lo largo de este camino de investigación que busca ser el reflejo de las necesidades primarias de una persona con discapacidad que ha logrado vencer una gran barrera que es: el acceso a servicios de rehabilitación por derecho y no por dádiva de gobierno.

Se tiene la firme idea que el tema de la discapacidad ha despertado poco a poco la conciencia de muchos, y no sólo en Michoacán sino a nivel mundial. Por ello, la entidad (que ya ha avanzado enormemente con la legislación a favor de este grupo social) ahora debe hacer su gran salto, de la pluma y papel a lo real y tangible. Para facilitar el trabajo se consideraron las siguientes propuestas para mejorar desde una política pública el bienestar de una persona con discapacidad.

Recomendaciones

Durante el sondeo que se realizó dentro del CRIT, se conoció que más del 70% de los pacientes tienen Parálisis Cerebral, por lo tanto se propone investigar por qué ésta incidencia y como recomendación, analizar los casos y conocer por qué éste incremento de PC.

Se plantea el análisis de las legislaciones aprobadas en torno a las personas con discapacidad, así como los objetivos y funciones de los organismos dedicados a la rehabilitación de las personas con discapacidad, con el fin de emitir un lenguaje discriminatorio (personas con capacidades diferentes, personas discapacitadas, etc.). Tal es el caso del Reglamento Interior del Sistema DIF Michoacán, 2012 que dice así:

“XIII. Participar en el ámbito de su competencia, en el diseño y ejecución de programas de prevención y atención para las personas con capacidades diferentes para su rehabilitación e integración social;
XIV. Dirigir la elaboración de estudios para la regionalización y focalización de los programas de su competencia, en zonas de alta prioridad para la asistencia social [...]”
(Reglamento Interior del Sistema DIF Michoacán, 2012).

También aún no se elimina el lenguaje discriminatorio en algunos de los programas coordinados por el Sistema DIF Michoacán como lo demuestra la descripción que presenta el DIF para los programas asistenciales señalando que el perfil de beneficiario para el programa “participación contigo” dice así:

“Niñas y niños, mujeres embarazadas, hombres, adultos mayores, personas con capacidades diferentes, migrantes e indígenas” (ITAIMICH, 2014).

Es urgente la actualización inmediata del Registro Federal de los Organismos de la Sociedad Civil a cargo de la Secretaría de Desarrollo Social ya que existen algunas asociaciones civiles que no tienen sus datos actualizados. En la norma se dice que el Registro Federal puede ser consultado por cualquier persona y podrá conocer las acciones de fomento de la sociedad civil, además de mantener actualizada la información de las organizaciones inscritas en el Registro así como los estímulos y apoyos que las dependencias y entidades otorguen a las mismas

(Comisión de Fomento de las Actividades de las Organizaciones de la Sociedad Civil, 2014).

En Michoacán existen mil 069 OSC debidamente registradas ante la Federación, con lo que tienen acceso a apoyos gubernamentales, por ser tan amplia la lista de OSC, se consideró pertinente colocar la dirección del archivo y a continuación sólo se mencionan algunos casos que son relevantes para la presente investigación.

Tal es el caso relevante de “La Gran Familia” de Zamora, Michoacán dirigido por Rosa del Carmen Verduzco Verduzco, que fue consignada por la Procuraduría General de Justicia (PGR) para declarar por violaciones que se cometían en el albergue que encabezaba. Pese al proceso jurídico que sobrevino al albergue, es una OSC que según la SEDESOL, está ACTIVO (Revisar Cuadro XX). Por la importancia que reviste el tema de las OSC u ONG, es recomendable realizar una investigación específica en torno a estas figuras que conforman grupos sociales específicos, por lo tanto se considera como una línea de investigación futura.

Cumplimento de los ayuntamientos de Michoacán que cuentan con UBR o CRI con la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, con la finalidad de que informen a la brevedad el uso de los recursos económicos que se les destina para su operación y funcionamiento, así como el uso que se le da a los ingresos por cuotas de terapias. El 93.1% de las UBR no cuentan con un organigrama, es decir, se desconoce la estructura orgánica a nivel municipal, así como el uso de los recursos públicos y el destino de sus ingresos al tener una cuota de recuperación por terapia. De las 55 UBR, que están a cargo de los Ayuntamientos, sólo el 69% de las autoridades municipales cuenta con un organigrama aprobado debidamente a través de sesión en Cabildo²¹ (CPLADE, 2014). El otro 31% de la estructura municipal no cuenta con organigrama estructurado (Véase cuadro XVIII).

En cuanto al nombre del responsable de dirigir el programa, sólo se encontró que el 24.3% del total de los organismos hacen pública ésta información y sólo son 14 centros quienes difunden el nombre del responsable (Véase cuadro XIX). Como

²¹ Los regidores y presidente municipal toman decisiones en sesiones de Cabildo en torno al aparato administrativo del Ayuntamiento, es aquí donde se aprueba el organigrama de la estructura municipal (Hernández y Osegueda, 2009).

se puede conocer, la información que existe al respecto de estos organismos es poca o en algunos casos nula, violentando así la Ley de Acceso a la Información Pública, ya que cada gobierno municipal está obligado a publicar datos que son de interés público.

De igual forma, transparentar el uso de los recursos públicos utilizados en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), tanto egresos e ingresos así como la restauración del tanque para otorgar servicios de hidroterapia en el CREE.

Una vez cumplimentando la transparencia y uso de recursos públicos, es necesario incrementar el presupuesto destinado al CREE, con la finalidad de garantizar la compra de material, contratación de recursos humanos para que la inversión que ha realizado el gobierno estatal en compra de equipo sea utilizado por los beneficiarios.

Entre las propuestas se encuentra abrir un sistema de informática para el CREE, página web donde se concentre la información acerca de los servicios que ofrece, dirección, teléfonos, área de transparencia y acceso a la información pública., etc. debido a que el estudio arrojó que el 62% de los pacientes conocen el lugar porque alguien les platicó y no porque la institución difunda sus servicios y actividades. Además es obligación del centro debido a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

En cuanto a la información del INEGI, se recomienda que el organismo actualice datos en torno a causas por discapacidad, se quedan fuera aquellas personas que a consecuencia de la guerra contra el crimen organizado emprendida por el gobierno federal les ha ocasionado algún tipo de discapacidad, así como la violencia de género y violencia intrafamiliar que también ha ocasionado la discapacidad temporal o permanente de algunas personas que son atendidas en el CREE.

Actualización del plan de estudios de Facultad de Medicina de la UMSNH, inclusión de medicina en rehabilitación ya sea en especialidad o maestría, o en su plan de estudios para Licenciatura con la finalidad de generar recursos humanos para medicina en rehabilitación ya que como se revisó anteriormente, no contempla dicha área.

Los recursos económicos con los que subsiste una UBR es a partir de las gestiones que realiza ante el DIF Estatal, sin embargo, estos son entregados de forma discrecional. Hasta el momento de la realización de la investigación, no se encontró cuáles son las reglas de operación claras para que una UBR reciba recursos económicos, ni cuál es el destino de sus ingresos por cobro de terapia que oscila entre los 20 a 40 pesos, según declaraciones de usuarios.

Se requiere la instalación de un módulo permanente de afiliación al seguro popular en el CREE, porque el 38% de los pacientes no cuentan con ningún seguro pese a que son beneficiados por el programa de atención a personas con discapacidad, sólo el 29% dijo contar con seguro popular, el 20% de los encuestados dijo tener seguro del IMSS y el 13% del ISSSTE.

También se requiere un módulo de asesoría jurídica gratuita en el CREE debido a que el 43% de los pacientes tienen algún tipo de discapacidad por una fractura o lesiones musculares, en su mayoría ocasionadas por accidentes en el trabajo u ocasionada por terceros. Por lo tanto, los servicios médicos tendrían que ser cubiertos por aquellos que ocasionaron la lesión, sin embargo por falta de asesoría jurídica, los pacientes en el CREE desconocen su situación jurídica, una vez más se ven sujetos a violaciones a sus derechos.

Entre las propuestas también se encuentra una campaña de divulgación y difusión acerca de los servicios que se ofrecen en el CREE, UBR o CRI (incluyendo sistema braille y lenguaje de señas), porque como se conoció anteriormente, el 68% de los pacientes conocen el CREE pero porque alguien les platicó, un vecino, amigo, familiar, médico general, etc.

Distribuir información dentro del CREE (folletos, panfletos, periódicos murales, etc.) para dar a conocer a sus beneficiarios acerca de las leyes que se han aprobado para proteger sus derechos, el 74% de los encuestados desconocen algún programa especializado para revertir la discriminación.

Promover entre los beneficiarios del CREE el programa de apoyo a personas con discapacidad usuarios de transporte público. El programa incluye una beca para cubrir gastos de transporte, pero el 79% no recibe ningún tipo de apoyo, el 1% recibe una beca de gobierno, el 17% recibe el apoyo de sus familiares y el 3% dijo cubrir

sus gastos gracias a la pensión que reciben, es decir, el 0% de los encuestados reciben apoyo económico del programa de atención a personas con discapacidad para el transporte.

También, se recomienda implementar horarios vespertinos en el CREE, esto debido a que el 13% dijo que las necesidades del CREE son abrir consulta en horario vespertino, otro porcentaje similar dijo que se requiere contratación de más personal especializado, un 20% dijo que se requiere equipo y material, el 7% expandir infraestructura pero el 47% de los encuestados dijo que el CREE requiere todas las opciones anteriores

Otorgar capacitación continua a empleados del CREE, sólo el 27% de los encuestados dijo haber recibido capacitación del DIF Estatal para desempeñar su labor dentro de la institución, mientras que el 40% dijo estar totalmente en desacuerdo porque no recibieron ningún tipo de instrucción, recordando también que el programa de atención a personas con discapacidad tienen como objeto capacitar a los responsables de aplicar el programa para su mejor funcionamiento. Además es importante mencionar que el 81% de los empleados del CREE conocen otros centros de rehabilitación, pero el 19% desconoce otro lugar a excepción del CREE, no conocen las UBR o CRI, lo cual es preocupante ya que son empleados que gracias a programa de atención a personas con discapacidad desempeñan sus labores dentro de dicha institución que pertenece a la misma acción de gobierno.

Por último, abrogar de inmediato el decreto por el que se le autorizó al Poder Ejecutivo en Michoacán otorgar la cantidad de 400 millones de pesos a Fundación Teletón. No tiene fundamento el destinar tal cantidad económica a un órgano privado. Por el mismo periodo 2014, en el CRIT se atendió un total de mil niños mientras que en el CREE se abrieron más de 15 mil expedientes que aún siguen activos.

No se encontró ningún fundamento para justificar los millones de pesos que el Estado otorga al ente privado, recursos que son fundamentales para el mejor desempeño del programa de atención a personas con discapacidad y el funcionamiento del CREE, UBR'S y CRI.

Fuentes de consulta

Bibliográficas

- AGUADO Díaz, Antonio León. (1995). *Historia de las deficiencias*. Editorial Escuela Libre, Fundación Once. España, Madrid.
- AGUILAR Villanueva, Luis F. (1993). *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Primera edición. Tercera Antología. Editorial Miguel Ángel Porrúa. México, pp. 15-16, 52-53, 77-78.
- AGUILAR Villanueva, Luis F. (1996). *La hechura de las políticas*. Segunda edición. Segunda Antología. Editorial Porrúa. México, pp. 15-19, 21-30.
- Al Camp, Roderic. (1994). “La política en México”, en: *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán. Núm. 60, vol. XVI, pp. 175-178.
- ALONSO Jorge. (1996). “La sociedad civil en la óptica gramsciana”, en: *Sociedad civil. Análisis y debates*, núm. 1, vol. I, México, pp. 11-29.
- ARISTÓTELES. (2008). *La política*. Vigésima cuarta edición. Editorial Época. México, pp. 14-15, 163.
- ARTEAGA Basurto, Carlos. (2002). “Hacia una re significación de la política de asistencia social”, en: *La política social en la transición*. Escuela Nacional de Trabajo Social/UNAM-Plaza y Valdés. México, pp. 66-76.
- CARDOZO Brum, Myriam Irma. (2006). *La evaluación de políticas y programas públicos. El caso de los programas de desarrollo social en México*. Primera Edición. Editorial Porrúa, México, pp. 25-29, 35-39, 153-155.
- CASAR, María Amparo y otros. (2007). “Formación de agenda y procesos de toma de decisiones: una aproximación desde la ciencia política”, en *Documentos de Trabajo, División de Administración Pública del CIDE*, N°. 207, pp. 207-238.
- CEJA Mena, Concepción. (2004). “La política social mexicana de cara a la pobreza”, en: *Geo Crítica Scripta Nova*. Universidad de Barcelona, Vol. VIII, núm. 176. España, pp.157-180.
- COHEN, Ernesto y Franco, Rolando. (2005). *Gestión social, ¿cómo lograr eficiencia e impacto en las políticas sociales?* Primera Edición. Editores Siglo XXI y CEPAL. México, pp. 43-49, 99-108.
- CREHAN, Kate. (2006). “Gramsci, cultura y antropología”, en: *Relaciones. Estudios de Historia y Sociedad*, El Colegio de Michoacán, Zamora, Michoacán. Núm. 107, vol. XXVII, pp. 229-241.
- DONZELOT, Jacques. (2007). *La invención de lo social, ensayo sobre la declinación de las pasiones políticas*. Primera edición. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires, Argentina, pp. 30-70.
- FLICK, Uwe. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Editorial Morata. Madrid, pp. 277-285.
- FONSECA Yerena, María del Socorro; Correa Pérez, Alicia; Pineda Ramírez, María Ignacia; Lemus Hernández, Francisco Javier. (2011). *Comunicación oral y escrita*. Editorial Pearson. México, pp. 2-3.

- FRANZÉ, Javier. (2004). *¿Qué es la política? Tres respuestas: Aristóteles, Weber y Schmitt*. Primera Edición. Editorial Catarata. Madrid, pp. 27-30, 68-72.
- GOFFMAN, Erving. (2006). *Estigma, la identidad deteriorada*. Décima edición. Editorial Amorrortur. Buenos Aires, Argentina, pp. 11-17, 21-23, 45-48, 56-63.
- GÓMEZ Bastar, Sergio. (2012). *Metodología de la Investigación*. Primera Edición. Editorial Red Tercer Milenio. México, pp. 55-60.
- HERNÁNDEZ F., Abiram y Osegueda Cruz, Alfonso. (2009). *Manual del gobierno municipal en México*. Primera Edición. Editorial CESEM y Rosa-Luxemburg-Stiftung. México, pp. 20-22.
- HERNÁNDEZ Sampieri, Roberto; Fernández Collado, Carlos; Baptista Lucio, Pilar. (2006). *Metodología de la Investigación*. Cuarta Edición. Editorial McGraw Hill Interamericana. México, D.F., pp. 2, 4-10, 19-21, 396.
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía. (2010). *Las personas con discapacidad en México, una visión al 2010*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. México, pp. 3-15.
- LASWELL, Harold D. (1994). "La orientación hacia las políticas públicas", en: *El estudio de las políticas públicas*, por Luis F. Aguilar Villanueva. Editorial Miguel Ángel Porrúa, México, pp.30-71.
- LECO Tomás, Casimiro y Bollain Parra, Esteban. (2013). "La política social en México, 1970-2013", en: *INCEPTUM Revista de Investigaciones en Ciencias de la Administración*, vol. VIII, núm. 15, ININEE-UMSNH, julio-diciembre 2013. Morelia, Mich., pp. 177-212.
- LÓPEZ Romo, Heriberto en Galindo Cáceres, Luis Jesús (1998). *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*. Editorial Pearson. México, pp. 54-57.
- MÉNDEZ Morales, José Silvestre. (1998). "El neoliberalismo en México: ¿éxito o fracaso?", en: *Revista de Contaduría y Administración*, Núm. 191, octubre 1998. México, pp. 65-73.
- MENY, I. y Thoenig, J. (1992). *Las políticas públicas*. Primera Edición. Editorial Ariel. España, pp. 109-128.
- NAMAKFOROOSH, Mohammad Naghi (2003). *Metodología de la Investigación*. Segunda Edición. Editorial Limusa. México, pp. 219-230.
- NAVARRO Chávez, José César Lenin (2011). *Epistemología y Metodología*. Grupo Editorial Patria. Primera edición. México, pp. 178-196, 203-204, 236-244.
- PALACIOS Agustina. (2008). *El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Editorial CINCA y el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. España, pp. 60-65.
- PRESSMAN, J. L. y Wildawsky, A. (1998). *Implementación. Cómo grandes expectativas concebidas en Washington se frustran en Oakland*. Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, A. C. y Fondo de Cultura Económica. Segunda Edición. México, pp.50-53.
- REAL Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española*. Editorial ESPASA. Vigésima segunda edición. España.

- RIMEZ Marc y León Bendesky. (2000). *“Dos decenios de política social. Del universalismo segmentado a la focalización”*, en: Clavijo Fernando, (compilador). *Reformas económicas en México 1982-1999*. Comisión Económica para América Latina (CEPAL), Estrategia y Análisis Económico Consultores, Fondo de Cultura Económica. México, pp.434.
- ROSADO Chauvet, Miguel Ángel. (2003). *Metodología de la investigación y evaluación*. Editorial Trillas. Primera Edición. México, pp. 173-186.
- RUIZ Velázquez, Norma. (2000). *La política Social en México hacia el fin de siglo*. Primera edición. Editorial Géminis. México, pp. 15-29, 63-70, 83-90.
- SAMANIEGO De García, Pilar. (2006). *Aproximación a la realidad de las personas con discapacidad en Latinoamérica*. Editorial Fundación ONCE y Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad. España, pp. 297-299.
- SÁNCHEZ Regalado, Norma Patricia. (2010). *Memorias y actualidad en la Educación Especial de México. Una visión histórica de sus Modelos de Atención*. Secretaría de Educación Pública, México, pp. 22-44.
- SEN, A. y Nussbaum, M. (2000). *La Calidad de Vida*. Fondo de Cultura Económica. México, pp.5-74.
- VERDUZCO, Gustavo. (2006). *“Dilemas de un encuentro difuso entre el sector no lucrativo, la sociedad civil y la economía social. Reflexiones a partir del caso de México”*, en: *El tercer sector en México. Perspectivas de investigación*. Centro Mexicano para la Filantropía-Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora. México, pp. 153-173.
- WISERMAN, Boris. (2002). *Lévi-Strauss para principiantes*. Editorial Era Naciente SRL. Buenos Aires, Argentina, pp. 27-33, 52-55, 64-67.
- ZORRILLA Arena, Santiago. (2003). *Introducción a la Metodología de la Investigación*. Editorial Aguilar León y Cal. México, pp. 57-58.

Archivos consultados

- ARTÍCULO 1, párrafo V. (1917). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma publicada en el Periódico Oficial de la Federación el 06 de junio de 2011. México, pp. 1-2.
- DECRETO No. 284. (2013). *Decreto que contiene el presupuesto de egresos del gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo para el ejercicio fiscal del año 2014*. Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán el 31 de diciembre del 2013. Tomo CLVIII, Número 56. Morelia, Michoacán, pp. 3-10.
- LEY número 18. (2004). *Ley federal de fomento a las actividades realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 09 de febrero de 2004. México, pp.4.
- LEY número 124. (2012). *Decreto por el que autoriza al Titular del Poder Ejecutivo del Estado, el otorgamiento de una donación a favor de la Fundación Teletón México, Asociación Civil, así como la afectación presupuestal multianual correspondiente, para la instalación, operación, mantenimiento y funcionalidad del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) en el Estado*. Publicada en el Periódico Oficial de Michoacán el 04 de octubre de 2012. Tomo I, Número 026 J. Morelia, Michoacán, pp. 1-4.
- LEY número 133. (2007). *Ley de desarrollo social del Estado de Michoacán de Ocampo*. Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán de Ocampo el 16 de marzo de 2007. Tomo CXL, Número 97: Tercera sección. Morelia, Michoacán, pp. 3-10.
- LEY número 159. (2014). *Ley federal de telecomunicaciones y radiodifusión*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de julio de 2014, pp.2-15.
- LEY número 175. (2008). *Ley General de Contabilidad Gubernamental*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 31 de diciembre de 2008. Primera sección, pp.36.
- LEY número 330. (2014). *Ley para la Inclusión de las personas con discapacidad en el Estado de Michoacán de Ocampo*. Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 12 de septiembre de 2014. Tomo CLX, Número 32: Sexta sección. Morelia, Michoacán, pp.3.
- LEY número 501. (2004). *Ley para las personas con discapacidad en el Estado de Michoacán de Ocampo*. Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 24 de diciembre de 2004. Tomo CXXXV, Número 15: Segunda sección. Morelia, Michoacán, pp. 1-19.
- PERIÓDICO Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo. (2014). "H. Ayuntamiento Constitucional de Apatzingán, Michoacán. Modificación a la plantilla de personal para el ejercicio fiscal 2013". Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 02 de abril de 2014. Tomo CLIX, Número 22: Segunda sección. Morelia, Michoacán, pp. 13.
- PERIÓDICO Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo. (2014). "H. Ayuntamiento Constitucional de Jacona, Michoacán. Presupuesto de

- ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2013*". Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 11 de febrero de 2014. Tomo CLVIII, Número 86: Tercera sección. Morelia, Michoacán, pp. 17.
- PERIÓDICO Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo. (2013). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Lázaro Cárdenas, Michoacán. Plantilla de personal y tabulador de sueldos para el ejercicio fiscal 2013*". Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 25 de marzo de 2013. Tomo CLVI, Número 55: Cuarta sección. Morelia, Michoacán pp. 4.
- (2014). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Maravatío, Michoacán. Presupuesto ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2014*". Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 13 de febrero de 2014. Tomo CLVIII, Número 88: Tercera sección. Morelia, Michoacán, pp. 14.
- (2014). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Paracho, Michoacán. Presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2014*". Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 27 de febrero de 2014. Tomo CLVIII, Número 98: Tercera sección. Morelia, Michoacán, pp. 12.
- (2014). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Pátzcuaro, Michoacán. Presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2013*". Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 25 de enero de 2013. Tomo CLVI, Número 14: Tercera sección. Morelia, Michoacán, pp. 16.
- (2014). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Quiroga, Michoacán. Presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2013*". Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 1° de febrero de 2013. Tomo CLVI, Número 19: Segunda sección. Morelia, Michoacán, pp. 10.
- (2014). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Sahuayo, Michoacán. Presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2013*". Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 15 de enero de 2013. Tomo CLVI, Número 6: Segunda sección. Morelia, Michoacán, pp. 9.
- (2014). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Santa Ana Maya, Michoacán. Presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2013*". Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 21 de enero de 2013. Tomo CLVI, Número 10: Quinta sección. Morelia, Michoacán, pp. 10.
- (2014). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Tuxpan, Michoacán. Modificación a la plantilla de personal y tabulador de sueldos, correspondiente al 1° trimestre del 2014*". Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 15 de abril de 2014. Tomo CLIX, Número 31: Tercera sección. Morelia, Michoacán, pp. 7.
- (2012). "*H. Ayuntamiento Constitucional de Zacapu, Michoacán. Presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2012*". Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 1°

- de marzo de 2012. Tomo CLIII, Número 78: Cuarta sección. Morelia, Michoacán, pp. 7.
- PERIÓDICO Oficial del Gobierno del Estado de Michoacán de Ocampo. (2014). *"H. Ayuntamiento Constitucional de Zitácuaro, Michoacán. Presupuesto de ingresos y egresos para el ejercicio fiscal 2014"*. Publicado en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán, el 5 de marzo de 2014. Tomo CLIX, Número 2: Cuarta sección. Morelia, Michoacán, pp. 6.
- REGLAMENTO interno del Sistema DIF Michoacán. (2012). *Reglamento interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana*. Publicada en el Periódico Oficial del Estado de Michoacán de Ocampo el 02 de febrero de 2012. México, pp. 1-24.

Hemerográficas

- IBARRA Torres, Elías. (2012). *"Deberá clarificar gobierno irregularidades en donaciones al Teletón durante 2012"*. La Jornada Michoacán, sección: Política. Recuperado el 17 de marzo de 2014, de <http://www.cambiodemichoacan.com.mx/nota-210673>
- SISTEMA DIF Michoacán. (2013). *"DIF Nacional reconoce labor del CREE"*. Gobierno del Estado de Michoacán, sección: Dependencias. Recuperado el 16 de marzo de 2014, de <http://dif.michoacan.gob.mx/index.php/noticias/319-dif-nacional-reconoce-labor-del-cree>

Páginas web

- ANIMAL Político. (2014). *"Lo que los mexicanos prefieren en la TV según Parametría"*. Publicada el 22 de mayo de 2013. Recuperado el 23 de noviembre de 2014 de <http://www.animalpolitico.com/2013/05/los-mexicanos-prefieren-la-tv-a-los-periodicos-parametria/>
- AUDITORÍA Superior de Michoacán. (2012). *"Dictamen de cuenta pública Hacienda Estatal 2011"*. Publicada el 13 de febrero de 2013. Recuperado el 16 de marzo de 2014 de <http://www.asm.gob.mx/transpasm/pdf/dictamen/Dictamen%20de%20cuenta%20p%C3%ABblica%20Hacienda%20Estatal%202011.pdf>
- BORGHINI, Natalia y Bressano, Clara. (2012). *"La actualidad de la política social. ¿Retorno del estado que no fue o nueva matriz de la asistencia?"*, en: *Revista del Centro Cultural de la Cooperación Floreal Gorini*. Núm. 16, septiembre/diciembre de 2012. Recuperado el 21 de mayo de 2014 en: <http://www.centrocultural.coop/revista/articulo/348/>. ISSN 1851-3263.
- CANTONI Rabolini, Nélida Mónica. (2009). *"Técnicas de muestreo y determinación del tamaño de la muestra en investigación cuantitativa"*, en: *Revista Argentina de Humanidades y Ciencias Sociales*. Núm. 2, volumen 7.

- Recuperado el 26 de octubre de 2014 en:
http://www.sai.com.ar/metodologia/rahycs/rahycs_v7_n2_06.htm
- CASTILLO Esparcia, Antonio. (2011). *“Los medios de comunicación como actores sociales y políticos. Poder, Medios de Comunicación y Sociedad”*, en: *Razón y Palabra*. Núm. 75, Febrero-Abril 2011 en: http://www.razonypalabra.org.mx/N/N75/monotematico_75/12_Castillo_M75.pdf
- CENTRO de Información de las Naciones Unidas. (2014). *“¿Qué es una ONG?”* Recuperado el 27 de noviembre de 2014 de <http://www.cinu.mx/ongs/index/>
- COMISIÓN de fomento de las actividades de las OSC. (2014). *“¿Qué es el Registro Federal de las OSC?”*. Recuperado el 27 de noviembre de 2014 de <http://www.corresponsabilidad.gob.mx/?p=482bd57ea95bb42cc15c82d63af42ea9&idContenido=1y>
- CONSEJO Nacional para Prevenir la Discriminación. (2014). *“Discriminación a personas con discapacidad”*. Recuperado el 22 de noviembre de 2014, en http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=133&id_opcion=46&op=46
- (2014). *“Grupos vulnerables susceptibles a sufrir discriminación”*. Recuperado el 26 de noviembre de 2014 de http://www.conapred.org.mx/index.php?contenido=pagina&id=46&id_opcion=38&op=38
- CONFEDERACIÓN Española de Personas con Discapacidad Física y Orgánica. (2014). *“La minusvalía”*. Recuperado el 21 de noviembre de 2014, en http://www.cocemfebadajoz.org/voluntariado/capitulo_54.html
- CONGRUENCIA Movimiento. (2014). *“¿Por qué el término adecuado es personas con discapacidad?”*. Recuperado el 28 de septiembre de 2014, en: <http://www.congruencia.org.mx/porque-el-termino-adecuado-es-personas-con-discapacidad>
- COORDINACIÓN de Planeación para el Desarrollo. (2014). *“Plan de desarrollo municipal de: Acuitzio, Apatzingán, Áporo, Aguila, Ario de Rosales, Arteaga, Benito Juárez, Charo, Chilchota, Coeneo, Copándaro, Cuitzeo, Epitacio Huerta, Hidalgo, Huetamo, Irimbo, Jacona, Jiménez, Jungapeo, La Huacana, La Piedad, Lagunillas, Lázaro Cárdenas, Los Reyes, Maravatío, Múgica, Nuevo Parangaricutiro, Ocampo, Paracho, Pátzcuaro, Penjamillo, Peribán, Puruándiro, Quiroga, Sahuayo, Santa Ana Maya, Senguio, Sixto Verduzco, Tacámbaro, Tancítaro, Tangancícuaro, Tangamandapio, Taretan, Tarímbaro, Tlalpujahua, Turicato, Tuxpan, Tuzantla, Tzitzio, Uruapan, Venustiano Carranza, Zacapu, Zamora, Zinapécuaro, Ziracuaretiro, Zitácuaro, 2012-2015”*. Recuperado el 20 de julio de 2014, de <http://cplade.michoacan.gob.mx/index.php/nuestra-mision-vision-y-valores/72-pdm-2012-2015>
- DIARIO Oficial de la Federación. (2001). *“Decreto por el que se aprueba el diverso por el que se adicionan un segundo y tercer párrafos al artículo 1º, se reforma el artículo 2º, se deroga el párrafo primero del artículo 4º, y se*

- adicionan un sexto párrafo al artículo 18, y un último párrafo a la fracción tercera del artículo 115 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. Recuperado el 18 de julio de 2014, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2013/CDCONSTITUCION/pdf/r-151.pdf>
- DIARIO Oficial de la Federación. (2006). “Decreto por el que se reforma el Artículo 1º, Párrafo Tercero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”. Recuperado el 18 de julio de 2014, de <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Publicaciones/CDs2013/CDCONSTITUCION/pdf/r-169.pdf>
- DI NASSO, Patricia. (2011). “Mirada histórica de la discapacidad”. Recuperado el 20 de noviembre de 2014, de http://fci.uib.es/Servicios/libros/articulos/di_nasso/Historia.cid220290
- ENCUESTA Nacional de Empleo y Seguridad Social (2013). “Información estadística acerca de la seguridad social y cobertura de salud en México”. Recuperado el 26 de noviembre de 2014 de <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2014/abril/comunica8.pdf>
- ENCUESTA Nacional de Ingresos y Gasto en los Hogares. (2012). “Estadísticas a propósito del Día Internacional de las personas con Discapacidad”. Recuperado el 16 de marzo de 2014, de <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/Proyectos/Encuestas/Hogares/regulares/Enigh/Enigh2012/tradicional>
- EMEEQUIS.com.mx. (2014). “Urge la ONU al gobierno mexicano a no entregar a Teletón recursos destinados a rehabilitar personas con discapacidad”. Publicado el 3 de octubre de 2014 en emeequis.com.mx. Recuperada el 27 de noviembre de 2014 de <http://www.m-x.com.mx/2014-10-03/urge-la-onu-al-gobierno-mexicano-a-no-entregar-a-teleton-recursos-destinados-a-rehabilitar-a-personas-con-discapacidad>
- ENCUESTA Nacional de percepción de discapacidad en población mexicana. (2010). “Encuesta específica sobre discapacidad en México”. Recuperado el 20 de mayo de 2014, de <http://encuestas.insp.mx/enpdis>
- FACULTAD de Ciencias Médicas y Biológicas Dr. Ignacio Chávez. (2014). “Plan de estudios médico cirujano partero”. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de <http://www.medicina.umich.mx/index.php/generales/mapa-curricular>
- GUZMÁN González, Juan Manuel. (2014). “Historia de la Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, A.C.”. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de <http://rehabilitacion.org.mx/index.php/quienes-somos/historia>
- GOBIERNO del Estado de Michoacán. (2014). “Gobernadores del Estado de Michoacán a lo largo de la historia”. Publicado el 14 de junio de 2014. Recuperado el 26 de noviembre de 2014 de <http://michoacan.gob.mx/index.php/gobierno-y-estado/32-gobernadores-del-estado-de-michoacan>
- GÓMEZ Llata, Sergio. (2010). “Historia del Servicio de Ortopedia en el Hospital Juárez de México”, en: *Revista Hospital Juárez de México A.C.* Vol. 77 (4), octubre-diciembre. México, pp. 293-294. Recuperado el 25 de

- noviembre de 2014 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2010/ju104v.pdf>
- HURTADO González Javier. (2015). "Sistemas de Gobierno y Democracia", en: Cuadernos de Divulgación de la Cultura Democrática, Vol. 19, Instituto Nacional Electoral. México. Recuperado el 20 de marzo de 2015 de http://www.ine.mx/documentos/DECEYEC/gobiernos_y_democracia.htm#biblio
- INFORME de actividades de la administración pública del gobierno del Estado de Michoacán. (2014). Recuperado el 28 de mayo de 2014 de <http://publicadorlaip.michoacan.gob.mx/0/Informedegobierno2013.pdf>
- INSTITUTO Nacional de Argentina contra la Discriminación, Xenofobia y Racismo. (2013). "*Discriminación y discapacidad*". Recuperado el 27 de septiembre de 2014 de <http://inadi.gob.ar/promocion-y-desarrollo/publicaciones/documentos-tematicos/discapacidad/introduccion/>
- INSTITUTO Nacional de Estadística y Geografía, Censo Población y Vivienda. (2010). "*Discapacidad en México*". Recuperado el 16 de marzo de 2014, de <http://cuentame.inegi.gob.mx/impresion/poblacion/discapacidad.asp>
- INSTITUTO Nacional de Rehabilitación. (2014). "*Antecedentes*". Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de <http://www.inr.gob.mx/g20.htm>
- MARTÍNEZ Elorriaga, Ernesto. (2012). "*Construirán un centro Teletón en Michoacán*". En: Periódico La Jornada. Publicada el 04 de octubre de 2012. Recuperado el 27 de noviembre de 2014 de <http://www.jornada.unam.mx/2012/10/04/estados/033n1est>
- MÉXICO CNN. (2014). "*El gobernador Fausto Vallejo anuncia su "retiro" del gobierno de Michoacán*". Recuperado el 20 de julio de 2014, de <http://mexico.cnn.com/nacional/2014/06/18/el-gobernador-fausto-vallejo-anuncia-su-retiro-del-gobierno-de-michoacan>
- NACIONES Unidas. (2014). "*Sección de las Organizaciones No Gubernamentales*". Recuperado el 27 de noviembre de 2014 de <http://www.un.org/es/civilsociety/dpingo/>
- ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. (2014). "*Discapacidades*". Recuperado el 27 de septiembre de 2014, de <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
- (2014). "*Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad*". Recuperado el 27 de septiembre de 2014, de <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>
- (2014). "Conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía". Recuperado el 20 de noviembre de 2014, de <http://www.upc.edu/ude/particulares/informacion/informacion-generica-sobre-discapacidad/el-concepto-de-minusvalia-segun-la-organizacion-mundial-de-la-salud>
- ORGANIZACIÓN para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2013). "*¿Cómo está la vida? El costo humano de la crisis*". Recuperado el 20 de mayo de 2014, de <http://www.oecdbetterlifeindex.org/>
- RINCÓN Gallardo, Gilberto. (2013). "*Reflexión sobre la asistencia social. Por el rescate social de los vulnerables*". Recuperado el 28 de mayo de 2014

- de http://www.mexicosocial.org/index.php/secciones/especial/item/319-reflexi%C3%B3n-sobre-la-asistencia-social*.html
- SECRETARÍA de Desarrollo Social. (2014). *"Directorio de OSC Transparencia"*. Recuperado el 27 de noviembre de 2014 de http://indesol.gob.mx/wpfb-file/directorio-de-osc_transparencia_foc-xls/
- SECRETARÍA de Salud Nacional (2014). *"Boletín estadístico de medicina física y rehabilitación 2006-2010"*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de http://www.hgm.salud.gob.mx/descargas/pdf/planeacion/boletin_rehabilitacion.pdf
- SECRETARÍA de Relaciones Exteriores. (2014). *El Estado de Michoacán. Regionalización de la entidad*. Recuperado el 26 de noviembre de 2014 de http://www.sre.gob.mx/coordinacionpolitica/images/stories/documentos_gobiernos/pmichoesp.pdf
- SERRANO, Claudia. (2005). *"La política social en la globalización. Programas de protección en América Latina"*, en: *Unidad Mujer y Desarrollo Proyecto. Gobernabilidad democrática e igualdad de género en América Latina y el Caribe*. Cuenta para el Desarrollo de Naciones Unidas. Vol. 70, agosto de 2005. Santiago de Chile. Recuperado el 19 de mayo de 2014 en <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/22374/lcl2364e.pdf>
- SISTEMA DIF Michoacán. (2014). *Información acerca de los servicios que ofrecen las Unidades Básicas de Rehabilitación*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 en http://laip.michoacan.gob.mx/?id_dep=24
- . (2014). *Organigrama autorizado del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia en Michoacán 2012-2014*. Recuperado e 26 de julio de 2014 en http://laip.michoacan.gob.mx/?id_dep=24
- SOCIEDAD Médica del Hospital General A.C. (2014). *Historia del Hospital General de México. Los pabellones iniciales*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 en <http://www.smhg.org.mx/historia-hgm?q=historia-hgm-2>
- TELETÓN.org. (2014). *"¿Qué está pasando en los CRIT?"*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de <https://teleton.org/Qu%C3%A9%20esta%20pasando%20en%20los%20CRIT>
- . (2014) *"¿Televisa y Teletón son lo mismo?"*. Recuperado el 20 de julio de 2014 de <https://teleton.org/conocenos/teleton-mexico/transparencia/preguntas-frecuentes-de-transparencia>
- TRANSPARENCIA y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán de Ocampo. (2014). *Misión, visión, valores, reseña histórica de la Secretaría de Política Social*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de http://laip.michoacan.gob.mx/?id_dep=6
- . (2014). *Atribuciones generales de la Secretaría de Política Social*. Recuperado el 28 de mayo de 2014 de <http://publicadorlaip.michoacan.gob.mx/6/7.Atribuciones%20Generales.pdf>
- . (2014). *Plantilla Jornada Nivel de Servicios Personales del Poder Ejecutivo a Junio de 2014*. Recuperado el 20 de julio de 2014 de http://laip.michoacan.gob.mx/?id_dep=24

- . (2014). *Misión, visión, valores del Sistema DIF Michoacán*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de http://laip.michoacan.gob.mx/?id_dep=24
- TRANSPARENCIA y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán de Ocampo. (2014). *Atribuciones generales del Sistema DIF Michoacán*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de http://laip.michoacan.gob.mx/?id_dep=24
- TRANSPARENCIA y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán de Ocampo. (2014). *“Análisis del ejercicio del gasto conforme a la clasificación por unidad programática presupuestaria por el periodo 2012-2013-2014”*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de [http://publicadorlaip.michoacan.gob.mx/24/18%20Ejecucion%20del%20presupuesto-2012\(1\).pdf](http://publicadorlaip.michoacan.gob.mx/24/18%20Ejecucion%20del%20presupuesto-2012(1).pdf)
- UNIVERSIDAD Marista Valladolid. (2014). *Licenciaturas y planes de estudio*. Recuperado el 25 de noviembre de 2014 de <http://unidelvalla.mx/portfolio/licenciatura-en-fisioterapia-y-rehabilitacion/>
- VALENTI Nigrini, Giovanna y Flores Llanos, Ulises. (2009). *“Ciencias sociales y políticas públicas”*, En: *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 71, diciembre de 2009. México, pp. 167-189. Recuperado el 20 de mayo de 2014 en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032009000500007&lng=es&nrm=iso. ISSN 0188-2503.
- VITERI Díaz, G. (2007). *“Política Social: elementos para su discusión”*. Edición electrónica gratuita. México, pp.2-59. Recuperado el 19 de mayo de 2014 en www.eumed.net/libros/2007b/297/

Imágenes

- AGENCIA Informativa Mimorelia.com. (2014). *“Entrega DIF Estatal sillas de ruedas a los 113 municipios”*. Publicada el 03 de diciembre del 2010. Recuperada el 26 de noviembre de 2014 de <http://www.mimorelia.com/noticias/michoacan/entrega-dif-estatal-sillas-de-ruedas-a-los-113-municipios-/101933>
- CISNEROS Duarte, Roberto. (2014). *“La ONU critica entrega de recursos públicos a Teletón”*. Con imágenes de Cuartoscuro/Archivo. Publicada el 06 de octubre de 2014. Recuperado el 10 de diciembre de 2014 en <http://mexico.cnn.com/nacional/2014/10/06/la-onu-critica-la-entrega-de-recursos-publicos-al-teleton>
- COORDINACIÓN General de Comunicación Social. (2012). *“Paty Mora de Vallejo inicia la colecta Teletón 2013”*. Recuperada el 27 de noviembre de 2014 de <http://www.michoacan.gob.mx/index.php/noticias/3216-inicio-a-la-colecta-teleton-2013-en-michoacan>
- MICHOACÁN.gob.mx. (2014). *“DIF Michoacán entregó sillas PCI”*. Publicada el 02 de mayo de 2013. Recuperada el 26 de noviembre de 2014 de

- <http://www.michoacan.gob.mx/index.php/noticias/1865-entrega-de-sillas-de-ruedas>
- TELETÓN.Org. (2014) *“Teletón 2014 llega a su meta”*. Publicada el 7 de diciembre de 2014. Recuperado el 10 de diciembre de 2014 en <http://noticieros.televisa.com/mexico/1412/teleton-2014-llega-meta/>
- EXPRESION de Michoacán.com. (2014). *“Reinauguran consultorio dental del DIF en Irimbo”*. Publicado el 30 de octubre de 2013. Recuperado el 26 de noviembre de 2014 de <http://www.expresiondemichoacan.com/reinauguran-consultorio-dental-del-dif-en-irimbo/>
- REDACCIÓNQuadratin.com.mx. (2014). *Inauguran Unidad Básica de Rehabilitación en Tangamandapio*. Publicada el 01 de junio de 2014. Recuperada el 26 de noviembre de 2014 de <http://www.quadratin.com.mx/sucesos/Inauguran-Unidad-Basica-de-Rehabilitacion-en-Tangamandapio/>.
- REDACCIÓNUltra.com.mx. (2014). *Inauguran Unidad Básica de Rehabilitación en Múgica*. Publicada el 28 de abril de 2011. Recuperada el 26 de noviembre de 2014 de <http://www.ultra.com.mx/noticias/michoacan/Local/21108-inaugura-dif-michoacan-ubr-en-mugica.html>
- PRESIDENCIA.gob.mx. (2014). *“Enrique Peña Nieto dona a campaña Teletón”*. Recuperado el 27 de noviembre de 2014 de <http://aristeguinoicias.com/0912/mexico/pena-nieto-y-la-camara-de-diputados-donaron-a-teleton/>

Entrevistas

- Elías Ibarra Torres, diputado local de la 72 Legislatura en Michoacán. Presidente de la Comisión de Asistencia Social.
- Luis Amparano Zafaraín, Director del Centro de Rehabilitación Infantil Teletón (CRIT) en Michoacán. Entrevista realizada de forma presencial el día 15 de septiembre de 2014 en las instalaciones del CRIT Michoacán.
- Anónimo, beneficiario en el CRIT.
- Anónimo, trabajador social en el CRIT.
- Anónimo, empleado en el CRIT.
- Anónimo, miembro del Sindicato de Trabajadores al Servicio del Poder Ejecutivo en Michoacán en servicio para el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE).
- Anónimo, empleado de confianza en el CREE.
- Anónimo, servicio social en el CREE.
- Anónimo, beneficiario CREE.
- M.C. María Elena Silva Montes, auxiliar de la dirección general en el CREE.

Anexos

Cuadro IV. (I de III)
Matriz de congruencia metodológica

Planteamiento del Problema		Hipótesis	Variables		Medición de las variables	
Preguntas	Objetivos		Dependiente	Independientes	Dimensión	Indicadores
¿Cuál es el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014?	Determinar cuál es el alcance que tiene el programa de atención a personas con discapacidad para su rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.	El alcance del programa de atención a personas con discapacidad es bajo en materia de rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.	Programa de rehabilitación a personas con discapacidad	Personas con discapacidad Servicios de rehabilitación	Base de datos Pregunta de la 8 a la 12; 22 a la 30	Base de datos INEGI 2012. Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto en los Hogares 2012. 8) ¿Cuál cree que sea el mayor problema para ser beneficiario del CREE? 9) Considero que el CREE está lejos de mi casa 12) Recibo apoyo económico para cubrir los gastos de traslado 22) Si no fuese el CREE, recibiría terapia en CRIT 25) He visto mejoría con la rehabilitación 24) ¿Qué tipo de terapia recibe? 26) Con el servicio de rehabilitación del CREE estoy: 27) Con las instalaciones estoy: 28) Con el equipo y material estoy: 29) Con la atención del personal médico y enfermeras/os estoy: 30) Con la atención del personal administrativo:
¿Cuáles son las variables que inciden para la rehabilitación de una persona con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014?	Fijar cuáles son las variables que inciden para la rehabilitación de una persona con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.	Las variables como lugar de procedencia, número y costo por terapia inciden negativamente para la rehabilitación de una persona con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.	Rehabilitación de las personas con discapacidad	Lugar de procedencia Número de terapias Costo por terapia	Pregunta 1 Pregunta 18 Pregunta 17	1) Lugar de residencia 18) Recibo el siguiente número de terapias al día 17) Costo por terapia

Fuente: elaboración propia.

Cuadro IV. (II de III)
Matriz de congruencia metodológica

Planteamiento del Problema		Hipótesis	Variables		Medición de las variables	
Preguntas	Objetivos		Dependiente	Independientes	Dimensión	Indicadores
¿Los servicios y la infraestructura para otorgar rehabilitación han logrado ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014?	Comprobar si los servicios y la infraestructura para otorgar rehabilitación han logrado ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.	Los servicios y la infraestructura para otorgar rehabilitación han logrado ampliar la cobertura de atención a personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014.	Servicios en el CREE Infraestructura para recibir rehabilitación	Cobertura de atención a personas con discapacidad	Pregunta 1, 13, 26 a la 29 Pregunta 6, 8, y 9	1)Lugar de residencia 13)El apoyo económico lo recibo de: 26)Con el servicio de rehabilitación del CREE estoy: 27)Con las instalaciones estoy: 28)Con el equipo y material estoy: 29)Con la atención del personal médico y enfermeras/os estoy: 6) ¿Recibía rehabilitación en algún otro lugar antes del CREE? 8) ¿Cuál cree que sea el mayor problema para ser beneficiario del CREE? 9)Considero que el CREE está lejos de mi casa
¿Las acciones de información y orientación del programa hay ayudado a incrementar la demanda para rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014?	Precisar si las acciones de información y orientación del programa han ayudado a incrementar la demanda para rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.	Las acciones de información y orientación del programa han ayudado a incrementar la demanda para rehabilitación en Michoacán, periodo 2012-2014.	Demanda para servicios de rehabilitación	Acciones de información y orientación	Preguntas 5-6; 31-33	5) ¿Por qué medio se enteró del CREE? 6) ¿Recibía rehabilitación en algún otro lugar antes del CREE? 31)He percibido algún tipo de discriminación en el CREE 32)A través de los medios de comunicación he recibido información para evitar la discriminación hacia las personas con discapacidad 33)Conozco programas especializados para prevenir la discriminación hacia las personas con discapacidad

Fuente: elaboración propia.

Atribuciones de la Secretaría de Política Social del Gobierno del Estado de Michoacán

- a) Formular, normar y coordinar políticas y programas generales para el desarrollo social con la participación ciudadana, que coadyuven al mejoramiento de las condiciones de vida de la población.
- b) Proponer al Gobernador del Estado, las políticas y programas de desarrollo social, para atender las necesidades de la población.
- c) Establecer los lineamientos generales y coordinar los programas específicos que en materia de su competencia se convengan con los municipios.
- d) Establecer y regular políticas y programas de apoyo y orientación en materia alimentaria, en coordinación con las diferentes instancias del Gobierno del Estado y los distintos órdenes del Gobierno Federal, de los estados, del Distrito Federal y municipios.
- e) Formular, normar y coordinar políticas y programas que promuevan la equidad, la igualdad de oportunidades y que eliminen los mecanismos de exclusión social de grupos de atención prioritaria.
- f) Promover, normar y coordinar acciones y programas de combate a la pobreza que se ejecuten en el Estado.
- g) Formular, normar, coordinar y vigilar la aplicación de políticas y programas de prevención y atención a grupos sociales altamente vulnerables.
- h) Coordinar, vigilar y evaluar que las instituciones de asistencia privada y sus patronatos cumplan con los ordenamientos jurídicos aplicables.
- i) Coordinar los servicios públicos de información y orientación de programas para el desarrollo social.
- j) Proponer, formular, regular, evaluar y coordinar los programas de servicio social que le encomiende el Gobernador del Estado, con la participación de las dependencias y entidades paraestatales federales, estatales, del Distrito Federal y municipales, que por disposición de la ley o por convenio ejecuten acciones relacionadas con la materia.
- k) Organizar y acreditar el servicio social de pasantes.
- l) Fomentar la participación de las organizaciones civiles y comunitarias, de las instituciones académicas y de investigación, y de la sociedad en general, en la formulación, instrumentación y operación de las políticas y programas que lleve a cabo.
- m) Apoyar iniciativas y proyectos de la sociedad, relacionados con las materias a su cargo.
- n) Definir las zonas, localidades y regiones territoriales del Estado que requieran atención inmediata, en materia de combate a la pobreza y marginación.
- o) Establecer los lineamientos y criterios para la evaluación de los programas sociales y acciones que realicen organizaciones sociales, las unidades administrativas y sus órganos sectorizados, con los recursos federales, estatales y municipales relativos al desarrollo social.
- p) Llevar a cabo estudios e investigaciones para la identificación de técnicas, metodologías y mecanismos de evaluación de los programas sociales.
- q) Colaborar en coordinación con las dependencias competentes en acciones de consulta, asesoría, asistencia técnica, que incidan en el desarrollo institucional, en materia de política social (Transparencia y acceso a la información pública del Poder Ejecutivo del Estado de Michoacán, 2014).

Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana

TEXTO ORIGINAL

Publicado en el Periódico Oficial del Estado, el día 2 de febrero de 2012, quinta sección, tomo CLIII, núm. 58

LEONEL GODOY RANGEL, Gobernador Constitucional del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo, en ejercicio de las facultades que al Ejecutivo a mi cargo confieren los artículos 60 fracción VI y XXII, 62, 65 y 66 de la Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo; 2°, 3°, 5°, 9°, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 46 fracción I y 47 de la Ley Orgánica de la Administración Pública del Estado de Michoacán de Ocampo; y,

C O N S I D E R A N D O

Que en el Plan Estatal de Desarrollo 2008-2012, en el Eje Temático VIII, denominado Gestión Pública Eficiente, Transparente y Honesta, se establece como compromiso la modernización de la Administración Pública del Estado, mediante la democratización de decisiones, transparencia en las acciones; sistematización y eficiencia de procesos, profesionalización de servidores públicos y, para dar soporte a todo lo anterior, revisar y modificar su marco normativo.

Que uno de los compromisos que se persiguen con este ordenamiento, está encaminado a contar con una organización integral del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, requiere de un marco reglamentario actualizado que regule su ejercicio interior, y otorgue certeza legal a los actos que realicen sus Unidades Administrativas e impulse una eficiente evaluación de sus programas de trabajo y propicie la utilización racional de sus recursos, así como el cumplimiento oportuno de sus tareas.

Que con fecha 21 de abril de 2006, fue publicado en el Periódico Oficial del Gobierno Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo, el Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana.

Que con fecha febrero de 2008, fue modificada la Estructura Orgánica del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, lo que hace necesario actualizar su Reglamento Interior a efecto de dar congruencia a los cambios registrados en su estructura organizacional.

Que con fecha 8 de septiembre de 2011, se celebró la sesión de la Junta de Gobierno del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, mediante la cual se aprobó el presente Reglamento Interior.

Que el Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, establece las facultades que competen a las Unidades Administrativas del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, delimita el marco de actuación de los servidores públicos que lo integran y da sustento a la validez legal de sus actividades.

Por lo expuesto, he tenido a bien emitir el siguiente:

REGLAMENTO INTERIOR DEL SISTEMA PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA MICHOACANA

CAPÍTULO I DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º. El Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, es de orden público e interés social y tiene por objeto regular la estructura orgánica y funcionamiento de las Unidades Administrativas del Organismo Público Descentralizado de la Administración Pública Estatal, con personalidad jurídica y patrimonio propios, denominado Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, el cual tiene como objetivo promover y prestar servicios de asistencia social para apoyar el desarrollo de la familia y la comunidad en el Estado de Michoacán de Ocampo.

Artículo 2º. Al frente del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, habrá un Director General designado y removido libremente por el Gobernador del Estado, quien conducirá sus actividades conforme a las disposiciones normativas aplicables y las políticas que emita la Junta de Gobierno y se auxiliará del personal técnico y administrativo necesario para el ejercicio de sus facultades.

Artículo 3º. Para los efectos del Reglamento Interior del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana, se entenderá por:

I. CADI: Los Centros de Asistencia y Desarrollo Infantil;

II. CAIC: Los Centros Asistenciales Infantiles Comunitarios;

III. CREE Morelia: El Centro de Rehabilitación y Educación Especial;

IV. DIF Estatal: El Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia Michoacana;

V. DIF Nacional: El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia;

VI. Director General: El Titular del DIF Estatal;

VII. Estado: El Estado Libre y Soberano de Michoacán de Ocampo;

VIII. Gobernador: El Gobernador Constitucional del Estado de Michoacán de Ocampo;

IX. Junta: La Junta de Gobierno del DIF Estatal;

X. Ley: La Ley de Asistencia Social del Estado de Michoacán de Ocampo;

XI. Patronato: El Patronato del DIF Estatal;

XII. Presidencia: La Presidencia de la Junta;

XIII. Reglamento: El Reglamento Interior del DIF Estatal;

XIV. Sistemas Municipales DIF: Los Sistemas Municipales para el Desarrollo Integral de la Familia en el Estado;

XV. UBR: Las Unidades Básicas de Rehabilitación del DIF Estatal, que operan en los diferentes municipios del Estado; y,

XVI. Unidades Administrativas: Las Unidades Administrativas dotadas de facultades de decisión y ejecución, establecidas en el artículo 5º del Reglamento [...]

CAPÍTULO VII DE LA DIRECCIÓN DE ASISTENCIA E INTEGRACIÓN SOCIAL

Artículo 12. Al Director de Asistencia e Integración Social le corresponde el ejercicio de las facultades siguientes:

I. Promover y prestar servicios de asistencia social, de conformidad con las disposiciones normativas aplicables;

II. Dirigir la elaboración de estudios, proyectos y programas de trabajo en materia de asistencia e integración social, así como de prevención y de atención y someterlos a consideración del Director General;

III. Proponer y conducir la ejecución de políticas que se deban seguir para brindar servicios asistenciales de calidad en el Estado, así como participar en acciones tendientes al mejoramiento de los servicios que presta el DIF Estatal en este rubro;

IV. Promover relaciones de coordinación con las Unidades Administrativas homólogas del DIF Nacional, respecto a la materia de su competencia;

V. Concertar la aplicación de mecanismos de gestión de recursos en especie o financieros con diferentes sectores de la sociedad, para otorgar servicios de asistencia social;

VI. Supervisar el adecuado uso y manejo de los recursos que otorga el DIF Estatal a las instituciones de asistencia privada;

VII. Dirigir la realización de proyectos y programas que desarrollen el sano crecimiento físico, mental y social de la niñez y la adolescencia en el Estado;

VIII. Implantar sistemas internos de información que permitan identificar, canalizar y apoyar oportunamente las peticiones de la población en la materia de su competencia;

IX. Establecer mecanismos de comunicación y coordinación con los Sistemas Municipales DIF, así como supervisar el uso de los recursos materiales transferidos provisionalmente a éstos y la aplicación de los diferentes programas a su cargo, conforme a las disposiciones normativas aplicables;

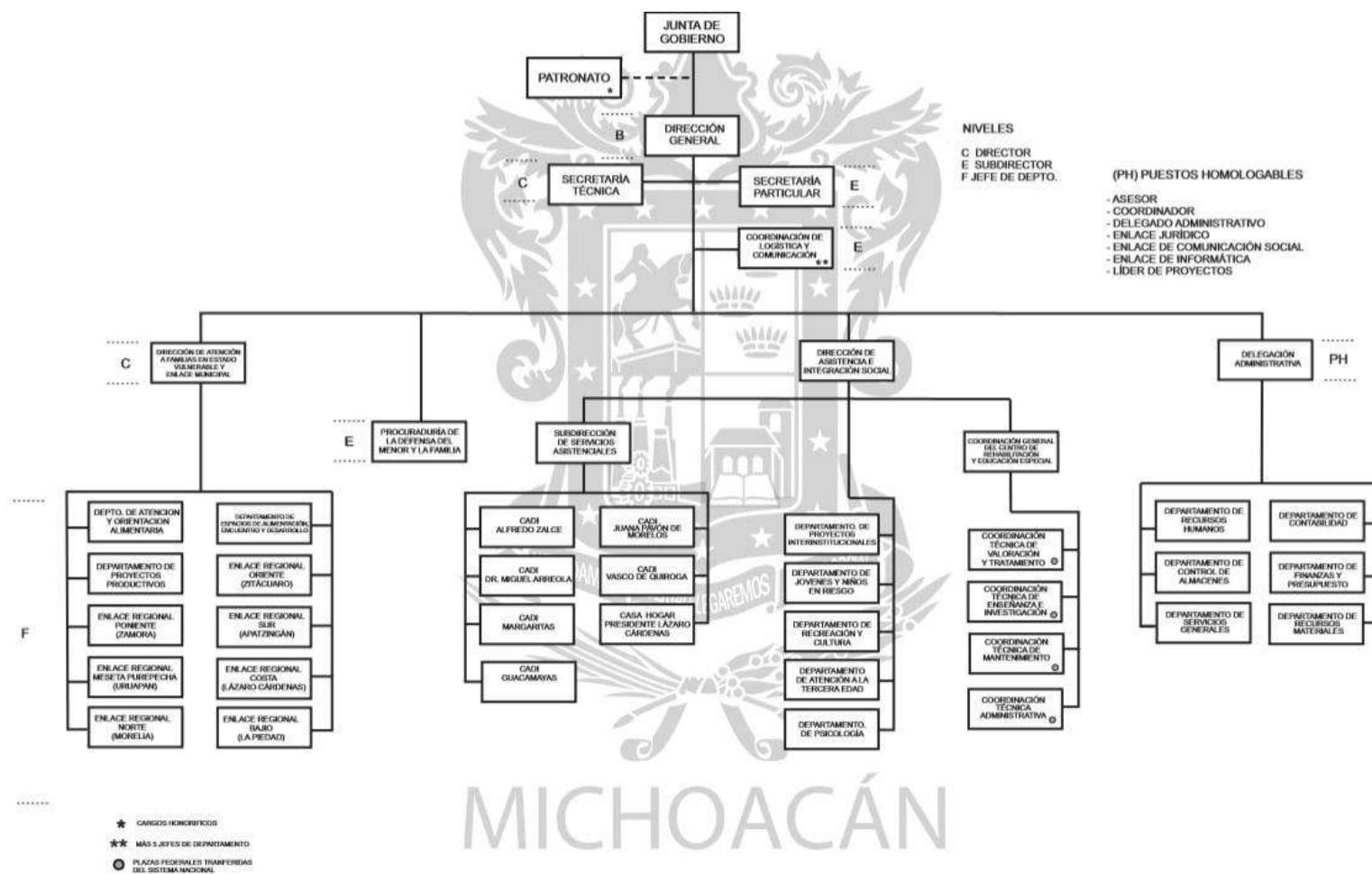
X. Dirigir y controlar el funcionamiento del CREE Morelia y de las UBR, a efecto de que cumplan con sus objetivos en forma eficaz y eficiente, conforme a las disposiciones normativas aplicables;

- XI. Dirigir la elaboración de los lineamientos y disposiciones de carácter interno para la operación del CREE Morelia y las UBR, y someterlos al Director General para su revisión y posterior autorización;
 - XII. Proponer al Director General la realización de convenios con distintas instituciones nacionales e internacionales en materia de rehabilitación, asistencia e integración social;
 - XIII. Participar en el ámbito de su competencia, en el diseño y ejecución de programas de prevención y atención para las personas con capacidades diferentes para su rehabilitación e integración social;
 - XIV. Dirigir la elaboración de estudios para la regionalización y focalización de los programas de su competencia, en zonas de alta prioridad para la asistencia social;
 - XV. Proponer al Director General el establecimiento de mecanismos interinstitucionales y de participación social que coordinen y concentren las acciones de los programas de asistencia social en el Estado;
 - XVI. Promover la realización de talleres y eventos socioculturales, deportivos, artísticos y recreativos, para coadyuvar al desarrollo integral de los niños, jóvenes y adultos mayores sujetos de asistencia social;
 - XVII. Fomentar y proponer acciones que coadyuven y permitan a los adultos mayores en condiciones de pobreza mejorar su calidad de vida, así como fortalecer sus capacidades, garantizando el ejercicio pleno de sus derechos.
 - XVIII. Elaborar estudios e investigaciones en zonas urbano-marginales y rurales del Estado que permitan focalizar los programas asistenciales infantiles a niñas y niños;
 - XIX. Conducir los servicios de atención psicológica que presta el DIF Estatal, de conformidad con las disposiciones normativas aplicables;
 - XX. Participar, en el ámbito de su competencia, en la integración del diagnóstico estatal y municipal de programas y recursos institucionales, así como de organismos de la sociedad civil, relacionados con la asistencia social;
 - XXI. Promover acciones y programas de apoyo educativo para los sujetos de asistencia social, de conformidad con los convenios realizados entre el DIF Estatal y la Secretaría de Educación;
 - XXII. Evaluar las acciones de control de los CADI y CAIC del Estado e instruir las medidas pertinentes, a fin de que cumplan con sus objetivos de forma eficaz y eficiente;
 - XXIII. Elaborar propuestas y proyectos de creación de nuevos CADI y CAIC en aquellas regiones en las que se identifiquen familias que se encuentren en mayores adversidades para su desarrollo; y,
 - XXIV. Las demás que le señale el Director General y otras disposiciones normativas aplicables [...]
- (Reglamento Interior del Sistema DIF Michoacán, 2012).

Atribuciones Generales del Sistema DIF Michoacán

- I. Vigilar el estricto cumplimiento de esta Ley, así como las disposiciones que se dicten con base en ella, sin perjuicio de las facultades que en la materia competen a otras dependencias y entidades de la Administración Pública Federal y a los Gobiernos y entidades de los estados;
- II. Formular las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en materia de asistencia social, a fin de garantizar la calidad de los servicios, y los derechos de los sujetos de esta Ley; así como la difusión y actualización de las mismas entre los integrantes del Sistema Nacional de Salud, y del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada;
- III. Certificar que los servicios que presten en la materia las instituciones de los sectores público y privado cumplan con lo estipulado en las Normas Oficiales Mexicanas señaladas en el artículo anterior;
- IV. Supervisar la debida aplicación de las Normas Oficiales Mexicanas que rijan la prestación de los servicios de salud en esta materia, así como evaluar los resultados de los servicios asistenciales que se presten conforme a las mismas;
- V. Apoyar la coordinación entre las instituciones que presten servicios de asistencia social y las educativas para formar y capacitar recursos humanos en la materia;
- VI. Promover la investigación científica y tecnológica que tienda a desarrollar y mejorar la prestación de los servicios asistenciales en materia de salubridad general;
- VII. Formar personal profesional en materias relacionadas con la prestación de servicios de asistencia social;
- VIII. Coordinar un Sistema Nacional de Información en materia de asistencia social en colaboración con el INEGI;
- IX. Coordinar, con las entidades federativas, la prestación y promoción de los servicios de salud en materia de asistencia social;
- X. Concertar acciones con los sectores social y privado, mediante convenios y contratos en que se regulen la prestación y promoción de los servicios de salud en materia de asistencia social, con la participación que corresponda a otras dependencias o entidades;
- XI. Coordinar, evaluar y dar seguimiento a los servicios de salud que en materia de asistencia social presten las instituciones a que se refiere el Artículo 34 Fracción II de la Ley General de Salud;
- XII. Realizar investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;
- XIII. Coordinar, integrar y sistematizar un Directorio Nacional de Instituciones públicas y privadas de asistencia social;
- XIV. Supervisar y coadyuvar en el desarrollo de los procesos de adopción de menores, y;
- XV. Las demás que le otorga la Ley General de Salud (Transparencia y Acceso a la Información Pública, 2014).

Organigrama del Sistema Integral para el Desarrollo de la Familia en Michoacán de Ocampo



Fuente: Información obtenida de Transparencia y acceso a la información pública, 2014.

Programas dependientes del Sistema DIF Michoacán

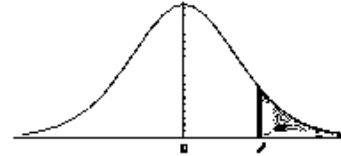
Nombre del programa	Tipo de programa	Descripción del programa	Perfil del beneficiario	Número de beneficiarios	Monto de operación	Tipo de apoyo
CRECER	Federal	Otorgar un complemento alimenticio de leche fortificado en polvo, equivalente a 16 paquetes de 240 grs., a niñas y niños mayores de 6 meses y menores de 3 años, en condiciones de pobreza alimentaria en los 113 municipios del Estado.	Familias con alto grado de marginación	75 mil niñas y niños	39,199,920	Complemento alimenticio
Desayunos escolares	Federal	Otorgar un desayuno escolar a niños y niñas, considerando dos modalidades: Caliente: Consistente en frijol, arroz, lenteja, harina de maíz, aceite, leche, azúcar, avena y postres, para la elaboración de un platillo caliente, bebida y postre. Frio: Conformado por leche entera de vaca, cereal y postre.	Niños y niñas con un alto grado de marginación	140 mil	103,721,979	Desayunos
Nutrición compromiso contigo	Federal-Estatal	Fomentar acciones que influyan en la modificación y mejora de los hábitos alimenticios a través de actividades de comunicación y educación mediante el aprovechamiento de los recursos.	Población en estado de vulnerabilidad del Estado de Michoacán.	5,000	1,085,000	Taller
Compromiso con la alimentación de las familias en Desamparo	Federal	Otorgar despensas a familias en desamparo, conformada con productos básicos, los cuales están dentro de los padrones de consumo de las comunidades, a la vez que reúnen las recomendaciones mínimas de aporte calórico y proteico.	Familias en situación de pobreza extrema (Que entre sus integrantes cuenta con: mujer embarazada o en periodo de lactancia, adulto mayor o persona con discapacidad).	101,681	118,799,718.21	Despensas
Espacios de alimentación, encuentro y desarrollo	Federal	Ayuda alimentaria directa a la población vulnerable, fomentando la orientación alimentaria y el mejoramiento de hábitos alimenticios de la comunidad y/o grupos participantes, desarrollando espacios sociales que faciliten la formación, participación y organización comunitaria.	Niñas y niños, mujeres embarazadas, hombres, adultos mayores, personas con capacidades diferentes, migrantes e indígenas.	127,598	20,000,000	Dotación
Participación contigo	Estatal	Realizar eventos con la participación de los ciudadanos, sociedad civil, instituciones de los sectores públicos y privados, que permitan mejorar las condiciones de vida de los grupos vulnerables.	"	13950	6,693,049.00	Apoyo
Tu desarrollo nuestro compromiso	Federal-Estatal	Implementación de Proyectos Productivos, de seguridad alimentaria, ahorro, autoconsumo servicios y/o comercialización.	"	11,814	5,178,540	Becas
Compromiso con la niñez	Federal-Estatal	Atender a menores en estado de abandono que se encuentran a disposición del Sistema, así como a los albergados en casas de asistencia privada, promover sus derechos, otorgarles becas, mantenimiento de albergues y centros de atención.	Niños, Niñas y adolescentes	42,767	30,469,248	Atención
Comprometidos con tu salud	Federal-Estatal	Realizar acciones a favor de la salud en poblaciones y comunidades que se encuentran en condiciones de mayor desventaja y resultan por tanto más vulnerables.	Población en estado de vulnerabilidad del Estado de Michoacán.	14,712	4,091,368	Ayuda
Compromiso con las personas con discapacidad	Federal-Estatal	Otorgar apoyos y servicios a personas con discapacidad proporcionándoles ayudas funcionales (ótesis y prótesis), traslado, becas y coadyuvar en el fortalecimiento de organizaciones de y para personas con discapacidad. Así como brindar servicios de atención integral a personas con discapacidad, específicamente a la población que carece de servicios de salud. Población en general, prioritariamente las personas con discapacidad.	Población en general, prioritariamente las personas con discapacidad	17,641	25,505,000	Atención
Compromiso con los adultos mayores	Federal-Estatal	Fomentar actividades para los adultos mayores mejorando su salud integral y por ende, su calidad de vida además de la instalación de estancias para su desarrollo físico, mental y recreativo	Adultos Mayores de los 113 municipios.	8,687	1,900,000	Atención

Fuente: Elaboración propia a partir de información obtenida de Transparencia y acceso a la información pública, 2014.

Tabla “t” student (I de II)

Tabla de la t de Student.

Contiene los valores t tales que $p[T > t] = \alpha$,
donde n son los grados de libertad.



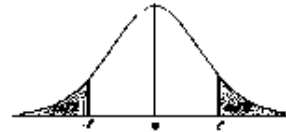
$n \setminus \alpha$	0,30	0,25	0,20	0,10	0,05	0,025	0,01	0,005	0,0025	0,001	0,0005
1	0,7265	1,0000	1,3764	3,0777	6,3137	12,7062	31,8210	63,6559	127,3213	318,3088	636,6192
2	0,6172	0,8165	1,0607	1,8856	2,9200	4,3027	6,9645	9,9250	14,0890	22,3271	31,5991
3	0,5844	0,7649	0,9785	1,6377	2,3534	3,1824	4,5407	5,8408	7,4533	10,2145	12,9240
4	0,5686	0,7407	0,9410	1,5332	2,1318	2,7765	3,7469	4,6041	5,5976	7,1732	8,6103
5	0,5594	0,7267	0,9195	1,4759	2,0150	2,5706	3,3649	4,0321	4,7733	5,8934	6,8688
6	0,5534	0,7176	0,9057	1,4398	1,9432	2,4469	3,1427	3,7074	4,3168	5,2076	5,9588
7	0,5491	0,7111	0,8960	1,4149	1,8946	2,3646	2,9979	3,4995	4,0293	4,7853	5,4079
8	0,5459	0,7064	0,8889	1,3968	1,8595	2,3060	2,8965	3,3554	3,8325	4,5008	5,0413
9	0,5435	0,7027	0,8834	1,3830	1,8331	2,2622	2,8214	3,2498	3,6897	4,2968	4,7809
10	0,5415	0,6998	0,8791	1,3722	1,8125	2,2281	2,7638	3,1693	3,5814	4,1437	4,5869
11	0,5399	0,6974	0,8755	1,3634	1,7959	2,2010	2,7181	3,1058	3,4966	4,0247	4,4370
12	0,5386	0,6955	0,8726	1,3562	1,7823	2,1788	2,6810	3,0545	3,4284	3,9296	4,3178
13	0,5375	0,6938	0,8702	1,3502	1,7709	2,1604	2,6503	3,0123	3,3725	3,8520	4,2208
14	0,5366	0,6924	0,8681	1,3450	1,7613	2,1448	2,6245	2,9768	3,3257	3,7874	4,1405
15	0,5357	0,6912	0,8662	1,3406	1,7531	2,1315	2,6025	2,9467	3,2860	3,7328	4,0728
16	0,5350	0,6901	0,8647	1,3368	1,7459	2,1199	2,5835	2,9208	3,2520	3,6862	4,0150
17	0,5344	0,6892	0,8633	1,3334	1,7396	2,1098	2,5669	2,8982	3,2224	3,6458	3,9651
18	0,5338	0,6884	0,8620	1,3304	1,7341	2,1009	2,5524	2,8784	3,1966	3,6105	3,9216
19	0,5333	0,6876	0,8610	1,3277	1,7291	2,0930	2,5395	2,8609	3,1737	3,5794	3,8834
20	0,5329	0,6870	0,8600	1,3253	1,7247	2,0860	2,5280	2,8453	3,1534	3,5518	3,8495
21	0,5325	0,6864	0,8591	1,3232	1,7207	2,0796	2,5176	2,8314	3,1352	3,5272	3,8193
22	0,5321	0,6858	0,8583	1,3212	1,7171	2,0739	2,5083	2,8188	3,1188	3,5050	3,7921
23	0,5317	0,6853	0,8575	1,3195	1,7139	2,0687	2,4999	2,8073	3,1040	3,4850	3,7676
24	0,5314	0,6848	0,8569	1,3178	1,7109	2,0639	2,4922	2,7970	3,0905	3,4668	3,7454
25	0,5312	0,6844	0,8562	1,3163	1,7081	2,0595	2,4851	2,7874	3,0782	3,4502	3,7251
26	0,5309	0,6840	0,8557	1,3150	1,7056	2,0555	2,4786	2,7787	3,0669	3,4350	3,7066
27	0,5306	0,6837	0,8551	1,3137	1,7033	2,0518	2,4727	2,7707	3,0565	3,4210	3,6896
28	0,5304	0,6834	0,8546	1,3125	1,7011	2,0484	2,4671	2,7633	3,0469	3,4082	3,6739
29	0,5302	0,6830	0,8542	1,3114	1,6991	2,0452	2,4620	2,7564	3,0380	3,3962	3,6594
30	0,5300	0,6828	0,8538	1,3104	1,6973	2,0423	2,4573	2,7500	3,0298	3,3852	3,6460
40	0,5286	0,6807	0,8507	1,3031	1,6839	2,0211	2,4233	2,7045	2,9712	3,3069	3,5510
80	0,5265	0,6776	0,8461	1,2922	1,6641	1,9901	2,3739	2,6387	2,8870	3,1953	3,4163
120	0,5258	0,6765	0,8446	1,2886	1,6576	1,9799	2,3578	2,6174	2,8699	3,1595	3,3735
∞	0,5244	0,6745	0,8416	1,2816	1,6449	1,9600	2,3263	2,5758	2,8070	3,0902	3,2905

Fuente: Namakforoosh, 2003)

Tabla “t” student (II de II)

Tabla de la t de Student.

Contiene los valores t tales que $p(|T| > t) = \alpha$,
donde n son los grados de libertad.



$n \setminus \alpha$	0,90	0,80	0,70	0,50	0,30	0,20	0,10	0,05	0,02	0,01	0,001
1	0,1584	0,3249	0,5095	1,0000	1,9626	3,0777	6,3137	12,7062	31,8210	63,6559	636,5776
2	0,1421	0,2887	0,4447	0,8165	1,3862	1,8856	2,9200	4,3027	6,9645	9,9250	31,5998
3	0,1366	0,2767	0,4242	0,7649	1,2498	1,6377	2,3534	3,1824	4,5407	5,8408	12,9244
4	0,1338	0,2707	0,4142	0,7407	1,1896	1,5332	2,1318	2,7765	3,7469	4,6041	8,6101
5	0,1322	0,2672	0,4082	0,7267	1,1558	1,4759	2,0150	2,5706	3,3649	4,0321	6,8685
6	0,1311	0,2648	0,4043	0,7176	1,1342	1,4398	1,9432	2,4469	3,1427	3,7074	5,9587
7	0,1303	0,2632	0,4015	0,7111	1,1192	1,4149	1,8946	2,3646	2,9979	3,4995	5,4081
8	0,1297	0,2619	0,3995	0,7064	1,1081	1,3968	1,8595	2,3060	2,8965	3,3554	5,0414
9	0,1293	0,2610	0,3979	0,7027	1,0997	1,3830	1,8331	2,2622	2,8214	3,2498	4,7809
10	0,1289	0,2602	0,3966	0,6998	1,0931	1,3722	1,8125	2,2281	2,7638	3,1693	4,5868
11	0,1286	0,2596	0,3956	0,6974	1,0877	1,3634	1,7959	2,2010	2,7181	3,1058	4,4369
12	0,1283	0,2590	0,3947	0,6955	1,0832	1,3562	1,7823	2,1788	2,6810	3,0545	4,3178
13	0,1281	0,2586	0,3940	0,6938	1,0795	1,3502	1,7709	2,1604	2,6503	3,0123	4,2209
14	0,1280	0,2582	0,3933	0,6924	1,0763	1,3450	1,7613	2,1448	2,6245	2,9768	4,1403
15	0,1278	0,2579	0,3928	0,6912	1,0735	1,3406	1,7531	2,1315	2,6025	2,9467	4,0728
16	0,1277	0,2576	0,3923	0,6901	1,0711	1,3368	1,7459	2,1199	2,5835	2,9208	4,0149
17	0,1276	0,2573	0,3919	0,6892	1,0690	1,3334	1,7396	2,1098	2,5669	2,8982	3,9651
18	0,1274	0,2571	0,3915	0,6884	1,0672	1,3304	1,7341	2,1009	2,5524	2,8784	3,9217
19	0,1274	0,2569	0,3912	0,6876	1,0655	1,3277	1,7291	2,0930	2,5395	2,8609	3,8833
20	0,1273	0,2567	0,3909	0,6870	1,0640	1,3253	1,7247	2,0860	2,5280	2,8453	3,8496
21	0,1272	0,2566	0,3906	0,6864	1,0627	1,3232	1,7207	2,0796	2,5176	2,8314	3,8193
22	0,1271	0,2564	0,3904	0,6858	1,0614	1,3212	1,7171	2,0739	2,5083	2,8188	3,7922
23	0,1271	0,2563	0,3902	0,6853	1,0603	1,3195	1,7139	2,0687	2,4999	2,8073	3,7676
24	0,1270	0,2562	0,3900	0,6848	1,0593	1,3178	1,7109	2,0639	2,4922	2,7970	3,7454
25	0,1269	0,2561	0,3898	0,6844	1,0584	1,3163	1,7081	2,0595	2,4851	2,7874	3,7251
26	0,1269	0,2560	0,3896	0,6840	1,0575	1,3150	1,7056	2,0555	2,4786	2,7787	3,7067
27	0,1268	0,2559	0,3894	0,6837	1,0567	1,3137	1,7033	2,0518	2,4727	2,7707	3,6895
28	0,1268	0,2558	0,3893	0,6834	1,0560	1,3125	1,7011	2,0484	2,4671	2,7633	3,6739
29	0,1268	0,2557	0,3892	0,6830	1,0553	1,3114	1,6991	2,0452	2,4620	2,7564	3,6595
30	0,1267	0,2556	0,3890	0,6828	1,0547	1,3104	1,6973	2,0423	2,4573	2,7500	3,6460
40	0,1265	0,2550	0,3881	0,6807	1,0500	1,3031	1,6839	2,0211	2,4233	2,7045	3,5510
80	0,1261	0,2542	0,3867	0,6776	1,0432	1,2922	1,6641	1,9901	2,3739	2,6387	3,4164
120	0,1259	0,2539	0,3862	0,6765	1,0409	1,2886	1,6576	1,9799	2,3578	2,6174	3,3734
∞	0,126	0,253	0,385	0,674	1,036	1,282	1,645	1,96	2,326	2,576	3,291



Guía Observación Cualitativa
Estudio acerca de la política asistencial destinada a centros de rehabilitación
para personas con alguna discapacidad en Michoacán 2012-2014

Fecha: _____ Hora: _____

Episodio, reunión, observación: _____

Participantes: _____

Lugar: _____

1. Temas principales. Impresiones del investigador. Resumen de lo que sucede en el evento, episodio.
2. Explicaciones o especulaciones, e hipótesis de lo que sucede en el lugar o contexto.
3. Explicaciones alternativas. Reportes de otros que experimentan o viven la situación.
4. Siguiendo pasos en la recolección de datos. Otras preguntas o indagaciones que sean necesarias realizar.
5. Revisión, actualización. Implicaciones de las conclusiones.



Encuesta a beneficiario CRIT

Nota: La información obtenida será única y exclusivamente con fines académicos para la tesis titulada:
“El programa asistencial destinado a rehabilitación para personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014” (Padre de familia con beneficiario en el CRIT Teletón)

1) Lugar de residencia					
2) Sexo		1) Femenino		2) Masculino	
3) Edad	1) de 15 a 20	2) de 20 a 25	3) de 25 a 30	4) de 30 a 40	5) de 40 a 50
4) Escolaridad	1) Ninguna	2) Educación Básica	3) Educación Media superior	4) Educación Superior	5) Posgrado
5) ¿Por qué medio se enteró del CRIT Teletón en Michoacán?	1) Periódico	2) Radio	3) Internet	4) TV	5) Alguien me platicó
6) ¿Fue difícil inscribir a su hijo (a) en el CRIT?	1) No	2) No muy difícil	3) Regular	4) Difícil	5) Extremadamente difícil
7) ¿Cuál considera usted que es uno de los principales problemas para ingresar al CRIT Teletón	1) Está lejos del municipio donde vivo	2) Problemas económicos	3) Falta de apoyo por parte de la familia	4) Fue muy corto el periodo de inscripción	5) Ofrecen pocos lugares en la lista de espera
8) A la semana, ¿Cuántas veces recibe terapia su hijo?	1) 1	2) 2	3) 3	4) 4	5) Otro:
9) En promedio, ¿Cuánto dinero invierte para viajar a Morelia y recibir terapia?	1) De 100 a 300	2) De 300 a 400	3) De 500 a 600	4) De 600 a 1,000	5) Hasta más de 1,500
10) ¿Cuenta con algún tipo de seguro médico?	1) Seguro Popular	2) IMSS	3) ISSSTE	4) Privado	5) Ninguno
11) Recibe apoyo económico para cubrir los gastos de traslado	1) Siempre	2) Muchas veces	3) La mitad de las veces	4) Pocas veces	5) Nunca
12) El apoyo económico lo recibo de:	1) Familia	2) DIF Michoacán	3) Beca Municipal	4) Beca Gobierno Federal	5) CRIT Teletón
13) Además del CRIT Teletón, conozco otro centro de rehabilitación en Michoacán	1) CREE	2) UBR de mi municipio	3) Clínica privada	4) Hospital infantil/Civil/IMSS /ISSSTE	5) Ninguno
14) Si conoce otro centro de rehabilitación, ¿cómo se enteró del mismo?	1) Una persona me recomendó, familiar/conocido.	2) Una autoridad de mi municipio me recomendó.	3) Por un anuncio en la tv, radio o internet.	4) Hospital público	5) Ninguno
15) Si no fuese el CRIT, acudiría a las Unidades Básicas de Rehabilitación en mi municipio	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente en desacuerdo
16) Mi hijo(a) es una persona con discapacidad por	1) Parálisis cerebral/ lesión cerebral	2) Lesión medular	3) Enfermedades neuromusculares	4) Enfermedad genética	5) Amputaciones y enfermedades osteoartritis
17) En el CRIT mi hijo(a) recibe:	1) Terapia física	2) Terapia de lenguaje	3) Terapia ocupacional	4) Psicología familiar	5) Todas las anteriores
18) Con el servicio de rehabilitación del CRIT estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
19) He visto mejoría en mi hijo (a) con la rehabilitación	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente en desacuerdo
20) Con las instalaciones, equipo y material del CRIT estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
21) Con la atención del personal médico y enfermeras/os del CRIT estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
22) Con la atención del personal administrativo del CRIT estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
23) He percibido algún tipo de discriminación hacia mi hijo(a) dentro del CRIT	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente en desacuerdo
24) En los medios de comunicación he recibido información para evitar la discriminación a personas con discapacidad	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente en desacuerdo

¡Gracias!



Encuesta a personal del CREE

Nota: La información obtenida será única y exclusivamente con fines académicos para la tesis titulada: ***“Los programas asistenciales destinados a rehabilitación para personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014”*** (Personal del CREE)

1)Puesto/Cargo:					
2)Lugar de procedencia:					
3)Sexo		1)Femenino		2)Masculino	
4)Empleado por:	1)Confianza	2)Contrato	3)Sindicalizado	4)Otro	
5)Tiempo laborando en el CREE	1)Menos de 12 meses	2)1 a 2 años	3) de 2 a 10 años	4) 10 a 20 años	5)20 a 30 años
6)Edad	1) 20 a 25	2) 25 a 30	3) 30 a 35	4) 40 a 50	5) 50 a 60
7)Escolaridad	1) Ninguna	2) Educación Básica	3) Educación Media superior	4) Educación Superior	5) Posgrado
8)Licenciatura/Posgrado:					
9)Universidad:					
10)Recibí capacitación inicial para conocer mis tareas a realizar:	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
11)Recibo capacitación por parte del DIF Estatal para mejorar mi labor	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
12)Creo que el DIF Michoacán apoya incondicionalmente al CREE	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
13)Además del CREE, conozco otro centro de rehabilitación en Michoacán	1)CRIT	2)IMSS/ISSSTE/ Hospital público	3)Clínica privada	4)UBR	5)Todas las anteriores
15)Con el servicio de rehabilitación que otorga el CREE estoy:	1)Muy satisfecho	2)Satisfecho	3)Indeciso	4)En inconformidad	5)Totalmente inconforme
16)Con las instalaciones estoy:	1)Muy satisfecho	2)Satisfecho	3)Indeciso	4)En inconformidad	5)Totalmente inconforme
17)Con el equipo y material estoy:	1)Muy satisfecho	2)Satisfecho	3)Indeciso	4)En inconformidad	5)Totalmente inconforme
17)Creo que el CREE ayuda a ofrecer servicios de rehabilitación a bajo costo:	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
18) Considero que las siguientes son necesidades del CREE:	1)Contratación de más personal especialista en rehabilitación	2)Ofrecer consulta en horario vespertino	3)Equipo y material	4)Expandir infraestructura	5)Todas las anteriores
19)He percibido algún tipo de discriminación hacia las personas con discapacidad dentro del CREE	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
20)A través de los medios de comunicación he recibido información para evitar la discriminación hacia las personas con discapacidad	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
21)Conozco programas especializados para prevenir la discriminación hacia las personas con discapacidad	1)Totalmente de acuerdo	2)De acuerdo	3)Indeciso	4)En desacuerdo	5)Totalmente en desacuerdo
22)¿Conoce el sistema CRIT?	1)si	2)no			
23) Si conoce el sistema CRIT, ¿qué opinión le merece?	1)Una excelente opción de rehabilitación integral en Michoacán	2) Una figura de una Fundación Privada para evadir impuestos	3)Excluyente, no todos pueden ser beneficiarios	4) Un organismo privado que el gobierno estatal no debería apoyar económicamente.	5)Un compromiso por un favor político

¡Gracias!



Encuesta a beneficiario del CREE

Nota: La información obtenida será única y exclusivamente con fines académicos para la tesis titulada: ***“Los programas asistenciales destinados a rehabilitación para las personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014” (Beneficiario del CREE)***

1) Lugar de residencia					
2) Sexo		1) Femenino		2) Masculino	
3) Edad	1) de 0 a 14	2) 15 a 29	3) 30 a 59	4) 60 a 84	5) 85 y más
4) Escolaridad	1) Ninguna	2) Educación Básica	3) Educación Media superior	4) Educación Superior	5) Posgrado
5) ¿Por qué medio se enteró del CREE?	1) Periódico/Radio	2) Tv/Internet	3) DIF de mi municipio	4) Hospital público	5) Alguien me platicó
6) ¿Recibía rehabilitación en algún otro lugar antes del CREE?	1) En una UBR	2) Hospital público	3) Hospital particular	4) medicina tradicional	5) Ninguno
7) ¿Fue difícil ser beneficiario del CREE?	1) No	2) No muy difícil	3) Regular	4) Difícil	5) Extremadamente difícil
8) ¿Cuál cree que sea el mayor problema para ser beneficiario del CREE?	1) Está lejos de cualquier otro municipio	2) Problemas económicos	3) Falta información acerca de los servicios	4) Horarios de atención matutino	5) Otro:
9) Considero que el CREE está lejos de mi casa	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente desacuerdo en
10) Utilizo el siguiente transporte para llegar al CREE	1) Taxi	2) Transporte público	3) Carro particular	4) Unidad de transporte del CREE	5) Otro:
11) En promedio, ¿Cuántos pesos invierte para llegar al CREE?	1) Menos de 50	2) de 100 a 200	3) De 200 a 400	4) De 400 a 600	5) De 600 a 1,000
12) Recibo apoyo económico para cubrir los gastos de traslado	1) Siempre	2) Casi siempre	3) Algunas veces	4) Muy pocas veces	5) Nunca
13) El apoyo económico lo recibo de:	1) Familia	2) DIF Michoacán	3) Beca Municipal	4) Beca Gobierno Federal	5) Otro
14) Tiene seguro médico	1) Seguro popular	2) IMSS	3) ISSSTE	4) Particular	5) Ninguno
15) Soy dependiente económico	1) si	2) no			
16) Para cubrir los gastos de rehabilitación recibo ayuda económica de:	1) familiares	2) Beca gobierno	3) soy jubilado	4) trabajo	5) Otro
17) Costo por terapia	1) Gratis	2) 20 a 30 pesos	3) 40 a 50 pesos	4) 60 pesos	5) 80
18) Recibo el siguiente número de terapias al día	1) 1	2) 2	3) 3	4) 4	5) 5
19) A la semana recibo las siguientes terapias	1)	2)	3) 3	4) 4	5) 5
20) Las principales carencias del CREE:	1) falta personal especializado	2) falta material y equipo	3) Mucha demanda	4) Es difícil conseguir terapia	5) Todas las anteriores
21) Además del CREE, conozco otro centro de rehabilitación en Michoacán	1) CRIT	2) Hospital Público	3) Clínica privada	4) UBR	5) Ninguno
22) Si no fuese el CREE, recibiría terapia en CRIT	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente desacuerdo
23) ¿Qué diagnóstico le dieron?	1) Fracturas/Lesiones musculares	2) PC/Lesión cerebral	3) Enfermedad genética/congénita	4) Enfermedad crónica	5) Amputaciones y enfermedades osteoartritis
24) ¿Qué tipo de terapia recibe?	1) Terapia física	2) Terapia de lenguaje	3) Terapia ocupacional	4) Psicología familiar	5) Todas las anteriores
25) He visto mejoría con la rehabilitación	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente desacuerdo
26) Con el servicio de rehabilitación del CREE estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
27) Con las instalaciones estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
28) Con el equipo y material estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
29) Con la atención del personal médico y enfermeras/os estoy:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
30) Con la atención del personal administrativo:	1) Muy satisfecho	2) Satisfecho	3) Indeciso	4) En inconformidad	5) Totalmente inconforme
31) He percibido algún tipo de discriminación en el CREE	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente desacuerdo
32) A través de los medios de comunicación he recibido información para evitar la discriminación hacia las personas con discapacidad	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente desacuerdo
33) Conozco programas especializados para prevenir la discriminación hacia las personas con discapacidad	1) Totalmente de acuerdo	2) De acuerdo	3) Indeciso	4) En desacuerdo	5) Totalmente desacuerdo

¡Gracias!



Guía de entrevista (Beneficiario CRIT)



Fecha: _____ Hora: _____

Lugar (ciudad y sitio específico): _____

Entrevistado: _____

Edad: _____

Preguntas:

1. ¿Qué opina de que en Michoacán abrieron un CRIT?
2. ¿Cuál fue el diagnóstico médico que le dieron para su hijo (a)?
3. ¿Qué médico le dio el diagnóstico? ¿En un hospital, un particular o en el CRIT?
4. ¿Dentro del CRIT, le hicieron más estudios para determinar el diagnóstico?
5. Antes de ingresar al CRIT, había acudido a algún lugar para que se le otorgaran los servicios de rehabilitación? ¿A dónde asistió?
6. ¿Cómo fue que llegó a ese lugar para recibir rehabilitación, ya lo conocía o alguien le platicó o recomendó?
7. ¿Qué tan difícil es el traslado a la ciudad de Morelia o dentro de la misma ciudad para acudir a una terapia en el CRIT?
8. Un aproximado, ¿cuántas sesiones de rehabilitación han recibido en el CRIT?
9. ¿Su experiencia antes de ingresar al CRIT, cuál era?
10. ¿Cómo se organizan en la familia para acompañar a su hijo (a) para que acuda a una terapia? ¿Dejan de trabajar? ¿Viajan los dos (papá-mamá) para acompañarlo a terapia?
11. ¿Qué le dice su jefe cuando deja de trabajar, le da permiso?
12. ¿Cómo defines a una persona con discapacidad?
13. ¿Qué cosas buenas y malas has obtenido del CRIT?
14. Si conoció las terapias de rehabilitación del CREE, ¿por qué decidió cambiarse al CRIT?
15. ¿Qué opina acerca de las terapias en el CREE ahora que se encuentra en el CRIT?



Guía de entrevista beneficiario del CREE



Fecha: _____ Hora: _____

Lugar (ciudad y sitio específico): _____

Entrevistado: _____

Edad: _____

Puesto (dirección, gerencia o departamento): _____

Preguntas:

1. ¿Había escuchado hablar del CREE antes de que necesitara los servicios?
2. ¿Cómo fue que llegó por primera vez al CREE?
3. ¿Qué opina acerca de los servicios que le ofrece el CREE?
4. ¿Qué diagnóstico le dieron en el CREE?
5. ¿Fue dentro del CREE que le dieron el diagnóstico o fue otra institución?
6. ¿Cuál fue el motivo por el que a su hijo (a) le diagnosticaron: _____...(según diagnóstico por paciente)
7. ¿Qué tan difícil le resulta trasladarse al CREE para recibir el servicio de terapia?
8. ¿Cuánto gasta en ese traslado?
9. ¿Qué es lo que más se le dificulta para el traslado?
10. ¿Tiene que conseguir algún permiso para dejar de trabajar o para no asistir a la escuela?
11. ¿Qué es lo que le hace falta al CREE para hacer más fácil su visita?
12. ¿Cuenta con alguna beca o apoyo económico para las terapias de rehabilitación? ¿Cómo se llama la beca, o de parte de quién recibe la beca?
13. A parte de acudir al CREE, ¿su hijo (a) asiste a la escuela?
14. ¿Cómo definiría a una persona con discapacidad?
15. ¿Considera que el CREE necesita cambiar o mejorar en algún aspecto? ¿cuál?
16. ¿Qué opinión le merece la apertura de un CRIT en Michoacán?



Guía de entrevista
(Director del CRIT Michoacán, Luis Amparano)



Fecha: 12 DE SEPTIEMBRE **Hora:** 11 AM

Lugar (ciudad y sitio específico): Morelia, Michoacán, en las instalaciones del CRIT Teletón. Ave. Morelos Norte 2550. Col. Santiaguito C.P. 58110

Entrevistado: Director del CRIT Michoacán, L.C.C. Luis Amparano Zataráin

Edad: 38 años

Puesto (dirección, gerencia o departamento): DIRECTOR

Preguntas:

1. ¿Qué opinión le merece la apertura de un CRIT en Michoacán?
2. ¿Cuáles fueron las condiciones necesarias para determinar la aprobación de la apertura de un CRIT en Michoacán?
3. ¿Tienen buenas relaciones con el Congreso de Michoacán?
4. ¿Con el gobierno del estado y demás organismos no gubernamentales?
5. Tienen una lista de espera cerca de los dos mil niños, ¿Cuál es el proceso que les espera a los niños?
6. ¿Cuál es la mayor demanda que tiene el CRIT Michoacán?
7. ¿Cuál es el plan que continúa Fundación Teletón cuando la demanda es muy grande y no pueden atender a los niños?
8. ¿Cuáles son las condiciones necesarias para lograr la ampliación del CRIT?
9. ¿Cuáles son las condiciones que Fundación Teletón considera para la apertura de un centro?
10. ¿Cuántos niños atienden en el CRIT?
11. ¿Hubo una gran convocatoria luego del anuncio de la creación de un CRIT en Michoacán?
12. ¿A qué región pertenece el mayor número de beneficiarios?
13. ¿Cuál es su opinión acerca de que en Michoacán, solamente la Universidad Marista Valladolid ofrece la licenciatura en fisioterapia y rehabilitación?



Guía de entrevista (Personal del CREE)



Fecha: _____ Hora: _____

Lugar (ciudad y sitio específico): _____

Entrevistado: _____

Edad: _____

Puesto (dirección, gerencia o departamento): _____

Preguntas:

1. ¿Cuáles son los antecedentes del CREE?
2. ¿Cuáles son los requisitos para que una persona reciba servicios de rehabilitación en el CREE?
3. ¿Qué servicios ofrece?
4. ¿Tienen algún costo las terapias en el CREE?
5. ¿A la fecha, cuántas personas son atendidas en el CREE?
6. ¿Cuál es la mayor demanda?
7. ¿Cuáles son las mayores necesidades?
8. ¿Tienen relación de trabajo estrecha con las Unidades Básicas de Rehabilitación en los diferentes municipios?
9. ¿Quién se encarga de brindar los datos al respecto de las directoras de las UBR y las direcciones de los centros?
10. ¿Cómo es la coordinación de trabajo entre las UBR y el CREE?
11. ¿Qué tipo de actividades realizan para promover los servicios y actividades del CREE?
12. ¿La selección de personas en el CREE es similar a las de cualquier otra dependencia gubernamental, es decir, tienen personal sindicalizado, de confianza, de contrato por 3 o 6 meses hasta un año?
13. ¿Quiénes se encuentran al frente de los consultorios que brindan servicios de rehabilitación?
14. ¿Qué opinión le merece que en Michoacán sólo se cuenta con una Universidad que imparte la licenciatura en fisioterapia y rehabilitación?

Autorización del DIF Michoacán para realizar la investigación dentro del CREE



UNIVERSIDAD MICHOACANA DE SAN NICOLAS DE HIDALGO

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
OFICIO 284/2014

Morelia, Michoacán, 15 de octubre de 2014

**LIC. ANA ISABEL DÁVILA MUNGUÍA
DIRECTORA DEL CENTRO DE REHABILITACIÓN Y
EDUCACIÓN ESPECIAL (CREE), MICHOACÁN
PRESENTE.-**

Por este conducto me permito presentar a la alumna GUZMÁN PIMENTEL ELIZABETH con matrícula 1243759J, que actualmente cursa el cuarto semestre del Programa de Maestría en Políticas Públicas, perteneciente al Padrón Nacional de Programas de Calidad del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), en el Instituto de Investigaciones Económicas y Empresariales (ININEE), de la Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo (UMSNH).

Ella, quien se ha caracterizado por un alto profesionalismo y entusiasmo por encontrar soluciones a la vulnerabilidad social, se encuentra desarrollando la investigación de tesis: "El programa asistencial destinado a centros de rehabilitación para personas con discapacidad en Michoacán, periodo 2012-2014", bajo la supervisión del Doctor Casimiro Leco Tomás.

A partir de lo anterior solicito a Usted tenga a bien permitir a la Licenciada Guzmán consultar información que es de suma importancia para la realización de su trabajo científico, misma que será utilizada con fines estrictamente académicos.

De igual manera, pido le otorgue su autorización para la aplicación de una encuesta, con la finalidad de plasmar la perspectiva de beneficiarios de la institución en materia de servicios de rehabilitación; así como se le autorice entrevistar al personal del CREE, con la finalidad de conocer sus experiencias con personas que requieren los servicios que otorga la misma institución pública.

Agradeciendo de antemano su apoyo a la formación de profesionales de posgrado con una perspectiva científica que realizan el reconocimiento de su contexto en pro de buscar mejores oportunidades de desarrollo, de plantear soluciones y de contribuir con herramientas para el beneficio de la sociedad

No habiendo otro asunto que tratar, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

ATENTAMENTE

DR. JOSÉ ODÓN GARCÍA GARCÍA
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES
ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES
DIRECCIÓN

Recibí 15-oct-14
DIF
CENTRO DE REHABILITACIÓN
Y EDUCACIÓN ESPECIAL
MICHOACÁN

Video

Re-habilitación en Michoacán