



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA BIOLÓGICA

TITULO DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA
EL DESARROLLO LOCAL

**“Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad
atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”**

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Solórzano Mendoza, Jessenia Yadira. Dra.

DIRECTORA: Viteri Delgado, Rita Marcela. Mg.

CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO

2014



Esta versión digital, ha sido acreditada bajo la licencia Creative Commons 4.0, CC BY-NY-SA: Reconocimiento-No comercial-Compartir igual; la cual permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra, mientras se reconozca la autoría original, no se utilice con fines comerciales y se permiten obras derivadas, siempre que mantenga la misma licencia al ser divulgada. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>

2015

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Mg.

Marcela Viteri

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de titulación, denominado: Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”, realizado por Solórzano Mendoza, Jessenia. Dra., ha sido orientada y revisada durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Portoviejo, Junio de 2015

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Solórzano Mendoza, Jessenia Yadira declaro ser autor del presente trabajo de fin de maestría: Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”, de la Titulación Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, siendo la Mg Marcela Viteri directora del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, concepto, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 88 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Solórzano Mendoza Jessenia Yadira

Cedula: 1312298514

DEDICATORIA

A Dios por ser mi guía espiritual y mantenerme firme en todos los momentos de mi vida.

A mi querido esposo e hijos por brindarme todo su apoyo y ser mi fuente de inspiración para seguir adelante y luchar por lo que quiero.

A mi padres, por estar siempre a mi lado, y por prestarme todo el apoyo que en cada momento he necesitado ya que gracias a ellos soy quien soy hoy en día, son los que han velado por mi salud mi educación, son a ellos a quien les debo horas de consejos, regaños, tristezas y alegrías de las cuales estoy muy seguro que las han hecho con todo el esfuerzo del mundo para formarme como un ser integral y de los cuales me siento extremadamente orgulloso.

A todas y cada una de las personas que de una u otra manera han colaborado para que este trabajo llegue a su término deseado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco infinitamente a las personas que me han apoyado en el camino al cumplimiento de esta nueva meta en mi vida, de superación y crecimiento.

Dejo constancia de mi especial agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja, por su colaboración para la realización de este proyecto, y especialmente a la Mg. Dra Marcela Viteri, quien brindó su apoyo y guía en la elaboración de la presente tesis.

Agradezco a los Directivos del Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo, quienes me facilitaron el espacio y los permisos correspondientes para realizar las diferentes actividades que hicieron posible la culminación de este trabajo y al personal de la salud, quienes participaron activamente en el desarrollo de los diferentes talleres de capacitación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vi
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
PROBLEMATIZACIÓN.....	11
JUSTIFICACIÓN.....	14
OBJETIVOS.....	15
CAPITULO I.....	16
1.1. Marco Institucional	17
1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.	17
1.1.2. La misión de la institución.	20
1.1.3. La visión de la institución.	20
1.1.4. Organización administrativa.	20
1.1.5. Servicios que presta la institución.	21
2.1. Marco conceptual.....	25
2.1.1. Calidad de vida.....	25
CAPITULO II.....	38
DISEÑO METODOLÓGICO	38
2.1. Matriz de Involucrados.....	39
2.2. Árbol de problemas.....	41
2.3. Árbol de objetivos	42
2.4. Matriz del marco lógico.....	43
CAPITULO III.....	¡Error! Marcador no definido.
RESULTADOS.....	¡Error! Marcador no definido.
RESULTADO 1: Áreas del centro médico organizadas	49
BIBLIOGRAFIA.....	117

RESUMEN

En el Sub centro de Salud Nuevo Portoviejo de la ciudad de Portoviejo, Provincia de Manabí Ecuador, se desarrolló un proyecto de intervención Con el fin mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad

Se realizó un diagnóstico en el que se priorizó como problema central que las personas con capacidades especiales no existe un programa de atención integral en salud con participación familiar y comunitaria, siendo los factores causales la inexistencia de un plan de Atención Integral en Salud, desactualización del equipo de salud, y familiares desinformados sobre su rol en la atención a personas con capacidades especiales.

Como respuesta a esta problemática se ejecutó un proyecto de acción cuya finalidad fue mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad, los resultados estuvieron orientados a brindar atención integral en salud mediante la implementación de un plan, actualización al equipo de salud e información a las familias y comunidad.

Como conclusión se establece que el cumplimiento de los objetivos del proyecto permitió mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Palabras claves: mejora calidad de vida, familiares, comunidad, atención integral

ABSTRACT

In central New Health Sub City Portoviejo Portoviejo, Manabi Ecuador, an intervention project is developed to improve the quality of life of people with disabilities

A diagnosis where it is prioritized as a central issue for people with special needs there is a program of comprehensive health care with family and community participation is conducted, the causal factors the lack of a plan for comprehensive health care, obsolescence of health team and family uninformed about their role in caring for people with special needs.

In response to this problem an action project whose purpose was to improve the quality of life of people with disabilities was executed, the results were aimed to provide comprehensive health care through the implementation of a plan, updating the health team and information families and community.

In conclusion it states that the achievement of the objectives of the project has improved the quality of life of people with ability.

Keywords: improved quality of life, family, community, comprehensive care

INTRODUCCIÓN

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia en cuanto a capacidad funcional y actividad del individuo, y se define como toda restricción o ausencia (como resultado de una deficiencia) de capacidad para desplegar una actividad de la manera normal o dentro de los límites considerados normales para un ser humano. La discapacidad representa pues, trastornos en el plano de la persona, y sus principales subclases se refieren al comportamiento, la comunicación, los cuidados normales, la locomoción, la disposición corporal, la destreza (en particular las habilidades) y situaciones específicas.

La persona con discapacidad tiene derecho a recibir atención médica, psicológica y funcional, incluidos los aparatos de ortesis y prótesis, la rehabilitación médica y social o la educación; a la formación de profesionales, a las ayudas, consejos, servicios de empleo y otros servicios que aseguren el aprovechamiento máximo de sus facultades y aptitudes y aceleren el proceso de su integración o reintegración social.

El Ecuador es uno de los primeros en América, que cuenta con un conjunto de normas y disposiciones legales que orientan a casi todas las actividades en materia de discapacidades. Esto le ha merecido al país que en muchos casos, sea tomado como referente, por su estructura, organización, políticas y normativas en el campo de las discapacidades. Es uno de los pocos países que cuenta con una Constitución en la que se mencione expresamente en varios artículos pero, especialmente en el 53, que el Estado garantiza la atención de las personas con discapacidad en todos los campo.

Creemos factible este proyecto porque poco a poco nos vamos insertando en las acciones orientadas por los principios de normalización y equiparación de oportunidades que señalan que la atención de estas personas sea en los mismos sitios y sistemas de toda la población, procurando una verdadera inclusión, donde puedan ejercer sus derechos como personas.

Al Implementar este programa de Vinculación Familiar y Comunitaria en Pacientes discapacitados en el SubCentro de Salud Nuevo Portoviejo, del Cantón Portoviejo se estaría, reduciendo significativamente la morbilidad de dichos pacientes mejorando su calidad de vida.

El proyecto se cumplió de acuerdo a los objetivos e indicadores establecidos. Cabe destacar que hubo un alto nivel de participación del director ejecutivo, equipo de salud y familia, y el apoyo de las familias y la comunidad.

El siguiente proyecto se encuentra estructurado de la siguiente manera:

En el capítulo I, se encuentra una descripción del marco institucional y conceptual, para dar sustento científico al proyecto.

En el capítulo II, se describe la metodología utilizada, que corresponde al marco lógico.

En el capítulo III, se describen y analizan los resultados obtenidos al aplicar el proyecto de acción, con la evaluación de los indicadores de resultados correspondiente.

PROBLEMATIZACIÓN

En el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo de la ciudad de Portoviejo se atienden alrededor de 70 personas con algún tipo de discapacidad, a pesar que en los últimos años en el Ecuador y en la provincia se ha avanzado de manera importante en la atención a este grupo prioritario de personas, vinculando también a sus familias sobre todo en el ámbito social y en el reconocimiento de la discapacidad, en cuanto al tema salud todavía falta aplicar normativas de atención, inclusión y acceso a toda la red de servicios públicos de salud.

Las personas discapacitadas acuden a este Subcentro de Salud por una atención primaria, generalmente al encontrarse en un estado de enfermedad, sin embargo no están siendo incluidos en un proceso de atención integral, de promoción prevención y atención periódica de su estado de salud, que incluya a su familia, el equipo de salud pese a su compromiso en el bienestar de la comunidad no está informando ni aplicando programas de salud que incluyan a este grupo, ocasionando la exclusión a la atención prioritaria, lo que desmejora su calidad de vida.

Dentro de unos de los problemas de la atención es que las actividades y programas que se ejecutan tienen su pro y su contra, siendo una comunidad de bajos recursos económicos y bajo nivel educativo, los problemas se profundizan y se crean conflictos que muchas veces no permiten resolver los problemas con rapidez.

La OMS (2011) su Informe mundial sobre la discapacidad informa que:

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%. Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave

Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”.

Según datos estadísticos del CONADIS (2013) la provincia de Manabí reporta: 3444 personas con discapacidad auditiva 23495 personas con discapacidad física 5782 con discapacidad intelectual, 278 de lenguaje, 3239 de lenguaje y 5678 visual reportando un total de 41949 personas con discapacidad de las cuales 23431 son de género masculino y 18518 femenino.

De acuerdo al último censo de discapacidades (2011): La distribución por tipo de discapacidades en el Ecuador fueron las siguientes: Discapacidad auditiva 33275, física 146599, intelectual 66283, lenguaje 4450, psicológico 11872, visual 32687. En Manabí la discapacidad auditiva 291, física 20642, intelectual 5002,lenguaje 267,psicológico 3671, visual 4363. El total corresponde a 295166 en Ecuador y 36861 en Manabí.(Secretaria Técnica Nacional de Discapacidades, 2014)

De estos datos se puede concluir según el Censo de discapacidades (2011): Manabí cuenta con una población discapacitada de 36861 personas, atribuibles a las condiciones negativas de salud como causa más frecuente de discapacidad reflejada especialmente en la mala calidad de atención al discapacitado, más aun cuando este es cuidado por su familia en la comunidad. “

Según datos estadísticos del Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo registros de atención medica 2013-2014:

El Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo presta atención a todos los ciclos de vida. Se ha evidenciado que en los registros de atención existe un incremento en la atención a personas con discapacidad que presentan distintos problemas de salud como problemas respiratorios, parasitosis, depresión, estreñimiento, desnutrición, enfermedades dérmicas, caries dental, gingivitis, periodontitis entre otras en el primer semestre del 2013 se han registrado 40 personas con discapacidad la mayor parte con discapacidad de tipo física motora sin llevar un control, por los cual buscamos implementar un programa de atención integral con participación de la familia con personas con discapacidad.(Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo)

La vinculación de las familias y comunidad con las personas discapacitadas, garantiza atención y satisfacción, aprovechando sus espacios y actividades para las acciones educativas, preventivas y concretar la atención curativa y rehabilitadora.

Al realizar el diagnóstico situacional participativo se pudo determinar cómo problema principal las personas con capacidades especiales que se atienden en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo no cuenta con un Programa de atención integral en salud con

participación familiar, determinándose como factores determinantes los siguientes:

1. La Inexistencia de un Plan de Atención Integral de Salud para las personas con discapacidad, por el desinterés de las autoridades ya que el problema no ha sido priorizado; lo que conlleva a un manejo inadecuado del paciente y al aumento del grado de su discapacidad.

2. Desactualización del equipo de salud sobre la atención al paciente con capacidades especiales, ya que no se realizan capacitaciones al equipo de salud por falta de coordinación; lo que ocasiona que el paciente con discapacidad no recibe atención de calidad, presencia de problemas físicos y psicosociales y deterioro del estado de salud

3. Familias y comunidad desconocen su rol en la atención de las personas con discapacidad, por la poca cultura de salud y la inexistencia de planes de capacitación; lo que ocasiona que el familiar no participe en el cuidado, maltrato, exclusión y aislamiento de las personas con capacidades especiales.

Toda esta problemática genera una mala calidad de vida de la persona con discapacidad Surge ahora la interrogante ¿Es factible la implementación de un proyecto de Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Sud Centro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2013?

JUSTIFICACIÓN

Considerando que Centro de Salud Nuevo Portoviejo no ha implementado ningún programa que ayude a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad para la atención del discapacitado, es conveniente la implementación de un Plan de Atención Primaria en Salud a personas con discapacidad que son cuidados por la Familia.

El presente Proyecto tiene gran relevancia científica porque permitirá contar con una herramienta que facilite conocer a ciencia cierta la situación real del discapacitado, así como la identificación de necesidades más sentidas para poder proporcionar una ayuda oportuna, real y objetiva basada en fundamentos técnicos.

Este Proyecto tiene relevancia contemporánea, por ser un proyecto de acción y promoción de la atención a la población discapacitada, lo cual compromete a todos los que directa e indirectamente estamos involucrados; responsabilizándonos de las acciones que conlleva el mejoramiento de la atención y por ende de la calidad de vida del discapacitado.

El presente Proyecto tiene Relevancia humana y social porque permitirá contar, a presentes y futuras generaciones con un marco gerencial y normativo de atención que conjuntamente con la capacitación continua y permanente; constituyan un referente al equipo de salud, usuario, familia y comunidad, que viabilice una mejor gestión de salud en la atención del discapacitado, estableciendo criterios de evaluación y aplicación de normas de atención en la familia, en el marco general de la nueva política de atención al buen vivir y en el contexto de la satisfacción de las necesidades básicas.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Brindar atención en salud a las personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo, mediante la aplicación de normas y procedimientos para atención integral de salud, informando a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad y ejecutando estrategias de vinculación comunitaria, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Objetivos específicos.

1. Aplicar normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad
2. Informar a las familias sobre la atención domiciliaria de las personas con discapacidad
3. Aplicar estrategias de vinculación familiar y comunitaria

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1.1. Marco Institucional

1.1.1. Aspecto geográfico del lugar.

La ciudad de San Gregorio de Portoviejo, es la capital de la Provincia de Manabí. Limita al Norte con los cantones Rocafuerte, Sucre, Junín y Bolívar, al Sur con el cantón Santa Ana, al Oeste con el cantón Montecristi y el Océano Pacífico y al Este con los cantones Pichincha y Santa Ana.

A la ciudad se la conoce tradicionalmente como “la ciudad de los Reales Tamarindos” porque en ella había frondosos árboles de esta especie. El área urbana de la ciudad de Portoviejo está instalada en el valle del Río Portoviejo, presentando características topográficas regulares, no obstante cabe anotar que se está desarrollando inclusive sobre las estribaciones de algunas colinas que rodean la ciudad.



Figura Nº 1: Portoviejo, Capital de Manabí
Fuente: www.i.municipalidadportoviejo.gov.ec

La estructura de la zona rural es diferente al ser zonas dedicadas exclusivamente a las actividades agropecuarias. Un caso especial en el cantón Portoviejo es la parroquia rural de Crucita que es la única con salida al mar y su entorno se ve afectado con mayores procesos erosivos.

De acuerdo a los datos reportados por el Municipio de Portoviejo (2012):

El cantón Portoviejo está ubicado geográficamente a los 01 grados, 3 minutos, y 8 segundos de latitud sur, y 80 grados, 27 minutos, y 2 segundos de longitud oeste. Se localiza a 28 Km. de la costa, tiene una superficie de 954,9km². El clima es muy variable, aunque generalmente cálido, en el transcurso del verano el clima es templado. No así en el invierno cuando el clima es muy caluroso. La temperatura promedio es de 24 grados centígrados. Las precipitaciones anuales varían entre 500 y 1000 mm. (Municipio de Portoviejo, 2013)

Esta comunidad se encuentra ubicada en la provincia de Manabí, cantón Portoviejo, parroquia Francisco Pacheco, en la vía que conduce desde Portoviejo a Pachinche, a 10 minutos del centro de la ciudad, este sector está conformado por las comunidades de: Santa Lucía, Nuevo Portoviejo, Cuatro Esquinas hasta la gruta de Santa Gema.

La comunidad del Nuevo Portoviejo y comunidades vecinas (Santa Lucía, Cuatro Esquinas.) están ubicadas al Noroeste del Cantón Portoviejo, localizada en el Km. 7 ¹/₂ de la vía que conduce a Pachinche en la calle 21 de Noviembre.

Santa lucía:

- Norte: Barrio-Ciudadela Fátima
- Sur: Ciudadela Nuevo Portoviejo
- Este: Lomas Dr. Sacoto Navia
- Oeste: Río Portoviejo

Nuevo Portoviejo:

- Norte: Sector de Santa Lucía
- Sur: Cuatro Esquinas
- Este: Lomas Dr. Sacoto Navia
- Oeste: Río Portoviejo

Cuatro Esquinas:

- Norte: Ciudadela Nuevo Portoviejo
- Sur: Sector de Santa Gema
- Este: El Zapallo (granjas)
- Oeste: Río Portoviejo

1.1.2. Dinámica poblacional

Según los resultados preliminares del V censo de población y IV de vivienda, realizado en Ecuador en Noviembre del 2010; al cantón Portoviejo le corresponde 267.297 habitantes,

238.214 hombres y 29.083 mujeres, que constituyen el 20% de la población provincial. (INEC, 2010).

Según datos los Censos realizados por el INEC: “En el 2010 el cantón Portoviejo posee una superficie de 967.5 km², una densidad poblacional total de 274.330”. Su población está compuesta mayoritariamente por mestizos y descendientes de españoles, y minorías negras, italianas, libanesas y descendientes de las culturas nativas de la zona. Al ser una ciudad ubicada en el centro de la provincia, es el punto estratégico donde concurren los habitantes de los pueblos y ciudades aledañas”.

En función de la nacimientos y fallecimientos registrados durante el año 2007, el Cantón reporta una tasa de mortalidad del 0,41% anual y una tasa de natalidad de 2.80%, lo que deriva en una tasa de crecimiento anual neta de 2,40%; excluyéndose de este análisis los factores migratorios. La pobreza alcanza un 61,8%, convirtiéndose la reducción de este índice, en uno de los mayores retos de la planificación estratégica cantonal.

La migración es un fenómeno que tiene repercusión tanto en lo económico como en lo social, desde la perspectiva individual, familiar y nacional. Los ingresos de divisas provenientes de los migrantes constituyen el segundo rubro en importancia luego del petróleo.

Los datos preliminares del Censo del INEC, 2010; y recuperados en la web www.inec.gov.ec, se indica que:

“Del total de hogares portovejenses el 5% tiene por lo menos un miembro del hogar fuera del país. El mayor número de migrantes se concentra en el grupo de 15 a 39 años de edad. Este grupo está compuesto por mano de obra, con mayores oportunidades de incorporarse al mercado de trabajo en el país de destino.”
Fascículo de Portoviejo”.

La mayoría de los emigrantes son hijos de familia, solteros, tienen instrucción secundaria. El motivo principal de la migración es buscar trabajo, tienen como principales destinos España y Estados Unidos.

Los últimos datos conocidos para la provincia de Manabí, reflejan que han emigrado 5.208 habitantes principalmente del grupo de 20 a 24 años y de 15 a 19 años como resultado de las escasas posibilidades de trabajo ante la poca inversión que existe en la provincia. Las personas van en búsqueda de un mejor estilo de vida para ellos y para sus hijos. Más del 30% de las familias tienen sus familiares en el exterior. Sus destinos son España, Italia,

Estados Unidos a los que van en busca de trabajo mejorar sus ingresos económicos, los cuales muchas veces regresan sin haber podido cumplir su sueño, y muchos de ellos no regresan.

En función de la nacimientos y fallecimientos registrados durante el año 2007, el Cantón reporta una tasa de mortalidad del 0,41% anual y una tasa de natalidad de 2.80%, lo que deriva en una tasa de crecimiento anual neta de 2,40%; excluyéndose de este análisis los factores migratorios. En cuanto a la por morbilidad se atendieron en el 2009 un total 1808 pacientes.

1.1.2. La misión de la institución.

El Centro de Salud tiene como misión:

Que el S.C.S del Nuevo Portoviejo garantice a la población una vida saludable, brindando atención de fomento y protección con calidad, calidez, afectividad, equidad, solidaridad, recursos humanos eficientes, infraestructura adecuada y participación social a toda la población, realizando evaluación y seguimiento permanente que garantice el cumplimiento de un 95% de los objetivos propuestos en beneficio del desarrollo de la comunidad

1.1.3. La visión le la institución.

El Centro de Salud tiene como visión:

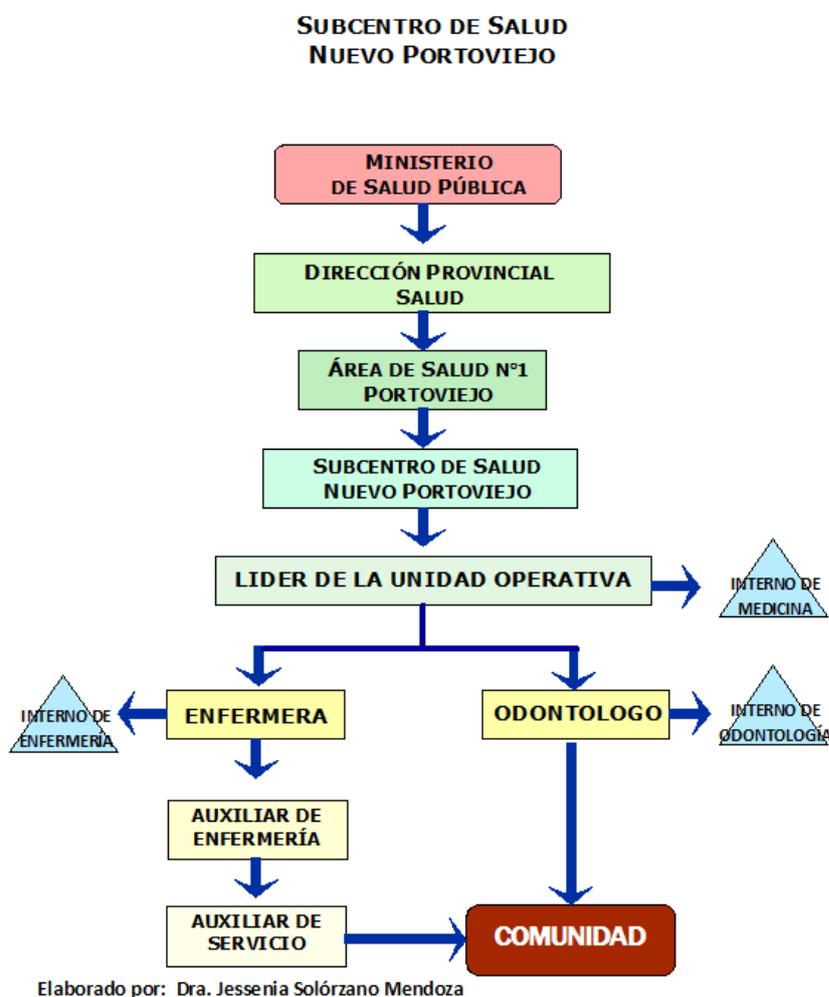
Conocer los problemas primarios y secundarios de salud, los factores de riesgos biológicos, sociales, ambientales que afectan a la población de la comunidad del Nuevo Portoviejo y así para brindar atención de salud con calidad y calidez sin distinción de raza, credo, religión o condición social con énfasis en la educación, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, coordinando actividades para mejorar la salud preventiva con transparencia, equidad, eficiencia, eficacia y amplia participación social y así cumplir los lineamientos del Plan Nacional del Buen Vivir.

1.1.4. Organización administrativa.

Se la define como una unidad que forma parte y mantiene nexos de coordinación con entidades públicas y privadas del sector salud en un afán de lograr el mejoramiento continuo de bienestar colectivo, basado en la necesidad de dar respuesta a las necesidades crecientes de una población cada vez más consciente de sus derechos, a la participación de los diferentes estamentos hospitalarios para la provisión de salud.

Nacida para servir, el centro médico asistencial el buen samaritano desde su fundación ha mantenido vivos los objetivos fundacionales de educar para la salud, prevenir y principalmente asistir al paciente mediante la prestación de servicios médicos calificados y actuales, destinados a lograr su plena rehabilitación y curación. En el centro médico usted encuentra un servicio de alta calidad basado en el conocimiento de la ciencia, la aplicación de tecnología y la esperanza y fe en Dios. Provee atención de salud ambulatoria, de especialidades ginecoobstetricia, dispone de servicios auxiliares, de diagnóstico y Odontología.

Brinda sus servicios a toda la población de la parroquia Portoviejo



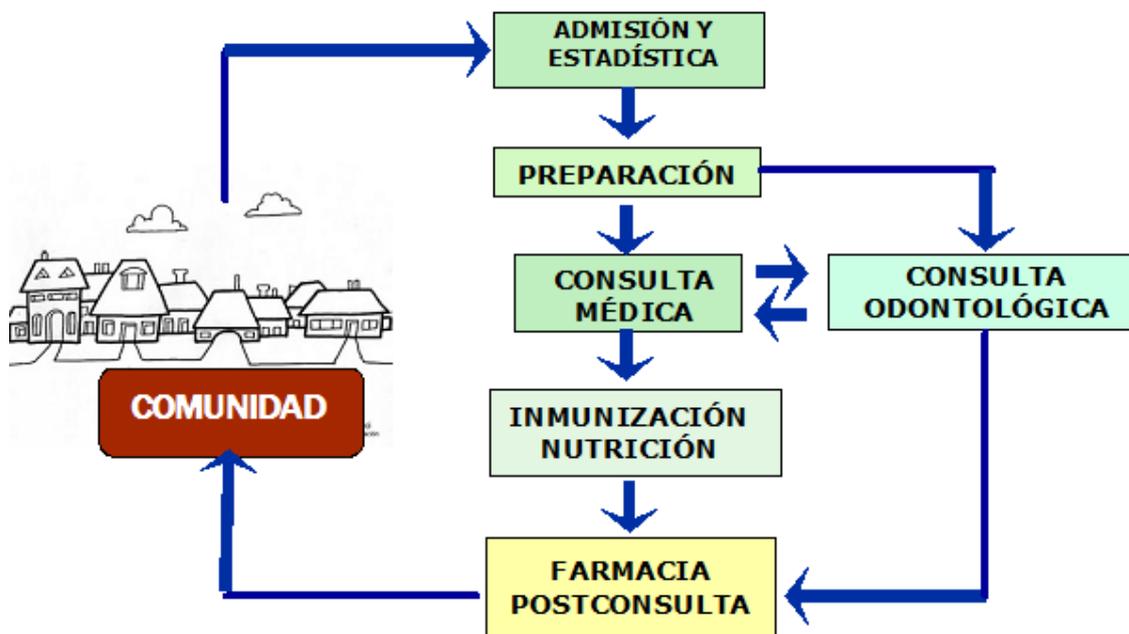
1.1.5. Servicios que presta la institución.

El Centro Médico, presta los siguientes servicios:

Cartera de servicios

Medicina general	2
Ginecología	1
Laboratorio clínico	1
Odontología	1
Enfermería	1
Farmacia	

Flujograma de Atención Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo



Elaborado por: Dra Jessenia Solórzano Mendoza

1.1.6. Datos estadísticos de cobertura.

Cuadro No. 1 10 primeras causas de morbilidad

CAUSAS	No.
PARASITOSIS	974
AMIGDALITIS AGUDA	431
RESFRIADO COMÚN	303
FARINGOAMIGDALITIS	236
INFECCION DE VÍAS URINARIAS	233
ANEMIA	188
DERMATOMICOSIS	120
VAGINITIS	112
DERMATITIS	108
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	104
rest	924
TOTAL	3733

Fuente: Dpto. Estadística del Centro Médico
Elaborado por: Dra. Jessenia Solorzano Mendoza

Análisis: De acuerdo a la tabla, se observa que las consultas por parasitosis e infecciones respiratorias agudas ocuparon el primer y segundo lugar respectivamente como causas de morbilidad durante el año 2010

1.1.7. Características geofísicas de la institución.



Figura N 4.

Fuente: Dra Jessenia Solórzano Mendoza

Riesgo biológico

- Enfermedades parasitarias.
- Enfermedades respiratorias.
- Enfermedades de la piel.
- Enfermedades gastrointestinales.

RIESGO SANITARIO-AMBIENTALES

- Uso del agua de los canales de riego para aseo personal, y quehaceres del hogar.
- Disposición inadecuada de excretas y de basura.
- Vectores.

Riesgo socioeconómico

- Población desempleada.
- Analfabetos.
- Hacinamiento.
- Falta de medios de recreación.
- Drogas y delincuencia.

1.1.8. Política de la institución.

Las políticas del Centro Médico son:

1. Lograr la recuperación de la salud y la rehabilitación de las capacidades de los pacientes, en condiciones de oportunidad, equidad, calidad y plena accesibilidad, en Consulta Externa, Hospitalización y Emergencia.
2. Defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural.
3. Lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud.
4. Apoyar la formación y especialización de los recursos humanos, asignando campo clínico y el personal para la docencia e investigación, a cargo de las Universidades e Instituciones educativas, según los convenios respectivos.
5. Administrar los recursos humanos, materiales económicos y financieros para el logro de la misión y sus objetivos en cumplimiento a las normas vigentes

6. .Mejorar continuamente la calidad, productividad, eficiencia y eficacia de la atención a la salud, estableciendo las normas y los parámetros necesarios, así como generando una cultura organizacional con valores y actitudes hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y su entorno familiar.

2.1. Marco conceptual

2.1.1. Discapacidad

La discapacidad es la consecuencia de un impedimento que puede ser física, cognitiva, mental, sensorial, emocional, de desarrollo, o alguna combinación de estos. Una discapacidad puede estar presente desde el nacimiento, o se producen durante la vida de una persona. Un concepto ampliamente reconocido de la discapacidad es el de la Organización Mundial de la Salud quien menciona:

La discapacidad se define como: "Toda reducción total o parcial de la capacidad para realizar una actividad compleja o integrada, representada en tareas, aptitudes y conductas". Esta reducción de la capacidad puede ser considerada como una deficiencia cognitiva, auditiva, visual, de habla y lenguaje, motora y de destreza, o asociada a la edad. (Hernández, 2012, p. 61)

Definimos como discapacidad a la presencia de una condición limitante por problemas esencialmente de tipo físico, mental o ambos, generalmente por enfermedad adquirida o congénita, traumatismo u otro factor ambiental. (INAP p 106)

Estas definiciones determinan que un individuo puede calificar como discapacitado por deficiencias pueden incluir discapacidades físicas, sensoriales y cognitivas o del desarrollo. Los trastornos mentales (también conocidos como incapacidad psiquiátrica o sicosocial) y los diversos tipos de enfermedad crónica también pueden calificar como discapacidades, algunos defensores se oponen a la descripción de ciertas condiciones (en particular, la sordera y autismo) como "discapacidad", argumentando que es más apropiado considerar las diferencias de desarrollo que han sido injustamente estigmatizados por la sociedad.

2.1.2. Calidad de vida

El concepto de calidad de vida representa un "término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida 'objetivas' y un alto grado de bienestar 'subjetivo'. También incluye la satisfacción colectiva de

necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades". (Paullier , 2013, pág. 3)

La calidad de vida también es relaciona a los factores materiales son los recursos que cada individuo posee: ingresos disponibles, posición en el trabajo, salud, nivel de educación, etcétera. Muchos autores asumen una relación causa efecto entre los recursos y las condiciones de vida: mientras más y mejores recursos uno tenga, mayor es la probabilidad de una buena calidad de vida.

Otro de los aspectos que intervienen en la calidad de vida son los factores ambientales, como las características del barrio o comunidad, que pueden influir en la calidad de vida, tales como: presencia y acceso a servicios, grado de seguridad y criminalidad, transporte y movilización, habilidad para servirse de las nuevas tecnologías que hacen la vida más simple. También, las características del hogar son relevantes en determinar la calidad de las condiciones de vida. Sobre este concepto Paullier indica:

La calidad de vida no debe ser considerada solamente tomando en consideración la perspectiva de los individuos, sino que también hay que considerar la perspectiva social. La calidad de vida y el bienestar de las personas adultas mayores dependen parcial o totalmente de las políticas existentes. (Paullier , 2013, pág. 4)

Así basado en este concepto los factores de relacionamiento incluyen las relaciones con la familia, los amigos y las redes sociales. La integración a organizaciones sociales y religiosas, el tiempo libre y el rol social después son factores que pueden afectar la calidad de vida, en jóvenes, adultos y personas de edades avanzadas. Cuando la familia juega un rol central en la vida de las personas adultas mayores, los amigos, vecinos y otras redes de apoyo tienen un rol modesto.

2.1.3. Calidad de vida y discapacidad

Hablar de calidad de vida es hablar de bienestar, se puede definir como un valor cuya finalidad es que todos los miembros de la sociedad dispongan de los medios precisos para satisfacer aquellas demandas aceptadas como necesidades.

Y en cuanto a la calidad de vida, se podría decir que es:

- La satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales.

- La combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal, ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.
- El concepto sobre calidad de vida comenzó a popularizarse en la década de los 60, hasta convertirse hoy en una noción utilizada en ámbitos muy diversos, como la salud física y mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general.
- La calidad de vida incluye aspectos vitales, tales como los físicos, fisiológicos y psicosociales (emocionales, espirituales, de roles, de interdependencia, de autoestima). El hombre es un ser social ante todo, que necesita de los demás para sobrevivir, crecer, desarrollarse alcanzar una adecuada autoestima e interdependencia, y desempeñar diferentes roles dentro de una sociedad cada vez más compleja y cambiante (Hernández, 2012, p. 61- 62)

Para alcanzar una adecuada calidad de vida de las personas con discapacidad además de destinar recursos y desarrollar programas específicos, se debe permitir ante todo la autonomía de ellas, lo cual hace indispensable la puesta en práctica de los siguientes derechos: Vida autónoma, elección y autodeterminación, participación y responsabilidad .y solidaridad, antes que compasión.

Sobre los problemas que afectan la calidad de vida de las personas con discapacidad Dunken menciona

El interés en la evaluación de la calidad de vida de las personas con discapacidad básicamente tiene su origen en la evolución de los paradigmas del concepto de discapacidad a nivel internacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS) propone una síntesis entre el modelo médico biológico y el modelo social, los que parecían antagónicos cuando en realidad son complementarios y destaca la participación activa de la persona con discapacidad en el control de su ambiente. Esta nueva mirada influyó significativamente en los modelos de intervención, tanto en el ámbito de la rehabilitación como en los de la educación y el trabajo al reconocer que la persona con discapacidad y su familia son los protagonistas centrales del proceso de rehabilitación o integración social, como en la formulación de programas y políticas sobre la materia.

El término de discapacidad describe ampliamente un deterioro en la capacidad de una persona para funcionar, causado por los cambios en los diferentes subsistemas del cuerpo, o para la salud mental. El grado de incapacidad puede variar de leve a moderada, severo o

profundo. Una persona también puede tener múltiples discapacidades. Las condiciones que causan discapacidad se clasifican por la comunidad médica como:

Hereditaria (transmitida genéticamente):

Congénita, lo que significa causados por la infección de la madre u otra enfermedad durante el embarazo, embrión o irregularidades del desarrollo fetal, o por una lesión durante o poco después del nacimiento;

Adquiridos, tales como las afecciones provocadas por la enfermedad o lesión de origen desconocido.

Al hablar de vida autónoma, no se trata de que la persona con discapacidad viva sola, sino que tenga las posibilidades de elegir, trabajar, relacionarse con los demás, amar y ser amada, y tener una vida privada, con participación en todos los ámbitos de la sociedad; ante todo, que pueda tomar sus propias decisiones. (Hernández, 2012, p 63)

En un hogar una persona con discapacidad su economía puede ser más desastrosa que lo habitual. una persona con discapacidad pierde su capacidad de obtener ingresos, a pesar de gastos de mantenimiento y, a menudo enormes gastos para la atención médica, en la actualidad en las empresas se requiere el 20% de sus empleadores que tengan algún tipo de discapacidad, esto puede ir incrementando con el paso de los años, con el propósito de ayudar económicamente a las personas con discapacidad en cuanto a sus gastos tanto personales como médicos.

2.1.4. Vinculación comunitaria, familiar y discapacidad

Las organizaciones que reúnen a las personas con determinada discapacidad también tienen un papel importante ya que deben difundir información positiva, que llegue al público en general a través de los medios de comunicación masiva, en los cuales se logre una imagen integrada. Conviene insistir en la riqueza de la diferencia y la diversidad, no en lo que le falta a la persona o no puede hacer, sino en lo que tiene y es capaz de hacer.

Finalmente, se puede concluir que a medida que esto se vaya logrando, se podrá evaluar si se está mejorando la calidad de vida de los discapacitados.

Esta evaluación se convierte en una herramienta que puede superar los modelos médicos, psicométricos e incluso sociales, ya que lejos de evaluar a quien tiene una discapacidad, se brinda un modo de descubrir el potencial de cada persona, que puede cualificarse a través de los siguientes indicadores: Experiencia de las propias capacidades. Presencia y participación en la comunidad. Respeto, rol que desempeña dentro de una comunidad. (Hernández, 2012, p. 63)

Sobre la vinculación comunitaria en base a la capacitación Hernández señala:

Se debe adquirir conocimientos, para enseñar a las comunidades y grupos acerca de las discapacidades, los estilos de vida saludables, los derechos y deberes, las necesidades de las personas que las tienen y las diferentes maneras para apoyarlas en su crecimiento y desarrollo personal, laboral y social. Así se va logrando sensibilizar a la comunidad, para que las personas con alguna discapacidad se vayan involucrando en los servicios de atención en salud y en todos los procesos de la vida cotidiana, social, laboral y política, como usuarios y clientes y no como víctimas. (Hernández, 2012, p. 63)

Las comunidades en general ven una discapacidad como algo malo, o hacen discriminación hacia la misma, el dar conocimientos mediante charlas o algún tipo de transmisor es necesario, para demostrar que una discapacidad no es algo malo, es una secuela de una mal formación, la cual se debe ayudar a superarla y no hacer sentir mal a una persona que tenga discapacidad, para un discapacitado se necesitan otro tipo de cuidados y eso es lo importante que las personas sepamos qué tipo de cuidados requieren para nuestra colaboración.

Sobre los programas de atención comunitaria y familiar Moreno, Rodríguez y Gutiérrez mencionan.

Los programas que existen actualmente se enmarcan en modelos de rehabilitación apoyados en diferentes perspectivas teóricas: los modelos tradicionales de rehabilitación, centrados en los síntomas, que se desarrollan en centros hospitalarios y de educación especial; el de rehabilitación basada en la comunidad, centrado en el modelo médico de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con participación comunitaria. (Moreno & Gutiérrez, 2008, p. 8)

Este autor hace referencia a rehabilitación mediante participación comunitaria, la cual sería necesaria, no solo que los centros hospitalarios o centros de educación especial sepan tatar a una persona con discapacidad, sino más bien que la humanidad se sensibilice, y por cuenta propia colaborar mediante la prevención a la discapacidad, el tratamiento a seguir en caso de que algún familiar la obtenga, y su rehabilitación constante.

La importancia del vínculo familiar es expresado conceptualmente por Urbano y Yuni quienes indican:

Si no podemos hablar de "la familia" en general, menos aún hablar de la familia cuando es atravesada por la situación de discapacidad. Lo múltiple, lo diverso, lo diferente, lo singular de cada familia se intensifica con la irrupción de la discapacidad. Ella adviene con una fuerza que obliga a revisar los itinerarios previstos y traza itinerarios nuevos. Caminos de dolor, incertidumbre, desafíos, logros e ilusiones que, con sus particulares geografías, facilitan su tránsito o hacen dificultoso el avance e incluso invitan al retiro y al abandono. (Urbano & Yuni, 2009, p 12)

En este análisis se puede evidenciar que la familia en su entorno regular se ve afectada cuando hay un discapacitado, esto se debe a las atenciones que requiere, el tratamiento médico y los gastos que el mismo conlleva.

Vivir con una persona con discapacidad puede tener efectos profundos en los enteros de la familia padres, hermanos y otros familiares. Se trata de una experiencia compartida única para las familias y puede afectar a todos los aspectos del funcionamiento de la familia.

En el lado positivo, atender a una persona con discapacidad se puede ampliar los horizontes, aumentar la conciencia de su fuerza interior de los familiares, mejorar la cohesión familiar, y fomentar las conexiones con grupos de la comunidad, sin embargo también existen grandes retos tal como lo indica Urbano y Yuni:

Cada tipo de discapacidad trae consigo sus propias posibilidades en el marco de sus imposibilidades y cada organización familiar debe hacer frente a la desorganización que éstas generan. El proceso de afrontamiento familiar puede ser entendido como un conjunto de recursos dinámicos, necesarios para poner en juego respuestas emocionales a las diversas crisis que contiene en si el advenimiento de la discapacidad y los diversos modos de tomar contacto/tomar resguardo de la angustia que proviene de anticipar los ciclos del desenlace, la angustia de que lo inexorable de los pronósticos se concrete. (Urbano & Yuni, 2009, p 95)

En este contexto se puede analizar que existe parámetro negativo como el tiempo y los costos financieros, las exigencias físicas y emocionales, y las complejidades logísticas asociadas con la crianza de un niño con discapacidad puede tener efectos de largo alcance como se describe a continuación. Los impactos probablemente dependerán del tipo de condición y gravedad, así como los medios físico, emocional y financiero de la familia y los recursos que están disponibles.

Las familias con un pariente discapacitado en ciertos casos puede aumentar el estrés del convivir diario, tomar un peaje en la salud mental y física, hacen que sea difícil encontrar cuidado inadecuado y asequible, y afectar a las decisiones sobre el trabajo, la educación /, formación, en el caso de una madre el tener más hijos.

Puede estar asociado con la culpa, la culpa, o disminución de la autoestima. Se puede desviar la atención de otros aspectos del funcionamiento de la familiar,. Los costos de la atención médica y otros servicios pueden ser enormes.

Estar al cuidado de una persona con discapacidad también afecta significativamente tiempo y recursos financieros, refiriéndonos a la discapacidad de un niño, poco se sabe acerca de las repercusiones de la discapacidad del niño en la familia. La investigación basada en la población, sobre todo en los resultados demográficos o económicos, es escasa, el tener un bebé con una condición de salud grave o riesgo para la salud aumenta la probabilidad de que los padres se divorcian o viven separados; que la madre no trabaja fuera del hogar, los padres con hijos discapacitados tienen tasas más bajas de participación social de los padres sin un hijo discapacitado y que son menos propensos a tener gran familias.

Es importante tener en cuenta que, más allá del intento de establecer generalidades acerca del funcionamiento familiar frente a una situación de discapacidad, cada sistema familiar es único, singular y particular. Es en sus particularidades en donde es posible entender la interdependencia de estos factores y la emergencia de recursos de afrontamiento. Lo que puede ser un recurso para un sistema familiar puede constituirse en un obstáculo para otro. Dentro de un mismo sistema familiar el modo de instrumentar acciones cognitivas e instrumentales empleado en un momento puede resultar insuficiente e inconveniente en otro estadio de la discapacidad. De todos modos, todo sistema familiar que se encuentre signado por el sello de la discapacidad es potencialmente vulnerable a la adquisición de trastornos o alteraciones en su funcionamiento. De ahí que, se hace necesario el apoyo y la contención que pueda circular entre los miembros del propio sistema; y, los que provea la comunidad a través de sus diversas agencias culturales. (Urbano & Yuni, 2009, p 160)

Vivir con una persona con discapacidad puede tener efectos profundos en los familiares, padres hermanos y otros familiares. Se trata de una experiencia compartida única para las familias y puede afectar a todos los aspectos del funcionamiento de la familia. En el lado positivo, se puede ampliar los horizontes, aumentar la conciencia de su fuerza interior de los familiares, mejorar la cohesión familiar, y fomentar las conexiones con grupos comunitarios o instituciones religiosas. En el lado negativo, el tiempo y los costes financieros, las exigencias físicas y emocionales, y las complejidades logísticas asociadas con la crianza de un niño con discapacidad puede tener efectos de largo alcance como se describe a

continuación. Los impactos probablemente dependerán del tipo de enfermedad y la gravedad, así como los medios físicos, emocionales y económicos de la familia y de los recursos que están disponibles.

2.1.5. Atención en salud de las personas con discapacidad

Cualquier deterioro que limita la función física o habilidad motora gruesa es un impedimento físico, no necesariamente una discapacidad física.

Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular. Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población (García Garnica, María del Carmen 2014. P118)

Actividades de promoción de la salud y prevención rara vez se dirigen a las personas con discapacidad. Por ejemplo las mujeres con discapacidad reciben menos de detección de cáncer de mama y de cuello de útero que las mujeres sin discapacidad. Las personas con deficiencias intelectuales y diabetes tienen menos probabilidades de haber comprobado su peso. Los adolescentes y adultos con discapacidad tienen más probabilidades de ser excluidos de los programas de educación sexual. En este sentido Palacios menciona:

Los Estados se encuentran obligados a exigir a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud tanto en el ámbito público como privado. Por otro lado, se establece la importante prohibición de discriminación contra las personas con discapacidad en el ámbito de la prestación de seguros de salud y de vida. Los Estados Parte deberán velar porque dichos seguros se presten de manera justa y razonable, evitando los abusos y las discriminaciones que sufre este colectivo a la hora de intentar obtener dichos servicios. (Palacios, 2008, p305.)

El modelo actual demuestra un tipo de discriminación en cuanto a salud se trata de una discapacidad, la finalidad de todos los estados es incrementar la atención gratuita mediante los derechos humanos, Los estudios de investigación han encontrado consistentemente la discriminación contra las personas con discapacidad en todas las fases la limitación más

común es que la gente no puede físicamente subir edificios porque no tienen acceso para discapacitados o el transporte, esto es lo que se espera con el tiempo de reduzca en nuestro mundo.

2.1.6. Ley Orgánica de Discapacidades del Ecuador.

TITULO II: DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, SUS DERECHOS, GARANTIAS Y BENEFICIOS

Art. 6.- Persona con discapacidad.- Para los efectos de esta Ley se considera persona con discapacidad a toda aquella que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales, con independencia de la causa que la hubiera originado, ve restringida permanentemente su capacidad biológica, psicológica y asociativa para ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria, en la proporción que establezca el Reglamento.

Art. 7.- Persona con deficiencia o condición discapacitante.- Se entiende por persona con deficiencia o condición incapacitante a toda aquella que, presente disminución o supresión temporal de alguna de sus capacidades físicas, sensoriales o intelectuales manifestándose en ausencias, anomalías, defectos, pérdidas o dificultades para percibir, desplazarse, oír y/o ver, comunicarse, o integrarse a las actividades esenciales de la vida diaria limitando el desempeño de sus capacidades; y, en consecuencia el goce y ejercicio pleno de sus derechos.

CAPITULO SEGUNDO: DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Art. 16.- Derechos.- El Estado a través de sus organismos y entidades reconoce y garantiza a las personas con discapacidad el pleno ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República, los tratados e instrumentos internacionales y esta ley, y su aplicación directa por parte de las o los funcionarios públicos, administrativos o judiciales, de oficio o a petición de parte; así como también por parte de las personas naturales y jurídicas privadas.

Se reconoce los derechos establecidos en esta Ley en lo que les sea aplicable a las personas con deficiencia o condición discapacitante, y a las y los parientes hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad, cónyuge, pareja en unión de hecho o

representante legal que tengan bajo su responsabilidad y/o cuidado a una persona con discapacidad.

Art. 17.- Medidas de acción afirmativa.- El Estado, a través de los organismos competentes, adoptará las medidas de acción afirmativa en el diseño y la ejecución de políticas públicas que fueren necesarias para garantizar el ejercicio pleno de los derechos de las personas con discapacidad que se encontraren en situación de desigualdad.

Para el reconocimiento y ejercicio de derechos, diseño y ejecución de políticas públicas, así como para el cumplimiento de obligaciones, se observará la situación real y condición humana de vulnerabilidad en la que se encuentre la persona con discapacidad, y se le garantizará los derechos propios de su situación particular.

Art. 18.- Cooperación internacional.- El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades coordinará con las autoridades nacionales en el ámbito de su competencia, los gobiernos autónomos descentralizados, y las personas jurídicas de derecho público la promoción, difusión, así como la canalización de la asesoría técnica y los recursos destinados a la atención de personas con discapacidad, en concordancia con el Plan Nacional de Discapacidades.

Las personas jurídicas privadas sin fines de lucro, notificarán al Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades respecto de sus planes, programas y sobre los recursos provenientes de la cooperación internacional, con el fin de coordinar esfuerzos y cumplir el Plan Nacional de Discapacidades.

Sección segunda: de la salud

Art. 19.- Derecho a la salud.- El Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

La atención integral a la salud de las personas con discapacidad, con deficiencia o condición discapacitante será de responsabilidad de la autoridad sanitaria nacional, que la prestará a través la red pública integral de salud.

Art. 20.- Subsistemas de promoción, prevención, habilitación y rehabilitación.- La autoridad sanitaria nacional dentro del Sistema Nacional de Salud, las autoridades nacionales educativa, ambiental, relaciones laborales y otras dentro del ámbito de sus competencias, establecerán e informarán de los planes, programas y estrategias de promoción, prevención, detección temprana e intervención oportuna de discapacidades, deficiencias o condiciones discapacitantes respecto de factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.

La habilitación y rehabilitación son procesos que consisten en la prestación oportuna, efectiva, apropiada y con calidad de servicios de atención. Su propósito es la generación, recuperación, fortalecimiento de funciones, capacidades, habilidades y destrezas para lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, así como la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida.

La autoridad sanitaria nacional establecerá los procedimientos de coordinación, atención y supervisión de las unidades de salud públicas y privadas a fin de que brinden servicios profesionales especializados de habilitación y rehabilitación.

La autoridad sanitaria nacional proporcionará a las personas con discapacidad y a sus familiares, la información relativa a su tipo de discapacidad.

Art. 21.- Certificación y acreditación de servicios de salud para discapacidad.- La autoridad sanitaria nacional certificará y acreditará en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y especializada, habilitación, rehabilitación integral, y centros de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas para personas con discapacidad.

Art. 22.- Genética humana y bioética.- La autoridad sanitaria nacional en el marco del Sistema Nacional de Salud normará, desarrollará y ejecutará el Programa Nacional de Genética Humana con enfoque de prevención de discapacidades, con irrestricto apego a los principios de bioética y a los derechos consagrados en la Constitución de la República y en los tratados e instrumentos internacionales.

Art. 23.- Medicamentos, insumos, ayudas técnicas, producción, disponibilidad y distribución.- La autoridad sanitaria nacional procurará que el Sistema Nacional de Salud cuente con la disponibilidad y distribución oportuna y permanente de medicamentos e insumos gratuitos,

requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las personas con discapacidad y deficiencias o condiciones discapacitantes.

Las órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas que reemplacen o compensen las deficiencias anatómicas o funcionales de las personas con discapacidad, serán entregadas gratuitamente por la autoridad sanitaria nacional a través del Sistema Nacional de Salud; que además, garantizará la disponibilidad y distribución de las mismas, cumpliendo con los estándares de calidad establecidos.

El Consejo Nacional de Igualdad de Discapacidades propondrá a la autoridad sanitaria nacional la inclusión en el cuadro nacional de medicamentos, insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridos para la atención de las personas con discapacidad, de conformidad con la realidad epidemiológica nacional y local. Además, la autoridad sanitaria nacional arbitrará las medidas que permitan garantizar la provisión de insumos y ayudas técnicas y tecnológicas requeridos para la atención de las personas con discapacidad; así como, fomentará la producción de órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas, en coordinación con las autoridades nacionales competentes, y las personas jurídicas públicas y privadas.

Art. 24.- Programas de soporte psicológico y capacitación periódica.- La autoridad sanitaria nacional dictará la normativa que permita implementar programas de soporte psicológico para personas con discapacidad y sus familiares, direccionados hacia una mejor comprensión del manejo integral de la discapacidad; así como, programas de capacitación periódica para las personas que cuidan a personas con discapacidad, los que podrán ser ejecutados por la misma o por los organismos públicos y privados especializados.

Art. 25.- Seguros de vida y/o salud y medicina pre pagada.- La Superintendencia de Bancos y Seguros controlará y vigilará que las compañías de seguro y/o medicina pre pagada incluyan en sus contratos, coberturas y servicios de seguros de vida y/o salud a las personas con discapacidad y a quienes adolezcan de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas.

La autoridad sanitaria nacional vigilará que los servicios de salud prestados a las personas con discapacidad por las compañías mencionadas en el inciso anterior, sean de la más alta calidad y adecuados a su discapacidad.

Todo modelo de contrato global de las compañías de seguros privados que incluyan coberturas de vida y/o de salud y de las compañías de salud y/o medicina pre pagada deberán ser aprobados y autorizados por la Superintendencia de Bancos y Seguros, para lo cual deberá mantener coordinación con la autoridad sanitaria nacional. Los contratos no podrán contener cláusulas de exclusión por motivos de preexistencias y las mismas serán cubiertas aun cuando la persona cambie de plan de salud o aseguradora.

Se prohíbe negarse a celebrar un contrato de las características celebradas o a prestar dichos servicios, proporcionarlos con menor calidad o incrementar los valores regulares de los mismos, estando sujetos a las sanciones correspondientes por parte de la Superintendencia de Bancos y Seguros y demás autoridades competentes.

Art. 26.- Subsistema de información.- La autoridad sanitaria nacional mantendrá un sistema de información continua y educativa sobre todas las discapacidades y salud.

Las normas de carácter sanitario preverán las características que deberán contener los productos farmacéuticos y alimentos de uso médico, respecto de la rotulación con sistema Braille. La rotulación incluirá al menos la información de seguridad del producto, nombre, fecha de producción y vencimiento.

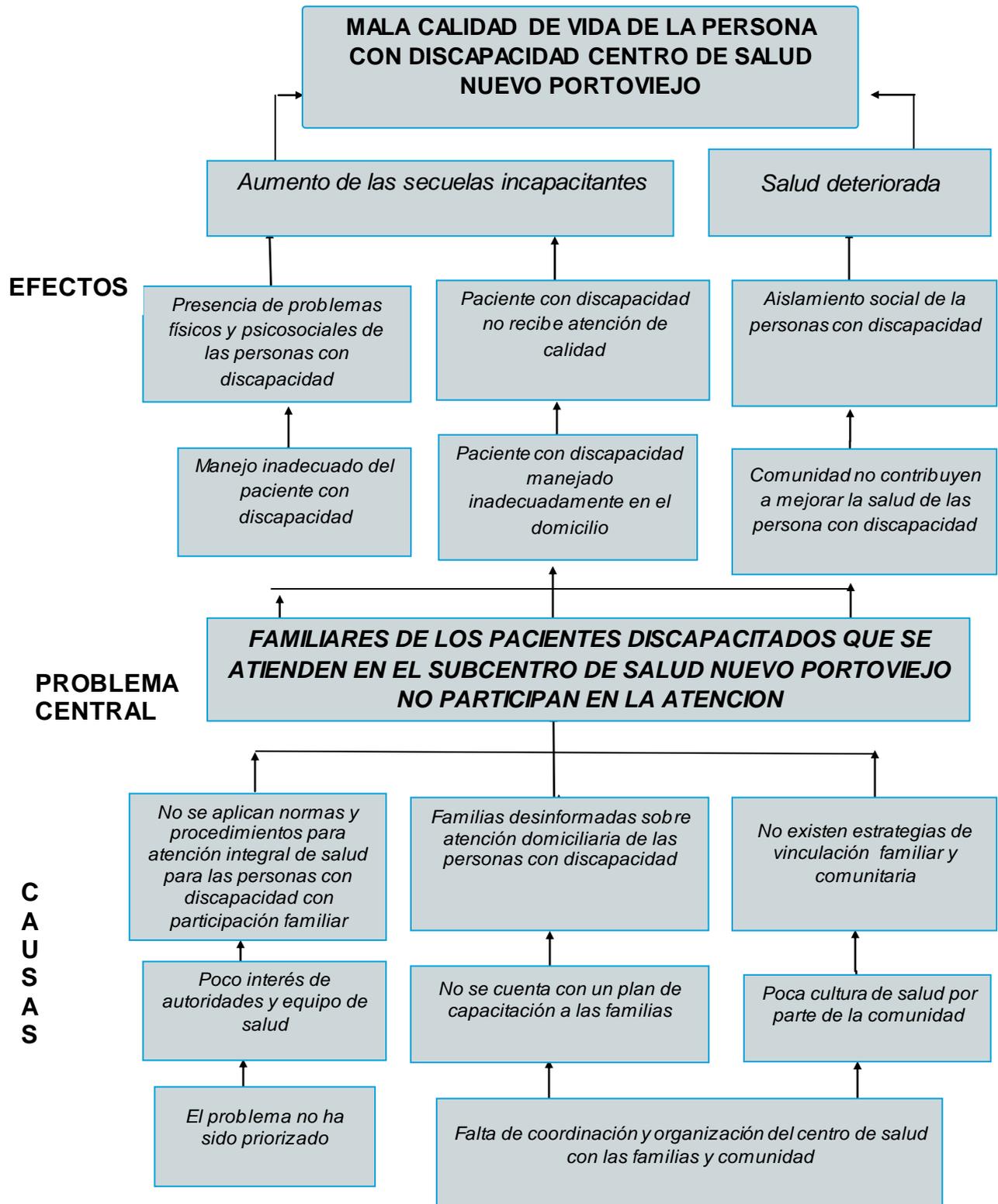
CAPITULO II
DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Matriz de Involucrados

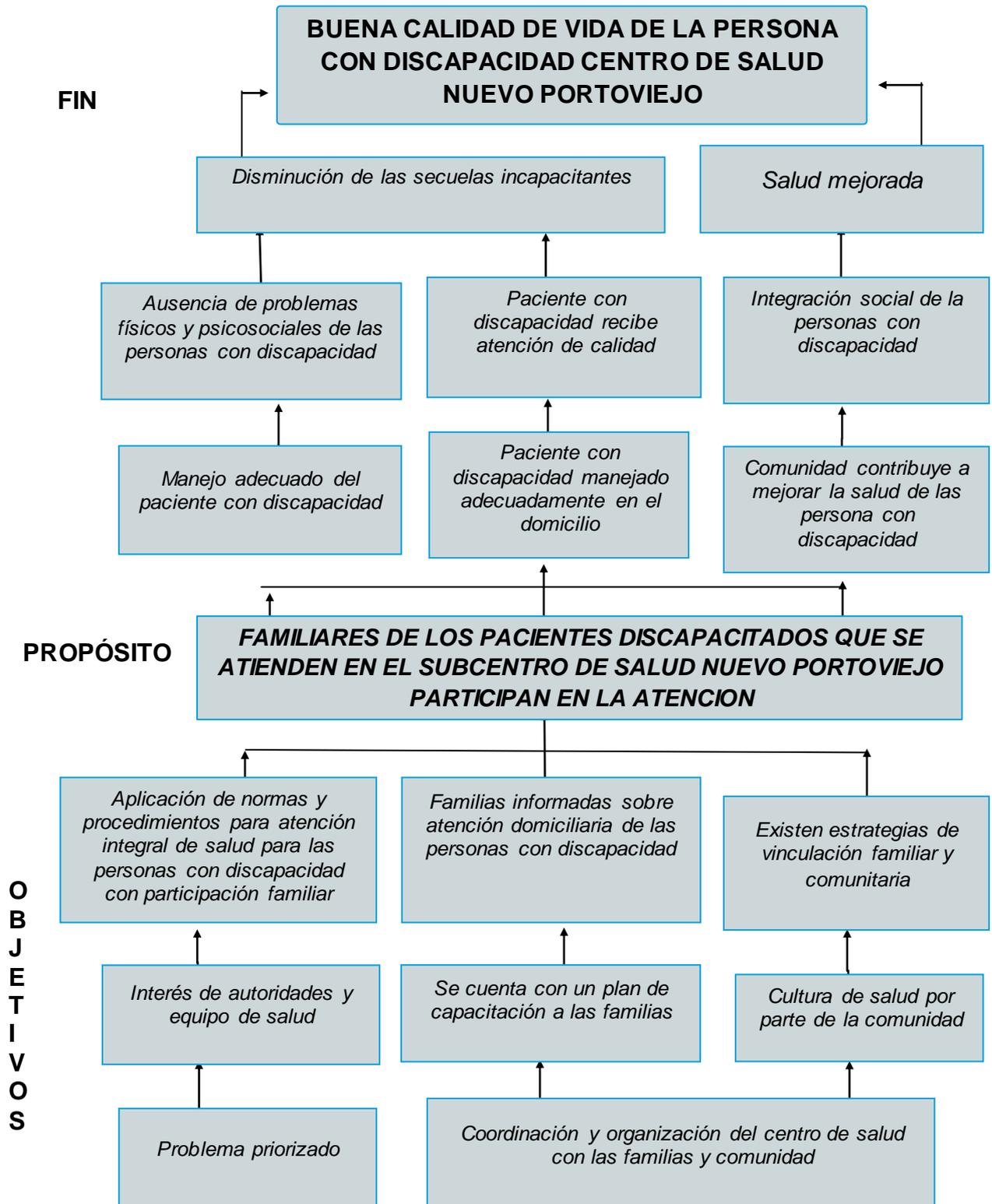
GRUPOS E INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo	Garantizar a la población una mejor calidad de vida brindando acceso oportuno para satisfacer las necesidades de salud	Recursos: Humanos Materiales Mandato CAPÍTULO SEGUNDO DERECHOS DEL BUEN VIVIR Sección sexta 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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No se aplica la atención integral de salud para personas con discapacidad ✓ Desinterés del equipo de salud. ✓ Problemas de salud no ha sido priorizados ✓ No se aplican normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad
Equipo de Salud	Brindar una atención oportuna a los pacientes con discapacidad	Recursos: Humanos Materiales Mandato Capítulo segundo Derechos del buen vivir Sección sexta Personas con discapacidad Art. 48.- El Estado adoptará a favor de las personas con discapacidad medidas que aseguren: 1. La inclusión social, mediante planes y programas estatales y privados coordinados, que fomenten su	<ul style="list-style-type: none"> ✓ No hay coordinación entre el equipo de salud ✓ No existen estrategias de vinculación comunitaria

		participación política, social, cultural, educativa y económica.	
Familias y comunidad	Mejoría en el estado de salud de las personas con discapacidad	Recursos: Humanos Materiales Mandato: Capítulo Segundo Derechos del Buen Vivir Sección sexta Personas con discapacidad 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.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Familias desinformadas sobre la atención domiciliaria de las personas con discapacidad ✓ Familias no ✓ No se cuenta con un plan de capacitación a las familias
Maestrante	Desarrollar y ejecutar proyectos en beneficios de los grupos vulnerables de la población	Recursos: Humanos Materiales Mandato: Misión de la UTPL “Buscar la verdad y formar al hombre a través de la ciencia, para que sirva a la sociedad”.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Falta de atención integral al as personas con discapacidad con vinculación familiar y comunitaria

2.2. Árbol de problemas



2.3. Árbol de objetivos



2.4. Matriz del marco lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
FIN Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad del Centro de Salud Nuevo Portoviejo			✓ Compromiso de directivos del centro de salud, familia y comunidad.
PROPOSITO Personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo reciben atención en salud con vinculación familiar y comunitaria	✓ Hasta diciembre del 2014 el 80% de personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo reciben atención en salud con vinculación familiar y comunitaria	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Registros de historias clínicas ✓ Estadística de pacientes que ingresan con el familiar ✓ Observaciones de su domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Participación del equipo de salud ✓ Participación de las familias activas y propositivas en la atención a discapacitados.
RESULTADOS			
1. Normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar aplicadas	Hasta julio del 2014 el 100% de las normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad aplicada	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Manual de normas y procedimientos ✓ Historias clínicas ✓ Fotografías 	✓ Intervención del equipo de salud en la atención a las personas con discapacidad
2. Familias informadas sobre atención domiciliar de las personas con discapacidad	Hasta agosto del 2014 el 80% de las familias informados sobre atención domiciliar de las personas con discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Cronograma capacitación ✓ Registro de asistencia ✓ Fotografías 	✓ Participación activa de las familias
3. Estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas	Hasta diciembre del 2014 el 100% de estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Plan de capacitación ✓ Registros de asistencia ✓ Fotos 	✓ Comunidad colaborando en las actividades

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	RECURSOS
RESULTADO 1 1. Normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar aplicadas .			
1.1.1. Socialización para el diseño y ejecución de normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar - Asignación de responsables	- Maestrante Dra. Jessenia Solórzano - Director del Centro de Salud - Equipo de salud	Junio del 2014	Materiales de oficina \$100.00
1.2. Diseño de las normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad adaptas y con enfoque en la participación familiar Actividades generales: - Promoción de la salud - Prevención de enfermedades - Curación y Rehabilitación	✓ Maestrante Dra. Jessenia Solórzano ✓ Equipo de salud	Junio del 2014	Materiales de oficina \$80.00
1.3. Taller de capacitación al personal de salud de las normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad adaptas y con enfoque en la participación familiar - Programa y cronograma del taller - Ejecución del taller - Evaluación del taller	✓ Maestrante Dra. Jessenia Solórzano ✓ Director del Centro de Salud ✓ Equipo de salud	Julio del 2014	Materiales de oficina \$50.00
1.4. Aplicación de las normas y procedimientos para la atención Integral pacientes	✓ Maestrante ✓ Personal de salud	Julio del 2014	<input type="checkbox"/> Materiales de oficina <input type="checkbox"/> 100\$ <input type="checkbox"/> Material

<ul style="list-style-type: none"> - con discapacidad - Registro de la historia clínica - Atención en medicina general - Atención psicosocial. - Atención odontológica. - Atención nutricional - Remisión a terapia física - Visitas domiciliaria - (Actividades extramurales) 			<p>medico</p> <p>☐ Materiales e insumos médicos</p>
<p>RESULTADO 2: Familias informados sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad</p>			
<p>2.1. Socialización con el equipo de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Coordinación de fechas - Firmas de responsables 	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dra. Jessenia Solórzano - Equipo de salud 	<p>Septiembre 2014</p>	<p>Materiales de oficina \$20.00</p>
<p>2.2. Elaborar el programa de información a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cronograma - Elaboración del material de apoyo - Búsqueda de recursos , - Diseño e impresión de trípticos - búsqueda del lugar - Invitación a los capacitadores - Invitación a las personas con discapacidad y sus familias 	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dra Jessenia Solórzano 	<p>Septiembre 2014</p>	<p>Materiales de oficina \$20.00</p>
<p>2.3. Realización de la capacitación a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Maestrante Dra Jessenia Solórzano - Equipo de salud - Capacitadores 	<p>Septiembre 2014</p>	<p>Materiales de apoyo Multimedia Refrigerios. \$200.00</p>
<p>2.4. Taller 1 :</p>			

<ul style="list-style-type: none"> ✓ Información sobre aspectos generales de la discapacidad ✓ Higiene y cuidado de las personas con discapacidad ✓ Organismos de atención a las personas con discapacidad 			
<p>2.5. Taller 2 :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aspectos de nutrición y preparación de dieta a las personas con discapacidad ✓ Derechos de las personas con discapacidad ✓ Rehabilitación y manejo físico de las personas con discapacidad en el domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maestrante ✓ Equipo de salud ✓ Capacitadores 	Septiembre 2014	Materiales de apoyo Multimedia Refrigerios. \$200.00

Resultado 3: Estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas

<p>3.1. Socialización con el equipo de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> - Firma de responsabilidad en la ejecución de actividades - Elaboración y aprobación de las actividades de vinculación comunitaria <p>Cronograma de actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Casa abierta para la difusión de la atención en el centro de salud - Conformación del club de cuidadores de las personas con discapacidad - Coordinación con los centros educativos estrategias de integración a las personas con discapacidad 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maestrante Dra. Jessenia Solórzano ✓ Equipo de salud 	Octubre 2014	Materiales de oficina \$20.00
<p>3.2. Conformación del Club de cuidadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maestrante Dra. Jessenia Solórzano ✓ Equipo de salud 	Octubre 2014	Materiales de oficina \$50.00
<p>3.3. Realización de casa abierta sobre las personas con</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maestrante Dra. Jessenia Solórzano 	Octubre 2014	Materiales de oficina \$100.00

<ul style="list-style-type: none"> - discapacidades. - Elaborar el material de apoyo - Búsqueda de recursos ,impresión - Entrega de trípticos sobre: nutrición, higiene y derechos de las personas con discapacidades especiales 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipo de salud 		
<p>3.4. Coordinación con los centros educativos estrategias de integración a las personas con discapacidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Maestrante Dra. Jessenia Solórzano ✓ Equipo de salud 	<p>Noviembre 2014</p>	<p>Materiales de oficina \$100.00</p>

CAPITULO III
RESULTADOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

RESULTADO 1: Normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar aplicadas

Indicador: Hasta julio del 2014 el 100% de las normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar aplicada

1.1. Socialización para el diseño y ejecución de normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad

Objetivo: Exponer y explicar los principales componentes del proyecto y establecer compromisos de aplicación.

Acciones:

- Socialización de las normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad con participación familiar
- Asignación de responsables

FICHA TECNICA DE LA REUNION DE SOCIALIZACION

Grupo: Equipo de Salud y Director del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Fecha: 11 de junio del 2014

Lugar: Sala de reuniones del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

CENTRO DE SALUD NUEVO PORTOVIEJO

Cronograma de actividades realizadas

HORA	CONTENIDO/TEMA	TECNICA	TIEMPO	RESPONSABLE
9:00 AM	Sensibilización de la problemática	Exposición Charla Debate	20 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza
9:20 AM	Metodología de aplicación de las actividades	Exposición Charla Debate	40 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza
10:00AM	Parámetros con los que debe contar las normas y normas y protocolos de atención	Exposición Charla Debate	30 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

10:30 AM	Sugerencias y conclusiones	Exposición Charla Debate	30 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza Personal de salud
----------	----------------------------	--------------------------------	--------	-----------------------------------------------------

Tiempo: 2 horas

Responsables: Personal de salud

Expositor: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Ejecución: Previa convocatoria y autorización del líder del Centro de Salud se procedió a ejecutar la reunión de socialización y aprobación del diseño y ejecución de las normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad, en dicha reunión se tomaron en cuenta los criterios del personal de salud se revisó el perfil epidemiológico de las personas con discapacidad en el sector, además de designar al grupo responsable para la adaptación local de las normativas.

Evaluación de la actividad 1.1:

Se cumplió con el 100% de la actividad cuyo objetivo fue revisar de manera complementaria normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad, quedando conformado de la siguiente manera concluida la reunión se quedó establecida la elaboración de las normas y procedimientos, los presentes estuvieron comprometidos en la participar activamente en cualquier actividad que involucre el mejoramiento de la calidad de vida de este grupo prioritario de atención.

PERSONAL DESIGNADO		
1	Dra. Lisbeth Gutiérrez	Médico General
2	Lcda. Jazmín Navarrete	Licenciada en Enfermería
3	Licda. Sonia Bravo	Licenciada en Enfermería

1.2. Diseño de las normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad adaptas y con enfoque en la participación familiar

Objetivo: Estructurar y diseñar las normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad con participación familiar

Acciones:

- Revisión sistémica de la evidencia científica bibliográfica nacional e internacional para la estructuración de las normas y procedimientos.

FICHA TECNICA DE LA REUNIÓN DE REVISIÓN Y APROBACIÓN DE LAS NORMAS Y PROCEDIMIENTOS

Grupo: Equipo de salud y Líder del servicio

Fecha: 16 de junio del 2014

Lugar: Centro de Salud Nuevo Portoviejo

CENTRO DE SALUD NUEVO PORTOVIEJO

Cronograma de actividades realizadas

HORA	CONTENIDO/TEMA	TECNICA	TIEMPO	RESPONSABLE
10:00 AM	Lectura de del índice del manual, aprobación de los temas	Exposición Charla Debate	30 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza
10:30 AM	Análisis del contenido	Exposición Charla Debate	60 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Personal de salud
11:30AM	Sugerencia de parte de los participantes	Exposición Charla Debate	30 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Personal de salud
12:00 AM	Aprobación de los contenidos por parte de los presentes.	Exposición Charla Debate	30 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Personal de salud

Tiempo: 2h30 horas

Responsables: personal de salud

Expositor: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Ejecución: Una vez elaborado el manual de normas y procedimientos adaptadas localmente e introduciendo un enfoque participativo familiar se procedió a su socialización del mismo, se dio lectura al índice y los ejes temáticos, y se tomaron en cuenta las sugerencias de aplicación.

Evaluación de la actividad 1.2.

Se cumplió en un 100% esta actividad analizando de manera detenida las estrategias para vincular a la familia dentro de las actividades entra y extra murales, se estableció también la participación de todo el personal en el la capacitación del respectivo manual.

Las actividades analizadas fueron.

Actividades generales:

- Promoción de la salud con participación familiar
- Prevención de enfermedades
- Curación y Rehabilitación con intervención del familiar

NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD ADAPTAS Y CON ENFOQUE EN LA PARTICIPACIÓN FAMILIAR

Introducción

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2013) Modelo de atención integral del sistema nacional de salud familiar comunitario e intercultural.

La Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural tiene como desafío consolidar la implementación del modelo, trabajar con las familias, desarrollar nuevas formas relacionales, ubicar al usuario en el centro de la atención, instalando buenas prácticas, desarrollando intervenciones orientadas hacia resultados de impacto social. Desde la convicción de que el enfoque biopsicosocial, multidisciplinario e intercultural, son la alternativa para responder de manera más efectiva a las necesidades de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

El programa de atención integral con participación de la familias hacia los pacientes con discapacidades especiales en el Centro de Salud San Pablo busca cambiar, incorporar y modificar las concepciones acerca de lo que es la discapacidad y su forma de atención, pasando de la caridad y beneficencia al paradigma de la rehabilitación y de éste al de autonomía personal y al de inclusión y derechos humanos de estos, obteniendo una concepción integral en la atención, vinculando a las familias y a la comunidad, ayudándoles a garantizar su satisfacción, aprovechando sus espacios y actividades para las acciones educativas, preventivas y concretar la atención curativa y rehabilitadora mejorando así la calidad de vida de las personas con discapacidades especiales

Atención Primaria en Salud.

El Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, comunitario e intercultural (MAIS-FCI), es el conjunto de políticas, estrategias, lineamiento y herramientas que al complementarse organiza el Sistema Nacional de Salud para responder a las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidad, permitiendo la integralidad en los tres niveles de atención en la red de salud. Por lo tanto el MAIS-FCI define como van a interactuar los actores de los sectores públicos y privados, los miembros de la red de servicios de salud y la comunidad para llevar a cabo las acciones conjuntas que permitan dar soluciones integrales a las necesidades o problemas de salud de la comunidad contribuyendo de esta manera mejorar su calidad de vida.

Marco Legal y Normativo : Acuerdo Ministerial 725 -1162

La constitución de la República del Ecuador manda:

“Art.32 La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho del agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”

La ley orgánica de salud ordena:

“Art.6 Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública. 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.

Capítulo III: derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Sección 6ª

Art.47 Derecho de las Personas con Discapacidad.- el estado garantizara políticas de prevención de las discapacidades de prevención de las discapacidades y de manera conjunta con la sociedad y la familia, procurara 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 incluirán 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.

OBJETIVO.

- Brindar atención integral orientando los servicios de salud hacia la promoción de la salud y prevención de las enfermedades fortaleciendo el proceso de recuperación, rehabilitación de la salud con calidad y profundo respeto a las personas en su diversidad y entorno, mejorando su calidad de vida.

CONJUNTO DE PRESTACIONES	
CONJUNTO DE PRESTACIONES EN LA ATENCION INTEGRAL CON PARTICIPACION FAMILIAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	<p>PRESTACIONES DE PROMOCION</p> <ul style="list-style-type: none"> □ Promover la autoconfianza y fortalecer el vínculo familiar. □ Informar a las familias y cuidadores sobre la importancia de la nutrición y buena alimentación del discapacitado. <ul style="list-style-type: none"> ○ Consejos y recomendaciones de una buena alimentación. □ Promoción y consejería sobre los buenos hábitos de higiene. <ul style="list-style-type: none"> ○ Higiene corporal ○ Higiene bucal □ Generar mecanismo de motivación para que acudan a los controles mensuales en la unidad operativa. <ul style="list-style-type: none"> ○ Orientación sobre oferta y prestaciones de salud que existe en el Centro de Salud □ Capacitar al personal de salud sobre la Atención Integral de Salud. <ul style="list-style-type: none"> ○ Charla sobre Atención Integral de Salud sobre Discapacidad.

- ☐ Informar a las familias y cuidadores sobre los derechos de los discapacitados

PRESTACIONES DE PREVENCIÓN

- ☐ Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, neuromuscular y psicomotriz del discapacitado.
 - Formulario 022 consulta externa – evolución
 - Formulario 033 anamnesis – Examen físico
- ☐ Administración de suplementos vitamínicos y micronutrientes
- ☐ Prevención de caries dental y otras enfermedades bucodentales:
 - Profilaxis Dental y aplicación de fluor

PRESTACIONES DE RECUPERACION

- ☐ Diagnóstico y Tratamiento de la parasitosis
 - Formulario 022 consulta externa – evolución
 - Formulario 033 anamnesis – Examen físico
 - Prescripción medica
- ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas
 - Formulario 022 consulta externa – evolución
 - Formulario 033 anamnesis – Examen físico
 - Prescripción medica
- ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucodentales:.
 - Anamnesis y Valoración bucodental (historia clínica 033).
 - Profilaxis dental, Restauraciones y exodoncia
- ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades dérmicas.
 - Formulario 022 consulta externa – evolución
 - Formulario 033 anamnesis – Examen físico
 - Prescripción medica

- Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias.
 - Formulario 022 consulta externa – evolución
 - Formulario 033 anamnesis – Examen físico.
 - Prescripción Médica.

- Fortalecer la calidad de atención por el talento humano contando con personal capacitado, motivado y comprometido que responda a las necesidades de las personas con discapacidad.
- Informará las familias sobre el rol de la atención integral a las personas con discapacidad.
- Capacitar a las familias sobre el cuidado, manejo, deberes y derechos de las personas con discapacidad especial.

METAS

- Lograr que el 100% de médicos, odontólogos, y enfermeras brinden atención integral a las personas con discapacidades especiales.
- Lograr que el 90% de las familias participen y estén orientadas sobre el cuidado de los discapacitados.
- Lograr que el 50% de las personas con discapacidad mejoren su calidad de vida.

GRUPO IV: Con secuelas o discapacidad ((MAIS-PAG. 67).

Se trata de personas que padecen alguna condición que implica una alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o síquicas. Es un proceso dinámico influido por múltiples variables que se pueden presentar en un sujeto como consecuencia de una enfermedad o factor externo de naturaleza diversa.

En este grupo obviamente se incluyen sujetos que padecen enfermedades crónicas o agudas en las que se presentan condiciones que provocan un grado de limitación mayor en el paciente (complicaciones y secuelas que determinan un estado de incapacidad variable).

Se incluyen las personas con discapacidades: físicos motores, intelectuales, auditivos, visuales, viscerales, psíquicos, mixtos.

El número de consultas de seguimiento y subsecuentes que se realizara será bajo los estándares del MSP por ciclos de vida:

Actividades intramurales.

- Promoción, Prevención
- Curación y Rehabilitación
- Registro: Historia clínica individual

Coordinar las atenciones en consultorio y las visitas domiciliarias con el llenado de la ficha familiar en caso de ser necesario considerar también múltiples factores en el momento de establecer la frecuencia de evaluaciones. Obviamente, el seguimiento no será el mismo en una persona que padece una limitación motora por un trauma desde pequeño y que no ha visto afectado su desempeño profesional ni social, que en un sujeto con una discapacidad reciente e invalidante y que, independientemente de su edad, se percibe una afectación irreversible en su desempeño ante la familia y la sociedad. En general se sugiere, que por lo complejo de este estado de discapacidad, secuela o invalidez en los individuos, la frecuencia de las consultas de evaluación y la propia intervención, se realice en estrecha coordinación con el especialista en rehabilitación.

Actividades Extramurales.

4 visitas de seguimiento al año se recomienda a las familias que tengan integrantes en este grupo IV con secuela o discapacidad. Actividades que deberán ser detalladas en la ficha familiar son de:

- Promoción
- Prevención
- Curación
- Rehabilitación

Utilizar las actividades a ejecutarse por el equipo integral de salud detallada en el anexo 1 del Manual del MAIS 2012

Se coordinara con la unidad operativa responsable la entrega de turnos para facilitar el acceso al servicio de salud en casos especiales.

TRABAJO EN DOMICILIO (MAIS-PAG. 64).

Atención Domiciliaria.: Cuidados médicos y /o de enfermería a personas que por enfermedad, discapacidad, emergencia o estado terminal de alguna enfermedad requieran de atención y no puedan movilizarse a la unidad.

Además el equipo integral de salud estará obligado a realizar seguimiento y evaluación de estas personas. Identificación oportuna de riesgos y/o danos en individuos, familias, comunidad y el entorno e implementación de planes de atención:

- Visitas domiciliarias para diagnóstico y seguimiento de familias en riesgo a través de la aplicación de la ficha familiar y elaboración del plan de intervención. Estas acciones se desarrollaran con visitas domiciliarias programadas, no es necesario que todo el personal de los equipos salga a realizar esta actividad.
- Detección precoz y atención integral de problemas de salud: mental, biológicos, deficiencias y discapacidades como físico motora, intelectual, auditiva, visual; y sociales en los grupos prioritarios⁴⁸, elaboración, implementación, registro y evaluación de las intervenciones.
- Identificación, atención y apoyo de cuidados paliativos a personas con enfermedades en fase terminal y a la familia.

Visita domiciliaria.

Definición: Es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario, familia y/o Comunidad; suele responder a una necesidad identificada por un miembro del Equipo de Salud, que tras la valoración del usuario, decide un plan de intervención a seguir en el domicilio y la periodicidad de los mismos, sobre aspectos de salud y detección de problemas que rodean a la familia: biológico, psicológico, social y ambiental, dando opción al descubrimiento de factores de riesgo y a la corrección de los mismos.

Finalidad: Con esta nueva visión que encierra en un todo, lo biológico y psicosocial, lo

sanitario y lo social, en un escenario y con una estrategia de intervención específicos, el hogar y la atención domiciliaria; el equipo básico de salud deberá asumir el reto de una atención integral, individual y familiar. Para poder afrontar con éxito este nuevo abordaje, es necesario aprender nuevos conceptos y sobre todo capacitarse para utilizar otros instrumentos, de forma que un mismo profesional pueda atender los aspectos biomédicos y psicosociales y coordinar los recursos sanitarios y sociales. Consideramos que los profesionales de los Equipos Integrales de Salud, implicados en un programa de atención domiciliaria y atención familiar, deben prepararse para realizar las siguientes actividades:

1. Diagnosticar los riesgos para la salud.
2. Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.
3. Transferir lo clínico a lo psicosocial.
4. Estudiar los riesgos en el contexto familiar, analizando las repercusiones sobre la familia, evaluando de forma especial las repercusiones sobre la organización y función familiar.
5. Evaluar los apoyos informales y la necesidad de utilizar los recursos formales de la comunidad.
6. Realizar el diagnóstico, decidir la intervención y planificar el seguimiento del proceso clínico-familiar y de las visitas domiciliarias programadas.
7. Realizar una evaluación dinámica, organizada y continua del estado de salud de las personas en una comunidad determinada, y supone su registro, diagnóstico, intervención y seguimiento con el propósito de influir en la mejoría de su estado de salud, mediante la planificación y desarrollo de intervenciones que contribuyan a ello.
8. Evaluar con un examen integral de cada persona independiente de su estado de salud con un abordaje al individuo biológico, psicológica y socialmente, lo que posibilita clasificarlo en diferentes categorías: aparentemente sano, con factores de riesgo, con patologías crónicas, y con deficiencias/discapacidades.
9. Intervenir con medidas al individuo para promover salud, evitar daños, tratando de modificar positivamente o eliminar cualquier condición que pueda favorecer la enfermedad. A su vez completa la aplicación de procedimientos y acciones educativas o terapéuticas en las cuales estar o no presente la prescripción de medicamentos.
10. Seguimiento, como un proceso continuo, donde se producen ajustes sistemáticos de la atención y las intervenciones, en dependencia de las variaciones en el estado de salud/enfermedad individual y la respuesta a las medidas previamente aplicadas.

Especial mención merece la detección, estudio y abordaje de las familias de riesgo, ya que requerirán estrategias globales de coordinación a nivel interprofesional e interinstitucional y trabajar con enfoque de riesgo para establecer una adecuada intervención sanitaria, así como, para desarrollar políticas de transformación social, que prevenga y detenga estos riesgos. Es importante señalar que las familias de riesgo socio-sanitario son aquellas, en la que por el tipo de problema de salud, y de forma especial por la presencia problemas en la función y organización de la familia o por la existencia de problemas socioeconómicos, requiere una intervención sanitaria, socio-sanitaria o social de emergencia.

El descubrimiento de una familia de riesgo socio-sanitario, obligará a una reunión urgente del equipo de salud, para evaluar el caso y decidir la intervención pertinente. Es por esto, que la visita domiciliaria, que es una actividad propia de la atención primaria, adquiere un enfoque nuevo cuando se utilizan los conceptos y técnicas de la atención familiar, y esto permite mejorar la calidad de la asistencia miembros de la familia.

La visita domiciliaria es la actividad básica del modelo de atención integral - MAIS. Por medio de ella se realiza un intercambio de información entre la familia y el equipo de salud del primer nivel. En esta actividad se tiene la oportunidad de conocer la situación familiar, el ambiente familiar, el ambiente físico y sus recursos. Para tal efecto se utiliza como instrumento la Ficha Familiar, el cual debe ser llenado conforme la información obtenida de la familia.

Estas acciones contribuyen a mejorar el estado de salud individual, familiar consecuentemente el de la población. En este proceso se identifican los riesgos y daños a la salud de cada persona, mediante procedimientos básicos de observación, exploración física e instrumental, interpretación y análisis de los resultados. Al mismo tiempo favorece la planificación de las acciones y los recursos para la atención a las necesidades del individuo, e influye en su educación, capacidad de autoevaluación y cuidado de su estado de salud o enfermedad.

1.3. Taller de capacitación al personal de salud de las normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad adaptas y con enfoque en la participación familiar

Objetivo: Programar y ejecutar el taller de capacitación al personal de salud sobre las normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad con enfoque en la participación familiar

Acciones

- Programación y cronograma del taller
- Ejecución del cronograma

PROGRAMA DEL TALLER DE CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD

Tema: Normas y procedimientos de atención integral a las personas con discapacidad adaptas y con enfoque en la participación familiar

Introducción

Entre las principales barreras para la salud y el cuidado de las personas con discapacidad es la aplicación de normas y procedimientos de atención, sobre todo si estos no van acompañados de la intervención del familiar. La participación familiar en la salud de las personas con discapacidad sigue siendo limitada. Estudios recientes indican que las personas con discapacidad experimenta una mejoría o mantenimiento de su estado físico y psicosocial cuando la intervención es integral y se hace participe al familiar o cuidador en la atención médica, incluida la promoción de la salud y programas de prevención de enfermedades y servicios.

Actualmente en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo existen pocos programas de formación continua al profesional de la salud para el cuidado y atención en temas de discapacidad, la información y capacitación es un desafío en todos los servicios de salud, que afectarán a la calidad de vida, la productividad y el bienestar de un mayor número de personas y discapacidad y sus familias.

La población Manabita envejece, que se proyecta a un aumento en el número de personas con discapacidad, teniendo en cuenta estos cambios, es especialmente importante para

entender los factores complejos e interrelacionados que contribuyen a las inequidades en salud y cuidado de la salud para las personas con discapacidad, y para identificar soluciones prácticas.

Las personas con discapacidades tienden a empeorar con facilidad su estado de salud y como consecuencias secuelas en su condición física, por otra parte, se ven afectados de manera desproporcionada por las barreras a la atención, presentando problemas para acceder a la atención y a los servicios de salud.

La formación del profesional en salud influye en el manejo adecuado e las personas con discapacidad, evitando problemas adicionales o el empeoramiento de su estado de salud; por ejemplo: Los adultos que con sordera o que experimentan problemas de audición significativa generalmente no visitan el centro de salud de manera regular, ya que no existen interpretes durante las visitas médicas, en consecuencia, las personas sordas tienen dificultad importante comunicarse eficazmente con el personal de salud y no reciben adecuada información sobre el cuidado de la salud y las respectivas instrucciones. Los adultos con discapacidades, y personas de la tercera edad están en riesgo de la audición y problemas de visión, enfermedad cardiovascular, obesidad, convulsiones, de salud mental y problemas de conducta, la mala salud oral, y problemas de aptitud general.

Los profesionales de la salud rara vez proporcionan instrucciones de atención médica, materiales educativos, y las personas que son ciegas o con problemas visuales también parecen estar sistemáticamente excluidos de recibir educación sobre la diabetes y el acceso a los servicios de rehabilitación para la visión suelen ser escasas o limitadas.

Objetivo general:

Capacitar y actualizar al personal de salud del Centro de Salud Nuevo Portoviejo sobre la Atención Integral al Paciente con discapacidad con participación familiar

Objetivos específicos.

- Lograr que el equipo de salud de la Institución, de una atención de calidad y calidez a las personas con discapacidad.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad

Meta.

Lograr que el 100% del personal de salud este capacitados motivados y coordinados al servicio de la atención a discapacitados.

Lugar de la capacitación: Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Fecha: Del 1 al 3 de julio del 2014

Responsable: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Facilitadores:

Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Dra. Lisbeth Gutiérrez

Lcda. Sonia Bravo

Participantes: Equipo de Salud del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Materiales

- Material de oficina
- Papel
- Enfocus
- Diapositivas
- Tripticos
- Rotafolios
- cámara fotográfica

Económico

El 100% de los gastos serán financiados por el maestrante Dra. Jessenia Solórzano

FICHA TÉCNICA DE LA CAPACITACIÓN Nº 1

**CRONOGRAMA DEL TALLER DE CAPACITACIÓN DIRIGIDA AL PERSONAL DEL
CENTRO DE SALUD NUEVO PORTOVIEJO**

1 de julio del 2014

Tema	Contenidos	Método	Material de apoyo	Conferencista
Prestaciones de promoción con participación familiar	Promover la autoconfianza y fortalecer el vínculo familiar. Informar a las familias y cuidadores sobre la importancia de la nutrición y buena	Charla Debate Exposición	Enfoques Diapositivas Tríptico	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Dr. Julio Zambrano Cedeño Lcda. Martha Castillo Intriago

	<p>alimentación del discapacitado. Promoción y consejería sobre los buenos hábitos de higiene. - Generar mecanismo de motivación para que acudan a los controles mensuales en la unidad operativa. Orientación sobre oferta y prestaciones de salud que existe en el Centro de Salud Informar a las familias y cuidadores sobre los derechos de los discapacitados</p>			
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

FICHA TÉCNICA DE LA CAPACITACIÓN Nº 2

2 de Julio del 2014

Tema	Contenidos	Método	Material de apoyo	Conferencista
Prestaciones de prevención	<p>Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, neuromuscular y psicomotriz del discapacitado. Administración de suplementos vitamínicos y micronutrientes Prevención de caries dental y otras enfermedades bucodentales</p>	<p>Charla Debate Exposición</p>	<p>Enfoques Diapositivas Tríptico</p>	<p>Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Dr. Julio Zambrano Cedeño Lcda. Martha Castillo Intriago</p>

FICHA TÉCNICA DE LA CAPACITACIÓN Nº 3

3 de Julio del 2014

Tema	Contenidos	Método	Material de apoyo	Conferencista
Prestaciones de recuperación con intervención	<p>Diagnóstico y tratamiento de enfermedades: Diarreicas Bucodentales. Dérmicas.</p>	<p>Charla Debate Exposición</p>	<p>Enfoques Diapositivas Tríptico</p>	<p>Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Dr. Julio Zambrano Cedeño</p>

familiar	Respiratorias.			Lcda. Martha Castillo Intriago
----------	----------------	--	--	--------------------------------

Evaluación de la actividad 1.3.

Se ejecutó el 100% de esta actividad en la que se programó y ejecutó la capacitación al equipo de salud, con temas de prestaciones promoción, prevención, Prestaciones de recuperación con intervención familiar

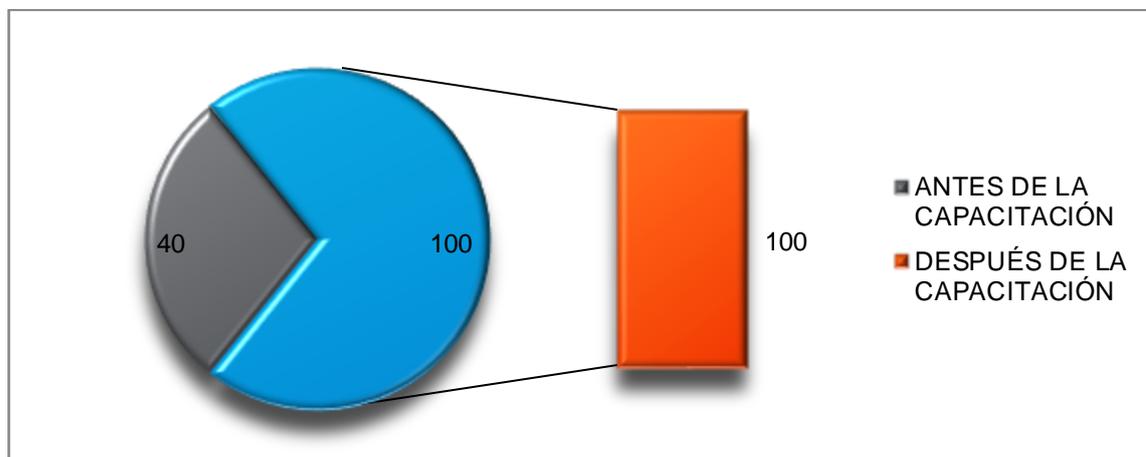
Tabla No. 2 .Conocimiento del equipo de salud sobre la atención al paciente con discapacidad

ALTERNATIVAS	ANTES DE LA CAPACITACION		DESPUES DE LA CAPACITACION	
	F	%	F	%
Prepuestas correctas	6	40	15	100
Respuestas incorrectas	9	60	0	0
TOTAL	15	100	15	100

Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Gráfico No. 2



Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Dra. Jessenia Mendoza

Análisis e interpretación:

El cuadro y gráfico No. 2 que muestra de manera general el conocimiento del equipo de salud sobre la atención al paciente con capacidades especiales antes del taller el 40% de las respuestas eran correctas y después de la capacitación lo son el 100%.

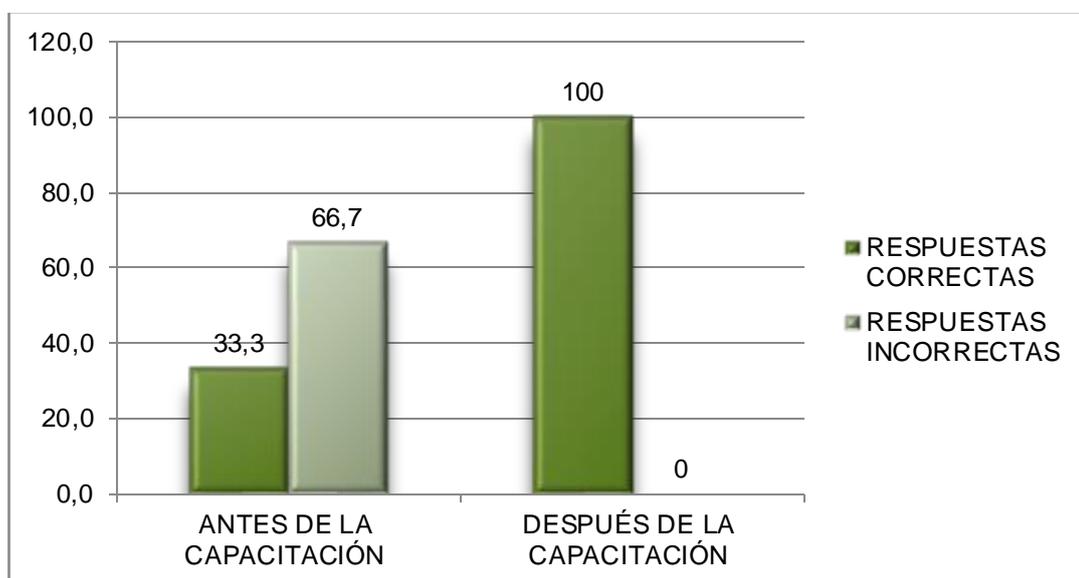
Tabla No. 3 .Conocimiento del equipo de salud sobre las prestaciones en promoción al paciente con discapacidad

ALTERNATIVAS	ANTES DE LA CAPACITACION		DESPUES DE LA CAPACITACION	
	F	%	F	%
RESPUESTAS CORRECTAS	5	33,3	15	100
RESPUESTAS INCORRECTAS	10	66,7	0	0
TOTAL	15	100,0	15	100

Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Dra. Jessenia Mendoza

Gráfico No. 3



Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Análisis e interpretación:

En el cuadro y gráfico No. 4 muestra el conocimiento del equipo de salud sobre las prestaciones en promoción al paciente con capacidades especiales de acuerdo a la información anterior antes de la capacitación el 33,3% de las respuestas eran correctas y después de la capacitación lo son el 100%.

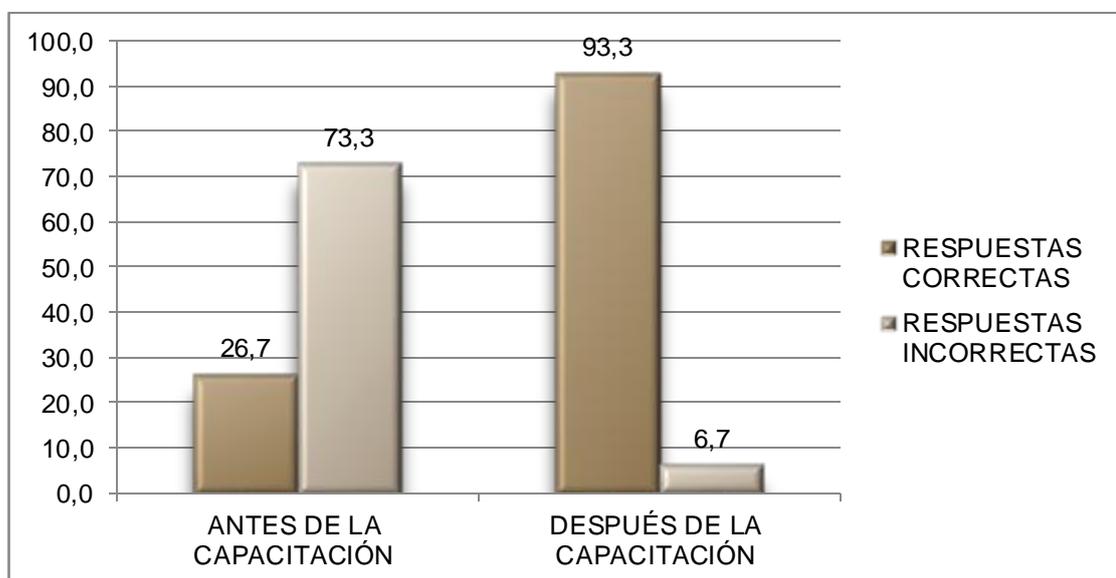
Tabla No. 4 .Conocimiento del equipo de salud sobre las prestaciones en prevención al paciente con discapacidad

ALTERNATIVAS	ANTES DE LA CAPACITACION		DESPUES DE LA CAPACITACION	
	F	%	F	%
RESPUESTAS CORRECTAS	4	26,7	14	93,3
RESPUESTAS INCORRECTAS	11	73,3	1	6,7
TOTAL	15	100,0	15	100

Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Gráfico No. 4



Fuente: Test de evaluación

Elaborado por: Dra. Jessenia Mendoza

Análisis e interpretación:

Según el cuadro y gráfico No. 4 el conocimiento del equipo de salud sobre las prestaciones en prevención al paciente con discapacidad, muestra antes de la capacitación el 26,7% de las respuestas eran correctas y después de la capacitación lo son el 93,3%.

1.4. Aplicación de las normas y procedimientos para la Integral pacientes con discapacidad

Objetivo: Aplicar y ejecutar los criterios normativos y procedimientos de atención al usuario con discapacidad y sus familias partiendo de una visión integral de la atención primaria encontramos que hay tratamiento de la enfermedad, faltando la intervención de la discapacidad, es por ello que proponemos la atención primaria vista desde la promoción del funcionamiento, prevención de la discapacidad y atención a la discapacidad

El desde el mes de julio del 2014 se procedió a la aplicación de las normas y procedimientos para la Integral pacientes con discapacidad con participación familiar

Registro de la historia clínica

Se tomó en cuenta la aplicación correcta de la historia clínica, trabajando en el diagnóstico y la exploración al familiar o cuidador a cargo

Atención en medicina general

Esta actividad se llevó a cabo previo cronograma y agendamiento de las personas con discapacidad, las cuales fueron atendidas con la compañía de un familiar

Evaluación de la actividad 1.4.

Se cumplió en un 100% esta actividad con los siguientes resultados:

Tabla No. 5. Patología asociada a la discapacidad

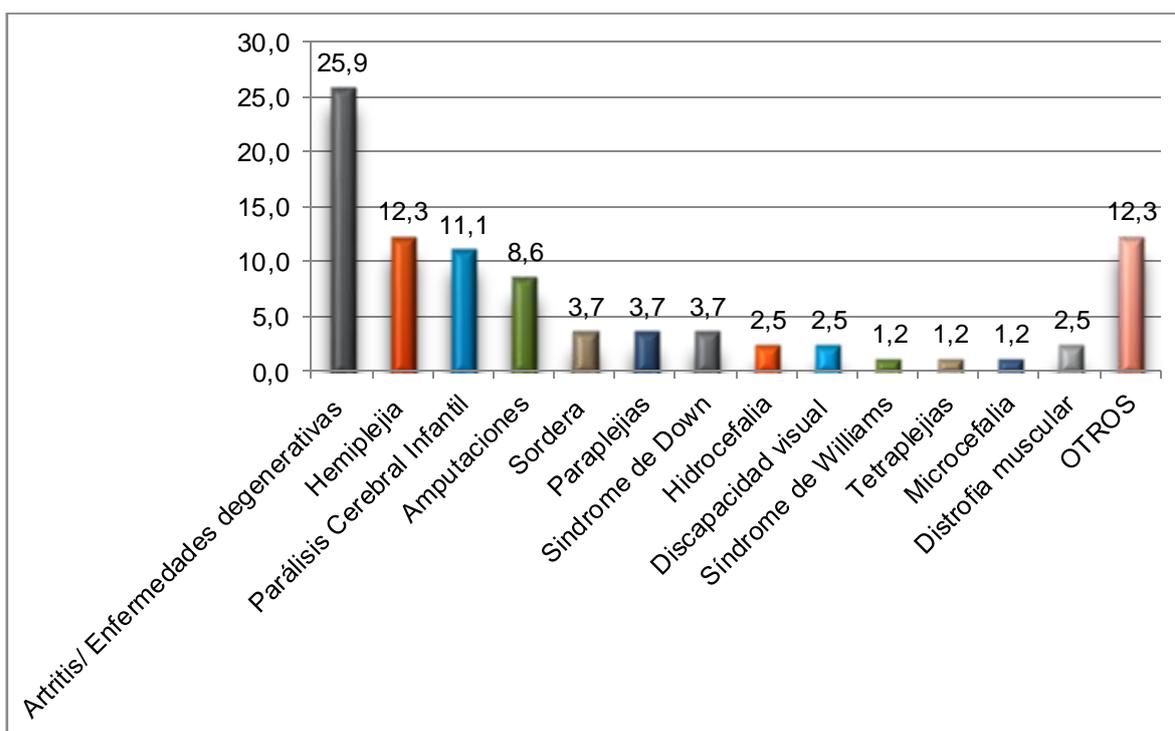
Patología asociadas a la discapacidad	F	%
Artritis/ Enfermedades degenerativas	21	25,9
Hemiplejia	10	12,3
Parálisis Cerebral Infantil	9	11,1
Amputaciones	7	8,6
Sordera	3	3,7
Paraplejias	3	3,7
Síndrome de Down	3	3,7
Hidrocefalia	2	2,5
Discapacidad visual	2	2,5
Síndrome de Williams	1	1,2
Tetraplejias	1	1,2

Microcefalia	1	1,2
Distrofia muscular	2	2,5
OTROS	10	12,3
TOTAL	75	92,6

Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano

Gráfico No. 5.



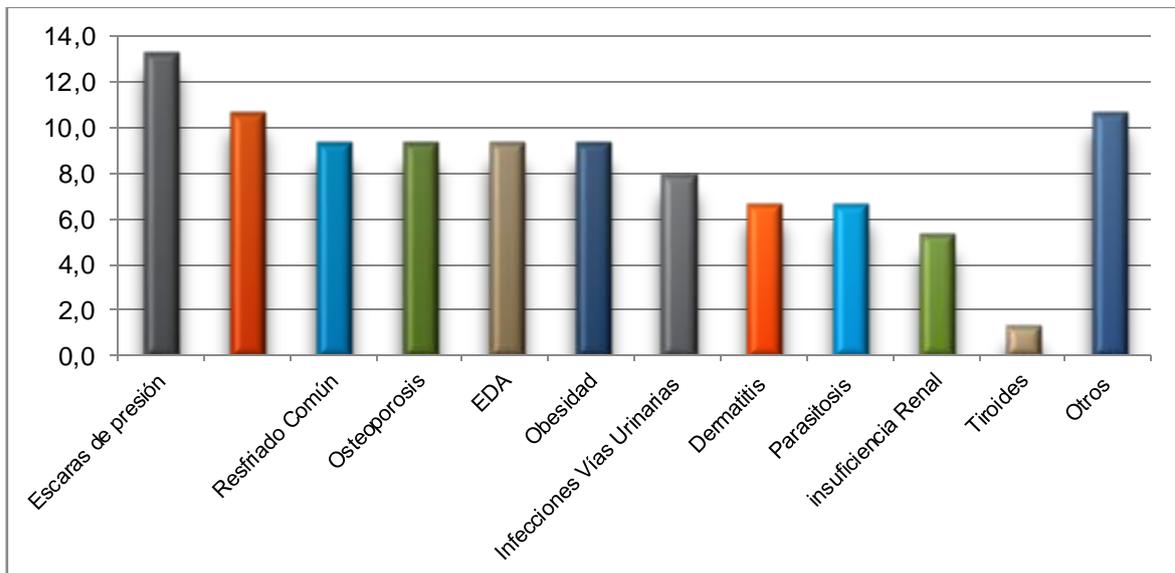
Análisis e interpretación

Según el cuadro de resultados de las Patología asociada a la discapacidad La artritis y enfermedades degenerativas con el 25,9%, hemiplejía con el 12,3%, la parálisis cerebral infantil el 11,1%, la aplicación a amputaciones con tan solo el 8,6%, sordera, paraplejías y síndrome de Down, su patología es con el 3,7%, la hidrocefalia, y la discapacidad visual son un poco menos asociadas con la discapacidad con tan solo el 2,5%, una de las patologías poco comunes también con el 1,2% como el Síndrome de Williams, Tetraplejías, Microcefalia, por ultimo tenemos la distrofia muscular como resultado de la patología en discapacitados con 2,5%.

Tabla No. 6. Patología generales encontradas

Patología generales encontradas	F	%
Escaras de presión	10	13,3
Enfermedades Respiratorias agudas	8	10,7
Resfriado Común	7	9,3
Osteoporosis	7	9,3
EDA	7	9,3
Obesidad	7	9,3
Infecciones Vías Urinarias	6	8,0
Dermatitis	5	6,7
Parasitosis	5	6,7
insuficiencia Renal	4	5,3
Tiroides	1	1,3
Otros	8	10,7
TOTAL	75	100,0

Gráfico No. 6.



Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano

Análisis e interpretación

En el cuadro de resultados de las patologías generales encontradas, las escaras de presión es lo más común con 13,3% en sus pacientes, las enfermedades respiratorias agudas también afecta al paciente en un 10,7%, Resfriado Común, Osteoporosis, EDA, Obesidad, según los resultados el 9,3% de los pacientes son afectados con estas patologías, las

Infecciones Vías Urinarias en 8,0%, también la Dermatitis, Parasitosis con 6,7%, insuficiencia renal con 5,3%, mientras que la patología con menos incidencia es la tiroides en 1,3%

Atención psicosocial.

En la atención psicosocial se procedió a realizar la atención psicológica de manera familiar, se levantó el historial y dependiendo del criterio diagnóstico se agendo futuras citas para lograr una intervención eficaz.

Atención odontológica.

Para este componente se agendo de manera integral a todas las personas con discapacidad, a las cuales se procedió con la revisión odontológica, curación, profilaxis, y en las intervenciones de mayor complejidad remisión a las áreas especializadas.

Atención nutricional

Para esta actividad se procedió agendar a las personas con discapacidad que forman parte de la comunidad, se realizó la evaluación física y se capacito individual y grupalmente a las familias sobre el aspecto nutricional.

Remisión a terapia física y rehabilitación

En esta etapa de la atención integral se trabajó directamente con las familias, explicando la importancia del componente rehabilitatorio en las personas con discapacidad

Visitas domiciliaria

Está dirigida a promover la capacidad de las personas y de los grupos, con discapacidades agudas y crónicas, sean estas motoras, sensoriales, psicosociales o intelectuales y que no pueden trasladarse a los centros de rehabilitación, pero que requieren atención especializada; es el profesional que se dirige al hogar de la persona. Es un acercamiento práctico de resolución de problemas, en vista a promover la salud y encontrar una respuesta a la discapacidad funcional en relación a los cuidados personales, el trabajo productivo o de esparcimiento en el contexto de la vida de la persona. Como estrategia, no permite abarcar a grandes grupos poblacionales, su práctica obedece a un criterio profesional, con miras orientar a la familia o cuidador(a), y realiza adaptaciones o modificaciones ambientales específicas para las necesidades de esa persona.

(Actividades extramurales)

Actividades

Nutrición y buena alimentación del discapacitado.

Administración de suplementos vitamínicos y micronutrientes

- Promoción y consejería sobre los buenos hábitos de higiene.
 - Higiene corporal
 - Higiene bucal.
- Informar a las familias y cuidadores sobre los derechos de los discapacitados.
- Orientación sobre oferta y prestaciones de salud que existe en el Centro de Salud
- Capacitar al personal de salud sobre la Atención Integral de Salud.
- Charla sobre Atención Integral de Salud sobre Discapacidad.
- Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, neuromuscular y psicomotriz del discapacitado.
- Prevención de caries dental y otras enfermedades bucodentales: (MAIS, 2013)



Figura N° 8. Visitas extramurales



Figura N° 9. Visitas extramurales



Figura N 4. Atención psicológica



Figura N 4. Atención odontológica



Figura N 5. Atención Nutricional



Figura N 6. Atención Nutricional



Figura N 7. Familiar en la explicación del personal sobre la importancia de la terapia física y rehabilitación

EVALUACION DEL INDICADOR DEL RESULTADO N° 1

RESULTADO 1. Normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar aplicadas

Indicador: Hasta julio del 2014 el 100% de las normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad aplicada

Tabla No. 2. Aplicación de las normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar

ATENCION	F	%
Control de Signos Vitales	75	100
Curación de escaras	33	44
Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.	41	54,7
Atención clínica (Evaluar con un examen integral de cada persona)	75	100
Atención psicosocial.	67	89,3
Atención odontológica	75	100
Atención nutricional	75	100
Remisión terapéutica	41	54,7
Visita domiciliaria (Seguimiento, como un proceso continuo	75	100

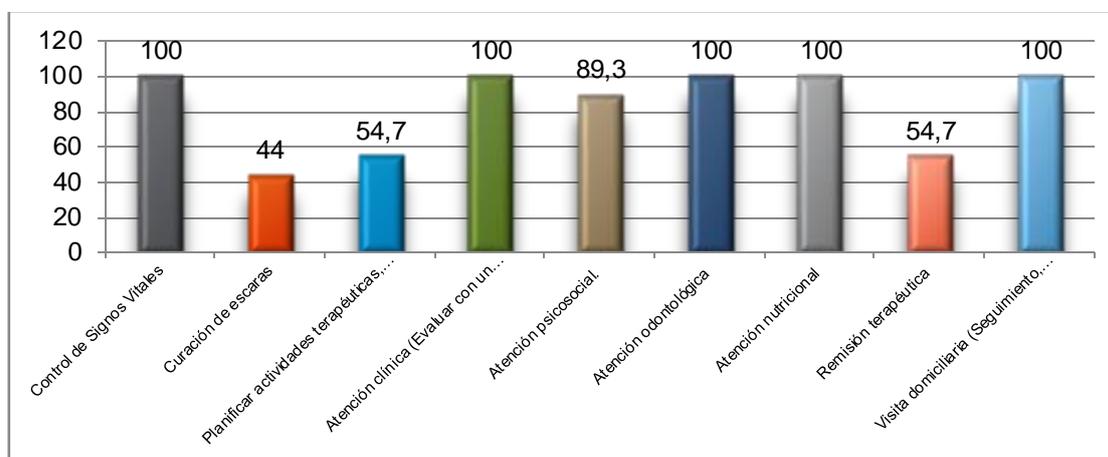
TOTAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

75

100

Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano

**Análisis e interpretación**

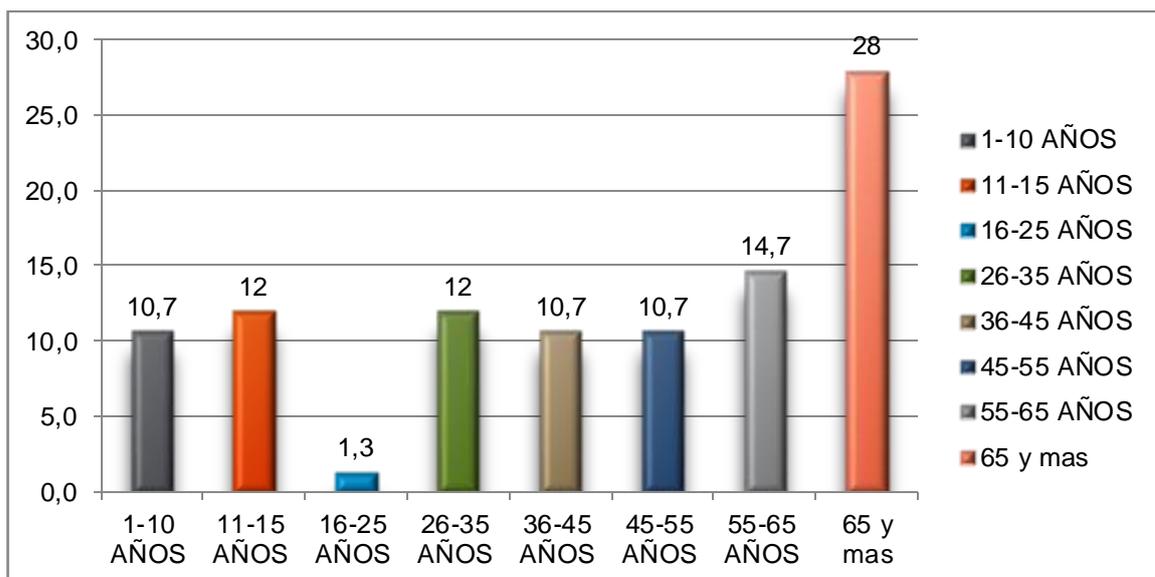
Los resultados de las Normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar aplicadas, en la atención del control de signos vitales el 100% de los pacientes son atendidos, la curación de escaras que es lo más común en las personas que carecen de algún tipo de discapacidad con el 44%, la atención clínica también es una de las más aplicadas en los pacientes con el 100% de resultados, la atención psicosocial el 89,3%, una atención odontológica y nutricional se aplica también en su 100%, la remisión terapéutica el 54,7%, las visitas domiciliarias lo que quiere decir el seguimiento en un proceso continuo se aplica en el 100%.

Tabla No. 5. Edad de los pacientes con discapacidad atendidos

EDAD	F	%
1-10 AÑOS	8	10,7
11-15 AÑOS	9	12
16-25 AÑOS	1	1,3
26-35 AÑOS	9	12
36-45 AÑOS	8	10,7
45-55 AÑOS	8	10,7
55-65 AÑOS	11	14,7
65 y mas	21	28
TOTAL	75	100

Fuente: Historias Clínicas

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano



Análisis e interpretación

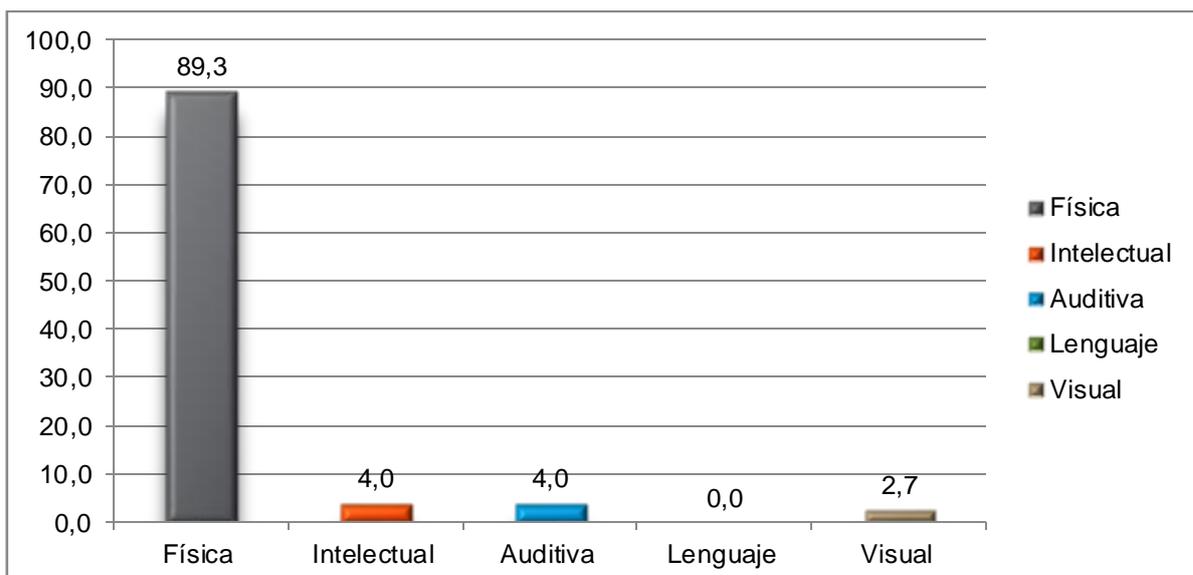
En el cuadro de los resultados de la Edad de los pacientes con discapacidad atendidos, pacientes de 1-10 años con atendidos en su total un 10,7%, de 11-15 años el 12%, de 16-23 años es la menos concurrente con el 1,3\$, de 26-35 años el 12% de pacientes, de 36 a 55 años el 10,7%, los pacientes de 55-65 años son atendidos el 14,7% de pacientes con discapacidad, mientras que de 65 años a mas son atendidos el 28,0%.

Tabla N° 6. Atención a pacientes con discapacidad

TIPO DE DISCAPACIDAD	F	%
Física	67	89,3
Intelectual	3	4,0
Auditiva	3	4,0
Lenguaje	0	0,0
Visual	2	2,7
TOTAL	75	100,0

Fuente: Historias clínicas

Elaboración: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza



Análisis e interpretación

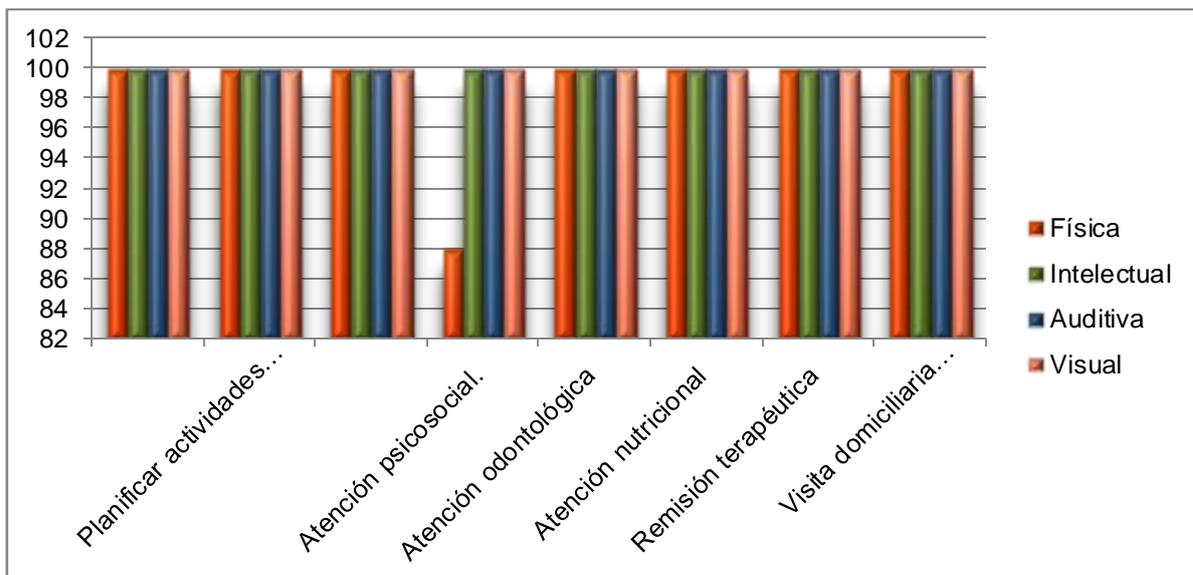
En el cuadro de resultados de la atención a pacientes con discapacidad: La discapacidad física es la más evidencia con el 89,3%, mientras que la discapacidad intelectual y auditiva con el 4,0%, el lenguaje en un 0%, la discapacidad visual en tan solo 2,7%.

Tabla N° 7. Atención a pacientes con discapacidad

Atención Integral	Física		Intelectual		Auditiva		Visual		TOTAL
	F	%	F	%	F	%			
Diagnosticar los riesgos para la salud.	67	100	3	100	3	100	2	100	75
Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.	67	100	3	100	3	100	2	100	75
Atención en medicina general	67	100	3	100	3	100	2	100	75
Atención psicosocial.	59	88,1	3	100	3	100	2	100	67
Atención odontológica	67	100	3	100	3	100	2	100	75
Atención nutricional	67	100	3	100	3	100	2	100	75
Remisión terapéutica	67	100	3	100	3	100	2	100	75
Visita domiciliaria (Seguimiento, como un proceso continuo	67	100	3	100	3	100	2	100	75

Fuente: Historias clínicas

Elaboración: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza



Análisis e interpretación

El cuadro de resultados de la atención a pacientes con discapacidad Diagnosticar los riesgos para la salud, Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación, Atención en medicina general el 75%, la atención psicológica es aplicada en el 67%, Atención odontológica, nutricional, y terapéutica son aplicadas con el 75%, las visitas domiciliarias, para el seguimiento como un proceso continuo el 75% de los pacientes.

RESULTADO 2: Familias informados sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

INDICADOR: Hasta agosto del 2014 el 80% de las familias informado sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

2.1 Socialización con el equipo de salud las actividades de información a las familias

Objetivo: Analizar el cronograma de capacitación a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad para su aprobación y aplicación.

**FICHA TÉCNICA DE LA REUNIÓN DE SOCIALIZACIÓN Y APROBACIÓN DEL
CRONOGRAMA DE CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS SOBRE ATENCIÓN
DOMICILIARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Grupo: Equipo de salud y autoridades

Fecha: 2 de agosto del 2014

Lugar: Centro de Salud Nuevo Portoviejo.

**Centro de Salud Nuevo Portoviejo.
Cronograma de actividades realizadas**

HORA	CONTENIDO/TEMA	TECNICA	TIEMPO	RESPONSABLE
8:00 AM	Breve introducción de sensibilización	Exposición Charla Debate	20 min	Dra. Jessenia Solórzano
8:20 AM	Socialización del cronograma: fecha, temas, metodología	Exposición Charla Debate	40 min	Dra. Jessenia Solórzano
9:00AM	Debate de acuerdos y sugerencias	Exposición Charla Debate	30 min	Personal de salud
9:30 AM	Aprobación por parte de los presentes	Exposición Charla Debate	30 min	Personal de salud

Tiempo: 2 horas

Responsables: personal de salud

Expositor: Dra. Jessenia Solórzano

Ejecución: En la ejecución de esta actividad se procedió a:

Coordinación de fechas

Para este punto de la actividad se tomaron apunte de las fechas tentativas para la ejecución de las jornadas de capacitación a las familias

Firmas de responsables

Para dar valides a la reunión de socialización de recolectaron las firmas de responsabilidad y comprometimiento ante la ejecución del programa de capacitación a las familias

Evaluación de la actividad 2.1. Se ejecutó el 100% de la actividad mediante la coordinación de fechas para la ejecución de las jornadas de capacitación a las familias Firmas de responsable y el aporte de los participantes en el evento



Figura Nº 9. Firmas del personal responsables en las Charlas de información a las familias

2.2 Elaborar el programa de información a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

Objetivo: Estructurar el plan metodológico para la ejecución del programa de capacitación a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

Actividades

- Elaboración del Cronograma
- Elaboración del material de apoyo
- Búsqueda de recursos
- Diseño e impresión de trípticos
- Búsqueda del lugar
- Invitación a los capacitadores
- Invitación a las personas con discapacidad y sus familias

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS SOBRE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Introducción

La educación familiar es una práctica basada en la evidencia que se ha demostrado que

reduce las tasas de recaída, secuela y facilitar la recuperación de las personas que tienen una discapacidad. Se refiere a un conjunto básico de características de los programas de educación familiar efectiva se ha desarrollado, incluida la prestación de apoyo emocional, la educación, los recursos durante los períodos de crisis, y las habilidades de resolución de problemas.

Una variedad de programas de educación de la familia han sido desarrollados por profesionales mentales de atención de salud en las últimas dos décadas. Estos programas se han ofrecido como parte de un plan de tratamiento clínico general para personas que tienen una enfermedad mental. Ellos últimos nueve meses a cinco años, son por lo general el diagnóstico específico, y se centran principalmente en los resultados de consumo, aunque el bienestar de la familia es un resultado intermedio esencial. Modelos de educación de la familia difieren en su ejemplo de formato para, multifamiliares, unifamiliares, o mixtos sesiones de-la duración del tratamiento, la participación de los consumidores, la ubicación, por ejemplo, basados clínica, hogar, medicina familiar, u otra comunidad ajustes y el grado de énfasis en la didáctica, cognitivo-conductual y las técnicas sistémicas.

Los principales objetivos en el trabajo con la familia de una persona que tiene una discapacidad son para lograr el mejor resultado posible para el paciente a través del tratamiento y de gestión y colaboración para aliviar el sufrimiento de los miembros de la familia mediante el apoyo en sus esfuerzos para ayudar a la recuperación de su ser querido.

Se logra:

- Coordinar todos los elementos de tratamiento y rehabilitación para garantizar que se está trabajando hacia las mismas metas en una relación de colaboración y de apoyo con el personal de salud
- Se presta mayor atención tanto a la social y las necesidades clínicas de las personas con discapacidad
- Proporcionar una gestión óptima en la aplicación de la medicación.
- Se escucha las preocupaciones de las familias y hacer que participen personas activas en la planificación y aplicación de tratamiento.
- Explorar las expectativas del programa de tratamiento y las expectativas para la persona con discapacidad y los miembros de la familia.
- Evaluar las fortalezas y limitaciones de la capacidad de la familia para apoyar a la persona con discapacidad
- Media ante los conflictos familiares respondiendo con sensibilidad a la angustia

emocional.

- Proporcionar información relevante para la persona con discapacidad y su familia en los momentos apropiados.
- Proporcionar un plan de crisis explícito y respuesta profesional.
- Ayudar a mejorar la comunicación entre los miembros de la familia.
- Proporcionar capacitación para la familia en técnicas de resolución de problemas estructurados.
- Animar a los miembros de la familia para ampliar sus redes de apoyo social, por ejemplo, participar en organizaciones de apoyo a la familia.

Desafortunadamente, el uso de la educación familiar en la práctica habitual ha sido limitado. Barreras a nivel del consumidor y los miembros de su familia, el médico y el administrador, y la autoridad de salud mental reflejan la existencia de obstáculos de actitud, basada en el conocimiento, prácticos y sistémicos para la aplicación.

Familia esfuerzos de difusión educación que han tenido éxito hasta la fecha han construido un consenso a todos los niveles, incluso entre los consumidores y sus familiares; tener una amplia formación impartida, asistencia técnica y supervisión para el personal clínico; y han mantenido una perspectiva a largo plazo.

Los familiares y otras personas involucradas en la vida y el cuidado de personas con discapacidad a menudo proporcionan apoyo emocional, manejo de casos, , la promoción, y la vivienda a sus enfermos mentales seres queridos. Aunque servir en esta capacidad puede ser gratificante, impone cargas considerables, los familiares a menudo tienen un acceso limitado a los recursos y la información que necesitan.

Las investigaciones realizadas en la última década ha demostrado que los resultados de los pacientes mejoran cuando se cumplan las necesidades de los miembros de la familia para la información, orientación clínica, y apoyo. Esta investigación apoya el desarrollo de guías de práctica basada en la evidencia para abordar las necesidades de los miembros de la familia.

En general, las prácticas basadas en la evidencia son las prácticas clínicas para las que la evidencia científica de la mejora en los resultados de consumo ha sido constante. La evidencia científica del más alto nivel es el ensayo clínico aleatorizado. A menudo, varios ensayos clínicos se agruparon mediante el uso de una técnica como meta-análisis para identificar las prácticas basadas en la evidencia. , Y en menor medida los ensayos clínicos

abiertos, puede también ser utilizado estudios cuasi-experimentales. Sin embargo, la evidencia de la investigación para una práctica basada en la evidencia debe ser coherente y suficientemente específica para la calidad y el resultado de la intervención a evaluar.

Objetivo general.

- Capacitar a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

Objetivos específicos.

- Concienciar las familias sobre la de responsabilidad del cuidado de las Personas con discapacidad.
- Mejorar los patrones culturales sobre la visión, la relación vincular, la atención y la inclusión social de las personas con discapacidad. Familias con habilidades y destrezas para un acompañamiento amoroso, de calidad, oportuno para las personas con discapacidad.
- Mejorar los conocimientos básicos de nutrición, recreación, técnicas simplificadas de cuidado para las personas con discapacidad.
- Exigibilidad de derechos de las personas con discapacidad
- Concientizar a las familias de la importancia del acompañamiento en los servicios de atención a las familias de las personas con Discapacidad

Meta.

Lograr que el 100% de los familiares motivados y coordinados al servicio de la atención a las personas con discapacitados.

Lugar de la capacitación. Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo

Fecha: La capacitación se realizó del 17 al 19 de agosto del 2014

Responsable: Dra Jessenia Solórzano Mendoza

Facilitador:

Lcda. María Eugenia Mero

Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Licda. Augusta Cedeño Carranza

Participantes: Equipo de Salud del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Materiales

- Material de oficina
- Enfocus
- Material de apoyo
- Diapositivas
- Cámara fotográfica

Económico

Financiado por el maestrante

(Cronogramas y fichas técnicas en actividad 2.3, 2.4, 2.5)

2.3 Realización de la capacitación a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad. Taller 1:

Objetivos: Mejorar los conocimientos de las familias sobre la higiene y aseo personal de la persona con discapacidad

Contenidos generales:

Baño y limpieza diaria

Corte de uñas, cuidado del cabello

Aseo bucal

Cuidado de la piel: prevención y humectación

Limpieza de genitales

Lavado de prendas

Uso de productos de limpieza

Condiciones del lugar de almacenamiento de la ropa

Aseo de la habitación, cama, casa

FICHA TÉCNICA

FECHA: 17 de agosto del 2014

TEMA	CONTENIDOS	MATERIAL DE APOYO	CONFERENCISTA
Higiene y aseo personal Contenidos generales	Baño y limpieza diaria Corte de uñas, cuidado del cabello Aseo bucal Cuidado de la piel prevención y humectación Limpieza de genitales	Enfocus Diapositiva	Lcda. María Eugenia Mero Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Licda. Augusta

	Lavado de prendas Uso de productos de limpieza Aseo de la habitación, cama y casa	Cedeño Carranza
--	-----------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

2.4 Taller 2: Capacitación a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

Objetivos: Mejorar los conocimientos de las familias sobre aspectos de Higiene, conservación y preparación de alimentos

Contenidos generales:

Planificación alimentaria

Provisión de alimentos

Almacenamiento y conservación

Preparación de alimentos

Nutrición y dietética Medidas de manipulación

Cocina básica

FICHA TECNICA

FECHA: 18 de agosto del 2014

TEMA	CONTENIDOS	MATERIAL DE APOYO	CONFERENCISTA
Higiene, conservación y preparación de alimentos	Planificación alimentaria Provisión de alimentos Almacenamiento y conservación Preparación de alimentos Nutrición y dietética Medidas de manipulación Cocina básica	Enfocus Diapositiva	Lcda. María Eugenia Mero



Figura Nº 10. Fotografía de la capacitación a las familias

2.5 . Taller 3: Capacitación a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

Objetivos: Mejorar los conocimientos de las familias sobre aspectos de Rehabilitación y movilidad de las personas con discapacidad y sobre aspectos de medicación, signos vitales y signos de alarma de las personas con discapacidad

Contenidos generales:

Movilidad

Técnicas para movilización de personas con discapacidad

Baños de sol

Rehabilitación: ejercicios básicos

FICHA TÉCNICA

FECHA: 19 de agosto del 2014

TEMA	CONTENIDOS	MATERIAL DE APOYO	CONFERENCISTA
Rehabilitación y movilidad	Movilidad Técnicas para movilización de personas con discapacidad Baños de sol Rehabilitación: ejercicios básicos	Enfocus Diapositiva	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza Licda. Augusta Cedeño Carranza
Medicación, signos vitales y signos de alarma	Medicación Botiquín de primeros auxilios	Enfocus Diapositiva	Lcda. María Eugenia Mero

	Técnicas y procedimientos Signos de alarma Discapacitado	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza
--	----------------------------------------------------------------	------------------------------------

Evaluación de la actividad 2.5.

Se cumplido en un 100% el objetivo de la capacitación, para la cual se evaluó la capacitación a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad, con el objetivo de , medir de manera cualitativa y cuantitativa los conocimientos adquiridos por las familias después de la capacitación, realizado el último día de la capacitación se solicitó a los participantes llenar un formulario de varias alternativas, este proceso garantiza que los familiares sean capaces de aplicar su aprendizaje en sus respectivos hogares.



Figura Nº 11. Fotografía del test de evaluación

EVALUACION DEL INDICADOR DEL RESULTADO Nº 2

RESULTADO 2: Familias informados sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

INDICADOR: Hasta agosto del 2014 el 80% de las familias informadas sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad

Las actividades programadas descritas y evaluadas cumplieron con el indicador en más del 80%, como se verifica a través de los siguientes cuadros y gráficos:

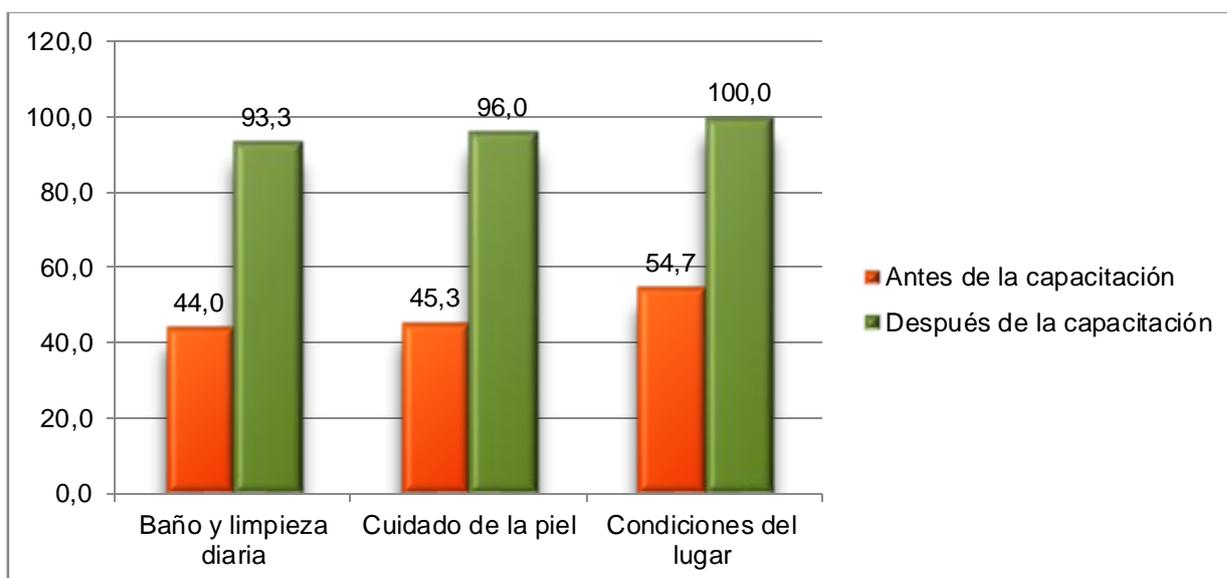
Tabla No. 8 Distribución porcentual del nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre higiene y aseo personal

HIGIENE Y ASEO PERSONAL	RESPUESTAS CORRECTAS			
	Antes de la capacitación		Después de la capacitación	
	F	%	F	%
Baño y limpieza diaria	33	44,0	70	93,3
Cuidado de la piel	34	45,3	72	96,0
Condiciones del lugar	41	54,7	75	100,0
TOTAL	75	100,0	40	53,3

Fuente: Test de evaluación a las familias de las personas con discapacidad

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Gráfico No. 8 Distribución porcentual del nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre higiene y aseo personal



Fuente: Test de evaluación a las familias de las personas con discapacidad

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Análisis e interpretación:

De la distribución porcentual del nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre higiene y aseo personal se observa un aumento del 44% al 93% de respuestas correctas en cuanto al baño y limpieza diarias, del 45,3% al 96% en cuanto al cuidado de la piel y del 54,7 al 100% en cuanto a las condiciones dl hogar

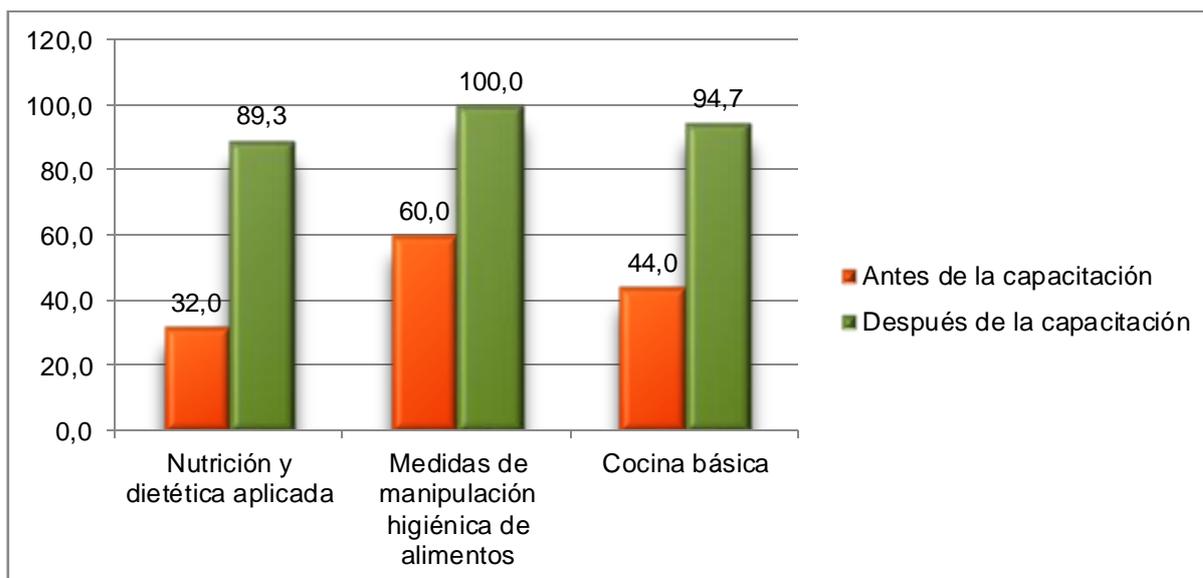
Tabla No. 9. Distribución porcentual del nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre Higiene, conservación y preparación de alimentos

HIGIENE, CONSERVACIÓN Y PREPARACIÓN DE ALIMENTOS	RESPUESTAS CORRECTAS			
	Antes de la capacitación		Después de la capacitación	
	F	%	F	%
Nutrición y dietética aplicada	24	32,0	67	89,3
Medidas de manipulación higiénica de alimentos	45	60,0	75	100,0
Cocina básica	33	44,0	71	94,7
TOTAL	75	100	75	100,0

Fuente: Test de evaluación a las familias de las personas con discapacidad

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Gráfico No. 9. Distribución porcentual del nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre Higiene, conservación y preparación de alimentos



Fuente: Test de evaluación a las familias de las personas con discapacidad

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Análisis e interpretación:

De la Distribución porcentual del nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre Higiene, conservación y preparación de alimentos, los conocimientos aumentaron del 32% al 89,3% en la nutrición y dieta aplicada, del 60% al 100% en Medidas de manipulación higiénica de alimentos y del 44% al 94% en cocina básica.

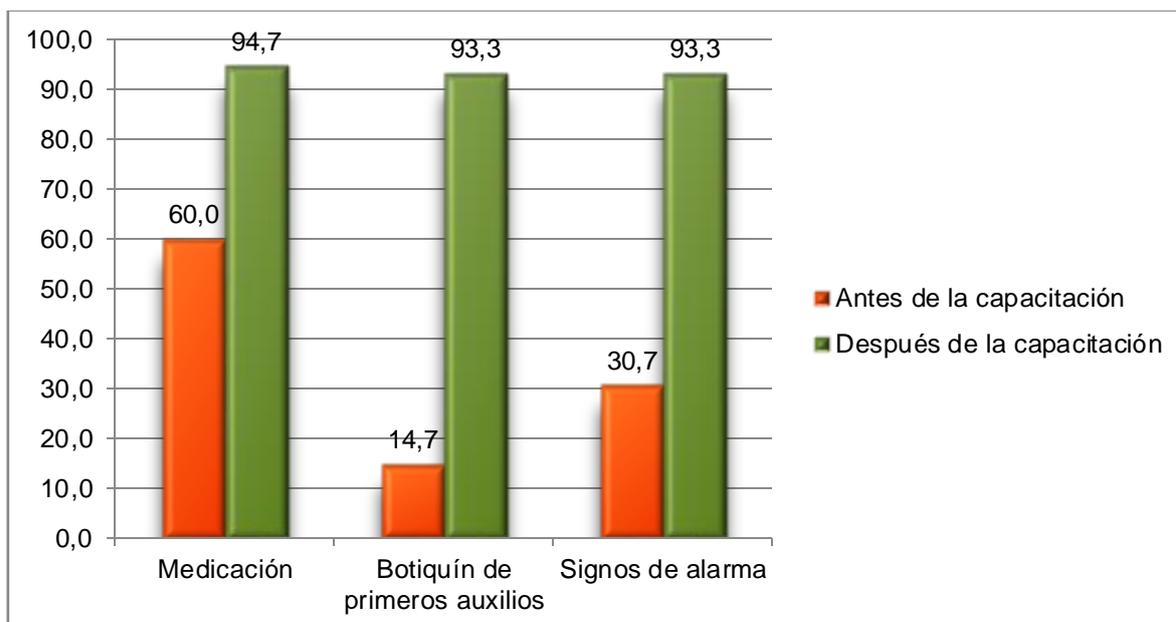
Tabla No. 10. Nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre medicación, signos vitales y signos de alarma

SIGNOS VITALES Y SIGNOS DE ALARMA	RESPUESTAS CORRECTAS			
	Antes de la capacitación		Después de la capacitación	
	F	%	F	%
Medicación	45	60,0	71	94,7
Botiquín de primeros auxilios	11	14,7	70	93,3
Signos de alarma	23	30,7	70	93,3
TOTAL	75	100,0	40	53,3

Fuente: Test de evaluación a las familias de las personas con discapacidad

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Gráfico No. 9. Distribución porcentual del nivel de conocimientos de las familias o cuidadores sobre Higiene, conservación y preparación de alimentos



Fuente: Test de evaluación a las familias de las personas con discapacidad

Elaborado por: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Análisis e interpretación:

De la tabla y gráfico que muestra el nivel de conocimientos de las familias antes y después de la capacitación en cuanto a la medicación paso de un 60% a un 94%, sobre el Botiquín de primeros auxilios de un 14,7% a un 93,3% y de los signos de alarma de 30,7% al 93,3%.

RESULTADO 3: Estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas

INDICADOR: Hasta diciembre del 2014 el 100% de estrategias de vinculación familiar comunitaria elaboradas y aplicadas

3.1. Socialización con el equipo de salud las estrategias de vinculación familiar y comunitaria

Objetivo: Exponer los principales componentes de las estrategias de vinculación familiar y comunitaria

Acciones:

- .1. Elaboración de las actividades de vinculación comunitaria
- .2. Responsabilidad en la ejecución de actividades

FICHA TÉCNICA

Grupo: Equipo de salud y director de Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Fecha: 17 de Septiembre del 2014

Lugar: Sala de reuniones del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Centro de Salud Nuevo Portoviejo Cronograma de actividades realizadas

HORA	CONTENIDO/TEMA	TECNICA	TIEMPO	RESPONSABLE
9:00 AM	Introducción y charla de sensibilización sobre la justificación, importancia y propósito de las estrategias de vinculación	Exposición Charla Debate Lluvia de ideas	20 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza
9:20 AM	Explicación de las estrategias de vinculación	Exposición	40 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

10:00AM	Detalle explicativo de las actividades a realizar	Exposición Charla Debate	30 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza
10:30 AM	Estructuración del cronograma de actividad	Debate	30 min	Dra. Jessenia Solórzano Mendoza
11:00 AM	Sugerencias y conclusiones Firma de compromiso	Charla	30 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza Personal de salud

Tiempo: 2 horas

Responsables: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Expositor: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Ejecución: Una vez realizada la convocatoria, se ejecutó la reunión de sensibilización sobre la aplicación de las estrategias de vinculación familiar y comunitaria, quedando establecida las actividades y fechas.

Evaluación de la actividad 3.1.

Se cumplido en un 100% con esta actividad comprometiéndose y responsabilizándose en la ejecución de actividades y se procedió a aprobar las actividades y estructurar el cronograma que conto con fecha, responsable y recursos

Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	FECHA	RESPONSABLE	RECURSOS
Conformación del club de cuidadores de las personas con discapacidad	De 29 de Agosto del 2014	Dr. Lisbeth Gutiérrez	Recursos varios
Casa abierta para la difusión de la atención el en centro de salud	13 de Octubre	Dra. Karla Rengifo	Recursos varios
Coordinación con los centros educativos estrategias de integración a las personas con discapacidad	Del 15 al 30 de octubre del 2014	Licda. Sonia Bravo	Recursos varios



Figura N° 12. Firmas de responsabilidad del equipo de salud

3.2. Conformación del Club de cuidadores de las personas con discapacidad

Objetivo: Estructurar el Club de cuidadores de las personas con discapacidad

FICHA TECNICA DE LA AGENDA DE LA REUNIÓN PARA LA CONFORMACIÓN DEL CLUB DE CUIDADORES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Grupo: Equipo de salud y director de Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Fecha: 30 septiembre del 2014

Lugar: Sala de reuniones del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Centro de Salud Nuevo Portoviejo Cronograma de actividades realizadas

HORA	CONTENIDO/TEMA	TECNICA	TIEMPO	RESPONSABLE
9:00 AM	Introducción y justificación de la actividad	Charla	20 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza
9:20 AM	Definición de la estructuración del club, funciones y responsabilidades	Exposición	40 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza
10:00AM	Sugerencias de los participantes	Exposición Lluvia de ideas	30 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza

10:30 AM	Estructuración del club	Debate	30 min	
11:00 AM	Firma del acta de conformación	Charla	30 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza Personal de salud

Tiempo: 3 horas

Responsables: Equipo de salud

Expositor: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Ejecución: Para esta actividad se procedió a la conformación del club de cuidadores de personas con discapacidad, previa información y debate se llegó a un consenso de las designaciones

Evaluación de la actividad 3.2.:

Esta actividad se cumplido en un 100% en la que de manera propositiva de conformo el Club de cuidadores de las personas con discapacidad:



Figura Nº 12. Acta de conformación del club de cuidadores

ESTATUTOS DEL CLUB DE CUIDADORES DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD

CAPITULO I

DENOMINACIÓN, FINES, DOMICILIO Y ÁMBITO:

Artículo 1. Con la denominación de "**Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad**" se constituye una entidad al amparo de la Ley de Discapacidad del Ecuador y de los Objetivos del M Buen Vivir y normas complementarias, con capacidad jurídica y plena capacidad de obrar, careciendo de ánimo de lucro.

Artículo 2. Esta asociación se constituye por tiempo indefinido.

Artículo 3. La existencia de esta asociación tiene como fines;

- La promoción de la autonomía personal y la igualdad de oportunidades de las personas con discapacidad. Asesorar a las personas con discapacidad para disfrutar de igualdad real y efectiva en el acceso al empleo, el consumo y los servicios públicos.
- La defensa Jurídica, la lucha activa contra la discriminación; la difusión, formación, y ampliación de los derechos de las personas con discapacidad, así como la puesta en marcha de campañas de sensibilización que garanticen su aplicación efectiva.
- Promocionar la accesibilidad y el diseño para todos y adoptar cuantas medidas estén a su alcance para romper la denominada brecha digital garantizando el libre acceso a la información de las personas con discapacidad.

Así mismo, el Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad, considera a los jóvenes como destinatarios prioritarios de su acción social, y por ello tratará de incidir en el modelo cultural de los jóvenes con el objetivo de promover el valor de la integración social de las personas con discapacidad.

Artículo 4. Para el cumplimiento de estos fines se realizarán las siguientes actividades, y cualesquiera otras que sean consideradas útiles para alcanzar los objetivos establecidos:

- Prestar asesoramiento jurídico a las personas con discapacidad.
- Poner en marcha campañas de sensibilización y concienciación, encaminadas a lograr la visibilidad del colectivo.
- Organizar actos de divulgación sobre aspectos relacionados con la discapacidad:
Marco legal, acceso al empleo, tecnología y libre acceso a la información, diseño para todos, etc.
- Impartir formación en las áreas de interés que han sido definidas en los objetivos sociales.

CAPITULO II

ÓRGANO DE REPRESENTACIÓN

Artículo 6. La Asociación será gestionada y representada por una Junta Directiva formada por: un Presidente, un Vicepresidente un Secretario, y un Tesorero. Todos los cargos que componen la Junta Directiva serán gratuitos. Estos serán designados por la Asamblea

General Extraordinaria, quien también podrá revocarlos, y su mandato tendrá una duración de cuatro Años.

Artículo 7. Las personas designadas para el desempeño de los cargos mencionados en el artículo anterior, cesarán por alguna de las siguientes causas: por renuncia voluntaria comunicada por escrito a la Junta Directiva, por incumplimiento de las obligaciones que tuvieran encomendadas cuando así lo acuerde la Asamblea General y por expiración del mandato.

Artículo 8. En caso de cese de la totalidad de miembros de la Junta Directiva, estos continuarán desempeñando sus cargos, en funciones, hasta el momento en que se produzcan la aceptación de quienes les sustituyan.

Artículo 9. La Junta Directiva se reunirá cuantas veces lo determine su presidente y a iniciativa o petición del cincuenta por ciento de sus miembros. Quedará constituida cuando asistan la mitad más uno de sus miembros y para que sus acuerdos sean válidos deberán ser tomados por mayoría de votos. En caso de empate, el voto del Presidente será de calidad.

Artículo 10. Facultades de la Junta Directiva:

1.- Son facultades particulares de la Junta Directiva:

- a) Dirigir las actividades sociales y llevar la gestión económica y administrativa de la Asociación, acordando realizar los oportunos contratos y actos y negocios jurídicos.
- b) Ejecutar los acuerdos de la Asamblea General.
- c) Formular y someter a la aprobación de la Asamblea General los Balances y las Cuentas anuales.
- d) Resolver sobre la admisión de nuevos asociados, y proponer a la Asamblea General la expulsión de los mismos.
- e) Nombrar delegados o apoderados para alguna determinada actividad de la Asociación.
- f) Las previstas en los estatutos.
- g) Cualquier otra facultad que no sea de la exclusiva competencia de la Asamblea General de socios.

2.- Las facultades de la Junta Directiva se extenderán, con carácter general a todos los actos propios de los fines de la Asociación, siempre que no requieran, según estos Estatutos, autorización expresa de la Asamblea General.

Artículo 11. El Presidente tendrá las siguientes atribuciones:

- a).- Representar legalmente a la Asociación ante toda clase de organismos públicos o privados.
- b).- Convocar, presidir y levantar las sesiones que celebre la Asamblea General y la Junta Directiva, así como dirigir las deliberaciones de una y otra.
- c).- Ordenar pagos y autorizar con su firma los documentos, actas y correspondencia.
- d).- Adoptar cualquier medida urgente que la buena marcha de la Asociación aconseje o en el desarrollo de sus actividades resulte necesaria o conveniente, sin perjuicio de dar cuenta posteriormente a la Junta Directiva.

Artículo 12. El Vicepresidente sustituirá al Presidente en caso de ausencia, vacante o enfermedad, y tendrá las mismas atribuciones que él.

Artículo 13. El Secretario tendrá a cargo la dirección de los trabajos puramente administrativos de la Asociación, expedirá certificaciones, llevará los libros de la asociación que sean legalmente establecidos y el fichero de asociados, y custodiará la documentación de la entidad, haciendo que se cursen las comunicaciones sobre designación de Juntas Directivas y demás acuerdos sociales

Artículo 14. El Tesorero recaudará y custodiará los fondos pertenecientes al Club de Cuidadores de Personas con Discapacidad y dará cumplimiento a las órdenes de pago que expida el Presidente.

Artículo 15. Las vacantes que se pudieran producir durante el mandato de cualquiera de los miembros de la Junta Directiva serán cubiertas provisionalmente entre dichos miembros hasta la elección definitiva por la Asamblea General Extraordinaria.

CAPITULO III

ASAMBLEA GENERAL

Artículo 16. La Asamblea General es el órgano supremo de gobierno de la Asociación y estará integrada por todos los asociados.

Artículo 17. Las reuniones de la Asamblea General serán ordinarias y extraordinarias. La ordinaria se celebrará una vez al año dentro de los cuatro meses siguientes al cierre del ejercicio; las extraordinarias se celebrarán cuando las circunstancias lo aconsejen, a juicio del Presidente, cuando la Directiva lo acuerde o cuando lo proponga por escrito una décima parte de los asociados, quienes también en el propio escrito podrán proponer los asuntos a tratar en el orden del día.

Artículo 18. Las convocatorias de las Asambleas Generales las realizará el Presidente por escrito, expresando el lugar, día y hora de la reunión así como el orden del día con expresión concreta de los asuntos a tratar. Entre la convocatoria y el día señalado para la celebración de la Asamblea en primera convocatoria habrán de mediar al menos quince días, pudiendo hacerse constar, si procediera, la fecha y hora en que se reunirá la Asamblea en segunda convocatoria, sin que entre una y otra pueda mediar un plazo inferior a una hora.

3.3. Realización de casa abierta sobre las personas con discapacidades

Objetivo: Planificar y ejecutar casa abierta sobre la atención adecuada a las personas con discapacidades

Ejecución: El 13 de octubre del 2014 se procedió por medio de la organización y gestión la ejecución de la casa abierta, que contó con la colaboración de la comunidad, centros educativos y con la participación activa del personal de salud del Sub Centro; además de la colaboración de las autoridades en cuanto a recursos.



Figura Nº 13. Entrega de trípticos de apoyo

Elaborar el material de apoyo (Entrega de trípticos sobre: nutrición, higienes y derechos de las personas con discapacidades especiales: La elaboración y entrega de trípticos también fue un componente de información e involucramiento a la comunidad sobre la prevención y manejo adecuado de la discapacidad



Figura N° 13. Trípticos de apoyo

3.4. Coordinación con los centros educativos estrategias de integración a las personas con discapacidad

Objetivo: Socializar y coordinar con los centros educativos estrategias de integración a las personas con discapacidad

FICHA TECNICA DE LA AGENDA DE LA REUNIÓN DE COORDINACIÓN CON LA ESCUELA JOSÉ VASCONCELOS

Grupo: Fecha: 29 de octubre del 2014

Lugar: Sala de reuniones del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Centro de Salud Nuevo Portoviejo /Cronograma de actividades realizadas

HORA	CONTENIDO/TEMA	TECNICA	TIEMPO	RESPONSABLE
10:00 AM	Presentación de la temática	Charla Exposición	20 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza
10:30AM	Sugerencias de los participantes	Exposición Lluvia de ideas	30 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza
11:00 AM	Estructuración de un cronograma de charlas a los estudiantes	Debate	30 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza
11:30 AM	Compromisos y cierre de la reunión	Charla	30 min	Dra Jessenia Solórzano Mendoza Personal de salud

Tiempo: 1:30 horas

Responsables: Equipo de salud

Expositor: Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

Ejecución: El 29 de octubre se informó en la Escuela José Vasconcelos acerca de los cuidados que se deben de realizar a los pacientes con discapacidad y la importancia de la integración con ellos, el cual fue muy satisfactorio porque se hizo el compromiso de asistir a las charlas que se daría dentro del Subcentro de Salud para tener mayor información.

Evaluación de la actividad 3.2.:

Esta actividad se cumplido en un 100% en la que se efectuó un cronograma de visitas al centro educativo para la ejecución de charlas de información, quedando establecido el compromiso de las autoridades en continuar con las actividades de coordinación:



Figura Nº 13. Información a los estudiantes sobre la atención integral a las personas con discapacidad

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL RESULTADO Nº 3

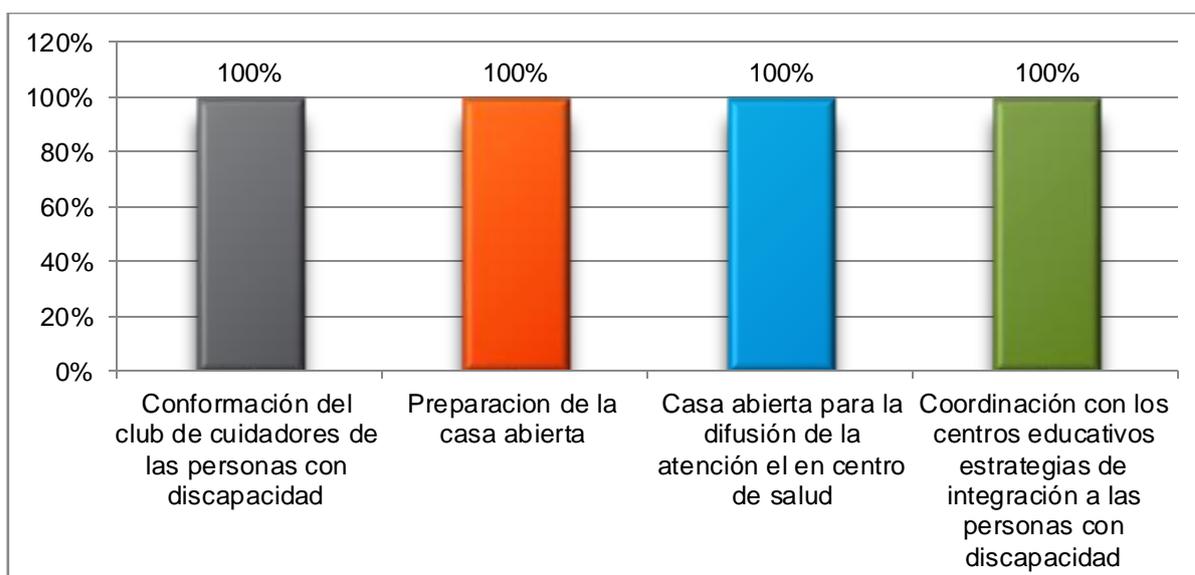
RESULTADO 3: Estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas

INDICADOR: Hasta diciembre del 2014 el 100% de estrategias de vinculación comunitaria elaboradas y aplicadas

Tabla No. 11. Distribución porcentual del nivel de cumplimiento de las actividades

ACTIVIDADES	ACTIVIDADES PLANIFICADAS	ACTIVIDADES EJECUTADAS	
	F	F	%
Conformación del club de cuidadores de las personas con discapacidad	1 (REUNION)	1	100%
Preparación de la casa abierta	3	3	100%
Casa abierta para la difusión de la atención el en centro de salud	1	1	100%
Coordinación con los centros educativos estrategias de integración a las personas con discapacidad	1	1	100%

Cuadro No. 11. Distribución porcentual del nivel de cumplimiento de las actividades



Análisis e interpretación:

De la distribución porcentual del nivel de cumplimiento de las actividades en cuanto a la Conformación del club de cuidadores de las personas con discapacidad, preparación y ejecución de la casa abierta, y la coordinación con los centros educativos estrategias de integración a las personas con discapacidad se cumplieron en un 100%

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

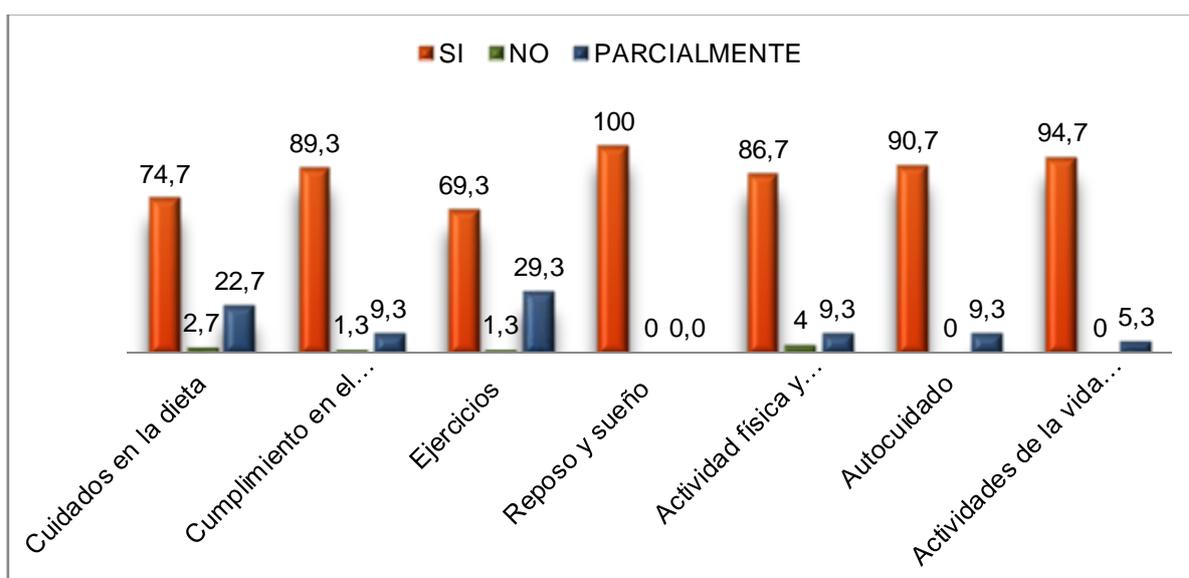
PROPOSITO: Personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo reciben atención en salud con vinculación familiar

INDICADOR: Hasta septiembre del 2014 el 80% de personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo reciben atención en salud con vinculación familiar

Tabla No. 12. Distribución porcentual de la atención en salud con vinculación familiar

CUIDADOS DE LA SALUD CON VINCULACION FAMILIAR	SI		NO		PARCIALMENTE	
	F	%	F	%	F	%
Cuidados en la dieta	56	74,7	2	2,7	17	22,7
Cumplimiento en el tratamiento farmacológico	67	89,3	1	1,3	7	9,3
Ejercicios	52	69,3	1	1,3	22	29,3
Reposo y sueño	75	100	0	0	0	0,0
Actividad física y recreativa	65	86,7	3	4	7	9,3
Autocuidado	68	90,7	0	0	7	9,3
Actividades de la vida diaria	71	94,7	0	0	4	5,3
PROMEDIO	75	86,5	1	1,3	9,1	12,2

Fuente: Tés de evaluación de la familiares de las personas con discapacidad (Visitas domiciliarias)

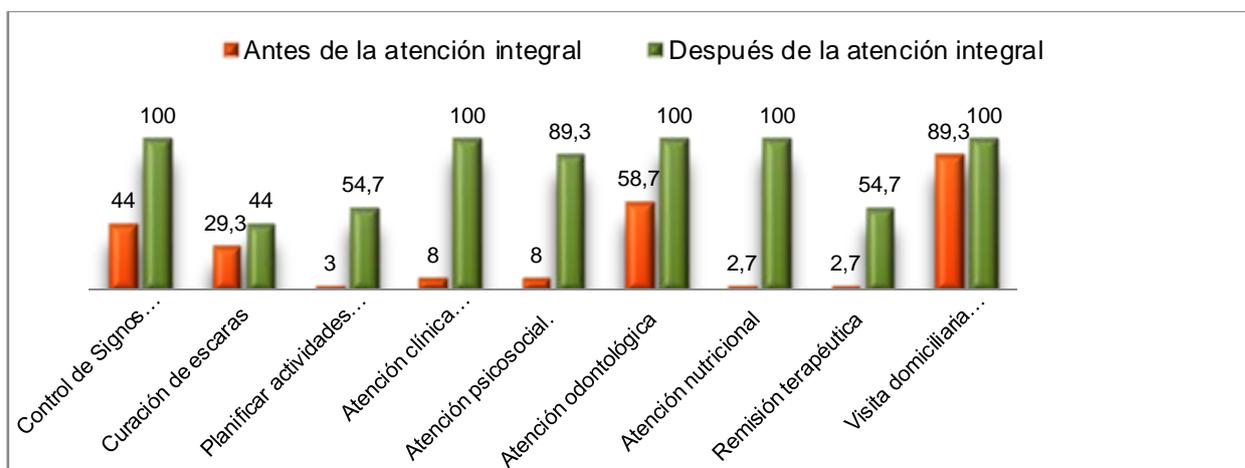


Análisis e interpretación: de Distribución porcentual de la atención en salud con vinculación familiar en el test de observación que se le realizó a las familias estas cumpliendo con más del 80% todas las actividades, a sesión de los ejercicios y cuidados en la dieta, cumpliendo con el propósito del proyecto.

Tabla Nº 13. Distribución porcentual de las atenciones a las personas con discapacidad antes y después de la aplicación del proyecto

ATENCION	Antes de la atención integral		Después de la atención integral	
	Abril - Junio 2014		Julio - Septiembre /2014	
	F	%	F	%
Control de Signos Vitales	33	44	75	100
Curación de escaras	22	29,3	33	44
Planificar actividades terapéuticas, los cuidados y la rehabilitación.	2	3	41	54,7
Atención clínica (Evaluar con un examen integral de cada persona)	6	8	75	100
Atención psicosocial.	6	8	67	89,3
Atención odontológica	44	58,7	75	100
Atención nutricional	2	2,7	75	100
Remisión terapéutica	2	2,7	41	54,7
Visita domiciliaria (Seguimiento, como un proceso continuo	67	89,3	75	100

Fuente: Historia clínica



Análisis e interpretación: De la atención integral antes y después del proyectos se puede observar que el número de personas con discapacidad aumento considera mente en todas las actividades.

EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL FIN

FIN: Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pacientes con discapacidad del Centro de Salud Nuevo Portoviejo

Este Indicador no es medible por ser a largo plazo pero con el hecho de haber cumplido con los indicadores del propósito y resultados se espera haber contribuido a mejorar la calidad de vida de los pacientes discapacidad del Centro de Salud Nuevo Portoviejo.

CONCLUSIONES

Se logró brindar atención en salud a las personas con discapacidad que se atienden en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo, mediante la aplicación de normas y procedimientos para atención integral de salud, informando a las familias sobre atención domiciliaria de las personas con discapacidad y ejecutando estrategias de vinculación comunitaria, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

Se aplicaron el 100% las normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad que representan un grupo de 75 personas, través de la programación y ejecución de un taller de capacitación al personal de salud sobre las normas de atención.

Se capacitó a más del 80% de los familiares o cuidadores sobre sobre la atención domiciliaria de las personas con discapacidad, mediante invitación a las familias o cuidadores a las charlas educativas por medio de motivaciones, invitaciones y visitas domiciliarias

Se aplicaron el 100% de estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas mediante la organización de un club de cuidadores a las personas con discapacidad y visitas a los centros educativos para promover la atención en el centro de salud e informar sobre promoción de salud y prevención de discapacidades.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud del Ecuador

Que realice una difusión efectiva de la Atención integral a las personas con discapacidad en las Unidades de Salud a su cargo y en las instituciones privadas que reciben diariamente niños, adultos y adultos mayores, para que de esta manera se les pueda brindar una atención integral que garantice una mejor calidad de vida en la población.

Al Director del Subcentro.

Que continúe con el espíritu de cooperación y de ayuda a los grupos más necesitados como son las personas con discapacidad, tratando de esta manera equilibrar el déficit afectivo, espiritual y social que muchas veces el envejecimiento determina.

Que continúe facilitando al equipo de salud, actualizaciones permanentes en la atención integral.

Al equipo de salud:

Coordinar el buen desenvolvimiento de sus actividades en lo que se refiere a los programas relacionados con la calidad de vida del discapacitado, con el propósito de obtener una mejora en su salud, brindando así una atención con calidad, calidez, y equidad.

A la UTPL:

Seguir demostrando eficiencia y eficacia en todas y cada una de las actividades propuestas para lograr resultados esperados.

A la comunidad en general:

Seguir motivando a las personas con discapacidad, a participar efectivamente en el cuidado de su salud y de esta manera conseguir una mejor integración familiar que le brinde estabilidad y apoyo.

Empoderarse como tal de los temas de la calidad de atención, organización y actualización de conocimientos que se desarrollan en esta institución de salud.

BIBLIOGRAFIA

1. Hernández,A (2008) La persona con discapacidad: universidad de la Sabana ISSN 1657- 5997
2. Urbano, C. & Yuni, J. (2009) La discapacidad en la escena familiar: Ed Brujas
3. Moreno, M.; Rodriguez, M. & Gutierrez, D. (2008) ¿Qué es la discapacidad ?: universidad de la Sabana ISSN 1657- 5997
4. Brogna, Patricia, (2012) Visiones y revisiones de la discapacidad, Fondo de Cultura Economica,
5. González, G(2010) Régimen jurídico de protección de la discapacidad por enfermedad mental, Editorial Reus, ISBN 8429016104, 9788429016109
6. García, M. (2014), Nuevas perspectivas del tratamiento jurídico de la discapacidad y la dependencia, Librería-Editorial Dykinson, iISBN 8490851743, 9788490851746
7. Len, Barton (2008) Superar las barreras de la discapacidad, Ediciones Morata, ISBN 8471125250, 9788471125255
8. Pérez, Patricia (2011) La formación del voluntariado social en el ámbito de la discapacidad, Universidad Almería, ISBN 8482408755, 9788482408750
9. Pérez, Luis(2010) Discapacidad, Derecho y Políticas de Inclusión, CERMI, ISBN 8496889661, 9788496889668,
10. CIAP/UNED. (2008) Los menores con discapacidad en España, CERMI, ISBN 8496889351, 9788496889354
11. Castejon, Juan (2009) Unas bases psicológicas de la educación especial, Editorial Club Universitario, ISBN 8484549151, 9788484549154
12. Barranco, M (2012), Situaciones de dependencia, discapacidad y derechos: Una mirada a la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia desde la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad, Librería-Editorial Dykinson, ISBN 8415454902, 9788415454908
13. Constitución de la República del Ecuador; (Febrero del 2010); Régimen de la Salud. Tomo 1
14. Chan, Margare. Zoellick, Robert B (2012); Resumen de informe mundial de la discapacidad de la OMS
15. Flórez, Jesús (2008) en las Buenas Prácticas Revista Síndrome de Down, en cuanto a los Principios básicos de la atención integral
16. Santillán, Peralvo (2010) Guía Didáctica de la Maestría Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, Modulo 4, Ciclo 2, Gerencia de Recursos (2010)

17. Federación Iberoamericana de Ombudsman (2010); en su obra Personas con discapacidad: VII Informe sobre Derechos Humanos.
18. Amate, & Vásquez (2008); OPS Discapacidad.
19. Informe mundial sobre la discapacidad. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, Suiza 2011.
20. Gómez, Bernardo & Hernández Mendo (2005); "Estilos y calidad de Vida".
21. Chacon Q. & Loyola ; (2011) Guía Didáctica de la Maestría Gerencia de Salud para el Desarrollo Local, Modulo 2, Ciclo 3, Dirección y Liderazgo en Salud.
22. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012), Subsecretaria Nacional de Gobernanza de la Salud Publica, Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural

LINKOGRAFIA

23. La Discapacidad en el Ecuador (2010); Recuperado (www.ultimasnoticias.ec/noticias/834-la-discapacidad-en-ecuador).
24. La Tarea De Cuidar: Higiene Postural, Movilización Y Transferencias; Recuperado <http://issuu.com/martha33/docs/la.tarea.del.cuidador.higiene.postural?e=0>
25. OMS. Informe mundial sobre la Discapacidad 2011. Recuperado: www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/
26. Palacio. Agustina; (2008); El modelo social de discapacidad: orígenes, caracterización y plasmación en la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Recuperado <http://www.tiempodelosderechos.es/docs/jun10/m6.pdf>
27. Pérez Bueno Luis Cayo; (2006). Discapacidad y Asistencia Sanitaria Recuperado de: (http://www.feaps.org/biblioteca/documentos/asistencia_sanitaria.pdf).
28. Programa de la Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2009): Informe sobre Desarrollo Humano.
29. Ramiro Cazar F., Director Ejecutivo Conadis; Análisis de la situación de las discapacidades en el ecuador . www.icevi.org/latin_america/.../ analisis_de_la_situacion_de_las_.htm
30. Salud. Wikipedia. Enciclopedia Libre. Recuperado: <http://es.wikipedia.org/wiki/Salud>
31. Wikipedia. Enciclopedia Libre. Discapacidad. Recuperado de ([es.wikipedia.org/wiki.Discapacidad](http://es.wikipedia.org/wiki/Discapacidad))
32. Núñez. Claudia; Coordinadora de la Licenciatura en Nutrición Recuperado www.uia.mx/actividades/nuestracom/05/nc156/10.html discapacidad y nutrición.
33. García R. (2009) Personas Especiales (2009) Recuperado de: (<http://personasespeciales-raquelina.blogspot.com/2009/03/discapacidad-tipos.html>)

APENDICES

APENDICE No. 1

FICHA DE CONTROL DE AVANCE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN-ACCIÓN.

Nombres y Apellidos: Dra Jessenia Solórzano

Centro Universitario: Portoviejo

Título del proyecto: Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Centro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2013”

RESULTADOS ESPERADOS	INDICADORES	CRONOGRAMA (% de avance)					OBSERVACIONES
		J	A	S	O	D	
RESULTADO 1							
Normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad con participación familiar aplicadas	Hasta julio del 2014 el 100% de las normas y procedimientos para atención integral de salud para las personas con discapacidad aplicada	100%					Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 2							
Familias informadas sobre atención domiciliar de las personas con discapacidad	Hasta agosto del 2014 el 80% de las familias informados sobre atención domiciliar de las personas con discapacidad		100%				Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma
RESULTADO 3							
Estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas	Hasta diciembre del 2014 el 100% de estrategias de vinculación familiar y comunitaria aplicadas				50%	100%	Actividades cumplidas de acuerdo al cronograma

Lic. Marcela Viteri, Mg.Sc
DIRECTORA DE TESIS

**APENDICE No. 2
FOTORRELATORIA**

CAPACITACIÓN EN CENTRO DE SALUD

FOTOGRAFÍA #1



FOTOGRAFIA #



Capacitación al personal de Salud

FOTOGRAFÍA #3



FOTOGRAFIA #4



Capacitación y Coordinación con el personal de salud

ATENCIÓN MÉDICA CON EL PERSONAL DE SALUD A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES EN VISITAS DOMICILIARIAS

FOTOGRAFIA #5



FOTOGRAFIA #6



FOTOGRAFIA #7



FOTOGRAFIA #8



Pacientes Discapacitados atendidos por la Dra. Lisbeth Gutiérrez y Lcda. Sonia Bravo

ATENCIÓN EN BRIGADA ODONTOLÓGICA A PACIENTES DISCAPACITADOS

FOTOGRAFÍA # 9



FOTOGRAFIA #10



FOTOGRAFIA #11



FOTOGRAFIA #12



FOTOGRAFIA #13



CHARLAS SOBRE NUTRICIÓN E HIGIENE BUCAL

FOTOGRAFIA #14



FOTOGRAFIA#15



FOTOGRAFIA #16



FOTOGRAFIA #17



FOTOGRAFIA #18



FOTOGRAFIA #19



FOTOGRAFIA # 20



FOTOGRAFIA #21



FOTOGRAFIA #22



FOTOGRAFIA #23



FOTOGRAFIA #24



FOTOGRAFIAS#25



Charlas impartidas a familiares y pacientes discapacitados

CASA ABIERTA

FOTOGRAFIA #26



FOTOGRAFIA #27



FOTOGRAFIA #28



FOTOGRAFIA #29



FOTOGRAFIA #30



APÉNDICE Nº 3
TRIPTICOS
TRIPTICOS SOBRE NUTRICION

En consecuencia, el aprendizaje de hábitos de higiene y cuidados personales cumplen funciones importantes en la formación integral de las personas:

- Mejorar la salud y el bienestar del individuo y la comunidad
- Prevenir la aparición y desarrollo de enfermedades.
- Facilitar las relaciones interpersonales.
- Contribuir a la formación de una imagen positiva de sí mismos.



La higiene es el conjunto de conocimientos y técnicas que aplican los individuos para el control de los factores que ejercen o pueden ejercer efectos nocivos sobre su salud. La higiene personal es el concepto básico del aseo, de la limpieza y del cuidado del cuerpo humano.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

TITULACIÓN DE MAGÍSTER EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

"Visita familiar y consultoría de las personas con discapacidad atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo, Portoviejo 2014"

HIGIENE Y DISCAPACIDAD



Dra. Jessenia Solórzano



Higiene personal



Practicando los Hábitos de Higiene ¡Me Siento Bien!



Me lavo las manos con jabón y agua y alcohol
 Me agito los dientes después de cada comida
 Mantengo las uñas cortas
 Me peine todos los días
 Me aseo todos los días
 Me baño lo suficiente

Cambios Posturales

¿Por qué son necesarios?

- Previenen la aparición de **úlceras**
- Mejoran la función **cardiovascular y respiratoria**
- Evitan **rigidez articular y flacidez muscular**






COLOCACIÓN DE ALMOHADAS PARA EVITAR ÚLCERAS

Boca arriba



Lateral

Coloque una almohada en la espalda de la persona para evitar que se deslice sola a posición supina (hacia arriba)



Boca abajo



APENDICE N° 4
OFICIOS ENVIADOS, RECIBIDOS Y ACTAS



Portoviejo, julio del 2014

Dra. Lisbeth Gutiérrez Mendoza
Directora del Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo

Reciba un cordial saludo de parte de la Dra. Jessenia Solórzano Mendoza estudiante de la Universidad Particular de Loja el siguiente comunicado es para comunicarle muy respetuosamente se me conceda la autorización pertinente para poder realizar y accionar mi proyecto de tesis **“Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”** en dicha unidad de salud que muy acertadamente usted dirige, conociendo su interés por buscar una mejor salud de nuestra comunidad, esperamos su acertada respuesta a esta petición.

Se despide y quedándole muy agradecida por su atención.


CONSULTORIO DENTAL
"MOLAR'S DENTAL"
Dra. Jessenia Solórzano M.
ODONTÓLOGA
Libro: 12 Folio: 150 N° 450
Dra. Jessenia Solórzano Mendoza


Dra. Lisbeth Gutiérrez Mendoza
Directora del Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Titulación de magíster en gerencia de salud para

El desarrollo local

“Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas
en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”

NOMINA DE FAMILIARES CAPACITADOS

N	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
1	Guia Cruzatly Romero	1312581901	
2	José Fabián Alcívar Velez	1312321423	
3	Orthia Mora Madrona	1312895533	
4	Blanca Garcia	130029442-6	
5	Adriana Zamora	1312655317	
6	Tatiana Yagueliro Romero	09107770460	
7	Soly Mandata	13086772-0	
8	Maria Viteri Acaico	1300406118	
9	Xavier Rivera	1315275792	
10	MARIA ZAMBRAYO	1301507677	
11	Oswaldo Macías	130363905	
12	Margarita Florina	130290353-9	Margarita Florina



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Titulación de magister en gerencia de salud para

El desarrollo local

“Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”

NOMINA DE ASISTENTES A LA CASA ABIERTA

N	NOMBRES Y APELLIDOS	NUMERO DE CEDULA	FIRMA
1	Soraya Delgado	1306287077	
2	Jorge Lambrano Aroy	1303571227	
3	ALEXANDER GERMAN MACIAS	1302500192	
4	Karen Daniela Macias	1308543977	
5	Miriam Bienes Ortiz	1304750399	
6	Pedro Enrique Cedeno	1302407907	
7	Yenny Bermudez	1306612928	
8	Teresa Montecoroca	130143961-2	
9	DEYSY Cervantes	130 2431907	
10	Maria Corujal	1301078059	
11	Gladiis Antiga	1704057240	
12	Maria Medraza	1307132207	



ACTA DE SOCIALIZACION Y APROBACION DEL TEMA

En el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo, a los 7 días del mes de julio del 2014 se reúnen el personal de salud de dicha unidad de Salud antes mencionada para la socialización y aprobación del tema: “Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”

El cual se realizó el compromiso de ayudar a accionar dicho tema e involucrarse dentro de ello.

PERSONAL DE SALUD

Dra. Lisbeth Gutierrez

Dra. Karla Rengifo

Lcda. Sonia Bravo

Lcda. Jazmin Navarrete

Econ. Betsy Zambrano

Sra. Maria Villamar



ACTA DE CONFORMACIÓN DEL CLUB DE CUIDADORES DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

En la casa comunal de centro de la ciudadela Nuevo Portoviejo, a los 29 días del mes de Agosto del 2014 se reúnen un grupo de familias de pacientes con discapacidad atendidos de dicha unidad de Salud para formar un club de cuidadores de las personas con discapacidad.

Por designación se eligieron las siguientes personas:

Personal de salud

Lcda. Sonia Bravo **Coordinadora**

Familias de discapacitados

Klever Sabando **Presidente del club de cuidadores**

Estela Rodríguez **Vicepresidente del club de cuidadores**

María Cantos **Secretaria del club de cuidadores**



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

FECHA:

“Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”

Nómina del personal de salud que asistió a la capacitación

N	NOMBRES Y APELLIDOS	FIRMA
	Asheth Gutierrez	
	Maria Villoncar	
	Betsy Zumbano	
	Serina Bravo	
	Karla Rengifo Mite	
	Azmin Navarrete.	



Portoviejo, 11 de agosto del 2014

Dra. Lisbeth Gutiérrez Mendoza

De mis consideraciones

Como maestrante de la Carrera de Gerencia en salud de la universidad particular de Loja el con motivo de realizar mi tesis titulada VINCULACION FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LAS PERSONAS CON DEISCAPACIDAD ATENDIDAS EN EL SUBCENTRO DE SALUD NUEVO PORTOVIEJO. PORTOVIEJO 2014, me dirijo a usted para solicitarle su participación como conferencista en el taller de capacitación dirigido a las familias de la ciudadela Nuevo Portoviejo, que se efectuara en el Subcentro Salud Nuevo Portoviejo el día viernes 23 de agosto del 2014.

Por la atención que se digne a dar la presente, anticipo mis sentimientos de consideración.


CONSULTORIO DENTAL
"MOLAR'S DENTAL"
Dra. Jessenia Solórzano M.
ODONTÓLOGA
Libro: 12 Folio: 130 N° 456

Dra. Jessenia Solórzano Mendoza



Portoviejo, 25 julio del 2014

Lda. Sonia Bravo

De mis consideraciones

Reciba un cordial saludo de parte de la Dra. Jessenia Solórzano Mendoza estudiante de la Universidad Particular de Loja el siguiente comunicado es para invitarle muy respetuosamente y a la vez solicitarle su participación como conferancista en la capacitación del personal de salud que se llevara a cabo en el subcentro de salud el día lunes 4 de agosto del 2014 para así poder accionar mi tema de tesis **“Vinculación familiar y comunitaria de las personas con discapacidad atendidas en el Subcentro de Salud Nuevo Portoviejo. Portoviejo 2014”** conociendo su interés por buscar una mejor calidad de vida a los pacientes discapacitados se le queda muy agradecido.

Esperando contar con su participación se despide


CONSULTORIO DENTAL
"MOLAR'S DENTAL"
Dra. Jessenia Solórzano M.
ODONTOLOGA
Libro: 12 Folio: 150 N° 459

Dra. Jessenia Solórzano Mendoza

FORTALEZAS:

Aporte Institucional
Trabajo en Equipo
Personal comprometido
Equipo básico

OPORTUNIDADES

Capacitaciones regulares
Actualización de conocimientos
Vinculación con la comunidad

DEBILIDADES

Un solo médico
No hay obstetriz, ni estadístico
Falta de insumos Derivación de pacientes

AMENAZAS

Demanda insatisfecha creciente
Falta de participación ciudadana
Exigencia mayor para poco personal

Elaborado por: Equipo de Salud

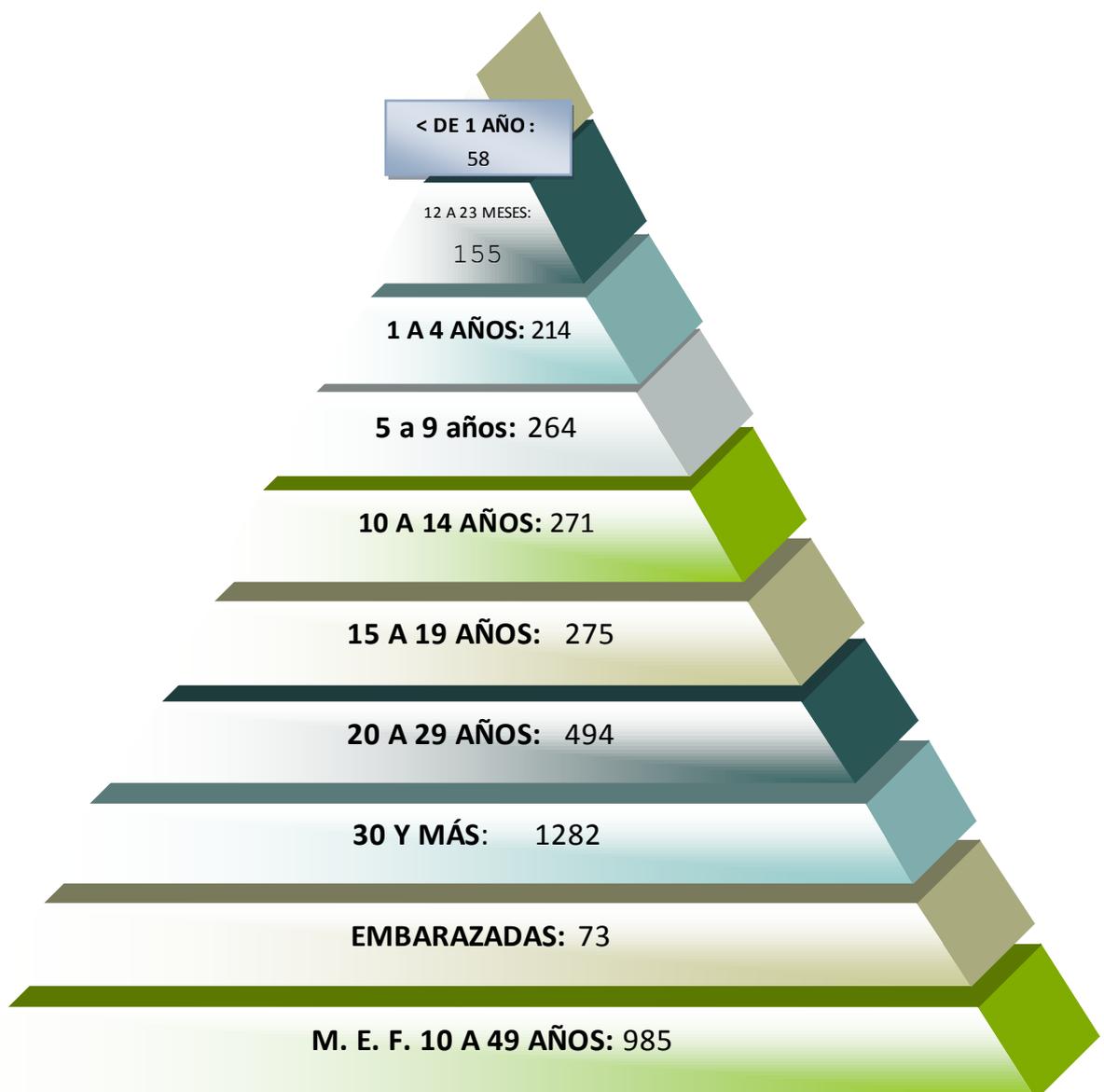
PIRAMIDE POBLACIONAL

NUEVO PORTOVIEJO

2012

POBLACION TOTAL

2858



CONJUNTO DE PRESTACIONES MAIS

CONJUNTO DE PRESTACIONES	
CONJUNTO DE PRESTACIONES EN LA ATENCION INTEGRAL CON PARTICIPACION FAMILIAR A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	<p style="text-align: center;">PRESTACIONES DE PROMOCION</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Promover la autoconfianza y fortalecer el vínculo familiar.<input type="checkbox"/> Informar a las familias y cuidadores sobre la importancia de la nutrición y buena alimentación del discapacitado.<ul style="list-style-type: none">○ Consejos y recomendaciones de una buena alimentación.<input type="checkbox"/> Promoción y consejería sobre los buenos hábitos de higiene.<ul style="list-style-type: none">○ Higiene corporal○ Higiene bucal<input type="checkbox"/> Generar mecanismo de motivación para que acudan a los controles mensuales en la unidad operativa.<ul style="list-style-type: none">○ Orientación sobre oferta y prestaciones de salud que existe en el Centro de Salud<input type="checkbox"/> Capacitar al personal de salud sobre la Atención Integral de Salud.<ul style="list-style-type: none">○ Charla sobre Atención Integral de Salud sobre Discapacidad.<input type="checkbox"/> Informar a las familias y cuidadores sobre los derechos de los discapacitados
	<p style="text-align: center;">PRESTACIONES DE PREVENCION</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Control de salud: evaluar el desarrollo físico, valoración nutricional, neuromuscular y psicomotriz del discapacitado.<ul style="list-style-type: none">○ Formulario 022 consulta externa – evolución○ Formulario 033 anamnesis – Examen físico<input type="checkbox"/> Administración de suplementos vitamínicos y micronutrientes

	<ul style="list-style-type: none"> ☐ Prevención de caries dental y otras enfermedades bucodentales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Profilaxis Dental y aplicación de fluor
	<p style="text-align: center;">PRESTACIONES DE RECUPERACION</p> <ul style="list-style-type: none"> ☐ Diagnóstico y Tratamiento de la parasitosis <ul style="list-style-type: none"> ○ Formulario 022 consulta externa – evolución ○ Formulario 033 anamnesis – Examen físico ○ Prescripción medica ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades diarreicas <ul style="list-style-type: none"> ○ Formulario 022 consulta externa – evolución ○ Formulario 033 anamnesis – Examen físico ○ Prescripción medica ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades bucodentales:. <ul style="list-style-type: none"> ○ Anamnesis y Valoración bucodental (historia clínica 033). ○ Profilaxis dental, Restauraciones y exodoncia ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades dérmicas. <ul style="list-style-type: none"> ○ Formulario 022 consulta externa – evolución ○ Formulario 033 anamnesis – Examen físico ○ Prescripción medica ☐ Diagnóstico y tratamiento de enfermedades respiratorias. <ul style="list-style-type: none"> ○ Formulario 022 consulta externa – evolución ○ Formulario 033 anamnesis – Examen físico. ○ Prescripción Médica.