



Programa Nacional de Salud 2001-2006

**Programa de Acción
para la Prevención y Rehabilitación
de Discapacidades PreveR-Dis**



SSA
SUBSECRETARÍA DE
RELACIONES INSTITUCIONALES

**Programa de Acción
Para la Prevención y Rehabilitación
de Discapacidades PreveR-Dis**

**CONSEJO NACIONAL CONSULTIVO
PARA LA INTEGRACION SOCIAL DE LAS
PERSONAS CON DISCAPACIDAD
(CODIS)**

Ing. Víctor Hugo Flores Higuera
Presidente

Sra. Ana Teresa Aranda
Coordinadora Nacional

Dr. Carlos Pérez López
Secretario Técnico

Secretarías Permanentes

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Arq. Pedro Cerisola y Weber
Secretario de Comunicaciones y
Transportes

Lic. Josefina Vázquez Mota
Secretaria de Desarrollo Social

Dr. Reyes Tamez Guerra
Secretario de Educación

Lic. Carlos Maria Abascal Carranza
Secretario del Trabajo y Previsión Social

SUBCOMISIÓN DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Julio Frenk Mora
Titular de la Subcomisión

Dr. Roberto Castañón Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales
Secretaría de Salud

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General del
Centro Nacional de Rehabilitación

Dr. Gustavo del Toro Gallardo
Centro Nacional de Rehabilitación

Dra. Mercedes Juan López
Secretaria del Consejo de Salubridad Gral.

Lic. Enrique Moreno Cueto
Subdirector Gral. Pres. Eco. Soc. y Cult. ISSSTE

Dr. Ernesto Díaz del Castillo C.
Consejo de Salubridad General

Lic. Hilda Hassan H.
Jefe de Servicios ISSSTE

Dr. Miguel Romero Téllez
Dir. Gral. Calidad y Edu. en Salud SSA

Dra. Rosa Maria Carmona Nieto
Sistema Nacional DIF

Dr. David Pastrana Fernández
Jefe de Área Médica IMSS

Psic. América Larrainza P.
Presidenta de la Generación en Movimiento, A.C

Dr. Raúl Humberto Sansores Martínez
Jefe de Depto. INER

Dra. Rosario García O.
Confederación Nal. de Silentes de México, A.C.

Dr. Arturo Pichardo Egea
Director Médico Teletón

Dra. Alessandra Carnevale
Directora de Inves. INP y Grupo Gen

Lic. Antonio López de Silanes,
Presidente Grupo GEN

Dr. Marcos Flores Ugalde
Coord. Centro Atn. Méd. Pers. Disc. SSGDF

Sra. Enriqueta Cortina,
Vicepresidenta Grupo GEN

Dra. Maria Candelaria Salinas Anaya
Presidenta Miel Que Vino del Cielo AC

Mtra. Elba Jara de Conde
Real Patronato de España en México

Dr. Jorge Hernández,
Director Médico APAC

Dra. Gare Fabila de Zaldo,
Presidenta de Comunidad Crecer

Lic. Ana María García de Letona Galindo
Teletón

M.D.S. Irene Torices Rodarte
Instituto Mexicano de Sexología A.C.

L.R.I. Francisco Cisneros Rivero
Director de Programas Institucionales ORPISPD

Alicia Benítez Rodríguez
Atención a Personas con Discap. Neza-Mex

Dr. Fernando González Reyes
Coordinador Médico de Programas IMSS

Profa. Maria del Rosario Guillén de Márquez
Presidenta Conf. Nal. De Silentes de México AC

Dra. Amalia Gamio Ríos
Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo
Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Guido Belsasso
Comisionado del Consejo Nacional Contra las Adicciones

Dr. Misael Uribe Esquivel
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Eduardo González Pier
Coordinador General de Planeación Estratégica

Mtro. Gonzalo Moctezuma Barragán
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo
Director General de Comunicación Social

Centro Nacional de Rehabilitación

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General

Dra. Maria de los Ángeles Barbosa Vivanco
Directora General Adjunta Médica de Rehabilitación

Dr. Francisco Hernández Orozco
Director General Adjunto Médico de Comunicación Humana

Dr. Juan Antonio Madinaveitia Villanueva
Director General Adjunto Médico de Ortopedia

C.P. Guillermo G. Cejudo Vargas
Director General Adjunto de Administración y Finanzas

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Santiago Levy Algazi
Director General

Dr. Onofre Muñoz Hernández
Director de Prestaciones Médicas

Lic. Ismael Gómez Gordillo y Ruelas
Director Jurídico

Lic. Antonio Gilberto Schleske
Director de Prestaciones Económica y Sociales

Lic. Luis Miguel Chong Chong
Director de Innovación y Desarrollo Tecnológico

Lic. José Antonio Alvarado Ramírez
Director de Afiliación y Cobranza

Lic. Roberto Calleja Ortega
Coordinador General de Comunicación Social

Dr. Gabriel Martínez González
Director de Planeación y Finanzas

Lic. José de Díaz de Bonilla
Coordinador General de Atención y Orientación al Derechohabiente

Lic. Luis Guillermo Ibarra Ponce de León
Director de Administración, Organización y Calidad

Dr. Javier Cabral Soto
Coordinador General del Programa IMSS-Solidaridad

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Lic. Benjamín González Roaro
Director General

Dra. Elsa Carolina Rojas Ortiz
Subdirectora General Médica

C.P. Araceli Pitman Berrón
Subdirectora General de Abasto y Servicios Generales

Lic. Enrique Moreno Cueto
Subdirector General de Prestaciones Económicas,
Sociales y Culturales

Lic. Cuauhtémoc Lazcano Meza
Coordinador General de Comunicación Social

Dr. Fernando Viveros Castañeda
Subdirector General Jurídico y de Relaciones Laborales

Dr. Manuel Urbina Fuentes
Coordinador General de Delegaciones

Ing. Gustavo Fernández Díaz de León
Subdirector General de Obras y Mantenimiento

Lic. Jorge Alberto Hernández Castillón
Coordinador General de Atención al Derechohabiente

C.P. Juan Manuel Fernández Cuellar
Subdirector General de Finanzas

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Sra. Ana Teresa Aranda Orozco
Directora General

Dr. Carlos Pérez López
Subdirector General de Asistencia e Integración Social

Lic. Mario Julio Córdoba Motte
Director de Rehabilitación y Asistencia Social

Dr. Luis Saturnino Rosales Pérez
Subdirector de Rehabilitación

Presentación

La discapacidad en México requiere de la participación de toda la sociedad, representada por organismos e instituciones de los sectores público, social y privado para lograr su plena integración a la vida nacional.

Por estas razones se crea, por acuerdo presidencial en Febrero del 2001, el “Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de las Personas con Discapacidad”, CODIS, que tiene la misión de generar, reorientar y ampliar las políticas públicas en materia de discapacidad, fortaleciendo la coordinación interinstitucional y la participación de la sociedad civil, logrando así la integración social de las personas con discapacidad.

En este contexto resulta necesaria la generación de programas por parte del sector salud, que establezcan acciones de corto, mediano y largo plazo tendientes a la promoción de la mejora en la salud y la calidad de vida para este grupo social.

El compromiso del Presidente de la República, el C. Lic. Vicente Fox Quesada, es el generar políticas públicas que conformen instrumentos de acción para impulsar y fortalecer los programas de prevención, detección oportuna, rehabilitación e investigación en el campo de la discapacidad, contribuyendo a reducir las desventajas de igualdad de oportunidades por condiciones de discapacidad. De esta manera, como resultado de un conjunto de medidas que deberán ser compartidas con responsabilidad por parte de los gobiernos Federal y Estatal, así como la propia sociedad, encontraremos juntos los caminos para lograr la integración social.

Como una de las acciones inmediatas, compartimos la puesta en marcha del Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, PreveR-Dis, como parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006, que promueve alternativas para abatir el rezago en materia de prevención y rehabilitación.

Ing. Víctor Hugo Flores Higuera

Presidente
Consejo Nacional Consultivo
Para la Integración Social de las
Personas con Discapacidad

Presentación

La salud es el resultado de la interacción de múltiples factores asociados a la vida del hombre, y se expresa mediante variadas manifestaciones.

Estar sano es tener disposición para el estudio, el trabajo, convivir en armonía con nuestros semejantes y contribuir al bienestar común.

Recuperar, conservar y acrecentar el estado de salud de los integrantes de toda sociedad, es tarea que compete promover y encauzar a los organismos, instituciones y órganos del poder público.

El Sistema Nacional de Salud se ha diseñado, construido y desarrollado sobre valores, principios y cualidades considerados deseables y dignos de cumplirse; siendo valores rectores la justicia, la autonomía y la corresponsabilidad social.

La protección de la salud se reconoce como un derecho de todos, exige la definición precisa de los beneficios que este derecho implica y demanda el diseño y puesta en operación de mecanismos para hacerlo valer.

En tratándose de la salud, es necesario compartir la responsabilidad de la atención de los grupos más vulnerables; que los que cuentan con mayores recursos se solidaricen con los que menos tienen buscándose que la contribución será proporcional a la capacidad de pago y los beneficios, proporcionales a las necesidades. Todavía más, los sanos habrán de solidarizarse con los enfermos y los jóvenes con los niños y los adultos mayores.

En nuestro País ha sido probado que para el logro de la salud, es menester el concurso de todas las fuerzas vivas de la población, sobresaliendo en dicha participación el individuo y la familia al través de rutinas y pautas de conducta positivas y favorables para el logro y disfrute de la salud.

Empero en tratándose de cualquier discapacidad, esta debe abordarse modernamente con un enfoque esencialmente preventivo a fin de evitar que dicha condición progrese en su evolución y llegue a constituirse en un riesgo que limite las capacidades del individuo y no le permita valerse por sí mismo, convirtiéndolo en carga para su familia y para la sociedad.

El Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis), aborda este problema con gran seriedad y veracidad y, se constituye en un valioso instrumento para el Programa Nacional de Salud 2001 – 2006 que a no dudarlo, en mucho habrá de contribuir al logro de mejores niveles de salud para el Pueblo de México.

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

PreveR-Dis “Programa de Acción”

Presentación

El Programa de Acción “Prevención y Rehabilitación de Discapacidades” surge de la necesidad de dar cauce a las múltiples y diversas acciones para prevenir y controlar todas aquellas circunstancias, de la más variada índole, susceptibles de generar discapacidad, que límite o impida las actividades rutinarias de las mujeres y los hombres de nuestro país.

Es el resultado del concurso y aportación de mexicanas y mexicanos que en lo individual, formando parte de grupos o de diversas instituciones públicas, privadas o sociales, suministraron información básica por medio de la consulta popular, o en su oportunidad, conocieron, analizaron y juzgaron los manuscritos e hicieron las sugerencias que a su juicio eran necesarias.

Dicha labor no ha sido fácil, tanto por la magnitud del ámbito en que la discapacidad se presenta, como por los múltiples y variados abordajes del problema.

Aún cuando la iniciativa y coordinación de las acciones para su elaboración corresponden al Centro Nacional de Rehabilitación, la propuesta que aquí se presenta, es obra de muchos y de todos los que, en más o en menos, contribuyeron a su logro.

Dr. Luis Guillermo Ibarra
Director General
Centro Nacional de Rehabilitación

Programa de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades

PreveR – Dis “Programa de Acción”

**“Es más costoso desatender la discapacidad que sufragar las acciones
más caras de rehabilitación”.**

Programa de Acción Para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis)

Contenido	Página
Introducción	13
Magnitud del Problema	15
Prevalencia	
Incidencia	
Tendencia de la Discapacidad	
Repercusiones de la Discapacidad	
Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006	19
Programa Nacional de Salud 2001-2006	20
Acciones de Salud contra la Discapacidad	21
Desafíos en materia de la atención en la Salud a Personas con discapacidad	21
Equidad	
Calidad	
Protección Financiera	
Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades PreveR-Dis	25
Objetivos	
Generales	
Específicos	
Metas	
Organización	
Actividades	
Subprogramas	
Líneas de Refuerzo	
Descripción de Subprogramas	36
1.- Acciones para la prevención de discapacidades.	36
1.1 Fortalecimiento de las acciones de prevención primaria y de promoción de la salud que eviten enfermedades discapacitantes.	36
1.2 Prevención y limitación de discapacidades específicas.	36
1.2.1 Prevención de discapacidades causadas por defectos al nacimiento y enfermedades en la infancia.	36
Displasia Congénita de la Cadera	
Pie Equino Varo Congénito	
Parálisis Cerebral Infantil	

Defectos del Tubo Neural
 Sordera Congénita e Infantil
 Distrofia muscular progresiva
 Discapacidades Mentales de la Infancia
 Labio y Paladar Hendidos
 Estrabismo Congénito
 Ceguera Congénita y Discapacidades Visuales de la Niñez

1.2.2 Prevención de discapacidades causadas por Accidentes 40

Fracturas
 Traumatismos craneo encefálicos
 Lesiones raquimedulares

1.2.3 Prevención de discapacidades causadas por enfermedades crónico-degenerativas. 41

Diabetes Mellitus
 Hipertensión Arterial
 Afasia
 Cáncer
 Laringectomía
 Enfisema Pulmonar

1.2.4 Prevención de discapacidades causadas por edad avanzada 43

Osteoartritis
 Osteoporosis
 Catarata Senil
 Hipoacusia

2.- Acciones para la mejoría de la calidad de los servicios de rehabilitación 44

- 2.1 Elaboración y expedición de normas técnicas.
- 2.2 Mejoramiento de instalaciones y de equipamiento.
- 2.3 Incremento, capacitación y actualización de personal.
- 2.4 Certificación de servicios y de personal de rehabilitación.
- 2.5 Coordinación entre los servicios hospitalarios y no hospitalarios.
- 2.6 Coordinación de los servicios de rehabilitación médica con los de educación y trabajo.
- 2.7 Establecimiento de indicadores de resultados de prevención de la discapacidad y de rehabilitación.

3.- Acciones para la protección financiera de las personas con discapacidad para su rehabilitación. 46

- 3.1 Fideprótesis
- 3.2 Banprótesis
- 3.3 Fondo Nacional de Rehabilitación
- 3.4 Grupos Voluntarios
- 3.5 Seguro Popular

4.- Acciones para la equidad en los servicios de salud en materia de rehabilitación.	47
4.1 Rehabilitación Basada en el Sistema Nacional de Salud	
4.2 Rehabilitación Basada en la Comunidad	
5.- Acciones para la salud en la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad.	48
6.- Acciones para la producción de prótesis, órtesis y ayudas técnicas.	49
Descripción de las Líneas de Refuerzo	51
1.- Fomento de la investigación científica para la prevención y rehabilitación de discapacidades, así como de la formación de recursos humanos especializados.	51
1.1 Fomento de la formación de investigadores en el campo de la rehabilitación.	
1.2 Apoyo a la investigación orientada a la prevención de discapacidades y a la rehabilitación.	
1.3 Investigación tecnológica.	
1.4 Impulso a la formación y capacitación de personal médico y paramédico de los servicios de rehabilitación.	
2.- Coordinación de los servicios de rehabilitación médica con los de educación, trabajo, deporte y asistencia social.	52
2.1 Educación de todos los niños con discapacidad atendidos en los servicios de salud.	
2.2 Capacitación laboral de las personas con discapacidad atendidas en los servicios de salud.	
2.3 Empleo de las personas atendidas en los servicios de rehabilitación médica.	
2.4 Asistencia social durante el proceso de rehabilitación médica.	
2.5 Certificación de Salud a personas con discapacidad	
2.6 Instrumentación de la base de datos para el Registro Nacional de Personas con Discapacidad	
2.7 Prevención y rehabilitación en deportistas. Fomento del deporte para personas con discapacidad.	
3.- Incorporación al sistema de vigilancia epidemiológica de las discapacidades más frecuentes	54
• Parálisis Cerebral Infantil	
• Defectos del Tubo Neural	
• Paraplejia Medular	
• Secuelas de Enfermedad Cerebro Vascular	
• Secuelas de Traumatismos Cráneo-Encefálicos	
• Secuelas de Cáncer	
• Amputaciones	
• Osteoartritis	
• Fracturas	
• Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica	
• Deficiencia Mental	
• Sordera	
• Estrabismo	
▪ Ceguera y Discapacidades Visuales	
• Labio y Paladar Hendidados	
• Catarata	

- Displasia Congénita de la Cadera.
- Pie Equino Varo Congénito
- Laringectomía
- Afasia

4.- Divulgación, información y orientación en materia de discapacidad y rehabilitación.	55
4.1 Discapacitel	
4.2 Discapacinet	
4.3 Semana Nacional de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades.	
4.4 Educación para la Salud en materia de prevención y rehabilitación de discapacidades.	
Indicadores de Evaluación	57
Sistema Nacional de Evaluación y Seguimiento	59
Agradecimiento	61

Introducción

La Discapacidad constituye uno de los problemas emergentes de salud pública que en los últimos años se ha incrementado considerablemente, como resultado de que los mejores recursos para el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y la mayor cobertura de los servicios de salud han permitido disminuir considerablemente las tasas de mortalidad general e infantil, pero con frecuencia sin lograr evitar secuelas que causan limitación en el funcionamiento de mujeres y hombres de todas las edades, dando por resultado discapacidad de grados variables.

Las discapacidades son parte de las enfermedades y lesiones que conducen a limitación de la capacidad y a la restricción de la participación de las personas, pero también son resultado de los avances en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las mismas. Así, se ha podido reducir la mortalidad por hipoxia cerebral perinatal, pero las niñas y los niños que sobreviven sufren de parálisis cerebral con trastornos del movimiento, alteraciones del lenguaje y epilepsia. También se ha incrementado la sobrevivencia de las niñas y los niños con defectos del tubo neural, pero los sobrevivientes sufren de parálisis de las extremidades, falta de control de esfínteres, hidrocefalia, trastornos de la comunicación humana y del aprendizaje. Se ha logrado que los adultos sobrevivan a los traumatismos raquímedulares, pero muchos de ellos quedan parapléjicos o tetrapléjicos, con incontinencia de esfínteres, impotencia sexual y alteraciones del habla. Por otro lado, en el país, además, hay cerca de 4 millones de personas con diabetes mellitus y 13 millones con hipertensión arterial. Las primeras con frecuencia requieren de amputaciones o sufren de ceguera y nefroesclerosis. Las segundas pueden llegar a sufrir enfermedad vascular-cerebral, que se asocia a una gran diversidad de discapacidades.

Desde el año de 1980 la Organización Mundial de la Salud incorporó al concepto salud-enfermedad el de deficiencia, discapacidad y minusvalía y a partir del año 2001, el de funcionamiento y discapacidad, expidiendo la CIDDM-2 como “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y Salud”. Al mismo tiempo se plantean los modelos médico y social para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento. *“En el modelo médico se considera la discapacidad como un problema de la persona causado directamente por una enfermedad, trauma o estado de salud, que*



La discapacidad constituye uno de los problemas emergentes de salud pública

La discapacidad es parte de las enfermedades y de las lesiones, pero también es resultado de los avances en prevención, diagnóstico y tratamiento, que permiten disminuir la mortalidad pero a costa de secuelas discapacitantes.

*requiere de cuidados médicos prestados por profesionales en forma de tratamiento individual. El tratamiento de la discapacidad esta encaminado a una mejor adaptación de la persona y a un cambio de conducta . La atención sanitaria es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la Salud. Por otro lado, el modelo social de la discapacidad, considera el fenómeno principalmente como un problema *social*, relacionado con la integración de las mujeres y de los hombres con discapacidad a la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complejo conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad, hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas de ambos sexos con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa, por lo tanto, en el nivel de las actitudes y de la ideología, que requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político”.*

Los dos modelos son válidos y requieren integrarse en uno solo, lo que se intenta a través de la CIDD-2 que integra las diferentes dimensiones de la discapacidad con un enfoque biosicosocial. Es por ello que dentro del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad se establece una Subcomisión de Salud y Seguridad Social junto con las de Educación, Trabajo, Legislación y otras.

Por otra parte, el Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis), se plantea como una necesidad sentida de la población y se refuerza a partir de las demandas y propuestas de las organizaciones no gubernamentales que durante la campaña a la Presidencia de la República del Lic. Vicente Fox Quesada le fueron presentadas para atender a las mexicanas y mexicanos con discapacidades, a lo largo y ancho de la Republica.

La concepción de esta Subcomisión, presidida por el titular de la Secretaria de Salud, satisface la necesidad de que el abordaje del problema de la discapacidad sea multiinstitucional e interdisciplinario. Siendo que el número y tipo de las discapacidades es grande y que en su origen se dan las más variadas circunstancias, ya que ocurren desde antes de nacer y durante toda la vida de mujeres y hombres hasta las edades avanzadas, su atención exige

La discapacidad es un problema de la persona causado por una enfermedad, trauma o estado de salud, que requiere cuidados médicos por profesionales en forma de tratamiento individual (Modelo Médico).

La discapacidad es un complejo conjunto de condiciones creadas por el ambiente social y requiere las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social (Modelo Social).

Tanto el modelo médico como el social de la discapacidad son válidos y requieren integrarse en uno solo.

que para el control del problema, concurren todas las instituciones responsables de la salud de manera prioritaria, además de los otros sectores de la administración pública, de los organismos sociales, de las organizaciones políticas y de todas las fuerzas vivas de la sociedad.

MAGNITUD DEL PROBLEMA

La discapacidad es un problema que afecta a una gran parte de la población mundial y su magnitud se acrecienta por sus repercusiones en la familia y en la sociedad, con franco deterioro en la calidad de vida, un incremento en los costos de atención médica y una sobrecarga económica social.

En México hay una prevalencia de 10 millones de personas con discapacidad (OMS).

PREVALENCIA

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), en México el 2.3% de la población, equivalente a 2,300,000 mexicanas y mexicanos, sufren de alguna discapacidad severa. Se estima, por otro lado, una prevalencia de 10 millones de personas con discapacidad, conforme a los indicadores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Asimismo, existen más de 2,000,000 de niñas y de niños con discapacidad en edad escolar (SNDIF 1997).

INCIDENCIA

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

El 33% de niños hospitalizados y el 25% de los que asisten a la consulta externa en los hospitales pediátricos, sufren de discapacidad.

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

TENDENCIA DE LA DISCAPACIDAD

La discapacidad es un problema de salud pública que se incrementa progresivamente en los países desarrollados.

Los avances extraordinarios de la medicina han permitido cambios significativos en la sociedad: erradicación de diversas enfermedades como la viruela y la poliomielitis; disminución de la mortalidad general y en especial de la infantil e incremento de la esperanza de vida. Asimismo, ha ido permitiendo el tratamiento de diversas enfermedades agudas y el control e incremento de las enfermedades crónicas. Todo esto ha producido un cambio epidemiológico, dentro del cual se encuentra el aumento de las condiciones discapacitantes. Muchas enfermedades que anteriormente ocasionaban la muerte, ahora son controladas, permitiendo que las personas sobrevivan, pero al costo de sufrir secuelas que limitan el desempeño en sus actividades personales con independencia y obstaculizan su integración social, dejando de ser productivas, con merma del presupuesto familiar.

La discapacidad es un problema de salud pública con tendencia creciente debido a la reducción progresiva de las tasas de mortalidad y al incremento de la esperanza de vida, por lo que puede esperarse un aumento progresivo de no llevarse a cabo medidas para su prevención específica.

Por lo anterior la discapacidad se ha constituido en un problema de salud pública y social de magnitud mundial. En la medida en que los recursos de la medicina moderna avanzan y se ponen a disposición de un mayor número de personas, mediante las estrategias implementadas por la Organización Mundial de la Salud y los gobiernos de los distintos países, que incluyen la extensión de la cobertura y la atención primaria de la salud, progresivamente se continuarán reduciendo las tasas de mortalidad y se incrementará la esperanza de vida, con un aumento proporcional de personas que sufren de deficiencias orgánicas, limitaciones funcionales y discapacidad. Para el año 2050 se estima que la población total será de 145 millones y la población con discapacidad de 22 millones.

La discapacidad genera una pérdida económica anual de 75 mil millones de pesos por la improductividad de las personas con discapacidad.

REPERCUSIONES DE LA DISCAPACIDAD

La discapacidad tiene serias consecuencias, afectando no solo a quien las sufre por falta de oportunidades para su integración, sino también a la familia y a la sociedad en general. Así, en el Programa Nacional de Salud 2001-2006, se señala que las mexicanas y los mexicanos pierden en promedio 10 años de vida saludable como resultado de alguna discapacidad.

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

PLAN NACIONAL DE DESARROLLO

2001- 2006

El Plan Nacional de Desarrollo, en sus políticas sociales, considera como prioridad la atención de las necesidades de los individuos y familias que se encuentran en condiciones de mayor desventaja y que resultan más vulnerables en el proceso de desarrollo, como los indígenas los migrantes , las mujeres, los adultos mayores y los niños.



Asimismo, reconoce que las personas con algún tipo de discapacidad, de la comunicación humana, física, o mental, constituyen otro grupo con necesidades especiales en el país. Se trata de 2.3 millones de personas que carecen de los medios físicos adecuados a sus necesidades para ingresar a escuelas o laborar en oficinas, fábricas o dependencias gubernamentales, así como de apoyos para adquirir equipos o aparatos para atender sus necesidades específicas, que enfrentan situaciones de discriminación y falta de oportunidades para su desarrollo educativo, laboral, cultural y deportivo, entre otras.

Señala que con el fin de reducir las desigualdades que más afectan a la población, los criterios que se seguirán para la asignación de los recursos públicos estarán orientados a estimular e impulsar la superación del nivel de vida de los grupos y personas más vulnerables – los indígenas, los niños, ancianos y las personas con discapacidad.

Para la atención de este último grupo social el Gobierno de la República ha creado:

- La Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social de Personas con Discapacidad.
- El Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad.

La Secretaría de Salud, como miembro del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad, incluye en el marco del Programa Nacional de Salud 2001-2006, el **“Programa de Acción Para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades” (PreveR-Dis)**.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD 2001-2006

El Programa Nacional de Salud establece que la salud es una inversión para un desarrollo con oportunidades y que a medida que el país se transforma, su sistema de salud debe hacerlo también.

Señala como objetivos los retos que enfrenta en la actualidad el Sistema Nacional de Salud y que comprenden el de la equidad, cuyo objetivo es el de abatir las desigualdades en salud; el de calidad, cuyo objetivo es de mejorar la salud de las mexicanas y los mexicanos y garantizar un trato adecuado; y el reto de la protección financiera, cuyo objetivo es asegurar la justicia en el financiamiento en materia de salud.

Por otro lado, reconoce que la discapacidad constituye un serio problema emergente de salud pública y establece entre sus líneas de acción la de fortalecer la prevención y rehabilitación de las discapacidades, considerando que la atención adecuada y oportuna de las mismas evita desajustes sociales y problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y una importante pérdida económica.

Por lo anterior se plantea el Programa de Acción Para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis).

PROGRAMA DE ACCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACIÓN DE DISCAPACIDADES (PreveR-Dis)

ACCIONES DE SALUD CONTRA LA DISCAPACIDAD

Le corresponde al sector salud hacer frente al problema de la discapacidad mediante las acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria, ya clásicamente establecidas, pero a las que se incorpora el concepto de “prevención de discapacidad”. La prevención primaria se viene desarrollando con el propósito de evitar enfermedades y lesiones, en tanto que la prevención de la discapacidad es un proceso que debe iniciarse a partir de la presentación de la enfermedad, el accidente o el defecto al nacimiento, orientada a evitar o aminorar las deficiencias y limitaciones de la comunicación humana, físicas y mentales que resulten de estos eventos. (prevención secundaria).

Entre las metas que se ha planteado esta administración dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006, se encuentra el de implantar y desarrollar un Programa de Rehabilitación y Prevención de Discapacidades (PreveR-Dis).

DESAFÍOS EN MATERIA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Los desafíos en este Programa de acción coinciden y se explicitan también como consecuencia de los tres retos contenidos en el Programa Nacional de Salud. La atención médica de las personas con discapacidad enfrenta diversos desafíos, que en parte son originados por la escasa enseñanza, en las Escuelas y Facultades de Medicina, de la importancia de la discapacidad, sus causas y métodos de prevención y recursos para su rehabilitación .

EQUIDAD

No hay equidad en los servicios de salud para las personas con discapacidad. El Sistema Nacional de Salud no ha implementado acciones sistematizadas para la prevención de discapacidades específicamente enfocadas a los daños que las causan.

Los servicios de rehabilitación son insuficientes, en relación con las necesidades del país, y no son considerados prioridad presupuestal. La red hospitalaria cuenta con 987 hospitales públicos, de los cuales sólo 152 prestan servicios de rehabilitación. En la SSA de 405 hospitales sólo 19 cuentan con servicios de rehabilitación. Más inequitativo se observa el análisis de las camas censables de hospital, pues de 79.000 solo 90 se destinan para la rehabilitación de las personas con discapacidad, 40 en la Secretaría de Salud y 50 en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En este último de 42 hospitales de tercer nivel, sólo 21 cuentan con servicios de rehabilitación.

Existe deficiente calidad en la atención médica de las personas con discapacidad.

Hay rechazo de las personas con discapacidad en los servicios de salud, con precaria información y orientación.

CALIDAD

Existe una deficiente calidad en la atención médica para la rehabilitación de las personas con discapacidad, que parte de la ausencia de criterios bien definidos y homologados de los servicios de rehabilitación que presta el Sector Salud.

A pesar del desarrollo del Sistema Nacional de Salud la atención eficiente y eficaz de las personas con discapacidad ha permanecido sin evolucionar a la altura de las necesidades.

Profundas raíces culturales de rechazo hacia las personas con discapacidad, factores de actitud personal y falta de capacitación, mantienen vigente un trato inadecuado en los servicios de rehabilitación que presta el Sistema Nacional de Salud. La población no está informada y orientada acerca de los beneficios de la prevención de la discapacidad, de los resultados de la rehabilitación médica y de la ubicación donde se prestan estos servicios.

Existe desvinculación entre la red de servicios médicos de rehabilitación del DIF y los servicios de salud para población abierta, lo que obstaculiza la prevención y rehabilitación de discapacidades.

Las personas con discapacidad de la comunicación humana, del aparato locomotor y del aprendizaje, requieren de servicios de rehabilitación multidisciplinarios y algunas veces también interinstitucionales, de tal manera que la coordinación entre los servicios de rehabilitación médica con los de asistencia social, educación y trabajo es una condición indispensable para lograr la calidad de la atención. Desafortunadamente esto no sucede, con el consiguiente detrimento de los usuarios.

La falta de criterios para la planeación de los servicios de rehabilitación ha traído como consecuencia la incompetencia para ofrecer tratamientos integrales. Esto se hace mas ostensible por el insuficiente equipo médico, ya que el desconocimiento de las necesidades de rehabilitación de las personas con discapacidad, ha dado origen a diseños de poca calidad técnica, con instalaciones precarias e improvisadas, con todos los inconvenientes para prestar servicios eficientes y eficaces.

A pesar que existen médicos especialistas en los distintos campos de la rehabilitación y de que los servicios, sobre todo del DIF, se han multiplicado por buenas intenciones, con frecuencia se carece de la adecuada profesionalización y de la actualización continua del personal médico y técnico.

La desvinculación de los servicios médicos de rehabilitación del DIF, de los del Sistema de Salud, ocasiona la falta de integración de los primeros, con los que proporcionan la atención de las enfermedades y lesiones que originan discapacidad, por lo que no se da la atención oportuna y eficaz que permita la prevención de complicaciones discapacitantes ni la rehabilitación de quienes sufren de secuelas permanentes.

No se cuenta con indicadores de resultados, ni sistemas de evaluación que demuestren los efectos de las diversas intervenciones, ni el costo-beneficio de las mismas. Esta nueva etapa, para la rendición de cuentas, requiere de indicadores relacionados con procesos, servicios y resultados.

Se requiere asimismo la implantación de modelos de administración por calidad total en las instituciones de rehabilitación y la incorporación de una cultura de mejora continua y de estandarización de procesos para mejorar la calidad de desempeño del personal y optimizar el uso de los recursos.

No se cuenta con indicadores de resultados ni con sistemas de evaluación ni de costo-beneficio de los servicios de rehabilitación.

La atención médica de las personas con discapacidad, ocasiona gastos catastróficos y con frecuencia de por vida, como en el caso de prótesis para amputaciones.

PROTECCIÓN FINANCIERA

No existe protección financiera para la atención de la salud de las personas con discapacidad, además de que barreras arquitectónicas obligan a la adquisición de ayudas y de transporte de mayor costo.

Las enfermedades y los accidentes graves que demandan gastos mayores, dejan secuelas que requieren continuar con los costos de la rehabilitación. Así, por ejemplo, quien sufre un traumatismo craneoencefálico necesita de atención medico-quirúrgica altamente especializada con gastos catastróficos que habitualmente empobrecen a las familias. Luego debe continuar con el

gasto en rehabilitación, el cual se acentúa por complicaciones derivadas de la falta de medidas de prevención de discapacidad. A este hecho se agrega la falta de productividad de la persona lesionada o la interferencia en el funcionamiento de la familia.

Por otro lado una insuficiente producción nacional de sillas de ruedas, prótesis, órtesis, auxiliares auditivos y otras ayudas técnicas obliga a la adquisición de productos de importación de alto costo, grabando aún más los escasos recursos financieros de las familias que tienen personas con discapacidad.

Agrava más el impacto financiero el que una vez establecida la discapacidad, las personas requieren de vigilancia y protección permanente de su salud.

PROGRAMA DE ACCION PARA LA PREVENCIÓN Y REHABILITACION DE DISCAPACIDADES (PreveR-Dis)

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Atender la discapacidad como problema emergente de salud pública.
- Impulsar y fortalecer el desarrollo de los programas de prevención y de atención a la discapacidad mediante la participación de las instituciones de los tres niveles de gobierno y de la sociedad civil en general.
- ♦ Reducir la incidencia de las discapacidades, apoyar la rehabilitación médica de las personas con discapacidad, disminuir sus desventajas, mejorar su funcionamiento y facilitar su incorporación a la vida social y productiva.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006, incluye la prevención y rehabilitación de discapacidades

Objetivos Específicos

- ♦ Contribuir a la reducción de la incidencia de la discapacidad, a través de la detección y diagnóstico tempranos, atención adecuada y oportuna de las condiciones discapacitantes y promover acciones de prevención primaria de discapacidades vulnerables.
- ♦ Mejorar la calidad y equidad de los servicios de salud, así como la formación, capacitación y motivación de los recursos humanos de los servicios de rehabilitación.
- ♦ Promover la integración, homologación, ampliación y coordinación de las acciones y servicios para la prevención y rehabilitación de discapacidades del sector salud.
- ♦ Apoyar a las personas con discapacidad, para que la prestación de servicios de rehabilitación no les ocasione desajustes en su situación económica o limite su atención.

El PreveR-Dis tiene como objetivos específicos reducir la incidencia de la discapacidad, promover la equidad, calidad de los servicios y proporcionar protección financiera a las personas con discapacidad

Incorporar al Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica las discapacidades mas frecuentes.

METAS

- ◆ Instalar la Comisión de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades en el marco del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad.
- ◆ Consensar para poner en marcha y desarrollar el Programa de Acción para la Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis) en todas las Entidades Federativas.
- ◆ Crear un Sistema Nacional de Registro de Discapacidades.
- ◆ Promover la participación del sector salud, de las instituciones académicas, organismos y representaciones de la sociedad civil, en actividades de prevención y rehabilitación de discapacidades mentales, visión, audición, voz, lenguaje, aprendizaje y del aparato locomotor.
- ◆ Establecer un servicio de Rehabilitación Médica Hospitalaria por cada Entidad Federativa.
- ◆ Implementar campañas educativas para la participación de la comunidad en la prevención de discapacidades, con periodicidad semestral de cambios de contenido, de acuerdo a necesidades y al avance del programa en ejecución .
- ◆ Incorporar al Sistema de Vigilancia Epidemiológica la notificación de las discapacidades mas frecuentes, enfatizando la presentación de las mismas por grupos de edad y según sexo.
- ◆ Los servicios del Sistema Nacional de Salud realizarán la detección temprana, el registro y notificación de casos al ámbito jurisdiccional (en los tres primeros meses de vida) de 10,000 casos de parálisis cerebral infantil; 1,000 casos de hipotiroidismo congénito; 2,400 de sordera congénita; 5,000 visuales; 2,600 casos de pie equino varo congénito y 3,000 casos de displasia congénita de cadera, para su atención oportuna y eficaz.

Detectar y atender oportunamente 10,000 casos de parálisis cerebral; 1000 de hipotiroidismo congénito; 2,500 de mielomeningocelosis; 2,400 de sordera, 2,600 de pie equino varo y 3,000 de luxación de cadera congénitos

Certificación de personal paramédico y de servicios de rehabilitación.

- ◆ Atender, para su rehabilitación, dentro de las primeras cuatro semanas de la enfermedad o lesión discapacitante a 20,000 casos de traumatismo craneoencefálico, 40,000 casos de enfermedad vascular-cerebral, 120,000 casos de fracturas graves y 2,000 casos de lesiones medulares.
- ◆ Promover y realizar la certificación anual de 100 servicios de rehabilitación médica y de 500 técnicos en rehabilitación.
- ◆ Gestionar el apoyo financiero a 20,000 personas con discapacidad para la adquisición de 14,000 ayudas visuales, 2,000 prótesis dentales, 1,928 auxiliares auditivos, 500 prótesis laringeas y 1,572 prótesis de aparato locomotor.

Al finalizar la presente Administración Federal:

- La sociedad civil tendrá información y participará en acciones de prevención de discapacidades, como resultado de una campaña continua de educación para la salud.
- Establecer un servicio de rehabilitación médica hospitalaria por Entidad Federativa, en cada una de las instituciones del sector salud.
- El 5% de las camas de hospital estarán destinadas para la rehabilitación de personas con discapacidad.
- De la red de hospitales del tercer nivel del sector salud, 22 del IMSS, 16 de la SSA, 4 del ISSSTE contarán con instalaciones, equipo y personal suficientes, para la rehabilitación de personas con discapacidad.
- Se reducirá la consecuencia de discapacidad por secuelas de fracturas severas de 124,656 a 49,862; por malformaciones congénitas de 67,054 a 33,527; por secuelas de enfermedades cerebro-vasculares de 43,142 a 10,785; por secuelas de trauma craneoencefálico de 20,241 a 6,720; por parálisis cerebral infantil de 13,200 a 3,300; por mielomeningocele de 2,500 a 625; por secuelas de debilidad visual de 45,000 a 20,000; por secuelas de la comunicación humana de 45,900 a 20,000.

El 100 por ciento de los hospitales del 3er. Nivel contarán con servicios de rehabilitación.

ORGANIZACIÓN

El Programa de Acción de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis), es parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006 y de la Subcomisión de Salud y Seguridad Social del Consejo Nacional Consultivo para la Integración Social de Personas con Discapacidad.

Su desarrollo requiere de la participación de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, involucradas en la operación de los distintos programas y servicios de salud. Para ello, se cuenta con una Comisión de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, integrada por un representante del área médica de los organismos e instituciones siguientes: Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, Petróleos Mexicanos y representantes de Organizaciones no Gubernamentales (ONG's) .

La Comisión de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, está coordinada por el Director General del Centro Nacional de Rehabilitación y le competen las funciones de: Planeación Estratégica, Normatividad, Supervisión, Asesoría, Evaluación y Control del Desempeño.

A nivel Nacional la Comisión opera a través de cinco vertientes a cargo de comités integrados por personal técnico de diferentes organismos, instituciones y asociaciones de la sociedad civil.

El Comité de Prevención de Discapacidad, se aboca a intervenir con funciones para la prevención de defectos al nacimiento, la prevención de discapacidades por trauma y la prevención de discapacidades por enfermedades crónico degenerativas. Lo integran: la Coordinación de Asesores de la Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud, el Departamento de Defectos al Nacimiento de la SSA; la Subdirección General Médica del ISSSTE; la Coordinación de Salud Comunitaria de Medicina Preventiva del IMSS; el Centro Nacional para la Prevención y Control de Accidentes, la Dirección General del Programa de Salud del Adulto y del Anciano; la División de Traumatismo Cráneo Encefálico del CNR; el Servicio de Rehabilitación del Hospital Central Militar de SEDENA y la Dirección Médica del Grupo Gen.

El Comité de Equidad y Desarrollo en Salud, se aboca a la extensión de cobertura de la rehabilitación a través de la Rehabilitación Basada en el Sistema de Salud y la Rehabilitación Basada en la Comunidad y se integra por la Dirección de Equidad y Desarrollo en Salud SSA; la Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social del DIF Nacional; la Coordinación General de Descentralización Hospitalaria; el Área de Prestaciones Médicas del IMSS; el Programa IMSS Solidaridad; el Área de Investigación Médica de la UMFR, Región Centro, el Área de Desarrollo de Operación Descentralizada del IMSS; Coordinación de Enseñanza e Investigación del DIF Nacional; Personal de Asistencia Técnica de la Dirección General y de Planeación Estratégica del CNR y de la Subdirección de Rehabilitación del DIF.

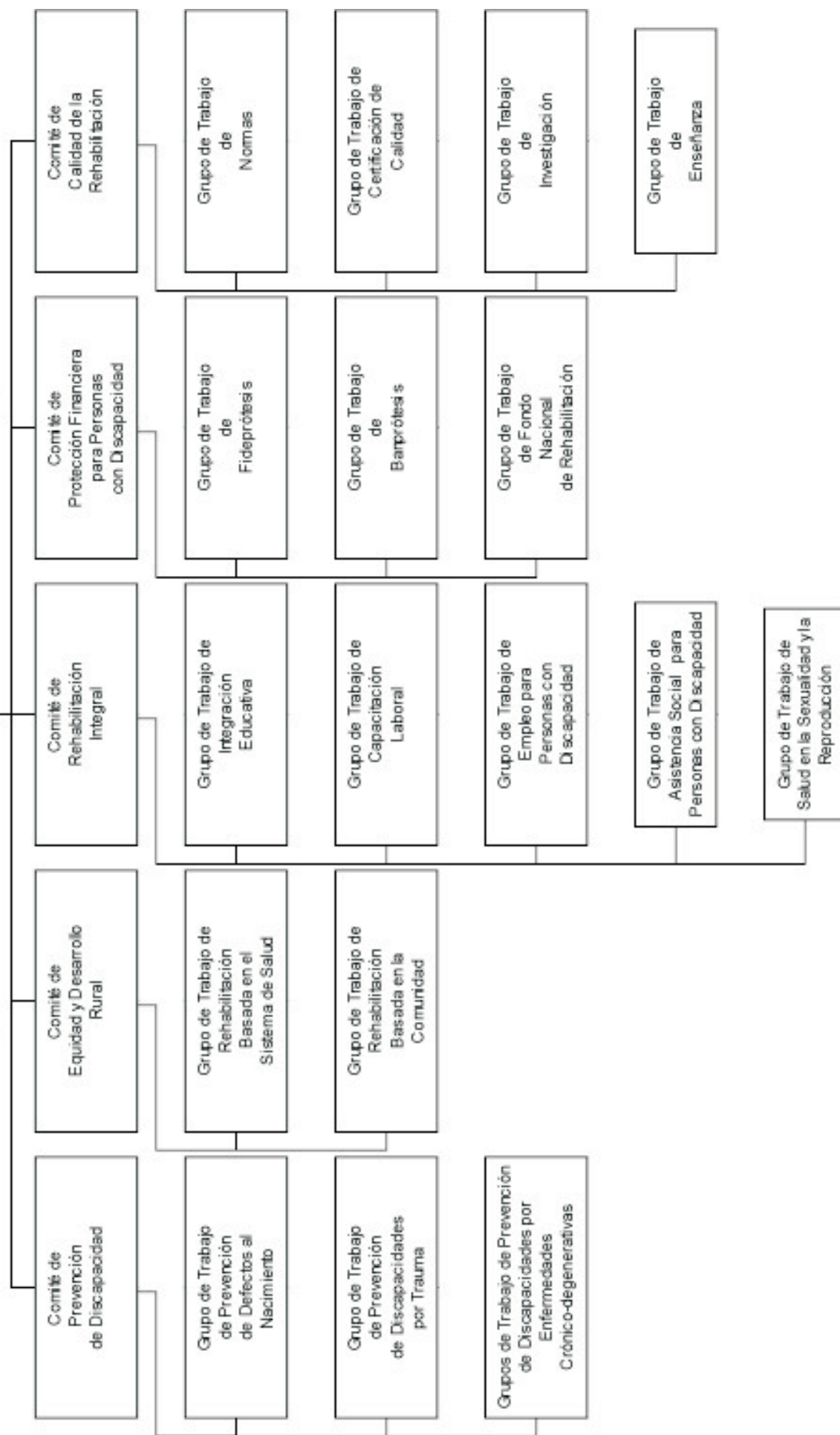
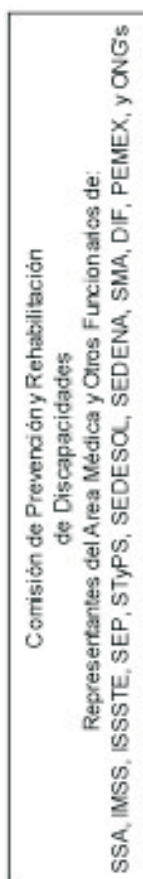
El Comité de Rehabilitación Integral, se ocupa de la integración educativa; de la capacitación laboral para el empleo de las personas con discapacidad; de la asistencia social; de la salud en la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad; de la recreación y el deporte de las personas con discapacidad, y promueve la coordinación de los servicios de salud con los de otras instituciones. Participan en ella: la Coordinación de Enlace con el Congreso y Participación Ciudadana SSA; Prestaciones Médicas del IMSS; Subdirección de Rehabilitación del DIF; Dirección General de Educación Especial de la SEP; Coordinación Técnica de Enseñanza e Investigación del DIF; Subdirección de Vinculación y Apoyo Académico SEP; División de Trauma Cráneo Encefálico del CNR; Rehabilitación Integral del CNR; Participación Social para la Salud de la SSA; Subdirección de Estilos de Vida Saludables de la SSA; División de Medicina del Deporte del CNR y Asociación Mexicana de Terapia Física y Rehabilitación. A. C.

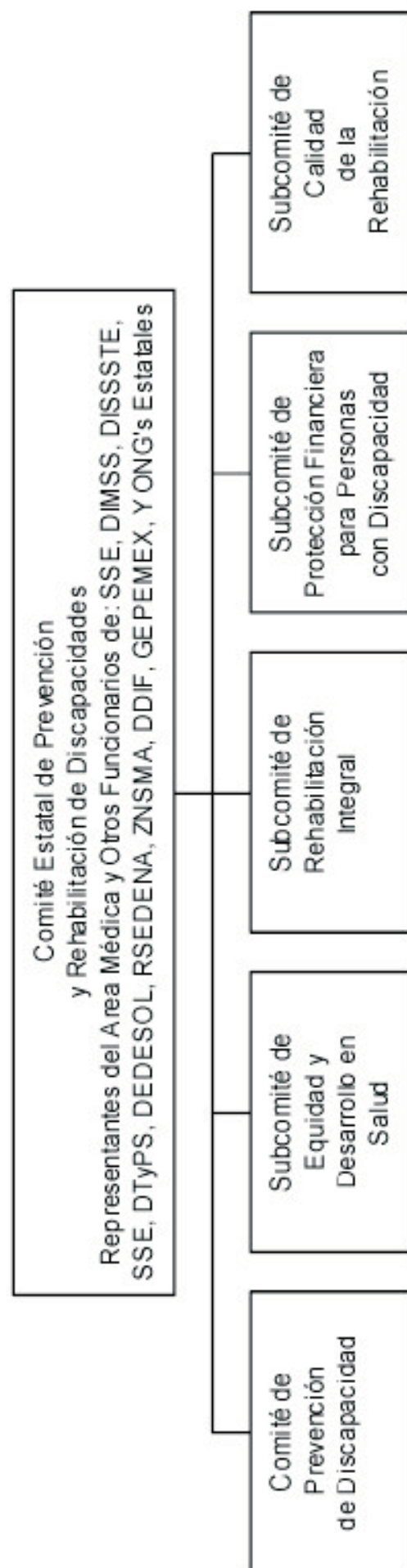
El Comité de Protección Financiera para Personas con Discapacidad, se orienta a la incorporación de las personas con discapacidad al Seguro Popular y a la ejecución y desarrollo de Fideprótesis Ampliado; la creación y desarrollo de Banprótesis; y al establecimiento de un Fondo Nacional de Rehabilitación. En ella participan: la Dirección General de Protección Financiera en Salud SSA; Coordinación Administrativa de Planeación Estratégica de la SSA; a Dirección General CNR Departamento Fideprotesis; Dirección General de Prestaciones Económicas y Sociales del IMSS; Dirección General de Prestaciones Sociales y Culturales del ISSSTE; la Coordinación Administrativa de Innovación y Calidad de la SSA y Organizaciones no Gubernamentales.

El Comité de Calidad de la Rehabilitación, estrechamente vinculado con la **Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud**, actúa para la homologación de criterios en la formulación de normas técnicas de los servicios de rehabilitación del Sistema Nacional de Salud; para la formulación de modelos de certificación de calidad a servicios y personal de rehabilitación de dicho Sistema; la promoción de la investigación para la implantación de modelos de administración por calidad y mejora continua y el estudio de modelos curriculares para la formación de recursos humanos y la capacitación del personal en servicio. Está integrada por: Dirección General de Calidad y Educación en Salud de la SSA; El Área Médica del IMSS; Subdirección Médica de Rehabilitación del CNR; la Coordinación General de los Institutos en Salud de la SSA; la Asociación Mexicana de Terapia Física y Rehabilitación; la Dirección de Evaluación y Desempeño de la SSA; la Dirección General de Análisis y Diseño en Políticas en Salud de la SSA; la Dirección General de Educación Continua de la SSA; la Subdirección de Normas del CNR SSA; el Departamento de Normas de la SSA; la Dirección de Enseñanza e Investigación de la SSA y Representantes de ONG's.

Este modelo organizacional se replica en las Entidades Federativas del País a través de un Comité Estatal de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, que coordina a cinco Subcomités equivalentes en la identidad de funciones, a los profesionales del nivel central, para satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad en las Entidades Federativas. El Secretario Estatal de Salud o equivalente, logra cumplir los objetivos del PreveR-Dis con el apoyo de los representantes del área médica de: Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina, la Secretaría de Educación Pública Estatal, las Delegaciones Federales de las Secretarías del Trabajo y Previsión Social; SEDESOL, Dirección Estatal del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y los representantes de la Sociedad Civil.

Para el desarrollo de las actividades del PreveR-Dis se conformarán grupos de trabajo según se requiera y se proponga, integrados por expertos, personas con discapacidad y organizaciones interesadas, con el propósito de dar respuesta a todas las necesidades y demandas de la población.





ACTIVIDADES

Las actividades del programa de prevención y rehabilitación de discapacidades, comprenden seis subprogramas y cuatro líneas de refuerzo que involucran a todo el sector salud y que mediante coordinación intersectorial, permiten la atención integral del problema.

Subprogramas

Los subprogramas toman en consideración la problemática y los recursos actuales, así como las acciones que en la actualidad desarrolla el sector salud y contempla la actuación y reforzamiento interinstitucional. Los subprogramas son los siguientes:

1. Prevención de discapacidades.
2. Mejoría de la calidad de los servicios de rehabilitación.
3. Protección financiera para la rehabilitación de las personas con discapacidad.
4. Extensión de la cobertura de servicios de rehabilitación.
5. Salud en la sexualidad y la reproducción para las personas con discapacidad.
6. Producción de prótesis, órtesis, auxiliares auditivos y otras ayudas técnicas.

Líneas de Refuerzo

Las líneas de refuerzo están constituidas por acciones esenciales para mantener un registro actualizado de la incidencia y prevalencia de las diferentes discapacidades; el fomento para la participación de las diversas instancias gubernamentales que permitan la rehabilitación integral; la información, motivación y participación de la comunidad y el desarrollo de nuevos conocimientos para mejorar los recursos para la prevención y la rehabilitación de discapacidades. Dichas líneas comprenden:

1. Fomento de la investigación científica para la prevención y rehabilitación de discapacidades, así como la formación de recursos humanos especializados.
2. Coordinación de los servicios de rehabilitación médica con los de educación, trabajo, deporte y asistencia social.
3. Vigilancia epidemiológica de las discapacidades más frecuentes.
4. Divulgación, información y orientación.



Es necesario involucrar al sector salud en la doctrina, las políticas públicas y los recursos técnicos para la atención eficaz de las personas con discapacidad.

La investigación científica, marca el ritmo del progreso en prevención, diagnóstico y modelos de tratamiento médico de las discapacidades

DESCRIPCIÓN DE SUBPROGRAMAS

1.- Acciones para la prevención de discapacidades

Las acciones para reducir la incidencia de las diversas discapacidades, comprenden tanto la prevención primaria como secundaria y terciaria.

1.1 Fortalecimiento de las acciones de prevención primaria y de promoción de la salud que evitan enfermedades discapacitantes.

Sostener y ampliar las acciones de prevención primaria de aquellas enfermedades y lesiones que generan secuelas discapacitantes, comprendiendo las de vacunación, salud materno infantil, prevención de accidentes, nutrición y otras. El evitar enfermedades y lesiones reduce asimismo las discapacidades; sin embargo hay que incorporar otras acciones como las de prevención de defectos del tubo neural a través de la administración de ácido fólico y la detección temprana de hipotiroidismo congénito.

Al ampliar el espectro de la prevención a las dimensiones secundaria y terciaria, fomentando en paralelo acciones de prevención primaria, se mejora la expectativa futura de la discapacidad.

1.2 Prevención y limitación de discapacidades específicas.

Actuar en el nivel de la prevención secundaria y terciaria de condiciones específicas, para que las acciones de salud que se realizan para preservar la vida se complementen con aquellas que permitan la limitación de secuelas discapacitantes y la reincorporación, de quienes las sufren, a la vida social y productiva. Estas acciones comprenden fundamentalmente las relacionadas con los defectos al nacimiento, los accidentes, las enfermedades crónico degenerativas y las alteraciones por edad avanzada.

1.2.1 Prevención de discapacidades causadas por defectos al nacimiento y enfermedades de la infancia.

Las discapacidades que se presentan al nacimiento, son debidas a alteraciones genéticas, malformaciones congénitas, trastornos nutricionales, metabólicos y problemas perinatales.

Entre las mas frecuentes tenemos:

- Displasia Congénita de la Cadera
- Pie Equino Varo Congénito
- Parálisis Cerebral Infantil
- Defectos del Tubo Neural

Sordera Congénita e infantil y otras alteraciones de la comunicación humana
Distrofia Muscular Progresiva
Discapacidades mentales de la infancia, incluyendo autismo
Labio y paladar hendidos
Estrabismo congénito
Ceguera congénita y discapacidades visuales de la niñez

Cada una de estas condiciones requieren de diversas acciones para evitar su presentación y que causen discapacidad.

Displasia Congénita de la Cadera: Es una condición que si es detectada tempranamente y atendida en forma correcta, cura sin dejar secuelas. Sin embargo, cuando esto no ocurre se produce una alteración permanente con claudicación, desajuste psicológico, limitación física y posteriormente osteoartritis. Se requiere por lo tanto la detección temprana y la atención oportuna y adecuada por personal especializado. Para ello es necesario la educación para la salud, la detección de los signos de sospecha y la referencia al segundo o al tercer nivel de atención según la complejidad de cada caso.

Se debe profundizar el estudio de las discapacidades al nacimiento, para identificar los mecanismos de su presentación, establecer medidas de control de los riesgos y reducir los daños evitables.

Pie equino varo congénito: Es una malformación congénita que cuando es bien atendida en forma oportuna permite la corrección casi total o total sin causar discapacidad. Sin embargo, en nuestro país continua siendo atendida tardíamente con cierta frecuencia, constituyendo una de las principales condiciones que son objeto de las campañas de cirugía extramuros. También es frecuente que los casos tengan corrección incompleta o recidiva cuando la atención quirúrgica no es la adecuada. Para prevenir la discapacidad por esta malformación se requiere llevar acciones de educación para la salud y canalización temprana y oportuna al segundo y tercer niveles de atención de acuerdo a su complejidad.

En la atención de los defectos al nacimiento, hay que enfatizar la necesidad de detección temprana y de atención oportuna y adecuada.

Parálisis cerebral infantil: Es una de las condiciones que con mayor frecuencia causan discapacidad en la infancia, afectando tanto los aspectos motores como los de el lenguaje, la audición y el aprendizaje. Para su prevención se requiere promover acciones de salud prenatal y perinatal, así como la prevención de infecciones encefálicas y traumatismos craneoencefálicos en los niños durante los primeros años de la vida. Sin embargo, es muy necesaria la detección temprana y la atención oportuna y adecuada de los casos que sufren de daño cerebral, lo cual permitirá la

prevención de deformidades y de complicaciones y la más pronta y completa rehabilitación de estos niños. Para ello se requiere de acciones de educación para la salud, prevención y atención adecuada de la prematuridad, prevención de hipoxia perinatal, como también, la detección temprana de signos y síntomas de daño cerebral, la referencia de casos al segundo y tercer nivel de atención y el tratamiento adecuado mediante rehabilitación integral.

Defectos del tubo neural: Es otra de las condiciones que causan discapacidad severa en la infancia, con parálisis de las extremidades, incontinencia de esfínteres e hidrocefalia. Su prevención primaria está planteada mediante la administración de ácido fólico durante la gestación pero también es indispensable la atención temprana y adecuada a través de servicios especializados que puedan proporcionar rehabilitación integral con medicina de rehabilitación, ortopedia, urología, terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, órtesis, psicología, educación especial, orientación vocacional y llegado el momento, empleo.

Sordera congénita e infantil: Los problemas de sordera al nacimiento en un alto porcentaje tienen origen genético por lo que se hace necesario el diagnóstico y el asesoramiento correspondiente en las familias portadoras de este problema. También es indispensable la detección precoz para iniciar un tratamiento temprano y adecuado que permita el desarrollo del lenguaje, intelectual y su rehabilitación integral.

Muchos padecimientos requieren de un diagnóstico de precisión, asesoramiento genético y la más pronta y completa rehabilitación.

La sordera e hipoacusia adquiridas son consecuencia en un alto porcentaje de otitis media, por lo que deberán reforzarse las acciones en el primero y segundo niveles de atención para su prevención y tratamiento oportuno y adecuado. Sin embargo también es generada por otras causas. Frecuentemente pasa desapercibida por lo que es necesario la detección de la deficiencia auditiva en guarderías, jardines de niños y escuelas, para su rehabilitación temprana e integral con acciones específicas.

Distrofia muscular progresiva: Se trata de un padecimiento de origen genético en el cual se requiere un diagnóstico de precisión y asesoramiento genético correspondiente. Para estos problemas es necesario disponer de centros de referencia en donde se puedan realizar este tipo de estudios con personal especializado en genética clínica, pero también hacen falta acciones de prevención secundaria para la atención temprana y la rehabilitación integral que permita el desarrollo infantil con calidad y la integración social de cada caso.

Discapacidades mentales de la infancia: La deficiencia mental, constituye una de las discapacidades más frecuentes en la infancia, teniendo una etiología multifactorial que es atendida a través de los diversos programas de salud de la mujer y del niño. Sin embargo se requieren también de acciones para detectar tempranamente el problema y poder intervenir en tal forma de propiciar máximo desarrollo de las potencialidades del niño.

El Hipotiroidismo congénito es causante de deficiencia mental cuando no se trata oportunamente y por ello se hace necesario el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno. Para su prevención debe realizarse sistemáticamente el tamizaje con los exámenes de laboratorio que permitan la determinación del problema y su tratamiento correspondiente.

El autismo es un problema que aunque afecta a un numero menor de niños sus efectos en la familia y en la sociedad son de gran importancia y se requiere de programas de rehabilitación específicos que favorezcan el mejor funcionamiento individual y familiar.

Labio y paladar hendidos: Es una de las malformaciones congénitas mas frecuentes y causa de discapacidad para, la comunicación. Desde hace tiempo, se ha venido atendiendo a través de las campañas de cirugía extramuros, con buenos resultados, por lo que estas actividades deben promoverse para tener una mayor cobertura.

Estrabismo congénito: Es una condición que en un alto porcentaje es de origen hereditario, y si no es atendida oportunamente puede conducir a la pérdida de visión. Debe ser tratada durante los dos primeros años de la vida, como se ha venido realizando con éxito mediante campañas de cirugía extramuros en todos aquellos casos que pueden ser resueltos con una intervención quirúrgica, por lo que dichas acciones deben ampliar su campo y complementarse con las de rehabilitación visual.

Ceguera congénita y discapacidades visuales de la niñez: La ceguera congénita es causada principalmente por alteraciones genéticas y daño neurológico y afecta significativamente el desarrollo infantil. Cuando se atiende tempranamente mediante programas de rehabilitación que incluyen la estimulación temprana, se logra un desarrollo apropiado y la incorporación del niño al sistema escolar regular y en su momento la capacitación laboral y el empleo.

Por lo anterior deben de implementarse programa de rehabilitación para niños ciegos en las diversos servicios de rehabilitación en coordinación con los de educación y trabajo.

Los problemas visuales en la población escolar, alcanzan una alta prevalencia que en algunos estudios masivos han comprendido entre el 28 al 30% de los escolares, lo que interfiere su proceso de aprendizaje. Las experiencias obtenidas durante varios años en diversas instituciones y entidades federativas permiten disponer de la experiencia suficiente para ampliar la cobertura para la detección y atención de estos problemas.

1.2.2 Prevención de discapacidades causadas por accidentes

Los traumatismos constituyen uno de los principales problemas de salud pública. Ocupan el tercer lugar como causa de muerte y el segundo como causa de discapacidad.

Los accidentes afectan con más frecuencia a niños, adolescentes y jóvenes entre 20 y 35 años, es decir la población económicamente activa. Ocurren tanto en el hogar como en la escuela, el trabajo y la vía pública; en esta última por choques automovilísticos, atropellamientos, heridas por arma blanca y de fuego.

Los accidentes tienen importantes repercusiones en el individuo, en la familia y en la comunidad, tanto por la pérdida de vidas como por la incapacidad temporal, la discapacidad permanente y su alto costo directo e indirecto.

Se ha señalado que por cada muerte ocasionada por traumatismo se originan dos casos de discapacidad.

La OMS estima para el año 2000 una prevalencia en el mundo de 45 millones de personas discapacitadas por accidentes de tránsito, 22 millones por accidentes ocupacionales, 45 millones por accidentes en el hogar y 5 millones por otro tipo de accidentes.

La incidencia de las lesiones por accidentes tiene una tendencia al incremento progresivo conforme aumenta la industrialización, mecanización, tráfico vial y población que vive en áreas urbanas.

Entre las principales lesiones por accidentes que generan discapacidad, se pueden considerar las fracturas de los huesos de las extremidades, los traumatismos craneoencefálicos y las lesiones raquimedulares.

Los accidentes afectan a la niñez y a la población económicamente activa, y ocupan el segundo lugar como causa de discapacidad.

45 millones de personas con discapacidad en el mundo, constituye la prevalencia estimada para el año 2000 (OMS)

Discapacidades ocasionadas por fracturas

Fracturas: Constituyen una de las lesiones mas frecuentes, causadas por accidentes, su tratamiento adecuado con rehabilitación temprana permite la consolidación de las mismas sin dejar secuelas significativas. Sin embargo, las fracturas severas, el tratamiento inadecuado y la falta de rehabilitación temprana causan incapacidad prolongada y secuelas permanentes que generan discapacidad. Por ello es indispensable fortalecer las acciones para la prevención de accidentes, pero también el promover la atención oportuna y adecuada que incluya la rehabilitación inmediata e integral .

El tratamiento inadecuado y la falta de rehabilitación son causa de discapacidad por fracturas.

Traumatismos cráneo encefálicos: Se ha convertido en un importante problema de salud pública debido a su elevada incidencia y prevalencia como consecuencia del incremento de los accidentes y de la disminución de la mortalidad ocasionando discapacidad permanente tanto por las secuelas físicas como por las alteraciones del lenguaje, **afasia** y psicológicas. Para la atención de este problema es así mismo indispensable reforzar las acciones de prevención de accidentes, pero también se requiere de la prevención de discapacidades mediante la rehabilitación temprana, adecuada, e integral. Para ello es necesario establecer servicios de rehabilitación aguda en los centros de atención de trauma craneoencefálico y programas de rehabilitación médica integral en hospitales.

Los traumatismos craneoencefálicos causan parálisis, alteraciones del lenguaje y psicológicas que producen discapacidad.

Lesiones raquiomedulares: Representan una de las condiciones que causan discapacidad severa con parálisis de las extremidades, incontinencia de esfínteres y desajuste psicosocial. Se requiere también reforzar las acciones de prevención de accidentes, pero por otro lado es indispensable establecer servicios o unidades de atención especializada a donde sean referidos oportunamente los casos para su tratamiento adecuado, evitando así complicaciones graves como escaras de presión, infección urinaria y deformidades, que complican el proceso de rehabilitación elevando los costos de atención médica.

1.2.3 Prevención de discapacidades causadas por enfermedades Crónico Degenerativas.

Las enfermedades crónico degenerativas son generadoras de discapacidad en una proporción importante. Entre las principales se encuentran la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, enfisema pulmonar, oteosclerosis, osteoartritis y osteoporosis. Conforme se logra el control de estas enfermedades y se aumenta la sobrevivencia, también se incrementa el número de personas con discapacidad, como consecuencia de la evolución de estas condiciones, de complicaciones o aún del mismo tratamiento.

Restaurar el funcionamiento del individuo, mejorar la calidad de vida e integrar a las personas con discapacidad al trabajo, a la escuela y a otras actividades sociales, es un imperativo.

Diabetes mellitus: Es una importante causa de discapacidad. En México, se estima una prevalencia de 4 millones, de los cuales el 10% sufrirá de amputaciones de las extremidades inferiores y un porcentaje importante de ceguera y de insuficiencia renal crónica por nefroesclerosis, todas ellas generadoras de discapacidad. Por ello se requiere no solamente el control de la enfermedad, sino la prevención de las complicaciones y la rehabilitación temprana y adecuada de las condiciones de discapacidad para permitir el mejor funcionamiento y calidad de vida del individuo.

Hipertensión arterial: Se estima que afecta en México a 14 millones de personas y un porcentaje importante de las mismas sufren de enfermedad vascular cerebral. En México esta última condición representa una de las principales causas de mortalidad, pero por cada muerte hay 3 sobrevivientes que padecen de diferentes grados de secuelas discapacitantes de la comunicación humana y del sistema neuromusculoesquelético. Se hace indispensable establecer servicios de rehabilitación integral a donde sean referidos los casos oportunamente, evitando costosas complicaciones que dificultan la rehabilitación y encarecen la atención médica.

Cáncer: Cada día se logra incrementar mas la sobrevivencia de personas que sufren de diversos tipos de cáncer, pero frecuentemente a costa de una pobre calidad de vida y discapacidad. Por ello se hace necesario proporcionarles servicios de rehabilitación mediante los cuales puedan continuar funcionando adecuadamente, integrados al trabajo y a las actividades sociales con mejor calidad de vida.

Laringectomía: La extirpación de la laringe debida a cáncer se realiza cada vez con más frecuencia, dando por resultado la pérdida de la voz, para lo cual se requiere de una rehabilitación integral que incluya la adaptación de prótesis laringeas. Debe promoverse la disponibilidad de servicios de rehabilitación, el desarrollo tecnológico y la protección financiera para la adquisición de electrolaringes.

Enfisema pulmonar: Cada día un mayor número de personas sufren de discapacidad por insuficiencia respiratoria debido a esta enfermedad. Su prevención comprende aspectos relacionados primariamente con el tabaquismo y factores ambientales, pero se requiere además de programas de rehabilitación respiratoria que permitan mejorar la ventilación pulmonar, el reacondicionamiento físico y el funcionamiento de las personas en sus actividades cotidianas y en el trabajo. Para ello es indispensable el establecimiento de servicios de rehabilitación respiratoria aprovechando los recursos actualmente instalados.

1.2.4 Prevención de discapacidades causadas por edad avanzada

La edad avanzada también es causa de discapacidad debido a diversos cambios que se presentan en los diferentes aparatos y sistemas. Así se presenta hipotrofia muscular, mala postura, osteoporosis, disminución de la agudeza visual y auditiva, disminución del equilibrio y de la memoria. Es indispensable promover medidas de prevención de estas alteraciones, fomentando la actividad física, la corrección postural, los buenos hábitos nutricionales, el mejoramiento del equilibrio, la prevención de las caídas, etc. Es necesario que todos los hospitales puedan ofrecer servicios de rehabilitación y medicina del deporte para los adultos en plenitud.

Osteoartritis: Constituye un problema de salud pública en incremento que afecta a múltiples articulaciones causando discapacidad. Para su prevención se requieren de medidas generales, como el evitar el sobrepeso y la mala postura, pero se necesita además de programas de rehabilitación que permitan la recuperación del movimiento articular y la reducción del dolor, incluyendo los reemplazos articulares cuando el daño está mas avanzado.

Osteoporosis: Representa un problema creciente que afecta especialmente a mujeres posmenopáusicas, pero también se presenta en los hombres de edad avanzada. Es responsable de un gran número de fracturas especialmente de las caderas, columna vertebral y de las muñecas. Con frecuencia produce discapacidad severa. Su prevención debe iniciarse desde la adolescencia asegurando una adecuada ingestión de calcio y promoviendo la actividad física. Sin embargo también es necesario su diagnostico temprano y el tratamiento adecuado mediante medidas nutricionales, de mejoramiento de la postura y del incremento de la actividad física. Una vez producida la fractura se requiere el tratamiento correcto de las mismas junto con medidas de rehabilitación física y del tratamiento de la osteoporosis.

Catarata senil : Se considera que cerca de la mitad de las personas ciegas han perdido la visión debido a cataratas.

La visión puede ser restaurada mediante tratamiento quirúrgico extirpando la lente afectada y reemplazándola con lentes intraoculares o ayudas ópticas. Al igual que otras condiciones se cuenta con una experiencia amplia de cirugía extramuros que han beneficiado a miles de personas, por lo que estas acciones deben ser ampliadas.

La osteoartritis se presenta en el 80% de la población de 60 años o más, afectando principalmente caderas, rodillas, manos y columna vertebral, originando discapacidad por dolor y limitación de la movilidad.

La meta para los adultos en plenitud es conservar un buen estado de salud, con alto grado de funcionalidad física y mental

Los hospitales deberán proporcionar servicios de rehabilitación y de medicina del deporte para adultos mayores.

Hipoacusia y Sordera: El déficit de la audición representa un importante problema de salud pública, por su frecuencia y la discapacidad resultante del mismo. Se debe a diversas causas entre las que se encuentran la otosclerosis, el trauma acústico y los efectos ototóxicos de algunos medicamentos. Para su rehabilitación se requiere un diagnóstico preciso y el tratamiento adecuado incluyendo cirugía, auxiliares auditivos y terapia auditiva. Especial atención se debe prestar a la escasez y costo de los auxiliares auditivos, para la cual se necesita por un lado apoyo financiero y por otro la producción de auxiliares auditivos a bajo costo. Por lo tanto debe impulsarse la investigación tecnológica y ampliar la cobertura de los servicios de atención médica especializada. Fideprotesis es una posible alternativa.

Para estandarizar la calidad de atención, los servicios de rehabilitación deben funcionar a partir de criterios técnicos de homologación por consenso interinstitucional del sector.

2. Acciones para la Mejoría de la Calidad de los Servicios de Rehabilitación. Durante las últimas décadas se ha desarrollado un sistema de servicios de rehabilitación tanto hospitalarios como no hospitalarios, los primeros funcionando principalmente en el Instituto Mexicano del Seguro Social, y en número menor en el ISSSTE y en la Secretaría de Salud y los segundos, constituidos por Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE), Centros de Rehabilitación Integral (CRI) y Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR), dependientes del DIF Nacional y los DIF Estatales. Sin embargo, no existe homologación en su funcionamiento, ni tienen la calidad que se requiere y que demandan los usuarios. Por ello, ya se mejora su calidad, dentro del marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud mediante las siguientes acciones:

2.1. Elaboración y expedición de normas técnicas. Se requieren normas técnicas para garantizar la atención adecuada de las personas con discapacidad, comprendiendo las relativas al expediente clínico especializado y el empleo de las diversas modalidades de tratamiento de rehabilitación.

La profesionalización del personal, la formulación de normas técnicas, así como la modernización de instalaciones y equipamiento, son factores que conducen a la mejora continua de los servicios de rehabilitación.

2.2. Mejoramiento de instalaciones y de equipamiento. Como en todo el campo de la atención médica, existe un desarrollo continuo de los servicios y equipos empleados para proporcionar atención de rehabilitación. Muchos de los servicios existentes requieren de modernización y adecuación de sus áreas arquitectónicas y de sus instalaciones, así como del equipamiento correspondiente.

2.3. Incremento, capacitación y actualización de personal . En la actualidad las instituciones del sector salud necesitan incrementar el número de los recursos humanos, tanto médicos como paramédicos que permita prestar servicios de rehabilitación médica, con la calidad que requieren las personas con discapacidad. Al mismo tiempo se requiere actualización y capacitación sistematizada y específica para mejorar permanentemente el desempeño del personal.

2.4. Certificación de servicios y de personal de rehabilitación. Conforme a las normas técnicas correspondiente es necesario la certificación de los servicios de rehabilitación, tanto públicos como privados, en base a instalaciones, equipamiento, personal medico y paramédico, así como de procedimientos de atención. Asimismo, se requiere la certificación del personal paramédico: terapistas físicos, terapistas ocupaciones, terapistas de lenguaje, protesistas, ortesistas, y otros, para asegurar que la atención sea proporcionada por personal competente.

2.5. Coordinación entre los servicios hospitalarios y no hospitalarios. Al momento presente existe escasa coordinación entre los servicios de rehabilitación médica que se proporcionan en los hospitales, y en general entre los servicios de salud, con los servicios de rehabilitación no hospitalarios, (CREE, CRI Y UBR). En los hospitales y centros de salud no se realizan actividades de prevención y rehabilitación de discapacidades ni existen procedimientos de referencia y contrarreferencia. También debe promoverse la coordinación interinstitucional de los servicios de rehabilitación gubernamentales y no gubernamentales procurándose el apoyo reciproco en beneficio de las personas con discapacidad.

2.6. Coordinación de los servicios de rehabilitación médica con las áreas de educación y trabajo: La calidad en la atención a las personas con discapacidad, se logra a través de servicios competentes de rehabilitación integral: que se cumple a través de medidas combinadas de rehabilitación médica y sicológica, con las de integración educativa en la niñez y laboral en la edad adulta. Por ello la atención de la rehabilitación médica solo cumple cabalmente sus propósitos cuando logra dicha integración lo que permite un apropiado costo-beneficio.

2.7 Establecimiento de indicadores de resultados de prevención de discapacidades y de rehabilitación. El desarrollo de acciones integradas y sistematizadas para la prevención y rehabilitación de discapacidades exige de indicadores de resultados. Hasta el momento únicamente se emplean

La mayor parte de las personas con discapacidad, requieren de protección financiera; el universo de jubilados y pensionados del IMSS y del ISSSTE disponen de un fideicomiso; para los grupos más vulnerables fuera de la seguridad social se proponen otros modelos de captación de bienes en especie y en especial todo tipo de prótesis y ayudas para ser facilitadas a las personas que lo necesiten.

La integración de las personas con discapacidad a la vida productiva, demanda la acción coordinada de medidas médicas, educativas y ocupacionales.

como indicadores, el número de consultas y de terapias proporcionadas a las personas con discapacidad, los cuales no reflejan el resultado de las intervenciones. Es necesario el establecimiento de indicadores que permitan conocer el resultado de las acciones de prevención y detección de discapacidades, de incidencia y prevalencia a través de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y del Sistema Integral de Información que permita conocer el número de niños incorporados a la educación regular y de adultos rehabilitados integrados al trabajo.

3. Acciones para la protección financiera de las personas con discapacidad, para su rehabilitación. Proporcionar protección financiera a las personas de ambos sexos con discapacidad y a sus familias mediante las acciones siguientes:

3.1. Fideprótesis. Es un fideicomiso que proporciona apoyos para la adquisición de prótesis y aparatos ortopédicos a personas pensionadas y jubiladas de ambos sexos del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Se fortalecerá y ampliará para que extienda sus beneficios a la población no asegurada y abarcará también los apoyos necesarios para la adquisición de auxiliares visuales, auditivos y ayudas técnicas diversas que requieren las personas con discapacidad para su mejor funcionamiento, con especial atención para las mujeres no aseguradas y víctimas del desamparo.

3.2. Banprótesis. Se organizará un banco de prótesis y ayudas técnicas, mediante el donativo de sillas de ruedas, muletas, bastones, andaderas, que puedan ser usadas por personas con discapacidad, quienes al término de su uso las devolverán al banco. En esta acción deberá participar la sociedad civil quien podrá donar los implementos que ya no utilice.

3.3. Fondo Nacional de Rehabilitación. Con el propósito de disponer de recursos financieros, para subsidiar proyectos de servicios para personas con discapacidad, se promoverá la creación del Fondo Nacional de Rehabilitación, mediante donativos de empresarios, clubes de servicios y organizaciones filantrópicas nacionales e internacionales

3.4. Grupos Voluntarios. Se promoverá y reforzará el rol de los grupos voluntarios de los servicios de salud a favor de personas con discapacidad.

3.5 Seguro Popular. El futuro requiere de un sistema de salud financieramente mas justo y que proteja a la población contra gastos

La rehabilitación basada en el sistema de salud implica el involucramiento de todo el personal médico, de enfermería, técnicos y auxiliares de salud, mediante capacitación continua y con responsabilidad, de acuerdo al nivel técnico de adscripción.

catastróficos, lo cual puede lograrse invirtiendo anticipadamente en servicios de salud. En este contexto para beneficiar a la población no asegurada con los recursos médicos de calidad y en igualdad de oportunidades que disfrutaran los sujetos de derecho y derechohabientes de las instituciones de la Seguridad Social se procesa un modelo de seguro colectivo con aportaciones financieras compatibles con las condiciones económicas de la población que se encuentra en extrema pobreza.

4. Acciones para la equidad en los servicios de salud en materia de rehabilitación. Se promoverá que el sistema de salud en su conjunto realice acciones de prevención de discapacidad y proporcione servicios de rehabilitación médica de acuerdo a los niveles de atención. Para ello se llevarán a cabo dos acciones fundamentales: Rehabilitación Basada en el Sistema de Salud (RBS) y Rehabilitación Basada en la Comunidad (RBC).

4.1. “Rehabilitación basada en el Sistema Nacional de Salud” (RBS)

El Sistema Nacional de Salud deberá participar en acciones de prevención de discapacidad y de rehabilitación de acuerdo a los distintos niveles de atención. Para ello deberá realizarse, la organización e implementación de niveles de rehabilitación.

- a) La atención primaria a la salud deberá incluir acciones de pesquisa y detección de personas con discapacidad; referencia a los servicios de rehabilitación y aplicación de medidas de rehabilitación simplificada.
- b) En el segundo nivel de atención deberán sistematizarse acciones para la prevención de discapacidades, mediante detección temprana, terapia física, ocupacional y del lenguaje, así como de referencia a los servicios de rehabilitación del 3er nivel.
- c) En el tercer nivel de atención se deberá disponer de servicios de rehabilitación y de camas de hospitalización para personas con discapacidad en estado agudo a subagudo, como en los casos de enfermedad vascular cerebral, trauma craneoencefálico, amputaciones y otras.

Para lo anterior, se capacitará al personal de los servicios de salud para que puedan dar cumplimiento a las distintas actividades de acuerdo a su nivel de atención y se implementarán servicios de rehabilitación en hospitales

Por lo tanto, el Sistema Nacional de Salud en su conjunto participará en las siguientes acciones.

- ◆ Prevención de discapacidades
- ◆ Detección temprana de discapacidades
- ◆ Referencia y contrarreferencia de casos
- ◆ Rehabilitación por niveles de atención
- ◆ Seguimiento de casos
- ◆ Vigilancia epidemiológica de casos de discapacidad

4.2. “Rehabilitación Basada en la Comunidad” (RBC)

Las acciones de rehabilitación Basada en la Comunidad, promovidas por la Organización Mundial de la Salud, para la atención de personas con discapacidad en zonas carentes de servicios de salud, podrán implementarse con la participación de las propias comunidades en los lugares de difícil comunicación y para ello es necesario:

- Reclutamiento de líderes de la comunidad
 - ◆ Capacitación
 - ◆ Promoción de la comunidad
 - ◆ Rehabilitación simplificada

Capacitación específica al personal de salud para participar en acciones para la salud en la sexualidad y la reproducción en las personas con discapacidad.

5. Acciones para la salud en la sexualidad y la reproducción de las personas con discapacidad.

Se fortalecerán y ampliarán las acciones para la salud en la sexualidad y la reproducción de las mujeres y los hombres con discapacidad, llevando a cabo:

- 5.1 Establecer servicios para la salud en la sexualidad y la reproducción en las personas con discapacidad en los servicios de rehabilitación del Sector Salud.
- 5.2 Capacitar específicamente al personal de los Servicios del Sector, en salud de la sexualidad y la reproducción; así como sobre el manejo más adecuado de las personas con discapacidad. Las mujeres y los hombres con alguna discapacidad, también pueden contraer el **sida** y dichas mujeres también se embarazan.
- 5.3 Establecer centros de promoción y detección de factores de riesgo para los defectos al nacimiento.
- 5.4 Establecer centros regionales para el asesoramiento genético.
- 5.5 Controlar y prevenir los defectos al nacimiento en recién nacidos detectados oportunamente, con cuidados periconcepcionales.
- 5.6 Promover la educación y la información sobre la salud en la sexualidad y la reproducción para las personas con discapacidad.
- 5.7 Incorporar en los servicios de planeación familiar los correspondientes a personas con discapacidad de ambos sexos.

Diseño de prototipos de órtesis y prótesis para su industrialización y comercialización a bajo costo.

6. Acciones para la producción de prótesis, órtesis y ayudas técnicas.

Se deberán implementar en el sector salud acciones para mejorar e incrementar la productividad de los laboratorios y talleres de elaboración de prótesis, órtesis, auxiliares auditivos y otras ayudas técnicas para personas con discapacidad, comprendiendo :

- 6.1. Diseño y desarrollo de ayudas técnicas, auxiliares auditivos, prótesis y órtesis de calidad y apropiadas a las necesidades y recursos de las personas con discapacidad.
- 6.2. Transferencia de tecnología al sector privado para su industrialización y comercialización.
- 6.3. Establecimiento de una red nacional de ayudas técnicas, auxiliares auditivos, prótesis y órtesis.
- 6.4. Educación para la salud en materia de utilidad y disponibilidad de ayudas técnicas, auxiliares auditivos prótesis y órtesis.
- 6.5. Capacitación para personal técnico.

DESCRIPCION DE LAS LÍNEAS DE REFUERZO

1. Fomento de la investigación científica para la prevención y rehabilitación de discapacidades, así como la formación de recursos humanos especializados.

La investigación científica es esencial para la búsqueda de nuevos recursos para la prevención, detección, diagnóstico y rehabilitación de las diversas discapacidades. Además la mayor parte de la tecnología en rehabilitación es de importación, lo que encarece la prestación de servicios y dificulta a las personas con discapacidad su adquisición. Por lo anterior, debe impulsarse la investigación científica en este campo, considerando que hasta el momento, los recursos destinados en nuestro País en este sentido son sumamente escasos al igual que el número de investigadores. Será por lo anterior necesario realizar las siguientes acciones:



Se promoverá el incremento financiero destinado a la investigación y a la formación de investigadores profesionales para el campo de la discapacidad

1.1 Fomento a la formación de investigadores en el campo de la rehabilitación.

Impulsar la formación de investigadores tanto en los aspectos básicos, como clínicos y tecnológicos, estimulando que los investigadores se interesen en los diferentes aspectos de la discapacidad y que el personal especializado en rehabilitación se capacite y desarrolle acciones de investigación.

1.2 Apoyo a la investigación orientada a la prevención de discapacidades y a la rehabilitación.

Es necesario que de los recursos destinados a la investigación se de apoyo preferencial a los proyectos relacionados con la discapacidad. Hasta el presente, la inversión en investigación científica en salud es preponderantemente orientada a la curación y en menor grado a la prevención y casi nula a la rehabilitación. Debe tomarse en consideración que los avances en la medicina permiten vislumbrar la solución en muchas condiciones consideradas como irreversibles, pero ahora los conocimientos de la Biología Celular y Molecular, el Genoma Humano, la Terapia Génica y la Biotecnología deben ponerse al servicio de las personas con discapacidad.

Es necesario multiplicar el personal médico especializado, terapeutas y protesistas ortesistas

1.3 Investigación Tecnológica

La rehabilitación de las personas con discapacidad requiere con frecuencia de prótesis para amputaciones, ayudas técnicas diversas, implantes, auxiliares auditivos, ayudas visuales, prótesis laringeas y otros. Se requiere impulsar la investigación que permita disponer de mejor tecnología, pero también para estimular su producción en nuestro País a bajo costo. Así como también para contar con nuevos recursos de tratamiento como la terapia génica, los trasplantes y auxiliares auditivos, visuales y motores más eficientes y de costo accesible.

1.4 Impulso a la formación y capacitación de personal médico y paramédico de los servicios de rehabilitación.

Existe un insuficiente número de personal médico y paramédico especializado en la rehabilitación, que no alcanza a cubrir la demanda de los servicios de rehabilitación existentes, ni de los que se desarrollan tanto en el sector público como privado. Es necesario incrementar y mejorar la formación de personal especializado: médicos especialistas en rehabilitación, audiología, foniatría y comunicación humana, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionales, terapeutas de lenguaje, protesistas, ortesistas y otros.

Desarrollar modelos de coordinación interinstitucional e intersectorial para garantizar el acceso a la educación, trabajo, deporte y asistencia social a las personas con discapacidad.

2. Coordinación de los servicios de rehabilitación médica con los de educación, trabajo, deporte y asistencia social.

Con el propósito de alcanzar el objetivo de la integración social de las personas con discapacidad, se promoverá la coordinación para la formalización de convenios específicos de cooperación recíproca entre los servicios de rehabilitación médica y los de educación, capacitación laboral, empleo, deporte y recreación a través de las siguientes estrategias.

2.1. Educación de todos los niños con discapacidad atendidos en los servicios de salud.

Todos los niños que sean atendidos en los servicios de rehabilitación médica recibirán la educación de acuerdo a sus capacidades, para lo cual se deberá establecer una vinculación de todos y cada uno de los servicios de rehabilitación infantil con los servicios educativos correspondientes.

2.2. Capacitación laboral de las personas con discapacidad atendidos en los servicios de salud.

Todos los jóvenes y adultos atendidos en los servicios de rehabilitación médica deberán recibir valoración y orientación vocacional, capacitación

para el trabajo, para lo cual deberá establecerse la vinculación entre los servicios del Sector Salud con los de educación y trabajo correspondientes.

2.3. Empleo de las personas atendidas en los servicios de rehabilitación médica.

Todas las personas con discapacidad atendidas en los servicios de rehabilitación médica y que hayan sido capacitadas para el trabajo deberán obtener un empleo remunerado apropiado, para lo cual se establecerá la vinculación con los servicios de empleo gubernamentales y privados.

2.4. Asistencia social durante el proceso de rehabilitación médica, educativa y laboral.

Que las acciones de asistencia social sean orientadas preferencialmente a apoyar a las personas con discapacidad que se encuentran en proceso de rehabilitación, así como a sus familiares, con el propósito de facilitar su reincorporación a la vida productiva y evitar que la falta de recursos impida o trunque el proceso rehabilitatorio

2.5. Certificación de salud a personas con discapacidad.

Con el propósito de que la población cuente con facilidades para la obtención de la credencial, del Programa Nacional de Credencialización; de la Oficina de Representación para la Promoción e Integración Social de Personas con Discapacidad, los médicos de las instituciones del Sector Salud extenderán el certificado para personas con discapacidad permanente de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 173.

La certificación de la persona con discapacidad permanente, deberá elaborarse por triplicado y una de sus copias concentrarse primero en el ámbito jurisdiccional para ser trasladada a concentración estatal y posteriormente remitida al Centro Nacional de Rehabilitación.

2.6 Instrumentar una base de datos para el Registro Nacional de Discapacidades.

El Centro Nacional de Rehabilitación, constituido en instancia responsable del acopio y tratamiento de la información, utiliza el proceso de certificación de personas con discapacidad permanente, con el objeto de validar la veracidad de los datos, codificar, ordenar y clasificar esta información junto a la de otras fuentes del Sistema Nacional de Salud.

Mediante el apoyo del sistema nacional de vigilancia epidemiológica, obtener información actualizada y mejorar el conocimiento de las características esenciales de la discapacidad, para diseñar acciones más eficaces , más ágiles y mas económicas en la prevención y rehabilitación.

Se implementaría el “Certificado de Personas con Discapacidad”, el cual ser a extendido por los médicos de las instituciones del Sector Salud.

2.7 Prevención y rehabilitación en deportistas y fomento del deporte en las personas con discapacidad.

Las personas que realizan diversas actividades deportivas presentan riesgo de sufrir lesiones que pueden ocasionar discapacidad y que impiden el desarrollo ulterior del deportista. Por ello, deben fomentarse acciones para la prevención de lesiones discapacitantes relacionadas con la práctica deportiva. Asimismo, el deporte es un instrumento de gran valor en la rehabilitación física y mental de las personas con discapacidad, por lo que es indispensable se fomente entre los diversos servicios de rehabilitación médica y entre los distintos grupos de personas con discapacidad.

3. Incorporación al sistema de vigilancia epidemiológica de las discapacidades más frecuentes .

Para que el Registro Nacional de Discapacidades disponga de información actualizada de la incidencia de las condiciones discapacitantes más frecuentes, conocer sus características y su respuesta a las acciones de prevención, se realiza la vigilancia epidemiológica de las siguientes condiciones:

- **Parálisis Cerebral Infantil**
- **Defectos del tubo neural**
- **Paraplejia medular**
- **Hipertensión Arterial**
- **Secuelas de Traumatismos Cráneo-Encefálicos**
- **Secuelas de cáncer**
- **Diabetes Mellitus**
- **Osteoartritis**
- **Fracturas**
- **Enfermedad pulmonar obstructiva crónica**
- **Deficiencia mental**
- **Sordera**
- **Estrabismo**
 - **Ceguera congénita y discapacidades visuales de la niñez**
- **Labio y paladar hendido**
- **Catarata**
- **Luxación Congénita de cadera.**
- **Pie equino varo congénito**

Facilitar a la población el acceso a la información sobre los beneficios de la rehabilitación médica, la ubicación de los servicios, los horarios de atención y cómo colaborar con el personal para obtener el mejor resultado.

4. Divulgación, información y orientación en materia de discapacidad y rehabilitación.

Es indispensable que la población en general reciba información y orientación en materia de discapacidad y de rehabilitación con el propósito de que participe en las diversas actividades de prevención de discapacidades y de rehabilitación integral. Para lo anterior, se realizarán las siguientes actividades:

4.1 Discapacinet

Se establecerá el servicio de Discapacinet en el Centro Nacional de Rehabilitación, con el propósito de que por medio de internet, las personas con discapacidad, sus familiares y el público en general puedan obtener información acerca de las diversas condiciones discapacitantes, su prevención, su tratamiento, los servicios existentes, personal especializado, establecimientos, para la venta y renta de artículos e implementos para la rehabilitación, etc.

4.2 Discapacitel

Se organizará asimismo, un centro nacional de atención a las personas con discapacidad para información telefónica a sus familiares y al público en general mediante el cual podrán recibir información y orientación relacionados con los distintos problemas de la discapacidad.

4.3 Semana Nacional de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades

Se organizará y realizará la Semana Nacional de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades, para información y sensibilización de la sociedad en general y durante la cual se ofrecerán gratuitamente los siguientes servicios:

- ◆ Chequeo pediátrico de niños con discapacidad.
- ◆ Detección de discapacidades motoras
- ◆ Detección de discapacidades auditivas
- ◆ Detección de discapacidades visuales
- ◆ Detección de factores de riesgo de lesiones deportivas discapacitantes
- ◆ Información general sobre discapacidad y rehabilitación

4.4 Educación para la Salud en Materia de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades

Se llevará a cabo un programa de educación para la salud que logre la participación de la sociedad civil en acciones orientadas a la prevención primaria de condiciones discapacitantes, pero también en la atención oportuna en servicios de rehabilitación médica y su adecuado cumplimiento y participación en las diversas acciones rehabilitatorias.

INDICADORES DE EVALUACIÓN

- **En materia de prevención de discapacidades**

- Casos de discapacidad identificados en consulta de primera vez en el Sistema Nacional de Salud respecto al total de consultas de primera vez.
- Casos de discapacidad referidos respecto al total de identificados en consulta de primera vez en el Sistema Nacional de Salud.
- Casos de discapacidad identificados en pesquisas respecto al total de casos registrados.

- **En materia de rehabilitación**

- Niñas y niños rehabilitados incorporados a la educación básica formal.
- Personas rehabilitadas incorporadas al trabajo remunerado, desagregadas por edad y sexo.
- Calidad de vida.

- **En materia de protección financiera**

- Porcentaje o número de personas con discapacidad que recibieron apoyo financiero del total que lo solicitaron
- Porcentaje o número de personas con discapacidad que recibieron apoyo financiero del total de casos notificados

- **En materia de calidad**

- Grado de satisfacción
- Índice de trato adecuado

SISTEMA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

El programa establecerá el modelo de evaluación que permita obtener la imagen veraz del desarrollo del mismo y el grado de avance utilizando la información concentrada que se genera a nivel de las jurisdicciones sanitarias o su equivalente regional.

Será simultánea y anual, la primera procesando los informes mensuales de las oficinas de concentración y estadísticas de las Secretarías de Salud y la segunda, al término del ejercicio fiscal que reportará las actividades realizadas en el año. Se harán otras evaluaciones cuando las autoridades lo requieran.

La evaluación y seguimiento de las actividades se efectuara mediante dos fuentes de información.

- a) La información relativa a los casos de discapacidad identificados y referidos, se llevará a cabo a través del Sistema de Información ya establecido en el Sector Salud, para las enfermedades de notificación obligatoria.
- b) Por otro lado la información relativa a la atención de rehabilitación médica y de indicadores de rehabilitación, será proporcionada a través del Sistema de Servicios de Rehabilitación del Sector Salud.

Los resultados más satisfactorios solo se obtienen en los servicios bien planeados con esquemas de evaluación basados en resultados.

Los componentes de evaluación son:

- ♦ El grado de calidad alcanzado por los servicios.
 - ♦ La calidad del desempeño del personal, valorada por los usuarios.
 - ♦ El logro del producto final de acuerdo a los indicadores.
-
- El **PreveR-Dis** constituye la herramienta programática para la promoción, coordinación y realización de acciones en beneficio de las personas con discapacidad y de la población en general.
 - Hay que tomar en consideración que “es más costoso desatender la discapacidad que sufragar las acciones más caras de rehabilitación”.

Agradecimiento

A continuación se presenta una lista de todas aquellas personas que colaboraron de diversas maneras en la elaboración del Programa de Prevención y Rehabilitación de Discapacidades (PreveR-Dis)

Agustín Dávalos Flores
Alberto Jonguitud Falcón
Alejandra Carnevale
Alfonso Petersen Farah
Alfredo Vargas Flores
Amalia Gamio
América Larrainzar P.
Ana Teresa Aranda Orozco
Ángel Rene Estrada Arévalo
Antonia García Medina
Antonio Heras Gómez
Antonio López de Silanes
Antonio León Pérez
Armando León Bernal
Asa Cristina Laurell
Bertha Cristina Castellanos Muñoz
Carlos Alberto Astorga Otón
Carlos Pérez López
Cecilia Méndez
Cristóbal Ruiz Gaytan López
Cuauhtémoc Ruiz Matus
Christian Jorge Torres Ortiz O.
David Pastrana
Diana Avendaño Badillo
Eduardo Escobar
Eduardo González Pier
Eduardo Hernández Prieto
Eduardo Magaña Lusthoff
Elba Jara de Conde
Emilio Arch Tirado
Enrique Azuara Pliego
Enrique Ruelas Barajas
Enriqueta Cortina
Federico Saracho Weber
Fidel Mascareño Saucedo
Francisco Hernández Orozco
Francisco Casillas
Gare Fabila de Zaldo
Gerardo de Jesús Félix Domínguez
Guillermo Alberto Solomón S.
Gustavo del Toro Gallardo
Héctor Jaime Ramírez Barba
Héctor López González
Héctor Robledo Galván
Ignacio Debeza
Irene Torices Rodarte

Javier Jiménez Bolón
Jesús Chávez Mayol
Jesús Limonchi Gómez
Jesús Lorenzo Aarún Rame
Jesús Zacarías Villareal Pérez
Jorge Hernández
Jorge Letechipia
José Bernardo Cruz Ochoa
José Sahrukan Kermes
Juan Antonio Madinaveitia
Juan Manuel Guzmán
José Antonio Olín Nuñez
Judith Noemí Zepeda V.
Leopoldo Domínguez González
Lorenzo Armando Reyes Dorantes
Lourdes Saldívar Martínez
Luis Ignacio Solórzano Flores
Ma. del Pilar Fonseca Leal
Ma. Teresa Zaáta Villalobos
María de los Ángeles Barbosa V.
Mariana Barrasa Llórens
Marisela Anaya Soto
Matilde Enriquez Sandoval
Mauro Loyo Varela
Mercedes Juan López
Miguel Ángel Collado Corona
Nelson Vargas
Pedro Canul Rodríguez
Pedro Hugo Domínguez Vacaflor
Pedro Rafael Aragón Kuri
Raúl Eduardo Rodríguez Pulido
Reyna Luna Cuevas
Roberto Castañón Romo
Roberto Robles Garnica
Roberto Tapia Conyer
Rodrigo González
Rolando del Rosal Sigler
Rosa Beatriz Azpiroz
Rosa María Carmona
Rosario García O.
Rubén Galviz Tristan
Verónica Muñoz Parra
Víctor Hugo Flores Higuera
Víctor Hugo Segura
Víctor Manuel Díaz Simental
Vita Norma Librero Bango



Programa Nacional de Salud 2001-2006

**Programa de Acción
para la Prevención y Rehabilitación
de Discapacidades PreveR-Dis**



SSA
SUBSECRETARÍA DE
RELACIONES INSTITUCIONALES