



DIF
ESTATAL
CREE

DIF
Nacional

SISTEMA ESTATAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA

DIRECCION DE INTEGRACION SOCIAL
DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CENTRO DE REHABILITACIÓN Y EDUCACIÓN ESPECIAL

UNIDAD BASICA DE REHABILITACIÓN

**GUIA OPERATIVA DE LAS UNIDADES BÁSICAS DE
REHABILITACION DEL ESTADO DE SAN LUIS POTOSI.**



DIF
ESTATAL
CREE

DIF
Nacional

OBJETIVO

Contar con un documento que permita unificar las acciones y criterios de operación y control para la prevención y atención de las personas con discapacidad o en riesgo de padecerla, en las Unidades Básicas de Rehabilitación dependientes de los Sistemas Municipales DIF; buscando un sistema que garantice una mejor calidad de vida con la activa participación de la familia y la comunidad.

ALCANCE

Este instrumento será aplicado en las Unidades Básicas de Rehabilitación instaladas en todo el Estado de San Luis Potosí.

I.- Marco de referencia Institucional

1.1.-Presentación

El presente manual se elabora para asentar las bases de la organización y funcionamiento de las Unidades Básicas de Rehabilitación en el estado de San Luis Potosí, con la finalidad de ser una Guía de consulta de los Sistemas Municipales DIF.

Uno de los objetivos del presente instrumento es unificar los criterios de operación de estas unidades y con ello mejorar los servicios que se otorgan.

La población con discapacidad es un grupo de especial atención, básicamente porque es un fenómeno social que interesa desde diversas perspectivas a los sectores de la administración pública, a las instituciones privadas y a las organizaciones no gubernamentales.

La discapacidad afecta no sólo a la persona, sino también al núcleo familiar y a la comunidad de la que se forma parte; sus dimensiones sociales y económicas, así como sus consecuencias para la salud pública adquieren otra magnitud.

Las personas con discapacidad no presentan únicamente una limitación física en sus funciones (que se traduce en un déficit en la realización de sus actividades), sino también muestran un desajuste psicológico y una limitación en su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural.

La OMS durante los años noventa estimó que aproximadamente 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad, esto varía de país en país dependiendo de la definición utilizada y de los acontecimientos sociales o naturales que los hayan afectado tales como epidemias, guerras y catástrofes naturales, entre otros.

Tipo de discapacidad según datos del INEGI

Además de establecer una aproximación sobre el número de personas con discapacidad y saber dónde se ubican, también es importante conocer el impacto del tipo de discapacidad en este grupo de población. El XII Censo General de Población y Vivienda 2000, consideró cinco tipos de discapacidad: motriz, visual, mental, auditiva y del lenguaje, agrupando el resto de los tipos en una categoría denominada otro tipo de discapacidad.¹

En la actualidad se manejan solo 4 tipos: Auditiva, Motriz, Visual y de inteligencia. Por lo que los servicios de rehabilitación forman parte de las políticas públicas, se han convertido en acciones concretas que logran importantes beneficios para las personas con discapacidad y fomentan la inclusión de este sector a la vida laboral.

1.2.-Antecedentes Históricos

¹http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2000/discapacidad/discapacidad2004.pdf

Los antecedentes del Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, se remontan al año de 1929, cuando un grupo de mujeres mexicanas se organizaron para dar leche y desayunos escolares a niñas y niños desamparados de la capital del país. Este programa se llamó “Una gota de leche”.

A partir de 1943, estas actividades se incorporan a la Secretaría de Asistencia Pública, en la que se compartían con el Departamento de Salubridad, las acciones de atención a los grupos sociales más desprotegidos y vulnerables. En este momento el concepto de asistencia social comienza a tener relevancia en las políticas públicas.

El 31 de enero de 1961 por decreto presidencial, se crea el Instituto Nacional de Protección a la Infancia (INPI), que tiene como eje principal el programa de desayunos escolares.

Por otro lado, el 15 de julio de 1968 surge el Instituto Mexicano de Asistencia a la Niñez (IMAN), instancia responsable de brindar atención a niñas y niños huérfanos, abandonados, desvalidos, discapacitados o con ciertas enfermedades.

El INPI es reestructurado en 1975 y se le denomina Instituto Mexicano para la Infancia y la Familia (IMPI).

El 10 de enero de 1977, con la finalidad de coordinar las acciones del IMPI y el IMAN, por decreto presidencial es creado el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El Sistema, como institución que se replica en los tres órdenes de gobierno, es una de las estructuras más federalizadas en el país. Está integrada por un organismo central, el DIF Nacional; cuenta con 32 DIF Estatales, autónomos, que dependen de los ejecutivos estatales; y con más de mil 459 DIF Municipales, que forman parte de los Ayuntamientos.

En San Luis Potosí, se dio esta fusión el 17 de abril de 1977, durante la gubernatura del Lic. Guillermo Fonseca Álvarez, mediante el decreto número 158, publicado en el Periódico Oficial del Estado de San Luis Potosí.

En 1987 con la finalidad de extender la cobertura de los servicios de rehabilitación extrahospitalarios, el Sistema Nacional DIF crea a nivel nacional el Programa

de Rehabilitación con Participación de la Comunidad, mismo que se opera a través de la creación de las Unidades Básicas de Rehabilitación.

El DIF Estatal, con el interés de cubrir la demanda de rehabilitación de nuestra Entidad, decide instalar las UBR's formando a la par al personal auxiliar especializado en la atención de personas con discapacidad.

El DIF Estatal es una institución del gobierno del estado, responsable de implementar acciones de asistencia social.

Las funciones y responsabilidades del DIF, están descritas en la Ley de Asistencia Social para el Estado y los Municipios de San Luis Potosí.

Conforme lo marca la ley, las acciones de la institución tienen como objetivo modificar y mejorar las capacidades físicas, mentales y situación social de población vulnerable, que por su condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica o social, carezca de las condiciones necesarias para procurarse por sí mismos su bienestar.

Sus programas abarcan acciones para la prevención y atención en materia de:

- Factores que propicien la unión familiar
- Derechos de la niñez y la adolescencia, para generar condiciones que permitan su desarrollo integral
- Respeto e inclusión de los adultos mayores
- Asistencia jurídica, psicológica y social a población vulnerable
- Violencia familiar, escolar y de género, así como prevención del abuso sexual
- Sensibilización para evitar la discapacidad adquirida, crear una cultura de inclusión social y servicios para la rehabilitación e integración plena de las personas con discapacidad
- Orientación nutricional y asistencia alimentaria en zonas marginadas
- Impulso al desarrollo comunitario en zonas marginadas mediante proyectos productivos familiares y comunitarios
- Apoyos asistenciales a población sujeta de asistencia social, en casos de desastres naturales y problemas de salud graves

- Resguardo y albergue a niñas, niños, adolescentes y adultos mayores que se encuentran en condiciones de abandono o riesgo
- Adicciones y trastornos de alimentación

Una de las Direcciones que atiende lo relacionado con la discapacidad es la Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad, de donde depende el Centro de Rehabilitación y Educación Especial y de este último las Unidades Básicas de Rehabilitación.

Las Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR) son establecimientos que proporcionan servicios de primer nivel de atención de rehabilitación, servicios de promoción de la salud, prevención de discapacidad, rehabilitación simple y de referencia y contrarreferencia de personas con discapacidad. El Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF Nacional) establece los modelos y requisitos de UBR y es el encargado de proporcionar los apoyos económicos para la adquisición del equipo y mobiliario inicial de las UBR, el sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia de S.L.P. (DIF Estatal) promueve su instalación y funcionamiento a través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial, con la participación de los Sistemas Municipales DIF y la propia comunidad.

1.3.- Marco Teórico Conceptual.

La Organización Mundial de la Salud reporta que a nivel mundial el 10% de la población padece algún tipo o grado de discapacidad. Por lo anterior, se estima que en México existen un aproximado de 9.5 millones de personas que presentan un tipo o grado de discapacidad. Estas cifras se presentan de manera diferente en las entidades federativas del país, incluso en el interior de ellas por las diferentes condiciones económicas, sociales y culturales, tales como la pobreza, la marginación social, el déficit en la atención, la malnutrición, el acelerado crecimiento de la población, la falta de una oportuna prestación de servicios de salud, las desigualdades sociales, así como todo aquello relacionado con la cobertura de acciones dirigidas a prevenir y restaurar la salud de los

integrantes de la comunidad, y los cambios sociales que han desencadenado acciones de violencia extrema.²

La meta de todo programa de rehabilitación es obtener el máximo nivel de independencia del individuo, logrando que obtenga en la medida de lo posible, las condiciones en que se encontraba antes de su padecimiento

Ahora es de suma importancia conocer los conceptos y formas de acción que se conocen en el trabajo de las personas con discapacidad a continuación se enumeran los conceptos básicos en nuestro actuar:

Rehabilitación, al conjunto de medidas encaminadas a mejorar la capacidad de una persona para realizar por sí misma, actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico, por medio de órtesis, prótesis, ayudas funcionales, cirugía reconstructiva o cualquier otro procedimiento que le permita integrarse a la sociedad.

Por cuestiones prácticas y pensando en los diferentes tipos de personal y de tratamientos se consideran dos componentes de la unidad de Rehabilitación:

Rehabilitación Física: Aquí se dará especial atención a los individuos que presenten específicamente problemas motrices, derivados de accidentes o de problemas congénitos específicos.

Rehabilitación Social: Además del módulo de Rehabilitación física, se cuenta con un módulo, en el cual se incorpora la opción de brindar tratamiento al paciente que no necesariamente tiene problemas motrices sino a aquel paciente que requiere tratamiento para su incorporación a las actividades de la vida diaria, ya sea motrices por secuelas de alguna enfermedad o problemas de lenguaje y audición.

²1 Doctora María Antonieta Ramírez Wakamatzu. Jefa del área de Medicina Física y Rehabilitación del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" del ISSSTE / http://www.emexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Noticia_102

Unidades Básicas de Rehabilitación (UBR),

Estas unidades constituyen el primer nivel de atención en servicios de rehabilitación y son base del sistema de atención a personas con discapacidad.

Los servicios que prestan son: promoción de la salud, prevención de la discapacidad, rehabilitación simple, de referencia y contrarreferencia.

Centros de Rehabilitación y Educación Especial (CREE),

Estas unidades constituyen el tercer nivel de atención en servicios de rehabilitación, así como el vértice del sistema estatal o regional de servicios de atención a personas con discapacidad. Previenen la discapacidad, se da rehabilitación integral y educación especial.³

La discapacidad es aquella condición bajo la cual ciertas personas presentan alguna deficiencia física, mental, intelectual o sensorial que a largo plazo afectan la forma de interinar y participar plenamente en la sociedad.

La Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la ONU en 2006, define de manera genérica a quien posee una o más discapacidades como persona con discapacidad. En ciertos ámbitos, términos como "discapacitados", "ciegos", "sordos", etcétera, aún siendo correctamente empleados, pueden ser considerados despectivos o peyorativos, ya que para algunas personas dichos términos «etiquetan» a quien padece la discapacidad, lo cual interpretan como una forma de discriminación. En esos casos, para evitar conflictos de tipo semántico, es preferible usar las formas «personas con discapacidad», «personas sordas», «personas con movilidad reducida» y otros por el estilo, pero siempre anteponiendo «personas» como un prefijo, a fin de hacer énfasis en sus derechos humanos y su derecho a ser tratados con igualdad.

³CENETEC-Salud, GE. UR.02, V.02, VI.2005, México

Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral.

Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales.

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.⁴

Tipos de discapacidad pueden ser:

- **Motriz:** Se refiere a la pérdida o limitación de alguna persona para moverse en forma definitiva.
- **Visual:** La pérdida de la vista o dificultad al ver con alguno de los ojos.
- **Mental:** Abarca la limitación del aprendizaje para nuevas habilidades.
- **Auditiva:** Pérdida o limitación del oído para poder escuchar.

II.-Problemática social.

2.1 Exclusión de las personas con discapacidad

Los efectos de la discapacidad sobre el individuo, su familia y su comunidad están en aumento. Las consecuencias generales que la exclusión de las personas con discapacidad tendrá sobre la situación política, económica y social son muy serias. La exclusión esta inexplicablemente relacionada con la infraestructura política, social y económica de la sociedad. En consecuencia las oportunidades de educación, participación social y capacitación para las personas con discapacidad están frecuentemente restringidas.

⁴<https://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad>

La construcción de la identidad de las personas con discapacidad se ve afectada a causa de la exclusión social, que los caracteriza respecto al resto de la sociedad. En este sentido, se apunta a explicar que tal categoría se presenta como mediación en esta conformación identitaria, ya que la misma es de hecho una construcción social, en la que influye el medio.

Los sujetos que forman parte del colectivo de las personas con discapacidad se reconocen a partir de su auto percepción y de la mirada del otro, elementos que contribuyen a forjar una identidad que de cohesión a partir de lo que estos individuos comparten y a la misma vez, los diferencia de los demás.

La exclusión social que atraviesa en la cotidianeidad las personas con discapacidad, determina varios aspectos de su vida cotidiana, así como también interfiere en la subjetividad de estas personas, ya que nuestra subjetividad se forma tanto desde nuestra autopercepción como de la percepción que tienen los demás sobre nosotros. En efecto, se visualiza aquí una dialéctica entre lo individual y lo social en la construcción de la identidad de esta población. La imagen, la valoración, la percepción de los demás acerca de lo que somos y cómo somos, se reproduce en los propios individuos.

Por otra parte, es importante hacer mención al tema del poder, ya que en tanto la sociedad moldea y ejerce control sobre la conducta de los individuos, también influencia la construcción de la identidad de las personas. En efecto, la inclusión en una u otra identidad en una categoría estigmatizante o no, reproduce la ideología dominante, los intereses de quienes están en condiciones de asignar tal o cual identidad.

Es pertinente aquí hacer una aclaración respecto a la construcción de la identidad, de manera de no caer en una visión falsa y romántica de la situación, que no estaría reflejando la realidad. Así, el hecho de que las personas con discapacidad sean excluidas en la sociedad, y que construyan su identidad en función de esa diferencia respecto a la normalidad, no significa que se constituyan en un colectivo homogéneo y cohesionado, sino que existen diferencias entre las distintas discapacidades, así como en la construcción de su identidad.

Resulta interesante poder problematizar temas como la identidad y la auto-percepción de la discapacidad, desde una mirada totalizadora, para luego, en instancias de análisis posteriores poder profundizar respecto a este tema en las distintas discapacidades, ya que de hecho existen personas con discapacidad que excluyen a los que no la tienen, así como se encuentra exclusión entre personas con diferente tipo y grado de discapacidad. Por otro lado, esta idea del poder como algo dinámico que ejerce, permite reafirmar la idea de que no necesariamente la identidad de las personas con discapacidad es una sola y común para todos, sino que pueden existir fenómenos de exclusión y/o integración **dentro de esta población**. Esta aclaración es fundamental, ya que desconocerlo significaría pensar en la identidad de las personas con discapacidad desde un punto de vista etnocentrista, desde la mirada de “nosotros”, la normalidad, hacia los “otros”, los diferentes, sin poder apreciar las propias

Para los Relativistas los hombres no son uniformes, sino que se caracterizan por ser en sí mismos diferentes, y por tanto no se podría hablar de una única identidad sólida e incambiada para todas las personas con discapacidad sin reconocer las diferencias que puedan existir entre estos individuos. Estas diferencias tienen que ver no solo con el tipo y grado de discapacidad, sino también con las particularidades que hacen a cada vida cotidiana, es decir, las relaciones familiares, laborales, entre otros.

Como se ha venido manejando, las personas con discapacidad son excluidas en tanto se alejan de los patrones de normalidad impuestos por la ideología dominante. En efecto, esto se traduce en un rechazo por parte de los seres “normales”, en un cierre de puertas y oportunidades para esta población. La población objeto de análisis percibe a través de los individuos “normales” lo que ellos no son y cómo los demás los ven, los juzgan, cómo los consideran, cómo los valoran, entre otros. Estos aspectos que se desprenden de esa identificación aportan a la construcción de la identidad, incorporando así a la misma, el sentimiento de inferioridad, de inutilidad, de rechazo, de diferencia, entre otros.

Por el contrario, un cambio en la sensibilidad de la sociedad, así como la concientización al respecto de la situación de esta población podría contribuir a un cambio del imaginario social de la discapacidad y de la valoración hacia estas personas, devolviendo así una imagen diferente de este colectivo, que permitiría una construcción de identidad fundada

en otros elementos como la igualdad, equidad, capacidad, entre otros, y ya no una identidad que se centrara en la diferencia, en lo que les falta con relación a los demás.

Como se manejó en párrafos precedentes, el sujeto con discapacidad se reconoce no sólo a partir de su auto-percepción, sino también desde la mirada del otro, y en efecto, estos mitos que se construyen sobre la discapacidad forman parte de la percepción que tiene la “normalidad” respecto a los diferentes, y por tanto influyen en esta construcción social de la identidad de las personas con discapacidad.

Respecto de este tema, Miguez (2003) retomando a Wright reconoce cuatro mitos de la discapacidad:

1. **el mito de la tragedia** (vida cotidiana tendiente a la negatividad),
2. **el mito de la frustración excesiva** (personas con discapacidad caracterizadas por la frustración),
3. **el mito de las características personales** (la discapacidad de una personas como propiedad de ésta)
4. **el mito del pecado**, (se entiende como un castigo hacia la persona misma o hacia el entorno de ésta la llegada de una persona con discapacidad).

Este imaginario que se construye sobre la discapacidad se funda en la construcción de mitos respecto a este colectivo, que como se mencionó anteriormente aporta a esa construcción social de la discapacidad.

La construcción de la identidad de las personas con discapacidad, en tanto construcción social, que es influenciada por la comunidad y por la ideología dominante de un tiempo y lugar, se ve atravesada y mediada por la categoría **exclusión social**.

De acuerdo con ello la identidad se construye desde la mirada del otro, desde la auto-percepción y la imagen que nos devuelven los demás acerca de nosotros mismos. En este sentido, la exclusión social marca claramente la cotidianeidad de las personas con discapacidad, traduciéndose en formas y obligaciones de ser y hacer para estas personas.⁵

⁵Noel Miguez María. “**La categoría Exclusión social como mediación en la construcción de la identidad de las personas con discapacidad**”. Monografía. Capítulo III. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales. Departamentoun de Trabajo Social. Montevideo. Octubre 2005.

Por otro lado, Jaime Andréu Abela⁶, refiere que las discapacidades genéricamente se han definido en las relaciones de poder, marginación y dependencias. Estas condiciones de marginación y dependencia, según diferentes perspectivas, coinciden en afirmar que los discapacitados necesitan ayudas especiales para poder integrarse de una forma normal en la sociedad, y al recibir estas ayudas se convierten a su vez en dependientes, ya que de otra forma quedarían siempre excluidas al no poder realizar determinadas funciones.

Se hace referencia al estudio sobre discapacidad de Espino Bravo,⁷ sobre la desinstitucionalización de las personas con discapacidad, poniendo de manifiesto que las personas con discapacidad se van apartando cada vez más del cuidado de las instituciones especializadas para recabar en su mayoría de los casos, en agentes Externos de las instituciones públicas, como pueden ser las asociaciones creadas con fines de ayuda, las Organizaciones No Gubernamentales y las familias, en la mayoría de los casos.

Ahora Bien, haciendo referencia a la teoría funcionalista muestra cómo una persona discapacitada se ve mermada de cierto tipo de funciones normales, a causa de diferentes tipos de barreras, entre las que encontramos las estructurales que supone la principal causa de exclusión. Los estudios sobre las infraestructuras u obstáculos arquitectónicos pueden ser instrumentos para crear barreras frente a la movilidad ⁸ destacando la falta de medios de transporte asequibles, educación y formación, que son aquellas que ofrecen a cada persona una vida e incluso unas condiciones de vida, en las que puede desarrollar sus capacidades, creando las condiciones necesarias para su integración social, abarcando todos los ámbitos donde se desarrolla: en la familia, en el ocio, en la educación, el deporte, la salud y el trabajo.

⁶José F. Ortega Ruiz, Ana María Pérez Corbacho. Sociología de la Discapacidad. Exclusión e inclusión social de los discapacitados.

⁷ Espino Bravo M. Amor. "La familia del discapacitado psíquico adulto: situación, recursos y necesidades." Universidad de Valencia. 2000.

⁸Langan Celeste: Invalidez de movilidad. Cultura pública. 2001.

Parsons⁹ muestra cómo la discapacidad ejerce una influencia negativa en las personas, haciéndoles creer que, en la mayoría de los casos, esa discapacidad será quién provoque diferentes tipos de conducta que modifiquen su actitud, reflejando con ella cierto desánimo y desencanto en la sociedad en la que viven, puesto que sus condiciones vitales están mermadas en mayor y menor medida, por lo que se acostumbra a sentir cierto rechazo de la sociedad, que se refleja en las propias personas que poseen algún tipo de discapacidad.

Los estudios de Parsons muestran cómo los diferentes factores que rodean a los discapacitados se sitúan en un segundo plano, que desvirtúa las pautas sociales existentes, desvalorando los factores económicos, sociales y culturales del discapacitado, para ofrecer una visión distinta de los que supone la discapacidad.

En cuanto a la teoría interaccionista muestra cómo las sociedades son cada vez más individualistas y fragmentadas, en las que el rechazo o la aceptación por parte de la sociedad, nos puede excluir de ésta dejándonos aparte o nos acepta plenamente.

Esta teoría trata de explicar cómo el comportamiento de las personas con discapacidad se basa en la búsqueda de una vida independiente, ya que la dependencia hacia otras personas no lo lleva al desarrollo de una vida normal.

III.- REFERENTE JURIDICO

El presente referente jurídico recopila los fundamentos y alcances que sustentan las acciones institucionales descritas y que están planteados en la legislación mexicana y en los acuerdos, convenciones y convenios internacionales en materia de discapacidad.

Enfatiza los aspectos relevantes sobre asistencia social y el pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad, mediante la aplicación de políticas públicas en la materia y en consonancia con los compromisos internacionales establecidos por el Estado Mexicano, difundiendo la definición de los principales conceptos en este campo, contando con la concurrencia institucional de los tres

⁹ Parsons. The Social System. Nueva York.

órdenes de gobierno y en la invaluable participación de la sociedad civil, para llevar a cabo el diseño, implementación y coordinación de acciones, así como la clara definición de sus atribuciones y funciones como instituciones interesadas en la atención de las personas con discapacidad.

Gran parte de las acciones que se realizan actualmente y otras que se están proyectando se asientan en el impulso de la coordinación entre los distintos actores involucrados en la materia de discapacidad.

Para efectos de ofrecer un rápido panorama de los referentes jurídicos, a continuación se presentan los principales ordenamientos jurídico-normativos, nacionales, internacionales, estatales y municipales que sustentan sus acciones.

3.1. Tabla contenido de referentes jurídicos:

Internacional	Nacional	Estatal	Municipal
Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución 37/52 3 de diciembre de 1982.	Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos	Constitución Política del Estado de San Luis Potosí, Publicada en el DOF el 11/06/2003	Bando de policía y buen gobierno de cada Municipio.
Convenio 159 Sobre la Readaptación Profesional y el Empleo de Personas Inválidas. OIT.			
Ginebra Suiza, 20 de junio de 1983			
Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad OEA, República de Guatemala 7 de junio de 1999. Normas Uniformes	Ley General de Salud Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 15-01-2014	Ley de Asistencia Social para el Estado y Municipios de San Luis Potosí Publicada en el DOF el 18/12/2008	

<p>Sobre la Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad Para garantizar que niñas, niños, mujeres y hombres con discapacidad tengan los mismos derechos y obligaciones que los demás miembros de la sociedad.</p>			
<p>Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad de las Naciones Unidas1</p>	<p>Ley General de las Personas con Discapacidad Diario Oficial de la Federación. 10 de junio de 2005</p>	<p>Ley de Integración Social de personas con discapacidad para el Estado de San Luís Potosí, Publicada en el DOF el 4/12/1995 Texto vigente, última reforma publicada DOF 07/04/1997</p>	
<p>Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad</p>	<p>Acuerdo por el que se crea el Consejo Nacional Consultivo para la Integración de las Personas con Discapacidad Diario Oficial de la Federación:13 de Febrero de 2001.</p>	<p>Aviso de Funcionamiento y Alta Sanitaria (COEPRIS-SSA)</p>	
<p>C159 Convenio sobre la readaptación profesional y el empleo de personas inválidas (Ratificado el 5 de abril 2004)</p>	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-173-SSA1-1998, Para la atención integral a personas con discapacidad.</p>	<p>Elaboración y Firma de Convenios del Estado y Municipios.</p>	
	<p>Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Lunes 15 de Octubre 2012</p>		
	<p>Ley de Asistencia Social Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 2 de septiembre de 2004 TEXTO VIGENTE Última reforma publicada DOF 19-12-2014</p>		

	Ley General para la inclusión de las personas con discapacidad Nueva Ley publicada en el Diario Oficial de la Federación el 30 de mayo de 2011 Texto Vigente Última reforma publicada DOF 17-12-2015		
	Ley Federal del Trabajo (LFT) Decreto por el que se reforman, adicionan		
	Reglamento de la Ley General de las Personas con Discapacidad		
	Norma Mexicana NMX-R-050-SCFI-2006, accesibilidad de las personas con discapacidad a espacios construidos de servicio al público-especificaciones de seguridad.		

3.2.- Funciones estratégicas de acción

Sistema Estatal DIF a través del Centro de rehabilitación y Educación Especial

- Ampliar la cobertura de atención de personas con discapacidad al interior del estado con la implementación de Unidades Básicas de Rehabilitación.
- Identificar a Personas con discapacidad, o en riesgo de presentarla, en las áreas rurales, con el apoyo de personal operativo de esas zonas, ya sea del Sistema Municipal DIF o de otras dependencias.
- Promocionar los servicios que se ofrecen en las Unidades Básicas de Rehabilitación para que los pacientes acudan oportunamente a recibir su tratamiento.

Dirección de Integración Social de Personas con Discapacidad

- Coordinará y supervisará a través del CREE el funcionamiento de las UBR.
- Revisará y autorizará proyectos relacionados con discapacidad.

El Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE)

- Determinará los criterios de selección de personal para las UBR.
- Personal del Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) acudirá a realizar supervisiones en forma periódica, conforme al calendario establecido.
- Revisará informes mensuales y programas anuales de trabajo de la UBR.
- Personal del CREE dará capacitación administrativa en el manejo de las UBR.
- Asesorará en la determinación de las cuotas de Recuperación o elaboración del tabulador; las cantidades de cada clasificación de pago serán determinadas por el DIF Municipal.
- Determinará el equipo a asignarse en comodato de acuerdo al inventario y tipo de UBR.
- Mantendrá actualizado al personal de Terapia Física que labore en la UBR mediante la capacitación continua.

Sistema Municipal DIF en colaboración con la comunidad

- Será responsable de la adecuación del inmueble y sus accesos para personas con discapacidad, además de la prestación de servicios de rehabilitación y el buen funcionamiento de la UBR.
- Las autoridades de los SMDIF y el personal que labora en las Unidades Básicas de Rehabilitación, serán responsables del cumplimiento de los Procedimientos a aplicar.
- Será responsabilidad del SMDIF y H. Ayuntamiento la contratación de personal que cubra con el perfil y preparación académica adecuada a las funciones que desempeñara en la UBR, que sea preferentemente originario del municipio.

- Será responsabilidad del SMDIF elaborar los contratos, convenios o reglamentos con su personal, estableciendo el tipo de contrato (temporal o definitivo), las fechas de inicio y terminación del mismo, honorarios, así como los derechos y obligaciones de cada empleado.
- A través del Centro de Rehabilitación y Educación Especial se informará al DIF Nacional mensualmente sobre la población atendida y actividades realizadas por la UBR en formatos establecidos por DIF Nacional y CREE.
- Será responsabilidad del SMDIF dar de alta a la UBR ante la Secretaría de Salud, para obtener el Aviso de Funcionamiento y del Responsable Sanitario en la Jurisdicción Sanitaria que corresponde.
- Será responsabilidad del SMDIF la contratación de médico especialista en Medicina física y rehabilitación que acudirá en forma regular o permanente cuando así lo requiera la unidad o apoyar a sus pacientes para que acudan a la unidad en donde exista el servicio de consulta de rehabilitación.

Unidad Básica de Rehabilitación

- Aplicar mecanismos de operación para el eficaz funcionamiento de la Unidad con apego a los lineamientos emitidos por el Sistema Nacional DIF y DIF Estatal a través del CREE.
- Promover y difundir la cultura en materia de discapacidad, así como de la limitación del daño.
- Brindar atención a las personas que presenten algún tipo de discapacidad.
- Abrir expediente para cada uno de los pacientes que sean atendidos en la unidad de acuerdo a la normatividad vigente.
- Canalizar a pacientes al CREE, o a otras instituciones, cuando así lo requieran.
- Apoyar a la rehabilitación integral de la persona con discapacidad.

- Enviar en forma mensual los reportes de pacientes atendidos en consulta externa y terapias al CREE. (apoyarse en el proceso de reporte mensual de productividad).
- Determinar el monto y manejar las cuotas de recuperación establecidas.
- Establecer coordinación con otras instituciones afines.
- Promover el registro de personas con discapacidad y la creación de asociaciones y clubes.
- Proporcionar el mantenimiento que requiera la unidad, así como el equipo para que se puedan utilizar en forma adecuada.
- Mantener en óptimas condiciones el equipo y mobiliario entregado en comodato.
- Promover la capacitación y actualización del proceso.
- Aplicar los programas sustantivos del “programa de atención a personas con discapacidad” (escuela para padres, detección temprana de procesos discapacitantes, entre otros).

Paciente de la UBR

- Realizar en forma amable y respetuosa cualquier solicitud de servicio y/o información.
- Para realizar cualquier trámite deberá portar su carnet de citas.
- Someter a una pre valoración médica para determinar su ingreso a la UBR.
- Pagar las cuotas de recuperación predeterminadas antes de pasar a consulta, estudios y/o terapias.
- En caso de un menor o persona adulta mayor dependientes deberán ser acompañados por un familiar responsable durante su atención.
- Presentarse en condiciones óptimas de higiene.
- No acompañarse por niños no citados a consulta o tratamiento debido a que los espacios son reducidos.

IV.- Áreas de la Unidad de Rehabilitación

Tabla 4.1. Áreas médicas que integran una Unidad de Rehabilitación

UNIDAD DE REHABILITACIÓN		
Rehabilitación Integral	Área de Rehabilitación Física	En esta área se dará especial atención a los individuos que presenten específicamente problemas motrices, derivados de accidentes o de problemas congénitos Específicos. En esta unidad se incluyen las siguientes áreas médicas específicas:
	Área de Rehabilitación Social	Brinda tratamiento al paciente que no necesariamente tiene problemas motrices sino a aquel paciente que requiere tratamiento para su incorporación a las actividades de la vida diaria, ya sea motrices por secuelas de alguna enfermedad o problemas de Lenguaje y audición.

Tabla 4.2. Áreas médicas y secciones que integran una Unidad de Rehabilitación

SECCIONES ESPECÍFICAS PARA REHABILITACIÓN FÍSICA	
Secciones de electroterapia	Sección de ultrasonoterapia
	Sección de laserterapia
	Sección de diatermia
	Sección de electro estimulación
Sección de hidroterapia	
Sección de termoterapia	
Sección de mecanoterapia	
SECCIONES ESPECÍFICAS PARA REHABILITACIÓN SOCIAL	
Sección de terapia ocupacional y de la vida diaria	
Terapia psicológica	
Terapia de Audiología y Foniatría	Terapia de voz
	Terapia de audición
	Terapia de lenguaje

.TABLA 4.3

ÁREA DE REHABILITACIÓN FÍSICA	
Sección de Electroterapia	La electroterapia consiste en la utilización de corrientes eléctricas aplicadas al paciente con fines terapéuticos a través de electrodos. La corriente pasa de un electrodo a otro estimulando fibras nerviosas y originando efectos analgésicos, relajantes, estimulantes. En esta sección los pacientes reciben tratamientos por medio de aparatos eléctricos (electroestimulación) en diversas características: diatermia, luz ultravioleta, rayos infrarrojos, corrientes interferenciales, ultrasonido, láser, etc.
Sección de Hidroterapia	<ul style="list-style-type: none"> La hidroterapia trata a los pacientes utilizando tratamientos a base de agua, ya sea fría o caliente, dependiendo del tratamiento. El agua fría, ocasiona que los vasos sanguíneos se contraigan, por lo que disminuye el flujo de sangre a los músculos y a la piel, aumentando la circulación de los órganos del cuerpo humano.

	<ul style="list-style-type: none"> • El agua caliente ayuda a que la temperatura del cuerpo aumente, por lo que los vasos sanguíneos se dilatan, mejorando la circulación de la sangre a los músculos y a la piel. • En esta sección los aparatos de uso más común son los tanques de remolino para extremidades superiores, para extremidades inferiores, tinas de cuerpo entero, ya sea rectangulares o tipo Hubbard (en forma de mariposa), alberca terapéutica, baños de parafina, compreseros para compresas calientes y frías.
Sección de Termoterapia	<p>La termoterapia es la aplicación con fines terapéuticos de calor y frío sobre el organismo por medio de cuerpos materiales de temperatura, por encima o por debajo de los niveles fisiológicos. El agente terapéutico es el calor o el frío, que se propaga desde el agente térmico hasta el organismo. Sección de mecanoterapia</p> <p>En esta sección, tipo gimnasio, se ponen rutinas de ejercicios personalizadas a cada paciente, encaminados a mejorar funcionalidad motriz, habilidades manuales, fuerza muscular, coordinación, etc. Para realizar estos tratamientos, se dispone de una sala equipada tipo gimnasio.</p>
ÁREA DE REHABILITACIÓN SOCIAL	
Sección de Terapia Ocupacional y de la vida diaria	<p>Esta sección incorpora instalaciones similares a las de una casa con Aditamentos o accesorios especiales para personas con discapacidad física, como pueden ser barandales o rampas, muebles de baño a alturas especiales, cocina, etc.</p> <p>En esta sección, mediante técnicas diversas se busca el desarrollo y/o Incremento de habilidades disminuidas o perdidas a consecuencia de una patología que pueden ir desde el reentrenamiento para aseo propio, habilidades para el vestido, para la alimentación, etc. o el entrenamiento para la realización de una actividad de acuerdo a la capacidad residual que deja una enfermedad.</p>
Terapia Psicológica	La terapia psicológica en el caso de existir, serán objeto de programas Particulares.
Terapia de Lenguaje	Manejo de niños y adultos con problemas de audición, voz y habla, así como retraso o dificultad en la adquisición del lenguaje y habilidades de comunicación, proporcionándoles un manejo terapéutico integral.
Terapia de Aprendizaje	Manejo de niños de edad escolar con dificultades para aprender
Terapias de Audición	Manejo de personas con problemas de audición (Enseñanza de Lenguaje de Señas)

V.- Equipo Médico por Áreas

Tabla 5.1 Equipo médico que se requiere por área

ÁREA	EQUIPO MÉDICO
Hidroterapia	Tanque fijo o móvil remolino miembros inferiores
	Tanque fijo o móvil remolino miembros superiores

	Sillas de altura variable para tanques de hidroterapia
Electroterapia	Electro estimulador TENS
	Electro estimulador de corrientes interferenciales
	Equipos de terapia combinada ultrasonido y estimulación
	Láser terapéutico
	Ultrasonido terapéutico
Mecanoterapia (Gimnasio)	Barras paralelas
	Bicicleta
	Cilindros y cuñas de distintos tamaños
	Colchonetas
	Espejo para valoración de postura
	Escaleras con rampa
	Escaleras de pared
	Escalera de dedos
	Mancuernas
	Mesa de estabilidad pediátrica
	Pelotas
	Rodillo de gateo
	Rueda de hombro ó axial
Sistema de poleas fijas a pared	
Terapia de lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> • Mesas adaptables al tamaño del paciente con sus respectivas sillas • Materiales didácticos
Terapia de aprendizaje	
Terapia de voz y habla	

El Recurso Humano básico para la Unidad de Rehabilitación se indica en la tabla 5.2.

Tabla 5.2 Recursos básico

PERSONAL
Responsable de Unidad Básica
Especialista en Medicina de Rehabilitación
<ul style="list-style-type: none"> • Lic. Terapia Física • Técnico en rehabilitación. • Aux. en Terapia Física
Terapeuta del lenguaje
Psicólogo
Trabajador(a) social
Enfermera

CRITERIOS DE PONDERACIÓN EN APLICACIÓN DE CUOTAS DE RECUPERACIÓN:

Trabajador Social:

- Fijará las cuotas de recuperación que se cobrarán al paciente o familiar, de acuerdo al nivel correspondiente, tomando como criterios generales las políticas del presente documento y con base en estudio socioeconómico realizado al paciente.
- Para fijar la cuota de recuperación, deberá considerar lo siguiente:

Criterios a considerar para fijar la cuota de recuperación.			
Criterio	Descripción	Puntuación	Nivel de categoría
Económico	<p>Ingresos familiares: se refiere al total de dinero que perciben los miembros de la familia y que aportan para su manutención.</p> <p>Egresos familiares: son aquellos gastos que se destinan a la satisfacción de necesidades básicas (alimentos, vestido). Pago de servicios (agua, energía eléctrica) y otro tipo de egresos (créditos, colegiatura)</p> <p>Gastos relacionados con la persona con discapacidad (transporte, medicamento, pañales, etc).</p> <p>La interacción de los ingresos y egresos familiares permiten definir la situación socioeconómica del grupo familiar.</p>	Jornal \$ _____ 1 (UMA) \$80.6 Unidad de Medida y Actualización De 2 a 3 UMA otra fuente de ingresos 25%	Exento
		Si gana de 4 a 6 salarios (25%)	Nivel 1
		6 UMA en adelante (15%)	Nivel 2
Criterio socio demográfico.	<p>La ocupación de la persona que aporta la mayor cantidad de ingresos a la familia, el tipo de vivienda y el número de personas que habitan en ella y que además dependen económicamente de él: si el usuario y/o familia son derechohabientes a alguna institución de salud pública, el estado de salud de la familia y los gastos que esto implique. La frecuencia de asistencia a consulta, lugar de residencia y distancia a instituciones de atención.</p>	No cuenta con servicios de salud, número de integrantes mayores a 6 miembros que dependen del apartador, lugar de residencia. 25%	Exento
		Pertenece a IMSS, ISSSTE como beneficiario no. de integrantes: menores a 6, lugar cercano a la UBR. 15%	Nivel 1
		Es derecho habiente, integrantes menor a 6 integrantes, cuenta con vehículo propio. 20%	Nivel 2
Criterios técnico-clínico	<p>Situaciones extraordinarias como pérdida del empleo o la promoción del trabajador, separación de los padres o independencia de alguno de algún hijo que aportaba el gasto familiar, enfermedad, accidente o muerte de algún integrante del grupo familiar, situaciones que implican un gasto extra, embarazos, deudas adquiridas por la familia por la contratación de abogados o pagos de fianzas.</p>	Presenta una situación extraordinaria x...que implica un gasto extra. 25%	Exento
		Presenta una situación extraordinaria. Que implica un gasto extra. Pero cuenta con otras fuentes de ingreso 15%	Nivel 1
		Presenta situación extraordinaria sin que ello le represente problema. 15%	Nivel 2
Psicopatologías	<p>Algunos usuarios llegan presentando una o varias psicopatologías o situaciones de salud graves que no les permite laborar y obtener un sueldo.</p>	Si es el jefe de familia el que tiene el padecimiento. (25%)	Exento
		Si el caso es un integrante de familia o acude a servicio profesionales particular. (20%)	Nivel 1

Tabulador para cuotas de acuerdo a la puntuación obtenida en la ponderación



DIF
ESTATAL
CREE

DIF
Nacional

Nivel	Porcentaje	Cuota
Exento	75 al 100	\$0.000
Nivel 1	75 al 50	\$15.00 a 20.00
Nivel 2	50 menos	\$ 5.00 a 10.00
Nivel 3	Extraordinaria (más de 10 salarios mínimos)	\$50.00