



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA  
EL DESARROLLO LOCAL**

**“Plan de Atención Primaria en Salud (APS) a las personas con  
discapacidad en el Dispensario Médico El Progreso 1 del Seguro  
Social Campesino. Portoviejo 2012”**

Tesis de Grado

**Autor:**

Torres Roldan, Víctor Raúl, Lcdo.

**Directora:**

Viteri Delgado, Rita Marcela. Mg

**CENTRO UNIVERSITARIO PORTOVIEJO**

2013

## Certificación

Mg.

Rita Marcela Viteri Delgado

DIRECTORA DE TESIS DE GRADO

### **CERTIFICA:**

Que el presente trabajo denominado, “Plan de Atención Primaria en Salud (APS) a las personas con discapacidad en el Dispensario Médico El Progreso 1 del Seguro Social Campesino. Portoviejo 2012”, realizado por el profesional en formación: Lcdo. Raúl Torres Roldan, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Portoviejo, Enero de 2013

f).....

## **Cesión de derecho**

Yo, Víctor Raúl Torres Roldán, declaro ser autor de la presente tesis y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 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.** Torres Roldán Víctor Raúl

**Cedula.** 1304458860

## **Autoría**

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor

f.....

**Autor.** Torres Roldán Víctor Raúl

**Cedula.** 1304458860

## **DEDICATORIA**

A Dios por su perpetua bondad, a mi esposa, a mis hijos, por su apoyo incondicional que me alentaron a seguir adelante, cultivando en mí la perseverancia y responsabilidad, motivadores principales para la culminación de esta etapa.

**Lcdo. Raúl Torres Roldan**

## **AGRADECIMIENTO**

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

Agradezco a los Directivos del Dispensario Médico El Progreso 1 del Seguro Social Campesino, quienes me facilitaron la infraestructura y los permisos correspondientes para realizar las diferentes actividades que hicieron posible la culminación de este trabajo y al personal del salud, quienes participaron activamente en el desarrollo de los diferentes talleres de capacitación, a las personas con algún tipo de discapacidad y familias que participaron en la ejecución del proyecto de tesis.

**El Autor**

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE CONTENIDOS	PÁGINAS
<b>Preliminares</b>	
Portada	I
Certificación del director	II
Autoría	III
Cesión de Derecho	IV
Agradecimiento	V
Dedicatoria	VI
Índice de cuadros y apéndices	VII
Índice de contenido	IX
Resumen	X
Abstrac	XI
<b>Cuerpo de la tesis</b>	XII
Introducción	
Problematización	1
Justificación	3
Objetivos	5
	6
<b>CAPÍTULO I</b>	
<b>1. MARCO TEORICO</b>	
<b>1.1. Marco institucional</b>	
1.1.1 Aspectos Geográficos del lugar	7
1.1.2. Dinámica Poblacional	9
1.1.3. Misión de la institución:	10
1.1.4. Visión de la institución:	10
1.1.5. Organización administrativa.	10
.1.1.6. Servicios que presta la institución:	11
1.1.7. Datos estadísticos de cobertura o estado de salud de la población	11
1.1.8. Características geofísicas de la institución:	13
1.1.9. Políticas de la institución:	16
<b>1.2. Marco conceptual</b>	
<b>CAPÍTULO II</b>	
<b>2. DISEÑO METODOLÓGICO</b>	

2.1 Matriz de involucrados	45
2.2 Árbol del problema	48
2.3 Árbol de objetivos	47
2.4 Matriz del marco lógico	48
CAPÍTULO III	
3. RESULTADOS, CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES	
Resultados	41
Conclusiones y recomendaciones	91
Bibliografía	93
Apéndice	96



## ÍNDICE DE CUADROS Y APÉNDICE

ÍNDICE DE CUADROS	PÁGINAS
Cuadro No. 1: Perfil epidemiológico del dispensario medico el progreso 1 .SSC centro zonal 5 Manabí /2011	11
Cuadro No. 2: Atención a pacientes con discapacidad según grupos etareos.	68
Cuadro No. 3: Atención a pacientes con discapacidad según sexo	69
Cuadro N° 4: Atención a pacientes con discapacidad según su origen	70
Cuadro N° 5: Atención a pacientes con discapacidad según su tipo	71
Cuadro N° 6: Pacientes a los que se les atendió según el plan de atención	72
Cuadro N° 7: Criterio del equipo de salud sobre la aplicación del plan de atención a las personas con discapacidad.	73
Cuadro N° 8: Criterio del equipo de salud sobre principios básicos de la atención a los pacientes discapacitados	74
Cuadro No.9: Criterio del equipo de salud sobre el enfoque de la estrategia de R.B.C en el dispensario el progreso i del seguro social campesino	75
CuadroNo.11: Criterio del equipo de salud sobre la movilidad en los pacientes discapacitados	76
Cuadro No.11: Criterio del equipo de salud sobre los cambios posturales para los pacientes discapacitados.	79
Cuadro No.12: Criterio 104 asistentes al taller sobre como debe realizarse las movilizaciones posturales en pacientes con discapacidad	79
Cuadro No.13: Criterio de asistentes al taller sobre la nutrición del miembro familiar con discapacidad	80

Cuadro No.14:	Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre el aseo de un paciente con discapacidad.	81
Cuadro No.15:	Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre las funciones de la persona cuidadora	82
Cuadro No.16:	Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre los cambios posturales.	83
Cuadro No.17:	Criterio de los encuestados miembros de la comunidad sobre la función de acompañamiento en sillas de ruedas	84
Cuadro No.18:	Encuesta de satisfacción en la atención a las personas con discapacidad con una muestra de 104 personas entre familiares, personas con discapacidad y comunidad	85

## **ÍNDICE DE APÉNDICES**

91

Apéndice N <sup>o</sup> 1:	Ficha de control y avance del proyecto de acción
Apéndice N <sup>o</sup> 2:	Certificación institucional
Apéndice N <sup>o</sup> 3:	Trípticos informativos invitaciones y material didáctico
Apéndice N <sup>o</sup> 4:	Encuestas
Apéndice N <sup>o</sup> 5:	Fotorelatoría
Apéndice N <sup>o</sup> 6:	Oficios enviados, actas
Apéndice N <sup>o</sup> 7:	Lista de asistentes
Apéndice N <sup>o</sup> 8:	Historias clínicas
Apéndice N <sup>o</sup> 9:	Hojas estadísticas
Apéndice N <sup>o</sup> 10:	Certificado

## **RESUMEN**

En el Dispensario Médico El progreso 1 del Seguro social Campesino, Parroquia San Placido Cantón Portoviejo Provincia de Manabí, se desarrolló un proyecto de intervención encaminado a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Esta propuesta se inicio con un diagnóstico participativo, en el cual se priorizó como problema central que las personas con discapacidad que se atienden en el Dispensario Médico reciben mala calidad de atención; estableciéndose como factores causales que la Unidad de Salud no ha implementa un Plan de Atención Primaria en Salud (APS), desactualización del equipo de salud y desinformación al paciente, familia y comunidad para la atención de la persona con discapacidad en el domicilio.

La realización de las actividades y los resultados obtenidos permitió el cumplimiento del 100% de los objetivos planteados, mejorando la calidad de atención en salud y consecuentemente la calidad vida de las personas con discapacidad.

## **ABSTRACT**

On the one Dispensary Medical Progress rural social security, San Placido Parish Canton Portoviejo Manabi Province, developed an intervention project aimed at improving the quality of life of people with disabilities.

This proposal began with a participatory, which was prioritized as a central problem that people with disabilities who receive services at the medical clinic receiving poor quality care; established as causal factors Health Unit has implemented a Plan Primary Health Care (PHC), health equipment obsolescence and misinformation to the patient, family and community care for the disabled person at home.

The implementation of the activities and results obtained allowed the 100% compliance of the objectives, improving the quality of health care and consequently the quality of life of people with disabilities..

# INTRODUCCIÓN

La Discapacidad es un fenómeno multidimensional y multifactorial, donde la desigualdad y la pobreza vienen a constituir factores que la generan, facilitan o perpetúan. Las tendencias actuales nos señalan un incremento cada vez mayor en las enfermedades emergentes, re-emergentes y crónicas, aunado a ello tenemos la guerra, los accidentes de todo tipo, el uso y abuso del alcohol y drogas y la violencia social, causas estas productoras, sin duda alguna, de discapacidades.

La Organización de las Naciones Unidas (2008):

Estima que en el mundo existen alrededor de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales unos 400 millones están en los países en vías de desarrollo y, aproximadamente, unos 60 millones de personas con discapacidad están en la región de las Américas. Estas cifras representan un 10% de la población general y se considera que la discapacidad tiene repercusión sobre el 25% de la población total, considerando que afecta no solo afecta a la persona que la sufre, si no a aquellos que la cuidan, a los familiares, a la comunidad y a cualquiera que apoye el desarrollo de la comunidad.”

En el Ecuador, según una investigación realizada por el CONADIS (2004):

“En Ecuador hay 1.608.334 personas con alguna discapacidad, que representa el 12.14% de la población total. Hay 184.336 hogares ecuatorianos con al menos una persona con discapacidad, es decir, el 6% de los hogares ecuatorianos tiene al menos un miembro con discapacidad. El 8% de los hogares rurales tienen alguna persona con discapacidad, frente al 5% de hogares urbanos. Asimismo señala el estudio que hay más mujeres que hombres con discapacidad ya que cerca de 830 000 mujeres en Ecuador tienen discapacidad (51,6%), mientras que el número de hombres con discapacidad es 778594 (48,4%).

Aunque los porcentajes de discapacidad se incrementan continuamente conforme avanza la edad, a partir de los 41 años este incremento se acelera de forma notable. De acuerdo a la distribución geográfica Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay son las provincias con mayor porcentaje de discapacidad lo que demuestra que el porcentaje de discapacidad no es homogéneo en el territorio ecuatoriano, hay diferencias importantes entre las provincias. Las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay presentan porcentajes significativamente superiores al promedio nacional, mientras que Napo, Pastaza, Sucumbios y Orellana presentan porcentajes

sensiblemente inferiores a la media nacional. En la Región Amazónica el porcentaje es similar al promedio nacional y diez veces inferior a los porcentajes de la Región Costa y Sierra.

El mismo estudio demuestra: CONADIS (2004):

“Esta distribución no es igual a la distribución de la población nacional por sexo que es: mujeres 50.3% y hombres 49.7%, demostrando que existe mayor discapacidad en las mujeres. Por otra parte se indica que la probabilidad de tener discapacidad aumenta con la edad ya que la presencia de discapacidad está directamente relacionada con la edad. De la población con discapacidad, el 33% tiene más de 65 años, mientras que en los grupos menores de 40 años, estos porcentajes máximo llegan al 19%.”

La inexistencia de promoción y la prevención fueron las principales causas que motivaron el desarrollo de este proyecto. No se han realizado proyectos de acción acerca de esta problemática en el ámbito local por lo que se encuentra ampliamente justificado.

Al implementar el Programa de Plan de Atención Primaria (APS) en Salud a las personas con discapacidad dirigido principalmente a los padres y/o cuidadores de los pacientes discapacitados se ayudó no solo a este grupo muchas veces marginado y olvidado sino también a la familia y comunidad en general, ya que los conocimientos y técnicas aprendidas pueden ser aplicados por todos los miembros de la misma.

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 de la comunidad para ejecutar el Plan de Atención Primaria de Salud a las personas con discapacidad.

Con la consecución de los logros alcanzados se puede demostrar el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes discapacitados en condición de dependencia que acuden al Dispensario El Progreso del Seguro Social Campesino.

## PROBLEMATIZACIÓN

El Dispensario Médico El Progreso 1 del Seguro Social Campesino atiende un número importante de personas con discapacidad, presentando serios inconvenientes al no contar con una infraestructura acorde a los requerimientos de este grupo, ni con el personal necesario, además del equipamiento idóneo para su recuperación o mantenimiento, otro de los factores es no contar con un programa de atención a nivel institucional así como un plan de atención a nivel local, agravado por la falta de actualización del personal de salud y la comunidad.

Según el CONADIS Las limitaciones graves múltiples aumentan con la edad, los porcentajes de personas con más de una limitación grave van en aumento conforme avanza la edad, con un pico marcado a partir de los 65 años. Mientras la población de 5-10 años tiene un 3% de limitaciones múltiples, el 46% de los mayores de 65 años presentan la misma condición. El número de mujeres de más de 65 años y más con limitaciones múltiples graves supera al de los hombres en un 7%. En la población de 5 años y más 452336 personas presentan deficiencias estructurales, que representa el 64% de todas las deficiencias.

Las condiciones negativas de salud son la causa más frecuente de discapacidad en la población de 5 años y más. Las enfermedades heredadas y adquiridas, los problemas al momento del parto, las infecciones y la mala práctica médica son las principales causas de discapacidad en la población de 5 años y más (65%).

La atención en el Dispensario Médico El Progreso 1 del Seguro Social Campesino es diaria de lunes a viernes los 5 días de la semana con un promedio de atención de 20 pacientes por día, el grupo etario de mayor atención es el grupo comprendido entre 50 años y más, seguido del grupo etario de 15 a 49 años es decir que contamos con una población mayoritariamente vieja.

Al realizar el diagnóstico situacional participativo se pudo determinar cómo problema principal que las personas con discapacidad que se atienden en el Dispensario Médico no reciben buena calidad de atención, determinándose como factores determinantes los siguientes:

1. En la Unidad de salud no ha implementado un Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad, debido a que esta necesidad no ha sido identificada y porque hay un débil liderazgo de sus directivos, situación que ha generado Manejo inadecuado del paciente con discapacidad, con el consecuente riesgo de complicaciones, lo que a su vez causa un menoscabo en la salud del discapacitado.
2. El equipo de salud desactualizado sobre Plan de Atención Primaria en Salud al paciente con discapacidad gracias a que no existe un plan de educación continua y quien eduque, lo que le lleva a que el paciente no reciba atención integral, a un desgaste físico y emocional en los cuidadores, lo que a su vez ocasiona frecuentemente maltrato o negligencia en su cuidado.
3. Paciente, familia y comunidad desinformados sobre la atención de la persona con discapacidad en el domicilio, porque no existe coordinación interinstitucional o para referencia aunado al desinterés del personal operativo, situación que genera desinformación de la familia para cuidar la salud, con el consecuente hecho de que las familias no toman opciones saludables para transformar sus estilos de vida, lo que les predispone a complicarse.

Este contexto antes descrito ocasiona un efecto de mala calidad de vida de la persona con discapacidad.

Surge entonces la siguiente interrogante: ¿Es factible la implementación de un Plan de Atención Primaria en Salud (APS) a las personas con discapacidad en el Dispensario Médico El Progreso 1 del Seguro Social Campesino. Portoviejo 2012”?



## JUSTIFICACIÓN

Considerando que El Dispensario Médico El Progreso no ha implementado ningún Plan de atención primaria a las personas con discapacitados, y que El personal de salud da poca información y asesoramiento a la familia cuidadora de discapacitados y comunidad por no contar con un plan de educación continúa. Aunado a la poca vinculación de la unidad de salud con la comunidad, organismos gubernamentales y ONG 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.

El Compromiso institucional y Personal está determinado por la firma del convenio de cooperación Interinstitucional en la Atención al discapacitado suscrito por parte de la Vicepresidencia de la Republica a través de la misión Joaquín Gallegos Lara y el Seguro social Campesino.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general.**

Mejorar la calidad de atención a los pacientes con discapacidad del Dispensario Médico El Progreso I de Seguro Social Campesino, mediante la implementación de un Plan de Atención Primaria en Salud, actualización al equipo de salud e información al paciente, familia y comunidad sobre la atención domiciliaria fin de mejorar su calidad de vida.

### **Objetivos específicos**

- Diseñar e ejecutar un Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad para lograr un manejo adecuado del paciente.
- Capacitar al equipo de salud sobre el Plan de Atención Primaria en Salud para que los usuarios discapacitados reciban atención integral.
- Informar al paciente, familia y comunidad sobre la atención del paciente con discapacidad en el domicilio con la finalidad de tomar opciones saludables en salud para transformar sus estilos de vida.

# CAPITULO I

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Marco institucional

#### 1.1.1. Aspecto geográfico del lugar

El Sector Progreso de la Parroquia San Plácido Cantón Portoviejo Provincia de Manabí, tiene una superficie de 25 Km. cuadrado. Se ubica al noreste del Cantón Portoviejo. El terreno de la zona de influencia del Progreso es extremadamente irregular, bordeadas de muchas montañas y colinas. El Progreso goza de un suelo arcilloso que por sus características es muy apta para la agricultura, sembrío de pasto y crianza de ganado de corral. (Ver Imagen No. 1)

**Imagen No. 1**



**EI PROGRESO PARROQUIA SAN PLACIDO**

De acuerdo a los datos reportados por el Ilustre Municipio de Portoviejo, en su Website: [www.i.municipalidadportoviejo.gov.ec](http://www.i.municipalidadportoviejo.gov.ec):

“La Parroquia San Plácido, cuenta con una gran variedad de atractivos turísticos, a continuación se hace referencia varios lugares: Badenes Populares: Caña Brava, Don Peche, San Lorenzo y San Bartolo; Las

Cascadas: Cuchucho (San Pedro y San Pablo), Mancha Grande Abajo y Mancha Grande Arriba y los Cerros altos como El Gabino, La Tablada de la Victoria, El Cerro de Cuchucho apropiadas para realizar excursiones”.

### 1.1.2. Dinámica poblacional

La dinámica poblacional del Sector el Progreso según el grupo etario, sexo y raza son los siguientes:

#### HABITANTES POR GRUPOS ETAREOS EL PROGRESO 2009

Grupo etario	Frecuencia	%
50 y mas	1680	47.19 %
15 - 49	980	27.52 %
06 - 14	500	14.04 %
01 - 05	351	9.85%
- de 1 año	49	1.40 %
<b>total</b>	<b>3560</b>	<b>100</b>

Fuente: Boletín Estadístico Departamento de Programación SSC.

Elaborado: Lcdo. Raúl Torres Roldan.

#### HABITANTES SEGÚN SEXO EL PROGRESO 2009

Según sexo	Frecuencia	%
Mujeres	1887	53
Hombres	1673	46
<b>Total</b>	<b>3560</b>	<b>100</b>

Fuente: Boletín Estadístico Departamento de Programación SSC.

Elaborado: Lcdo. Raúl Torres Roldan.

#### HABITANTES SEGÚN RAZA EL PROGRESO 2009

Según raza	Frecuencia	%
Mestiza	3485	97
Blanca	75	2.1
<b>Total</b>	<b>3560</b>	<b>100</b>

Fuente: Boletín Estadístico Departamento de Programación SSC.

Elaborado: Lcdo. Raúl Torres Roldan.

Según el número de habitantes establecido de 3560 y considerando que estos habitan un perímetro 25 kilómetros cuadrados tenemos una densidad poblacional de 142 habitantes por kilómetro cuadrado.

En el año 2008 Según datos obtenidos del departamento de programación del SSC en el Progreso 1:

“Se refleja una situación muy similar, la emigración total del Progreso es de 569 personas que representa el 16%, de las cuales 313 son hombres que representan el 55% y 256 son mujeres que representan el 45%, el nivel de instrucción que prevalece es el secundario y el grupo atareo predominante es el de 18 a 29 años con un total de 295 personas que representan el (52%) emigración interna que se produce especialmente a Guayaquil, Portoviejo, Manta y Quito.”

Según Boletín Estadístico del SSC del 2009: “Se estima que la población económicamente activa del Progreso (PEAP) es de 2751 personas lo que representa 77.3% de la población total”

### **1.1.3. Misión de la institución.**

El Seguro Social Campesino tiene como Misión:

“Proteger a la población rural y pescadores artesanales mediante la entrega de servicios de salud, prestaciones económicas y atención de contingencia, como establece la constitución política vigente y legislación pertinente”

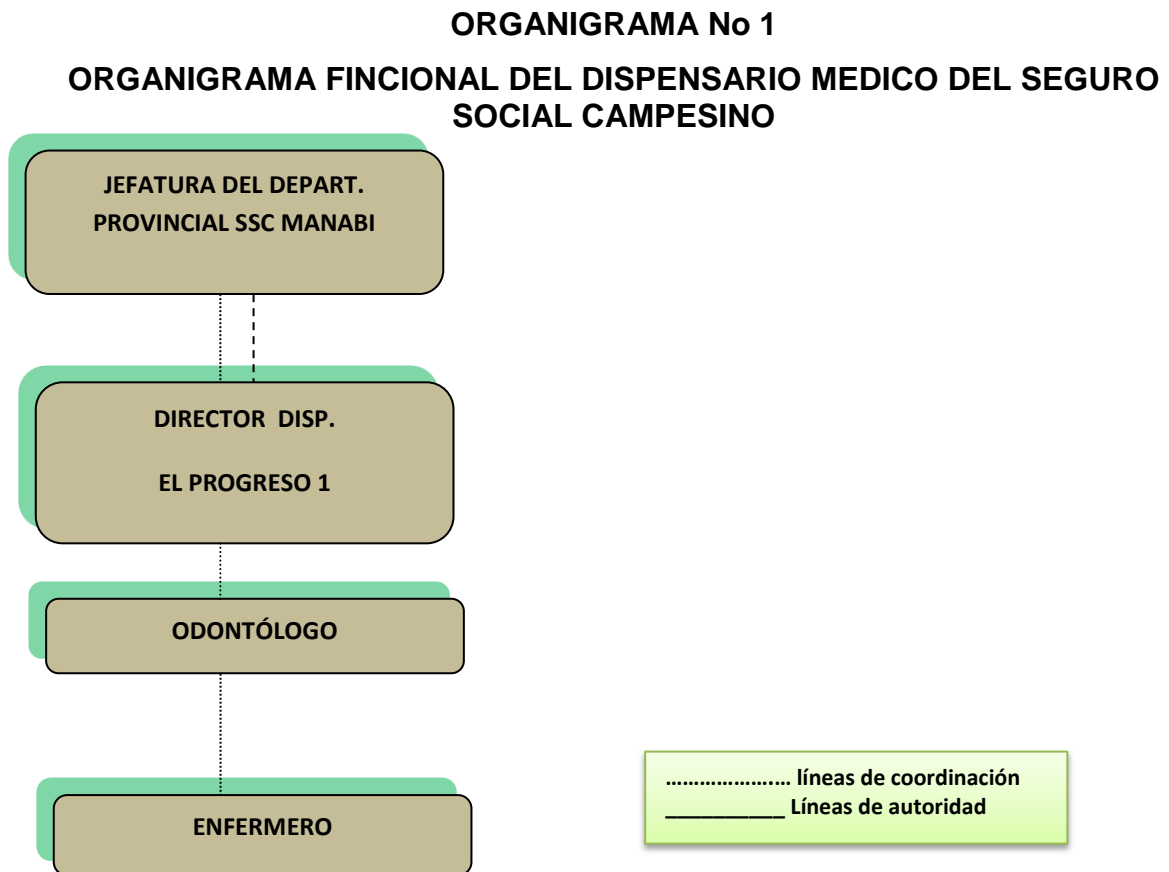
### **1.1.4.- la visión de la institución.**

El Seguro Social Campesino tiene como Visión:

“Aplica el modelo de atención primaria integral de salud (APIS), en el sector rural del Ecuador con calidad y calidez para satisfacer los requerimientos de salud y vida de la población afiliada de conformidad con las disposiciones constitucionales y legales.”

### 1.1.5.- organización administrativa.

La estructura orgánica funcional del Dispensario Médico El Progreso de Seguro Social Campesino es de forma vertical está conformado de la siguiente manera:



### 1.1.6.- servicios que presta la institución.

El Dispensario Médico El Progreso como Unidad de Atención Primaria en Salud del SSC, brinda las siguientes prestaciones:

#### Prestaciones médicas:

- Atención en medicina General
- Atención Odontológica

- Atención en enfermería
- Asistencia médica y farmacéutica, asistencia quirúrgica y hospitalización.
- Asistencia obstétrica que comprende prenatal, parto y puerperio. Atención medica al niño.
- examen bucal, profilaxis, exodoncia, operatoria dental.
- Las prestaciones por enfermedad, maternidad y atención odontológica, se conceden a todos los miembros de la familia campesina afiliada.

#### **Prestaciones sociales y económicas:**

**Auxilio para funerales.-** Se concede frente al fallecimiento de cualquiera de los miembros afiliados a la familia, en una cuantía igual al 25 % del salario mínimo vital del trabajador del trabajador agrícola.

**Jubilación por invalides.-** Se concede solo al jefe de familia en una cuantía igual al 75 % del salario mínimo vital, siempre y cuando haya acreditado sesenta imposiciones mensuales antes de que se produzca la invalides total y permanente.

**Jubilación por vejez.-** Se concede solo al jefe de familia en una cuantía igual al 75% del salario mínimo vital. Para lo cual debe cumplir con 2 referentes como son años de edad y años de aportación.

Proporciona ayudas diagnosticas como rayos X, tomografía, ecografías, atención de la salud renal. En cuanto a los programas de salud que se encuentran en ejecución tenemos el control del niño sano, programas de proyectos de desarrollo comunitario, planificación familiar, programa de control de la tuberculosis.

### 1.1.7.- Datos estadísticos de cobertura

#### CUADRO No. 1

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL DISPENSARIO MEDICO EL PROGRESO 1 .SSC CENTRO ZONAL 5 MANABÍ /2011

PATOLOGÍA	CIE	FRECUENCIA	%
Infecciones respiratorias agudas	R50.1	380	16%
Poliparasitosis	J030	357	15%
Dermatomicosis	J10	300	12.6%
Enfermedades diarreicas agudas	A09	290	12.2%
Infecciones de vías urinarias	0.10	283	11.9%
Hipertensión arterial	S51	261	11%
Dispepsias	I10	254	10.7%
Diabetes mellitus	T60	100	4.2%
Vaginitis	J45.9	81	3.4%
Traumas	N39.0	71	3%
TOTAL		2377	100

**Fuente:** Boletín Estadístico Departamento de Programación SSC..

**Elaborado:** Lcdo. Raúl Torres Roldán.

#### Análisis e interpretación:

De un total de 2377 personas atendidas en el Dispensario Médico El Progreso 1, durante el año 2009, 380 personas adolecen de infecciones respiratorias agudas lo que representa el 16% de la población, esto deja entrever una prevalencia de las infecciones respiratorias agudas sobre las demás patología que afecta mayoritariamente a niños y/o adolescentes y ancianos; es decir menores de 1 año a 14 años y de 60 años y más. Seguida de la poliparasitosis con 354 personas representadas por un 15 %, el grupo etario de mayor predominio es el de 1 a 5 y de 6 a 14 años. Por último la dermatofitosis con 300 personas representadas por un 12.6% dicha patología predomina con mayor frecuencia en el grupo etario de 15 a 49 años.



### 1.1.8.- Características geofísicas de la institución.

Su construcción es de tipo hormigón armado, techo de duratecho, cerramiento de hormigón, sus paredes están pintadas, sus ventanas son de aluminio y vidrio, su piso es de baldosa, tiene poza séptica, se abastece de agua por medio de pozos y se la distribuye con bomba eléctrica. (Ver Imagen No. 2) El Dispensario Médico El Progreso se encuentra ubicado en el kilómetro 101 vía Portoviejo Pichincha distribuido en una sola planta, presentando:

Sala de espera

Admisión y estadística /Farmacia

Consultorio de medicina general

Consultorio de odontología

Departamento de enfermería y preparación de paciente

Departamento para el PCT.

Sala de observación

Sala de parto y cirugía menor

Baño higiénico para personal / Baño higiénico para personal

Baño higiénico para usuarios

#### Imagen No. 2

Dispensario Medico



Instalaciones externas del Dispensario Medico del Seguro Social Campesino

### **1.1.9.- Políticas de la Institución.**

El Seguro Social Campesino tiene como Política:

La política institucional esta ceñida estrictamente a lo que establece la constitución política del estado Ecuatoriano y demás leyes que orientan su vida institucional tales como:

- Constitución Política del Ecuador.
- Ley de seguridad social.
- Decretos ejecutivos.
- Normas y disposiciones emitidas por el Consejo Superior del IESS.

## **1.2. Marco Conceptual.**

### **1.2.1. Atención primaria en Salud**

La atención en salud se orienta en brindar un conjunto de prestaciones básicas de salud, a la población, e este sentido el Gonzalo Bonilla en la Guía Didáctica 2 "Desarrollo local y salud" (2009) refiere:

“En el Ecuador el tema de salud no ha sido considerado como política prioritario, lo que ha determinado que las posibilidades de enfermar y morir se asocien con las pobres condiciones de vida de la mayoría de nuestra población, situación que se agrava en los habitantes del sector rural y zonas urbano marginales.

En septiembre de 1978 se celebró en Alma Ata, con el patrocinio de la OMS y de UNICEF la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud que representó el pensamiento de las principales autoridades sanitarias de 140 países respaldando la Atención Primaria de Salud (APS) como una estrategia para lograr mayor equidad en salud. La Conferencia de Alma Ata definió la Atención Primaria de Salud de la siguiente manera (OMS, 1978):

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de

autorresponsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria”

El impulso a esta conceptualización y su relación con la Atención Primaria de Salud pretendió llegar hasta una concepción social de la salud que realmente orientara las prácticas, por lo que se destacaba el papel de la comunidad a la que se dirigía y que a la vez dotaba de sentido a su existencia.

Diversos autores resaltan el papel de la Atención Primaria de Salud en la consecución de la salud y su conexión con el contexto comunitario. Para Macinko et al. (2007, p. 1): “Los resultados científicos demuestran que la APS es un componente clave para alcanzar la efectividad de los sistemas de salud y puede adaptarse a los diversos contextos sociales, culturales y económicos de los distintos países”

Además considera la Atención Primaria de Salud no sólo como la puerta de entrada al sistema sanitario sino como el mecanismo por el cual los dos objetivos de los sistemas sanitarios - optimización de la salud y equidad en la distribución de recursos están equilibrados. Más recientemente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS, 2007), ha editado un documento en el que se insiste en la consideración el modelo de Atención Primaria de Salud como el más adecuado para atender las necesidades en salud de la población. En este sentido el documento detalla los criterios que han de cumplirse para caracterizar verdaderamente un sistema sanitario orientado en el modelo de la Atención Primaria de Salud, entre ellos los siguientes:

- El énfasis en la prevención y en la promoción es de vital importancia para un Sistema de Salud Basado en la APS porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud.

- Atención apropiada significa que un sistema de salud no está enfocado en la atención del órgano o de la enfermedad. Debe enfocarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, en la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno a lo largo de la vida, al tiempo que garantiza que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo.
- Orientación familiar y comunitaria significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública y hace uso de la información comunitaria para valorar riesgos y priorizar las intervenciones. La familia y la comunidad son consideradas como el foco primario de la planificación y de la intervención.
- Un sistema basado en la APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, estar fundamentado en valores compartidos que involucren mecanismos activos de participación para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles.
- Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas que estimulan la equidad con el fin de disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las inequidades, y asegurar que todas las personas sean tratadas con dignidad y respeto.
- Los sistemas de salud basados en la APS son más amplios en escala e impacto que la simple provisión de servicios de salud. El sistema se acopla íntimamente con acciones intersectoriales y con enfoques comunitarios que promueven el desarrollo humano y la salud. Las acciones intersectoriales se necesitan para abordar los determinantes de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores.
- Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren de una organización y gestión óptimas, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las acciones, los actores, los

procedimientos y los sistemas legal y financiero que permitan a la APS desempeñar sus funciones específicas.

### **1.2.2. La discapacidad y la calidad de atención.**

En todas partes del mundo y en todos los niveles de cada sociedad hay personas con discapacidad: se estima que se trata de un 7% a un 10% de la población y que dos tercios de la misma se encuentra en países en desarrollo y en zonas marginadas. (Tomado de la <http://www.cordoba.gov.ar>)

Tanto las causas como las consecuencias de la discapacidad sufren variaciones como resultado de las diferentes circunstancias socioeconómicas y de las disposiciones políticas que se adoptan en los distintos países.

En los últimos años el concepto de la discapacidad ha ido cambiando; ya no es vista desde una perspectiva asistencialista, ni desde el paradigma médico que hace eje en la enfermedad. Ahora, los conceptos de rehabilitación integral y de una sociedad accesible para todos hacen pensar en personas con discapacidad plenamente participativa y capaz de desarrollar al máximo sus capacidades.

Por ende los postulados de los derechos humanos orientados a salvaguardar los derechos de las personas con discapacidad deben ser políticas de estado y la sociedad, protagonista de la demanda y la propuesta.

Exaltar los valores de la persona humana; fomentar el arraigo y la solidaridad; enaltecer la fuerza dignificante del trabajo; promover una mejor calidad de vida y preservar el ambiente; reafirmar la defensa de los derechos humanos; afianzar la convivencia sin discriminaciones, el pluralismo y la participación social; resguardar y enriquecer el patrimonio histórico y cultural; promueve una concepción de los derechos humanos y del discapacitado, integradora de los diferentes aspectos de la calidad de vida de sus habitantes. Con mayores niveles de justicia y dignidad, como tarea, como demanda, como desafío y como construcción permanente.

Según una investigación realizada por el CONADIS (2004):

“En el Ecuador el 4.8% de la población mayor de cinco años tiene limitación grave en la actividad y restricción en la participación, lo que corresponde a 640183 personas. Más de 100 mil personas necesitan cuidado personal permanente, pues el 38% de la población discapacitada con limitación grave, necesita del cuidado permanente de otra persona. El 52% de los cuidadores permanentes son los padres, generalmente las madres. Más de 500 mil personas presentan limitaciones graves ya que el 79% de las personas con limitación grave, tienen limitaciones para realizar actividades y restricción en la participación: para moverse, actividades educativas y de aprendizaje, integrarse a la vida comunitaria, suficiencia en su auto cuidado, integrarse a las actividades de la vida doméstica y trabajar en forma remunerada.”

Las limitaciones graves múltiples aumentan con la edad, con un pico marcado a partir de los 65 años. Mientras la población de 5-10 años tiene un 3% de limitaciones múltiples, el 46% de los mayores de 65 años presentan la misma condición. El número de mujeres de más de 65 años y más con limitaciones múltiples graves supera al de los hombres en un 7%.

En la población de 5 años y más 452336 personas presentan deficiencias estructurales, que representa el 64% de todas las deficiencias.

Las condiciones negativas de salud son la causa más frecuente de discapacidad en la población de 5 años y más. Las enfermedades heredadas y adquiridas, los problemas al momento del parto, las infecciones y la mala práctica médica son las principales causas de discapacidad en la población de 5 años y más (65%).

De acuerdo al último censo de discapacidades (2011):

La distribución por tipo de discapacidades en el Ecuador y Manabí fueron las siguientes:

<b>Discapacidad</b>	<b>Auditiva</b>	<b>Física</b>	<b>Intelectual</b>	<b>Lenguaje</b>	<b>Psicológico</b>	<b>Visual</b>	<b>Total</b>
Ecuador	33275	146599	66283	4450	11872	32687	<b>295166</b>
Manabí	2916	20642	5002	267	3671	4363	<b>36861</b>

FUENTE: Censo de discapacidades (2011)

Según el Censo de discapacidades (2011):

“Es decir 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.”

En la comuna El Progreso del cantón Portoviejo la mala calidad de atención al discapacitado surge como producto de diferentes causas que a su vez constituyen determinaciones de efectos que analizaremos en lo posterior. Por lo pronto nos detendremos a analizar cuáles son estas causas:

Débil liderazgo de directivos.- Si el liderazgo directivo es la capacidad para influir en el grupo u organización de tal manera que se guie al grupo u organización hacia el logro de objetivos de manera eficaz, la debilidad de este liderazgo determina el debilitamiento de la organización que se expresa en el deterioro de prestaciones de servicios, desmotivación de los colaboradores, ausencia de compromiso institucional con los preceptos que fundamentan la existencia de la organización, institución y/o servicio de salud.

Necesidad no identificada.- Este debilitamiento directivo no pudo identificar el problema del discapacitado desde un punto de vista integrador es decir en el entorno de sus interrelaciones afectivas, sociales, culturales y de salud; esto ha dado pie para que hasta hoy persistan necesidades que no han sido identificadas adecuadamente, ya que no se le había dado antes la trascendencia del caso, por lo tanto no se podía abordar el problema y pretender dar una solución.

Unidad de salud no ha implementado un plan de atención primaria para personas discapacitadas.- La ausencia de un plan de atención primaria al discapacitado que es atendido por su familia sin duda denota la falta de visión y compromiso institucional no solo de quienes ejercen funciones directivas sino de los colaboradores quienes directa e indirectamente tienen que ver en el quehacer de la salud. Sin duda estos elementos han incidido negativamente para que el discapacitado en la comuna el Progreso se vea impedido de obtener una buena atención por parte de sus familiares.

Inexistencia de plan de educación continua.- Sin duda la falta de un programa de educación continua dirigido a los discapacitados que son cuidados por familiares

en la comunidad ha dado lugar a un deficiente conocimiento respecto al tratamiento y cuidado del discapacitado por parte de sus familiares lo que ha deteriorado la calidad de atención en cuanto a calidad y calidez, desgastando en alguna medida el interés puesto de manifiesto por los familiares en el cuidado de su familiar con discapacidad.

Déficit de conocimientos sobre el tema.- Este deficiente conocimiento sobre el tema de la discapacidad sea por parte de la institución prestadora de servicio de salud, persona y familia cuidadora del discapacitado y comunidad incide en el desligamiento de conciencia y acciones que coadyuven a la solución del problema en cuestión.

Personal de salud da poca información y asesoramiento a la familia.- La poca información que da el personal de salud no es sinónimo de ocultamiento de información sino por el contrario carencia de conocimiento sobre el tema que permita proporcionar una información fluida y un asesoramiento permanente y eficaz a la persona y/o familia cuidadora de discapacitado, y comunidad.

Desinterés del personal.- Este desinterés del personal no debe ser visto como falta de compromiso social con el discapacitado si no como producto del desconocimiento sobre el tema de discapacidad visto desde sus diferentes enfoques sean estos psicológicos, sociales, culturales, económicos, políticos, etc.

Necesidad no priorizada.- El Problema del discapacitado por muchos años vivió en el oscurantismo e indiferencia no solo social sino de la gran mayoría de los gestores de la salud, que miraron el problema como un gasto y no como la solución a un problema social, priorizado las necesidades de otros problemas, cuando en este asunto ni siquiera se había considerado el problema.

Poca vinculación de la unidad de salud con la comunidad, organismos gubernamentales y ONG para la atención del discapacitado.- La poca vinculación de la unidad de salud, con los demás actores de la salud sean gubernamentales y ONG es atribuible a la falta de ofertas de salud relacionadas con la atención al discapacitado.



Todas estas constituyen las causas de la mala **calidad de atención** a discapacitados que son cuidados por la familia en la Comuna El Progreso, problema central del presente proyecto, cuyos efectos entraremos a analizar a continuación:

**Se incrementa la incidencia de enfermedades.-** El incremento de enfermedades en la persona discapacitada especialmente cuando ésta depende en su totalidad de una segunda persona para el cumplimiento de sus más elementales tareas en su vida cotidiana es mayor cuando esta carece de la capacitación en el cuidado de este tipo de pacientes lo que acrecienta no solo el riesgo de enfermedades sino de lesiones y traumas en su manipulación y administración de medicamentos prescritos.

**Se acrecienta el riesgo de complicaciones.-** Las complicaciones en la salud del discapacitado en condición de dependencia, constituye un riesgo constante especialmente si no se cuenta con un personal capacitado un entorno e infraestructura que permita reducir los riesgos por escaras, infección de vías urinarias por uso de sondas, medidas de aseo, estas complicaciones son dolorosas y difíciles de curar los tratamientos son largos costosos y pueden afectar el estado de ánimo de los pacientes y sus familiares de allí la necesidad de prevenir las complicaciones, para lo cual se requiere de constancia, disciplina y buena predisposición.

**Menoscabo de la salud.-** La alteración constante de la salud del discapacitado presupone un menoscabo de su salud determinada por su condición la poca capacitación de sus cuidadores y la inexistencia de proyectos relacionados con el tema.

**Hay desconocimiento del manejo al discapacitado.-** La incapacidad supone una alteración continuada de la salud, física, mental y psicológica del discapacitado y familiares que imposibilita o limita a quien la padece para la realización sus actividades diarias por lo que se hace necesario la intervención de una tercera persona que le ayude a cumplir con sus necesidades dicha persona deberá estar lo suficientemente capacitada en el manejo del discapacitado con lo cual se estaría previniendo complicaciones físicas y de salud que sea capaz de mejorar su calidad de vida.

**Desgaste físico y emocional en los cuidadores.-** El desgaste físico y emocional de los cuidadores es evidente cuando por desconocimiento en el tratamiento y cuidado de su familiar discapacitado promueven la incidencia de lesiones físicas, emocionales, etc, que lo mantienen atado en el cuidado de su familiar apartándolo de sus relaciones sociales no solo a él sino a la persona discapacitada.

Maltrato o negligencia en el cuidado.- El maltrato o negligencia en el cuidado más que deberse a una condición concienical o volitiva es producto del desconocimiento en el cuidado del discapacitado lo cual conlleva a la Mala calidad de atención a discapacitados que son cuidados por la familia en la Comuna El Progreso que sin duda deteriora su calidad de vida.

Desmotivación de la comunidad para cuidar la salud.- La salud no solo es la ausencia de enfermedades, sino hacer todo lo necesario para prevenir su aparición. Esto solo se consigue incentivando a la comunidad a llevar a cabo una vida sana para preservar el cuidado de la salud. De allí que se hace necesaria una activa motivación en el cuidado de la salud, que nace de la necesidad de proporcionar una buena calidad de atención a discapacitados que son cuidados por la familia en la Comuna El Progreso superando en gran medida a la desmotivación existente.

**Familias no toman opciones saludables para transformar sus estilos de vida.-**

El estilo de vida en la familia es la forma en que la familia se refiere a los contenidos de autodeterminación de la vida cotidiana individual y social, es decir, a la forma de ver, orientar y evaluar la vida; alineada en gran medida por aspectos sociales y culturales que muchas veces impiden la obtención de un estilo de vida más saludable en detrimento de la calidad de vida. Cuando estos etilos de vida son lesivos para la salud, estos deben cambiarse pero para que esto ocurra debe existir un adecuado liderazgo directivo institucional capaz de implementar un plan de atención primaria al discapacitado cuidado por la familia que oriente un proceso de transformación de estos estilos de vida.

**Predisposición a las enfermedades.-** Si consideramos el hecho de que la discapacidad en función de dependencia requiere de una o más personas para que el discapacitado pueda cumplir sus más elementales necesidades físicas y biológicas es justo comprender que de por si su condición o estado lo predispone a

contraer enfermedades más aun cuando quien o quienes están encargados de su atención carecen del conocimiento en el cuidado de su familiar estos constituyen los efectos que al final establecen el deterioro de su calidad de vida.

**Deterioro de su calidad de vida** :La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción, de la persona que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno que vive como la sociedad, la cultura, las escalas de valores.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es:

“La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.

El concepto de calidad de vida en términos subjetivos surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos. El nivel de vida son aquellas condiciones de vida que tienen una fácil traducción cuantitativas o incluso monetarias como la renta per cápita, el nivel educativo o las condiciones de vivienda, es decir, aspectos considerados como categorías separadas y sin traducción individual de las condiciones de vida que reflejan, como la salud, el consumo de alimentos, la seguridad social, la ropa, el tiempo libre, los derechos humanos, parece como si el concepto de calidad de vida apareciera cuando está establecido un bienestar social como ocurre en los países desarrollados.

**Calidad de vida.-** Se define a un conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa. Es una categoría dada a alguien o algo, importancia o gravedad de una cosa. Consideración Social, Civil y Político.

## Imagen N° 2



### Categorías de la que depende la Calidad de Vida.

- Bienestar Físico.
- Relaciones Interpersonales.
- Desarrollo Personal.
- Actividades Recreativas.
- Actividades Espirituales y Transcendentes.

### Factores que actúan en la calidad de vida de la persona discapacitada.

- Condiciones de la vivienda y alimentación adecuada.
- Bienestar familiar.
- Transporte apropiado.
- Redes Sociales Eficaces. (Sistema de Apoyo Integral).
- Acceso e Información a los Servicios Básicos Sociales y de Salud.

**Las familias y/o personas cuidadoras de las personas con discapacidad deben de estar revestidas de ciertas particularidades o características como:**

La autoestima, esta se forma como resultado del proceso de satisfacción o frustración de las necesidades humanas (carenciales y del desarrollo), a través de la vida. Así, la autoestima mejora cuando se satisfacen y se empeora cuando se

frustran. Las dos clases de necesidades humanas determinan las dos vías para el desarrollo y mejoramiento de la autoestima.

La importancia que tiene la autoestima es que el concepto, la imagen que uno tenga de sí mismo es la base, el centro o factor principal del desarrollo humano y de la autorrealización. El desarrollo y superación humano empiezan por el mejoramiento de la autoestima, ella es el fundamento de la autorrealización y del desarrollo pleno de uno mismo.

La autoestima es el sentimiento, la experiencia y la convicción de que somos aptos para la vida y de que somos capaces de responder adecuadamente a los retos de esta.

Es decir es el sentimiento, la experiencia y la convicción de que somos aptos para la vida y de que somos capaces de responder adecuadamente a los retos de esta. Es la base de todo crecimiento y desarrollo personal: el coraje de ser uno mismo y de confiar en los propios recursos.

Creatividad.- Es la capacidad de crear, de producir cosas nuevas y valiosas, resolver problemas de una forma original.

Solidaridad.- Las personas solidarias son una de las fuerzas que hacen el mundo más humano. Las personas y familias cuidadoras son solidarias con la familia y su comunidad, y reciben solidaridad de ellos.

Tolerancia.- Tolerar es la capacidad de escuchar y aceptar a los demás, llegando a acuerdos que permiten la convivencia.

Honestidad.- Una persona es honesta cuando hace lo que piensa y siente. Es cumplir con sus compromisos y obligaciones sin retrasos voluntarios. Tener especial cuidado en el manejo de los bienes económicos y materiales. Hablar siempre con la verdad. La persona honesta no inventa ni exagera cosas sobre su persona o sobre los demás.

Amistad.- Vínculo con otros que nos lleva a compartir vivencias y conocimientos. Los amigos enriquecen nuestras vidas.

### **Actividades prácticas para la familia y/o persona cuidadora.**

La persona y/o familia cuidadora debe entablar amistad con vecinos/as, dirigentes de la comunidad. Apoyar la integración de las Personas con Discapacidad a programas educativos de capacitación a los que pueda tener acceso. La persona y/o familia cuidadora acompañada por el profesional de salud mejorará la organización de su hogar, participará en actividades comunitarias o de esparcimiento.

Todo lo cual sin duda laguna ayudará a mejorar la calidad de atención del discapacitado en el hogar, de allí que se hace necesario puntualizar, la significancia de la calidad de atención. La persona o familia cuidadora podrá apoyar a la persona con Discapacidad en actividades como: lavarse las manos, cepillarse los dientes, bañarse, usar bacinilla/inodoro y vestirse. Para lo cual deberá bañar con agua y jabón todos los días a la persona con discapacidad severa, secarle bien y después ponerle ropa limpia. Prevención de infecciones de vías urinarias.

**Aseo de ropa personal y de cama.-** Lavar la ropa, secarla al sol y guardarla en un lugar protegido, cambiar la ropa interior de la persona con discapacidad todos los días, correcto tendido de cama (arrugas en las sábanas producen escaras), Cambiar de sábanas mínimo 2 veces a la semana.

**Lavado de las manos.-** El lavado de las manos debe ser frecuente después de ir a la letrina o baño, o de apoyar a las personas con discapacidad en estas actividades.

**Higiene bucal.-** Cepillar los dientes 4 veces al día, Cepillar la lengua y el paladar, Enjuague con agua tibia, para evitar sequedad aplique aceite vegetal en el paladar.

**Consumo de agua.-** La persona con discapacidad severa debe consumir agua segura (hervida).

**Habitación y vivienda.**-Colocar la basura en fundas plásticas, almacenarlas en tachos con tapa, quemarlos o enterrarlos en lugares distantes a la vivienda. Las excretas deben ser arrojadas a las letrinas, barrer la vivienda todos los días

La adecuada movilidad evita que las articulaciones dejen de funcionar y se mantenga el tono muscular, mantiene la integridad de la piel.

La tonicidad muscular mantiene la forma del relieve muscular en las extremidades, comprobando la conservación de la fuerza. La falta de movilidad y ejercicio atrofian los músculos y tejidos por lo que se hace necesario diariamente realizar ejercicios y movilizar a la persona con discapacidad. Con lo cual se previene la Anquilosis articular es decir la pérdida de la movilidad de las coyunturas causada por una enfermedad crónica. La movilidad evita la degeneración articular

Este tipo de pacientes con frecuencia sufren de lesiones dérmicas producidas por la pérdida de vitalidad de las partes de la piel que están comprimidas o que hayan sufrido golpes, para evitar su apareamiento es necesario el cambio permanente de posición y masajes

La nutrición del paciente discapacitado le proporciona a su organismo las sustancias que necesita para su desarrollo, mantenimiento, realización de actividades y reponer la pérdida de minerales, vitaminas y energía.

Las comidas diarias deben estar provistas de proteínas que se encuentran en la carnes, leche, huevos, carbohidratos (harinas almidones), las grasas (mantequilla, aceite) vitaminas y minerales (las frutas, las hortalizas y verduras) fibras (cereales: maíz, trigo, cebada, avena) y agua.

Consumir alimentos de diferentes tipos y con un horario adecuado.

Ejemplo de dieta combina (Ver Cuadro N° 6).

**CUADRO N° 6**

<b>COMIDAS</b>	<b>TIPO DE ALIMENTOS</b>
<b>Desayuno</b>	Pan, galleta o tortilla más leche o colada más jugo más fruta o huevo.
<b>Media mañana</b>	Fruta y jugo, colada o agua aromática.
<b>Almuerzo</b>	Sopa, porción de arroz, porción de ensalada, porción de carne (pollo, res, pescado), colada o jugo
<b>Media tarde</b>	Agua aromática o colada y pan o galletas
<b>Merienda</b>	Sopa, arroz con ensalada y carne, pescado o pollo más taza de agua aromática o colada.

Se deberán preparar los alimentos en un sitio limpio y seguro, almacenando los alimentos en lugares que no sean húmedos y en recipientes adecuados. Los utensilios de cocina deben estar limpios y en un sitio adecuado.

### **La Rehabilitación basada en la comunidad (RBC)**

Es una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades y la integración social de todas las Personas con Discapacidad.

La RBC se aplica gracias al esfuerzo conjunto de las Personas con Discapacidad, de sus familias, organizaciones, y comunidades, y de los servicios de salud gubernamentales y no gubernamentales en salud, educación, trabajo social y otros”, es la capacitación en el manejo y cuidado de las personas con discapacidad y el auto cuidado de las personas cuidadoras.

Para que la familia y/o persona cuidadora pueda cumplir su propósito .debe entablar amistad con vecinos/as, dirigentes de la comunidad, apoyando la integración de las Personas con Discapacidad a programas educativos de capacitación a los que pueda tener acceso. La persona cuidadora acompañada por el profesional de salud mejorará la organización de su hogar, participará en actividades comunitarias o de esparcimiento



La participación social de las personas cuidadoras y de las personas con discapacidad severa es un derecho. La familia y/o persona cuidadora debe conocer aspectos fundamentales relacionados con los signos vitales pues el estado de salud de una persona está determinado por los mismos, y que los podemos ver, oír, sentir y contar, estos son: el pulso, la temperatura, la presión arterial y la frecuencia respiratoria.

También debe conocer sobre el uso de medicamentos y que el uso de medicamentos sin receta puede provocar problemas graves de salud, solo le dará la medicina que recete el médico en la cantidad, hora, vía, y frecuencia; deberá reconocer, caducidad del medicamento a administrar, tiempo de consumo y estado del medicamento.

Mantener los medicamentos en un lugar limpio y seguro.

No puede interrumpir la medicación en el tiempo establecido por el doctor, se debe lavar las manos antes y después de administrar el medicamento

### **Recomendaciones para el técnico de salud**

Enfatizar en el aseo diario de la persona con discapacidad sugerir la revisión anual dental de la persona con discapacidad, establecer conjuntamente con la cuidadora las actividades que se deben aplicar para facilitar el aseo diario de la persona dependiendo su discapacidad.

Prevención de escaras, úlceras, formación de escara, ¿qué hacer? Donde se localizan las escaras, como prevenir una escara. Enfatizar sobre las ventajas del cambio de posición de la persona inmovilizada, cada 2 horas cuando la persona esté en silla de rueda cada 30 minutos. En cada visita el personal de salud debe evaluar y reforzar conjuntamente con la cuidadora sobre las técnicas de movilidad de la PCD. Sugiera a la persona cuidadora el consumo de alimentos de diferentes tipos y con un horario adecuado. Establezca conjuntamente con la persona cuidadora una dieta personalizada. Insista en la necesidad de hervir el agua.

Recuerde en cada visita domiciliaria que la participación mediante el diálogo, es un espacio de decisión y de solidaridad. Reforzar, frecuentemente, los principios de la RBC: Igualdad, Justicia Social, Solidaridad, Integración, Dignidad, Respeto.

Mantenga informada a la persona Cuidadora y a la Persona con Discapacidad severa, si es el caso, sobre servicios y procesos institucionales. Facilite esta información en cada visita. Reafirme la necesidad de adoptar actitudes positivas hacia las personas con discapacidad y las personas cuidadoras, utilice ejemplos en positivo. En cada visita el personal de Salud tomará los signos vitales e insistirá en el significado de los mismos, enfatizar en el adiestramiento a la persona cuidadora sobre la técnica de medición de signos vitales, realizar visitas domiciliarias mensuales o en casos que sea necesarios, deberá establecer un programa de capacitación continua en relación a la administración de los medicamentos, elaborar el cuadro básico de los medicamentos en relación de las personas con discapacidad, elaborar protocolos por cada discapacidad.

### **Antecedentes jurídicos constitucionales del discapacitado en el Ecuador**

Según la Constitución Política del Ecuador 2009:

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generación.

La garantía de este derecho está a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP) es una persona jurídica de derecho público con jurisdicción nacional, encargada de ejercer la Rectoría del Sistema Nacional de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud, como un sector prioritario la personas con discapacidad por medio de la

promoción y protección a la salud, de la seguridad alimentaria, de la salud ambiental y del acceso a los servicios de salud, en el marco del Modelo de Atención Integral Familiar y Comunitaria, con la participación coordinada de organizaciones públicas y privadas y de la comunidad. Así también del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social, que permita alcanzar los objetivos presidenciales en el área social orientados a alcanzar la inclusión económica y social de la población en General sobre todo la más vulnerable.

**Art. 34.-** El derecho a la seguridad social es un derecho irrenunciable de todas las personas, y será deber y responsabilidad primordial del Estado. La seguridad social se regirá por los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiaridad, suficiencia, transparencia y participación, para la atención de las necesidades individuales y colectivas. El Estado garantizará y hará efectivo el ejercicio pleno del derecho a la seguridad social, que incluye a las personas que realizan trabajo no remunerado en los hogares, actividades para el auto sustento en el campo, toda forma de trabajo autónomo y a quienes se encuentran en situación de desempleo.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) es una entidad pública descentralizada creada por la Constitución de la Republica, dotada de autonomía normativa, técnica, administrativa financiera y presupuestaria con personería jurídica y patrimonio propio que tiene por objeto indelegable la prestación del Seguro Obligatorio en todo el país.

El Seguro Social Campesino (SSC) que forma parte del IESS es un Régimen Especial del Seguro Universal Obligatorio para proteger a la población rural y a las personas dedicadas a la pesca artesanal se financia con el aporte solidario de las personas asegurada y empleadores del sistema nacional de seguridad social con el aporte diferenciado de los jefes o jefas de familia. Ofreciendo prestaciones de salud, y protección contra las contingencias de invalidez, **discapacidad**, vejez y muerte.

**Art. 47.-** De la constitución política de la Republica consagra que en el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria preferente y especializada entre otros grupos las personas con discapacidad.

**Art. 49.-** Establece que las personas y las familias que cuidan a personas con discapacidad que requieran atención permanente, serán cubiertas por la seguridad social y recibirán capacitación periódica para mejorar la calidad de atención.

## CAPITULO II

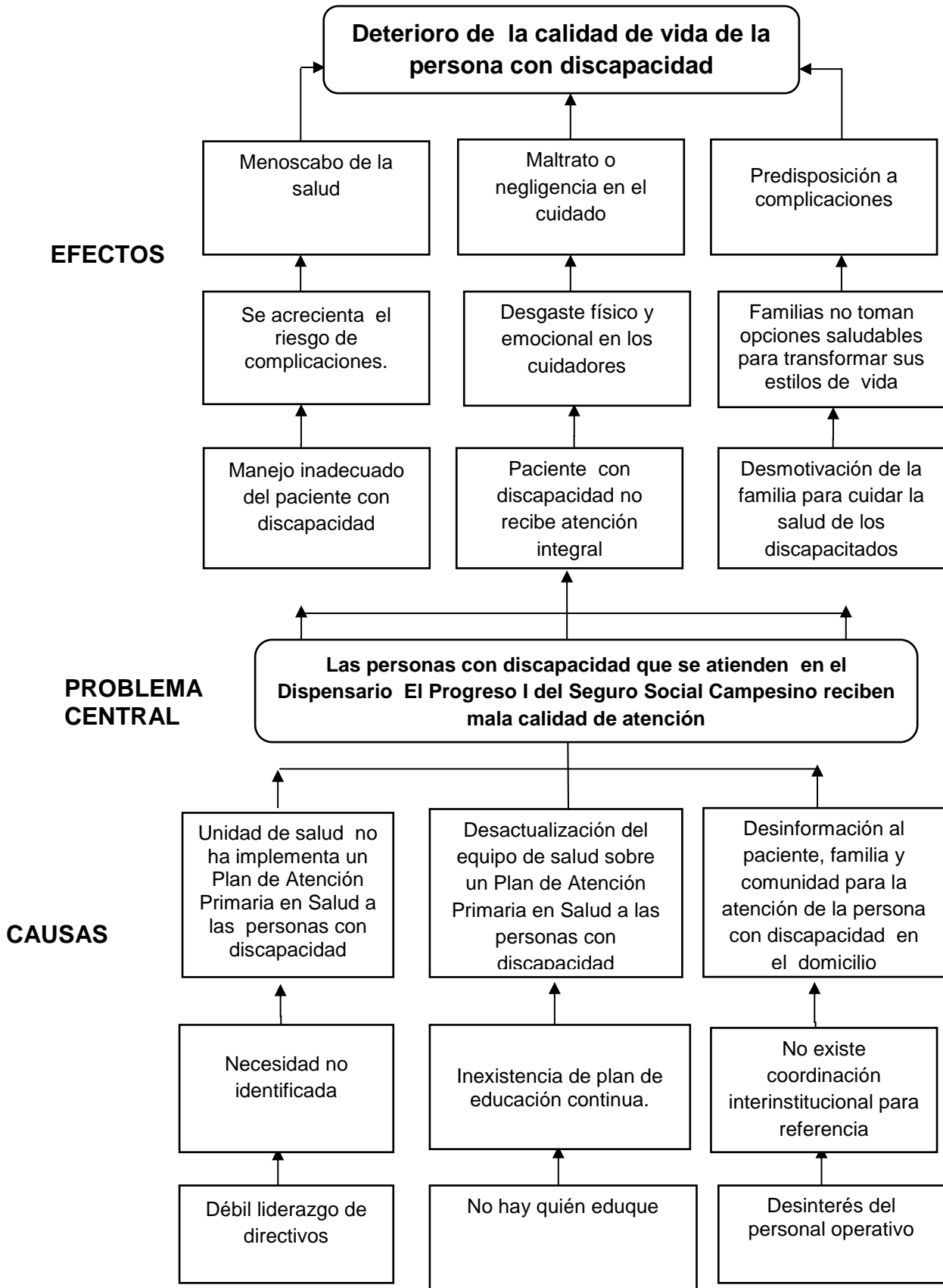
### DISEÑO METODOLÓGICO

#### 2.1. Análisis de Involucrados

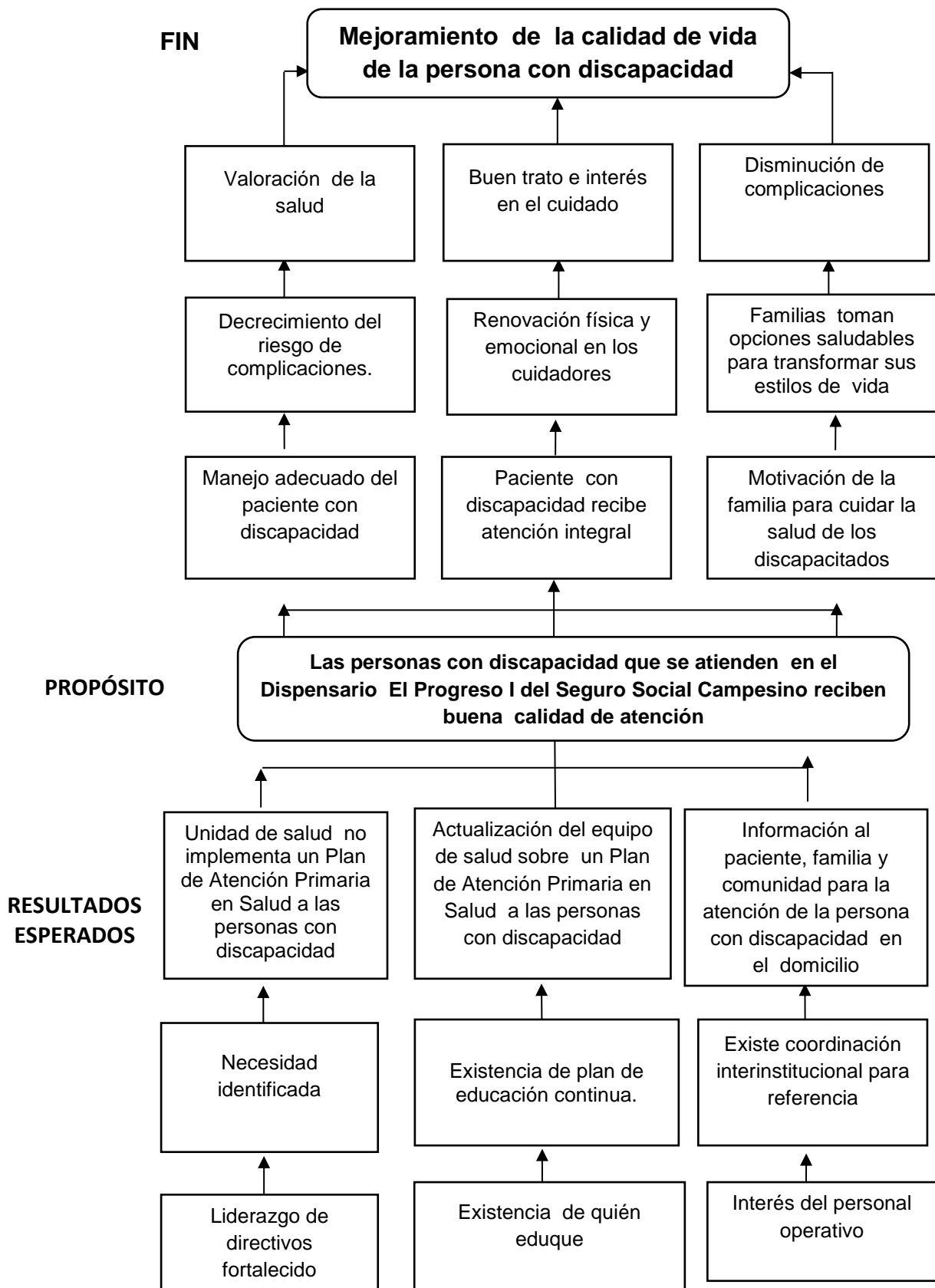
<b>MATRIZ DE INVOLUCRADOS</b>			
<b>GRUPO Y/O INSTITUCIÓN</b>	<b>INTERÉS</b>	<b>RECURSOS Y MANDATOS</b>	<b>PROBLEMAS PERCIBIDOS</b>
<b>Comuna el Progreso. Dispensario médico el progreso 1 SSC. Manabí.</b>	Creación de un Proyecto de atención primaria a discapacitados cuidados por la familia.	<b>Recursos:</b> Humanos, materiales y Financieros. <b>Mandato:</b> Constitución del Ecuador 2008. Capítulo segundo, Derechos del buen vivir. Art. 32, 34, 47,49 Sistema Nacional de Acogida, Misión Joaquín Gallegos Lara. Convenio Específico de Cooperación Interinstitucional SSC.	Unidad no ha implementado plan de Atención Primaria en Salud para personas discapacitadas Débil liderazgo de Directivos Necesidades no identificadas. Desinterés del personal operativo. Inexistencia del plan de educación continua. Desactualización del equipo de salud sobre plan de atención al paciente discapacitado.
<b>Discapacitado</b>	Demandar la implementación de un Proyecto de atención primaria a discapacitados que son cuidados por sus	<b>Recursos:</b> Humanos. <b>Mandato:</b> Decreto ejecutivo # 338.- Decreto ejecutivo # 1076.- Decreto ejecutivo # 487 Decreto ejecutivo #	Riesgo de complicaciones Predisposición a las enfermedades Incidencia de enfermedades Deterioro de su calidad de vida y

	familias en la comunidad.	422.- Decreto ejecutivo # 977.-	salud.
<b>Familia cuidadora</b>	Capacitación sobre elaboración de planes de atención al discapacitado en el hogar. Actualización permanente, de conocimientos sobre planes de atención al discapacitado en el hogar. Creación de club de familias cuidadoras.	<b>Recursos:</b> Humanos y materiales. <b>Mandato:</b> Constitución del Ecuador 2008. Capítulo segundo Derechos del buen vivir. Art. 32, 34, 47,49	Desinformación del paciente, familia y comunidad para la atención del discapacitado. Desconocimiento del manejo del discapacitado. Desgaste físico y emocional en los cuidadores La familia no toma opciones saludables para transformar sus estilos de vida.
<b>Maestrante UTPL.</b>	Aplicación de un Proyecto de atención primaria al discapacitado cuidado por su familia en la comunidad.	<b>Recursos:</b> Humanos, materiales y financieros. <b>Mandato:</b> Título IV. Evaluación, aprobación de materias. Trabajo de fin de carrera Modalidad presencial. Art. 12.-Del proyecto de fin de carrera Universidad Técnica Particular de Loja	No existe coordinación interinstitucional para referencia. Personal de salud da poca información y asesoramiento a la familia Maltrato o negligencia en el cuidado del discapacitado.

## 2.2. Árbol del Problema



### 2.3. Árbol de Objetivos





## 2.4. Matriz del Marco Lógico

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACIÓN	SUPUESTOS
<p><b>FIN:</b></p> <p>Contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad que se atiende en el Dispensario Médico “El Progreso” 1 del Seguro Social Campesino.</p>			
<p><b>PROPÓSITO:</b></p> <p>Las personas con discapacidad que se atienden en el Dispensario Médico El Progreso I del Seguro Social Campesino reciben buena calidad de atención.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta Marzo 18 del 2012, el 90% las personas con discapacidad que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino reciben buena calidad de atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta de satisfacción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoyo de las autoridades en la implementación del Plan.</li> </ul>
<p><b>RESULTADOS</b></p> <p>1. Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad diseñado y ejecutándose.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta Noviembre 10 del 2011 el 100% del Plan diseñado.</li> <li>Hasta Marzo 18 del 2012 el 100% del Plan aplicándose.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Plan de Atención</li> <li>Registros de Atención.</li> <li>Fotos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación de las autoridades de la unidad</li> </ul>
<p>2. Equipo de salud actualizado sobre el Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta Noviembre 31 del 2011 el 100% del equipo de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lista de asistencia al taller</li> <li>Fotos</li> <li>Trípticos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participación del equipo de salud</li> </ul>

	actualizado en el Plan de Atención Primaria en Salud a las personas discapacidad		
3. Paciente, familia y comunidad informados sobre la atención a la persona con discapacidad en el domicilio	Hasta Diciembre 14 del 2011 el 100% de pacientes, familias y comunidad informados sobre en la atención a la persona con discapacidad en el domicilio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registros de asistencia</li> <li>• Fotos</li> <li>• Acta de conformación del club de familias cuidadoras de discapacitados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes, Familias cuidadoras y comunidad participando de las capacitaciones</li> </ul>

<b>CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>			
<b>ACTIVIDADES</b>	<b>RESPONSABLE</b>	<b>CRONOGRAMA</b>	<b>RECURSOS</b>
<b>RESULTADO 1: Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad diseñado y ejecutándose.</b>			
1.1. Reunión de socialización y aprobación con el Director del Dispensario Medico "El Progreso" 1 del Seguro Social Campesino.	Maestrante	Noviembre 1 del 2011	Materiales de oficina \$20.00
1.2. Asignación de personal para diseñar el Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad.	Maestrante	Noviembre 2 del 2011	Materiales de oficina \$50.00

<p>1.3. Diseño del Plan de atención primaria a las personas con discapacidad del Dispensario medico “El Progreso” del Seguro Social Campesino:</p> <p>El plan consistió en:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Información, orientación y capacitación al paciente con discapacidad</li> <li>✓ Medica general</li> <li>✓ Remisión</li> <li>✓ Odontología</li> <li>✓ Tratamiento rehabilitatorio</li> <li>✓ Orientación nutricional</li> <li>✓ Visita domiciliaria</li> </ul>	<p>Maestrante</p>	<p>Noviembre 7 del 2011</p>	<p>Materiales de oficina \$80.00</p>
<p>1.4. Revisión del borrador con equipo de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Socialización con el equipo de salud</li> </ul>	<p>Maestrante</p>	<p>Noviembre 8 del 2011</p>	<p>Materiales de oficina \$50.00</p>
<p>1.5. Reunión con el Director para la aprobación del Plan de Atención Primaria en Salud</p>	<p>Maestrante</p>	<p>Noviembre 10 del 2011</p>	<p>Materiales de oficina \$20.00</p>
<p>1.6. Socialización del Plan de Atención Primaria en Salud con el Equipo de Salud :</p> <p>Temas de la reunión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Contenidos del Plan de APS</li> <li>✓ Estrategias de aplicación</li> <li>✓ Comprometimiento del equipo de salud</li> </ul>	<p>Maestrante</p>	<p>Noviembre 13del 2011</p>	<p>Materiales de oficina \$100.00 Refrigerios</p>

<p>1.7. Aplicación del Plan de Atención Primaria a las personas con discapacidad.</p> <p>Actividades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Información y orientación</li> <li>✓ Atención Médica y odontológica</li> <li>✓ Programa de Remisión</li> <li>✓ Rehabilitación</li> <li>✓ Visita domiciliaria</li> </ul>	Maestrante	Enero 18 del 2012 Abril 18 del 2012	Materiales de oficina \$400.00
<b>RESULTADO 2: Equipo de salud actualizado sobre el Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad.</b>			
2.1. Reunión con el Director del Seguro Social Campesino “El Progreso” para solicitar autorización para la capacitación al equipo de salud sobre Plan de atención primaria en salud	Maestrante	Noviembre 17 del 2011	Materiales de oficina \$20.00
<p>2.2. Planificar el seminario taller de Actualización del Equipo de Salud.</p> <p>Temas de la capacitación :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Atención Primaria Domiciliaria e Integral a Discapacitados.</li> <li>✓ La calidad de vida. .</li> <li>✓ Apoyo a familias.</li> <li>✓ Derechos y bienestar.</li> <li>✓ Movilidad, nutrición y uso de medicamentos.</li> <li>✓ rehabilitación basada en la comunidad (RBC) e higiene.</li> </ul>	Maestrante	Noviembre 19 del 2011	Materiales de oficina \$30.00
2.3. Invitación al Seminario Taller	Maestrante	Noviembre 20 del 2011	Materiales de oficina \$10.00
2.4. Elección de materiales didácticos para la capacitación.	Maestrante	Noviembre 22 del 2011	Materiales de oficina \$50.00

<p>2.6. Realización del seminario taller de actualización al equipo de salud sobre el plan de atención primaria a las personas con discapacidad.</p> <p>✓ Aplicación del cronograma de capacitación</p>	Maestrante	Noviembre 27 - 31 del 2011	<p>Materiales de oficina \$600.00</p> <p>Refrigerios</p> <p>Otros</p>
<p>2.7. Evaluación del seminario taller de actualización al equipo de salud</p> <p>✓ Aplicación de test de conocimiento.</p>	Maestrante	Noviembre 31 del 2011	Materiales de oficina \$20.00
<p><b>RESULTADO 3: Paciente, familia y comunidad informados sobre la atención a la persona con discapacidad en el domicilio</b></p>			
<p>3.1. Reunión con pacientes, familia y comunidad para invitarlos a la capacitación.</p>	Maestrante	Diciembre 4 del 2011	Materiales de oficina \$20.00
<p>3.2. Elaborar el cronograma de charlas y conferencias.</p> <p>Temas:</p> <p>✓ Atención Primaria Domiciliaria e Integral</p> <p>✓ Rehabilitación basada en la comunidad (RBC) e higiene, papel familiar</p> <p>✓ Rehabilitación médico-funcional</p>	<p>Maestrante</p> <p>Equipo de Salud</p>	Diciembre 6 del 2011	Materiales de oficina \$10.00
<p>3.3. Elaborar el material de apoyo</p>	Maestrante	Diciembre 8 del 2011	Materiales de oficina \$50.00
<p>3.4. Realización del Seminario dirigido al Paciente, familia y comunidad sobre la atención a la persona con discapacidad en el</p>	Maestrante	Diciembre 10-14 del 2011	<p>Materiales de oficina \$600.00</p> <p>Refrigerios.</p> <p>Otros</p>

domicilio			
3.5. Evaluación de los participantes.	Maestrante	Diciembre 14 del 2011	Materiales de oficina \$30.00
3.6. Formación del club de familias Cuidadoras de las personas con Discapacidad	Maestrante	Diciembre 15 del 2011	Materiales de oficina \$100.00 Refrigerios
3.7.Coordinación y referencia con el Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia San Sebastián del cantón Pichicha, para proporcionar continuidad en la atención a los discapacitados afiliados y no afiliados al seguro social campesino de la zona de referencia del dispensario medico El Progreso I del SSC.	Maestrante	Diciembre 28-30 del 2011	Materiales de oficina \$30.00

## CAPITULO III

### RESULTADOS

#### RESULTADO 1: PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DISEÑADO Y EJECUTÁNDOSE.

Para lograr este resultado se realizaron las siguientes actividades:

##### 1.1. Reunión de socialización y aprobación con el Director del Dispensario Medico “El Progreso” 1 del Seguro Social Campesino.

Para el cumplimiento de esta actividad en el 1 de Noviembre del 2011 se llevó a cabo una reunión en el Dispensario “El Progreso” 1 del Seguro Social Campesino, en la que participaron el Lic. Raúl Torres, Maestrante de la UTPL, y la Dra. Bélgica Álvarez, Directora del Dispensario Médico, con el objetivo de revisar la programación de las múltiples actividades a realizarse. En esta reunión se pidió la colaboración y apoyo de la unidad de salud, para realizar las visitas domiciliarias para atender a los pacientes con algún tipo de discapacidad. Para reafirmar el acuerdo, se firmó un Acta de Compromiso (Ver Imagen No. 3).

#### Imagen No. 3

##### Acta de reunión



## **1.2. Asignación de personal para diseñar el Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad.**

El 2 de noviembre del 2011 se sostuvo una reunión con la Directora de esta unidad de salud para que asigne el personal que integrará el equipo que realizará la visita domiciliaria la cual quedó integrada por la Directora como Médico General, Licenciada en Enfermería y Odontóloga, en coordinación con el personal del Centro de salud San Sebastián, con el objetivo de realizar esta actividad en beneficio de los discapacitados del lugar. Indicándonos a la vez que éstas serán estandarizadas y protocolizadas para desempeñar nuestras funciones en el servicio, las mismas serán abalizadas para con ello tener un puntaje académico a cada una de nosotras. (Ver Imagen No. 4).

### **Personal asignado:**

- Médico General
- Odontóloga
- Licenciada en Enfermería

### **Imagen no. 4**

#### **Reunión con el personal**



Reunión de socialización con el equipo de salud

## **1.3. Diseño del Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad del Dispensario Médico “El Progreso” 1 del Seguro Social Campesino**

Esta actividad se llevó a cabo el 7 de noviembre del 2011, conjuntamente con las autoridades departamentales se realizó la recopilación de la información de del Plan de Atención primaria para personas discapacitadas, los cuales fueron tratados y



discutidos, a fin de que los diferentes miembros del equipo de salud que laboran en nuestro servicio identifiquen, actúen y compartan las responsabilidades.

Para ello se mantuvo reuniones sucesivas durante una semana para finalizar la elaboración del Compendio, el cual reposará en la Unidad de Salud y que servirá de medio de consulta para el personal.

El Plan consta de los siguientes temas: La calidad de vida, Atención a personas con graves discapacidades, Atención socio-sanitaria, Derechos y bienestar y los ejes principales que son: Movilidad e higiene, Movilidad, nutrición y uso de medicamentos, Signos vitales y rehabilitación basada en la comunidad (RBC) e higiene.

#### **1.4. Revisión del borrador con equipo de salud**

Culminadas las diversas exposiciones sobre el Plan de Atención a los pacientes discapacitados por cada miembro del equipo de salud, en Noviembre 8 del 2011 se realizó las respectivas correcciones que fueron expuestos en plenaria, quedando los mismos ya abalizados y aprobados. Con lo que se procedió a la entrega del documento en anillado y en flash memory. Para con ello ésta pueda ser vista y revisada por el equipo de salud y pueda ser una ayuda científica, las mismas que se verán reflejadas en la calidad de atención al discapacitado. (Ver Imagen No. 5).

#### **Imagen no. 5**

#### **Reunión con el personal**



Revisión del borrador con equipo de salud

### 1.5. Reunión con el Directora para la aprobación del Plan

Para el cumplimiento de esta actividad el 10 de Noviembre del 2011 se entregó Plan de Atención Primaria en Salud a los pacientes discapacitados a la Directora de la Unidad de Salud El Progreso 1. Se entregó al Directora (Ver Imagen No. 6); el Cronograma de las visitas domiciliarias.

#### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES 2012

ACTIVIDADES	ENERO 2011	FEBRERO 2011	MARZO 2011	ABRIL 2011
Sector 1	■			
Sector 2		■		
Sector 3		■		
Sector 4			■	
Sector 5				■

Imagen no. 6

Reunión con la Directora

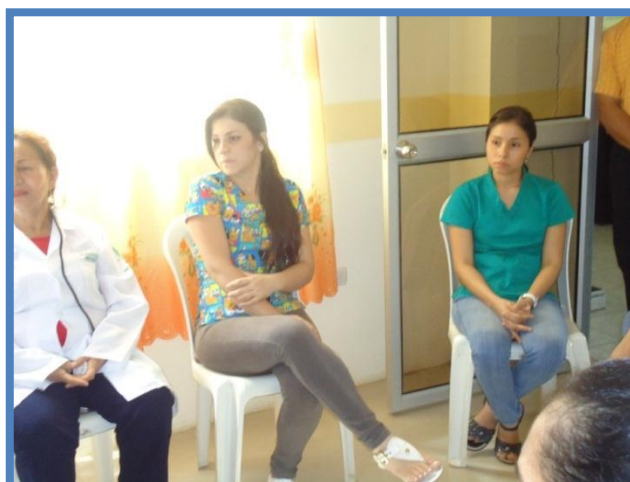


Entregó Plan de Atención Primaria en Salud Dra. Bélgica Álvarez

## **1.6. Socialización del Plan con el Equipo de Salud**

Con fecha Noviembre 13 del 2011 se llevó a cabo la socialización del Plan al equipo de salud. Se contó con la presencia de la Directora de la Unidad, quien dio la apertura necesaria al maestrante para que pueda desarrollar su trabajo en la preparación del equipo. Asistió todo el personal, los cuales se comprometieron a utilizar debidamente el Plan dando cumplimiento a todos sus objetivos. (Ver Imagen No. 7).

### **Imagen no. 7 Reunión con el personal**



Personal del Dispensario en socialización del plan de Atención Integral

## **1.7. Aplicación del Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad.**

Para el cumplimiento de esta actividad se atendieron a un total de 25 pacientes con discapacidad desde el 18 de Enero del 2012 al 18 de Abril del 2012. Se inició con la selección del paciente procedió al llenado de la Historia Clínica y a la valoración funcional del paciente. Los pacientes que requirieron de la intervención del terapeuta físico fueron derivados para su rehabilitación, y en casos más complicados fueron derivados a otras unidades. (Ver esquema del plan)

### **PLAN DE ATENCIÓN A LOS USUARIOS DISCAPACITADOS**

#### **Introducción**

El Plan tiene como propósito desarrollar la atención de los usuarios discapacitados, como población de riesgo y como eje fundamental para lograr una población

saludable. La atención es el servicio que se realiza con la finalidad de detectar, valorar, dar soporte y seguimiento a los problemas de salud del paciente y su familia, potenciando su autonomía, reduciendo las crisis por descompensaciones y en general, mejorando la calidad de vida de las personas.

#### Objetivo General:

- Identificar y atender oportunamente las condiciones que puedan generar discapacidades temporales y/o permanentes

#### Objetivos Específicos:

- Promover la calidad de vida de la población en situación de discapacidad desde el ejercicio, preservación y restitución de la autonomía funcional, social y política.
- Desarrollar en esta población sus competencias ciudadanas para que actúen como sujetos de derechos; impulsar la consolidación de redes y organizaciones sociales por los derechos de las personas con discapacidad y promover el acceso y la participación de estas personas en diferentes escenarios de la sociedad.
- Proponer de cambio al estilo de vida ocupacional de los cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad, quienes son acogidos en primera instancia por espacios de apoyo, contención y orientación que los motive a participar en grupos sociales y procesos de construcción de su proyecto de vida.
- Promover el mejoramiento de la calidad de atención del servicio de salud en relación a personas con discapacidad.
- Establecer clubes de discapacitados para promover la inclusión social, la igualdad de derechos y oportunidades como estrategia de desarrollo comunitario.
- Promover conjuntamente con el equipo de salud la ejecución de visitas domiciliarias capacitando, evaluando y realizando el seguimiento para observar las condiciones en que se desarrolla la vida del discapacitado.
- Elaboración y aplicación del Plan de Atención Primaria Domiciliaria e Integral para los usuarios discapacitados.
- Capacitar a los Promotores Comunitarios de Discapacidad para promocionar el cambio de actitud, de comportamientos en la atención al Discapacitado en la familia y comunidad.

#### **Desarrollo**

La visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas. Los elementos que conforman la definición son: actividad, domicilio, detección, problemas, individuo, familia mejoramiento y calidad de vida.

**Imagen No. 8**

Preparación del equipo de salud



**Imagen No. 9**

Salida al domicilio del paciente



Personal de salud en visitas domiciliarias

**VISITA DOMICILIARIA REALIZADA POR EL EQUIPO DE SALUD DEL SUBCENTRO EL PROGRESO 1.**

**Imagen No. 10**

Atención Médica



El programa promovió la atención integral al paciente.( Paciente con discapacidad Intelectual)



**Imagen No. 11**  
Atención Odontológica



Odontóloga atendiendo al paciente con discapacidad

**Imagen No. 12**  
Participación de las Familias



Capacitación a la Cuidadora, en este caso su madre.  
Se le instruyó sobre movilidad, alimentación, etc.

**Capacitación de promotores comunitarios de discapacidad.**

Se capacitó a los Promotores Comunitarios de Discapacidad para promocionar el cambio de actitud, de comportamientos en la atención al Discapacitado en la familia y comunidad.

**Imagen No. 13**  
**Capacitación promotores**



Capacitación a promotores de salud.

**RESULTADO 2: EQUIPO DE SALUD ACTUALIZACIÓN SOBRE PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A LAS PERSONAS DISCAPACIDAD.**

**2.1. Reunión con el Directora del Seguro Social Campesino “El Progreso” para solicitar autorización para la capacitación al equipo de salud Plan de Atención Primaria en Salud discapacidad.**

En Noviembre 17 del 2011 se obtuvo la autorización y se coordinó la capacitación al equipo de salud. En esta reunión con la Directora se elaboró un cronograma de capacitación, y se seleccionó el lugar. Se les solicitó su colaboración en la elaboración del material didáctico.

**2.2. Planificar el seminario taller de actualización del Equipo de Salud**

En Noviembre 19 del 2011 se elaboró la planificación con temas de interés del personal de salud, con el fin de mejorar la calidad de vida de los discapacitados de la comunidad de El Progreso I del Seguro Social Campesino.

## PLAN DE CAPACITACIÓN PARA EL EQUIPO DE SALUD DEL DISPENSARIO PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO

<b>INTRODUCCIÓN</b>	
<p>Con el propósito de brindar las herramientas necesarias para que el equipo de salud pueda desempeñarse como facilitadores del proceso de mejoramiento de la calidad de vida de los discapacitados de la comunidad de El Progreso I del Seguro Social Campesino se realiza la capacitación. La capacitación considera 5 días. Las jornadas organizadas buscan lograr que el grupo objetivo pueda afrontar las demandas de las principales problemáticas de las personas en situación de discapacidad a nivel comunitario.</p>	
<b>JUSTIFICACIÓN</b>	
<p>La capacitación es una necesidad que la unidad de salud realiza para mejorar la atención a las personas con discapacidad. Los talleres de capacitación dirigido a familiares y equipos de salud, en los cuales no sólo se orientará sobre el uso de los materiales que contiene el kit, sino que también hará hincapié en la importancia de la prevención como medida para evitar este tipo de problemas.</p> <p>Esta capacitación se la realiza con el propósito de orientar valorando la evolución del concepto de salud en los últimos años es fácil comprender que la acción sanitaria va más allá de las nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas y que hay que aprovechar plenamente la posibilidad educativa ya que es una alternativa y oportunidad única para mejorar la salud.</p>	
<b>OBJETIVOS</b>	
<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un taller al equipo de salud para que este pueda apoyar en las demandas de las principales problemáticas de las personas en situación de discapacidad a nivel comunitario, cooperando y sumando los esfuerzos como</li> </ul>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar un taller dirigido al equipo de salud del Dispensario Progreso I del Seguro Social Campesino.</li> <li>• Capacitar al personal sobre la atención al Discapacitado</li> <li>• Adiestrar al personal para una atención de calidad y calidez</li> <li>• Actualizar conocimientos sobre Derechos y</li> </ul>



facilitadores de los procesos de rehabilitación de nuestros usuarios.	bienestar, movilidad e higiene, nutrición y uso de medicamentos, signos vitales y rehabilitación basada en la comunidad (RBC).	
<b>RESPONSABLE</b> Maestrante	<b>GRUPOS</b> Equipo de salud	<b>LUGAR</b> Unidad de Salud
<b>FECHA:</b> 27, 28, 29, 30 y 31 de Noviembre del 2011.	<b>JORNADA DE TRABAJO:</b> 8 horas de trabajo (08:00 – 16:00)	
<b>FACILITADORES:</b> Dra. Bélgica Álvarez Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc. Maestrante	<b>TEMAS DE CAPACITACIÓN:</b> Atención Primaria Domiciliaria e Integral a Discapacitados. El enfoque de los derechos humanos Principios básicos Visión del plan Respeto por la diversidad y perspectiva de género La calidad de vida. Atención a personas con graves discapacidades Atención socio-sanitaria. Apoyo a familias. Derechos y bienestar. Movilidad e higiene Movilidad, nutrición y uso de medicamentos. Signos vitales y rehabilitación basada en la comunidad (RBC) e higiene.	
<b>RECURSOS</b>		
<b>RECURSOS HUMANOS</b> Capacitadores # 1 Coordinadores # 1 Familiares de los Pacientes discapacitados Comunidad	<b>RECURSOS MATERIALES</b> Infocus. Computadora portátil. Videos.	<b>RECURSOS DIDÁCTICOS</b> Pizarra Folletos Papelógrafo Infocus Computadora portátil Vídeos

<b>RECURSOS ECONÓMICOS</b> Los recursos económicos aportados por el Maestrante de la U.P.T.L.	<b>METODOLOGÍA</b> Conferencia Charlas.
<b>EVALUACIONES:</b>	
La evaluación del taller se la hará de la siguiente forma:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Proceso:</b> interés demostrado por los participantes, material de apoyo, metodología de trabajo.</li> <li>• <b>Producto:</b> se lo realizará a través de la habilidades, destrezas y experiencias demostradas en el taller</li> <li>• <b>Resultados:</b> escrita al final del taller.</li> </ul>	

**CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS ATENCIÓN AL PACIENTE CON DISCAPACIDAD DIRIGIDA AL EQUIPO DE SALUD DEL DISPENSARIO MEDICO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

**27 DE NOVIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Atención Primaria Domiciliaria e Integral	7:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	El equipo de salud adquirió nuevos conocimientos sobre Atención Integral al Discapacitado
Discapacitados.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
El enfoque de los derechos humanos	10:30	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora Refrigerio	
Principios básicos	12:00	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora	

**28 DE NOVIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Visión del plan	7:00	Dra. Bélgica Álvarez	Rotafolio Infocus Computadora	El equipo de salud adquirió nuevos conocimientos sobre Atención Integral al Discapacitado
Respeto por la diversidad y perspectiva de género	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
La calidad de vida.	10:30	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora Refrigerio	

Atención a personas con graves discapacidades	12:00	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora	
---	-------	--------------------------------	---------------------	--

**29 DE NOVIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Atención socio-sanitaria.	7:00	Dra. Bélgica Álvarez	Rotafolio Infocus Computadora	El equipo de salud adquirió nuevos conocimientos sobre Atención Integral al Discapacitado
Apoyo a familias.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
Derechos y bienestar	10:30	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora Refrigerio	
Derechos humanos y salud	12:00	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora	

**30 DE NOVIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Movilidad e higiene	7:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	El equipo de salud adquirió nuevos conocimientos sobre Atención Integral al Discapacitado
Las principales Actividades de la Vida Diaria: Alimentarse. Bañarse. Lavarse cara y manos. Ir al baño. Vestirse. Trasladarse. Aseo y limpieza del hogar.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
Movilidad, nutrición y uso de medicamentos. Importancia de las actividades de la vida diaria.	10:30	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora Refrigerio	
Ejercicios para personas con discapacidad Alimentación Traslados y referencia	12:00	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Rotafolio Infocus Computadora	

**31 DE NOVIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Signos vitales y rehabilitación basada en la comunidad (RBC)	7:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	El equipo de salud adquirió nuevos

e higiene.				conocimientos sobre Atención Integral al Discapacitado
Rehabilitación ¿Quiénes intervienen en el proceso de rehabilitación? El papel de los cuidadores.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Rotafolio Infocus Computadora	
Implementos básicos de rehabilitación	10:30	Lcda. Jaqueline Macías Mg..	Infocus Refrigerio	
Los procesos de rehabilitación para las personas con capacidades diferentes: I. Rehabilitación médico-funcional; y II. Orientación y tratamiento psicológico.	12:00	Lcda. Jaqueline Macías Mg.	Rotafolio Infocus Computadora	

### 31 DE NOVIEMBRE DEL 2011

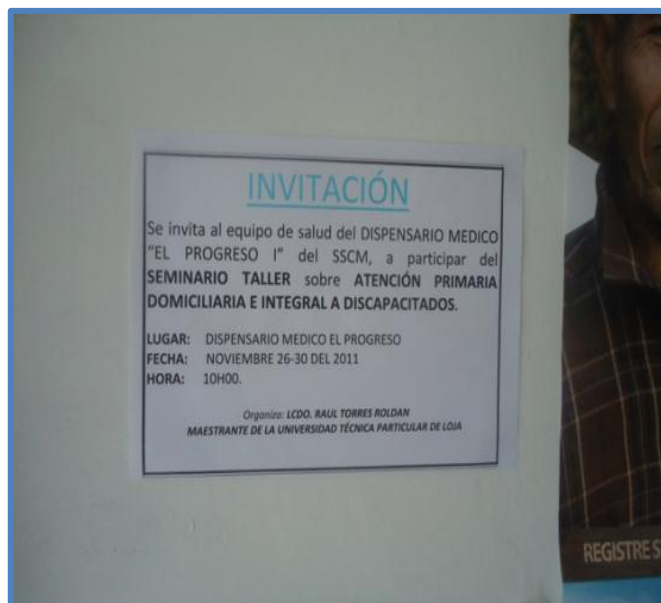
CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
La orina y defecación La cuña o bidet y la botella	14:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	El equipo de salud adquirió nuevos conocimientos sobre Atención Integral al Discapacitado
La alimentación El vestido	15:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
Los cambios posturales	15:30	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Infocus Computadora Refrigerio	
Movilizaciones posturales y ejercicio	16:00	Lcda. Jaqueline Macías Mg. Sc.	Rotafolio Infocus Computadora	

### 2.3. Invitación al Seminario Taller

En Noviembre 20 del 2011 se invitó mediante oficio a los conferencistas para que participen en el Seminario Taller exponiendo temas sobre la atención a los pacientes discapacitados. Los conferencistas invitados fueron: Lcda Blanca Delgado y Dra. Jacqueline Macías Mg. Sc. Asi mismo se invitó al personal de salud del Dispensario Medico el Progreso 1 del S.S.C y del Centro de salud San Sebastián. (Ver Imagen no.14)

## Imagen no. 14

### Invitación al personal de salud





## 2.4. Elección de materiales didácticos para la capacitación.

Para el cumplimiento de esta actividad el 22 de Noviembre del 2011, se llevó a cabo la elaboración del material de apoyo, trípticos, afiches y Plan realizado por el autor de la tesis. (Ver Imagen no. 15)

## Imagen no. 15

### Material Didáctico

<p><b>LA ALIMENTACIÓN</b></p>  <p>La alimentación es algo esencial en el ciclo vital de las personas en situación de dependencia, que influye directamente en la buena salud y la calidad de vida.</p> <p>Al ayudar a alguien en esta tarea, hay que ser conscientes de que en algunos casos es difícil aceptar ayuda para ser alimentado por otra persona.</p> <p>Como personas cuidadoras, hemos de respetar la dignidad de la otra persona y fomentar, en la medida de lo posible, su independencia en esta actividad diaria, por lo que no deben olvidarse los siguientes aspectos básicos</p>	<p><b>LOS CAMBIOS POSTURALES</b></p> <p>El objetivo de los cambios posturales es conseguir que todas las partes del cuerpo de la persona en situación de dependencia estén correctamente alineadas y distribuir uniformemente su peso corporal. Normalmente, están indicados para personas con una escasa o nula movilidad que están encamadas.</p>  <p><b>LA ORINA Y DEFECCIÓN</b></p> <p>Dentro de la función asistencial, además del aseo hay otros aspectos que la persona cuidadora realiza, como la colocación de la cuña o el colector, el cambio de pañales, el sondaje y el vaciado de la bolsa de orina o el mero acompañamiento al inodoro, según la situación concreta de dependencia de la persona.</p>	 <p><b>UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA</b></p> <p><i>Seminario Taller</i></p>  <p><b>Plan de Atención Primaria Domiciliaria e Integral para los usuarios discapacitados</b></p> <p>RESPONSABLE: LCDO. RAUL TORRES</p> <p>FECHA: 27, 28, 29, 30 y 31 de Noviembre del 2011. LUGAR: Centro de Salud El Progreso del SSC. HORA: 09:00 a 17:00 hs.</p>
---	---	---

<p><b>INTRODUCCIÓN</b></p> <p>Si la discapacidad es una construcción social, debe generar respuestas de carácter social, con ordenadores como el ciclo vital, la etnia, el género y la clase social. Dichos ordenadores son integrados en la dinámica de los factores de calidad de vida, ciudadanía y derechos o inclusión social, con acciones centradas en el hogar-familia y la sociedad inclusiva como actores principales.</p> <p>Estos principios se implementan mediante la Rehabilitación Basada en Comunidad, en el mundo se conoce como una estrategia para el desarrollo comunitario, para la rehabilitación, la igualdad de oportunidades, la reducción de la pobreza y la integración social de todas las personas con discapacidad.</p> 	<p><b>OBJETIVO</b></p> <p><b>OBJETIVO GENERAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar oportunamente las y arrendar condiciones que puedan generar discapacidades temporales y/o permanentes.</li> </ul> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Promover la calidad de vida de la población en situación de discapacidad desde el ejercicio, preservación y restitución de la autonomía funcional, social y política.</li> <li>Desarrollar en esta población sus competencias ciudadanas para que actúen como sujetos de derechos, impulsar la consolidación de redes y organizaciones sociales por los derechos de las personas con discapacidad y promover el acceso y la participación de estas personas en diferentes escenarios de la sociedad.</li> <li>Proponer de cambio al estilo de vida ocupacional de los cuidadores y cuidadoras de personas con discapacidad.</li> </ul>	<p><b>HIGIENE / ASEO</b></p> <p>Se entiende por higiene, la limpieza de lugares o personas con el objetivo de mejorar la salud, conservarla y prevenir las enfermedades.</p> <p>El aseo es el conjunto de las medidas higiénicas que se emplean para la buena conservación y limpieza de la piel, siendo éste el órgano más grande del cuerpo. Suele hacerse con agua y jabón para eliminar el polvo, células muertas, evitar el crecimiento bacteriano, mejorar la circulación, etc.</p> <p>El aseo es un hábito, naturalmente saludable, que elimina gérmenes corporales, favorece la circulación y crea bienestar, por lo que hay que realizarlo tantas veces como sea necesario al cabo de día.</p> 
--	--	---

## 2.6. Realización del seminario taller de actualización al equipo de salud sobre el Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad.

Con la participación del equipo de salud del Dispensario El Progreso I, y luego de registrar la asistencia, del 27 al 31 Noviembre del 2011, se llevó a cabo la capacitación sobre el Plan de atención primaria a los pacientes con discapacidad, asistiendo todos los invitados a quienes se les capacitó sobre, los derechos y bienestar, movilidad e higiene, movilidad, nutrición y uso de medicamentos, signos vitales y rehabilitación basada en la comunidad (RBC). (Ver Imagen No. 16)

**Imagen No. 16**  
**Fotografía de la capacitación**




Lcdo. Raúl Torres Roldán Maestrante capacitando al equipo de salud

## 2.7. Evaluación del seminario taller de actualización al equipo de salud

Al término del seminario en Noviembre 31 del 2011 se aplicó el cuestionario de preguntas para los participantes. (Ver Imagen No. 17)

### Imagen No. 17 Test de evaluación



**VALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DIRIGIDA AL EQUIPO DE  
EVALUACIÓN REALIZADA AL EQUIPO DE SALUD DEL DISPENSARIO PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL  
CAMPESINO**

1. CREE USTED QUE DE DEBE APLICAR UN PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA A LOS USUARIOS CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

SE DEBE APLICAR EL PLAN

NO SE DEBE APLICAR EL PLAN

A VECES

1. CUALES CONSIDERA USTED QUE SON LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DISCAPACITADOS QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN.

RESPETO POR LA DIVERSIDAD, PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LA CALIDAD DE VIDA

FOCALIZAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE

LA SALUD COMO NORMA DE VIDA, LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LOS CUIDADOS COMUNITARIOS

2. CUAL CREE USTED QUE DEBERÍA SER EL ENFOQUE DE LA ESTRATEGIA DE R.B.C EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

LOGRAR LA INCLUSIÓN FÍSICA Y SOCIAL DE LA PERSONA QUE TIENE DISCAPACIDAD, Y SU FAMILIA, A LA VIDA ACTIVA DE LA COMUNIDAD

RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD

3. CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA MOVILIDAD EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

DEBEN CONOCERSE CUÁLES SON LAS CAPACIDADES DE ESA PERSONA Y DARLE MAYOR AUTONOMÍA Y MEJORAR SU AUTOESTIMA

MOTIVAR A QUE INTENTE HACER LAS COSAS POR SI MISMO.

4. SABE USTED COMO DEBE SER LA NUTRICIÓN EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

LA DIETA DEBE SER EQUILIBRADA Y COMPLETA.

DEBEN PROPORCIONARSE FRUTAS Y VERDURAS.

5. PARA QUE CONSIDERA USTED SON LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

CONSEGUIR QUE TODAS LAS PARTES DEL CUERPO DEBEN ESTAR CORRECTAMENTE ALINEADAS

DISTRIBUIR SU PESO CORPORAL

*Gracias*

## **RESULTADO 3.- PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD INFORMADOS SOBRE PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

### **3.1. Reunión con pacientes, familia y comunidad para invitarlos a la capacitación.**

En la Parroquia San Plácido del Cantón Portoviejo, en el S.S.C El Progreso 1 el 4 de Diciembre 4 del 2011, a las 08H00, previa convocatoria escrita se realizó la reunión para planificar el desarrollo de la capacitación.

La Lic. Blanca Delgado da el saludo de bienvenida y agradece la acogida prestada a la invitación, expone los objetivos del taller y luego realiza la proyección de un video para motivar y despertar interés en la temática. A Continuación apoyándose en diapositivas, foro-conferencia, se imparte la atención domiciliaria a los discapacitados. Posterior a las conferencias se realizó retroalimentación de conocimientos y finalmente se establecieron los siguientes compromisos:

- Asistir a capacitaciones periódicas.
- Mejorar la atención a los discapacitados.

Alcanzados los objetivos que alentaron la presente y cumplida la agenda, el maestrante expresa un agradecimiento sincero y da por concluida la sesión a las 17.H30.

Conclusión: El 90% de las integrantes del Club de Discapacitados asisten a la capacitación, colaborando a la capacitación de la población a través de sus acciones hogareñas.

### **3.2. Elaborar el cronograma de charlas y conferencias.**

En Diciembre 6 del 2011 se elaboró el siguiente cronograma de charlas:



**CRONOGRAMA DE CHARLAS EDUCATIVAS ATENCIÓN AL PACIENTE  
DISCAPACITADO DIRIGIDA A LOS USUARIOS Y FAMILIARES DEL  
DISPENSARIO PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

**10 DE DICIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Atención Primaria Domiciliar e Integral a	7:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	Usuarios y familiares del Dispensario Progreso I del SSC adquirieron nuevos conocimientos sobre atención al familiar discapacitado
Discapacitados.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
El enfoque de los derechos humanos	10:30	Maestrante	Infocus Computadora Refrigerio	
Principios básicos	12:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	

**11 DE DICIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Visión del plan	7:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	Usuarios y familiares del Dispensario Progreso I del SSC adquirieron nuevos conocimientos sobre atención al familiar discapacitado
Respeto por la diversidad y perspectiva de género	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
La calidad de vida.	10:30	Maestrante	Infocus Computadora Refrigerio	
Atención a personas con graves discapacidades	12:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	

**12 DE DICIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Atención socio-sanitaria.	7:00	Lcda. Blanca Delgado	Rotafolio Infocus Computadora	Usuarios y familiares del Dispensario Progreso I del SSC adquirieron nuevos conocimientos sobre atención al familiar discapacitado
Apoyo a familias.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
Derechos y bienestar	10:30	Maestrante	Infocus Computadora Refrigerio	
Derechos humanos y salud	12:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	

**13 DE DICIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Movilidad e higiene	7:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	Usuarios y familiares del Dispensario Progreso I del SSC adquirieron nuevos conocimientos sobre atención al familiar discapacitado
Las principales Actividades de la Vida Diaria: Alimentarse. Bañarse. Lavarse cara y manos. Ir al baño. Vestirse. Trasladarse. Aseo y limpieza del hogar.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
Movilidad, nutrición y uso de medicamentos. Importancia de las actividades de la vida diaria.	10:30	Maestrante	Infocus Computadora Refrigerio	
Ejercicios para personas con discapacidad Alimentación Traslados y referencia	12:00	Lcda. Blanca Delgado	Rotafolio Infocus Computadora	

**14 DE DICIEMBRE DEL 2011**

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
Signos vitales y rehabilitación basada en la comunidad (RBC) e higiene.	7:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	Usuarios y familiares del Dispensario Progreso I del SSC adquirieron nuevos conocimientos sobre atención al familiar discapacitado
Rehabilitación ¿Quiénes intervienen en el proceso de rehabilitación? El papel de los cuidadores.	8:00	Dra. Bélgica Álvarez	Rotafolio Infocus Computadora	
Implementos básicos de rehabilitación	10:30	Maestrante	Infocus Refrigerio	
Los procesos de rehabilitación para las personas con capacidades diferentes: I. Rehabilitación médico-funcional; y II. Orientación y tratamiento psicológico.	12:00	Lcda. Blanca Delgado	Rotafolio Infocus Computadora	

14 DE DICIEMBRE DEL 2011

CONTENIDO	HORA	RESPONSABLES	AYUDA METODOLÓGICA	EVALUACIÓN
La orina y defecación La cuña o bidet y la botella	14:00	Lcda. Blanca Delgado	Infocus Computadora	Usuarios y familiares del Dispensario Progreso I del SSC adquirieron nuevos conocimientos sobre atención al familiar discapacitado
La alimentación El vestido	15:00	Dra. Bélgica Álvarez	Infocus Computadora	
Los cambios posturales	15:30	Maestrante	Infocus Refrigerio	
Movilizaciones posturales y ejercicio	16:30	Lcda. Blanca Delgado	Rotafolio Infocus Computadora	

### 3.3. Elaborar el material de apoyo

El 8 de Diciembre del 2011 se elaboró el material de apoyo contando con las sugerencias del personal de salud del Dispensario Progreso 1 de la comunidad, los cuales realizaron letreros alusivos a la capacitación. (Ver Imagen No. 18)

**Imagen No. 18**  
**Material Didáctico**



### **3.4. Realización del Seminario dirigido al Paciente, familia y comunidad sobre la atención a la persona con discapacidad en el domicilio**

Con la participación de los pacientes, familia y comunidad y luego de registrar la asistencia, a partir del 10 al 14 Diciembre del 2011, se llevó a cabo la capacitación sobre atención del familiar discapacitado asistiendo todos los invitados, tantos padres de familia y demás miembros de la comunidad. . (Ver Imagen No. 19 y 120)

**Imagen No. 19**  
**Realización del taller**



Familiares y personas con discapacidad participando de las capacitaciones

**Imagen No. 20**  
**Participantes del taller**




Capacitadora del Evento Lcda. Blanca Delgado

### 3.6. Evaluación de los participantes.

Al término del seminario el 14 de Diciembre del 2011 se aplicó el cuestionario de preguntas para los participantes. (Ver Imagen No. 21)

#### Imagen No. 21

#### Test de evaluación de la capacitación



ENCUESTA REALIZADA A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EL PROGRESO 1 DE SAN PLÁCIDO.

1. CONOCE USTED COMO DEBEN REALIZARSE LAS MOVILIZACIONES POSTURALES EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD.

SI CONOCEN  
 NO CONOCEN

2. CONOCE USTED SOBRE LA NUTRICIÓN DEL MIEMBRO FAMILIAR CON DISCAPACIDAD.

SI CONOCEN  
 NO CONOCEN

3. CONOCE USTED COMO DEBE RELIZAR EL ASEO DE UN PACIENTE CON DISCAPACIDAD.

SI CONOCEN  
 NO CONOCEN

4. CONOCE USTED CUALES SON LAS FUNCIONES DE LA PERSONA CUIDADORA.

SI CONOCEN  
 NO CONOCEN

CONOCE USTED CUANDO Y COMO REALIZAR LOS CAMBIOS POSTURALES. EN UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD ENCAMADA.

SI  
 NO

**GRACIAS**

### 3.7. Formación del club de familias Cuidadoras de personas con Discapacidad

El 15 de Diciembre del 2011 se realizó una reunión en la que se conformo e club familias Cuidadoras de personas discapacidad con la finalidad integrarlas a

diferentes actos sociales, culturales, recreativos y de capacitación en beneficio de su salud. (Ver Imagen No. 22-23)

### **CLUB DE FAMILIAS CUIDADORAS DE PERSONAS DISCAPACITADAS.**

La existencia de un ambiente propicio en el desarrollo de la vida sobre todo de las personas con edad privilegiada influye directamente sobre su estabilidad física, emocional y afectiva; razón suficiente para que se hayan preocupado en mejorar la calidad de vida de los discapacitados donde reciban de lunes a viernes en horarios diurnos una atención especial en terapias físicas y ocupacionales en un ambiente familiar donde se valore y respete su dignidad, derechos y capacidades físicas, intelectuales, morales y espirituales con calidez y calidez.

Estamos seguros que lograremos la integración de los discapacitados y sus familiares, pues además realizaremos actos sociales, culturales, recreativos y de capacitación.

Personas de buen corazón sensibilizadas sobre la problemática de los pacientes discapacitados colaboramos con esta noble causa. Buscamos concienciar a la población sobre los derechos que tienen los discapacitados dándole de esta manera un alto grado de autoestima en la dotación de atención, salud, servicios sociales, valores espirituales evitando así el aislamiento y el abandono. Este Club es el primero a nivel rural lo que generará nuevas expectativas en la población.

Invitamos cordialmente a los moradores de estas parroquias a que inscriban a los discapacitados con su cédula de ciudadanía para que sean parte de este beneficio, que iniciará con la casa abierta a realizarse el sábado a las 15:00 en la calle en la escuela del Sector. Los esperamos. La Directiva

**Imagen No. 22**  
Conformación del club



Miembros directivos del club de personas con discapacidad

**Imagen No. 23**  
Acta confirmativa

  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*  
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

**ACTA CONSTITUTIVA DEL CLUB DE PACIENTES DISCAPACITADOS**

**CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.-** Intervienen en la celebración de la presente Acta Constitutiva, por una parte la Dra. Bélgica Álvarez, Directora del Dispensario Progreso I del Seguro Social Campesino de la Parroquia San Plácido del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí, el Lcdo. Raúl Torres Roldán, Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja y Representante de líderes comunitarios.

**CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.-** El Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta Acta Constitutiva con la finalidad de que se forme el Club de Pacientes Discapacitados de las diferentes comunidades dependientes del Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino.

**CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.-** El objeto de la presente Acta Constitutiva es dejar conformado el Club de Discapacitados a efecto de que se constituya en un espacio de discusión, actualización, socialización e interrelación entre paciente (discapacitado), familia, comunidad y equipo de salud del Dispensario Médico El Progreso I del SSC con el objetivo de mejorar la calidad de vida del discapacitado en sus diferentes etapas.

La Directiva quedó conformada de la siguiente manera:  
Presidente \_\_\_\_\_  
Vice-Presidente \_\_\_\_\_  
Secretario \_\_\_\_\_  
Tesorero \_\_\_\_\_



Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 15 de Diciembre del 2012



<b>Dra. Bélgica Álvarez</b> Directora Dispensario Médico El Progreso I SSC.	<b>Lcdo. Raúl Torres Roldán</b> Maestrante de la Universidad Técnica Particular de Loja
---	---



**3.8. Coordinación y referencia con el Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia San Sebastián del cantón Pichicha, para proporcionar continuidad en la atención a los discapacitados afiliados y no afiliados al Seguro Social Campesino de la zona de referencia del Dispensario Médico El Progreso I del SSC.**

Para el cumplimiento de esta actividad del 28-30 de Diciembre del 2011 en el Subcentro de Salud del Ministerio de Salud Pública de la parroquia San Plácido, cantón Portoviejo, se llevó a cabo una reunión con el personal de salud del Dispensario El Progreso 1, contando con la presencia también de la Dra. Bélgica Álvarez, Directora, el cual se dirigió a los presentes para solicitarles sus opiniones y sugerencias relacionadas con la importancia de la integración de las unidades de salud para realizar la continuidad en la atención para los discapacitados. A partir de este momento se resolvió que la Unidad de Salud de la parroquia San Sebastián aplique el plan de Atención a los discapacitados.

Actividades que se tienen que llevar a cabalidad y a entera satisfacción de los beneficiarios y por ende de sus familiares, quienes comprobaran los logros obtenidos en la rehabilitación física, emocional y espiritual de los pacientes discapacitados que acuden diariamente a las unidades.

Se realizó una entrevista con el Director de la Unidad en la que se trató sobre el Plan de Vinculación que se realizaría con el entre el Subcentro San Sebastián y el Dispensario Médico El Progreso I del SSC, para concretar el Plan de Atención a los Discapacitados. Esta reunión tuvo el éxito esperado puesto que el director dio toda la apertura necesaria y se procedió a realizar un reconocimiento de las instalaciones de la unidad de salud.

Se llevó a cabo la redacción del Plan de Vinculación cuyo objetivo fue articular las acciones a favor de los discapacitados y el Centro de Salud, para solucionar sus necesidades de salud, así como propagar el conocimiento. Se incluyeron cuatro parámetros como son: Reconocer el derecho a la salud y a la dignidad de la vida humana y realizar capacitaciones a toda la población involucrada.



## EVALUACIÓN DE INDICADORES DE RESULTADOS

### RESULTADO 1: PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD DISEÑADO Y EJECUTÁNDOSE.

#### Indicadores:

- Hasta Noviembre 10 del 2011 el 100% del Plan diseñado.

Se logró el diseño del 100% del Plan de atención a las personas con discapacidad gracias a la colaboración del equipo de salud de acuerdo a las necesidades propias del Dispensario.

- Hasta Marzo 18 del 2012 el 100% del Plan aplicándose.

Contando con la participación del equipo de salud del Dispensario, se implementó el Plan de atención a las personas con discapacidad. Se llevó a cabo el 100% de la atención .las personas con discapacidad actualmente han mejorado su salud, los resultados los podemos observar en las siguientes tablas y gráficos

## RESULTADOS OBTENIDOS DE 25 PACIENTES ATENDIDOS

### CUADRO N° 2

#### ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPOS ETAREOS.

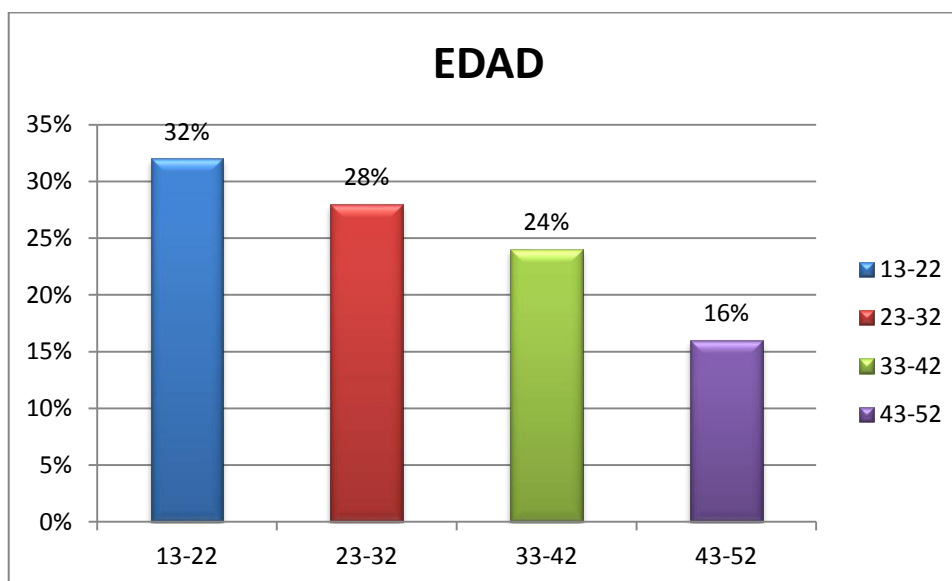
EDAD	Frecuencia	Porcentaje
13-22	8	32%
23-32	7	28%
33-42	6	24%
43-52	4	16%
TOTAL	25	100%

Fuente: Registros del SBC El Progreso

Elaboración: Lic. Raúl Torres

### GRÁFICO N° 2

#### ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN GRUPOS ETAREOS



Fuente: Registros del SBC El Progreso

Elaboración: Lic. Raúl Torres

**ANÁLISIS:** Según el cuadro y gráfico N° 2 de los 25 pacientes atendidos la mayoría estaban en una edad comprendida entre los 13-22 años que corresponde a un número de 8 con un 32%, la minoría la representa 4 pacientes entre 43-52 años con un 16%.

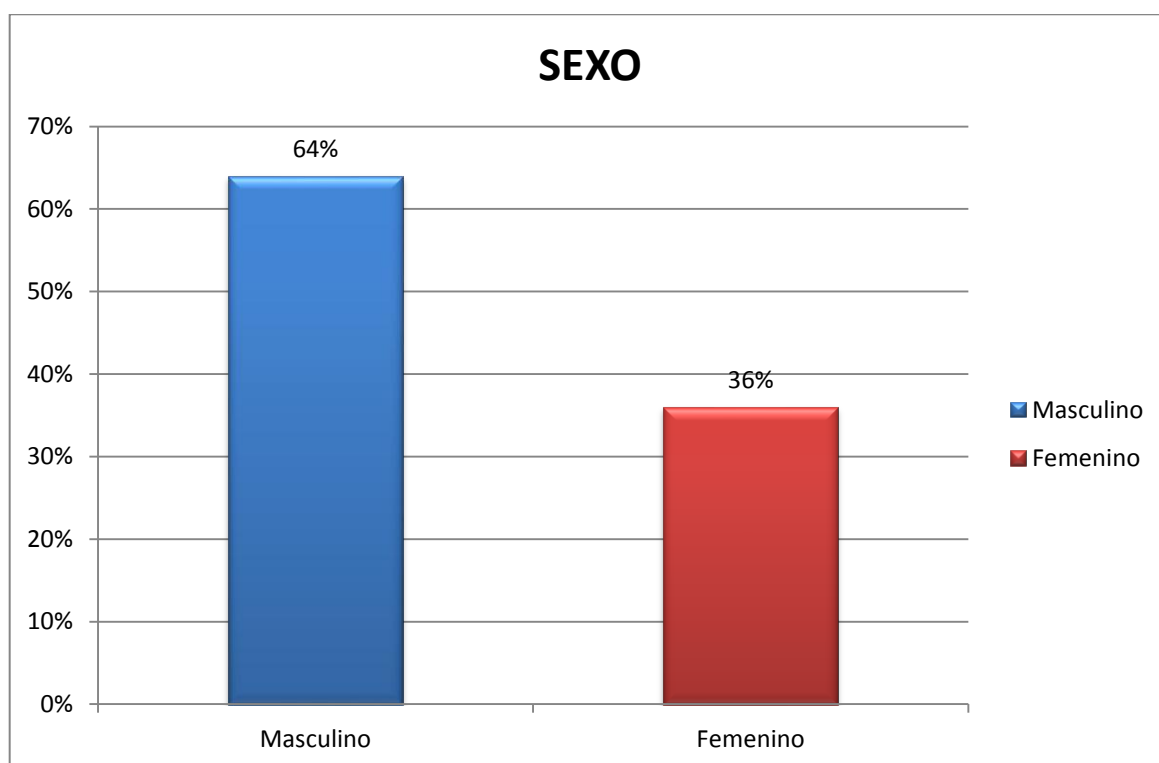
**CUADRO N° 3**  
**ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN SEXO**

Discapacidad por sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	16	64%
Femenino	9	36%
TOTAL	25	100%

**Fuente:** Registros del SBC El Progreso

**Elaboración:** Lic. Raúl Torres

**GRÁFICO N° 3**  
**ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN SEXO**



**Fuente:** Registros del SBC El Progreso

**Elaboración:** Lic. Raúl Torres

**ANÁLISIS:** El cuadro y gráfico N° 3 nos muestra que la mayor frecuencia de pacientes atendidos corresponde al sexo masculino con un 64%, el restante 36% al femenino.

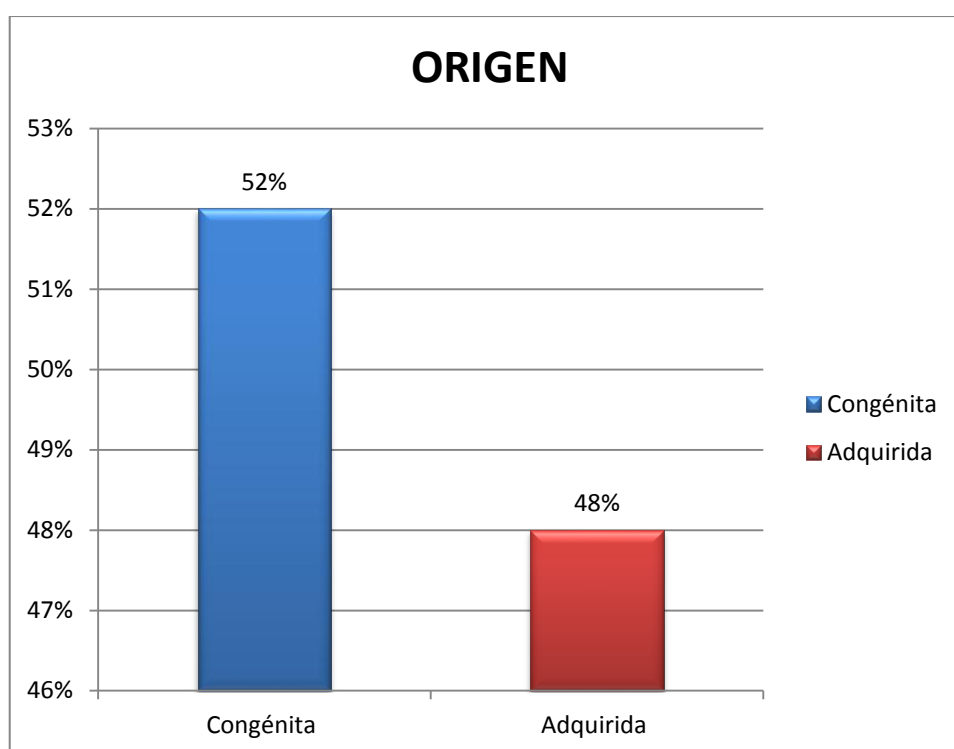
**CUADRO N° 4**  
**ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN SU ORIGEN**

Origen	Frecuencia	Porcentaje
Congénita	13	52%
Adquirida	12	48%
Total	25	100%

**Fuente:** Registros del SBC El Progreso

**Elaboración:** Lic. Raúl Torres

**GRÁFICO N° 4**  
**ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN SU ORIGEN**



**Fuente:** Registros del SBC El Progreso

**Elaboración:** Lic. Raúl Torres

**ANÁLISIS:** En lo que corresponde al origen de la discapacidad en el cuadro y gráfico N° 4, el 52% corresponde a patologías de origen genéticas con un 52%, y el restante 48% son adquiridas.

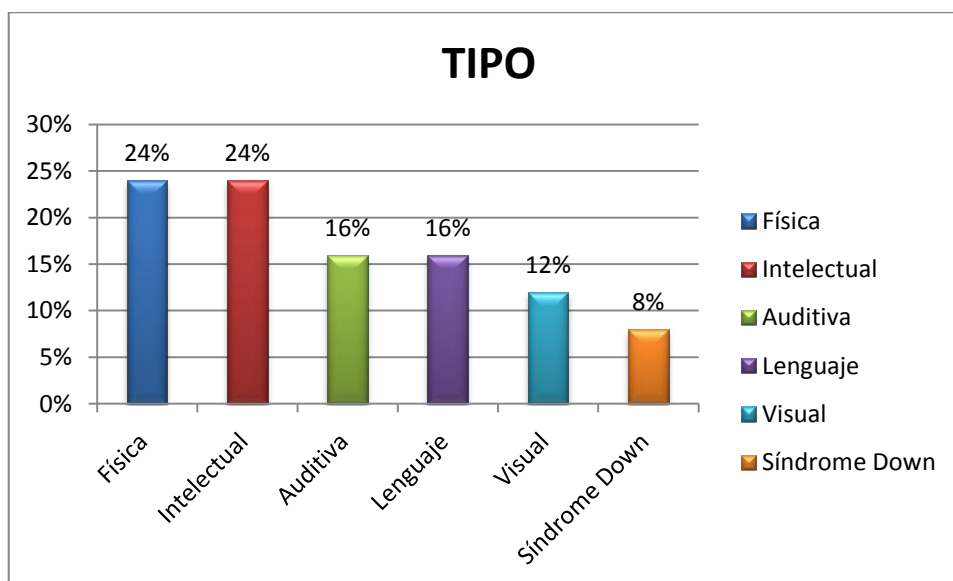
**CUADRO N° 5**  
**ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN SU TIPO**

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Física	6	24%
Intelectual	6	24%
Auditiva	4	16%
Lenguaje	4	16%
Visual	3	12%
Síndrome Down	2	8%
Total	25	100%

**Fuente:** Registros del SBC El Progreso

**Elaboración:** Lic. Raúl Torres

**GRAFICO N° 5**  
**ATENCIÓN A PACIENTES CON DISCAPACIDAD SEGÚN SU TIPO**



**Fuente:** Registros del SBC El Progreso

**Elaboración:** Lic. Raúl Torres

**ANÁLISIS:** Según el cuadro y gráfico N° 5 de los 25 pacientes atendidos la mayoría de las discapacidades eran de tipo físico e intelectual con un 24%, y la representa al 8%.

### CUADRO N° 6

#### PACIENTES A LOS QUE SE LES ATENDIO SEGÙN EL PLAN DE ATENCIÒN

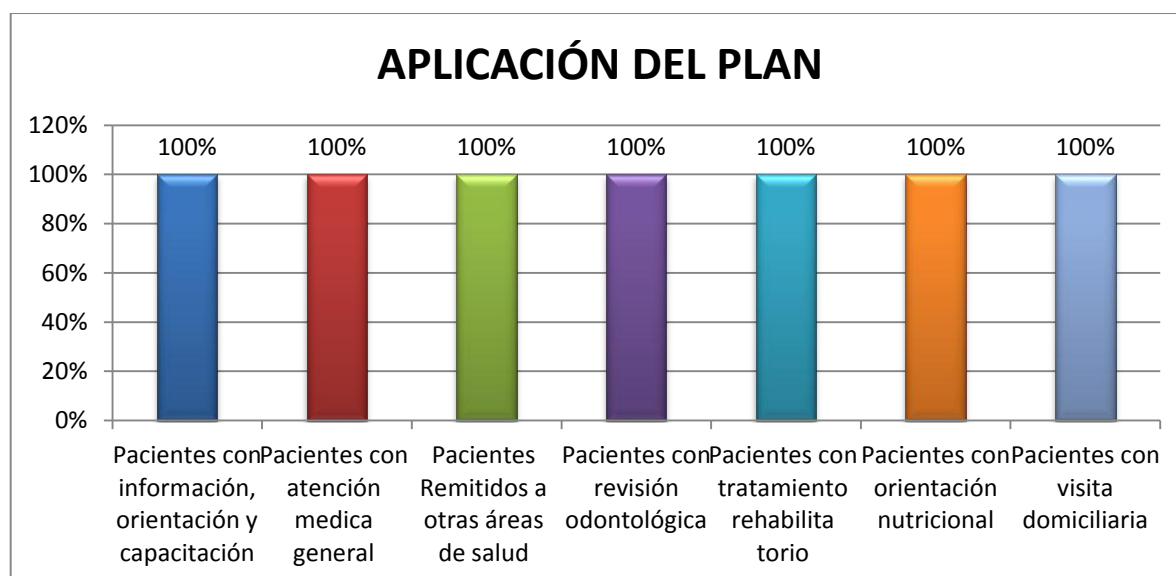
Plan de atención	Frecuencia	Porcentaje
Pacientes con información, orientación y capacitación	25	100%
Pacientes con atención medica general	25	100%
Pacientes Remitidos a otras áreas de salud	25	100%
Pacientes con revisión odontológica	25	100%
Pacientes con tratamiento rehabilitatorio (movilidad/cambios, posturales, actividades de la vida diaria, lenguaje, visión , audición etc )	25	100%
Pacientes con orientación nutricional	25	100%
Pacientes con visita domiciliaria	25	100%

Fuente: Registros del SBC El Progreso

Elaboración: Lic. Raúl Torres

### GRÁFICO N° 6

#### PACIENTES A LOS QUE SE LES ATENDIO SEGÙN EL PLAN DE ATENCIÒN



Fuente: Registros del SBC El Progreso

Elaboración: Lic. Raúl Torres

**ANÁLISIS:** Según el cuadro y gráfico N° 5 de los 25 pacientes atendidos al 100% de les aplico la totalidad del plan de atención primaria a las personas con discapacidad.

## **RESULTADO 2: EQUIPO DE SALUD ACTUALIZADO SOBRE EL PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD A PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

•Hasta Noviembre 31 del 2011 el 100% del equipo de salud actualizado en el Plan de Atención Primaria en Salud a las personas con discapacidad.

Se enjutaron las charlas de capacitación a 4 personas integrantes del equipo de salud, los resultados se midieron en base a una encuesta de satisfacción a los participantes, que podemos observar en los siguientes cuadros y gráficos:

**EVALUACIÓN REALIZADA AL EQUIPO DE SALUD DEL DISPENSARIO  
PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO**

**CUADRO N° 6**

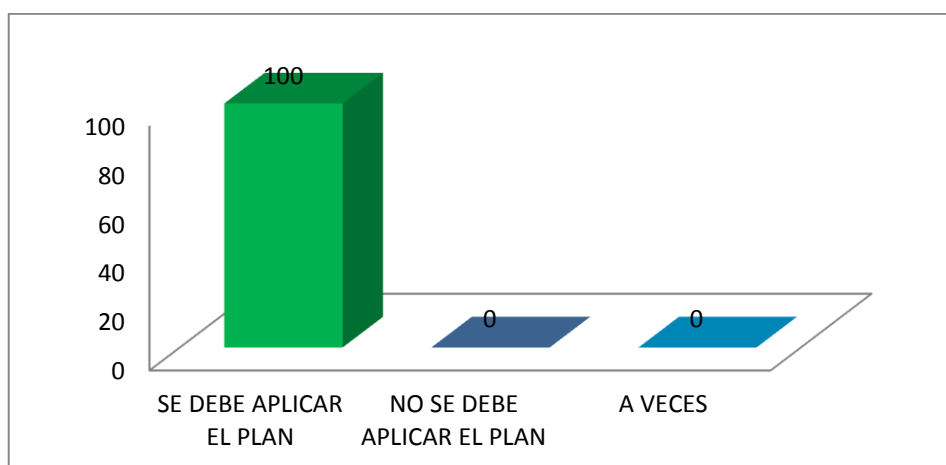
**CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**

CRITERIO	F	%
SE DEBE APLICAR EL PLAN	4	100%
NO SE DEBE APLICAR EL PLAN	0	0%
A VECES	0	0%
TOTAL	4	100%

**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

**GRAFICO N° 6**

**CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA APLICACIÓN DEL PLAN DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD.**



**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación:** El cuadro y gráfico No. 6 muestra la aceptación del equipo de salud en cuanto a la aplicación del Plan de Atención Primaria Domiciliaria e Integral a Discapacitados que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino.



### CUADRO N° 7

#### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DISCAPACITADOS

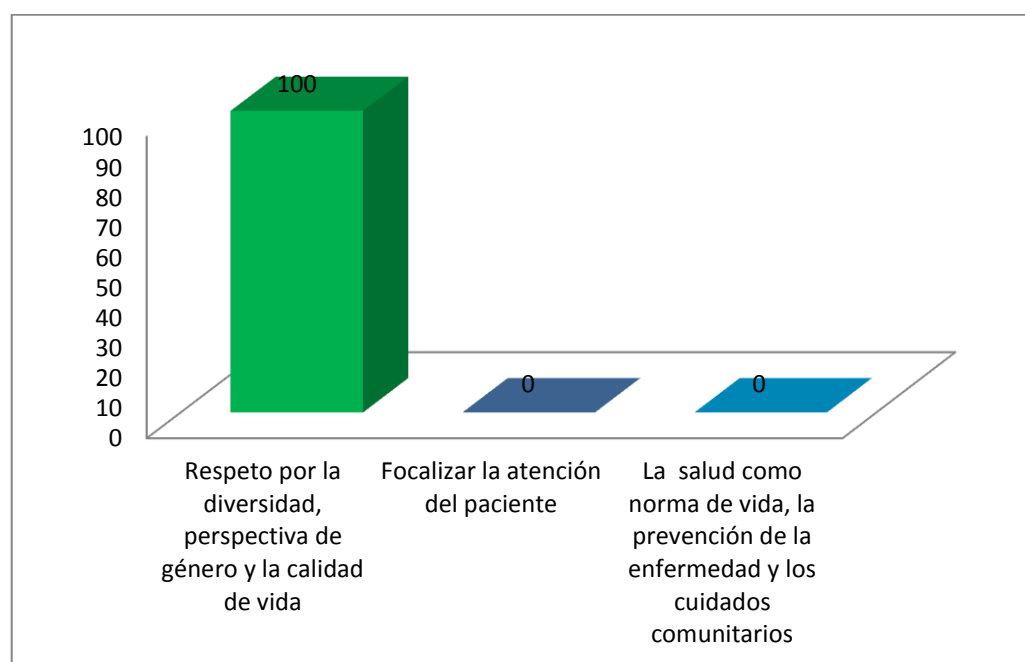
CRITERIO	F	%
Respeto por la diversidad, perspectiva de género y la calidad de vida	4	100
Focalizar la atención del paciente	0	0
La salud como norma de vida, la prevención de la enfermedad y los cuidados comunitarios	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

### GRÁFICO N°7

#### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DISCAPACITADOS



FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación :** El cuadro y gráfico No. 17 muestra un mejoramiento en los conocimientos del equipo de salud en cuanto a principios básicos, respeto por la diversidad y perspectiva de género, la calidad de vida de los pacientes discapacitados que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino.

### CUADRO N° 8

#### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE EL ENFOQUE DE LA ESTRATEGIA DE R.B.C EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

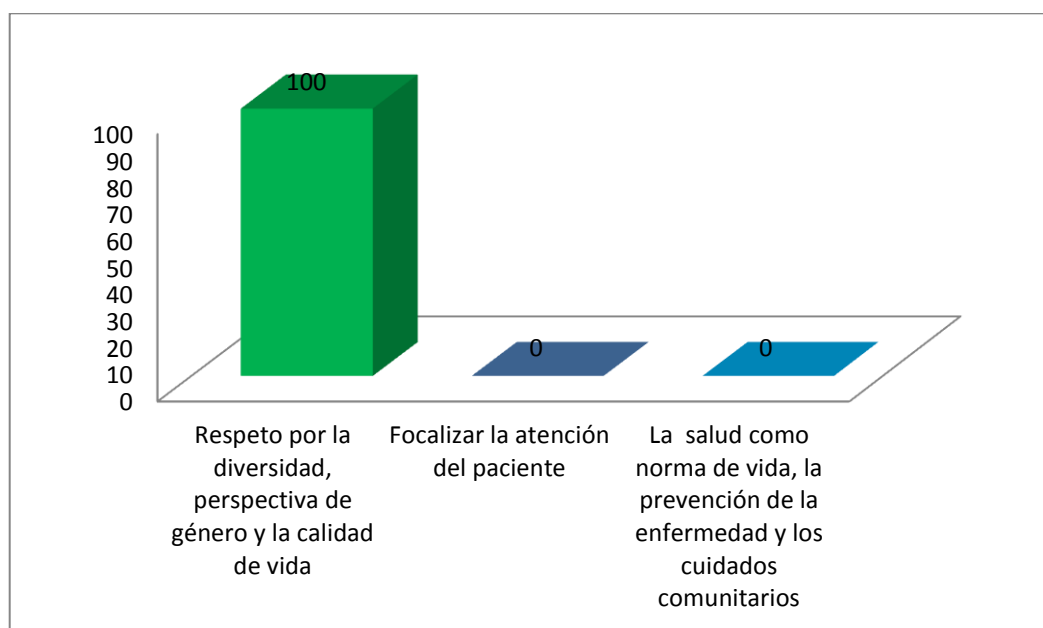
CRITERIO	F	%
Lograr la <b>inclusión</b> física y social de la persona que tiene discapacidad, y su familia, a la vida activa de la comunidad	4	100%
Responsabilidad de todos los sectores de la sociedad	0	0%
TOTAL	4	100%

FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

### GRAFICO N° 8

#### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE EL ENFOQUE DE LA ESTRATEGIA DE R.B.C EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO



FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación :** El cuadro y gráfico No. 18 muestra un mejoramiento en los conocimientos del equipo de salud en cuanto a lograr **la inclusión** física y social de la persona que tiene discapacidad, y su familia, a la vida activa de la comunidad que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino.

## CUADRO N°9

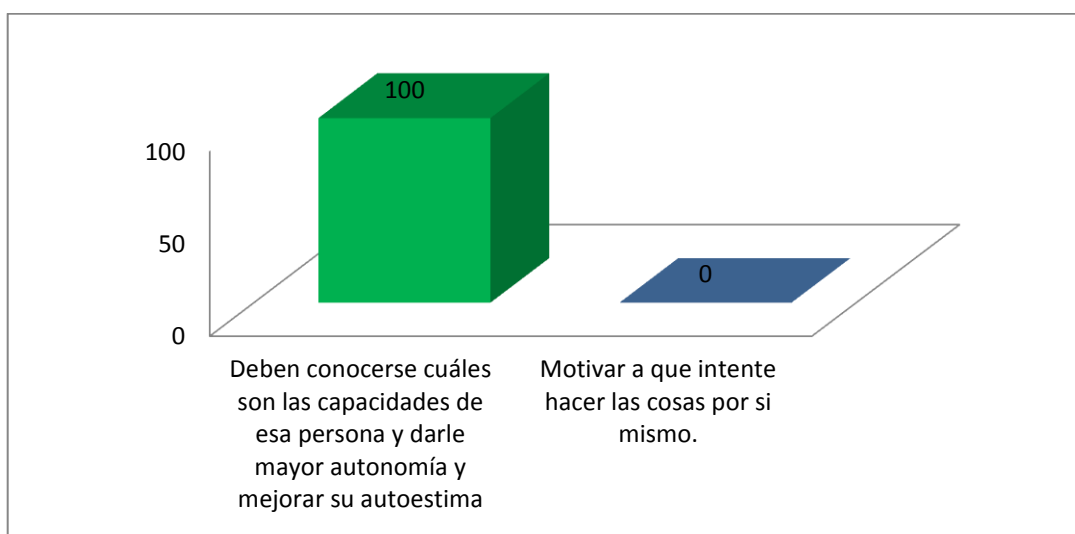
### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA MOVILIDAD EN LOS PACIENTES DISCAPACITADOS.

CRITERIO	F	%
Deben conocerse cuáles son las capacidades de esa persona y darle mayor autonomía y mejorar su autoestima	4	100
Motivar a que intente hacer las cosas por si mismo.	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>100</b>

**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

## GRAFICO N° 9

### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA MOVILIDAD EN LOS PACIENTES DISCAPACITADOS



**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación :** El cuadro y gráfico No. 19 muestra un mejoramiento en los conocimientos del equipo de salud en cuanto a movilidad de los discapacitados que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino, expresando que deben conocerse cuáles son las capacidades de esa persona y darle mayor autonomía y mejorar su autoestima.

## CUADRO N° 10

### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE NUTRICIÓN EN LOS PACIENTES DISCAPACITADOS.

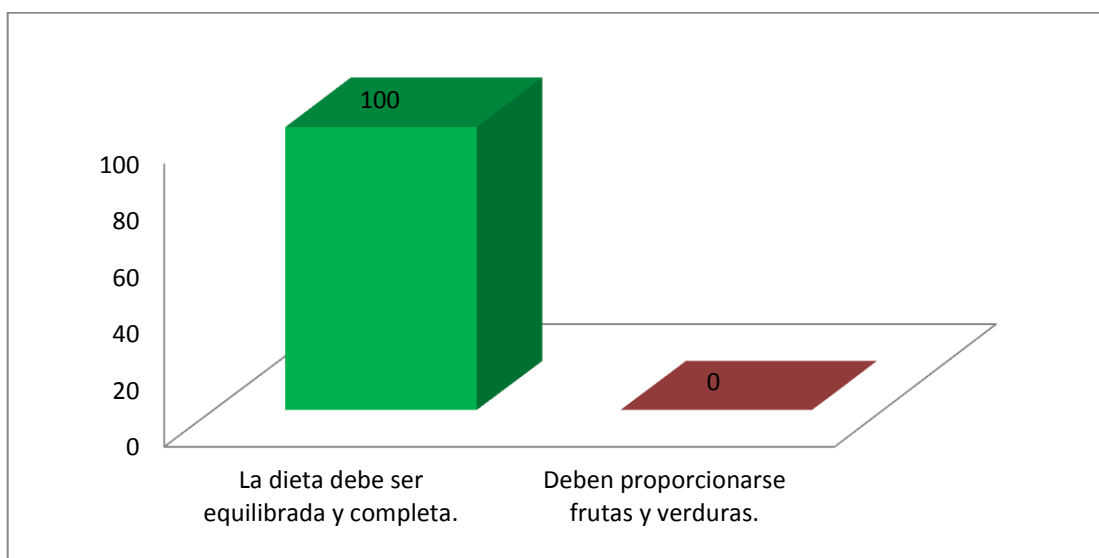
CRITERIO	F	%
La dieta debe ser equilibrada y completa.	4	100%
Deben proporcionarse frutas y verduras.	0	0%
TOTAL	4	100%

FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

## GRÁFICO N° 10

### CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE NUTRICIÓN EN LOS PACIENTES DISCAPACITADOS.



FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

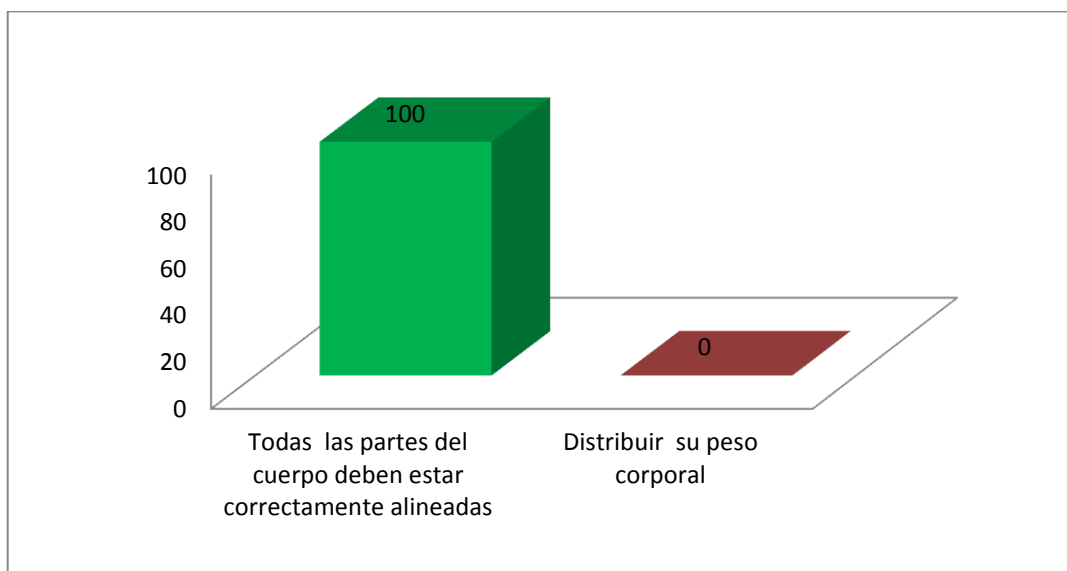
**Análisis e interpretación :** El cuadro y gráfico No. 10 muestra un mejoramiento en los conocimientos del equipo de salud en cuanto a nutrición en los pacientes discapacitados de los discapacitados que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino manifestando que la dieta debe ser equilibrada y completa.

**CUADRO N° 11**  
**CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS CAMBIOS POSTURALES PARA LOS**  
**PACIENTES DISCAPACITADOS.**

CRITERIO	F	%
Conseguir que todas las partes del cuerpo deben estar correctamente alineadas	4	100
Distribuir su peso corporal	0	0
TOTAL	4	100

**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

**GRAFICO N°11**  
**CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LOS CAMBIOS POSTURALES PARA LOS**  
**PACIENTES DISCAPACITADOS**



**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación :** El cuadro y gráfico No. 11 muestra un mejoramiento en los conocimientos del equipo de salud en cuanto a cambios posturales de los discapacitados que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino manifestando que para realizar esta movilidad todas las partes del cuerpo deben estar correctamente alineadas.

### **RESULTADO 3: PACIENTE, FAMILIA Y COMUNIDAD INFORMADOS SOBRE LA ATENCIÓN A LA PERSONA CON DISCAPACIDAD EN EL DOMICILIO**

Hasta Diciembre 14 del 2011 el 100% de pacientes, familias y comunidad informado sobre en la atención a la persona con discapacidad en el domicilio.

Como resultado de esta actividad se realizó una encuesta de conocimiento antes y después de la capacitación, lo que podemos observar en los siguientes cuadros y gráficos:

**EVALUACIÓN REALIZADA A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EL  
PROGRESO 1 DE SAN PLÁCIDO.**

**CUADRO N° 12**

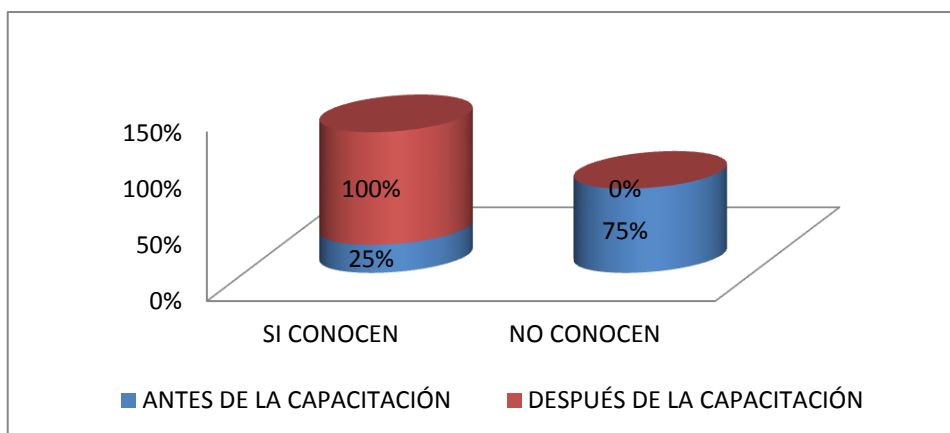
**Criterio 104 asistentes al taller sobre como debe realizarse las movilizaciones posturales en pacientes con discapacidad.**

<b>CRITERIO</b>	<b>ANTES DE LA CAPACITACIÓN</b>	<b>DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN</b>
SI CONOCEN	25%	100%
NO CONOCEN	75%	0%
TOTAL	100%	100%

**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

**GRAFICO N° 12**

**Criterio 104 asistentes al taller sobre como debe realizarse las movilizaciones posturales en pacientes con discapacidad.**



**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación:** Se observa en el cuadro y gráfico No. 12 que antes de la capacitación los encuestados desconocían sobre como debe realizarse lo movilidad en pacientes con discapacidad. Al final de la capacitación los encuestados mejoraron sus conocimientos en un 100%.

### CUADRO N° 13

**Criterio de asistentes al taller sobre la nutrición del miembro familiar con discapacidad.**

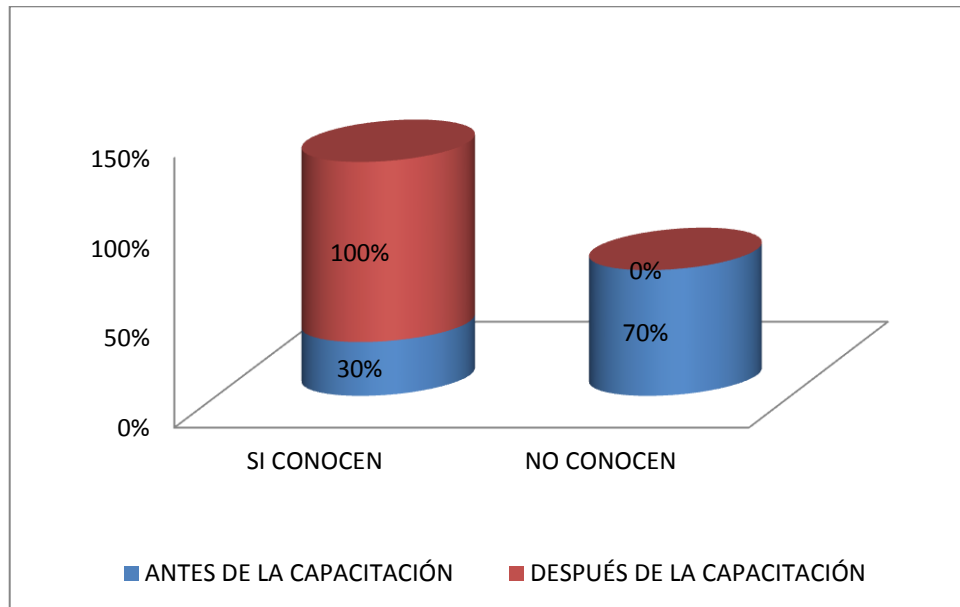
CRITERIO	ANTES DE LA CAPACITACIÓN	DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN
SI CONOCEN	30%	100%
NO CONOCEN	70%	0%
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

### GRÁFICO N° 13

**Criterio de asistentes al taller sobre la nutrición del miembro familiar con discapacidad.**



FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación:** Se observa en el cuadro y gráfico No. 13 que antes de la capacitación los asistentes miembros de la comunidad desconocían sobre los alimentos que debe consumir un miembro familiar con discapacidad en un 70%. Al final de la capacitación los asistentes mejoraron sus conocimientos en un 100%.



### CUADRO N° 14

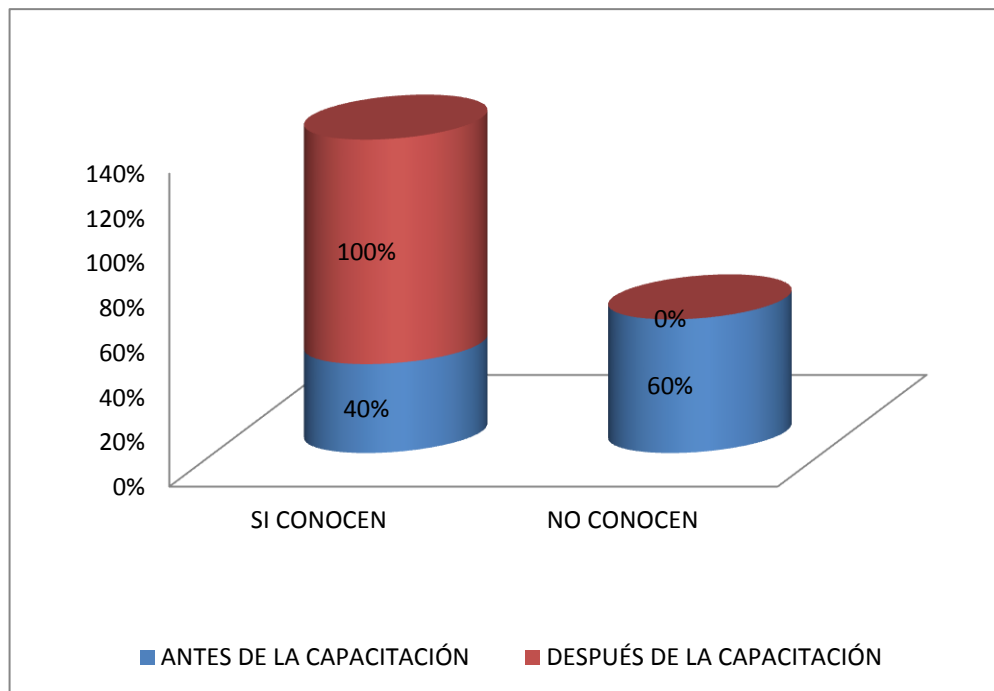
**Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre el aseo de un paciente con discapacidad.**

CRITERIO	ANTES DE LA CAPACITACIÓN	DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN
SI CONOCEN	40%	100%
NO CONOCEN	60%	0%
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Formulario de Encuesta  
ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

### GRAFICO N° 14

**Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre el aseo de un paciente con discapacidad.**



FUENTE: Formulario de Encuesta  
ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación:** Se observa en el cuadro y gráfico No. 14 que antes de la capacitación los miembros de la comunidad asistentes al taller desconocían sobre el aseo de un paciente con discapacidad en un 60%. Al final de la capacitación mejoraron sus conocimientos

### CUADRO N° 15

**Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre las funciones de la persona cuidadora.**

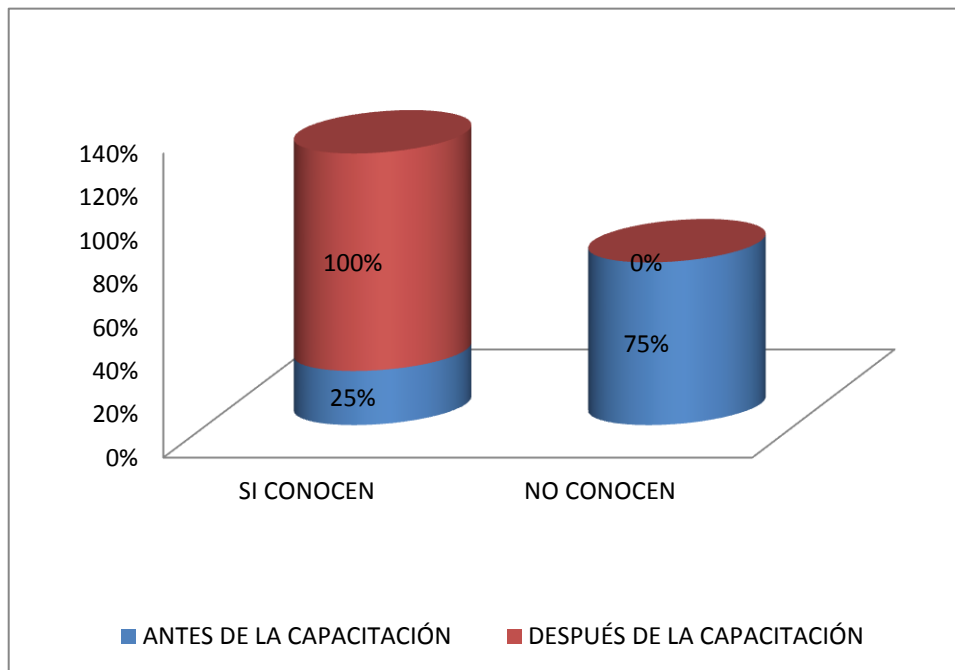
CRITERIO	ANTES DE LA CAPACITACIÓN	DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN
SI CONOCEN	25%	100%
NO CONOCEN	75%	0%
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

### GRAFICO N° 15

**Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre las funciones de la persona cuidadora.**



FUENTE: Formulario de Encuesta

ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación** Se observa en el cuadro y gráfico No. 15 que antes de la capacitación los encuestados desconocían sobre las funciones de la persona cuidadora en un 75%. Al final de la capacitación los miembros de la comunidad mejoraron sus conocimientos en un 100%.

## CUADRO N° 16

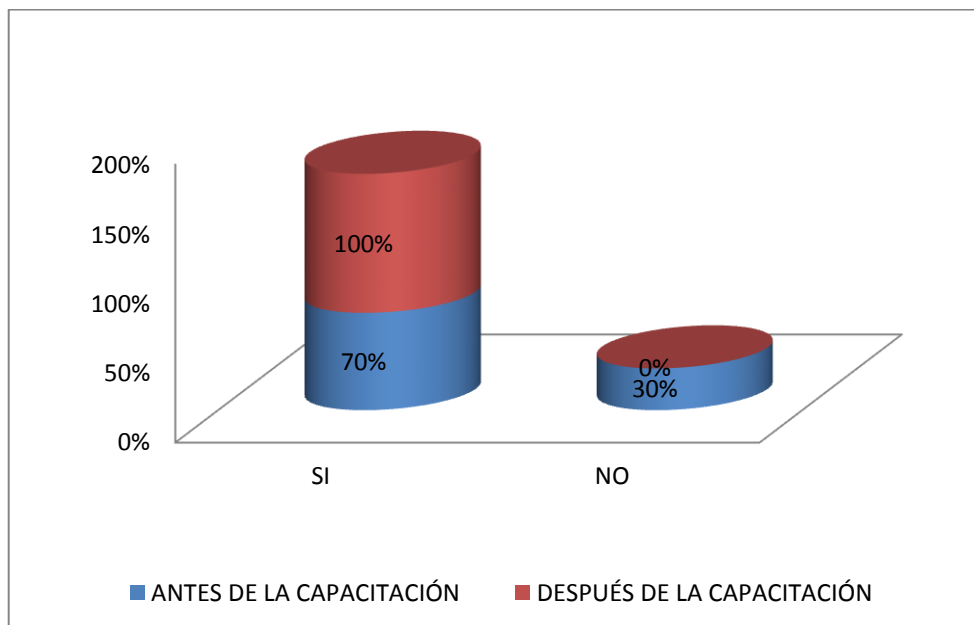
### Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre los cambios posturales.

CRITERIOS	ANTES DE LA CAPACITACIÓN	DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN
SI	70%	100%
NO	30%	0%
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Formulario de Encuesta  
ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

## GRÁFICO N° 16

### Criterio de los miembros de la comunidad asistentes al taller sobre los cambios posturales.



FUENTE: Formulario de Encuesta  
ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación:** Se observa en el cuadro y gráfico No. 16 que antes de la capacitación los encuestados desconocían sobre los cambios posturales en un 30%. Al final de la capacitación mejoraron sus conocimientos en un 100%.

## CUADRO N° 17

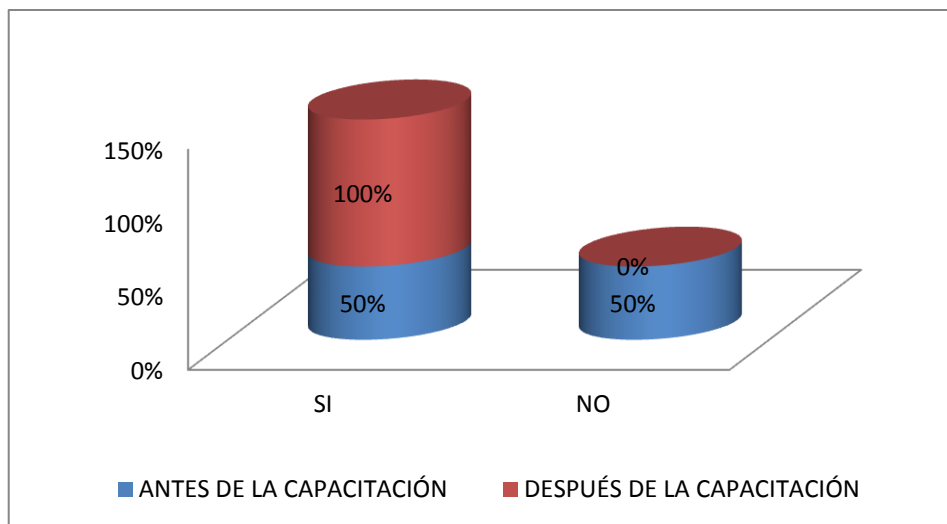
**Criterio de los encuestados miembros de la comunidad sobre la función de acompañamiento en sillas de ruedas.**

CRITERIOS	ANTES DE LA CAPACITACIÓN	DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN
SI	10%	100%
NO	90%	0%
TOTAL	100%	100%

FUENTE: Formulario de Encuesta  
ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

## GRÁFICO N° 17

**Criterio de los encuestados miembros de la comunidad sobre la función de acompañamiento en sillas de ruedas.**



FUENTE: Formulario de Encuesta  
ELABORADO POR: Lcdo. Raúl Torres

**Análisis e interpretación** Se observa en el cuadro y gráfico No. 17 que antes de la capacitación los encuestados desconocían sobre la función de acompañamiento en sillas de rueda en un 50%. Al final de la capacitación mejoraron sus conocimientos en un 100%.

## EVALUACIÓN DEL INDICADOR DEL PROPÓSITO

**PROPÓSITO:** Las personas con discapacidad que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino reciben buena calidad de atención.

### INDICADOR

Hasta Marzo 18 del 2012, el 90% las personas con discapacidad que se atienden en el Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino reciben buena calidad de atención

- Para este propósito se tomó una muestra de 104 personas, entre familiares, personas con discapacidad y comunidad en general; cuyos resultados fueron los siguientes.

### CUADRO No. 18

**Encuesta de satisfacción en la atención a las personas con discapacidad con una muestra de 104 personas entre familiares, personas con discapacidad y comunidad**

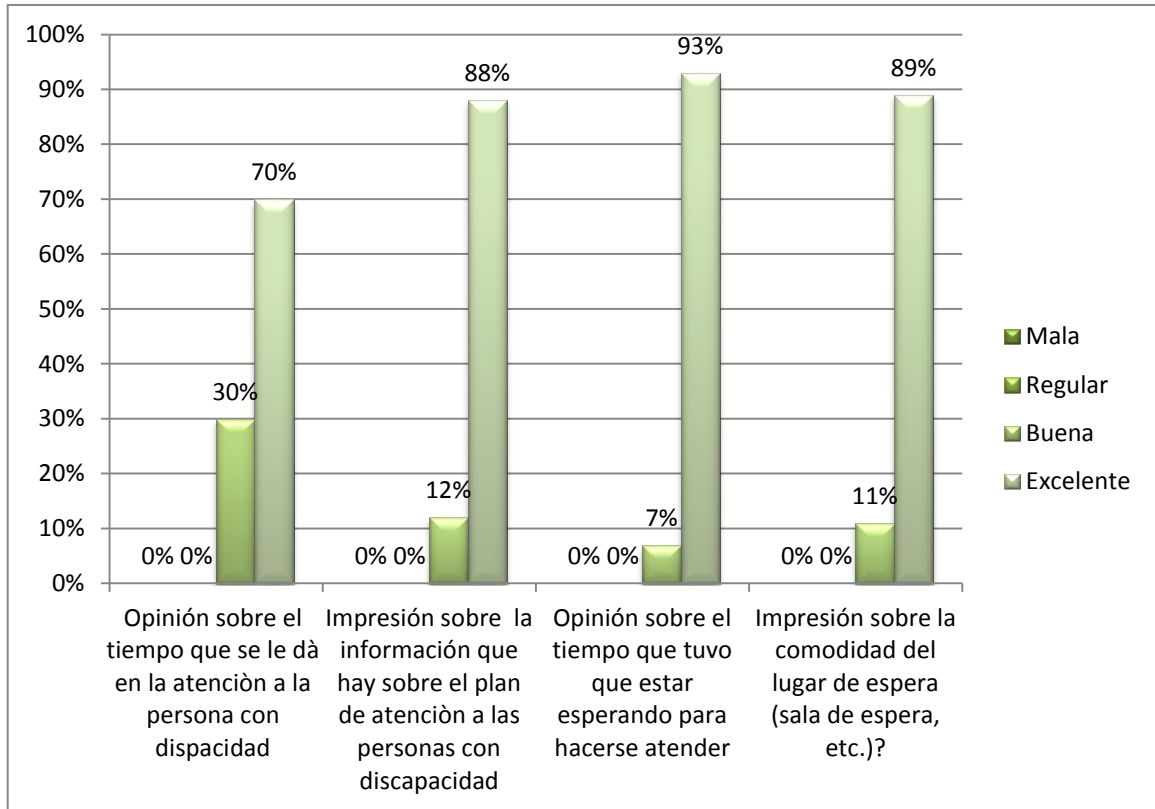
ITEMS	Mala		Regular		Buena		Excelente	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Opinión sobre el tiempo que se le dà en la atención al la persona con discapacidad	0	0%	0	0%	31	29,81	73	70,2
Impresión de la publicidad y la información que hay sobre el plan de atención a las personas con discapacidad	0	0%	0	0%	12	11,54	92	88,5
Opinión sobre el tiempo que tuvo que estar esperando para hacerse atender	0	0%	0	0%	7	6,73	97	93,3
Impresión sobre la comodidad del lugar de espera (sala de espera, etc.)?	0	0%	0	0%	11	10,58	93	89,4
Opinión sobre el lugar en que le hicieron lo atendieron	0	0%	0	0%	14	13,46	90	86,5
Opinión sobre el trato del personal que le recibió en el área	0	0%	0	0%	2	1,92	102	98,1
Opinión sobre las explicaciones que le dieron durante la atención	0	0%	0	0%	6	5,77	98	94,2
Opinión sobre el tiempo que tuvo que esperar hasta recibir atención	0	0%	0	0%	11	10,58	93	89,4
Su valoración global del plan de atención a las personas con discapacidad	0	0%	0	0%	1	0,96	103	99,0
ITEMS	Nunca		Casi seguro que no		Tal vez		Si	
¿Volverá para ser atendido otra vez en el servicio de salud?	0	0%	0	0%	0	0%	104	100
¿Recomendaría el servicio de salud a otras personas?	0	0%	0	0%	0	0%	104	100

**FUENTE:** Formulario de Encuesta

**ELABORADO POR:** Lic. Raúl Torres

## GRÁFICO No. 18

### Encuesta de satisfacción en la atención a las personas con discapacidad con una muestra de 104 personas entre familiares, personas con discapacidad y comunidad



**FUENTE:** Formulario de Encuesta

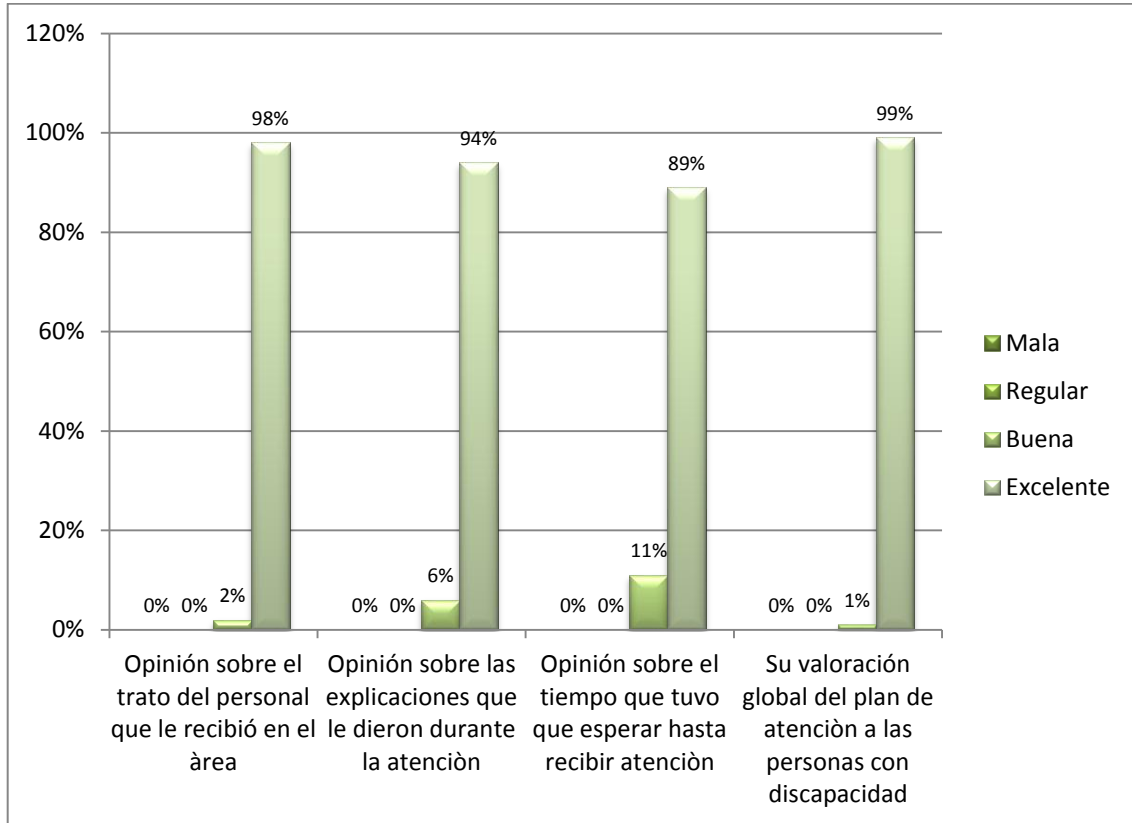
**ELABORADO POR:** Lic. Raúl Torres

#### Análisis:

Este cuadro y gráfico No. 18 nos muestra la opinión de los/as usuarios en la atención en el dispensario medico, los cuales catalogaron como excelente en un 70% el tiempo que se le brindó en cada atención y el restante 30% como buena. En cuanto a información recibida un 88% contestó que excelente mientras un 10% como muy buena. Según el tiempo que espero para hacerse atender los usuarios consideraron que fue excelente en un 93% y buena en un 7%. El lugar en la que esperaron la atención fue en un 89% con excelente y un 11% como bueno.

## GRÁFICO No. 19

### Encuesta de satisfacción en la atención a las personas con discapacidad con una muestra de 104 personas entre familiares, personas con discapacidad y comunidad



**FUENTE:** Formulario de Encuesta  
**ELABORADO POR:** Lic. Raúl Torres

#### Análisis:

La tabla No. 18 y el gráfico No. 19 En este gráfico podemos observar las respuestas de los usuarios que asistieron al dispensario médico, quienes consideraron que el trato que recibió en el lugar fue en un 98 % excelente y en un 2% buena. En cuanto a la explicación el 94% consideraron que fue excelente mientras un 5% como buena, en cuanto a la valoración global del plan un 99% considera que fue excelente mientras el 1% como buena.

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **Conclusiones**

Que se cumplió con el 100% de los objetivos.

Que la implementación del plan de atención primaria a las personas con discapacidad por parte del equipo de salud del Dispensario Médico el progreso 1 del SSC, ha permitido a los pacientes con discapacidad y familiares mejorar su salud y calidad de atención. Todo esto redundará en el fortalecimiento de la calidad de vida para estas personas.

Que la aplicación del plan de atención primaria a las personas con discapacidad son un factor importante y decisivo para disminuir las complicaciones en este grupo de usuarios

Al 100% de las personas con discapacidad que asisten al Dispensario Médico se les aplicó el plan de atención brindando una atención de calidad dirigido a mejorar los problemas médicos, sociales y funcionales que aquejan a este grupo y de esta manera tomando acciones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Que la actualización del equipo de salud se cumplió en un 100% contribuyendo positivamente en el mejoramiento de la salud de los pacientes con discapacidad.

Que se logró informar a las familias, personas con discapacidad y comunidad sobre aspectos importantes del cuidado del discapacitado en casa, Motivación de la familia para el cuidado de la salud, en la toma de opciones saludables para transformar sus estilos de vida.

### **Recomendaciones**

Que la implementación de plan de atención primaria a las personas con discapacidad por parte del equipo de salud, permita a este grupo con el apoyo de sus familiares, mejorar su calidad de vida.



Que la información a los familiares sobre la atención del paciente con discapacidad en casa se realice de forma continua.

Que las autoridades responsables Dispensario Medico coordinen y ejecuten planes programas y proyectos en bienestar de la población vulnerable.

## BIBLIOGRAFÍA

2. Academia Argentina de letras. Boletín. Tomo XLII, nº 165-166, dic. 1977, Pág. 435-437.
3. Aguilar, G (2005). Centros de Atención Integral para Personas Adultas con Discapacidad (CAIPAD). [Exposición]. San José, Costa Rica.
4. Alfaro Trejos, S. (2005). Diseño de una estrategia de recreación para el Parque del Este en Montes de Oca
5. Araya S (2007). De lo invisible y lo cotidiano. Familias y discapacidad. En: Revista Electrónica publicada por el Instituto de Investigación en Educación.
6. Barrantes L (2007b). Políticas Sociales Inclusivas para las Personas en condición de discapacidad. Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial.
7. Barrantes, R (2006). Investigación: un camino al conocimiento. EUNED. San José.
8. BURGWAL Gerrit, CUÉLLAR Juan Carlos; *Planificación Estratégica y Operativa Aplicada a Gobiernos Locales*, Quito, Ediciones Abya Yala(2009)
9. CASADO, José Manuel; *El Directivo del Siglo XXI*, segunda edición, Ediciones Gestión 2000, Barcelona.
10. DANTE ORELLANA, Salvador; *La Salud en la Globalización*, Quito, Ed. Abya Yala.(2010)
11. Durán Araya, G (2006). Estrategias que utilizan las personas jóvenes en condición de discapacidad para afrontar las barreras físicas y sociales existentes en la enseñanza media.
12. Filmer D. Disability, poverty, and schooling in developing countries: results from 14 household surveys. *The World Bank Economic Review*, 2008,22:141-163. doi:10.1093/wber/lhm021
13. Guía didáctica: Escola Torres, Gladys; *Dirección y Liderazgo en Salud-* Módulo I.
14. Guía didáctica: Piedra, María del Carmen. Reestructurada: Dra. Buele Maldonado, Norita; *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud-* Módulo IV.
15. Guía didáctica: Gonzalo Bonilla P. MD. Msc. Desarrollo Local y Salud. Modulo 1 Primer Ciclo.(2009)
16. Guía didáctica: Velasco Garcés, María de Lourdes; *Problemas de Salud Internacionales-* Módulo III.
17. Guía didáctica: Lucio Romero, Ruth Alicia; *Economía y Salud-* Módulo I.

18. Haualand H, Allen C. Deaf people and human rights. Helsinki, World Federation of the Deaf and Swedish National Association of the Deaf, (2009)
19. He global burden of disease: 2004 update. Geneva, World Health Organization, (2008)
20. HIDALGO VEGA, Álvaro; *Economía de la Salud*, Madrid España, Editorial Pirámide.
21. Mayon Juan, “manual de educación especial, deficiencias, discapacidades y minusvalías. Núñez Blanca “familia y discapacidad de la vida cotidiana a la teoría” Editorial Lugar. Año (2008)
22. Oportunidades para las personas con discapacidad en el periodo de gracia.
23. SHRIBERG, Arthur; *Liderazgo Práctico. Principios y Aplicaciones*, Compañía Editorial Continental, México.
24. Sickness, disability and work: breaking the barriers. A synthesis of findings across OECD countries. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, (2010)
25. Valerín Ramírez, J y Sánchez Alvarado, D (2004). Efecto de un programa de actividad física – recreativa en el autoconcepto físico y genera
26. Vargas Masís, T (2004). Análisis de la aplicación de la Ley 7600 de Igualdad de
27. World Health Survey. Geneva, World Health Organization, 2002–2004 (<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/>, accessed 9 December 2009)

## Linkografía

28. Personas discapacitadas: panorama mundial. Universidad Las Tunas, Cuba. Recreación y discapacidad: Un análisis desde la categoría trabajowww.ts.ucr.ac.cr
29. Grech S. Living with disability in rural Guatemala: exploring connections and impacts on poverty. *International Journal of Disability, Community and Rehabilitation*, 2008, 7(2) (<http://www.ijdcr.ca/>
30. Michailakis D. Government action on disability policy: a global survey. Stockholm, Institute on Independent Living,
31. ([http://www.independentliving.org/standardrules/UN\\_Answers/UN.pdf](http://www.independentliving.org/standardrules/UN_Answers/UN.pdf), accessed
32. Torres León R y León Ramírez M (2006). Teletrabajo como opción a la inserción Eide AH et al. Living conditions among people with activity limitations in

- Zimbabwe: a representative regional survey. Oslo, SINTEF, 2003a  
(<http://www.safod.org/Images/LCZimbabwe.pdf>,
33. Eide AH, van Rooy G, Loeb ME. Living conditions among people with activity limitations in Namibia: a representative, national study. Oslo, SINTEF, 2003b  
(<http://www.safod.org/Images/LCNamibia.pdf>,
- 34.9. Loeb ME, Eide AH, eds. Living conditions among people with activity limitations in Malawi: a national representative study. Oslo, SINTEF, 2004  
(<http://www.safod.org/Images/LCMalawi.pdf>

## APÉNDICE N<sup>o</sup> 1

### FICHA DE CONTROL DEL AVANCE DEL PROYECTO DE ACCIÓN

Nombres y apellidos: Lic. Raúl Torres

Centro Universitario: Universidad Técnica Particular de Loja

” Plan de atención primaria a las personas con discapacidad en el en el Dispensario Médico El Progreso 1 del Seguro Social Campesino. 2012”

RESULTADOS ESPERADOS O COMPONENTES DEL PROYECTO	INDICADORES	CRONOGRAMA 2012					OBS.
		N	D	E	F	M	
Plan de atención primaria a las personas con discapacidad diseñado y ejecutándose.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Noviembre 10 del 2011 el 100% del Plan diseñado.</li> <li>• Hasta Marzo 18 del 2012 el 100% del Plan aplicándose.</li> </ul>			50%		100%	
Equipo de salud actualizado sobre el plan de atención primaria a las personas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Noviembre 31 del 2011 el 100% del equipo de salud actualizado en el Plan de atención a las personas discapacidad</li> </ul>	100%					
Paciente, familia y comunidad informados sobre la atención a la persona con discapacidad en el domicilio	Hasta Diciembre 14 del 2011 el 100% de pacientes, familias y comunidad informados sobre en la atención a la persona con discapacidad en el domicilio			100%			

**Tutora: Mg. Marcela Viteri de Delgado  
DIRECTORA DE TESIS**

## APÉNDICE No 2

### TRIPTICOS, INVITACIONES, MATERIAL EDUCATIVO



## APENDICE No 3

### ENCUESTAS

VALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DIRIGIDA AL EQUIPO DE  
EVALUACIÓN REALIZADA AL EQUIPO DE SALUD DEL DISPENSARIO PROGRESO I DEL  
SEGURO SOCIAL CAMPESINO

1. CREE USTED QUE DE DEBE APLICAR UN PLAN DE ATENCIÓN PRIMARIA A LOS USUARIOS CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

- SE DEBE APLICAR EL PLAN*
- NO SE DEBE APLICAR EL PLAN*
- A VECES*

1. CUALES CONSIDERA USTED QUE SON LOS PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES DISCAPACITADOS QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO DESPUÉS DE LA CAPACITACIÓN.

- RESPECTO POR LA DIVERSIDAD, PERSPECTIVA DE GÉNERO Y LA CALIDAD DE VIDA*
- FOCALIZAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE*
- LA SALUD COMO NORMA DE VIDA, LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LOS CUIDADOS COMUNITARIOS*

2. CUAL CREE USTED QUE DEBERÍA SER EL ENFOQUE DE LA ESTRATEGIA DE R.B.C EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

- LOGRAR LA INCLUSIÓN FÍSICA Y SOCIAL DE LA PERSONA QUE TIENE DISCAPACIDAD, Y SU FAMILIA, A LA VIDA ACTIVA DE LA COMUNIDAD*
- RESPONSABILIDAD DE TODOS LOS SECTORES DE LA SOCIEDAD*

3. CRITERIO DEL EQUIPO DE SALUD SOBRE LA MOVILIDAD EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

- DEBEN CONOCERSE CUÁLES SON LAS CAPACIDADES DE ESA PERSONA Y DARLE MAYOR AUTONOMÍA Y MEJORAR SU AUTOESTIMA*
- MOTIVAR A QUE INTENTE HACER LAS COSAS POR SI MISMO.*

4. SABE USTED COMO DEBE SER LA NUTRICIÓN EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

*LA DIETA DEBE SER EQUILIBRADA Y COMPLETA.*

*DEBEN PROPORCIONARSE FRUTAS Y VERDURAS.*

5. PARA QUE CONSIDERA USTED SON LOS CAMBIOS POSTURALES EN LOS PACIENTES CON DISCAPACIDAD QUE SE ATIENDEN EN EL DISPENSARIO EL PROGRESO I DEL SEGURO SOCIAL CAMPESINO.

*CONSEGUIR QUE TODAS LAS PARTES DEL CUERPO DEBEN ESTAR CORRECTAMENTE ALINEADAS*

*DISTRIBUIR SU PESO CORPORAL*

**GRACIAS.**



**ENCUESTA REALIZADA A LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD EL  
PROGRESO 1 DE SAN PLÁCIDO.**

**1. CONOCE USTED COMO DEBEN REALIZARSE LAS MOVILIZACIONES  
POSTURALES EN PACIENTES CON DISCAPACIDAD.**

- SI CONOCEN*
- NO CONOCEN*

**2. CONOCE USTED SOBRE LA NUTRICIÓN DEL MIEMBRO FAMILIAR CON  
DISCAPACIDAD.**

- SI CONOCEN*
- NO CONOCEN*

**3. CONOCE USTED COMO DEBE RELIZAR EL ASEO DE UN PACIENTE  
CON DISCAPACIDAD.**

- SI CONOCEN*
- NO CONOCEN*

**4. CONOCE USTED CUALES SON LAS FUNCIONES DE LA PERSONA  
CUIDADORA.**

- SI CONOCEN*
- NO CONOCEN*

**5. CONOCE USTED CUANDO Y COMO REALIZAR LOS CAMBIOS  
POSTURALES. EN UNA PERSONA CON DISCAPACIDAD ENCAMADA.**

- SI*
- NO*

**APÉNDICE No 5**  
**FOTONARRATIVA**  
**REUNION CON DIRECTIVOS**



**REUNION CON DIRECTIVOS**



*REUNIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD*



*REUNIÓN CON EL EQUIPO DE SALUD*



*CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD*



*CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD*



## CAPACITACIÓN A LAS FAMILIA



## CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS



## CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS





## CAPACITACIÓN A LAS FAMILIA



## CAPACITACIÓN A LAS FAMILIA



## CAPACITACIÓN A LAS FAMILIA



## CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SLAUD



## CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SLAUD



## CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SLAUD



**CLUD DE CUIDADORES DE LOS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**





**APÉNDICE No 7**  
**OFICIOS ENVIADOS, RECIBIDOS Y ACTAS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*  
MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

**ACTA CONSTITUTIVA DEL CLUB DE PACIENTES DISCAPACITADOS**

**CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.-** Intervienen en la celebración de la presente Acta Constitutiva, por una parte la Dra. Bélgica Álvarez, Directora del Dispensario Progreso I del Seguro Social Campesino de la Parroquia San Plácido del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí, el Lcdo. Raúl Torres Roldán, Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja y Representante de líderes comunitarios.

**CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.-** El Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta Acta Constitutiva con la finalidad de que se forme el Club de Pacientes Discapacitados de las diferentes comunidades dependientes del Dispensario El Progreso I del Seguro Social Campesino.

**CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.-** El objeto de la presente Acta Constitutiva es dejar conformado el Club de Discapacitados a efecto de que se constituya en un espacio de discusión, actualización, socialización e interrelación entre paciente (discapacitado), familia, comunidad y equipo de salud del Dispensario Médico El Progreso I del SSC con el objetivo de mejorar la calidad de vida del discapacitado en sus diferentes etapas.

La Directiva quedó conformada de la siguiente manera:

Presidente

Vice-Presidente

Secretario

Tesorero

Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 15 de Diciembre del 2012

**Dra. Bélgica Álvarez**  
Directora Dispensario Médico  
El Progreso I SSC.

**Lcdo. Raúl Torres Roldán**  
Maestrante de la Universidad Técnica  
Particular de Loja





**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**ACTA DE COMPROMISO**

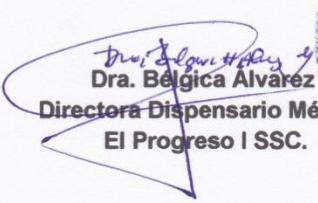
**CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.-** Intervienen en la celebración de la presente Acta de Compromiso, por una parte la Dra. Bélgica Álvarez, Directora del Dispensario Progreso I del Seguro Social Campesino de la Parroquia San Plácido del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí y el Lcdo. Raúl Torres Roldán, Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja

**CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.-** El Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta Acta de Compromiso con la finalidad de que se pueda brindar una atención primaria, domiciliaria e integral a los pacientes discapacitados de las diferentes comunidades dependientes del Dispensario El Progreso del Seguro Social Campesino, que permita satisfacer esta necesidad sentida durante algunos años.

**CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.-** El objeto de la presente Acta de Compromiso es brindar el servicio de atención primaria, domiciliaria e integral por parte del Dispensario Médico El Progreso I, tanto a afiliados como no afiliados al mismo.

**CLÁUSULA CUARTA: PLAZO.-** El plazo de la presente Acta de Compromiso es de dos años calendario. Sin embargo este plazo puede ser ampliado sin otro requisito que no se la firme voluntad de las partes de continuar con la vigencia del convenio por dos años o más.

Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 1 de Noviembre del 2011.

  
**Dra. Bélgica Álvarez**  
Directora Dispensario Médico  
El Progreso I SSC.



  
**Lcdo. Raúl Torres Roldán**  
Maestrante de la Universidad Técnica  
Particular de Loja



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*  
**ESCUELA DE MEDICINA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**ACTA DE COMPROMISO**

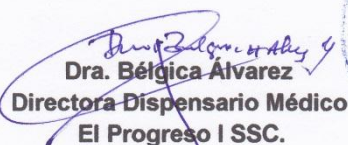
**CLÁUSULA PRIMERA.- INTERVINIENTES.-** Intervienen en la celebración de la presente Acta de Compromiso, por una parte la Dra. Bélgica Álvarez, Directora del Dispensario Progreso I del Seguro Social Campesino de la Parroquia San Plácido del Cantón Portoviejo, provincia de Manabí y el Lcdo. Raúl Torres Roldán, Egresado de la Maestría de Gerencia en Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja

**CLÁUSULA SEGUNDA.- ANTECEDENTES.-** El Egresado de la Universidad Técnica Particular de Loja, realiza esta Acta de Compromiso con la finalidad de que se pueda brindar una atención primaria, domiciliaria e integral a los pacientes discapacitados de las diferentes comunidades dependientes del Dispensario El Progreso del Seguro Social Campesino, que permita satisfacer esta necesidad sentida durante algunos años.

**CLÁUSULA TERCERA: OBJETO.-** El objeto de la presente Acta de Compromiso es brindar el servicio de atención primaria, domiciliaria e integral por parte del Dispensario Médico El Progreso I, tanto a afiliados como no afiliados al mismo.

**CLÁUSULA CUARTA: PLAZO.-** El plazo de la presente Acta de Compromiso es de dos años calendario. Sin embargo este plazo puede ser ampliado sin otro requisito que no se la firme voluntad de las partes de continuar con la vigencia del convenio por dos años o más.

Para constancia firman las partes involucradas en este proyecto como aceptación del mismo al 1 de Noviembre del 2011.

  
**Dra. Bélgica Álvarez**  
Directora Dispensario Médico  
El Progreso I SSC.



  
**Lcdo. Raúl Torres Roldán**  
Maestrante de la Universidad Técnica  
Particular de Loja





# UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

*La Universidad Católica de Loja*

MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

El Progreso, Noviembre 16 del 2011

Dra.  
**Bélgica Alvarez, Directora**  
**DISPENSARIO EL PROGRESO DEL SSC**  
Ciudad

De mis consideraciones:

Con ocasión de encontrarme realizando mi Tesis, invito a usted muy comedidamente para que integre el equipo de salud que visitará la comunidad, para hacer un reconocimiento de la situación de salud de los discapacitados de esta comunidad en el lugar de su domicilio.

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

De usted atentamente,

**Lic. Raul Torres Roldán**  
**MAESTRANTE DE LA UNIVERSIDAD**  
**TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



**Dra. Bélgica H. Alvarez I.**  
**MÉDICO TRATANTE**  
**Seguro Social Campesino**  
Cód. 1419

Recibido. 11-16-211  
  
**SEGURO SOCIAL CAMPESINO**  
DPTO. PROVINCIAL MANABÍ  
  
**IESS** Sra. Lorena Macías Zambrano  
AUXILIAR DE ENFERMERÍA



SEGURO SOCIAL CAMPESINO  
CENTRO REGIONAL 6  
Dispensario: El Progreso 1  
IESS Código No. 240113003

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*  
**MAESTRÍA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

El Progreso, Noviembre 16 del 2011

Lcda.  
**Lorena Macías, Enfermera**  
**DISPENSARIO EL PROGRESO DEL SSC**  
Ciudad

De mis consideraciones:

Con ocasión de encontrarme realizando mi Tesis, invito a usted muy comedidamente para que integre el equipo de salud que visitará la comunidad, para hacer un reconocimiento de la situación de salud de los discapacitados de esta comunidad en el lugar de su domicilio.

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

De usted atentamente,

**Lic. Raul Torres Roldán**  
**MAESTRANTE DE LA UNIVERSIDAD**  
**TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



Recibido 17 de 2011-16  
SEGURO SOCIAL CAMPESINO  
DPTO. PROVINCIAL MANABI  
  
IESS Sra. Lorena Macías Zambrauc  
AUXILIAR DE ENFERMERIA







UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER

NOMBRES Y APELLIDOS	No.C. IDENT.	FIRMA
Bruno Molina Santa Luz	1305017558	Bruno Molina
Rody Stalin Corvallos Morina	070312450-3	Rody Corvallos M
Ponce Jorgy Jovante Inuend	1303734428	Jovante Ponce
Rider Antonio	7304827913	Rider Antonio
Julio Garis	4007082439	Julio Garis
Manuel Bernabé	130086638-0	Manuel Bernabé
Alison Zava	130470424-8	Alison Zava
Maria Guzman	1304286371	Augusta Bernabé
Pablo Zambrano	130137886-3	Pablo Zambrano
Lauriano Sánchez	7306432905	Lauriano Sánchez
Eusebio Zambrano	730830735-5	Eusebio Zambrano
Antonio Intriago Vergara	731427564-3	Antonio Intriago Vergara
VERGARA RUIZ VICENTE BOGOT	730355165-7	Vicente Bogot
Jose Medrona Berber	130195201-6	Jorge Medrona
Johanna Libette Giraldo Morera	1309570214	Johanna Giraldo
Carmen Marlene Latorre Macías	130851868-9	Carmen Latorre
Yandri Rafael Amézaldes Rodríguez	130919023-1	Yandri Amézaldes
Glen Pinangite Izondo	130195788-0	Glen Pinangite



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL  
HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER

NOMBRES Y APELLIDOS	No.C. IDENT.	FIRMA
ZENEN Pablo Mero Mero	130613902-1	Pablo Mero.
Asia Evangelista Molina Garcia	130361127-9	Asia Molina
Jose Fortunato Bravo Cevallos	1300795430	Fortunato Bravo.
Lisania Elizabeth Montes Belon	1310445406	Lisania Montes.
Alote P. sco Manso Maripano	131132509-2	
P. sco Blanca Asuncion	130704209-6	
Rosa Angelina Pazmino Uroa	130360170-0	Rosa Pazmino
Esperanza Maribel Alcivar Bujon	13069064-3	
Maria Alexandra Velez	1314324466	
Cedeno Balon Lombon	13117989-7	
Balon Sarmaza Maria	130127639-8	Mariator Bautista
Cedeno Sarmaza Manuel	130127286-8	
Vergara Edita del Socorro	130216973-3	Edita Vergara
Macias Medranda Dolanda	132297632-7	Yolanda Macias





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA  
*La Universidad Católica de Loja*

MAESTRÍA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL  
HOJA DE ASISTENCIA AL TALLER

NOMBRES Y APELLIDOS	No.C. IDENT.	FIRMA
Rosa Margarita Palacios V.	130802069-5	
Dennis Ruiz	130859181-5	Rosa Margarita Palacios V.
Dennis Ruiz	130489248	
Agustín Vidal	17197048-1	Agustín Vidal
Barroen Soris	131021324-9	Barroen Soris
Mercedes Vidal		Mercedes Vidal
Gloria Vidal	131247899-1	Gloria Vidal
Francisca Vidal Loon	130700179-0	Francisca Vidal Loon
Sabando Brabo Meise elisena	131046427-4	
Moreira Briones Altagro Elpidio	130133450-1	
Sanchez Fernandez Sonia	13194318-5	
Briones Velez Cecilia	1307065803	
Borotto Cedeno Elsa	1307210707	
Maria Albina Merillo	13045492-9	





