UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

"FACTORES RELACIONADOS CON LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. PARROQUIA TOTORAS. ENERO A JULIO 2016"

Trabajo de Investigación, previo a la obtención del Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Autora: Dra. Violeta Elizabeth Medina Bermúdez

Directora: Dra. Vilma García Franco, Esp.

Ambato – Ecuador

2016

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El Tribunal receptor del Trabajo de Investigación presidido por Doctor José Marcelo Ochoa Egas, Magister e integrado por los señores Doctor Luis Ernesto Córdova Velasco, Especialista, Doctor Galo Juvenal Vinueza Aguay, Especialista, Licenciada Marisela Dinorah Lorenzo González, Magister, designados por el Consejo Académico de Posgrado, de la Universidad Técnica Ambato para receptar el trabajo de investigación con el tema: "FACTORES RELACIONADOS CON LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. PARROQUIA TOTORAS. ENERO A JULIO 2016", elaborado y presentado por Doctora Violeta Elizabeth Medina Bermúdez, para optar al grado académico de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria; una vez escuchada la defensa oral del trabajo de investigación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la UTA.

.....
Dr. José Marcelo Ochoa Egas, Mg.
Presidente del Tribunal

.....
Dr. Luis Ernesto Córdova Velasco, Esp.
Miembro del Tribunal

.....
Dr. Galo Juvenal Vinueza Aguay, Esp.
Miembro del Tribunal

.....
Lic. Marisela Dinorah Lorenzo González, Mg.
Miembro del Tribunal

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Investigación presentado con el tema: "FACTORES RELACIONADOS CON LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD. PARROQUIA TOTORAS. ENERO A JULIO 2016" le corresponde exclusivamente a: Doctora Violeta Elizabeth Medina Bermúdez, Autora, bajo la dirección de la Doctora Vilma García Franco, Especialista, Directora del Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato.

……..……

Dra. Violeta Elizabeth Medina Bermúdez

c.c. 1309379103

AUTORA

……

Dra. Vilma García Franco, Esp.

c.c. E099746

DIRECTORA

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Investigación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.
Cedo los derechos de mi trabajo, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de este, dentro de las regulaciones de la Universidad.

……

Dra. Violeta Elizabeth Medina Bermúdez

c.c. 1309379103

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA..... i

A LA UNIDAD ACADÉMICA DE TITULACIÓN..…… ii

AUTORÍA DE TRABAJO..... iii

DERECHOS DEL AUTOR……..…… iv

AGRADECIMIENTO..... ix

DEDICATORIA..... x

RESUMEN..... xi

INTRODUCCIÓN……..... 1

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Tema……4

1.2 Planteamiento del problema……..……4

1.2.1 Análisis crítico ……..……..……9

1.2.2 Prognosis……..……..……10

1.2.3 Formulación del problema……..……..……..…11

1.2.4 Preguntas directrices…..……..……..……..11

1.3 Justificación……..……...12

1.4 Objetivos……..……14

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos……...15

2.2. Fundamentación filosófica……18

2.3. Fundamentación legal……..19

2.4. Categorías fundamentales……29
2.5. Hipótesis…….…… 36
2.6. Señalamiento de variables…….. 37

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Modalidad básica de la investigación……..38
3.2. Tipo de investigación…….……38
3.3. Población y muestra……...39
3.4. Operacionalización de variables……...40
3.5. Plan de recolección de la información…….44
3.6. Plan de procesamiento y análisis de la información…….45

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Factores sociodemográficos……..……..46
4.2. Características clínicas …….50
4.3. Accesibilidad a los servicios de salud……..……...52
4.4. Inclusión socio-familiar……...54
4.5. Salud integral…….……...……..56
4.6. Inserción educativa…….60
4.7. Inclusión laboral..... …….…...61
4.8. Verificación de la hipótesis……..…….……..…...62

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones ……..……..66

5.2. Recomendaciones…….…….67

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1. Datos informativos……..……..…...68

6.2. Antecedentes …….……69

6.3. Justificación……..……...70

6.4. Objetivos……...72

6.5. Análisis de factibilidad……..……..72

6.6. Fundamentación……..……...73

6.7. Metodología y Modelo operativo……..……...78

6.8. Administración……..……..81

6.9. Previsión de la evaluación……..……...……...86

BIBLIOGRAFÍA……...……..……88

ANEXOS…..……..…101

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Distribución de las personas con discapacidad según grupos de edad y género.....46

Tabla N°2 Personas con discapacidad según estado civil...……..109

Tabla N°3 Nivel educativo de las personas con discapacidad…...…….…48

Tabla N°4 Vínculo laboral de las personas con discapacidad.....…110

Tabla N°5 Personas con discapacidad según tipo y causa…….……50

Tabla N°6 Personas con discapacidad según grado de afectación……..…111

Tabla N° 7 Accesibilidad a los servicios de salud a las personas con discapacidad.....…….…….……52

Tabla N°8 Apoyo familiar de las personas con discapacidad…….....112

Tabla N°9 Personas con discapacidad beneficiarias de bonos estatales……..……..……...55

Tabla N°10 Controles médicos a las personas con discapacidad……113

Tabla N°11 Personas con discapacidad beneficiarias de ayudas técnicas…….....……..…58

Tabla N°12 Rehabilitación integral de las personas con discapacidad……..114

Tabla N°13 Inserción educativa de las personas con discapacidad ……..…60

Tabla N°14 Inserción laboral inclusiva de las personas con discapacidad …..…….....……..……115

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N°1 Categorías fundamentales.....…29

Gráfico N°2 Inclusión social en la discapacidad……...35

Gráfico N°3 Personas con discapacidad según estado civil.……..…..…47

Gráfico N°4 Vínculo laboral de las personas con discapacidad…..……49

Gráfico N°5 Personas con discapacidad según grado de afectación.....51

Gráfico N°6 Apoyo familiar de las personas con discapacidad…..……..54

Gráfico N°7 Controles médicos a las personas con discapacidad…..……...56

Gráfico N°8 Rehabilitación integral de las personas con discapacidad…....……..……59

Gráfico N°9 Inserción laboral inclusiva de las personas con discapacidad ……..61

AGRADECIMIENTO

Totalmente agradecida a Dios y a mi familia por su apoyo, y a cada uno de los docentes y colegas que me acompañaron a lo largo de la carrera por su aporte humano y científico.

DEDICATORIA

A mi familia, con especial énfasis a mi madre que es y será un ejemplo permanente, que con su visión de la vida y su fortaleza, ha impulsado mi desarrollo personal y profesional.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIA DE LA SALUD

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TEMA:

"FACTORES RELACIONADOS CON LA INCLUSIÓN SOCIAL EN LA DISCAPACIDAD. PARROQUIA TOTORAS. ENERO A JULIO 2016"

AUTORA: Doctora Violeta Elizabeth Medina Bermúdez.

DIRECTORA: Doctora Vilma García Franco, Esp.

FECHA: 08 de agosto de 2016

RESUMEN EJECUTIVO

En el presente trabajo se investigó los factores que se relacionan con la inclusión social en la discapacidad de la parroquia Totoras, durante el periodo enero a julio de 2016. Es de tipo observacional, descriptivo, diseño transversal, con enfoque cualitativo y cuantitativo, realizado a 50 personas con discapacidad, donde se estudió cuatro ámbitos: inclusión socio-familiar, salud integral, educación inclusiva e integración laboral.

Entre los resultados el adulto medio es el más representativo con el 34,0 %, con un leve predominio del género masculino, la mayoría de la personan mantienen un relación estable (casados y unión libre). El 44,0 % poseen nivel de instrucción primario. El principal tipo de discapacidad es la física (64,0 %) siendo la causa más frecuente la adquirida, el 68,0 % registran discapacidad moderada. El agendamiento no diferenciado (44,0 %) es el factor predominante que dificulta la accesibilidad a los servicios de salud local. A nivel socio-familiar las personas con discapacidad refieren sentirse apoyados por sus familiares. El 91,0 % son beneficiarios del bono de desarrollo humano. Solo el 33,0 % refiere haber sido incluido en ámbito educativo en igualdad de oportunidades. De las personas que

reúnen las condiciones clínicas y legales para laborar el 62,5 % han sido incluidas en el sector laboral.

Entre los factores más representativos que se relacionan con la poca inclusión social de las personas con discapacidad a nivel de salud local, son el agendamiento no diferenciado, y la falta de capacitación de los profesionales.

DESCRIPTORES: discapacidad, condición, factores, barrera, inclusión social, familia, participación social, educación inclusiva, salud integral, inserción laboral.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCE

SPECIALTY FAMILY PRACTICE

THEME:

" FACTORS RELATED TO THE SOCIAL INCLUSION IN DISABILITY . PARISH TOTORAS. JANUARY TO JULY 2016 "

AUTHOR : Doctor Elizabeth Medina Violeta Bermúdez.

DIRECTED BY: Doctor. Vilma García Franco, Esp.

DATE: August 8, 2016

EXECUTIVE SUMMARY

In this paper the factors related to social inclusion in the disability Totoras parish during the period January to July 2016. It is an observational, descriptive, cross-type design, with qualitative and quantitative approach, conducted investigated 50 people with disabilities, where we study four areas: the social and family inclusion, holistic health, inclusive education and employment integration was studied.

Among the results the average adult is the most representative with 34.0%, with a slight predominance of the male gender, most personan maintain a stable relationship (married and cohabiting). 44.0% have primary level education. The main type of disability is physical (64.6%) being the most common cause is acquired 68.0% recorded moderate disability. Undifferentiated scheduling (44.0%) is the predominant factor hindering accessibility to local health services. Disabled people refer feel supported by their families. 91.0% are beneficiaries of human development bonus. Only 33.0% reported having been included in educational field equal opportunity, people who meet the clinical and legal conditions for labor 62.5% have been included in the labor sector.

Among the factors that are directly related to the lack of social inclusion of people with disabilities at local health, are not differentiated scheduling, and lack of training of professionals.

KEYWORDS: disability, condition, factors, barrier, social inclusion, family, social participation, inclusive education, comprehensive health, employment.

INTRODUCCIÓN

Todos los aspectos de la discapacidad donde se incluyan los factores sociales permiten construir un panorama completo sobre la discapacidad en sus aspectos funcionales, para lo cual es necesario precisar la interacción entre las condiciones físico-sensoriales de las personas, barreras ambientales, los apoyos para superarlos y el grado de afectación en su vida diaria. En este sentido, la discapacidad se puede conceptualizar como un espectro de la funcionalidad donde existen dificultades físicas o sensoriales que van desde un menor grado hasta un máximo grado que afectan la vida de la persona [1].

Los censos realizados a nivel mundial, cubren a la población total de un Estado, habitualmente existe el limitante general con respecto a discapacidad, donde por su naturaleza se suelen incorporar pocas preguntas sobre la inclusión social de este grupo poblacional, obteniéndose solo datos generales.

En el Informe Mundial de Discapacidades elaborado por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, en cuanto a prevalencia mundial se basan en los datos del Word Health Survey de 2002-2004 que se realizó en 59 países. La prevalencia promedio de la población con discapacidad adulta fue de 15.6 %, 650 millones de personas, en los países con mayores ingresos fue 11.8 % mientras que la prevalencia aumenta a 18 % en países con menores ingresos. En promedio 2.2 % de la población, es decir 92 millones de personas viven con dificultades de movilidad o funcionalidad severas [1, 2].

En 1970 la prevalencia de la discapacidad a nivel mundial se estimaba en 10 % cuando la edad promedio a nivel mundial era de 22.4 años. Hoy la prevalencia de la discapacidad ha aumentado a 15 %, es decir aumentó 5

% y la edad promedio mundial aumentó a 28 años es decir, los mismos 5 años que la prevalencia con la discapacidad [1, 2.]

De seguir esta tendencia se podría concluir que para el año 2050 la prevalencia de la discapacidad a nivel mundial será de 35 %. Un factor importante sobre la prevalencia de discapacidad en la población mundial no es que el porcentaje continúe en ascenso sino que la discapacidad hoy se asocia con poca participación o inclusión social y altas tasas de desempleo, así como la pobreza. Es decir, en el 2050 sino no hay un cambio de paradigma de la discapacidad el 35 % de la población mundial vivirá en situación de exclusión y pobreza [1, 2.]

En las últimas décadas, se ha evidenciado un cambio de perspectiva en relación a la discapacidad, que se desplaza desde la mirada compasiva hacia otra, especialmente en términos de garantía de los derechos humanos. Esto implica reconocer que no es la persona con discapacidad la que conduce a los problemas sociales que ella conlleva, sino que esta nueva visión se debe situar en la sociedad en su conjunto, de esta manera, el debate sobre los derechos de las personas con discapacidad nos lleva a la discusión sobre la aceptación en la sociedad de la diversidad.

De acuerdo a la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuyo texto fue aprobado en el 2006, reconoce que “la discapacidad es un concepto que evoluciona y que resulta de la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras debidas a la actitud y al entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás” [3]. Si se analiza esta definición; se puede observar claramente, que es necesario relacionar dos condiciones para la presencia de la discapacidad, como son: la deficiencia y las barreras del entorno.

En el 2007, el Gobierno de Rafael Correa elevó a política de Estado el programa Ecuador Sin Barreras, llevado adelante por la Vicepresidencia de la República, buscando dar respuesta a las necesidades de los estratos de la sociedad más sensibles y desprotegidos, como es el caso de las personas con discapacidad [4].

Para dar cumplimiento a este objetivo desde el 2009 se crearon dos programas nacionales: Joaquín Gallegos Lara y Manuela Espejo Lara, posteriormente en el 2013 para fortalecimiento de los mismos, se creó la Secretaria Técnica de Discapacidades, como entidad adscrita a la vicepresidencia, que a partir del 14 de enero de 2015 [5] se transformó en Secretaria Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades (SETEDIS), cuyas funciones fueron la coordinación intersectorial de la implementación y ejecución de la política pública en materia de discapacidades. Posteriormente en mayo de 2016 según decreto ejecutivo 1047 [6], se dispone suprimir dicha institución transfiriéndose los planes, programas y proyectos a las diferentes instituciones de la función ejecutiva.

Además desde el 2013 el Ecuador cuenta con un instrumento técnico para orientar la gestión de las instituciones públicas hacia el cumplimiento de los derechos de las personas con discapacidad, denominada Agenda Nacional para la igualdad en discapacidades (ANID) [1], cuyo documento fue elaborado por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES) junto al Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS).

En este marco actual se planteó establecer cuáles son los factores relacionados con la inclusión social en las personas con discapacidad, tomando como muestra una población representativa, que permitió el cumplimiento de los objetivos y la demostración de la respectiva hipótesis.

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Factores relacionados con la inclusión social en las personas con discapacidad. Parroquia Totoras. Enero a Julio 2016.

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización

1.2.1.1 Macro contextualización

Las conceptualizaciones alrededor de la discapacidad surgen a partir de los estudios sobre la discapacidad intelectual, especialmente en niños. A fines de los años 50, Bank - Mikkelsen, director del Servicio Danés para el Retraso Mental, conceptualiza un nuevo paradigma a partir de sus observaciones realizadas en ese servicio. Este paradigma se basa en el Principio de Normalización, el cual busca superar el antiguo paradigma de compensación que se aplicaba a la discapacidad, definiendo la normalización como la posibilidad de que las personas con deficiencia mental pudiesen llevar una vida lo más próxima a la normal como era posible, colocando la atención en los resultados [7].

En el año 1969, Nirje,[8] director ejecutivo de la Asociación Sueca para Niños con Retraso, ahonda en este principio y se enfoca en los medios para lograr la normalización, de modo que señala que existen ciertas normas y pautas del cuerpo que son principales en cada sociedad y que la normalización implica buscar los medios para hacer accesibles a las

personas con deficiencia mental aquellas pautas y condiciones de la vida que lo aproximen a estos modelos sociales. A partir de esto, la normalización se expande a través de Europa, alcanzando a Estados Unidos y Canadá y a la vez comienza a evolucionar, de modo que de la aplicación exclusiva a las personas con discapacidad intelectual se amplía a todas las personas y se enfoca no sólo en los resultados o en los medios, sino que se comprende que en ambos se deben poner la atención. Además, se comprende que no se trata de acciones, sino que de principios rectores dirigidos no sólo al sujeto con discapacidad, sino que también a su entorno social y cultural [8].

En el año 1978, aparece un documento conocido como el Informe Warnock [9] el cual sostiene que todos los niños, incluidos aquellos que presentan alguna discapacidad, tienen derecho a asistir a la escuela normal de su localidad sin ser excluidos.

En el artículo 25 de la Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, cuyo protocolo facultativo fue aprobado el 13 de diciembre de 2006 reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación [3].

1.2.1.2 Meso contextualización

En 1998, la Organización Panamericana de la Salud coordinó un estudio multicéntrico sobre salud, bienestar y envejecimiento (SABE) en siete ciudades: Buenos Aires (Argentina), Bridgetown (Barbados), Sao Paulo (Brasil), Santiago de Chile (Chile), La Habana (Cuba), México D.F (México) y Montevideo (Uruguay), que culminó en el 2004, donde se encontró una asociación entre el envejecimiento de la población y discapacidad [10].

En el 2005 se realizó un estudio sobre “Exclusión y discriminación en contra de la población con discapacidad en el mercado laboral peruano” [11]. Se estimó que 45.40 % de la población peruana presentaba alguna

deficiencia, 31.28 % tenía alguna discapacidad y 13.08 % era minusválida, es decir, con una discapacidad asociada a la ausencia de integración social, donde cerca de tres millones y medio de peruanos tienen una discapacidad asociada a exclusión social; dicha exclusión se expresa con particular intensidad cuando del mercado laboral se trata [11].

En los países de la Alternativa Bolivariana para las Américas (ALBA) se realizó un estudio psicosocial, pedagógico y clínico-genético de personas con discapacidad realizado por expertos cubanos, entre julio de 2001 y abril del 2003, que luego fue continuada en Venezuela, en los años 2007 y 2008, a partir del 2009 se fueron incorporando el resto de los países del ALBA [12].

Los objetivos de esta investigación fue caracterizar el universo de personas con discapacidades, con énfasis en la identificación de los problemas y restricciones afines con sus condiciones de vida. Implementar acciones de intervención comunitaria, participativa, para el mejoramiento de la atención a las personas con discapacidad, en correspondencia con políticas públicas de tipo social. La discapacidad más frecuente fue la físico-motora, seguida por la intelectual en cinco de los seis países: Venezuela, Ecuador, Nicaragua, Bolivia, San Vicente y Granadinas, representando el 33,5 % del total de personas estudiadas [13].

1.2.1.3 Micro contextualización

El 30 de marzo de 2007, el Ecuador se adhiere a la convención de las Naciones Unidas para así promover y fortalecer la protección de los derechos de las personas con discapacidad en todo el país. En coherencia con estos instrumentos internacionales, el gobierno ecuatoriano, adopta como política de Estado la atención y prevención de la discapacidad, siendo la Vicepresidencia de la República la entidad delegada para su ejecución, a través del programa “Ecuador Sin Barreras” [14].

A partir del mencionado año, el Estado Ecuatoriano marca cambios para la garantía de derechos de las personas con discapacidad con la generación de un marco normativo especializado, definición de políticas públicas, crea y organiza nueva institucionalidad, define competencias específicas en las áreas de salud, educación, empleo, accesibilidad, capacitación, y política tributaria [15].

Tomando en cuenta el marco legislativo estatal a partir del 2009 se crean dos programas relacionados con la discapacidad, la Misión Manuela Espejo (MME) que en sus inicios se encargó del registro nacional de personas con discapacidad, y el programa Joaquín Gallegos Lara (JGL) [14], que se encarga hasta el momento, de brindar ayuda a las personas con discapacidad muy grave y severa, con la finalidad de mejorar sus condiciones de vida. En la actualidad la MME mantiene la actualización de la base de datos a nivel nacional junto al CONADIS y a su vez gestiona ayudas técnicas (prótesis, sillas de ruedas, audífonos, entre otros).

A nivel de prevención primordial el país cuenta con el Sistema Nacional de Prevención de Discapacidades a través del Tamizaje Neonatal para la detección precoz de enfermedades metabólicas que pueden producir discapacidad intelectual (TAMEN), siendo fundamental el intersectorial e interinstitucional.

Según el último Censo Nacional realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) en el año 2010, de la población total del Ecuador (14’483.499 de habitantes), existen 816.156 personas con discapacidad (que corresponde el 5,6 % de la población) [16].

A través del estudio bio-psico-social-genético “Misión Manuela Espejo, cuya acción se ejecutó entre los años 2009 y 2013, se ha identificado que en el Ecuador 294.304 personas con discapacidad grave y muy grave, permitiendo conocer las necesidades de ayudas técnicas, y el acceso al Bono de desarrollo Humano y Bono Joaquín Gallegos Lara (para las personas con discapacidad severa y en situación social crítica) [17, 18].

Según el registro nacional de discapacidades del Consejo nacional de la Igualdad de Discapacidades (CONADIS) en el mes de marzo de 2013 en la provincia de Tungurahua, se registró un total de 10.229 personas con discapacidad (auditiva: 2.056, visual: 930, lenguaje: 172, física: 4.248, intelectual: 2.502, psicológico/mental: 321). Entre ellos 6.308 residen en el cantón Ambato, de los cuales 50 residen en la parroquia Totoras [18, 19].

Datos actuales emitidos por el CONADIS (junio 2016) se registró 414. 244 personas con discapacidad a nivel nacional, de los cuales 12.030 residen en Tungurahua, y específicamente en el cantón Ambato se registraron 7.245 [20].

Con el objetivo de continuar y reforzar los programas relacionados con la discapacidad el 14 de junio de 2013, se crea la Secretaría Técnica de Discapacidades (SETEDIS), como entidad adscrita a la Vicepresidencia de la República, con su respectiva autonomía jurídica, administrativa y financiera, con la misión de facilitar la coordinación intersectorial de la implementación y ejecución de la política pública relacionado con la discapacidad. En el 2015 se la denomina Secretaria Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades. Si bien a través del SETEDIS se realizaron una serie de acciones en el territorio ecuatoriano con un enfoque inclusivo, el gobierno nacional en el informe a la nación (marzo 2016) estableció que se había cumplido con el objetivo para lo cual fue creada, dando un plazo de 90 días para su cierre oficial, transfiriéndose los planes, junto a los programas y proyectos a las diferentes instituciones de la función ejecutiva.

El CONADIS por competencia legal, descrita en la Constitución de la República del Ecuador, sexta transitoria y Art. 156, coordinó la construcción de la Agenda Nacional para la Igualdad en Discapacidades (ANID) 2013 – 2017, con la activa participación de diferentes instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil, que tiene como finalidad contribuir a la construcción de una sociedad inclusiva desde la perspectiva de discapacidad, además presenta orientaciones para el

diseño de las políticas públicas que promueven, protegen y aseguran el goce pleno de los derechos de las personas con discapacidad, con principios de igualdad y no discriminación [1].

En el Análisis Situacional de Salud de la parroquia Totoras [21] se identificaron 50 personas con discapacidad, la mayoría presenta discapacidades de tipo físicas y/o intelectuales, de los cuales en la mayoría de los hogares, no se tiene información adecuada sobre los derechos y manejo integral de las personas con discapacidad, observándose sobreprotección, o en su defecto aislamiento intrafamiliar y social, que conlleva que esta personas no gocen de sus derechos, como entes activos de la sociedad. En general no se tiene un registro actualizado de toda la población con discapacidad y menos aún del nivel de inclusión social que ellos han alcanzado.

1.2.2 Análisis crítico

Cuando se plantea el tema de discapacidad, generalmente la atención se dirige hacia las barreras que la sociedad suele identificar con mayor facilidad [1], es decir aquellas que por su naturaleza son evidentes, tales como arquitectónicas, de transporte y comunicación , mas sin embargo, se dejan a un lado otras barreras, como las relacionadas con la actitud y aceptación, que pueden provenir de estereotipos basados en el estigma social, cuya situación habitualmente pasa desapercibida por las personas en general, mientras que para las personas con discapacidad les toca afrontar a diario, e incluso el primer contacto con el prejuicio y discriminación puede manifestarse a nivel intrafamiliar, trasladándose a los diferentes ámbitos sociales como el educativo, laboral y de salud, obstaculizando la participación social de las personas con discapacidad.

La inclusión social nos debe dirigir, siempre a pensar en “igualdad” que a su vez, este pensamiento tiene una connotación social y política, más allá de su interrogación filosófica e incluso cultural, que lleva al

establecimiento de una verdadera sociedad justa. En ocasiones la idea de igualdad se relaciona con el pensamiento utópico, por lo que se corre el riesgo de la mitificación, percibiendo a la igualdad como un derecho pasivo, para que se concretice y se vuelva real, debe involucrar siempre "acción" donde interactúa la participación social y por supuesto la corresponsabilidad, de esta manera, la igualdad no sólo se limita a ser un derecho, sino que además un ejercicio de participación activa social y política.

Pese al aumento de la visibilidad de las personas con discapacidad en la agenda pública del Ecuador y en general en los avances normativos y legales en los países de América Latina, todavía queda un largo camino por recorrer, con la finalidad de superar la exclusión social y por ende la desigualdad que sufre este grupo poblacional.

Si bien es cierto a nivel del país existe la normativa legal vigente que avala la inclusión y el respeto a las personas con discapacidad, y para esto, se han generado una serie de estrategias para evitar la exclusión social, fundamentadas en modelos de gestión inclusiva, pero todavía la información es escasa, por ejemplo sobre cuántas personas con discapacidad han sido integralmente incluidas en la sociedad, en especial en el sector rural, donde la persona con discapacidad sufre de exclusión por parte de los mismos familiares, confinándole en su propio hogar, donde no es visible para el resto de su comunidad, por lo que es de esperar, que si no se tiene un registro de todas las personas con discapacidad de una localidad, peor se tendrá la información fidedigna de cuáles de ellos son verdaderamente incluidos en la sociedad.

1.2.3 Prognosis

De no realizarse esta investigación no será posible conocer los factores que favorecen una inclusión integral de las personas con discapacidad residentes de la parroquia Totoras, o por el contrario factores que

constituyen barreras para una verdadera sociedad inclusiva en este grupo prioritario, siendo necesario realizar una investigación relacionada con el tema, para que posteriormente se generen estrategias inclusivas, que permitirán brindar oportunidades, en términos de igualdad y equidad.

1.2.4 Formulación del problema

¿Cuáles son los factores que se relacionan con la inclusión social de las personas con discapacidad residentes de la parroquia Totoras, en el ámbito familiar, educativo, integración laboral, participación social y salud integral?

1.2.5 Preguntas directrices

¿Qué relación existe entre los factores de inclusión social y la discapacidad?

¿Qué características clínicas y limitaciones poseen las personas con discapacidad residentes de la parroquia Totoras?

¿Cuáles son los ámbitos sociales donde se incluyen a las personas con discapacidad?

1.2.6 Delimitación del objeto de investigación

Línea de investigación: Salud Pública y Epidemiología

Campo: Salud Pública

Área: Medicina Familiar y Comunitaria

Aspecto: Discapacidad

Objeto de estudio: Inclusión social.

Límite espacial: Personas con discapacidad residentes en la parroquia Totoras, de la ciudad de Ambato, provincia Tungurahua.

Límite temporal: enero a julio 2016.

1.3 Justificación

En el Ecuador con la "Misión Solidaria Manuela Espejo" [14], se comenzó a visibilizar a este grupo prioritario, en los últimos 7 años, siendo necesario mencionar que las estadísticas mundiales y porque no nacionales constantemente van variando, por tanto debe ser un censo continuo en el tiempo para poder tener datos exactos.

En la parroquia Totoras en el 2009 se realizó un levantamiento de información por parte del estudio bio-psico-social de discapacidades Misión Manuela Espejo [14], la misma que tuvo como fuente inicial de información y ubicación de las personas con discapacidad, a los presidentes de los barrios y caseríos, por lo que dependió en su momento de la información facilitada por dichos actores comunitarios.

Posteriormente con datos obtenidos a través de la información del CONADIS del 2013 [19], se pudo establecer que 50 personas con discapacidad residen en la parroquia Totoras, sin que haya hasta el momento una actualización oficial de dicha cifra en la localidad.

Durante la dispensarización de las familias en el área de influencia, se pudo evidenciar que las personas con discapacidad en ocasiones se encuentra enclaustradas en sus hogares, que existe poca participación social, si bien es cierto esta información es de algunos sectores donde se asignaron a los posgradistas de medicina familiar y comunitaria, evidenciando una problemática existente en este grupo prioritario. De dicha situación también se han manifestado los diferentes actores

sociales de la comunidad, por lo que se considera factible y útil para la comunidad la realización de la presente investigación.

De manera general los estudios investigativos a nivel nacional y provincial, relacionados con la discapacidad, se han referido solo a la dimensión médica, con el fin de buscar formas de mitigación, e incluso idealmente buscar soluciones ante las deficiencias físicas, u otros estudios se han enfocado individualmente a los distintos componentes sociales, sin que se profundice sobre la interacción de los factores que dificultan o favorecen la inclusión social en este grupo poblacional.

Tomando en cuenta lo mencionado, se considera que esta investigación es de mucha importancia para las personas con discapacidad de la parroquia Totoras, ya que, no solo permitirá conocer la existencia real de personas que conviven con discapacidad, sino además se podrán identificar los factores que se relacionan con la inclusión social, ya sea en el nivel familiar y los demás componentes sociales entre ellos el ámbito laboral, si han sido respetado sus derechos ciudadanos, si el área donde se encuentran laborando potencia sus capacidades, si han tenido acceso a una verdadera educación inclusiva, si son entes activos de la sociedad, y a su vez han sido beneficiados por parte de las políticas inclusivas, donde predomina la equidad de oportunidad. Si la accesibilidad a los servicios de salud ha satisfecho sus necesidades físicas, y psicológicas, si la atención que han recibido es de calidad y oportuna, con un enfoque integral, todo esto a favor de su reivindicación y la consecución de un verdadero cambio social.

La obtención de esta información actualizada generará un impacto social, en especial para los residentes de la parroquia Totoras, pues se podrá proponer acciones de mejora en beneficio de las personas con discapacidad.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo general

Determinar los factores que se relacionan con la inclusión social de las personas con discapacidad que residen en la parroquia Totoras. Enero a julio 2016

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Caracterizar a las personas con discapacidad según variables sociodemográficas, y clínicas de interés relacionadas.

2. Identificar los ámbitos sociales donde se incluyen a las personas con discapacidad residentes de la parroquia Totoras.

3. Diseñar una estrategia de inclusión social para las personas con discapacidad en el ámbito de salud integral.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes investigativos

En Ecuador el 10 de agosto de 1992 se publica en el Registro Oficial N° 996 la "Ley sobre discapacidades N° 180", recogiendo las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de los Discapacitados en el Ecuador "CIASDE" y todas aquellas recomendaciones de los organismos internacionales, generándose el Plan Nacional de Discapacidades cuyo instrumento fue aprobado por los Ministros del Frente Social de ese entonces. Este plan se constituyó en el referente del accionar nacional en materia de discapacidades de los sectores relacionados con el tema y por sobre todo, se considera una herramienta inicial para la inclusión de las personas con discapacidad en el ámbito social [22].

El mismo año se crea el Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), donde se redactó una propuesta de consenso a ser incluida por primera vez en la Constitución Ecuatoriana, para que las personas con discapacidad del país gocen de la protección de sus derechos, que fue promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente de 1998 [22]. Algunos artículos de dicha constitución guardan relación con las discapacidades pero se merece darle énfasis al Art. 53 de la Carta Magna, promulgada por la Asamblea Nacional Constituyente de 1998, que luego se ratifica en la Constitución del 2008 [23].

Cuando se comenzó a hablar sobre el tema de la discapacidad en el país, los esfuerzos se dirigieron en sus inicios a caracterizar a la población con discapacidad, un ejemplo de ello, es el “Análisis de la Situación de las

discapacidades en el Ecuador", presentado en el 2001 por parte de la dirección ejecutiva del CONADIS, tomando como antecedente la investigación realizada por la Universidad Central (Quito 1996) auspiciada por la misma institución, cuyos resultados demostraron que el 48.9 % de personas presentaban algún tipo de deficiencia, 13.2 % tenían alguna discapacidad, y el 4.4 % tenían minusvalía [24].

A lo largo de los años a nivel nacional el proceso de identificación de las diferentes barreras y factores que se relacionan con la inclusión social, ha sido progresivo, entre las diversas formas en que los derechos de las personas con discapacidad son vulnerados van desde la falta de acceso a la información, libre desplazamiento, educación, acceso a servicios de salud y rehabilitación, negación de oportunidades de capacitación laboral, empleo y participación económica, social y política, hasta situaciones de maltrato físico, psicológico, sexual, amenazas a su integridad e incluso a su vida [25].

Tomando en cuenta la situación de vulnerabilidad de las personas con discapacidad, la comisión técnica del CONADIS, luego de estudiar cada uno de los planes realizados con la información obtenida de la caracterización de la población, determinó un conjunto de acciones de aplicación nacional que incluyen proyecto de becas, fortalecimiento de las comisiones provinciales de discapacidad, de las instancias del sector público y federaciones de personas con discapacidad, programas de capacitación, inserción laboral, proyecto de ayudas técnicas y médicas, junto al programa de prevención y sensibilización [24].

El 16 de octubre de 2013, SETEDIS con el apoyo de la Secretaria Técnica Nacional de Educación Superior, Ciencia, Tecnología e Innovación (SENESCYT), reunió a una serie de investigadores, docentes y profesionales de salud en el Taller Nacional de Priorización de temas de investigación y proyectos de intervención sobre discapacidades en Ecuador, con la finalidad de fortalecer las distintas estrategias nacionales relacionadas con el tema [24, 26].

Durante el periodo 2009 y 2011 se realizó una investigación sobre inserción laboral de las personas con discapacidad y su incidencia socioeconómica en el Ecuador, basándose en datos históricos nacionales cuyos resultados marcaron una tendencia creciente de inserción laboral, en especial en la región sierra, relacionándole con la aplicación de las políticas y organizaciones relacionadas con la discapacidad en el país implementadas durante el periodo mencionado, además se mencionó que la población con discapacidad de las áreas rurales no se encuentra registrada en instituciones, por lo no son beneficiarias de la aplicación de dichas políticas inclusivas [27].

Es necesario también tomar en cuenta datos regionales y/o locales, que ponen en evidencia particularidades más específicas del tema, como es el caso del trabajo investigativo realizado sobre inserción laboral en la península de Santa Elena en el 2010, donde se concluyó que en las instituciones públicas locales no brindan la apertura para la inclusión laboral, faltando además la infraestructura adecuada [28].

A nivel nacional se han realizado una serie de trabajos investigativos acerca de la educación inclusiva, en diferentes instituciones, donde se pone de manifiesto que las condiciones de infraestructura y las barreras mentales todavía se encuentran presentes, sin que haya una verdadera inclusión educativa [29]. Específicamente en el cantón Ambato en el 2011 se realizó una investigación sobre la inclusión educativa en las escuelas públicas de la urbe, concluyendo que no hay una adecuada preparación de las instituciones, siendo los recursos económicos y las capacitaciones a los docentes escasos, además se evidenció la falta de planificación estratégica [30].

En el 2013 se realizó un análisis de la efectividad de la política pública en torno a la inclusión laboral de personas con discapacidad física en el Ecuador, según el trabajo investigativo se reportó desigualdad de oportunidades y remuneración salarial, recomendando realizar un estudio sobre el impacto que tienen los programas de capacitación en las

organizaciones, y consecuentemente el impacto en el buen vivir de las personas [31].

En el cantón Píllaro de la provincia de Tungurahua (2014) se realizó un proyecto investigativo cuya finalidad fue conocer el nivel de difusión de los derechos de las personas con discapacidad, donde se evidenció la falta de garantías para la aplicación de los derechos de las personas con discapacidad, manteniéndose la exclusión de este grupo poblacional [32].

Hasta la actualidad en el país se han ido creando una serie de instituciones y programas estatales, buscando dar respuesta a las necesidades de los estratos de la sociedad más sensibles y desprotegidos como es el caso de las personas con discapacidad, quedando aun mucho para lograr una verdadera inclusión social [23]. Se han realizado estudios investigativos en ciertas áreas sociales de manera aislada, u otras se han enfocado en las características clínicas de la discapacidad, pero no se han realizado investigaciones donde se relacione la discapacidad en los diferentes ámbitos sociales, su inclusión y la aplicación de sus derechos de manera integral.

2.2. Fundamentación filosófica

La discapacidad en general ha conllevado a lo largo de la historia un sinnúmero de debates, relacionándola con justicia social, igualdad, marginación, opresión y participación activa, situación que pone en evidencia el rol de las propias personas con discapacidad y la aplicación de las diferentes estrategias generadas por los distintos organismos internacionales y nacionales para superar paulatinamente las brechas sociales.

La inclusión no solo responde a los principios filosóficos básicos de los derechos humanos, donde se aspira que todos los ciudadanos gocen de la aplicación de sus derechos, sino la misma debe ser vista con un enfoque integral e integrador , permitiendo garantizar que cada uno de los integrantes de la sociedad participen igualitariamente en los diferentes

ámbitos, tales como el educativo, laboral, económico, legal, político y cultural entre otros, para lo cual es necesario el reconocimiento de la sociedad de las personas con discapacidad y su naturaleza diversa de manera holística.

Como punto de partida, se desea conocer el nivel de inclusión de las personas con discapacidad, que residen en la parroquia Totoras, donde se tomará en cuenta el contexto educativo, salud, laboral, y participación socio-familiar, y a su vez, esto permitirá determinar los factores que se relacionan con la inclusión social de este grupo poblacional.

2.3. Fundamentación legal

Es importante identificar la normativa jurídica que garantiza el ejercicio de ciudadanía de las personas con discapacidad a nivel internacional como nacional, la misma que partirá inicialmente desde el reconocimiento social de este grupo poblacional.

Las Convenciones tanto de Naciones Unidas como de la Organización de Estados Americanos, la Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (ONU, 2006), ratificada por Ecuador el 4 de marzo de 2008 y en vigor desde mayo del mismo año, son instrumentos vinculantes de cumplimiento obligatorio para los países ratificantes, cuyo propósito es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con discapacidad, así como promover el respeto a su dignidad inherente [1, 3].

La Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad (OEA, 1999), en vigor desde septiembre 2001 y ratificada por Ecuador en marzo 2004, insta a los Estados Partes a adoptar las medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, con la finalidad de

eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena inclusión [1, 33].

El Ecuador es un estado de Derechos y como tal, a través de varios instrumentos legales nacionales e internacionales, garantiza el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes de las personas con discapacidad [1].

En la Constitución de la República del Ecuador (2008), refiere en los artículos 47, 48 y 49, Capítulo Tercero, De los derechos de las personas y grupos de atención prioritaria, son específicos para personas con discapacidad. Art. 47.- el Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su integración social [1, 34].

Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: [1, 34]

1. La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presenten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida [1].
2. La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas [1].
3. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos [1].
4. Exenciones en el régimen tributario [1].
5. El trabajo en condiciones de igualdad de oportunidades, que fomente sus capacidades y potencialidades, a través de políticas que permitan su incorporación en entidades públicas y privadas [1].
6. Una vivienda adecuada, con facilidades de acceso y condiciones necesarias para atender su discapacidad y para procurar el mayor grado de autonomía en su vida cotidiana. Las personas con discapacidad que no puedan ser atendidas por sus familiares durante el día, o que no

tengan donde residir de forma permanente, dispondrán de centros de acogida para su albergue [1].

7. Una educación que desarrolle sus potencialidades y habilidades para su integración y participación en igualdad de condiciones. Se garantizará su educación dentro de la educación regular. Los planteles regulares incorporarán trato diferenciado y los de atención especial la educación especializada. Los establecimientos educativos cumplirán normas de accesibilidad para personas con discapacidad e implementarán un sistema de becas que responda a las condiciones económicas de este grupo [1].

8. La educación especializada para las personas con discapacidad intelectual y el fomento de sus capacidades mediante la creación de centros educativos y programas enseñanzas específicos [1].

9. La atención psicológica gratuita para las personas con discapacidad y sus familias, en particular en caso de discapacidad intelectual [1].

10. El acceso de manera adecuada a todos los bienes y servicios. Se eliminarán las barreras arquitectónicas [1].

11. El acceso de mecanismos, medios y formas alternativas de comunicación, entre ellos el lenguaje de señas para personas sordas, el oralismo y el sistema Braille [1].

Art. 48.- El estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren [1]:

1. La inclusión social, mediante planes, programas estatales y privados coordinados, que fomenten su participación política, social, cultural, educativa y económica [1].

2. La obtención de créditos y rebajas o exoneraciones tributarias que les permita iniciar y mantener actividades productivas y la obtención de becas de e1studio en todos los niveles de educación [1].

3. El desarrollo de programas y políticas dirigidas a fomentar su esparcimiento y descanso [1].

4. La participación política, que asegurará su representación, de acuerdo con la ley [1].
5. El establecimiento de programas especializados para la atención integral de las personas con discapacidad severa y profunda, con el fin de alcanzar el máximo desarrollo de su personalidad, el fomento de su autonomía y la disminución de la dependencia [1].
6. El incentivo y apoyo para proyectos productivos a favor de los familiares de las personas con discapacidad severa [1].
7. La garantía del pleno ejercicio de los derechos de las personas con discapacidad [1].

Art. 49.- Las personas y las familias que cuiden a personas con discapacidad que requieran atención permanente serán cubiertas por la Seguridad Social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de la atención [1].

La Constitución de la República del año 2008, en sus Arts.11, 47, 48 y 49 garantizan la protección y desarrollo integral de las personas con discapacidad y sus familias; posiciona a la planificación y a las políticas públicas como medios para lograr los objetivos del Buen Vivir. Además, establece como objetivos el propiciar la equidad social y territorial, promover la igualdad en la diversidad, garantizar derechos y concertar principios rectores de la planificación del desarrollo [1, 34, 35.]

Leyes, Códigos y Reglamentos sobre los derechos de las personas con discapacidad [1]:

1. Ley Orgánica de Discapacidades [1, 36]

Publicada en el Registro Oficial N° 796 del 25 de septiembre de 2012, ampara a las personas con discapacidad; establece un sistema de prevención de discapacidades, atención e integración de personas con discapacidad que garantice su desarrollo y evite que sufran toda clase de discriminación, incluida la de género [1, 36].

2. Código Penal [1,37].

Registro Oficial Suplemento 147 de 22 de enero de 1971. Última modificación: 15 de febrero de 2012. En su Art. 30, Capítulo II; y Capítulo de los delitos del Odio, publicada en Registro Oficial, Suplemento 555 de 24 de marzo de 2009, incluye sanciones a infracciones por actos de violencia moral o física, de odio o de desprecio; discriminación; tráfico ilícito de órganos; atentando contra el pudor; violación o estupro a personas con discapacidad [1, 37].

3. Código de ¨Procedimiento Penal 2000 [1, 38].

Registro Oficial Suplemento 360 de 13 de enero de 2000. Última modificación publicada en el Registro Oficial Suplemento 160 de 29 de marzo de 2010 [1, 38].

Art. 171.- Revisión.- El juez de garantías penales pueden sustituir o derogar una medida cautelar dispuesta con anterioridad o dictarla no obstante de haberla negado anteriormente cuando: a. Concurran hechos nuevos que así lo justifiquen; b. Se obtenga evidencias nuevas que acrediten hechos antes no justificados o desvanezcan los que motivaron la privación de libertad. Siempre que no se trate de delitos contra la administración pública, de los que resulte la muerte de una o más personas, de delitos sexuales, de odio, de los sancionados con pena de reclusión o cuando no exista reincidencia, la prisión preventiva podrá ser sustituida por el arresto domiciliario en los casos en la que, la persona procesada tenga una discapacidad mayor al cincuenta por ciento certificada por el CONADIS, padezca de enfermedad catastrófica, sea mayor de sesenta años de edad, o sea una mujer embarazada o parturienta, y en este último caso hasta noventa días después del parto [1, 38.

4. Código del Trabajo [1, 39.

Codificación 17. Registro Oficial. Suplemento 167 de 16 de diciembre de 2005. Última modificación: 27 de enero de 2011. Ley Reformatoria al

Código de Trabajo. Registro oficial N° 198 de 30 de enero de 2006. En el Capítulo IV, Art.42, así como en el Capítulo VI, Arts.79 y 152, se dispone la obligación del estado de garantizar la inclusión al empleo de las personas con discapacidad, con las debidas adaptaciones a los puestos de trabajo, en todas las modalidades: empleo ordinario, empleo protegido o autoempleo; en el sector público así como en empresas nacionales o extranjeras del sector privado, y en otras modalidades de producción de las zonas urbanas y rural. También puntualiza obligaciones del empleador así como de los trabajadores con discapacidad [1, 39].

5. Ley Orgánica de Salud [1, 40].

Ley 67. Registro Oficial. Suplemento 423 de 22 de diciembre de 2006. Última modificación: 24 de enero de 2012. El Art.6 establece las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, entre ellas: Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios y determinar las enfermedades transmisibles de notificación obligatoria, garantizando la confidencialidad de la información; (…) [1, 40].

6. Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno [1 ,41].

Registro Oficial. Suplemento 463 de 17 de noviembre de 2004. Última modificación: 28 de diciembre de 2011.Codificación en el Capítulo III: Se establecen beneficios en el pago de impuestos y devolución del IVA a personas con discapacidad, de conformidad con los rangos que para el efecto establezca el CONADIS [1, 41].

7. Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vital y su Reglamento [1, 42]. Registro Oficial. Suplemento 398 de 07 de agosto de 2008. Última modificación: 29 de marzo de 2011. Reglamento: Decreto Ejecutivo 1196. Registro Oficial. Suplemento 731 de 25 de junio de 2012.

La Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial, establece [1, 42]:

Art.48.- En el transporte terrestre, gozarán de atención preferentemente las personas con discapacidades, (…) de conformidad con lo establecido en el Reglamento de esta Ley. Se establecerá un sistema de tarifas diferenciadas en la transportación pública en beneficio de (…) personas con discapacidad (…). El reglamento a la presente Ley determinará el procedimiento para la aplicación de tarifas [1, 42].

Art. 200.- las personas con discapacidad, movilidad reducida y grupos vulnerables gozarán de los siguientes derechos y preferencias: a) En las intersecciones, pasos peatonales, cruces cebra y donde no existan semáforos, gozarán de derecho de paso sobre las personas y los vehículos. Es obligación de todo usuario vial, incluyendo a los conductores ceder el paso y mantenerse detenidos hasta que concluyan el cruce; y, b) Las demás señaladas en los reglamentos e instructivos [1, 42].

8. Ley Orgánica Electoral Código de la Democracia [1, 43].

Ley 2. Registro Oficial. Suplemento 578 de 27 de abril de 2009. Última modificación: 6 de febrero de 2012. El Código de la Democracia en los Arts. 11, 111 y 115, disponen que el voto de las personas con discapacidad sea facultativo y que el Consejo Nacional Electoral reglamentara y establecerá las condiciones necesarias para facilitar su ejercicio del sufragio [1, 43].

9. Ley de Seguridad Social [1, 44].

Ley 55. Registro Oficial. Suplemento 465 de 30 de noviembre de 2001. Última modificación: 31 de marzo de 2011. A través del Art. 3 literal b; Art. 10 literal c; Art. 17 y Capítulo III: De la contingencia de invalidez, Art. 134 literales a, b; y, Art. 285 literal b; se garantiza el acceso de las personas con discapacidad a la seguridad social a través del Seguro General Obligatorio, que protegerá a sus afiliados contra las contingencias que afecten su capacidad de trabajo y, en caso de discapacidad, la obtención

de un ingreso acorde con su actividad habitual. Entre las obligaciones del Seguro Social Campesino, constan las prestaciones de salud que incluye maternidad, protección al o la jefe de familia contra las contingencias de vejez, muerte, e invalidez, que incluye discapacidad [1, 44].

10. Código de la Niñez y la Adolescencia [1, 45].

Registro Oficial 737 de 03 de enero de 2003. Última modificación: 28 de julio de 2009. El Art. 6 garantiza igualdad ante la ley y no discriminación por causa de discapacidad. Los Arts. 26, 28 y 30, para el caso de niños, niñas y adolescentes con discapacidades, obligan al Estado y a las instituciones que los atienden a garantizar las condiciones, ayudas técnicas y eliminación de barreras arquitectónicas para la comunicación y transporte; y, organizar servicios de atención específica [1, 45].

Para los establecimientos de salud, públicos y privados, independientemente de su nivel de atención, establece la obligación de diagnosticar y hacer un seguimiento médico a los niños y niñas que nazcan con problemas patológicos o discapacidades de cualquier tipo; informar oportunamente a los progenitores sobre los cuidados ordinarios y especiales que deben brindar al recién nacido, especialmente cuando se ha detectado alguna discapacidad; e, informar a las autoridades competentes cuando nazcan niñas o niños con discapacidad evidente [1, 45].

11. Ley Orgánica de Educación Intercultural [1, 46.]

Registro Oficial Nº 417 de 31 de marzo de 2011. El Art. 6 al señalar como principal obligación del Estado el cumplimiento pleno, permanente y progresivo de los derechos y garantías constitucionales en materia educativa, y de los principios y fines establecidos en esta Ley, el literal o específica “elaborar y ejecutar las adaptaciones curriculares necesarias para garantizar la inclusión y permanencia dentro del sistema educativo, de las personas con discapacidades, adolescentes y jóvenes embarazadas [1, 46].

12. Ley Orgánica de Servicio Público [1, 47].

Ley 0. Registro Oficial Suplemento 294 de 6 de octubre de 2010. Los Arts. 63 y 64 garantizan la inclusión de personas con discapacidad así como su estabilidad laboral, con la debida equiparación de oportunidades y adaptaciones del puesto de trabajo para el ejercicio de las actividades correspondientes [1, 47].

13. Reglamento Técnico INEN RTE INEN 042 "Accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico" [1, 48].

Resolución del INEN 91. Registro Oficial 69 de 18 de noviembre de 2009.

Establece los requisitos que deben cumplir los espacios de uso público y privado, para definir las condiciones de accesibilidad de todas las personas a fin de proveer seguridad y prevenir los riesgos para la salud y la vida [1, 48].

14. Norma Técnica sustitutiva del subsistema de selección de personal en el sector público [1, 49].

Acuerdo Ministerial Nº 0086, del Ministerio de Relaciones Laborales, publicado en Registro Oficial Nº 216, de 17 de junio de 2010. En el Art. 4, el literal d) señala que los concursos de méritos y oposición permitirán el acceso al empleo público sin discriminación alguna, aplicando acciones afirmativas para una igualdad de oportunidades [1, 49].

Además, g) Se deberá fomentar la participación de personas con discapacidad en los concursos de méritos y oposición, a fin de asegurar su inclusión en el ámbito laboral en igualdad de condiciones [1, 49].

15. Misión Solidaria Manuela Espejo [1, 50].

Mediante Acuerdo Vicepresidencial Nº 0124, de fecha 15 de abril de 2010, se dispuso declarar como información oficial pública de la Vicepresidencia de la República, a la base de datos de las personas con discapacidad identificadas en el Estudio Bio Psico Social Clínico Genético Misión Solidaria Manuela Espejo, otorgándole la denominación de Sistema de

Información Manuela Espejo -SIME, de la Vicepresidencia de la República [1, 50].

16. Bono Joaquín Gallegos Lara [1, 51].

Decreto Ejecutivo 422 Registro Oficial Suplemento 252, de 6 de agosto de 2010. Última modificación: 14 de mayo de 2012. Art. 1.- Se crea el Bono "Joaquín Gallegos Lara" a favor de las personas con discapacidad severa y profunda en situación crítica que no pueden gobernarse por sí mismos, identificadas como tales en la base de datos de la "Misión Solidaria Manuela Espejo"; o, con enfermedades catastróficas, raras o huérfanas determinadas por el Ministerio de Salud, de conformidad con la Ley Orgánica de Salud [1, 51].

El bono consiste en la entrega mensual de US $ 240 doscientos cuarenta dólares de los estados unidos de américa) al familiar responsable del cuidado de la persona enferma o con discapacidad, a nombre del titular del derecho. (...)1[, 51].

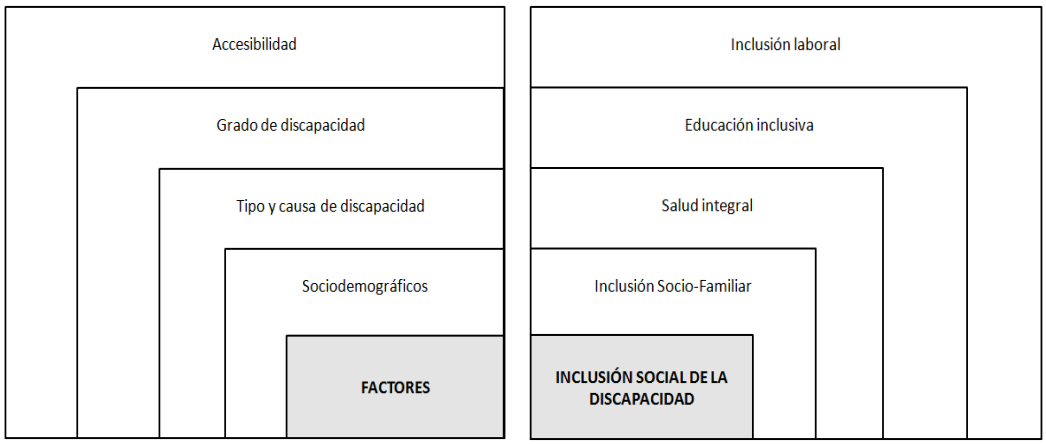
17. Reglamento a la Ley Contra la Violencia a la Mujer y a la Familia [1, 52].

Ley 103. Registro Oficial 839. Reglamento a la Ley contra la violencia a la mujer y a la familia. Decreto Ejecutivo 1982. El Art. 16 en aquellos casos en que una de las partes no tuviera defensor, la autoridad competente deberá de oficio pedir la intervención de un defensor público. Las víctimas de violencia doméstica recibirán atención prioritaria, preferente y especializada en los ámbitos público y privado [1, 52].

2.4. Categorías fundamentales

Gráfico N° 1. Categorías fundamentales

VARIABLE INDEPENDIENTE ⟺ VARIABLE DEPENDIENTE



2.4.1 **Variable independiente:** Factores

- **Factores sociodemográficos.**

La discapacidad no discrimina, ni excluye condición socio-económica, creencia religiosa, género, etnia o ideología política, ya que no escapa al tiempo espacio y/o lugar. Se puede presentar en cualquier momento y etapa del ciclo vital [53].

En el presente trabajo investigativo se estudia las variables sociodemográficas de interés, tales como: género, estado civil, nivel educativo, y vínculo laboral.

Género: Es un concepto social empleado para identificar las diferencias entre mujeres y hombres como seres sociales, partiendo no solo de categorías sexuales naturales, sino además de las relaciones que se entablan que vienen a desempeñar roles diferenciados basados en determinaciones ideológicas, sexuales, históricas, religiosas [54].

Edad: Se considera un factor sociodemográfico relacionado con la inclusión social. Según en MAIS-FCI [55 (p 62)] garantiza una atención integral durante todo el ciclo vital, para lo cual a la población se la agrupa: Niñez: 0 a 9 años, Adolescencia: 10 a 19 años, Adultos: 20 a 64 años (joven: 20 a 39 años, medio: 40 a 64 años, mayor: de 65 años y más) [55].

El ciclo de vida es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades de invertir durante etapas tempranas del desarrollo humano; reconoce que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida, que las intervenciones en una generación repercutirán en las siguientes, y que el mayor beneficio de un grupo de edad puede derivarse de intervenciones previas en un grupo de edad anterior. Además, permite mejorar el uso de recursos escasos, facilitando la identificación de riesgos y brechas y la priorización de intervenciones claves [54].

Estado civil: Condición particular que caracteriza a una persona, relacionando sus vínculos personales y legales, junto al ejercicio de sus derechos ciudadanos.

Nivel educativo: Característica social que permite identificar si una persona ha recibido educación en una institución educativa formal. Es de esperar que la educación brindada sea en términos de igualdad, dando respuestas a las diversas necesidades individuales y colectivas de un grupo poblacional.

Vínculo laboral: Situación laboral donde la persona se encuentra vinculada a un trabajo remunerado. El encontrarse vinculado en el sector laboral proporciona un estado de independencia económica y emocional que mejora la calidad de vida de todas las personas en general.

- **Características clínicas de la discapacidad**

Discapacidad: En el 2001 la OMS, a través de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) [57 (p 206)] define la Discapacidad como: "Un término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)" [56, 57 (p 206).]

Tipos de discapacidad: Acorde al Artículo 6 de la Ley Orgánica de Discapacidades publicada en el Registro Oficial, el 25 de septiembre del 2012, en el Ecuador se distinguen 4 tipos de discapacidades: I. Física, II. Mental/psicológica, III. Intelectual, IV. Sensorial [1, 18, 36, 56, 58.]

I. Discapacidad Física [18, 56, 58]:

Se refiere a deficiencias corporales y/ o viscerales; que puede ser evidentes (Por ejemplo: amputaciones, paraplejia, hemiparesia, etc.) o que al implicar daño y limitación en la función de órganos internos puede ser imperceptibles, más ocasionan dificultad significativa o imposibilidad para: caminar, correr, manipular objetos con las manos, subir o bajar gradas, levantarse, sentarse, mantener el equilibrio, controlar esfínteres, entre otros. (Por ejemplo: Fibrosis quística del pulmón, Insuficiencia Renal Crónica Terminal, Epilepsia de difícil control, Enfermedades cardiacas, etc.) Las deficiencias que originan cualquier discapacidad física pueden ser: Genéticas/Congénitas, Adquiridas [18, 56, 58].

II. Discapacidad Mental / Psicológica [18, 56, 58]:

Se refiere a deficiencias y/o trastornos de la conciencia, del comportamiento, del razonamiento, de los estados de ánimo, afectividad, la comprensión de la realidad (irritabilidad, depresión, inestabilidad, emocional crónica); generalmente debido a enfermedades mentales como la Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Psicosis y otros. Los grupos

psicopatológicos son: trastornos mentales orgánicos, trastornos psicóticos**,** trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y/o adaptativo, trastorno de personalidad [18, 56, 58].

III. Discapacidad Intelectual [18, 56, 58]:

Se refiere a deficiencias en personas que presentan especial dificultad en la comprensión de ideas complejas, así como, en la capacidad de: razonar, resolución de problemas, toma de decisiones; lo que repercute en sus procesos de socialización, relacionamiento interpersonal y desenvolvimiento en la vida diaria, siendo fácilmente influenciable por el medio. Tiene relación los casos de personas con Retraso Mental (limítrofe, leve. Moderado, grave y profundo), el rango de CI que no implica retraso mental oscila de 81 a 110 puntos [18, 56, 58].

Ejemplos de discapacidad intelectual: síndrome de Down, síndrome de Cri Du Chat o Maullido de gato, algunos casos de autismo, trastorno desintegrativo infantil- síndrome de Rett, secuela de parálisis cerebral infantil [18, 56, 58].

IV. Discapacidad Sensorial [18, 56, 58]:

Dentro de este grupo, se hace referencias a deficiencias de los sentidos de la vista, la audición y lenguaje [18, 56, 58].

a) Discapacidad Visual.- se refiere a personas que presentan ceguera y de baja visión. En ambas situaciones se estará hablando de personas con un alto grado de pérdida de visión, es decir, personas que: no ven absolutamente nada, o aún con la mejor corrección posible (uso de lentes), presenten grave dificultad para ver; su situación es estable, es decir, sin posibilidad de mejoría mediante intervención quirúrgica o tratamiento adecuado [18, 56, 58].

b) Discapacidad Auditiva.- se refiere a personas con sordera total y/o con sordera moderada y severa de ambos oídos, lo cual dificulta la comunicación con su entorno. La discapacidad auditiva puede presentarse por causas: genéticas, congénitas, infecciosas,

ocupacionales, traumáticas, tóxicas, envejecimiento y otras. Dentro de esta discapacidad se manifiesta los siguientes tipos: Sordera Pre-locutiva (antes de los 3 años.) y la Sordera Pos-locutiva (después de los 3 años.) [18, 56, 58].

c) Discapacidad de Lenguaje.- se refiere a personas que presentan deficiencia para la expresión verbal, la cual dificulta la comunicación y la interrelación; sus causas pueden ser: vinculaciones con una sordera presente desde el nacimiento, secuelas neurológicas. (consecuencias de lesión cerebral, trauma cráneo- encefálico, entre otros), lesiones en estructuras locales (afectación de cuerdas vocales, lengua, faringe, paladar hendido, secuelas del uso de traqueotomías, etc.) [18, 56, 58].

Causa de discapacidad: Las causas de discapacidad se las puede clasificar en: genéticos (relacionados con factores ambientales y/o hereditarios), congénitos (relacionados con factores ambientales, infecciosos, traumatismos, intoxicaciones, nutricional y/o perinatales), adquirido (relacionados con factores ambientales, traumatismos, intoxicaciones, envejecimiento y patologías) [18, 56, 58].

En la investigación se estudia agrupando las causas de la siguiente manera: 1) genéticas/congénitas y 2) adquirida.

Grados de discapacidad: Para categorizar el grado de discapacidad se toma en cuenta en nivel de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Se clasifica en [18, 56, 58 (p 24)]:

- Grado 1: Discapacidad nula: Los síntomas, signos o secuelas, de existir, son mínimos y no justifican una disminución de la capacidad de la persona para realizar las actividades de la vida diaria [18, 56, 58].
- Grado 2: Discapacidad leve. Los síntomas, signos o secuelas existen y justifican alguna dificultad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, pero son compatibles con la práctica totalidad de las mismas [18, 56, 58].

- Grado 3: Discapacidad moderada: Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar algunas de las actividades de la vida diaria, siendo independiente en las actividades de autocuidado [18, 56, 58].
- Grado 4: Discapacidad grave: Los síntomas, signos o secuelas causan una disminución importante o imposibilidad de la capacidad de la persona para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, pudiendo estar afectada alguna de las actividades de autocuidado [18, 56, 58].
- Grado 5: Discapacidad muy grave: Los síntomas, signos o secuelas imposibilitan la realización de las actividades de la vida diaria [18, 56, 58].

Para fines investigativos se estudia desde el grado leve hasta el grado muy grave de discapacidad.

- **Accesibilidad al servicio de salud:**

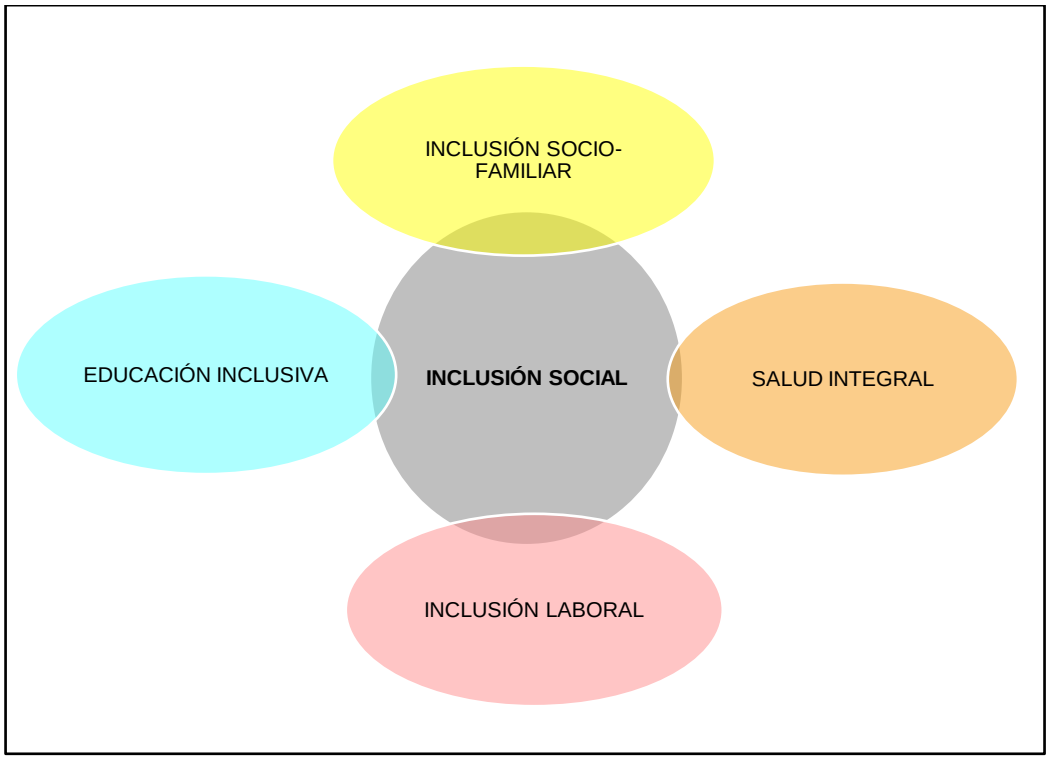
El acceso a los servicios de las personas con discapacidad, debe brindar las condiciones adecuadas (entorno físico, al transporte, tecnologías, sistemas de la información y las comunicaciones (TIC), recursos humanos capacitados, entre otros) tomando en cuenta las características propias de su condición de discapacidad.

En el presente estudio se investigó los factores que dificultaron a las personas con discapacidad acceder a un servicio de salud integral en la unidad operativa de salud Totoras (Tipo B), tales como el entorno físico inadecuado, factor económico del individuo o familia, dificultad en el transporte, agendamiento no diferenciado, tiempo de espera prolongado para la atención, falta de capacitación de personal de salud, insuficiente medicación, poca disponibilidad de exámenes complementarios, dificultad para la atención oportuna por parte del especialista.

2.4.2 Variable dependiente: Inclusión social en la discapacidad.

Inclusión social en la discapacidad: Es cuando la sociedad ha desarrollado la capacidad para integrar a todas las personas, tomando en cuenta las diferentes condiciones, ofreciéndoles oportunidades en términos de equidad e igualdad para la realización de sus actividades, fomentando así un proyecto de vida digno y completo. En la presente investigación se estudió cuatro ámbitos (socio-familiar, salud, educación y laboral).

Gráfico N° 2. Inclusión social en la discapacidad.



Elaboración: V. Medina

- **Inclusión socio- familiar:** Es el proceso que permite el reconocimiento de los diferentes grupos sociales, mediante el respeto a la diversidad, en términos de equidad social, donde se reconoce un tercero vulnerable (discapacidad), cuyas necesidades específicas deben ser cubiertas permitiéndoles la aplicación de sus derechos fundamentales, tanto en el entorno familiar como social. Siendo la familia el primer

apoyo natural con que cuenta la persona, ya que es el primer sistema en el que convive el individuo y del que depende en gran medida su proceso de adaptación social.

- **Salud integral:** Es la prestación de servicios de salud de manera integral a personas con discapacidad; regido por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, mediante la acción coordinada de los integrantes del sistema nacional de salud y de la participación de la población en su conjunto [40, 55].

- **Educación inclusiva:** Es el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes, mediante la mayor participación en el aprendizaje, con enfoque integral e integrador. La verdadera inclusión educativa se basa en el principio de que cada persona tiene sus propias características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje distintos [29, 46].

- **Inclusión laboral:** La integración laboral de las personas con discapacidad es un proceso que debe incluir de igual forma las condiciones de tareas, remuneración y horarios que cumple cualquier otro trabajador [18].

2.5. Hipótesis

H_0: La inclusión social de las personas con discapacidad no está relacionada con el bajo nivel educacional, la falta de vínculo laboral y mayor grado de discapacidad.

H_1: La inclusión social de las personas con discapacidad está relacionada con el bajo nivel educacional, la falta de vínculo laboral y mayor grado de discapacidad.

2.6. Señalamiento de variables.

- Variable dependiente: inclusión social
- Variable independiente: nivel educacional, vínculo laboral y grado de discapacidad.

CAPÍTULO 3

METODOLOGÍA

3.1. Modalidad básica de la investigación

En la presente investigación se utilizó la investigación de campo, donde el apoyo fundamental del presente trabajo fue la utilización de un instrumento como fue la encuesta, creada específicamente para el estudio investigativo, tomando en cuenta los objetivos establecidos en la misma, donde se utilizó preguntas cerradas y donde el investigador quiso profundizar algún tema se estableció preguntas de opción múltiple, previamente a la aplicación de dicho instrumento se obtuvo la autorización de la persona con discapacidad o su representante por medio del consentimiento informado.

El instrumento se aplicó a las personas con discapacidad residentes en la parroquia Totoras que se encuentran previamente identificadas con carné de discapacidad del MSP y/o CONADIS, se tomó en cuenta los criterios éticos, de inclusión y exclusión establecidos para el presente investigación, donde se estudió cuatro ámbitos sociales: socio-familiar, salud integral, educación inclusiva e integración laboral.

El enfoque de la investigación fue cualitativo y cuantitativo.

3.2. Tipo de investigación

La investigación fue de tipo observacional, descriptiva, con diseño transversal.

Al ser observacional el factor de estudio no fue controlado por el investigador, evitando la manipulación del objeto, por lo tanto el

investigador se limitó a observar y medir la información obtenida, mediante la aplicación del instrumento.

Además se permitió describir las características o rasgos de la situación, fenómeno u objeto de estudio, cuya función principal es la capacidad para seleccionar las características fundamentales de los factores que se relacionan con la inclusión social en la discapacidad. Se realizó una sola medición del objeto de estudio en el período de tiempo de la investigación determinado previamente.

3.3. Población y muestra

La población del presente trabajo fue 50 personas con discapacidad que residen en la parroquia Totoras, realizándose el trabajo en el total mencionado, por lo tanto no requirió realizar el cálculo de la muestra.

3.3.1. Criterios de inclusión:

Personas con discapacidad que previamente fueron identificadas y registradas, evidenciándose en certificado del Ministerio de Salud Pública y/o carné de discapacidad (emitido por el MSP o CONADIS)
Personas con discapacidad que residen en la parroquia Totoras.

3.3.2. Criterios de exclusión:

Persona con discapacidad o su representante que manifestaron no participar en la investigación.

3.3.3. Criterios éticos:

Se tuvo en cuenta el consentimiento informado a todas las personas que participaron en la investigación. Toda la información obtenida fue solamente utilizada para fines investigativos, basados en los cuatros principios bioéticos, registrando a los participantes con un código para proteger su identidad.

3.4. Operacionalización de variables.

VARIABLE INDEPENDIENTE: Factores

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
• Factores sociodemográficos Conjunto de características biológicas (grupos de edad), socio-económicas y culturales (genero, estado civil, nivel educativo y vínculo laboral) de una población en general.	Social	Género	Masculino Femenino	¿En qué género se identifican las personas con discapacidad?	Encuesta
		Estado civil	Soltero/a Casado/a Divorciado/a Unión libre Viudo/a	¿Qué estado civil tienen las personas con discapacidad?	
		Nivel educativo	Analfabeto Primaria Secundaria Tercer nivel	¿Qué nivel educativo tienen las personas con discapacidad?	
		Vínculo laboral	Si No No corresponde	¿Tienen vínculo laboral actual las personas con discapacidad?	
	Biológica	Grupos de edad	Niñez Adolescencia Adulto joven Adulto medio Adulto mayor	¿A qué grupo de edad pertenecen las personas con discapacidad?	
• Tipo de discapacidad Persona con discapacidad que se encuentra identificada y registrada de	Biológica	Tipos de discapacidad	Física Mental /Psicológica	¿Qué tipo de discapacidad tienen las personas?	

acuerdo al tipo de discapacidad que predomina (física, mental/psicológica, intelectual, sensorial) a través de certificado del MSP y/o Carné de Discapacidad.			Intelectual Sensorial (auditiva, lenguaje, visual)		
• Causas de discapacidad Es la posible razón (causa) de su deficiencia que conlleva a discapacidad, esta puede ser genética/congénita o adquirida, registrada en el certificado del MSP y/o Carné de Discapacidad.		Causas de discapacidad	Genética/congénita Adquirida	¿Cuál es la causa de discapacidad de las personas?	
• Grados de discapacidad Categoría identificada de la persona con discapacidad, determinada por el grado de limitación en las actividades de la vida diaria, registrada en el certificado del MSP y/o Carné de Discapacidad.		Grados de discapacidad	Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muy grave (5)	¿Qué grado de discapacidad tienen las personas?	
• Acceso al servicio de salud El acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad, debe brindar las condiciones adecuadas, tomando en cuenta las características propias de su condición, brindando respuesta a las diferentes necesidades de salud de la población en general.	Social	Entorno físico no adecuado Situación económica Falta de transporte adecuado Falta de capacitación del personal de salud Falta de disponibilidad de medicamentos e insumos, exámenes complementarios	Si No	¿Cuáles con los factores que dificultan acceder al servicio de salud en el CS Totoras a las personas con discapacidad?	Encuesta

		Dificultad al acceder a una atención especializada.			

VARIABLE DEPENDIENTE: Inclusión social en las personas con discapacidad.

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA	ITEMS BÁSICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
• Inclusión socio-familiar Proceso que permite el reconocimiento de los diferentes grupos sociales basado en el respeto a la diversidad.	Social	Apoyo familiar	Si No	¿Las personas con discapacidad tienen apoyo por parte de su familia?	Encuesta
		Protección social a través de bonos estatales	Bono de desarrollo humano Bono Joaquín Gallegos Lara	Las personas con discapacidad son beneficiarias de bonos estatales?	
• Salud integral Prestación de servicios de salud con enfoque integral e integrador, regido por los principios de igualdad, equidad, universalidad y solidaridad, de manera eficiente y eficaz, brindada a todas las personas respetando la diversidad, con calidad y calidez.	Social	Controles médicos	Si No	¿Han recibido controles médicos las personas con discapacidad?	Encuesta
		Ayudas técnicas	Si No	¿Las personas con discapacidad han sido beneficiarias de ayudas técnicas?	
		Rehabilitación integral	Si No	¿Las personas con discapacidad han recibido rehabilitación integral?	

• Educación inclusiva Proceso de identificación orientado a responder las diferentes necesidades de aprendizaje, en condiciones de igualdad y equidad.	Social	Inserción educativa	Si No	¿Las personas con discapacidad han sido beneficiarias de una educación inclusiva?	
• Inclusión laboral Proceso que debe incluir de igual forma las condiciones de tareas, remuneración y horarios que cumple cualquier otro trabajador		Inserción laboral inclusiva	Si No	¿Las personas con discapacidad han tenido inserción laboral en igualdad de condiciones?	

Elaboración: V. Medina.

3.5. Plan de recolección de la información

El plan de recolección de la información contó con los siguientes pasos:

- Obtención la información requerida, basada en los objetivos establecidos en la investigación.
- Clasificación y corrección de la información significativa.
- Evaluación de los datos obtenidos mediante el instrumento.
- Procesamiento de la información depurada.

Las personas con discapacidad que se incluyen en el presente trabajo investigativo, son aquellas que previamente han sido registrada y calificadas como discapacitadas por parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) del Ecuador y el Consejo Nacional para igualdad de Discapacidades (CONADIS), identificadas como tal, en el carné de discapacidad legalmente establecido en el país.

La información fue recolectada por el investigador. El procedimiento de la captura de datos que sustentó la investigación fue el siguiente:

- Creación y diseño del instrumento tomando en cuenta las variables establecidas.
- Validación del instrumento a través de expertos.
- Realización de visitas domiciliarias a las personas con discapacidad, donde se les explicó el objetivo de la investigación, y se solicitó la respectiva anuencia y posteriormente se les aplicó la encuesta.
- Corrección del instrumento en base a la prueba piloto realizada previamente.
- Aplicación del instrumento final a la población objeto de estudio.

Se solicitó el consentimiento informado (Anexo N°2), donde se tomó en cuenta su libre voluntad de participar en la investigación ya sea por parte de la persona con discapacidad o el representante.

La obtención de la información se realizó a través de fuentes primarias, como fue las visitas domiciliarias, mediante la aplicación de la encuesta

(Anexo N°3). En el caso que la persona encuestada, padecía discapacidad grave y muy grave, donde sus capacidades cognoscitivas e intelectuales estaban muy comprometidas, se solicitó la previa anuencia al familiar directo, quien procedió a contestar la encuesta. Además en el caso de menores de edad con discapacidad, quien firmó el consentimiento informado, fue el tutor o su representante legal, y es quien contestó la encuesta.

Una vez obtenidos los datos se procedió a realizar el procesamiento de la información. Además se corroboró la información a través de fuentes secundarias tales como: Historia Clínica, Fichas familiares, Plataforma Virtual de Discapacidades del Ministerio de Salud Pública, Registros del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Consejo Nacional para la igualdad de Discapacidades (CONADIS), del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), indicadores de resultados intersectorial y bibliografía relacionada con el tema.

3.6. Plan de procesamiento de la información

El procesamiento de información implica el uso de técnicas estadísticas que facilitan el manejo de los datos obtenidos [59]. Para el procesamiento de la información, se recopiló la información obtenida de la aplicación del instrumento (encuesta), tomando en cuenta las medidas de resumen para variables cualitativas (frecuencia relativa y absoluta) y para variables cuantitativas (promedio, mediana, moda), se tabuló la información obtenida con el uso del programa EPINFO 6.1.

Una vez recolectada toda la información mediante el instrumento mencionado anteriormente, se procedió a analizar la misma. Para dar a conocer los resultados obtenidos se presentaron en tablas, gráficos junto al respectivo análisis y discusión de resultados.

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Factores sociodemográficos.

Tabla N° 1. Distribución de las personas con discapacidad según grupos de edad y género. Parroquia Totoras 2016.

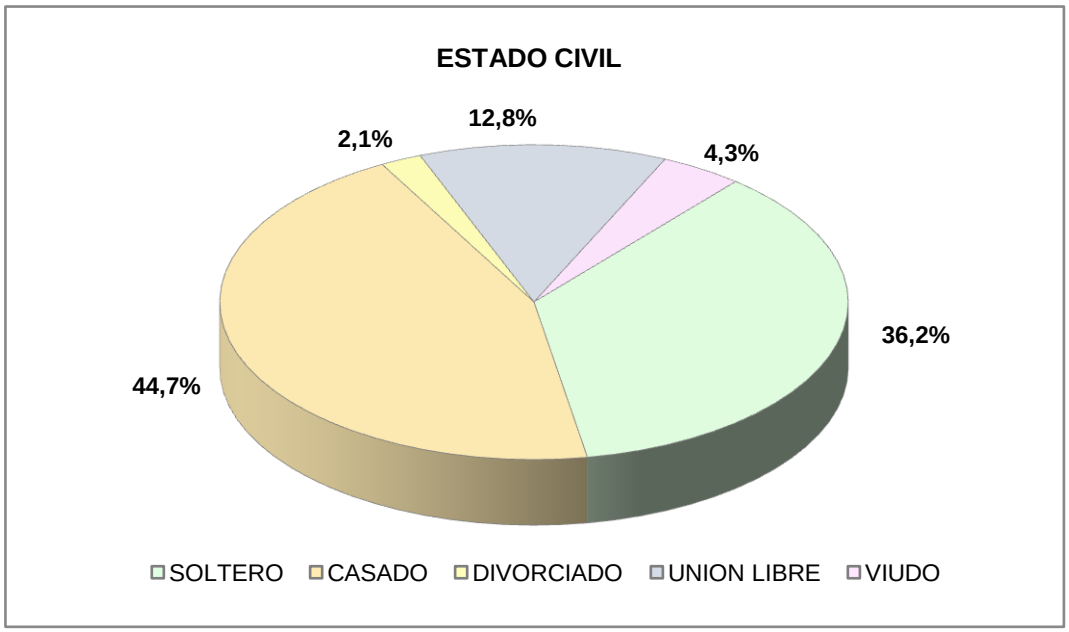
GRUPO DE EDAD	GÉNERO				TOTAL	
	MASCULINO		FEMENINO			
	N°	%	N°	%	N°	%
NIÑEZ	3	10,3	3	14,3	6	12,0
ADOLESCENCIA	4	13,8	3	14,3	7	14,0
ADULTO JOVEN	9	31,0	6	28,6	15	30,0
ADULTO MEDIO	10	34,5	7	33,3	17	34,0
ADULTO MAYOR	3	10,3	2	9,5	5	10,0
TOTAL	**29**	**58,0**	**21**	**42,0**	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Análisis: En la tabla N°1 se observa un predominio de personas con discapacidad en la edad adulta, específicamente el grupo de edad del adulto medio con 34,0 % seguido del adulto joven 30,0 % siendo similares en ambos géneros. Existe un leve predominio del género masculino.

Interpretación: El 74,0 % de personas con discapacidad son adultos, siendo la mayoría son del género masculino (58,0 %). Estos datos son similares con la estadística nacional registrada por CONADIS (junio 2016) del total de personas de discapacidad (414.244), donde la mayoría se

encuentra ubicada en la edad adulta, de los cuales 192.379 son adultos medios, con predominio del género masculino [20].



Fuente: Tabla N°2 Elaboración: V. Medina

Gráfico N° 3. Personas con discapacidad según el estado civil. Parroquia Totoras 2016.

Análisis: En el Gráfico N° 3 se observa que predomina el estado civil casado con 44,7 %, seguido del 36,2 % de personas solteras, seguido del 12,8 % de personas con discapacidad que están en unión libre. En términos generales podemos decir que la mayoría de las personas con discapacidad que participaron en la investigación, mantienen una relación estable. (Anexo N°4)

Interpretación: El 57,5 % de las personas con discapacidad se encuentran casados o en unión libre, lo que significa que la mayoría de las personas con discapacidad tiene una familia a cargo. Además el 36,2 % se encuentran solteros, siendo necesario investigar si el estado civil, se relaciona directamente con la condición de discapacidad. Los datos obtenidos se relacionan con el informe presentado por SETEDIS (mayo 2016) [60] , basado en la encuesta de condiciones de vida 2013-2014, el

42,4 % de las personas con discapacidad están casadas, seguido del 20,9 % en unión libre, y el 9,8 % son solteros.

Tabla N° 3. Nivel educativo de las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

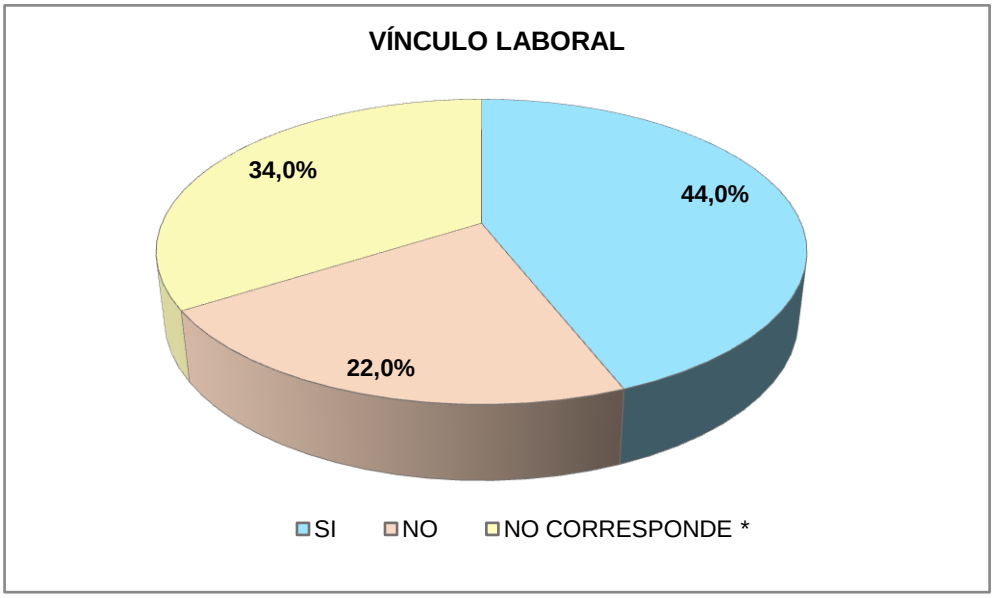
NIVEL EDUCATIVO	N°	%
ANALFABETO	14	28,0
PRIMARIA	22	44,0
SECUNDARIA	12	24,0
TERCER NIVEL	2	4,0
TOTAL	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Análisis: En el Tabla N° 3 se observa que el 44,0 % de las personas con discapacidad tienen estudios primarios, y apenas el 4,0 % no poseen instrucción educativa. Los resultados se relacionan con la poca formación educacional de la población en general de la parroquia (ASIS 2015) [21], donde la mayoría de las personas tiene educación básica, además es necesario tomar en cuenta las condiciones inherentes a la discapacidad. Posteriormente se analizará la inclusión educativa.

Interpretación: La mayoría (68,0 %) de las personas con discapacidad que participaron en la investigación poseen estudios primarios y secundarios, pero el 28,0 % no posee ninguna instrucción, cifra importante a tomar en cuenta, ya que las carencias en la educación y formación, limitan y dificultan decisivamente las oportunidades de progreso individual y de integración social. A nivel nacional al igual que en la investigación la mayoría de las personas con discapacidad poseen estudios básicos, según datos SETEDIS (2014) el 18,0 % de la población con discapacidad del país no tiene ningún nivel de instrucción y el 54,0 % ha realizado

únicamente estudios primarios, el 19,0 % estudios secundarios y apenas el 8,0 % estudios superiores [61].



Fuente: Tabla N° 4 Elaboración: V. Medina

Gráfico N° 4. Personas con discapacidad según vínculo laboral actual. Parroquia Totoras 2016.

Análisis: En el Gráfico N°4 se observa que la mayoría de las personas con discapacidad tienen vínculo laboral actual (44,0 %), es necesario mencionar que el 34,0 % corresponde a las personas con discapacidad que no tienen edad legal para trabajar o porque sus condiciones de discapacidad dificultan la realización de actividades laborales y el 22,0 % al momento no mantienen vínculo laboral. (Anexo N°5)

Interpretación: En el estudio investigativo se demostró que el 44,0 % si poseen vínculo laboral actual, situación socioeconómica que le permite a la persona con discapacidad independencia emocional y económica, brindándole autonomía y formar parte de la población económicamente activa. El MRL (2013) basado en la base de datos de la Guía de Discapacidades, establece que 72.067 personas con discapacidad tienen vínculo laboral [18].

4.2. Características clínicas de discapacidad

Tabla N° 5. Personas con discapacidad según el tipo y causa. Parroquia Totoras 2016.

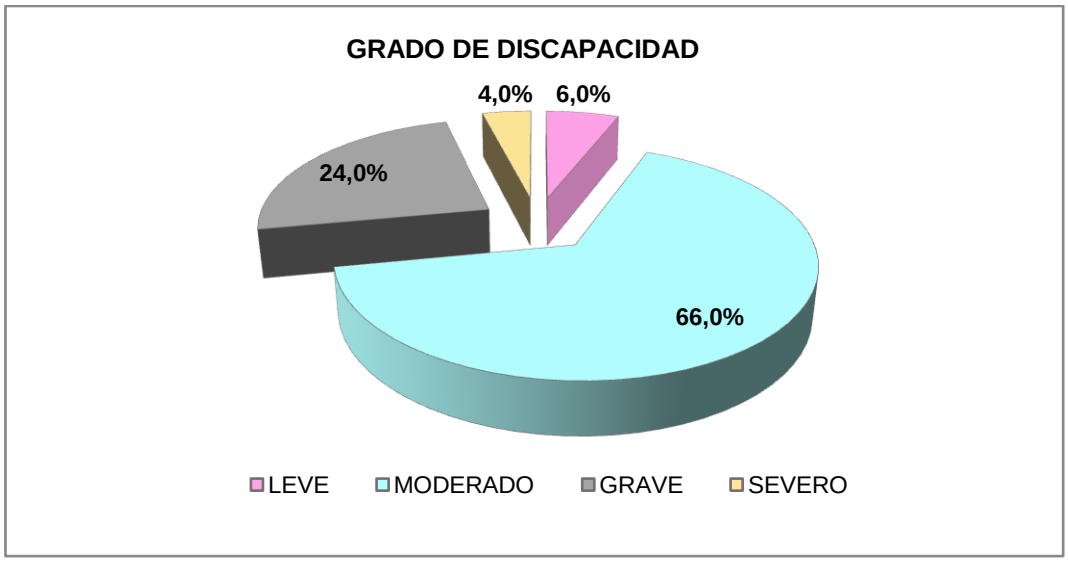
TIPO DE DISCAPACIDAD	CAUSA				TOTAL	
	GENÉTICA/ CONGÉNITA		ADQUIRIDA		N	%
	N°	%	N°	%		
FISICA	8	36,4	24	85,7	32	64,0
MENTAL/PSICOLÓGICA	1	4,5	0	0,0	1	2,0
INTELECTUAL	10	45,5	0	0,0	10	20,0
SENSORIAL	3	13,6	4	14,3	7	14,0
TOTAL	**22**	**44,0**	**28**	**56,0**	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Análisis: En la Tabla N° 5 en el 64,0 % tienen discapacidad física, seguido del 20,0 % con discapacidad intelectual, mientras que 14,0 % corresponden a discapacidad sensorial (auditiva, visual y lenguaje) y apenas el 2,0 % a la discapacidad mental/psicológica.

Interpretación: Al relacionar el tipo y causa, tenemos que la mayoría de las personas con discapacidad cuya causa es adquirida tiene discapacidad física el 85,7 %, seguido de discapacidad intelectual el 45,4% donde predomina la causa genética/congénita. De manera general es representativa la causa adquirida en los diferentes tipos de discapacidad, situación relevante en la salud de la comunidad, siendo necesario enfatizar en la prevención y promoción de la salud. Los datos coinciden con la estadística nacional (CONADIS junio 2016) [20] la discapacidad física predomina con 196.313 personas, seguido 92.568 personas con discapacidad intelectual. En el cantón Ambato (junio 2016) es de igual manera, se registró 3.026 con discapacidad física, y un

número menor, es decir 97 personas con discapacidad sensorial (lenguaje).



Fuente: Tabla N° 6 Elaboración: V. Medina

Gráfico N° 5. Personas con discapacidad según el grado de afectación. Parroquia Totoras 2016.

Análisis: En la Gráfico N° 5 predomina el grado de discapacidad moderada en un 68,0 %, seguido del 22,0 % con discapacidad grave, el 6,0 % discapacidad leve y solo el 4,0 % discapacidad severa. (Anexo N°6)

Interpretación: Se considera que a mayor grado de discapacidad, mayor será su dependencia y dificultad para realizar las actividades de la vida diaria, aumentando la vulnerabilidad de la persona con discapacidad, en el caso del presente estudio el 66,0 % presentan grado moderado y el 22,0 % afectación grave, situación a tomar en cuenta para analizar el nivel de inclusión de este grupo poblacional. Estos resultados coinciden con los datos estadísticos nacionales (CONADIS junio 2016) 179.549 presentan grado de discapacidad moderada, y 144.600 poseen discapacidad grave [20].

4.3. Acceso a los servicios de salud

Tabla N° 7. Accesibilidad al servicio de salud de las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

ACCESIBILIDAD	N°	%*
ENTORNO FÍSICO	0	0,0
ECONÓMICO	10	20,0
DICULTAD EN EL TRANSPORTE	7	14,0
AGENDAMIENTO NO DIFERENCIADO	22	44,0
TIEMPO DE ESPERA PROLONGADO	3	6,0
FALTA DE CAPACITACIÓN DEL PERSONAL	12	24,0
DISPONIBILIDAD DE MEDICAMENTOS E INSUMOS	2	4,0
DISPONIBILIDAD DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS	1	2,0
ATENCIÓN MÉDICA ESPECIALIZADA	4	8,0

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Nota aclaratoria:
* Se calculan los % en base a n=50.

Análisis: En la tabla N° 7 se puede identificar que entre los factores relacionados con dificultad al acceder a los servicios de salud local (Centro de Salud Totoras) predomina el agendamiento no diferenciado con el 44,0 %, seguido del 24,0 % falta de capacitación del personal de salud, y el 14,0 % presentan dificultad en el transporte, información que debe servir de análisis para generar y ejecutar estrategias que disminuyan la brecha social.

Interpretación: El 66,0 % de los factores relacionados con la accesibilidad dependen de la prestación del servicio de salud, es decir no hay una

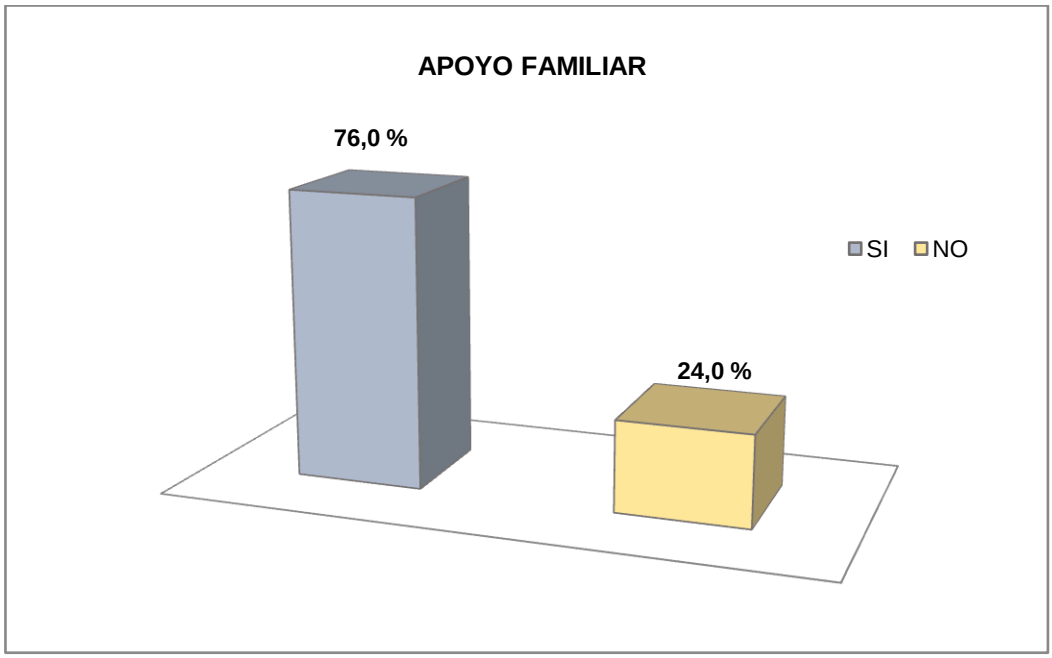
atención diferenciada para este grupo poblacional, el agendamiento no permite una atención inclusiva (44,0 %), existe falta de capacitación por parte de los profesionales que laboran en la unidad de salud (24,0 %). Los participantes del estudio refieren no tener atención médica especializada (8,0 %), el tiempo de espera para recibir la atención es prolongado (6,0 %), y menor porcentaje refirieron poca disponibilidad de medicamentos (4,0 %) y exámenes complementarios (2,0 %). El entorno físico de la unidad de salud no se identificó como una barrera para su atención, debido a que la infraestructura actual se encuentra ubicada en zona central de la parroquia con un sistema vial adecuado, además al ser una construcción nueva, cuenta con todos los parámetros arquitectónicos de accesibilidad, según la normativa nacional e internacional.

Con respecto a los factores propios de la persona con discapacidad se identificó como dificultad la situación económica (20,0%) y a su vez esta se relacionó con la dificultad al transporte (14, 0%).

En el informe mundial sobre discapacidad (2011) menciona que la mala coordinación de los servicios, junto a la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad. Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud en 51 países, las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria [1, 2], situación que se relaciona con la información obtenida durante la investigación, a pesar de los diferentes estrategias inclusivas regidas por órgano rector de las políticas nacionales de salud (Ministerio de Salud Pública).

SETEDIS (2014) basado en información de la Misión Manuela Espejo (2012) pudo evidenciar dicha situación de exclusión, respecto al bajo acceso a la atención sanitaria, donde 80.434 personas con discapacidad (27,4 %) se encontraron en "situación de salud precaria", además también se determinó que las especialidades médicas de mayor demanda fue oftalmología [60, 61].

4.4. Inclusión socio-familiar



Fuente: Tabla N° 8 Elaboración: V. Medina

Gráfica N° 6. Apoyo familiar de las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

Análisis: De acuerdo a la Gráfico N° 6, la mayoría de las personas con discapacidad refieren tener apoyo por parte de su familia en un 76,0 %. Siendo el entorno familiar el primer sistema en el que convive el individuo y del que depende en gran medida el proceso de adaptación social, se considera que es un factor favorecedor de inclusión de las personas con discapacidad de la parroquia.(Anexo N° 7)

Interpretación: Se considera a la familia como el primer conglomerado psicosocial, al que se pertenece, donde se debe satisfacer las diferentes necesidades afectivas, económicas, cuidados y orientación de cada uno de sus miembros, en la población estudiada el 76,0 % refiere contar con el apoyo de su entorno familiar, al ser un sistema abierto se encuentra en continuo cambio y movimiento, en busca de equilibrio y armonía, para mantener la estabilidad entre todos los individuos que la conforman, respetando las características y necesidades individuales, sin embargo el 24,0 % refiere no sentirse apoyados por su familia, situación desfavorable que afecta el autoestima de la persona, dificultando su integración como ente activo en el sistema familiar y por ende en la sociedad.

Tabla N° 9. Personas con discapacidades beneficiarias de bonos estatales. Parroquia Totoras 2016.

BONO ESTATAL	N°	%
DESARROLLO HUMANO	21	91,30
JOAQUIN GALLEGOS LARA	2	8,70
TOTAL	**23**	100,00

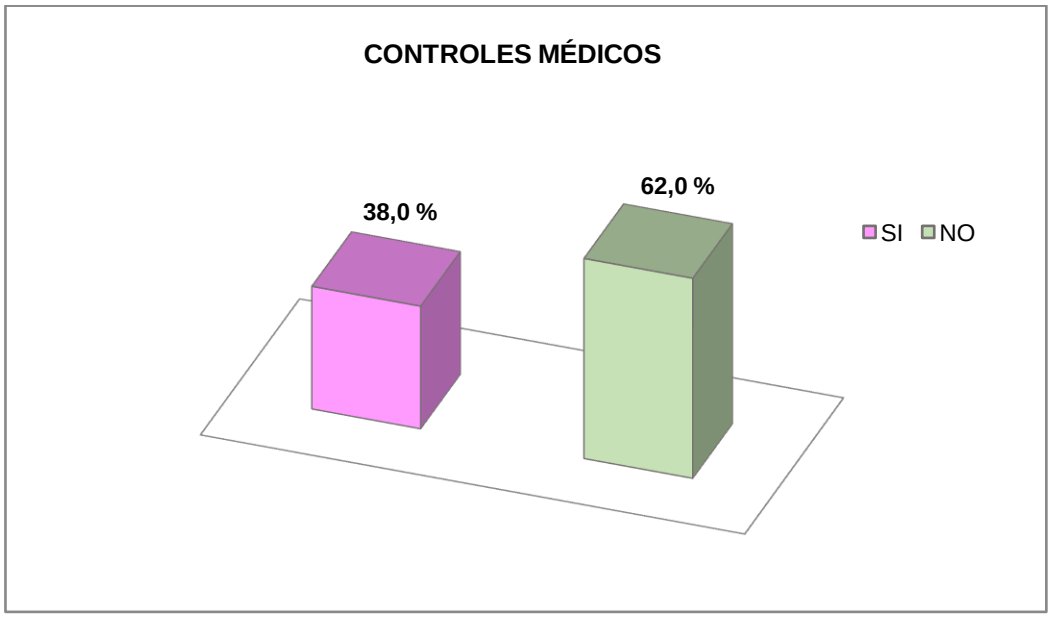
Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Análisis: En la Tabla N° 9, se observa 23 personas con discapacidad que reciben bonos estatales, que corresponde al 46,0 % del total de la población de estudio, de ellos el 91,0 % son beneficiarias del bono de Desarrollo Humano, y el 9,0 % que cumplen las condiciones de discapacidad y socio-económicas reciben el bono de Joaquín Gallegos Lara. De la información registrada en el instrumento la mayoría de las personas con discapacidad y/o sus representantes legales refieren que el estipendio mensual no cubre las necesidades del beneficiario, además es

necesario mencionar que del total de los participantes, nos se identificó cuáles de ellos cumplen con los requisitos para ser adjudicatarios de este beneficio social por parte del estado.

Interpretación: La adjudicación de bonos estatales a personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad económica y/o de discapacidad, permite disminuir la brecha social, mejorando las condiciones socio-económicas de los beneficiarios. A nivel nacional no se cuenta con información de cuantas personas con discapacidad que poseen los requisitos establecidos por el MIES han sido beneficiarios y si dicho estipendio cubre las necesidades, lo que se registra es información emitida por el CONADIS y MIES (2015) en la provincia de Tungurahua 376 personas han sido beneficiarias del Bono Joaquín Gallegos Lara del total nacional (18.205) [62, 63], además en el informe de gestión de 2015 del MIES se menciona que 435.606 núcleos familiares a nivel país han sido beneficiarios del Bono del Desarrollo Humano [63].

4.5. Salud integral



Fuente: Tabla N° 10 Elaboración: V. Medina

Gráfico N° 7. Controles médicos a personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

Análisis: En el Gráfico N° 7 observamos que el 62,0 % de ellos no han recibido controles médicos, y apenas el 38,0 % si recibieron atención médica a través de controles. Hubo un promedio de un (1) control médico anual, por lo que el personal de salud asignado a la parroquia no está cumpliendo con lo estipulado en el MAIS [55], aumentando la vulnerabilidad de este grupo poblacional (Anexo N°8).

Interpretación: Como lo estipula el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) de acuerdo al grupo de clasificación individual (grupo IV: con secuelas o discapacidad) se deben realizar por lo menos cuatro (4) visitas de seguimiento anual [55], ya sea a través de atenciones intramurales y/o extramurales.

Tomando en cuenta lo antes mencionado se procedió a registrar información sobre los controles médicos que recibieron los participantes de la investigación, donde apenas el 38,0 % refiere haber recibido como mínimo un control médico anual, siendo este un cumplimiento parcial de lo estipulado por el MSP en el modelo de atención de aplicación nacional, donde el estado debe garantizar a todas las personas como derecho universal recibir atención integral e integrada, para el mantenimiento adecuado de sus condiciones de salud en general, mediante la aplicación continua de acciones efectivas y eficaces en salud (promoción, prevención, recuperación y rehabilitación).

Según resultados presentados en el informe de Rendición de Cuenta de SETEDIS (2015) refiere que el 34,0 % de la población ecuatoriana con discapacidad acude a los centros de salud pública, sin que se detalle si dicha atención fue efectiva e integral, cuantas atenciones se realizaron, para analizar el nivel de inclusión en el sistema sanitario nacional [64].

Tabla N° 11. Personas con discapacidad beneficiaria de ayudas técnicas. Parroquia Totoras 2016.

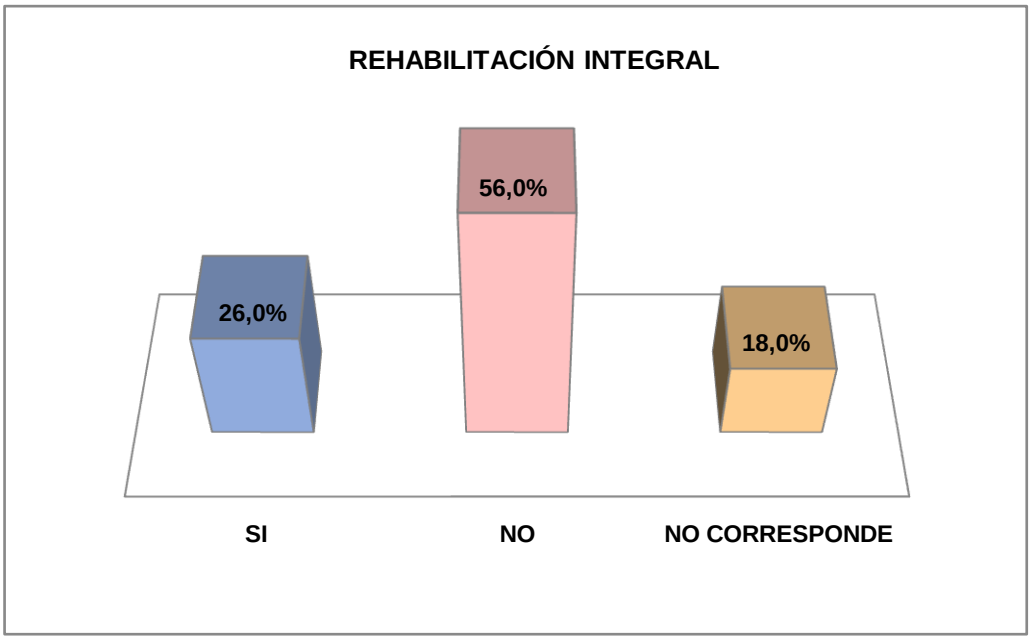
AYUDAS TÉCNICAS	N°	%
SI	17	34,0
NO	25	50,0
NO CORRESPONDE*	8	16,0
TOTAL	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Nota aclaratoria:
* Se refiere a las personas cuya característica clínica de discapacidad no requiere el uso de ayudas técnicas.

Análisis: En la Tabla N°11 se puede observar que la mayoría de personas con discapacidad no recibieron ayudas técnicas (50,0 %) y solo el 34,0 % fueron beneficiarias, por lo que no se cumple el objetivo de mitigar las deficiencias, restringiendo la participación social de la persona con discapacidad.

Interpretación: Las ayudas técnicas son instrumentos o dispositivos, que permiten mitigar la deficiencia que presenta una persona o la discapacidad generada por esta, facilitando su adaptación social, el 50,0 % al no contar con este beneficio se dificulta su adaptación social. En el 2015 según información emitida el 31 de enero de 2016 por parte de la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica (ANDES), basado en datos de la Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MSP, se entregó 8.317 ayudas ópticas (lentes). Además se entregó: 18.016 ayudas técnicas y 1.209 órtesis y prótesis a personas con discapacidad a nivel nacional [65.]



Fuente: Tabla N° 12 Elaboración: V. Medina

Gráfico N° 8. Rehabilitación integral en las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

Análisis: En el Gráfico N° 8, se observa que el 56,0 % no recibe rehabilitación integral, y apenas el 26,0 % recibe este servicio, siendo necesario mencionar que la rehabilitación integral incluye terapias de lenguaje, estimulación temprana, terapia física, entre otras, el MSP cuenta con la mayoría de los servicios de rehabilitación integral a nivel provincial, más sin embargo las personas no han sido incluidas integralmente en el sector sanitario. (Anexo N° 9)

Interpretación: Según información emitida el 31 de enero de 2016 por parte de la Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica (ANDES), basado en datos de la Subsecretaria Nacional de Provisión de Servicios de Salud del MSP, en el 2015 a nivel nacional, se realizaron 115.235 tamizajes en neurodesarrollo, de los cuales 1.726 dieron resultado anormal, siendo referidos a los centros de rehabilitación integral para una intervención temprana, además el país cuenta con centros especializados para atender a las personas con discapacidad (26 centros

tipo B y C con los servicios de rehabilitación integral, terapia física, ocupacional, estimulación temprana, terapia de lenguaje, psicorehabilitación, y 37 hospitales especializados y 5 centros de rehabilitación integral especializados [65].

A partir del último semestre del año 2015 la unidad operativa de salud de Totoras cuenta con rehabilitación física y estimulación temprana, por lo que el porcentaje del 26,0 % de las personas con discapacidad beneficiarias, se relaciona con el periodo con que se cuenta dicho servicio en la unidad, quedando un alto porcentaje (56,0 %) sin recibir el mismo.

4.6. Inserción Educativa

Tabla N° 13. Inserción educativa de las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

INSERCIÓN EDUCATIVA	N°	%
SI	12	33,3
NO	24	66,7
TOTAL	**36**	**100,0**

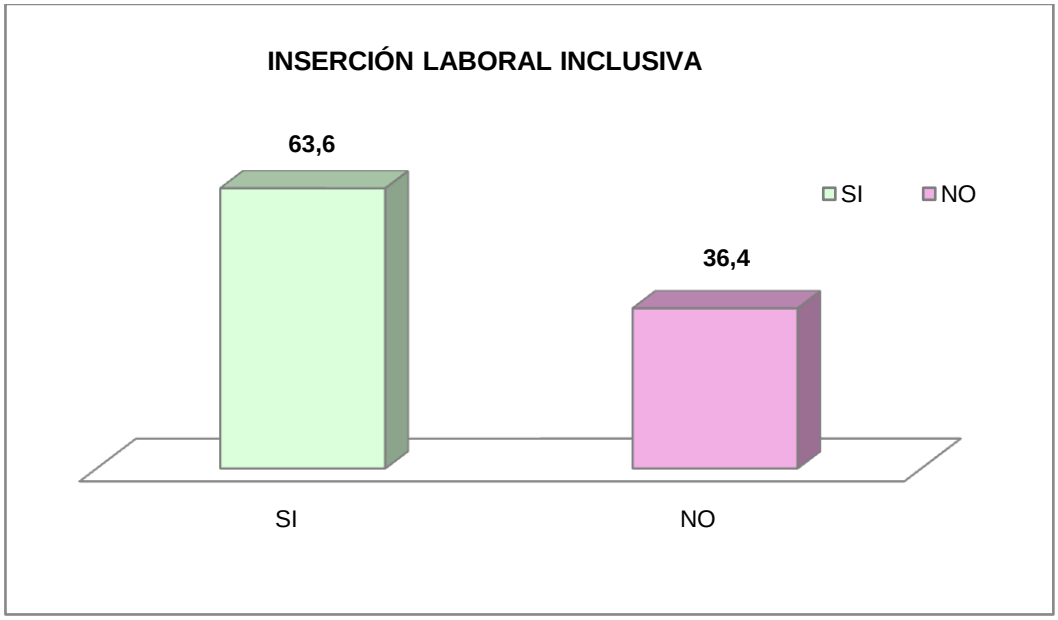
Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Análisis: En la Tabla N° 13 de las 36 personas que poseen un nivel educativo, el 66,7 % de ellas refiere que no han recibido una educación inclusiva, y tan solo el 33,3 % gozaron de un proceso educativo donde se desarrolló sus potencialidades y participación en condiciones de igualdad.

Interpretación: La inclusión educativa al ser un proceso paulatino necesita de la colaboración continua de todos los integrantes de la comunidad. En la investigación se pudo determinar que la mayoría de las personas (66,7 %) que poseen nivel educativo no fueron incluidos en dicho proceso, condición desfavorable para lograr una verdadera integración social, donde apenas el 33,3% de los participantes consideran que el proceso si

identificó sus habilidades y potencialidades individuales. En el informe de gestión (MIES 2015) se registró la inclusión educativa de 771 personas con discapacidad a nivel nacional [63].

4.7. Inclusión laboral



Fuente: Tabla N° 14 Elaboración: V. Medina

Gráfico N° 9. Inserción laboral inclusiva de las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

Análisis: En el Gráfico N° 9 se evidencia que de las 22 personas que poseen vínculo laboral el 63,6 % de ellas refieren haber sido incluidas adecuadamente en el ámbito laboral, por lo que se considera un avance en esta área social, sin dejar a un lado que la mayoría del total de la población con edad legal para trabajar (37,5 %) no mantienen vínculo laboral actual. (Anexo N° 10)

Interpretación: El progreso de un país no se refleja únicamente en los índices de crecimiento económico, sino en la capacidad para disminuir las brechas sociales como es la protección y seguridad social, discriminación laboral, con el objetivo de que las personas con discapacidad alcancen su autorrealización como entes productivos en la sociedad [66.] A nivel

nacional se han logrado avances en la integración laboral, especialmente en la zona urbana de las principales ciudades, pero si relacionamos estos datos no hay información sobre las personas con discapacidad de las áreas rurales para poder realizar una comparación y poder evidenciar el verdadero alcance de los proyectos y campañas nacionales relacionadas con la inclusión social integral.

Según datos obtenidos por Rodríguez et al (2014) [67] refiere que durante el periodo 2011 al 2013, 738 personas fueron insertadas laboralmente, correspondiente al 2,60% de los insertados en el país. El informe de rendición de cuentas 2015 del CONADIS [68] 81.463 personas con discapacidad han sido incluidas bajo dependencia laboral, de los cuales 1755 de ellos pertenecen a Tungurahua.

4.8. Verificación de la Hipótesis.

NIVEL EDUCACIONAL	INSERCCIÓN EDUCATIVA							
	Si		No		No corresponde		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Analfabeto	0	0,0	0	0,0	14	100,0	14	28,0
Primaria	6	50,0	16	66,7	0	0,0	22	44,0
Secundaria	5	41,7	7	29,2	0	0,0	12	24,0
Tercer Nivel	1	8,3	1	4,2	0	0,0	2	4,0
Total	**12**	**100,0**	**24**	**100,0**	**14**	**100,0**	**50**	**100,0**

- Chi-cuadrado de Pearson= 51,37
- Grados de libertad= 6
- p= 0,000
- Nivel de significación= p <0,05. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el nivel educacional y la inserción educativa por lo

que podemos afirmar la presencia de asociación entre el nivel educacional y la inserción educativa en las personas con discapacidad, es decir que en dependencia del nivel educacional se presenta la inserción educativa

VÍNCULO LABORAL	INSERCCIÓN LABORAL							
	Si		No		No corresponde		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	11	78,6	5	62,5	6	21,4	22	44,0
No	3	21,4	0	0,0	8	28,6	11	22,0
No corresponde	0	0,0	3	37,5	14	50,0	17	34,0
Total	**14**	**100,0**	**8**	**100,0**	**28**	**100,0**	**50**	**100,0**

- Chi-cuadrado de Pearson= 16,87
- Grados de libertad= 4
- p= 0,002
- Nivel de significación= p <0,05. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el vinculo laboral y la inserción laboral por lo que podemos afirmar la presencia de asociación entre ambos en las personas con discapacidad, es decir que en dependencia del vinculo laboral se presentara la inserción laboral.

GRADO DE DISCAPACIDAD	CONTROLES MÉDICOS					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Leve	3	15,8	0	0,0	3	6,0
Moderado	10	52,6	23	74,2	33	66,0
Grave	4	21,1	8	25,8	12	24,0
Muy Grave	2	10,5	0	0,0	2	4,0
Total	**19**	**100,0**	**31**	**100,0**	**50**	**100,0**

- Chi-cuadrado de Pearson= 9,099
- Grados de libertad= 3
- p= 0,016
- Nivel de significación= p <0,05. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el grado de discapacidad y el control médico por lo que podemos afirmar la presencia de asociación entre ambos en las personas con discapacidad, es decir que el control médico depende del grado de discapacidad.

AYUDA TÉCNICA	**REHABILITACIÓN INTEGRAL**							
	Si		No		No corresponde		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Si	4	30,8	13	46,4	0	0,0	17	34,0
No	7	53,8	12	42,9	6	66,7	25	50,0
No corresponde	2	15,4	3	10,7	3	33,3	8	16,0
Total	**13**	**100,0**	**28**	**100,0**	**9**	**100,0**	**50**	**100,0**

- Chi-cuadrado de Pearson= 7,378
- Grados de libertad= 4
- p= 0,119
- Nivel de significación= p >0,05. No existen diferencias estadísticamente significativas entre la ayuda técnica y la rehabilitación integral, por lo que no podemos decir que exista asociación entre estas dos variables, o lo que es lo mismo son independientes una de la otra.

Ritual de significancia estadística: (5 pasos)

1.- Formulación de Hipótesis: Hipótesis planteadas por el investigador.

- H_0: La inclusión social de las personas con discapacidad no está relacionada con el bajo nivel educacional, la falta de vínculo laboral y mayor grado de discapacidad.

- H_1: La inclusión social de las personas con discapacidad está relacionada con el bajo nivel educacional, la falta de vinculo laboral y mayor grado de discapacidad

2- Nivel de significación: (p= 0,05) Máxima grado de error o la máxima cantidad de error que se está dispuesto a aceptar por haber rechazado la hipótesis nula, aceptando la hipótesis alterna tomando en cuenta los resultados de la verificación.

3- Estadístico de Prueba: Chi-cuadrado de Pearson, por ser variables categóricas y buscar la asociación entre variables para probar las hipótesis planteadas.

4- Dar lectura al p-valor: Si este es menor que el nivel de significación se acepta la H_0, si este es mayor se rechaza la H_1 o la del investigador. El p-valor del chi-cuadrado calculado para probar la hipótesis de asociación entre las variables fue menor que el nivel de significancia (0.05).

5-Toma de decisión: Se la realiza a partir del p valor calculado respecto del nivel de significancia estadística a través del estadístico de prueba para la hipótesis planteada. Tomando en cuenta el análisis de la verificación de las hipótesis se rechaza la hipótesis nula H_0 y se acepta la hipótesis alterna H_1.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

El grupo de edad más afectado con discapacidad es la edad adulta media, donde predomina el género masculino, la gran parte de ellos no fueron favorecidos con una verdadera inclusión educativa donde se tome en cuenta las necesidades individuales, para el fomento de una participación igualitaria. Existe un mayor porcentaje de vinculación laboral inclusiva, además se pudo identificar que pocas personas con discapacidad y por ende sus familias han sido beneficiarias de bonos estatales.

Se determinó que la mayoría mantienen una relación afectiva estable, existe apoyo familiar fomentando así la autoestima y seguridad de las personas con discapacidad, considerándose un factor favorecedor para su integración social.

La mitad de la población estudiada presenta discapacidad física cuya causa más frecuente fue la adquirida, seguida de la discapacidad intelectual cuya causa fue genética/congénita.

A nivel de la prestación de servicios de salud, se identificó factores que dificultan la accesibilidad para una atención de salud integral inclusiva. Las personas con discapacidad cuyas condiciones individuales necesitan una ayuda técnica en su gran mayoría no son beneficiarias al igual que rehabilitación integral.

5.2. Recomendaciones

Realizar investigaciones donde se profundice sobre el tema investigado y se incluyan otros ámbitos sociales.

Es necesario que en las unidades de salud del primer nivel de atención se incluya una atención integral con rehabilitación y que se diferenciada donde se priorice su discapacidad.

Tomando en cuenta el análisis de los resultados de la investigación y su relación con otros estudios investigativos, la estrategia de atención diferenciada dirigida a las personas con discapacidad, contribuirá a mejorar las condiciones de salud de las personas con discapacidad, con enfoque de riesgo, de carácter integral e integrado.

CAPÍTULO 6

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

- **Título de la propuesta:**

Estrategia de atención de salud integral e integrada con enfoque inclusivo dirigido a las personas con discapacidad. Parroquia Totoras.

- **Tipo de organización:**

Servicios de salud.

- **Cobertura y localización:**

Participantes: Personal de salud de la unidad operativa de Totoras, y personas con discapacidad.

Beneficiarios: Personas con discapacidad y comunidad en general de la parroquia Totoras.

Lugar de aplicación: Unidad operativa de salud Totoras (Tipo B).

Ubicación: Provincia de Tungurahua, cantón Ambato, parroquia Totoras.

Dirección: Unidad operativa de salud. Totoras. Barrio Palahua. Calle confraternidad y 15 de agosto.

- **Equipo técnico responsable:**

Autor: Dra. Violeta Medina Bermúdez.

Apoyo: Personal de salud de la unidad operativa Totoras

- **Tiempo estimado para la ejecución:**

Desde el 2017 en adelante.

6.2. Antecedentes de la propuesta

La discapacidad forma parte de la condición humana, en algún momento de la vida, las personas sufrirán algún tipo de discapacidad transitoria o permanente junto a los malos estilos de vida, la alta incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles, que si no son controladas adecuadamente puede presentar secuelas o deficiencias que se traducen en discapacidad [2].

En el informe mundial del 2011 sobre Discapacidad menciona que la mala coordinación de los servicios, junto a la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia pueden afectar la calidad, accesibilidad e idoneidad de los servicios para las personas con discapacidad [1].

Según los datos de la Encuesta Mundial de Salud realizada en 51 países, se identificó que las personas con discapacidad tenían más del doble de probabilidades de considerar que los proveedores de asistencia carecían de la competencia adecuada para atender sus necesidades; una probabilidad cuatro veces mayor de ser tratadas mal, y una probabilidad tres veces mayor de que se les negara la atención de salud necesaria [1, 2]. Situación que se relaciona con la información obtenida durante la investigación, a pesar de las diferentes estrategias inclusivas regidas por órgano rector (MSP) de las políticas nacionales de salud.

En este contexto en el informe presentado por SETEDIS en el 2014 basado en datos de la Misión Manuela Espejo (2012) se estableció que 80.434 personas con discapacidad (27,4 %) se encontraron en “situación de salud precaria”, además también se determinó que las especialidades médicas de mayor demanda fue oftalmología [60, 61].

Las personas con discapacidad tienen niveles de salud más precarios que la población en general, además de las condiciones de salud

primariamente relacionadas con la discapacidad tienen mayores probabilidades de desarrollar condiciones secundarias, condiciones concurrentes, de exposición a la violencia, de comportamientos de riesgo, de sufrir lesiones no intencionales y de necesidades no satisfechas de servicios de salud sexual y reproductiva, de atención odontológica y psicológica, por lo que la expectativa de vida es menor y la muerte prematura es más frecuente [69].

La prestación de los servicios de salud que se brinde en una localidad debe basarse con un enfoque de riesgo de carácter integral e integrado, para que las personas que tienen discapacidad, mantengan adecuadamente la salud de acuerdo a sus características, además de prevenir posibles complicaciones inherentes a su condición. Las personas con discapacidad tienen derecho al mismo acceso a la asistencia sanitaria que el resto de la población, también a la asistencia médica de carácter preventivo, y por ende a beneficiarse de todos los servicios con que cuente el sistema de salud, los mismos que deben ser asequibles, de calidad y que tengan en cuenta sus necesidades, incluidas las derivadas de otras características sociodemográficas.

6.3. Justificación

Las personas con discapacidad son un grupo importante de la población y constituyen, por tanto, una parte también relevante de los usuarios del Sistema de Salud, esta relevancia se debe no solo a su importancia cuantitativa, sino que responde también a factores cualitativos, pues las personas con discapacidad tienen necesidades específicas, dificultando su integración en el sistema sanitario, ya que los recursos y medios están concebidos y preparados para la generalidad de la población.

Las consultas de atención primaria y especializada de las personas con discapacidad pueden y suelen requerir más tiempo para los exámenes, análisis diagnósticos, procedimientos clínicos y promoción de la salud que aquellas de las personas sin discapacidad. A esta situación objetiva/real

se suma lo subjetivo/ simbólico; las personas con discapacidad son objeto de discriminación en establecimientos de salud, generada por barreras actitudinales (prejuicios y estereotipos) y comunicacionales por parte del personal administrativo y de salud, y por barreras físicas arquitectónicas, urbanísticas de dichos establecimientos. Por ello, el acceso, asequibilidad, accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de atención curativa es un determinante mayor de la inadecuada atención en salud de las personas con discapacidad [69].

La equidad en el ámbito de la salud se define como la ausencia de diferencias injustas y evitables en salud entre grupos o poblaciones definidos socialmente, económicamente, demográficamente o geográficamente. Para lograr la equidad en salud, las actuaciones de salud pública deberán dirigirse prioritariamente a las personas más vulnerables y deben estar orientadas a procurar la equidad social, étnica, cultural, económica, territorial, generacional y de género. En este contexto, se deberán desarrollar actuaciones específicamente dirigidas a las personas con discapacidad, a las personas que se encuentran en situación de dependencia y a quienes llevan a cabo los cuidados o apoyos principales [70].

En la presente investigación se pudo determinar que entre los ámbitos sociales donde hubo menos inclusión de las personas con discapacidad residente en Totoras fue el de salud integral, donde se identificó una serie de factores que dificultan el acceso y asequibilidad a los servicios de salud local, entre ellos destacan el agendamiento no diferenciado, junto a la falta de capacitación del personal de salud que atiende a este grupo poblacional, tiempo de espera prolongado, además también se estudió si a este grupo poblacional se le realiza los controles médicos de acuerdo a la dispensarización individual, donde se pudo observar que esta población apenas tenía un (1) control anual, cuando se estipula en el MAIS-FCI por lo menos cuatro (4) anuales, además muy pocos fueron beneficiarios de

atención en rehabilitación integral, entre otros factores, por lo que se justifica el diseño y la aplicación de la presente propuesta.

6.4. Objetivos

Objetivo general:

Diseñar una estrategia de atención integral e integrada de salud, con enfoque inclusivo, dirigida a las personas con discapacidad que acuden a la unidad de salud de Totoras.

Objetivos específicos:

1. Capacitar al personal de salud de Totoras para la comprensión del proceso de la discapacidad, su prevención, y características específicas de atención sanitaria.
2. Mejorar los servicios y la atención médica prestada a las personas con discapacidad que acuden a la unidad de salud local.
3. Contribuir a lograr un nivel óptimo de salud, funcionamiento, bienestar y calidad de vida para todas las personas con discapacidad.

6.5. Análisis de factibilidad

La factibilidad de la presente propuesta se fundamenta en los siguientes aspectos:

- **Factibilidad organizacional:** El personal de salud de la unidad operativa de Totoras ha manifestado su apoyo y colaboración para la aplicación de la propuesta.
- **Factibilidad legal:** Es factible realizar la presente propuesta, ya que se ampara en la normativa jurídica nacional e internacional que garantiza el derecho universal de las personas con discapacidad de recibir atención en salud integral, como de los deberes y obligaciones que tienen los prestadores de servicios de salud.
- **Factibilidad operativa:** Se cuenta con los recursos humanos, económicos, tecnológicos para su aplicación.

- **Factibilidad social:** La propuesta tiene como objetivo mejorar la inclusión de la personas con discapacidad en el ámbito de salud integral, por lo que el impacto social en este grupo poblacional se manifestará en el mejoramiento y mantenimiento de la salud de los mismos, mediante el acceso a los servicios de salud de manera integral e integrada, con enfoque inclusivo.
- **Factibilidad tecnológica:** la unidad de salud Totoras donde se aplicarán las acciones y actividades de la propuesta, cuenta con condiciones físicas y tecnológicas adecuadas, siendo factible su aplicación.
- **Factibilidad económica**: Los recursos económicos para la aplicación de la propuesta son los estipulados por el MSP para la prestación de salud y los diferentes servicios, de acuerdo a la capacidad resolutiva de la unidad que se relaciona con la tipología (B).

6.6. Fundamentación

- **Fundamentación legal:**

La salud y el derecho a una asistencia sanitaria eficaz y satisfactoria es un elemento esencial de las sociedades democráticas avanzadas, pues es un presupuesto esencial para el desarrollo de los demás derechos que tiene reconocidos los ciudadanos para alcanzar una vida social plena y participativa [71].

En la Constitución de la República del Ecuador (2008), en varios de sus capítulos y articulados se establecen derechos y garantías que se relacionan con la generación de condiciones saludables, desde una perspectiva de una concepción integral de la salud [1, 34].

En la sección sexta, sobre las personas con discapacidad (Art. 47) refiere que: El Estado garantizará políticas de prevención de las discapacidades y, de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurará la equiparación de oportunidades para las personas con discapacidad y su

integración social. Se reconoce a las personas con discapacidad, los derechos a: 1) La atención especializada en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud para sus necesidades específicas, que incluirá la provisión de medicamentos de forma gratuita, en particular para aquellas personas que requieran tratamiento de por vida. 2) La rehabilitación integral y la asistencia permanente, que incluirán las correspondientes ayudas técnicas. 3) Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos [1, 34, 65].

La Ley Orgánica de Salud (Art. 6) establece las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, entre ellas: Regular y vigilar la aplicación de las normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades transmisibles, no transmisibles, crónico-degenerativas, discapacidades y problemas de salud pública declarados prioritarios y… (…) [1, 40].

- **Fundamentación científica - técnica:**

La salud como productor de desarrollo social, implica esfuerzos importantes por todos los gobiernos, cuya aplicación debe ser a nivel individual y colectiva, en función del mejoramiento de las condiciones de vida, junto a la generación de oportunidades donde rigen los principios de equidad, universalidad, solidaridad, integralidad, continuidad, participativo, eficiente, eficaz y de calidad [55].

Las políticas de salud pública deben contribuir a evitar que el entorno sea discapacitante, deben fomentar de forma efectiva la prevención de la discapacidad, mediante estrategias orientadas a la combatir la incidencia de las enfermedades, a garantizar la seguridad en las carreteras y los lugares de empleo o a promover cambios en los estilos de vida que reduzcan la incidencia de las deficiencias. Es necesario que se arbitren procedimientos para hacer realidad la promoción de la salud de las personas con discapacidad y la prevención de nuevas enfermedades o el agravamiento de las que ya tienen, así como para aumentar sus

capacidades, para mejorar su propia salud, lo que en muchos casos también incidirá en la mejora de la salud de las personas de su entorno [69].

En el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI) [55] organiza el sistema nacional de salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y la comunidad. Entre los objetivos estratégicos del modelo, se establece acercar los servicios de salud a la comunidad reduciendo las barreras de acceso, disminuyendo la inequidad, fortaleciendo la capacidad resolutivas del primer y segundo nivel, de tal manera que se garantice que el primer nivel de atención se constituya la puerta de entrada al sistema nacional de salud [55].

Tomando en cuenta los criterios de dispensarización establecidos en el MAIS-FCI las personas con discapacidad pertenecen al grupo IV (con secuelas y/o discapacidad) se les debe brindar atención médica integral, mediante actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, además se recomienda 4 visitas domiciliarias de seguimiento al año realizadas por el equipo integral de salud, cuyas acciones se programaran de acuerdo a las características individuales y familiares de la comunidad [55].

La atención primaria de salud (APS) debe tener entre sus objetivos la detección temprana de las discapacidades así como la promoción de la salud, la prevención de las afecciones secundarias y el agravamiento de las enfermedades que han dado lugar a la discapacidad, así como la eliminación de las disparidades en la salud entre las personas con y sin discapacidad. Además de debe tomar en cuenta las necesidades específicas de aquellos grupos de personas con discapacidad en los que concurren otros factores que incrementan la vulnerabilidad y que hacen que encuentren dificultades adicionales a la hora de ejercer sus derechos. Por ejemplo en las mujeres se debe priorizar la planificación familiar al igual que la aplicación del derecho sexual y reproductivo, identificación de

riesgos preconcepcional y obstétrico, brindando atención integral e integradora en beneficio de la salud de la madre y el hijo. Además es necesario educar a la población en general sobre los diferentes programas de tamizaje para la detección precoz de discapacidades (tamizaje auditivo, visual, neonatal, inmunización).

La atención temprana de los niños y niñas con discapacidad o con riesgo de experimentar alguna limitación en su proceso de desarrollo es esencial, pues los primeros años de vida constituyen una etapa de la existencia especialmente crítica, en la que se configuran las habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas y sociales que posibilitarán una equilibrada interacción con el entorno. No solo se debe considerar el riesgo biológico que tienen aquellos niños que durante el periodo pre, peri o posnatal, o durante el desarrollo temprano, han estado sometidos a situaciones que podrían alterar su proceso madurativo, como puede ser la prematuridad, el bajo peso o la anoxia al nacer, sino también el riesgo psico-social de los niños y niñas que viven en unas condiciones sociales poco favorecedoras, como son la falta de cuidados o de interacciones adecuadas con sus padres y familia, o los que sufren maltrato, negligencias y/o abusos.

Las personas con trastornos de salud en la esfera mental están expuestas a un mayor riesgo de problemas significativos de salud, y presentan con mayor frecuencia factores de riesgo importantes (hiperlipidemia, obesidad, hipertensión arterial, diabetes mellitus, entre otros.) de acuerdo a sus condiciones se dificulta en ocasiones la realización de pruebas diagnósticas y que se les prescriban tratamientos especializados, generalmente por sus características se enfrentan barreras reales en el acceso a los servicios de salud.

Las personas con discapacidad intelectual, sobre todo las que presentan limitación muy significativa de su funcionamiento, también tienen por lo general un estado de salud precario, debido a la combinación de factores

genéticos que contribuyen a la aparición de trastornos asociados a la discapacidad intelectual; factores relacionados con las circunstancias sociales y el estilo de vida, como el aislamiento social o los bajos ingresos económicos; factores relacionados con condiciones ambientales, como las barreras físicas y comunicativas, la discriminación o la vulnerabilidad a situaciones de abuso de diversos tipos; factores relacionados con el acceso y utilización de los servicios sanitarios, como la excesiva burocratización o la mala formación de los profesionales, y factores relacionados con la ausencia o inaccesibilidad de programas de educación para la salud, lo que genera una mayor vulnerabilidad frente a algunas enfermedades para las que le prevención es fundamental y una carencia de hábitos de vida saludables, por ejemplo en salud bucodental o nutrición.

Las personas con discapacidades muy graves/severas son un grupo especialmente diverso, que engloba a personas con distintas discapacidades, con déficits acumulados o combinados, que traen como consecuencia importantes necesidades específicas para resolver cada una de las situaciones cotidianas. Generalmente se enfrentan a problemas adicionales y deficiencias de atención desde el momento de la detección y el diagnóstico (falta de formación, escasa orientación hacia servicios, etc.), hasta, posteriormente, en el seguimiento de la salud, en los tratamientos, y en la práctica de determinadas pruebas o intervenciones, cuando contraen alguna enfermedad, es frecuente que ésta no sea adecuadamente diagnosticada debido a que los médicos frecuentemente tienden a asignar los síntomas a la situación de discapacidad, con la consiguiente subestimación de la importancia diagnóstica del síntoma y el no reconocimiento de la enfermedad concomitante.

Entre los múltiples servicios que se deben brindar a las personas con discapacidad son los tratamientos de rehabilitación que deben aplicarse inmediatamente después de detectar la discapacidad con el fin de paliar

las secuelas psicológicas, sociales, laborales y económicas asociadas a todo proceso de discapacidad; por ello, es absolutamente necesario que cuando un servicio médico detecta un problema de discapacidad, proceda de inmediato a dirigir a la persona afectada a un servicio de rehabilitación adecuado. Además, debe asegurarse la continuidad, durante todo el tiempo que sean necesarios, especialmente en aquellas enfermedades y discapacidades que necesitan rehabilitación permanente, con la finalidad de evitar la progresión de las patologías o lesiones además de potenciar las capacidades que permanecen.

Para que los servicios de salud sean integrales e integrados es necesario que las personas que laboran en el sector sanitario mantengan un sistema de capacitación continua para que se llegue a la verdadera comprensión el proceso de la discapacidad, complementando a su vez, con acciones de promoción de salud que conduzcan a la transformación cultural y socioeconómica de las condiciones, modos y estilos de vida saludables e inclusivos. Además de contar y aplicar un sistema articulado de acciones de prevención de las diferentes discapacidades por parte del personal de salud en especial de aquellos que pertenecen al primer nivel de atención ya que se considera que es el primer contacto que tiene una población con el sistema de salud, con énfasis en la detección y diagnóstico precoz en personas de alto riesgo a fin de actuar tempranamente, aún antes de establecerse signos evidentes de deficiencias, en las diferentes etapas del ciclo de vida, para prevenir o controlar el desarrollo de alteraciones en el funcionamiento humano.

6.7. Metodología y Modelo operativo

Metodología:

La presente propuesta pretende brindar una atención integral e integradora con enfoque inclusivo, dirigida a las personas con discapacidad, que servirá para mejorar la calidad de vida de los beneficiarios y sus familias. Siendo necesario realizar una serie de

acciones de salud y actividades de carácter inclusivo dirigido a los usuarios con discapacidad que acuden a la unidad de salud Totoras.

Para esto la propuesta consta en tres etapas con sus respectivas fases en base a criterios científicos- técnicos relacionados con el proceso de discapacidad.

Modelo operativo:

Etapa	Fase	Objetivo	Actividad	Recursos	Responsable
I	Socialización	Socializar al personal de salud de Totoras, comunidad y autoridades parroquiales y de salud sobre el acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad y los objetivos a cumplir	Reunión programada con autoridades parroquiales y de salud (18D02), junto al personal de salud que labora en la U.O Totoras para la socialización de la propuesta	Invitación	Dra. Violeta Medina
II	Ejecución	Ampliar conocimientos científicos y técnicos relacionados con la atención integral dirigida a las personas con discapacidad	Plan de capacitación permanente (cada 6 meses) sobre temas relacionados con la discapacidad y la prestación de servicios de salud dirigido a todo el personal de salud que	Medios audio-visuales e impresos	Dra. Violeta Medina Médico calificador de discapacidad 18D02

			labora en la U.O Totoras.		
		Ejecutar la propuesta de atención de salud integral e integrada dirigido a las personas con discapacidad con enfoque inclusivo	Aplicación del protocolo de atención integral e integradora con enfoque inclusivo dirigido a las personas con discapacidad, de acuerdo a la cartera de servicios.	Equipos e instrumentos médicos, odontológicos, rehabilitación integral, estimulación temprana Equipos e insumos de laboratorio equipos de imagen medicamentos e insumos Ambulancia. Formularios e instrumentos y protocolos establecidos por el MSP.	Personal de salud de la U.O Totoras
III	Evaluación	Evaluar el impacto de la ejecución de la propuesta	Se realizará evaluación del Plan de capacitación continua (cada 6 meses) al personal, antes y posterior a cada una de las actividades educacionales se aplicara el pre- test y el pos-test a los asistentes.	Instrumentos de evaluación (pre-test y post-test)	Dra. Violeta Medina Médicos calificadores de discapacidad.

			Se realizara cada 6 meses el monitoreo de la calidad de atención.	Monitoreo de control de calidad (MCC) del MSP	

6.8. Administración

- **Primera etapa:** Socialización

Se realizará la invitación formal a las autoridades parroquiales y de salud (18D02) y al todo el personal de salud, que labora en la unidad de salud Totoras, con la finalidad de dar a conocer la estrategia de atención integral e integradora de salud dirigida a las personas con discapacidad con enfoque inclusivo. Se realizará en una sola ocasión en el auditorio mixto de la unidad de salud Totoras, mediante la utilización de medios audiovisuales e impresos relacionados con el tema, cuyo responsable de dicha actividad será la autora de la propuesta.

A los 6 meses de la primera actividad se sugiere socializar los resultados preliminares de la aplicación de la propuesta a los actores sociales de la comunidad, además de fomentar del apoyo comunitario y vida independiente a la población con algún tipo de discapacidad, mediante el apoyo de autoridades de la parroquia.

- **Segunda etapa:** Ejecución

Esta etapa se divide en dos fases que a su vez se ejecutan continuamente (sistema de educación continua, Aplicación de acciones de salud en promoción y prevención, complementando con actividades inclusivas.

1.- Sistema de educación continúa: Si el personal de Atención Primaria de Salud (primer nivel) conoce, se interesa y está consciente de su responsabilidad frente a este condicionante de salud podrá lograr acciones que permitan que las personas con discapacidad sean atendidas exitosamente, siguiendo las pautas de la atención integral de salud.

Para lo cual es necesario el compromiso expresado en la voluntad al realizar su trabajo, conocimiento de la situación de salud de la población asignada, e información actualizada sobre el proceso salud-enfermedad-discapacidad.

Tomando en cuenta lo analizado se procederá a la aplicación de un plan continuo de educación dirigido a todo el personal de salud que labora en la unidad de Totoras, el mismo que se actualizará cada 6 meses con los temas relacionados con discapacidad.

Las capacitaciones estarán a cargo del médico calificador de discapacidad (18D02) y de la autora de la propuesta.

- Inclusión de las personas con discapacidad en al ámbito de salud.
- Caracterización de la población relacionada con la discapacidad, basado en el Modelo de Atención Integral de Salud familiar comunitaria e intercultural (MAIS-FCI)
- Generalidades y características clínicas de la discapacidad.
- Atención sanitaria y la prestación de servicios de salud con enfoque inclusivo.
- Protocolo de atención integral de salud dirigido a las personas con discapacidad que acuden a la unidad de salud Totoras.
- Y otros temas relacionados, tomando en cuenta los resultados de la aplicación de la propuesta.

Además se difundirá material informativo y formativo al personal de salud sobre salud, funcionamiento y discapacidad, que permita comprender los posibles factores determinantes de las deficiencias y/o alteraciones del funcionamiento.

2.- Aplicación: Ejecución de acciones de salud y actividades inclusivas que promuevan la atención integral e integradora de salud con enfoque inclusivo dirigido a las personas con discapacidad, de acuerdo a la cartera de servicios, cuyos responsables será todo el personal de salud que labora en la unidad o que brinde servicios itinerantes en la misma, además se incluye al personal de atención pre-hospitalaria.

Los recursos materiales y humanos estarán bajo cargo del MSP.

Actividades y acciones de salud inclusivas:

- Estimación de la población objeto del área de influencia.
- El personal de salud será debidamente capacitado y equipado para prestar asistencia médica a las personas con discapacidad y además para prestar asesoramiento apropiado a los familiares, a fin de que no limiten las opciones de que disponen estos.
- Identificación de la cartera de servicios que cuenta la unidad operativa de salud tipo B Totoras son:
  - ✓ Medicina Familiar y Comunitaria (atención preventiva y morbilidad en consulta externa y promoción de salud, prevención de enfermedad y morbilidad en visitas domiciliarias y seguimiento en la comunidad)
  - ✓ Calificación de discapacidades (consulta externa)
  - ✓ Medicina general (atención preventiva y morbilidad)
  - ✓ Gineco-obstetricia (atención preventiva y morbilidad)
  - ✓ Odontología
  - ✓ Nutrición
  - ✓ Psicología clínica.
  - ✓ Inmunizaciones
  - ✓ Ecografía
  - ✓ Laboratorio clínico
  - ✓ Estimulación temprana
  - ✓ Rehabilitación integral
  - ✓ Farmacia

- ✓ Procedimientos menores/ Observación.
- ✓ Atención prehospitalaria.

- Al existir el espacio físico donde se cumple las normas técnicas internacionales y nacionales relacionadas con la accesibilidad a las personas con discapacidad se establece que la atención de prevención, morbilidad, además de calificación de discapacidad se la realizará en el consultorio N° 4.
- Toda persona con discapacidad será evaluada por personal médico en el menor tiempo posible, iindependientemente del agendamiento telefónico su atención será diferenciada es decir tendrán prioridad en la atención (medicina familiar, medicina general, gineco-obstetricia, odontología, nutrición, ecografía, exámenes de laboratorio, rehabilitación, estimulación temprana) evitando los tiempos de espera prolongados, tomando en cuenta las necesidades individuales de salud.
- Se contará con la atención de 8 horas por parte del médico familiar y/o calificador de discapacidad, y de 4 horas complementarias a través de medicina general (dando un total de 12 horas de atención).
- A toda persona con discapacidad se le registrará la gravedad y tipo de deficiencias, limitación de actividad y restricción en la participación, siguiendo la normativa de la clasificación internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud.
- Si la persona con discapacidad es atendida en uno de los servicios y se requiere la atención de otro que brinde la unidad, el personal mediante comunicación telefónica informará la necesidad de atención requerida, y dependiendo de la misma se realizará preferentemente el mismo día posterior a la primera consulta, o en su defecto será agendado (diferenciado) por estadística para su atención en la misma semana de atención. En el caso que se requiera atención de especialidad (nivel II) se llenara el formulario MSP 0.53 para que el proceso de admisión y atención al usuario para su atención en una unidad de mayor complejidad del sistema de salud.

- Una vez diagnosticado el paciente y que el mismo requiera atención de los servicios complementarios (nutrición, psicología clínica, estimulación temprana, rehabilitación física, inmunización, laboratorio, ecografía) se atenderá directamente en dichos servicios previa cita programada.
- Toda persona identificada como persona con deficiencia se le iniciará inmediatamente el plan de prevención de discapacidades (Anexo N° 11)
- Impulsar la aplicación de los protocolos de prevención de las diferentes discapacidades por parte del personal del primer nivel de atención, para la detección y diagnóstico precoz en personas de alto riesgo, de los signos de alarma, a fin de actuar tempranamente, aún antes de establecerse signos evidentes de deficiencias, en los diferentes sistemas y órganos (desviaciones del desarrollo neurológico, osteomuscular, visual, auditivo, cognoscitivo y conductual), en las diferentes etapas del ciclo de vida, para prevenir o controlar el desarrollo de alteraciones en el funcionamiento humano.
- En el caso de que la persona con discapacidad presente una situación de urgencia o emergencia su atención se dirigirá y se brindará en el área de procedimientos generales y observación, que cuenta con personal médico y de enfermería (12 horas) se atenderá de acuerdo a la situación de salud, en caso de que la capacidad resolutiva de la unidad no permita continuar con la atención, el paciente se estabilizará y se procederá previa coordinación con el Sistema ECU 911 a la referencia a una unidad de mayor complejidad.
- Deacuerdo a la programación de atenciones de seguimiento se procederá a realizar el 100% del cumplimiento en lo estipulado por el MAIS FCI para nivel I de atención (mínimo 4 controles médicos anuales) que podrán ser realizadas intra o extramurales, siempre y cuando se tome en cuenta las características clínicas de la discapacidad.

- Búsqueda activa mediante visitas de seguimiento domiciliaria, se dará prioridad aquellas pacientes con discapacidad que estén embarazadas, niños, adultos mayores con síndrome de fragilidad, dismovilidad e inmovilidad con o sin patologías crónicas de base, dichos controles se realizaran en cada uno de los sectores previamente asignados por profesional, donde se procederá a la actualización de ficha familiar, donde cada uno de los profesionales serán los responsables de la actualización del mapa parlante según dispensarización (V con secuelas y/o discapacidad), complementando con la búsqueda pasiva de las personas que acuden a consulta externa en la unidad operativa de salud Totoras.
- Articulación intersectorial y orientación a las personas con discapacidad y familiares, para la consecución de ayudas técnicas necesarias y adecuadas al proceso de habilitación/rehabilitación.

Tercera etapa: Evaluación

Se realizará una evaluación preliminar a los 6 meses de ejecución de la estrategia de atención de salud integral e integrada dirigida a las personas con discapacidad de la parroquia Totoras, y se socializara dichos resultados al personal de salud de la unidad operativa y a los actores sociales, para la toma de decisiones posteriores con la finalidad de garantizar su continuidad. Posteriormente se realizará cada 6 meses la evaluación de los componentes operativos y epidemiológicos.

En lo que respecta plan de educación continúa, después de cada actividad educativa se aplicará los instrumentos de evaluación del conocimiento (pre-test y post-test).

6.9. Previsión de la evaluación

Control de la ejecución de la estrategia realizada por el equipo de salud, mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de los componentes operativos y epidemiológicos. Se realizará cada 6 meses la evaluación

mediante instrumento establecido por el MSP de Monitoreo de Control y Calidad (MCC).

Los componentes de evaluación a considerar son:

Evaluación del Proceso: Permite realizar actividades de monitoreo, control y seguimiento a nivel de los servicios y a nivel de los diferentes subprogramas implementados para dar respuesta a la población con algún tipo de discapacidad. Facilita la incorporación de correctivos que conlleven a la optimización de la gestión.

Evaluación de Resultados: Permite obtener informaciones concretas y analizar el cumplimiento de las propuestas para cada uno de los objetivos específicos del programa en términos de su actividad, su eficacia y su eficiencia. Estos resultados generan conclusiones que permiten retroalimentar la gestión del programa, además identificar, planificar y gestionar otros programas y proyectos de ser necesario.

Evaluación de impacto: Constituye un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados.

Los parámetros a evaluar serán.

- Análisis de los registros epidemiológicos locales que permita una planificación o ajuste adecuado a la situación local.
- Evaluación (calificación y clasificación) de la discapacidad y el tratamiento de los casos identificados en este nivel. (U.O Totoras).
- Cumplimiento de las actividades asistenciales asignadas en consultas (diagnóstico diferencial y tratamiento), y actividades realizadas en los servicios complementarios.
- Número de actualización de fichas familiares con su respectivo registro en el mapa parlante con enfoque de riesgo.
- Número de acciones de promoción de salud por cada profesional
- Número de acciones preventivas por cada profesional.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo. Ecuador 2013 (SENPLADES), Consejo Nacional de la Igualdad de discapacidades Ecuador. Agenda Nacional para la igualdad en Discapacidades 2013-2017. Quito 2013. http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Agenda-Nacional-para-Discapacidades.pdf (último acceso 28 octubre 2014)

[2] Organización Mundial de la Salud (OMS); Banco Mundial (BM). Informe mundial sobre la Discapacidad. 2011. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/accessible_es.pdf?ua=1 (último acceso 29 septiembre 2014)

[3] Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. Sede de las Naciones Unidades. Nueva York. 2006. http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf (último acceso 25 septiembre 2014)

[4] Vicepresidencia de la República del Ecuador. http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas-servicios/ (último acceso 02 enero 2015)

[5] Presidencia de la República del Ecuador. Centro de Gestión Gubernamental. *Decreto Ejecutivo 547. Transformar a la Secretaría Técnica de Discapacidades en Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades.* Quito 2015 http://decretosconsulta.gobiernoelectronico.gob.ec/ (último acceso 14 noviembre 2015)

[6] Presidencia de la República del Ecuador. Centro de Gestión Gubernamental. *Decreto Ejecutivo 1047. Suprímase la Secretaria Técnica*

para la Gestión Inclusiva en Discapacidades. Quito 2016. http://decretosconsulta.gobiernoelectronico.gob.ec/ (18 junio 2016)

[7] Bank-Mikkelsen, N. *"El principio de normalización".* 1975. http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/Portadas/24may2004.htm. (último acceso 23 febrero 2015)

[8] Nirje. B.*"The normalization principle: implications on normalization, Symposium on normalization".* Madrid 2004 http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/Portadas/24may2004.htm. (último acceso 23 febrero 2015)

[9] El informe Warnock. *Report of the Committee of Inquiry into the Education of Handicapped Children and Young People.* Londres. 1979 http://www.educationengland.org.uk/documents/warnock/warnock21.html&ei=JzlTP6bNcGB8ga3tYXNCQ&sa=X&oi=translate&ct=result&resnum=5&ved=0CD0Q7gEwBA&prev=/search%3Fq%3DWarnock,%2BM.:%2BMetng%2BSpespecial%2BEducational%2BNeeds,%2B1978%26hl%3. (último acceso 23 febrero 2015)

[10] Organización Panamericana de la Salud. Centro de Demografía y Salud y Envejecimiento. Universidad de Wisconsin-Madison. Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) 1998-2004. http://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNol%20noviembre%202004.pdf (último acceso 29 septiembre 2014)

[11] Pérez. M. Exclusión y discriminación en contra de la población con discapacidad en el mercado laboral peruano: *Un análisis de descomposiciones salariales paramétricas y no paramétricas.* Lima 2005 http://www.discapacidadonline.com/wp-content/uploads/2012/06/exclusion-discriminacion-discapacidad-y-mercado-laboral-peruano.pdf (último acceso 01 diciembre 2014)

[12] Destacan resultados de estudio sobre discapacidad en países del ALBA. *Cubadebate. Artículo 07 de julio de 2010*. http://www.cubadebate.cu/noticias/2010/07/07/destacan-resultados-de-estudio-sobre-discapacidad-en-paises-del-alba/#.VFyWcKjYWdM (último acceso 10 octubre 2014)

[13] Cobas Ruiz. M; Zacca Pena. E; Portuondo Sao. M; Icart Pereira. E; Jordán Hernández. A; Gámez Fonseca. M. La investigación acción en la atención de personas con discapacidad en países del ALBA. Revista Cubana Genética Comunitaria. 2011; 5 (2-3):20-31. http://bvs.sld.cu/revistas/rcgc/v5n2-2/rcgc100111.pdf. (último acceso 22 septiembre 2014)

[14] Discapacidad Ecuador Misión Solidaria Manuela Espejo. http://www.discapacidadonline.com/discapacidad-ecuador-mision-solidaria-manuela-espejo.html (último acceso 16 de noviembre 2015)

[15] Ministerio de Inclusión Económica y Social. Proyecto ampliación de capacidades de las personas con discapacidad y sus familias para la promoción y exigibilidad de derechos. http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf (último acceso 13 octubre 2014)

[16] Instituto Nacional de Estadísticas y censo del Ecuador (INEC) 2010. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/?s=discapacidad (último acceso 10 octubre 2014)

[17] Secretaría Técnica de Discapacidades- Vicepresidencia de la República del Ecuador disponible en: http://www.setedis.gob.ec/ (último acceso 13 marzo 2016)

[18] Ministerio de Relaciones laborales (MRL). Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS). Manual de buenas prácticas para la inclusión laboral de personas con discapacidad. Quito 2013. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/06/manual_buenas_practicas_inclusion_laboral.pdf.(último acceso18 julio 2016)

[19] Consejo Nacional de Igualdades de Discapacidades del Ecuador (CONADIS) 2013. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/conadis_registro_nacional_discapacidades.pdf (último acceso 23 marzo 2015)

[20] Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS). Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Estadísticas junio 2016. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/estadistica/index.html (último acceso 18 julio 2016)

[21] Medina. V. *Análisis de la Situación Integral de Salud.* Parroquia Totoras. Cantón Ambato. Provincia Tungurahua 2015.

[22] Peña Vintimilla. J. Inclusión de las personas con capacidades especiales en el ámbito social. Cuenca 2010. http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/957 (último acceso 09 marzo 2015)

[23] Vicepresidencia de la República del Ecuador. Programas y servicios. http://www.vicepresidencia.gob.ec/programas-servicios/ (último acceso 02 enero 2015)

[24] Cazar. R .Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (CONADIS). Análisis de la Situación de las Discapacidades en el Ecuador. Quito 2001.

http://icevi.org/latin_america/publications/quito_conference/analisis_de_la_situacion_de_las_.htm (último acceso 25 septiembre 2014)

[25] Programa de lucha contra la pobreza en Lima. (PROPOLI) La inclusión de las personas con discapacidad. Sistematización de la intervención de PROPOLI en discapacidad: Lecciones aprendidas y recomendaciones para futuras intervenciones. Lima 2008. http://www.bvcooperacion.pe/biblioteca/bitstream/123456789/2019/1/BVCI0001650.pdf (último acceso 25 marzo 2014)

[26] Ecuador. Secretaría técnica de Discapacidades (SETEDIS). Taller Nacional de Priorización de temas de investigación y proyectos de intervención sobre discapacidades. Quito 2013. http://www.setedis.gob.ec/descargas/publicaciones (último acceso 24 octubre 2016)

[27] Tapia Solórzano. Y. *La inserción laboral de las personas con discapacidad y su incidencia socioeconómica en el Ecuador. Período 2009 – 2011.* Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Económicas. Guayaquil 2012. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/5112/1/tesisTapia%20Solorzano,%20Yessenia.pdf (último acceso 13 diciembre 2015)

[28] Rodríguez Marín. V. *Las instituciones públicas y la inserción laboral de personas con discapacidades.* Península de Santa Elena. 2010. http://repositorio.upse.edu.ec:8080/bitstream/123456789/456/1/TESIS%20DE%20VANESSA%20RODRIGUEZ%20MARIN.pdf (último acceso 05 enero 2015)

[29] Vélez. C. *Discursos y Representaciones de la inclusión de estudiantes con discapacidad en los itinerarios de formación docente.* 2012. http://www.puce.edu.ec/sitios/investigacion/ponencias-simposio/pdf/PRES-

Velez_Catalina_Discursos_y_Representaciones_de_la_inclusion_de_estudiantes_con_discapacidad.pdf (último acceso 19 marzo 2014)

[30] Caiza. M. *Inclusión de estudiantes con discapacidad en las escuelas públicas del cantón Ambato*. Tungurahua 2011. Universidad Técnica Equinoccial. Vicerrectorado General Académico. Tungurahua 2011. http://repositorio.ute.edu.ec/bitstream/123456789/12182/1/44144_1.pdf (último acceso 15 diciembre 2015)

[31] Montaño. C. *Análisis de la efectividad de la política pública en torno a la inclusión laboral de personas con discapacidad física en el Ecuador*. 2013. Universidad San Francisco. Quito 2013. http://repositorio.usfq.edu.ec/bitstream/23000/1648/1/106503.pdf (último acceso 15 diciembre 2015)

[32] Pérez Pazo. C. *La difusión de los derechos de las personas con discapacidad y la inclusión social en la zona urbana del Cantón Píllaro.* Universidad Técnica Ambato 2014. Tungurahua 2014. http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8278/1/FJCS-CS-362.pdf (último acceso 20 marzo 2014)

[33] Organización de los Estados Americanos (OEA). Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Washington 1999. http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-65.html (último acceso 25 noviembre 2014)

[34] Asamblea Nacional del Ecuador. Constitución de la República del Ecuador. Asamblea Constituyente. Montecristi 2008. www.asambleanacional.gob.ec/sites/default/files/.../old/constitucion_de_bolsillo.pdf (último acceso 14 octubre 2014)

[35] Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo*. Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013.* Ecuador. http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf (último acceso 01 diciembre 2014)

[36] Asamblea Nacional de la República del Ecuador. *Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador. Registro Oficial N° 796.* Quito 2012. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/02/ley_organica_discapacidades.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[37] Honorable Congreso Nacional República del Ecuador. *Código Penal del Ecuador. Registro Oficial Suplemento 147.* Quito 2012. http://www.scpm.gob.ec/wp-content/uploads/2013/03/c%C3%B3digo-Penal.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[38] Honorable Congreso Nacional de la República del Ecuador. *Código de ¨Procedimiento Penal del Ecuador 2000. Registro Oficial Suplemento 360*. Quito 2010. http://www.registrocivil.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/01/este-es-19-C%C3%93DIGO-DE-PROCEDIMIENTO-PENAL-Reglamentos-Generales.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[39] Honorable Congreso Nacional República del Ecuador. *Código del Trabajo del Ecuador. Codificación 17. Registro Oficial. Suplemento 167.* Quito 2005. http://www.trabajo.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/11/C%C3%B3digo-de-Tabajo-PDF.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[40] Honorable Congreso Nacional República del Ecuador. *Ley Orgánica de Salud del Ecuador. Ley 67. Registro Oficial. Suplemento 423.* Quito 2012. http://www.desarrollosocial.gob.ec/wp-

content/uploads/downloads/2015/04/SALUD-LEY_ORGANICA_DE_SALUD.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[41] Honorable Congreso Nacional República del Ecuador. *Ley Orgánica de Régimen Tributario Interno del Ecuador. Registro Oficial. Suplemento 463.* Quito 2011. http://www.sri.gob.ec/BibliotecaPortlet/descargar/197d4927-c64f-4419-a653-05a2b8e1d6bb/LEY+DE+REGIMEN+TRIBUTARIO+INTERNO-2015.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[42] Asamblea Nacional de la República del Ecuador. *Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vital y su Reglamento del Ecuador. Registro Oficial. Suplemento 398.* Quito 2011- 2012. http://www.turismo.gob.ec/wp-content/uploads/2016/04/LEY-ORGANICA-DE-TRANSPORTE-TERRESTRE-TRANSITO-Y-SEGURIDAD-VIAL.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[43] Asamblea Nacional de la República del Ecuador. *Ley Orgánica Electoral Código de la Democracia del Ecuador.* Quito 2012. http://www.cpccs.gob.ec/docs/normativaDocs/1408849.pdf (último acceso 12 enero 2015)

[44] Honorable Congreso Nacional República del Ecuador. *Ley de Seguridad Social del Ecuador. Ley 55.* Quito 2011. https://www.iess.gob.ec/documents/10162/33701/Ley_de_Seguridad_Social.pdf?version=1.0 (último acceso 13 enero 2015)

[45] Honorable Congreso Nacional República del Ecuador. *Código de la Niñez y la Adolescencia del Ecuador. Registro Oficial 737* http://www.oei.es/quipu/ecuador/Cod_ninez.pdf. (último acceso 17 junio 2016)

[46] Asamblea Nacional de la República del Ecuador. *Ley Orgánica de Educación Intercultural del Ecuador. Registro Oficial Nº 417*. Quito 2011. http://www.evaluacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/06/Anexo-b.-LOEI.pdf (último acceso 14 enero 2015)

[47] Asamblea Nacional de la República del Ecuador. Ley Orgánica de Servicio Público del Ecuador (LOSEP) Registro Oficial Suplemento 294. Quito 2010. http://www.turismo.gob.ec/wp-content/uploads/2016/03/LOSEP.pdf (último acceso 14 enero 2015)

[48] Agencia Nacional de Transito. Reglamento Técnico INEN 042. *"Accesibilidad de las personas con discapacidad y movilidad reducida al medio físico". Registro Oficial 69*. Quito 2009. http://www.ant.gob.ec/index.php/servicios/normas-y-reglamentos-inen/transito/file/190-reglamento-tecnico-ecuatoriano-rte-inen-042-2009 (último acceso 15 enero 2015)

[49] Ministerio de Relaciones Laborales. *Norma Técnica sustitutiva del subsistema de selección de personal en el sector público. Acuerdo Ministerial Nº 0086. Registro Oficial Nº 216.* Quito 2010. http://www.sri.gob.ec/DocumentosAlfrescoPortlet/descargar/b92e934e-7f5b-4560-8258-74afdddb6912/NORMA+T%C9CNICA+DEL+SUBSISTEMA+DE+SELECCI%D3N+DE+PERSONAL.PDF. (último acceso 15 enero 2016)

[50] Vicepresidencia República del Ecuador. Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades. *Política Pública en discapacidad, del enfoque biológico al enfoque de derechos. 2007 -2015.* http://www.setedis.gob.ec/descargas/publicaciones/POLITICA_PUBLICA_EN_DISCAPACIDADES_2007-2015.pdf (último acceso 15 enero 2016)

[51] Secretaría Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades. *Poder adquisitivo del Bono Joaquín Gallegos*. http://www.setedis.gob.ec/PORTALREG/REG/GNR/ARCHIVOS/BONO%20JOAQUIN%20GALLEGOS%20LARA.pdf (último acceso 20 marzo 2015)

[52] Honorable Congreso Nacional República del Ecuador. *Ley contra la Violencia a la Mujer y a la Familia del Ecuador. Ley 103. Registro Oficial 839. Decreto ejecutivo 1982.* Quito 2009. http://app.mies.gob.ec/lotaip/index.php/component/phocadownload/category/2256-normas-de-regulacion?download=7322:ley-contra-la-violencia-a-la-mujer-y-la-familia. (último acceso 19 enero 2015)

[53] Cáceres C. *Sobre el concepto de discapacidad: Una revisión de las propuestas de la Organización Mundial de la Salud.* Tenerife. Islas Canarias. España. 2004. http://www.auditio.com/docs/File/vol2/3/020304.pdf (último acceso 22 febrero 2015)

[54] Ministerio de Inclusión Económica y Social. Subsecretaria de Discapacidades y Familia. Propuesta de atención integral para personas con discapacidad. Quito 2013. http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Discapacidades.pdf (último acceso 11 julio 2016)

[55] Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2013. Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud (MAIS-FCI). 2da edición. Quito 2013 http://www.instituciones.msp.gob.ec (último acceso 4 julio 2016)

[56] Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades (CONADIS). *Curso de Sensibilización de Discapacidades.* Guía Completa de Discapacidades. pp 7; pp 14-21. Plataforma Virtual de Discapacidades 1 al 15 de septiembre de 2014. www.plataformaconadis.gob.ec/aulavirtual/ (último acceso 13 septiembre 2014)

[57] Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la salud (OPS). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaria de estado de servicios sociales; familias y discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud (CIF).* 2001. http://www.aspacenet.aspace.org/imagenes/doc/cif. (último acceso 13 septiembre 2015)

[58] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). *Valoración de las situaciones de minusvalía*. Madrid 2000. http://sid.usal.es/4569/8-1 (último acceso 20 junio 2015)

[59] Méndez Álvarez. C. *Metodología: Diseño y Desarrollo del proceso de investigación.* Editorial McGrawn Hill 3era edición. Madrid 2001. http://www.univo.edu.sv:8081/tesis/021552/021552_Cap3.pdf (último acceso 10 marzo 2015)

[60] Secretaria Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades (SETEDIS). *Análisis del costo de la discapacidad en el Ecuador.* Quito 2016.http://www.setedis.gob.ec/descargas/publicaciones/COSTO_DE_LA_DISCAPACIDAD_EN_EL_ECUADOR.pdf (último acceso 14 julio 2016)

[61] Secretaría Técnica de discapacidades (SETEDIS). Proyecto: Fortalecimiento de servicios inclusivos y redes de apoyo para personas con discapacidad en Ecuador. Quito 2014. http://www.setedis.gob.ec/LOTAIP/2015/fijos/k2/proyecto_senplades.pdf (último acceso 17 julio 2016)

[62] Consejo Nacional para la Igualdad de Discapacidades (CONADIS). Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). *Estadísticas de la*

discapacidad en Ecuador 2015. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/09/estadistica_conadis.pdf (último acceso 18 julio 2016)

[63] Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Informe de Gestión 2015. Quito 2016. http://www.inclusion.gob.ec/documentos-rendicion-de-cuentas-2015/ (último acceso 18 julio 2016)

[64] Secretaria Técnica para la Gestión Inclusiva en Discapacidades (SETEDIS). *Rendición de cuentas de gestión SETEDIS 2015.* Quito 2016. http://www.setedis.gob.ec/RDC/RDC2015/FASE0/RENDICION%20DE%20CUENTAS%202015.pdf (último acceso 18 julio 2016)

[65] Agencia Pública de Noticias del Ecuador y Suramérica (ANDES). *Las personas con discapacidad tienen una atención prioritaria en el Sistema de Salud Público de Ecuador.* ANDES. Enero 2016 (periódico digital) http://www.andes.info.ec/es/noticias/personas-discapacidad-tienen-atencion-prioritaria-sistema-salud-publico-ecuador.html-0 (último acceso 17 julio 2016)

[66] Jiménez. K. *"Análisis del cumplimiento del derecho laboral de las personas con discapacidad, en las instituciones públicas y privadas de la ciudad de Loja, periodo 2012".* Universidad Nacional de Loja. Loja 2016. http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/10224/1/TESIS%20KARINA%20(BIBLIOTECA).pdf (último acceso 17 julio 2016)

[67] Rodríguez. E; Yépez. A. *Análisis de las políticas públicas dirigidas a la inserción socio-laboral de personas con discapacidad en el Ecuador.* Universidad Central del Ecuador. Quito 2014. http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/2950/1/T-UCE-0005-508.pdf. (último acceso 12 julio 2016)

[68] Consejo Nacional para la igual de Discapacidades (CONADIS). *Informe de rendición de cuentas 2015.* Quito 2015. http://www.consejodiscapacidades.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/7-Informe-rendicion-de-cuentas.pdf (último acceso 16 julio 2016)

[69] Ministerio del Poder Popular para la Salud. Viceministerio de Salud Integral. Caracas 2014. *Norma del Programa de Atención en Salud Integral para las personas con Discapacidad* (PASDIS). http://www.pasdis.mpps.gob.ve/pasdis/contenidos/NORMA%2520PASDIS%2520DEFINITIVO/25202014.pdf. (último acceso 22 septiembre 2016)

[70] Comité español de representantes de las personas con discapacidad (CERMI). Madrid 2010. *Salud Pública y discapacidad: Planteamientos y propuestas del sector social de la discapacidad articulado en torno al CERMI ante la futura Ley estatal de Salud Pública.* www.Observatoriodeladiscapacidad.inf/attachments/artcicle/33/Salud%2520publica. (último acceso 20 septiembre 2016)

[71] Comité español de representantes de las personas con discapacidad (CERMI). Madrid 2004. *Plan integral de salud para las personas con discapacidad articulado*. http://www.dincat.cat/plan-integral-de-salud-para-las-personas-con-discapacidad-_2169.pdf (ultimo acceso 21 septiembre 2016).

ANEXOS

Anexo N°1. CONSTRUCTO

Inclusión social en la discapacidad: Es cuando la sociedad ha desarrollado la capacidad para integrar a personas tomando en cuenta las diferentes condiciones, ofreciéndoles oportunidades en términos de igualdad para realizar con éxito sus actividades, fomentando un proyecto de vida digno y completo, mediante la participación activa de todos los ciudadanos. En la presente investigación se estudió 4 ámbitos (socio-familiar, salud, educación y laboral)

- **Inclusión socio- familiar:** Es el proceso que permite el reconocimiento de los diferentes grupos sociales, mediante el respeto a la diversidad, en términos de equidad social, donde se reconoce un tercero vulnerable (discapacidad), cuyas necesidades específicas deben ser cubiertas permitiéndoles la aplicación de sus derechos fundamentales, tanto en el entorno familiar como social. Siendo la familia el primer apoyo natural con que cuenta la persona, ya que es el primer sistema en el que convive el individuo y del que depende en gran medida su proceso de adaptación social.

- **Salud integral:** Es la prestación de servicios de salud de manera integral a personas con discapacidad; regido por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, mediante la acción coordinada de los integrantes del sistema nacional de salud y de la participación de la población en su conjunto.

- **Educación inclusiva:** Es el proceso de identificar y responder a la diversidad de las necesidades de todos los estudiantes, mediante la mayor participación en el aprendizaje, con enfoque integral e

integrador. La verdadera inclusión educativa se basa en el principio de que cada persona tiene sus propias características, intereses, capacidades y necesidades de aprendizaje distintos.

- **Inclusión laboral:** La integración laboral de las personas con discapacidad es un proceso que debe incluir de igual forma las condiciones de tareas, remuneración y horarios que cumple cualquier otro trabajador.

Anexo N°2. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN.

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

N° _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se está realizando una investigación sobre el nivel de inclusión social en las personas con discapacidad residentes de la parroquia Totoras. Con ese fin se realizará varias preguntas correspondientes a un cuestionario, que permitirá el cumplimiento de los objetivos de la misma. Le garantizamos que toda la información obtenida será tratada bajo la más estricta confidencialidad.

Si acepta participar, por favor, exprese su consentimiento, llenando el formato que se presenta a continuación:

Yo,_____, una vez conocido el objetivo y procedimientos de la investigación, consiento participar en ella.

Y para que así conste firmo el presente, a los ___ días del mes _____ de 2016.

_____

Nombre y Apellidos (firma)

Anexo N°3. ENCUESTA

UNIVERSIDAD TÉCNICA AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

N° _____

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS.

1) Edad: ____ años

   Niñez_____ Adolescencia_____ Adulto joven _____

   Adulto Medio____ Adulto mayor_____

2) Género: Masculino ____ Femenino ____

3) Estado civil: Soltero___ Casado___ Divorciado ___

   Unión libre ___ Viudo:____

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

4) Tipo de discapacidad (marcar uno o más según sea el caso):

   Física: _____ Mental/Psicológica: _____ Intelectual: _____

   Auditiva: _____ Visual: _____ Lenguaje: _____

5) Causa de discapacidad:
   Congénita/Genética: _____ Adquirida: _____

6) Grado de discapacidad (de acuerdo a carné de discapacidad o certificación del MSP)

Leve: _____ Moderado: _____ Grave: _____

Severo: _____

AREAS SOCIALES.

7) ¿Siente apoyo por parte de su familia?

   Si: _____ No: _____ No corresponde_____

   En caso de ser negativa la respuesta marque:

   - Económico ____
   - Afectivo ____
   - Otros _____

8) ¿Sus criterios se consideran en la toma de decisiones de la familia?

   Si: _____ No: _____ No corresponde _____

   Porque:

   - Por su edad ____
   - Discriminación ____
   - Sobreprotección ____
   - Otros _____

9) ¿Ha recibido visitas domiciliarias o controles médicos por parte del personal sanitario del CS Totoras en este último año?

   Sí _____ Cuántas (en número) _____

   No _____

   Porque:

   - No se encontraba en su domicilio ____
   - No deseaba recibir ___
   - Personal de salud no acude ____
   - Persona con discapacidad no acude a los controles programados_____

- Dificultad de transporte_____
- Otros _____

10) ¿Cuándo Ud. acude al CS Totoras, se le facilita dicha atención?

No _____

Porque:

- Agendamiento de turno diferenciado _____
- Tiempo de espera prolongado _____
- Falta de capacitación por parte del personal de salud _____
- No hay suficiente medicación ____
- Porque no hay disponibilidad de realizarse exámenes complementarios ____
- Por demora en la atención de especialidad ____
- Otros _____

11) ¿Ha recibo alguna ayuda técnica?

Sí _____ No _____

12) ¿Actualmente se encuentra recibiendo rehabilitación integral?

Sí _____ No _____

13) Si está recibiendo rehabilitación, conteste lo siguiente:

Privado: _____ Público: _____

14) ¿Ha recibido alguna capacitación de microemprendimiento?

Si: _____ No: _____

15) ¿Es beneficiario de algún Bono por parte del estado:

- Bono de Desarrollo Humano _____
- Bono Joaquín Gallegos Lara _____

16) ¿Si es beneficiario de algún bono estatal considera Ud. que el apoyo económico cubre sus necesidad básicas?

Si: _____ No: _____

Porque:

- Porque los recursos son pocos ____
- Los recursos no son usados para su beneficio ____
- Otros _____

17) ¿Ud. ha recibido educación (nivel: primario, secundario, técnico, universitario, posgrado)?

Si: _____ No: _____ No corresponde: _____

18) ¿Considera Ud. que su educación estuvo acorde a sus capacidades?

Si: _____ No: _____

Porque:

- Económica ____
- Discriminación ____
- Falta de capacitación por parte del personal educativo ____
- Otros _____

19) ¿Ha sido beneficiario de alguna beca educativa?

Si: _____ No: _____

20) ¿Ha tenido vínculo laboral anteriormente?

Si: _____ No: _____

21) ¿Al momento Ud. se encuentra laborando?

Si: _____ No: _____

Porque:

- No consigue trabajo de acuerdo a sus capacidades ____

- Por discriminación ___
- Por su edad ___
- Porque no desea ___

22) ¿Ha sido tomado en cuenta su condición de discapacidad durante su trabajo?

Sí: _____ No: _____ No corresponde: _____

Porque:

- Por desconocimiento sobre discapacidad ____
- Por discriminación ____
- Otros ____

23) ¿Considera Ud. que su salario está acorde a la labor que realiza?

Sí _____ No _____ No corresponde: _____

ANEXO N°4

Tabla N° 2. Personas con discapacidad según el estado civil. Parroquia Totoras 2016.

ESTADO CIVIL	N°	%
SOLTERO	17	36,1
CASADO	21	44,6
DIVORCIADO	1	2,1
UNION LIBRE	6	12,7
VIUDO	2	4,2
TOTAL*	**47**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Nota aclaratoria: *se realizó el cálculo en base a n=47, que son el total de las personas que tienen edad legal para mantener un estado civil**.**

ANEXO N°5

Tabla N° 4. Personas con discapacidad según vínculo laboral actual. Parroquia Totoras 2016.

VÍNCULO LABORAL	N°	%
SI	22	44,0
NO	11	22,0
NO CORRESPONDE *	17	34,0
TOTAL	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Nota aclaratoria:
* Se refiere a las personas cuya discapacidad dificulta la realización de actividades laborales, y/o los que no tienen la edad legal para trabajar.

ANEXO N° 6

Tabla N° 6. Personas con discapacidad según el grado de afectación. Parroquia Totoras 2016.

GRADO DE DISCAPACIDAD	N°	%
LEVE	3	6,0
MODERADO	33	66,0
GRAVE	12	24,0
SEVERO	2	4,0
TOTAL	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

ANEXO N° 7

Tabla N° 8. Apoyo familiar de las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

APOYO FAMILIAR	N°	%
SI	38	76,0
NO	12	24,0
TOTAL	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

ANEXO N° 8

Tabla N° 10. Controles médicos a personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

CONTROLES MÉDICOS	N°	%
SI	19	38,00
NO	31	62,00
TOTAL	**50**	**100,00**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

ANEXO N° 9

Tabla N° 12. Rehabilitación integral en las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

REHABILITACIÓN INTEGRAL	N°	%
SI	13	26,0
NO	28	56,0
NO CORRESPONDE*	9	18,0
TOTAL	**50**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Nota aclaratoria:
* Se refiere solo a las personas cuyas característica clínicas de discapacidad no está indicado dicho servicio

ANEXO N° 10

Tabla N° 14. Inserción laboral inclusiva de las personas con discapacidad. Parroquia Totoras 2016.

INSERCIÓN LABORAL INCLUSIVA	N°	%
SI	14	63,6
NO	8	36,4
TOTAL*	**22**	**100,0**

Fuente: Encuesta Elaboración: V. Medina

Nota aclaratoria:
* Se refiere solo a las personas que tienen la edad legal y/o que sus características clínicas le permiten trabajar y que poseen vínculo laboral

ANEXO N° 11

PLAN DE PREVENCIÓN DE DISCAPACIDADES

CONCEPTUALIZACIÓN: La prevención es la "adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales y sensoriales, o a impedir que cuando se han producido tengan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas" (OPS. 1993).

- LOS DESTINATARIOS SON:

1. Control del embarazo normal y especialmente aquellos con signo de riesgo.
2. Menores con problemas en el desarrollo o con dificultades de adaptación.
3. Jóvenes con comportamiento de riesgo (accidentes evitables, hábitos nocivos, comportamiento sexual).
4. Trabajadores de los sectores laborales con mayor siniestrabilidad.
5. Adultos con signos de riesgo o con hábitos nocivos para la salud.
6. Adultos mayores con enfermedades no transmisibles.

- ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN:

A. Prevención de discapacidades producidas por enfermedades transmisibles: la vacunación puede prevenir o erradicar muchas de estas enfermedades, además de tener efectos secundarios. El oportuno tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados podría curar y evitar secuelas en forma de deficiencia o discapacidad.

B. Prevención de discapacidades debidas a enfermedades no transmisibles: en la mayor parte de los casos, existe una importante incidencia de factores ambientales y de hábitos de vida sobre el desarrollo y evolución de estas enfermedades predictoras de discapacidad. Muchas veces, éstas son producto de condiciones y modos de vida poco saludables, teniendo especial incidencia en los adultos mayores.

C. Prevención de las discapacidades congénitas: a este hecho pueden contribuir tanto factores ambientales como genéticos. La tecnología diagnóstica puede facilitar la identificación de la existencia de sustancias nocivas en el aire, el agua y los alimentos. El control materno durante el embarazo, y los controles adecuados con screening del recién nacido son factores preponderantes para la prevención.
D. Prevención de accidentes: los accidentes son la principal causa de muerte en adultos/as jóvenes, en primer lugar los accidentes de tránsito. Por su parte, la prevención de accidentes domésticos es fundamental en niños/as y especialmente en adultos mayores, dado que en muchas oportunidades constituyen el inicio de patologías eminentemente discapacitantes por la pérdida de resiliencia.
E. Prevención de riesgos y accidentes laborales.
F. Prevención de discapacidades secundarias: las personas con discapacidad causada por enfermedad o lesión pueden reintegrarse a una vida autónoma e independizarse por medio del trabajo. Sin embargo, pueden desarrollar discapacidades secundarias, si no se les ofrece adecuada información y acceso a intervenciones o tratamientos oportunos.

- ACCIONES Y ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN POR CICLOS DE VIDA:

Embarazada, recién nacido y lactante:

1. Parto psicoprofiláctico en las adultas
2. Ejercicios físicos dirigidos en las embarazadas.
3. Educación sanitaria para prevención de discapacidades en las embarazadas.
4. Todo niño producto de embarazo de alto riesgo, deberá evaluarse integralmente para detectar signos de alarma y descartar de lesión del sistema nervioso central.

5. Recién nacido producto de partos distócicos, sufrimiento fetal, parto instrumental o quirúrgico deberá recibir vigilancia de todas las áreas del desarrollo psicomotor (motora gruesa, motora fina, audición y lenguaje, social y adaptativa) para detección precoz de signos e intervención temprana de dichas alteraciones.
6. Toda madre con niño producto de embarazo no controlado o de alto riesgo al nacer, bajo peso al nacer, prematuro, etc., debe tener información del desarrollo normal del niño y de sus principales alteraciones, para detección precoz y logro de colaboración en el tratamiento de su hijo.
7. Todo niño que manifieste signos de alarma o evidencia de alteración de alguna de las áreas del desarrollo (motora gruesa, motora fina, audición y lenguaje, social y adaptativa)o de la postura, tono muscular o movimientos debe ser referido de inmediato a consulta especializada (nivel II) mediante el sistema de referencia/contrareferencia.
8. Los niños con malformaciones congénitas del sistema nervioso central, espina bífida, mielomeningocele, etc., se le realizara referencia nivel II de complejidad.
9. Los niños con sospecha de trastornos sensoriales graves: sordera, ceguera deben ser evaluados precozmente para diagnóstico y conducta terapéutica en nivel I y II.
10. La madre de un niño con trastornos genéticos que alteran el desarrollo psicomotor se le realizará referencia a nivel II para asesoramiento y estudio genético
11. En todo control prenatal se realizarán pruebas de identificación de grupo sanguíneo y factor Rh en los padres y de Toxoplasmosis en la madre.
12. Todo recién nacido producto de madre Rh negativo o con incompatibilidad ABO o que presente tinte ictérico se le hará medición de la bilirrubina, en caso de no contar con el examen se solicita a Nivel II y se debe hacer seguimiento estricto de la coloración de piel y mucosas en la primera semana de vida, así como control seriado de

niveles de bilirrubina sérica, si se identifica signos de alarma inmediatamente referir a nivel II de atención, coordinando el traslado con el Sistema ECU 911.

13. Es imperativo la vacunación de las niñas con vacuna antirubeola para la prevención de rubéola en la embarazada por las consecuentes discapacidades sensoriales y cardiacas que puede ocasionar al feto.
14. A todo niño con factor de riesgo para pérdida auditiva se le realizará evaluación sensoro - perceptual integral tan pronto como las condiciones clínicas del niño lo permitan en nivel II, refiriendo al servicio de audiología.
15. Todo niño con síndrome convulsivo se debe mantener vigilancia y control /tratamiento para prevenir crisis y deficiencias.
16. Los niños con deficiencias del aparato locomotor deberán ser evaluados precozmente para prevenir discapacidades permanentes de locomoción y/o destreza.
17. Los niños con trastornos de la cascada de coagulación deben recibir tratamiento integral especializado hematológico, ortopédico y rehabilitador en nivel II y seguimiento en nivel I de atención.

Preescolares

1. Hay que descartar problemas sensoriales precozmente en los niños que ingresan al sistema escolar y que no fueron detectados con anterioridad, mediante referencia a nivel de mayor complejidad para los tamizajes (auditivos y visuales).
2. Los niños con fracaso escolar deben ser evaluados integralmente para determinar sus potenciales de aprendizaje y poder cubrir sus necesidades de rehabilitación por educación regular o especial, con apoyo del departamento de psicología, y medico con los respectivos instrumentos y tamizajes.
3. Los niños que ingresan al sistema educativo, sus madres deben recibir educación sanitaria para prevenir defectos posturales, por ejemplo secundario al uso de morrales, maletines, zurdo, etc., mediante trabajo y apoyo intersectorial e interministerial

4. Las destrezas hereditarias (zurdo) deben respetarse en los niños, promoviendo educación y orientaciones a los padres y maestros.
5. No se debe restringir la educación a niños con problemas discapacitantes.

Adolescentes

1. La persona adolescente constituye un grupo poblacional que requiere atención
2. especial por estar expuesto a riesgos ambientales más que cualquier otro grupo, por lo que requiere ayuda para mejorar exposición a factores de riesgo (drogas, violencia, abuso sexual, delincuencia, tabaquismo, alcohol, accidentes) a través de acciones promocionales tendientes a mejorar estilos de vida.
3. Su atención desde el punto de vista rehabilitador tiene que ser oportuno para prevenir las deficiencias.
4. En todo menor de diecinueve años que presente enfermedad del tracto respiratorio superior en número superior a tres episodios por año; enfermedad del oído, enfermedad infecciosa del Sistema Nervioso, en especial meningitis bacteriana o trauma craneoencefálico o que se le hayan suministrado drogas ototóxicas, se impone evaluación auditiva en la fase aguda, al mes, al tercer mes de haber presentado el cuadro mediante el sistema de referencia/contrareferencia al nivel II de atención.
5. Las discapacidades en esta etapa de la vida se deben tratar igual que en el adulto.

Adultos/as

Lesiones de Nervios periféricos:

1. Todo adulto(a) que presente lesiones ya sea completa o incompleta de nervio periférico: radial, mediano, cubital, facial debe ser evaluado en nivel de mayor complejidad (II y III).
2. Las personas con Diabetes Mellitus deben ser evaluados periódicamente para pesquisa de lesión de nervio periférico, en nivel II.

ACV:

1. Deben rehabilitarse precozmente para evitar secuelas que las limiten funcionalmente y en las actividades de su vida diaria, en nivel I de atención, si se necesita otras terapias con que no cuente la unidad se solicitará a centro de mayor complejidad (nivel I Tipo C o a nivel II).
2. Si son profesionales o trabajadoras se debe actuar preventivamente en la prevención de discapacidades a través de los programas de prevención en factores de riesgo cardiovascular: obesidad, fumar, hipertensión, diabetes, etc.
3. La incorporación de la familia en el manejo de los(as) adultos(as) con discapacidad es de prioridad ya que es importante para la recuperación de estas personas.

Lumbalgias:

1. Es importante que todas las personas reciban Educación Sanitaria para prevención de los problemas de dolor de espalda, que están relacionadas frecuentemente con vicios posturales y en la realización de las actividades del hogar y/o laboral.

Artropatías degenerativas:

1. Es importante que se realice screening preventivo para el diagnóstico de artritis reumatoide y prevención de la discapacidad por abuso y mal uso de las articulaciones. y así evitar exacerbación de brotes y lesiones deformantes que los limitan en su desempeño.
2. Los adultos(as) que se intervengan quirúrgicamente por artropatías posteriormente a la intervención se realizaran controles de seguimiento y rehabilitación en nivel I.

Lesionados medulares

1. Los adultos con lesionados medulares deben recibir entrenamiento precoz en sus déficit funcionales, que afecten las actividades de la vida

diaria y el manejo del la vida diaria incluyendo profesión, en nivel I (Tipo B y C).

2. La Rehabilitación incluye entrenamiento en vejiga neurogénica, intestino, prevención de úlceras de decúbito, sexual y evitar deformidades, con apoyo de las familias.
3. En la medida de las posibilidades debe continuar realizando sus actividades rutinarias para lo cual es necesario contar con la ayuda del grupo familiar.
4. No se debe limitar el embarazo aunque puede ser de alto riesgo, en la primigesta con lesión medular ya que no hay limitación funcional para el mismo, se debe identificar factores de riesgo preconcepcional añadidos.
5. La lesión medular completa no imposibilita al adulto a la función sexual.
6. En la mujer que sea sometida a mastectomía debe tenerse en cuenta la rehabilitación física precoz para evitar las limitaciones funcionales que conlleva la resección de estas glándulas.
7. Tomar en cuenta en la rehabilitación de la mujer mastectomizada el aspecto estético que es uno de los factores más limitantes en la recuperación de estas mujeres, con apoyo de psicología.
8. Ejercicios para prevención de varices.

En los/las pacientes sometidos a cirugías radicales por cáncer debe contemplarse rehabilitación precoz para evitar las limitaciones funcionales y o psicológicas que conllevan estos procedimientos.

Adulto mayor

El proceso de envejecimiento no implica por si mismo discapacidad.

Toda enfermedad que se previene y trata a tiempo no produce discapacidad con la consecuente aumento de la expectativa y calidad de vida.

La filosofía actual lleva a "Llegar a la tercera edad sin discapacidad”

El/la anciano/a con discapacidad requiere atención integral y especial.

El/la anciano/a requiere la protección del Estado y el suministro de recursos suficientes desde el punto de vista social para mantener su calidad de vida.

El/la anciano/a con capacidad productiva no debe ser excluido del mercado laboral ya que el trabajo lo mantiene activo mental y físicamente.

Prevención de discapacidades en pacientes agudos.

1. El/la paciente en cama, aún en etapa aguda debe ser estimulado en lo que sea posible y permitido.
2. Las movilizaciones en esta etapa son importantes para evitar limitaciones articulares, atrofias musculares, deformidades.
3. Hay que mantener al paciente en buena postura. Las movilizaciones previenen también las úlceras de decúbito.
4. Hay que estimular multisensorialmente a los/las pacientes. Aunque estén inconscientes tratarlos con humanidad y cariño.
5. Mantenerlos limpios. En lo posible hacer ejercicios respiratorios.
6. Vigilar el desarrollo de trombosis venosas profundas. Uso de medias antiembólicas.
7. Vigilar la alimentación.
8. Vigilar la vejiga y el intestino, evaluando si está realizando correctamente estas funciones y manejarlo adecuadamente, en consecuencia.