



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA ADMINISTRATIVA

TITULACIÓN EN MAGISTER EN GESTIÓN Y DESARROLLO SOCIAL

“Análisis de la atención a personas con discapacidad a través de los programas y servicios en salud en la provincia de Pichincha. Año 2012.”

TRABAJO DE FIN DE MAESTRÍA

AUTOR: García Calle, Mayra Alejandra

DIRECTORA: Moreno Pramatarova, Mila Inés, Dra.

Centro Universitario: TURUBAMBA- QUITO

2013

CERTIFICACIÓN

Dra.

Mila Inés Moreno Pramatarova.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE MAESTRIA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado: **“Análisis de la atención a personas con discapacidad a través de los programas y servicios en salud en la provincia de Pichincha. Año 2012.”** realizado por el profesional en formación García Calle Mayra Alejandra; 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 contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Quito, 22 de febrero del 2013

F:

Dra: Mila Inés Moreno Pramatarova

DIRECTORA DE TESIS



DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, García Calle Mayra Alejandra, declaro ser autora del presente trabajo 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.
Autora: Garcia Calle Mayra Alejandra
Cédula: 1103815401



DEDICATORIA

El presente trabajo investigativo, que representa todo el esfuerzo y sacrificio para cumplirlo, lo dedico a mi padre Germán García, quien hoy descansa en paz y fue una persona con discapacidad visual y sufrió en carne propia la falta de atención en salud y a todas las personas con discapacidad que viven en el Ecuador y así como a las personas que se sienten y actúan como responsables y protagonistas en la construcción de una sociedad justa y solidaria.

f).....

AUTORA DE LA TESIS

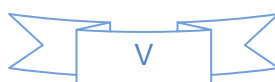
AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud a quienes han apoyado incondicionalmente esta etapa de crecimiento en mi formación profesional: mis padres y mi familia que con su infinito amor y dedicación en todo momento para el término de mi maestría.

A la Dra. Mila Moreno directora de la tesis que me ha ofrecido su apoyo en el desarrollo del trabajo, ayuda vital importancia para la culminación exitosa del mismo que permitirá ofrecer conocimientos importantes de la provincia de pichincha.

Además a todas aquella personas que de una u otra forma me han apoyado y colaborado para la realización de mi trabajo de investigación Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Discapacidades, hospitales públicos y privados de la provincia de Pichincha, comunidad.

La autora



ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÒN.....	II
DECLARACION DE AUTORÍA Y CESIÒN DE DERECHOS.....	III
DEDICATORIA	IV
AGRADECIMIENTO	V
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	VI
CONTENIDO DE ILUSTRACIONES.....	IX
CONTENIDO DE TABLAS.....	X
RESUMEN EJECUTIVO.....	XI
ABSTRACT.....	XII
INTRODUCCIÒN.....	1
CAPÍTULO I.....	3
MARCO TEÓRICO	3
1.1 QUÉ ES LA DISCAPACIDAD.....	4
1.2 PERSONAS CON DISCAPACIDAD.....	5
1.3 DERECHO DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD A LA SALUD.....	8
1.4 EVOLUCIÒN HISTÓRICA DE DISTINTAS FORMAS DE DENOMINACIÒN Y CONNOTACIÒN DE DISCAPACIDAD.....	9
1.5 CLASIFICACIÒN DE LAS DISCAPACIDADES: CIDDM / CIF.....	11
1.5.1 La ClasificaciÒn Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías:CIDDM.....	11
1.5.2 La CIF.....	15
1.5.3 Diferencias entre CIF Y CIDDM.....	20
1.6 CLASIFICACIÒN DE LAS DISCAPACIDADES SEGÚN EL CONADIS.....	20
1.6.1 Estructura de la clasificaciÒn de tipo de discapacidad.....	20
CAPITULO II.....	24
DISCAPACIDAD EN CIFRAS.....	24
2.1 DATOS ESTADÍSTICOS Y DEMOGRÁFICOS DE LA DISCAPACIDAD A NIVEL MUNDIAL.....	25
2.2 ESTUDIOS NACIONALES SOBRE DISCAPACIDADES EN EL ECUADOR.....	29
2.3 PRINCIPALES RESULTADOS OBTENIDOS POR EL CONADIS.....	30
2.4 DISCAPACIDAD EN LA PROVINCIA DE PICHICHA.....	31
2.4.1 Discapacidad en la provincia de Pichincha, Registradas por la Misión Manuela Espejo, Según en cada Cantón.....	33

2.5 RESULTADOS DE DISCAPACIDADES POR LA MISIÓN MANUELA ESPEJO 2010-2012	39
2.5.1 Casos con Discapacidad Estudiados y Casos Críticos Registrados SEGÚN Misión Solidaria Manuela Espejo:	45
2.6 Personas con Discapacidad Identificadas por la Misión Manuela espejo	46
2.6.1 Demanda y Oferta de la atención a PCD en Ecuador	47
2.6.2 Estimación del Déficit o Demanda Insatisfecha.	48
2.7 La investigación epidemiológica del programa misión manuela espejo 2010-2011.	48
2.8 PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD A LAS PCD EN EL ECUADOR.	49
2.8.1 PROGRAMAS DE ATENCIÓN EN SALUD ELABORADO POR ELCONADIS.	50
2.8.2 PROGRAMAS DE LA VICEPRESIDENCIA DEL ECUADOR.	52
2.8.3 ECUADOR SIN BARRERAS.	53
2.8.3.1 Misión Solidaria Manuela Espejo.	54
2.8.3.2 Programa “Joaquín Gallegos Lara.”	54
2.8.3.3 Programa Nacional de Tamizaje Neonatal “Con Pie Derecho”	56
2.9 ATENCIÓN EN SALUD EN EL SECTOR PÚBLICO, PRIVADO	58
2.9.1 DIRECCIÓN NACIONAL DE DISCAPACIDADES, REHABILITACIÓN Y CUIDADO ESPECIAL EN SALUD.	60
2.9.2 PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA PROVINCIA DE PICHINCHA, 2012.	61
2.10 LAS PRINCIPALES DIFICULTADES Y BENEFICIOS QUE TIENEN LOS PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD EN LA PROVINCIA DE PICHINCHA, 2012.	63
2.10.1 La cobertura Pública, Privada y Mixta en programas y servicios de salud.	64
2.10.2 Uso de los servicios y programas de atención en salud en la provincia de Pichincha.	64
2.10.3 Necesidades de servicios especializados de salud.	65
CAPITULO III.	67
METODOLOGÍA.	67
3.1 PARTICIPANTES	69
3.2 MATERIALES E INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.	69
3.3 MÉTODO Y PROCEDIMIENTO.	70
3.4 TÉCNICAS	71
3.5 ANÁLISIS DE RESULTADOS	73
3.5.1 Datos generales.	73
3.5.2 Datos sobre la discapacidad.	77

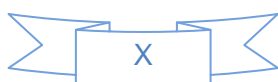
3.5.3	Datos Sobre los Seguros de Salud.....	80
3.5.4	Datos sobre los niveles de atención en salud y sus servicios	83
3.5.5	Número de entrevista realizadas a las autoridades pertinentes relacionadas con los programas y servicios de atención en salud en la provincia de Pichicha, 2012.....	88
CAPITULO IV		93
CONCLUSIONES		93
RECOMENDACIONES		96
BIBLIOGRAFÍA.....		100
ANEXOS.....		103
ANEXOS.....		104
ANEXO		111

CONTENIDO DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1: Dimensiones del CIDDM.....	13
Ilustración 2: Versión española de la CIDDM.....	14
Ilustración 3: Visión del Conjunto de la CIF.....	17
Ilustración 4: La distribución Mundial de las principales causas de la discapacidad Visual ..	26
Ilustración 5: Programa "Con Pie Derecho"	56
Ilustración 6: Cobertura de los Programas de Tamizaje Metabólico en Latinoamérica.....	58
Ilustración 7: Atención en Salud en el Sector Público y Privado.....	64
Ilustración 8: PCD en la provincia de Pichincha, según el Sexo.....	73
Ilustración 9: PCD según el grupo de edad en Pichincha.....	74
Ilustración 10: PCD según los cantones de Pichincha	76
Ilustración 11. Tipo de Institución que cubren los seguros de salud a PCD.	81
Ilustración 12 Unidades de atención en Salud más utilizadas por las PCD	83
Ilustración 13 Tipos de atención recibido por las unidades de atención a las PCD	84
Ilustración 15 Nivel de Satisfacción por los programas de atención recibidos.....	87

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1: Términos Peyorativos para referirse a una PCD	6
Tabla 2: DERECHOS DE LAS PCD A LA SALUD	8
Tabla 3: ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS DEFINICIONES DE DISCAPACIDAD DE LA (OMS).....	15
Tabla 4: Diferencia entre la Clasificación CIDDM/ CIF	20
Tabla 5: Persona Con Discapacidad, SEGÚN POR TIPO A NIVEL CANTONAL EN PICHINCHA 2012	32
Tabla 6: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Cayambe.	33
Tabla 7: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Puerto Quito.....	34
Tabla 8: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Pedro Moncayo.....	34
Tabla 9: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Pedro Vicente Maldonado.....	35
Tabla 10: Distribución de las PCD en el Cantón Mejía.....	36
Tabla 11: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón San Miguel de los Bancos.....	37
Tabla 12: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Quito.....	37
Tabla 13: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Rumiñahui.....	39
Tabla 14: RESULTADOS DEL PROGRAMA MANUELA ESPEJO (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2011).....	41
Tabla 15: PCD SEVERA EN CONDICIONES CRÍTICAS A NIVEL NACIONAL	45
Tabla 16 :PCD Identificadas por la Misión Manuela Espejo.	46
Tabla 17: DEMANDA EFECTIVA A PCD (Llerena, 2012)	47
Tabla 18: OFERTA ESTIMADA DE ATENCIÓN EN SALUD.....	47
Tabla 19: Oferta Estimada de atención en Salud.....	48
Tabla 20 :Programas de Atención en Salud a PCD en Ecuador.....	51
Tabla 21: Programas de atención a PCD.....	53
Tabla 22: Acceso a Servicios de Salud a PCD.....	59
Tabla 23:PCD, en la provincial de Pichincha, según el INEC 2010.....	69



RESUMEN EJECUTIVO

Esta investigación sobre el análisis de atención a Personas Con Discapacidad (PCD), a través de los programas y servicios de: salud en la provincia de Pichincha, año 2012; busca analizar la calidad y cobertura de la atención a PCD para determinar los niveles de acceso y calidad de los servicios, en el sector público y privado; para la muestra investigativa corresponde a 383 personas con discapacidad.

En la investigación se realizó encuestas y entrevistas a ciertas Autoridades responsables del MSP, para conocer la opinión de directivos y empleados de instituciones públicas y privadas que dan servicio a personas con discapacidad; donde se conoce a ciencia cierta las fortalezas y debilidades que tienen ciertas instituciones ya sean públicas o privadas en sector salud mediante el cual renace proponer ciertas estrategias para mejorar el acceso de estos servicios y programas en salud para las personas con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: salud pública, servicio de salud, personas con discapacidad

ABSTRACT

The purpose of this research is to analyze the quality and coverage levels of attention programs and health services provided to Disable People (PCD for its Spanish translation) on Pichincha, province of Ecuador, during the year 2012. I look to determine these conditions, on the public and private sectors, for a research sample of 383 subjects under physical impairment.

As part of the research we applied a specifically designed survey and some interviews to the authorities in charge of the topic on the Ministry of Public Health of Ecuador. We collected their opinions as well as those from private institutions that also provide services to PCD. From their opinions and the results of the research, we can extract some strengths and weaknesses of the health service providers, whether public or private. We provide some insights about the current situation and propose some innovative strategies to improve the level of access and quality of these services for Disable People.

KEYWORDS: Ministry of Public Health, services provided to Disable People, attention programs and health services provided to Disable People.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación investiga determinar la cobertura sobre la atención de los programas y los servicios en salud para las personas con discapacidad en la provincia de Pichincha.

Durante los años 2009 y 2011, en Ecuador se realizaron 825.576 atenciones médicas a personas con discapacidad o a familiares y se registraron 26.327 casos críticos, mientras que en la provincia de Pichincha es considerada como la segunda provincia de mayor población con discapacidad que necesita la ayuda necesaria y la atención prioritaria por el sector de la salud.

Las instituciones que cuentan con programas y servicios a personas con discapacidad son: CONADIS, MSP, Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Inclusión Social Económico y Social, INFA, la Misión “Manuela Espejo” y Misión “Joaquín Gallegos” por lo tanto estas establecimientos cuentan con programas específicos y un presupuesto para ayudar y beneficiar a las personas con discapacidad.

De acuerdo la ley Orgánica de la Salud para las personas con discapacidad en nuestro País, el día 26 de junio de 2012, el Pleno de la Asamblea Nacional discutió en segundo debate el Proyecto de Ley Orgánica de Discapacidades y se aprobó por unanimidad su texto, donde se detalló mediante el artículo 19, donde el Estado garantizará a las personas con discapacidad el derecho a la salud y asegurará el acceso a los servicios de promoción, prevención, atención especializada permanente y prioritaria, habilitación y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades públicas y privadas que presten servicios de salud, con enfoque de género, generacional e intercultural.

Gracias a las encuesta realizadas por el INEC 2010 ,el CONADIS obtiene datos muy importantes del número de la población con discapacidad permanente durante más de un año, en el Ecuador fue 815.900 PCD que representa un 5,64 %, mientras que en la Provincia de Pichincha fue de 119122 PCD que necesitan ayuda por parte del gobierno y por lo tanto nos facilitó para sacar el número de la muestra fue 383 en la investigación para encuestar, en los distintos establecimientos del sector salud y saber realmente cuantos se benefician de los programas servicios en salud y cuál es la cobertura para la atención a este grupo vulnerable en la provincia.

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

Mientras tanto la atención a personas con discapacidad a través de los programas y servicios en salud en la provincia de Pichincha no solo depende de la capacidad resolutive, o de la oferta de servicios, calidad técnica de los profesionales, entre otros factores, sino también de aspectos no “médicos” vinculados a la atención, incluyendo la relación entre PCD y Médicos y el equipo de salud, tiempos de espera, acceso a la información, trato digno y respetuoso, infraestructura adecuada a necesidades y expectativas de los y las usuarios que en este caso sería las personas con discapacidad PCD.

La investigación de Tesis de Grado está orientada para que sirva de guía base para el Ministerio de Salud Pública, y puedan fortalecer con los programas y servicios de: promoción de la salud integral, prevención de discapacidades, detección oportuna, intervención temprana y ampliación de los programas de atención en salud a personas con discapacidad de manera eficiente en un marco de equidad, respeto a los derechos y dignidad de las personas con discapacidad.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 Qué es la Discapacidad

Al hablar de discapacidad significa que es una persona que tiene innegable limitación para realizar ciertas actividades cotidianas debido a la alteración de sus funciones ya sean: físicas, auditivas, visuales o intelectuales. Por ejemplo la discapacidad puede ser causada ya sea por un accidente o congénita, temporal o permanente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue fundada en el año 1948, siendo el organismo de las Naciones Unidas responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, además de configurar la agenda de las investigaciones en salud, y de prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias mundiales. Por lo tanto define a la discapacidad como cualquier restricción o impedimento de la discapacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano (Barajas, 2007)

De tal manera que la discapacidad es complicada, y las intervenciones para superar las ventajas asociadas a ella son múltiples, sistémicas y varía según el contexto.

La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), fue aprobada por las Naciones Unidas en 2006, pretendió promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales por todas las personas con discapacidad y promover el respeto de su dignidad inherente se hace eco de un cambio importante en la comprensión de la discapacidad y en las respuestas mundiales a este problema (OMS, 2011).

En el informe mundial sobre la Discapacidad reúne dos de sus propósitos con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y facilitar la aplicación de la CDPD y son las siguientes:

- Ofrecer a los gobiernos y a la sociedad civil un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basados en las mejores pruebas disponibles
- Recomendar la adopción de medidas de alcance nacional e internacional.

La vigésima segunda edición del Diccionario de la Real Academia de la Lengua la define a la discapacidad como Cualidad del discapacitado y discapacitado como “Dicho de una

persona: que tiene impedida entorpecida alguna de las actividades cotidianas consideradas normales, por la alteración de sus funciones intelectuales o físicas”¹

La Clasificación Internacional del Funcionamiento², de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada como marco conceptual para el Informe, define la discapacidad como *“un término genérico que engloba deficiencia, limitaciones de actividad y restricciones para la participación. La discapacidad denota los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (como parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles, y falta de apoyo social)”*

1.2 Personas con discapacidad

De acuerdo con el REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY REFORMATORIA DE LA LEY DE DISCAPACIDADES decreta en su artículo 3 que una persona con discapacidad es aquella que tiene una o más deficiencias ya sean físicas, mentales o sensoriales por tanto no puede realizar ciertas actividades de una manera normal como cualquier individuo común y corriente. (CONADIS, 2005)

La Confederación de Personas con Discapacidad Física y Orgánica de la Comunitat Valenciana (COCEMFE CV), aprobaron el 30 de julio del 2010 sustituir a todas las personas referencia a los términos «minusvalía» o «minusválido» por los de «discapacidad» o «personas con discapacidad». (COCEMFE CV, 2010)

Por lo tanto una persona con discapacidad tiene como consecuencia de una o más deficiencias ya sea físicas, mentales, intelectuales, y/o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente, se vea restringida permanentemente en al menos en un treinta por ciento (30%) su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal en el desempeño de sus funciones o actividades habituales de la vida diaria.

En nuestra sociedad ecuatoriana existían muchos términos para referirse a una PCD como:

² Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. 1980. Es un manual de clasificación de las consecuencias de las enfermedades. Disponible en línea: <http://www.who.int/es> (Consulta: 4 de agosto 2012)

Tabla 1: Términos Peyorativos para referirse a una PCD

Minusválido	Menos valor que
Inválido	Incapaz de hacer
Capacidades Especiales	Atributos diferentes
Ciegositos	Peyorativo de discapacidad visual
Mudos	Peyorativo de discapacidad auditiva
Tontos, locos	Peyorativo de discapacidad intelectual

Fuente: Conadis

Elaborado por: la autora

Existen diferentes tipos de discapacidades de acuerdo con la base de datos por el CONADIS:

- **Discapacidad auditiva:** son personas que no han desarrollado su capacidad de escuchar de manera adecuada. Esta dificultad no solo afecta el poder escuchar sino también el desarrollo del habla, es por eso que la manera en que este grupo se comunica es a través de lenguaje y señas.
- **Discapacidad intelectual.** Significa que sus limitaciones significativas tanto en funcionamiento intelectual (razonamiento, planificación, solución de problemas, pensamiento abstracto, comprensión de ideas complejas, aprender con rapidez y aprender de la experiencia) como en conducta adaptativa (conceptuales, sociales y prácticas), que se han aprendido y se practican por las personas en su vida cotidiana. Limitando la participación y en estrecha relación con la comunidad en los diferentes contextos en que se desenvuelve la persona. Esta discapacidad aparece antes de los 18 años y su diagnóstico, pronóstico e intervención son diferentes a los que se realizan para la discapacidad mental y la discapacidad psicosocial.
- **Discapacidad mental.** Es el deterioro de la funcionalidad y el comportamiento de una persona que es portadora de una disfunción mental y que es directamente proporcional a la severidad y cronicidad de dicha disfunción. Las discapacidades mentales son alteraciones o deficiencias en el sistema neuronal, que aunado a una sucesión de hechos que la persona no puede manejar, detonan una situación alterada de la realidad.
- **Discapacidad Física:** la discapacidad física más común es la movilidad reducida. Surge de alteraciones morfológicas en el esqueleto, en los miembros, articulaciones,

ligamentos, tejidos, musculatura y el sistema nervioso que limita la capacidad de movimiento. Ejemplo: personas que usan silla de ruedas...

- **Discapacidad Visual:** Es la pérdida de agudeza visual, ya sea para leer u observar objetos. Las deficiencias visuales pueden ocurrir a cualquier edad. Una serie de enfermedades oculares o accidentes, causan limitación del campo visual como por ejemplo los terigios, cataratas, astigmatismo, miopía etc., las personas con deficiencias visuales se encuentran con tres dificultades principales: movilidad, orientación y comunicación.
- **Multidiscapacidad:** Son aquellas personas que tienen una o más discapacidades asociadas, esto quiere decir que la PCD puede tener al mismo tiempo discapacidad física y discapacidad intelectual. También se puede entender cuando la avanzada situación de la discapacidad y la falta de algún tipo de atención en rehabilitación, ha generado otra discapacidad.

De algunas enfermedades de las personas con discapacidad en el Ecuador se desconoce el origen, pero la mayoría se deben a múltiples factores entre los que se encuentran (CONADIS, 2012):

- Problemas genéticos, cuando alguno de las células sexuales al fusionarse para dar origen a una nueva vida, presentan algún problema en sus cromosomas.
- Problemas congénitos, surgidos durante el embarazo, por accidentes o enfermedades de la madre o por medicamentos o drogas consumidas principalmente por la madre.
- Complicaciones durante el parto o por un parto mal atendido.
- Por accidentes cuyos efectos hayan lesionado el cerebro, la columna vertebral o los nervios de alguna parte del cuerpo.
- Por el uso y consumo de algunas drogas que afectan el sistema nervioso central. Por daños orgánicos en alguno de los órganos de los sentidos, principalmente en los ojos o los oídos.

1.3 Derecho de las Personas Con Discapacidad a la salud

Tabla 2: DERECHOS DE LAS PCD A LA SALUD

N° ART.	DERECHO	CONTENIDO
19	A LA SALUD	El Estado garantiza y asegura el acceso a los servicios de promoción , prevención, atención especializada Permanente y prioritaria, habilitación, y rehabilitación funcional e integral de salud, en las entidades Públicas y privadas que presten servicios de salud.
20	SUBSISTEMAS, PROMOCIÓN, PREVENCIÓN, HABILITACIÓN REHABILITACIÓN	La autoridad sanitaria nacional dentro del sistema nacional De Salud (SNS), las autoridades nacionales educativas, ambiental, Relaciones laborales, establecerán e informarán de los Planes, programas y estrategias de promoción, prevención, Detección temprana con respecto a los factores de riesgo en los distintos niveles de gobierno y planificación.
21	CERTIFICACIÓN, ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD	La autoridad sanitaria nacional certificará y acreditará en el Sistema Nacional de Salud, los servicios de atención general y Especializada, habilitación, rehabilitación integral, y centros De órtesis, prótesis y otras ayudas técnicas y tecnológicas.
22	GENÉTICA HUMANA Y BIOÉTICA	La autoridad sanitaria nacional: normará, desarrollará, y ejecutará el Programa Nacional de Genética Humana con enfoque de Prevención de discapacidades.
23	MEDICAMENTOS, INSUMOS, AYUDAS TÉCNICAS, PRODUCCIÓN/DISTRIBUCIÓN	Los medicamentos, insumos, ayudas técnicas, producción, disponibilidad, distribución serán: gratuitos y oportunos para las PCD
24	PROGRAMAS DE SOPORTE PSICOLÓGICO CAPACITACIÓN	Se implementarán programas de soporte psicológico para PCD y sus familias de forma periódica ejecutados por los Organismos públicos y privados especializados.
25	SEGUROS DE VIDA, MEDICINA PREPAGADA	La Superintendencia de Bancos y Seguros controlará y vigilará que las Cías. De Seguro/ Medicina pre pagada, incluyan en sus contratos, coberturas y servicios de seguros de vida/ salud a las PCD y quienes adolecen de enfermedades graves, catastróficas o degenerativas.

Fuente: Registro Oficial N°796 La Ley Orgánica de Discapacidades; Quito 25 de septiembre del 2012

1.4 Evolución Histórica de distintas formas de denominación y connotación de discapacidad

A lo largo de la historia las personas con discapacidad han sido objeto de diferentes tipos de valoración y atención, correspondiendo éstas a la concepción que se ha tenido sobre las discapacidades; sin embargo, pudo señalar un denominador común de toda época, han prevalecido las actitudes negativas de la sociedad hacia las personas con discapacidad.

Para entender el contexto de las discapacidades, se debe pensar en la evolución de su percepción en la historia, a veces guiados por grandes alcances, ejemplos, movimientos sociales y eventos. Dentro de los pasos históricos principales de las últimas décadas se definen en nuestro país son lo siguiente:

En los años 40 al 60 se originó una mediación estructurada de creación de entidades gubernamentales, ya que se crean las primeras escuelas de educación especial en las principales ciudades como Guayaquil, Quito y Cuenca.

En 1965 fue creada la primera Ley del Ciego, que como norma como la primera legislación de este tipo en América.

En los años 70 se crearon varios servicios, organismos técnicos – administrativos; así como normativas y reglamentaciones, entre las que se destacan:

- CONAREP.- Consejo Nacional de Rehabilitación Profesional, en 1973, para el diagnóstico, evaluación, formación ocupacional e inserción laboral de las personas con discapacidad; además el beneficio para la importación de vehículos ortopédicos exonerados de impuestos para personas con discapacidades físicas, (CONADIS 2010)
- En 1977, se creó la Expedición de la Ley General de Educación, que puntualizó como responsabilidad del Estado, la Educación Especial.
- En abril de 1979, se creó La Unidad de Educación Especial, como organismo técnico y regulador del subsistema.
- En cambio un año más tarde en 1980 se creó la División Nacional de Rehabilitación del Ministerio de Salud Pública, que implementa los servicios de medicina física y rehabilitación en todas las unidades médicas a nivel nacional con lo cual se amplió la cobertura a las unidades médicas de la seguridad social a sus afiliados de forma exclusiva.

- En 1982 se puso en vigencia la “ Ley de Protección del Minusválido”, creándose de tal forma la Dirección Nacional de Rehabilitación Integral del Minusválido (DINARIM), que dependió del Ministerio del Bienestar Social, a quien se le asignó la coordinación nacional del trabajo sobre discapacidades.
- En 1983 se crearon varios centros de rehabilitación y escuelas de educación especial en el sector privado, que dependían del Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA) y otros organismos no gubernamentales.
- En 1989 se crea la CIASDE.- Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de las Discapacidades en el Ecuador.
- En el año de 1991 por decisión del Ministerio de Salud, Educación, Bienestar Social, y INNFA, se creó el Plan Nacional de Discapacidades.
- A pesar de los grandes avances para la ayuda y atención a las personas con discapacidad, falta mucho más por hacer y por lo tanto el 10 de Agosto de 1992, se publica la Ley 180 en el Registro Oficial N°996, base legal para la atención a personas con discapacidad con enfoque de derechos y que se creó el CONADIS- Consejo Nacional de Discapacidades, como entidad autónoma y rectora del país, con el mandato legal de dictar políticas, coordinar las acciones públicas y privadas e impulsar investigaciones sobre discapacidades.
- En 1990 el CONADIS, impulsa acciones concretas de cobertura nacional, como políticas generales y sectoriales, normatividad sobre regulación de beneficios especiales, definición de las competencias sectoriales ministeriales; promoción y fortalecimiento de las organizaciones de personas con discapacidad a través de cuatro federaciones nacionales:
 - FENEDIF.- Federación Nacional de personas con discapacidad Física.
 - FENCE .- Federación Nacional de Ciegos del Ecuador.
 - FENASEC.- Federación Nacional de Sordos.
 - FEPAPDEM.- Federación de Padres y amigos de personas con discapacidad mental.
 - FENODIS.- Creación de la red de ONG´s para la atención de las discapacidades (CONADIS 2010)
- En el 2001 las Naciones Unidas, otorga al Ecuador el premio internacional Franklin Delano Roosevelt, por el trabajo destacado en discapacidades siendo el primer país latinoamericano en recibir esta distinción en América Latina y el Caribe, gracias al apoyo

de la Red Iberoamericana de Cooperación, Real Patronato y otros organismos de la ONU.

- El CONADIS está compuesto a nivel directivo se tiene el Directorio conformado por:
 - El representante del Presidente de la República, quien lo preside
 - El Ministro de Salud Pública o el Subsecretario;
 - El Ministro de Educación o el Subsecretario;
 - El Ministerio de Bienestar Social o el Subsecretario;
 - El Ministro de Economía o el Subsecretario de Presupuesto;
 - La presidencia de Instituto Nacional del Niño y la Familia o su delegado;
 - El Presidente de la Federación Nacional de Sordos del Ecuador, FENASEC;
 - EL Presidente de la Federación Nacional de Ciegos del Ecuador FENCE;
 - EL Presidente de la Federación Nacional de Ecuatorianos con Discapacidad Física FENEDIF.
 - EL Presidente de la Federación Nacional de Organismos no Gubernamentales para la Discapacidad, FENODIS y
 - El Director Ejecutivo del CONADIS, quien se desempeña como secretario con voz informativa y sin derecho a voto.

- Actualmente el **CONADIS** Consejo Nacional de Discapacidades (con la aplicación de nuevas disposiciones de la Constitución, la institución evoluciona a **Consejo Nacional para la Igualdad en Discapacidades** (CONADIS, 2012)

1.5 Clasificación de las discapacidades: CIDDM / CIF

1.5.1 *La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías:CIDDM.*

La CIDDM fue demostrada durante los años 70's y publicada en 1980 por la OMS,³ como material que contiene la clasificación de las consecuencias de las enfermedades, traumatismos y de sus respectivas repercusiones en la vida del ser humano.

La CIDDM para su aplicación en los diversos aspectos de la salud y la enfermedad. La difusión y aplicación de la CIDDM, han ido acompañadas de importantes cambios en la manera de entender y tratar las deficiencias, discapacidades y minusvalías, dando lugar a

³ OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. IMSERSO. Madrid, 1997. Pag 71.

una mejor descripción y ha facilitado la evaluación de las personas con discapacidad y de su situación dentro de un entorno físico y social dado.

En general se ha concedido gran importancia a funciones tales como las actividades de la vida diaria, y el enfoque se ha basado normalmente en procedimientos de valoración. Hay una orientación más reciente que se ha producido como consecuencia de las peticiones del reconocimiento de la condición individual de la persona con discapacidad, bien en encuestas de prevalencia o bien en aquellos casos en que hay que determinar si alguien reúne las condiciones para recibir una pensión u otras formas de ayuda social. A pesar de, la gama de aplicaciones ha sido considerable, extendiéndose desde estadísticas sanitarias de rutina y ayudas económicas específicas, hasta la planificación de servicios de salud, la seguridad social y la administración y la política sociales.

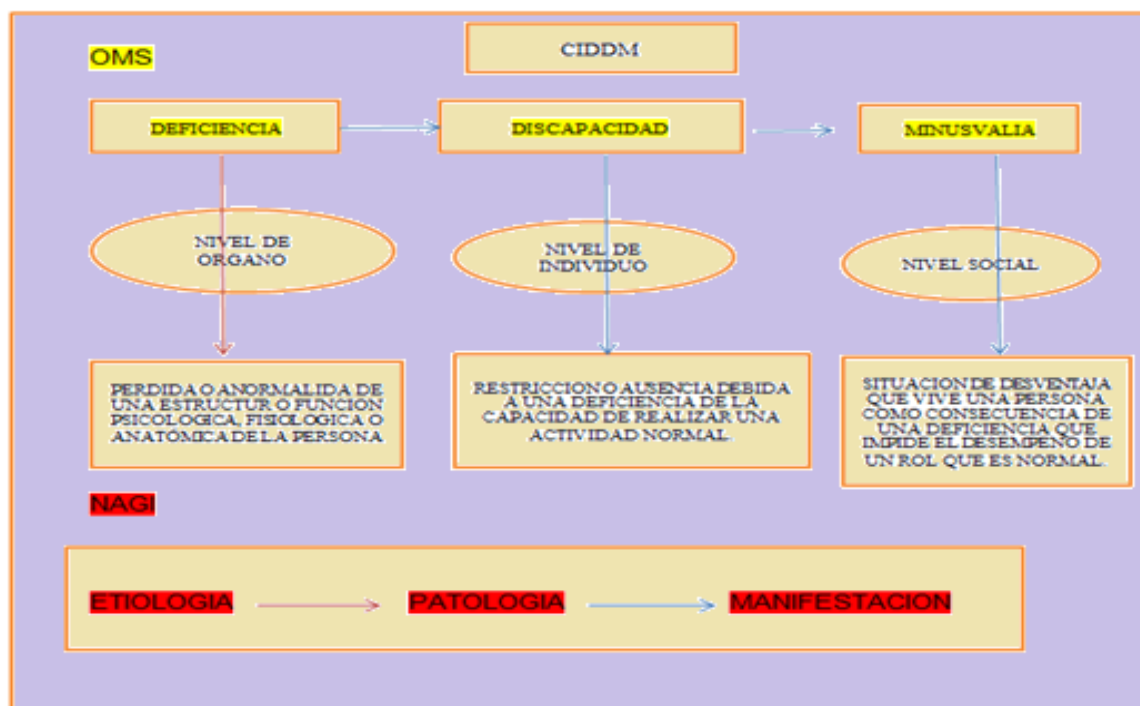
Pero para hacer una síntesis de las distintas dimensiones de la desventaja habría que llegar a compromisos arbitrarios, y muchas veces contradictorios, entre las distintas dimensiones. Por lo tanto se concluyó que una clasificación de la minusvalía debía estructurarse de distinta manera y que se debía tomar como base el ordenamiento de los diferentes estados de cada dimensión.

Por todo a ello se ha dado lugar a la actual CIDDM, en la cual se ha modificado la jerarquía de la clasificación de deficiencias con la finalidad de dejar margen para espacios taxonómicos más estrechamente relacionados con la importancia y frecuencia de su aparición; se ha introducido una clasificación de discapacidad completamente nueva, de estructura semejante a la clasificación de las deficiencias, y se ha ampliado la extensión de la clasificación de las minusvalías

La CIDDM trata de favorecer la uniformidad de la terminología y de los conceptos generales, haciendo más fácil la comparación de datos.

A continuación se detalla la naturaleza y la conceptualización de estas tres dimensiones.

Ilustración 1: Dimensiones del CIDDM



FUENTE: www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf

ELABORADO: Por la autora

Según SaadNagien 1965 introdujo el reconocimiento de que el entorno ambiental, familiar, social y comunidad pueden influir en la comprensión de la discapacidad y aborda mediante 4 componentes:

ENFERMEDAD/ PATOLOGÍA → DEFICIENCIA → LIMITACIÓN FUNCIONAL
DISCAPACIDAD

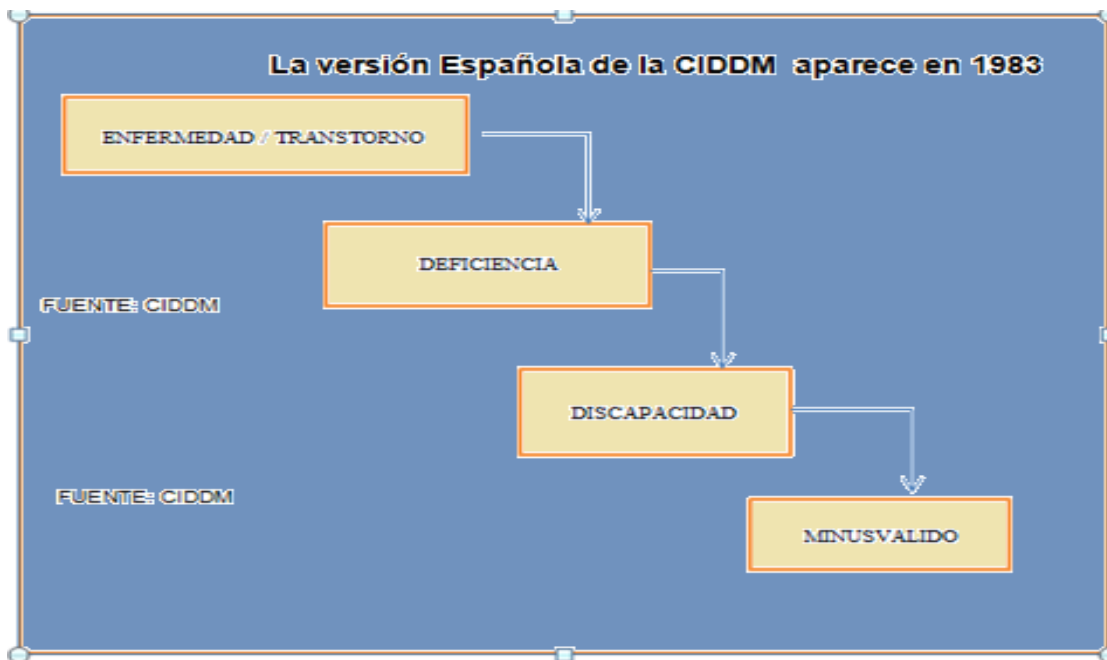
La CIDDM1 se clasifica en tres niveles claramente diferenciados (Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología de la OMS, 1999):

1. **DEFICIENCIAS:** Consecuencias permanentes de las enfermedades y accidentes, en el nivel corporal, fisiológico u orgánico.
2. **DISCAPACIDAD:** Restricciones de la actividad de un individuo debido a cualquier deficiencia.
3. **MINUSVALÍAS:** Situaciones de desventaja derivadas de deficiencias o discapacidades, que limitan o impiden participar o desempeñar roles sociales en niveles considerados como normales.

Su Objetivo: facilitar la recopilación de información estadística de las personas con discapacidad, para la elaboración y evaluación de políticas y programas para estas personas con discapacidad.

CIDDM es un sistema creado para clasificar y codificar las consecuencias a largo plazo de defectos, enfermedades y lesiones en términos de deficiencia (defectos de estructura o función), discapacidad (incapacidad en el desempeño) y minusvalía (desventaja en la experiencia social) que permiten el análisis en los ámbitos médico, servicios sanitarios y rehabilitación, educativo, etc.

Ilustración 2: Versión española de la CIDDM



FUENTE: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de Salud relacionados, Décima revisión, Vols. 1-3, Ginebra, OMS, 1992-1994

Elaborado por: LA AUTORA

En algunas ocasiones se ha pretendido medir las consecuencias de la enfermedad en muchas ocasiones y desde distintos puntos de vista, tales como las actividades de la vida diaria, y el enfoque se ha basado normalmente en procedimientos de valoración. Hay una orientación más reciente que se ha producido como consecuencia de las peticiones del reconocimiento de la condición individual de la persona con discapacidad, bien en encuestas de prevalencia o bien en aquellos casos en que hay que determinar si alguien reúne las condiciones para recibir una pensión u otras formas de ayuda social. Pero, la gama de aplicaciones ha sido considerable, extendiéndose desde estadísticas sanitarias de rutina y ayudas económicas específicas, hasta la planificación de servicios de salud, la seguridad social y la administración y la política sociales.

Tabla 3: ASPECTOS CONCEPTUALES DE LAS DEFINICIONES DE DISCAPACIDAD DE LA (OMS)

AÑO	CLASIFICACIÓN	DEFICIENCIA	DISCAPACIDAD
1980	Clasificación Internacional de Deficiencias, Incapacidades y Minusvalías	Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.	Es toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad debido a una deficiencia sensorial motriz o mental
2001	Clasificación Internacional de Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIDDM-2)	Es la anomalía o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica, física o mental.	Son todas las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación como resultado de deficiencias, en el marco de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales, ambientales y personales

Fuente: Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas de Salud relacionados, Décima revisión, Vols. 1-3, Ginebra, OMS, 1992-1994

Elaborado: Por la AUTORA

1.5.2 La CIF.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha concluido los trabajos de revisión de una de sus clasificaciones, la dedicada a la discapacidad. La nueva versión se llama "Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud", conocida con las siglas CIF. Es la heredera de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) del año 1980.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)⁴, presentó un Informe, donde precisa la discapacidad como un término genérico que abarcalas deficiencias, limitaciones de actividad y restricciones para la participación; por lo tanto la discapacidad denota algunos de los aspectos negativos de la interacción entre personas con un problema de salud (parálisis cerebral, síndrome de Down o depresión) y factores personales y ambientales (como actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y falta de apoyo social).

La CIF se presenta en dos versiones con el fin de satisfacer los requerimientos de los diferentes usuarios en función de sus distintas necesidades además realiza una clasificación en cuatro niveles que pueden agruparse en un sistema de clasificación de grado superior que incluye todos los dominios del segundo nivel, y que dispone de una versión corta de la CIF para evaluar dos niveles.

La CIFno clasifica personas, sino que describe la situación de cada persona dentro de un conjunto de dominios de la salud relacionados con la salud, por lo tanto la descripción siempre se hace en el contexto de los dos factores: ambientales y personales.

Las ventajas de la CIF:

- Permite medir resultados, registrar y recolectar datos estadísticos (investigación)
- Estandariza tratamientos y manejos de condiciones basándose en las necesidades del paciente
- Estrategia organizadora de la sociedad para la implementación la infraestructura y actividades participativas que mitiguen los efectos de la discapacidad

⁴ Páginas oficiales de la CIF en el sitio de la OMS: <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>

Ilustración 3: Visión del Conjunto de la CIF

	Parte 1: Funcionamiento y Discapacidad		Parte 2: Factores Contextuales	
Componentes	Funciones y Estructuras Corporales	Actividades y Participación	Factores Ambientales	Factores Personales
Domínios	Funciones Corporales Estructuras Corporales	Áreas vitales (tareas, acciones)	Influencias externas sobre el funcionamiento y la discapacidad	Influencias internas sobre el funcionamiento y la discapacidad
Constructos	Cambios en las funciones corporales (fisiológicos) Cambios en las estructuras del cuerpo (anatómicos)	Capacidad Realización de tareas en un entorno uniforme Desempeño/ realización Realización de tareas en el entorno real	El efecto facilitador o de barrera de las características del mundo físico, social y actitudinal	El efecto de los atributos de la persona
Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural Funcionamiento	Actividades Participación	Facilitadores	no aplicable
Aspectos negativos	Deficiencia Discapacidad	Limitación en la Actividad Restricción en la Participación	Barreras/obstáculos	no aplicable

FUENTE: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-clasificacion-02.pdf> , pag. 22

En la Ilustración N° 3 indica que la CIF tiene dos partes, para cada una con dos componentes:

Parte 1. Funcionamiento y Discapacidad:

a) Funciones y Estructuras Corporales.-

Funciones Corporales, son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo funciones psicológicas).

Estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos las extremidades y sus componentes.

Deficiencias⁵son problemas en las funciones o estructuras corporales como una desviación no significativa o una pérdida. Las deficiencias de la estructura pueden ser anomalías, defectos, pérdidas, o cualquier otra desviación en las estructuras corporales. (por ejemplo: la pérdida de una pierna; las déficits de las funciones respiratorias pueden afectar al funcionamiento cardíaco.)

b) Actividades y participación.- Se conoce sus definiciones principales:

Actividad.- es la realización de una tarea o acción por una persona.

Participación.- es el acto de involucrarse en una situación vital.

Restricciones en la participación.- son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Los dominios para el componente Actividades y Participación aparecen en una lista que cubren el rango de áreas vitales como por ejemplo desde el aprendizaje básico, hasta las áreas más complejas como interacciones interpersonales.

Por lo tanto el calificador de desempeño indica lo que una persona hace en su entorno social, y puede ser entendido como la experiencia vivida de las personas en el contexto real en el que viven, por lo cual se incluyen los Factores Ambientales: todos los factores del mundo físico, social y actitudinal que pueden ser codificados utilizando el componente Factores Ambientales.

Parte 2. Factores Contextuales

c) Factores Ambientales.- interactúan con las funciones corporales, como en la interacción entre la calidad del aire y la respiración, la visión, los sonidos, la audición, la luz, los estímulos que distraen la atención y la propia atención, la textura del suelo y el mantenimiento del equilibrio, la temperatura ambiental y la regulación de la temperatura corporal.

d) Factores Personales.Cada componente puede ser expresado tanto en términos positivos como negativos y contiene varios dominios y en cada dominio hay categorías que son las unidades de clasificación. Las salud y los estados “relacionados con la salud” de un individuo pueden registrarse seleccionando el código o códigos de la categoría apropiada y añadiendo los calificadores, que son códigos numéricos que

⁵ Las deficiencias codificadas utilizando la versión completa de la CIF deben ser aparentes o poderse detectar tanto por la persona afectada como por los demás, mediante la observación directa o por la inferencia realizada a partir de esa observación.

especifican la extensión o magnitud del funcionamiento o la dificultad en esa categoría.

El calificador de capacidad describe básicamente lo que una persona hace en su entorno actual para realizar una tarea o acción que tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado. Para evaluar la habilidad máxima de la persona.

Las dificultades o problemas en estos dominios pueden aparecer cuando hay una alteración cualitativa o cuantitativa en la manera en que un individuo desempeña las funciones de estos dominios. Las limitaciones o restricciones se evalúan contrastándolas con los estándares comúnmente aceptados en la población. Los estándares o normas frente a los que valora la capacidad y el desempeño de un individuo son los de las personas que no padecen un estado de salud similar (trastorno, daño, enfermedad etc.).

La limitación se mide la discordia entre el desempeño esperado y el observado.

El cargo esperado es la norma de la población, que representa la experiencia de personas sin la condición de salud específica. La misma norma es utilizada en el calificador de capacidad de manera que una persona puede deducir que se puede hacer en el entorno de la persona para incrementar su desempeño.

Los dominios del componente Actividades y Participación y por el la CIF aporta una única lista que puede ser utilizada, si el usuario lo desea, para diferenciar Actividades (A) y Participación (P) en función de sus propios criterios operativos (OMS y Organización Panamericana de Salud, 2001):

- a) Catalogar ciertos dominios como Actividades y otros como Participación, sin permitir la existencia de superposiciones;
- b) Igual que (a) pero permitiendo un solapamiento parcial;
- c) Catalogar todos los dominios detallados como Actividades y usar las categorías generales como Participación;
- d) Catalogar todos los dominios como Actividades y Participación indistintamente.

1.5.3 Diferencias entre CIF Y CIDDM.

La diferencia que existe entre la Clasificación Internacional de Marco descriptivo de capacidades y Discapacidades

Tabla 4: Diferencia entre la Clasificación CIDDM/ CIF

CIDDM	CIF
Clasificación Internacional de Discapacidad	Marco descriptivo de capacidades y limitaciones
Clasificación de consecuencias de enfermedades	Clasificación de componentes de salud
Ve en la persona la discapacidad	Ve en la persona las capacidades y cualidades además de la discapacidad.
Modelo Organicista Modelo Unidireccional	Modelo Biopsicosocial Relación entre todos sus componentes.
Se centra solo en el individuo.	Tiene en cuenta contexto ambiental y personal
Discapacidad Minusvalía	Limitación en la actividad. Restricción de la participación. Redefine la discapacidad.
Términos de menosprecio y estigmatización	Términos menos estigmatizantes

FUENTE: <http://www.slideshare.net/rssk/ciddm-cif>

1.6 Clasificación de las discapacidades según el CONADIS.

Para la clasificación de las discapacidades el CONADIS consultó al CIDDM y la clasificación Internacional de Enfermedades CIE-102, para definir la ubicación algunas descripciones, como también las recomendaciones por parte de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) a través de las experiencias obtenidas en Madrid, España (1999) obviamente adecuándolos a las características propias del país ecuatoriano.

1.6.1 Estructura de la clasificación de tipo de discapacidad.

El tipo de Discapacidad se basa en relacionar las respuestas asentadas en las opciones abiertas “otro tipo de discapacidad” y mejorar las descripciones que no corresponden a la definición de discapacidad empleada anteriormente.

Las deficiencias se refieren al órgano o la parte del cuerpo afectado por ejemplo dentro de la experiencia de la salud se define como toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Puede ser temporal o permanente y en principio solo afecta al órgano. Que según esta clasificación podrán ser: intelectuales, psicológicas, del lenguaje, del órgano de la audición, del órgano de la visión, viscerales, músculo esqueléticas, desfiguradoras, generalizadas, sensitivas y otras, y otras deficiencias.

La clasificación está organizada en dos niveles: grupo y subgrupo

El primer nivel de la clasificación está integrado por cuatro grandes grupos de discapacidad y el grupo de las claves especiales, con claves numéricas de un dígito:

Cada subgrupo está conformado por un listado en orden alfabético, de descripciones relativas a deficiencias y discapacidades; en él se incluyen nombres técnicos como algunos sinónimos con los cuales la población reconoce la discapacidad. Así para una misma deficiencia puede aparecer diversas descripciones.

Grupo 1: Discapacidades sensoriales y de la comunicación

Grupo 2: Discapacidades motrices

Grupo 3: Discapacidades mentales

Grupo 4: Discapacidades múltiples y otras

Grupo 9: Claves especiales

El segundo nivel de la clasificación corresponde a los subgrupos, cuya clave está compuesta de tres dígitos. Con el primero de izquierda a derecha se identifica el grupo al que pertenecen.

❖ Grupo 1 discapacidades sensoriales y de la comunicación

Este grupo se conforma de cinco subgrupos: “ (INEGI, 2007)

Algunas descripciones se consideran como discapacidades dentro de los subgrupos acompañados de un adjetivo que las califique como “FUERTE”, “SEVERAS”, “PROFUNDAS” o “GRAVES”.

SUBGRUPO 110

DISCAPACIDADES PARA VER

SUBGRUPO 120

DISCAPACIDADES PARA OIR

SUBGRUPO 130	DISCAPACIDADES PARA HABLAR (MUDEZ)
SUBGRUPO 131	DISCAPACIDADES DE LA COMUNICACIÓN Y COMPRENSIÓN DEL LENGUAJE
SUBGRUPO 199	INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES SENSORIALES Y DE LA COMUNICACIÓN

❖ Grupo 2 discapacidades motrices

Dentro de este grupo se encuentran las personas con pérdida total o parcial de sus extremidades. Hay que tomar en cuenta que dentro de este grupo se coloca los nombres técnicos y el nombre común con el que la mayoría de las personas conocen la discapacidad; y las descripciones se consideran como discapacidad sólo cuando indiquen que la limitación sea GRAVE, IMPORTANTE, SEVERA, o QUE LE IMPIDA TRABAJAR y por lo tanto se la detalló a continuación:

SUBGRUPO 210	DISCAPACIDADES DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES, TRONCO, CUELLO Y CABEZA
SUBGRUPO 220	DISCAPACIDADES DE LAS EXTREMIDADES SUPERIORES
SUBGRUPO 299	INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES MOTRICES

❖ Grupo 3 discapacidades mentales

Dentro de este grupo se incluye a las personas que tienen discapacidades para aprender y para comportarse, tanto en actividades de la vida cotidiana como en su relación con otras personas. Al igual que los grupos anteriores se incluyen nombres técnicos de algunas discapacidades y el nombre común con el que el informante las conoce, con las referencias tanto a discapacidades como a deficiencias. De tal manera se las detalló de la siguiente manera:

SUBGRUPO 310	DISCAPACIDADES INTELLECTUALES (RETRASO MENTAL)
SUBGRUPO 320	DISCAPACIDADES CONDUCTUALES Y OTRAS MENTALES
SUBGRUPO 399	INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES MENTALES

❖ Grupo 4 discapacidades múltiples y otras

El grupo se conforma por tres subgrupos: (INEGI, 2007)

Además este grupo comprende las discapacidades múltiples (con algunas excepciones que están marcadas en el subgrupo 401-422), además de las discapacidades que no corresponden al grupo 1 Sensoriales y Comunicación, 2 De los Motrices y 3 Mentales.

Este grupo tiene como finalidad identificar a la población con más de una discapacidad:

SUBGRUPO 401-422	DISCAPACIDADES MÚLTIPLES
SUBGRUPO 430	OTRO TIPO DE DISCAPACIDADES
SUBGRUPO 499	INSUFICIENTEMENTE ESPECIFICADAS DEL GRUPO DISCAPACIDADES MÚLTIPLES Y OTRAS

❖ Grupo 9 claves especiales

Este grupo, como ya se mencionó en la presentación de la estructura, tiene el objetivo de delimitar el universo de estudio y depurar aquellas descripciones recabadas en campo que no corresponden al concepto de discapacidad. Lo conforman cuatro subgrupos: 960 Tipo de discapacidad no especificada, 970 Descripciones que no corresponden al concepto de discapacidad, 980 No sabe y 999 No especificado general.”

SUBGRUPO 960	TIPO DE DISCAPACIDAD NO ESPECIFICADA
SUBGRUPO 970	DESCRIPCIONES QUE NO CORRESPONDEN AL CONCEPTO DE DISCAPACIDAD
SUBGRUPO 980	NO SABE
SUBGRUPO 999	NO ESPECIFICADO GENERAL

CAPITULO II

DISCAPACIDAD EN CIFRAS

2.1 Datos estadísticos y demográficos de la discapacidad a nivel mundial

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) estima que en el mundo existen aproximadamente de 600 millones de personas con discapacidad, de los cuales unos 400 millones están en los países en vías de desarrollo y, cerca de, 60 millones de personas con discapacidad están en la región de las Américas; razón por lo cual 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 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 (OMS, 2011)

Dados los índices de crecimiento poblacional de América Latina y el Caribe, se prevé un notable aumento en el número de personas con discapacidad, especialmente cuando la atención materna infantil es deficiente y cuando hay un alto nivel de accidentes y lesiones físicas y mentales a causa de la violencia. Según datos de la OMS hay aproximadamente unos 285 millones en el mundo viven con discapacidad visual, de ese número 39 millones son ciegos y 246 millones padecen de visión baja.

Se estima que un 90% de la carga mundial de discapacidad visual está concentrado en los países en desarrollo. Es decir los problemas de refracción no corregidos son la causa más importante de discapacidad visual, en los países de ingresos medios y bajos la principal causa de ceguera sigue siendo las cataratas. Además el 80% del total mundial de casos de discapacidad visual se puede curar o evitar.

La situación de las personas con discapacidad se caracteriza por extrema pobreza, elevada tasa de desempleo -alrededor de un 50% de la población de personas con Discapacidad de la región, tiene edad para trabajar-, escaso acceso a los servicios públicos (educación, atención médica, vivienda, transporte, servicios jurídicos...), se enferman más frecuentemente y mueren más temprano. Alrededor de un 50% de la población de personas con Discapacidad de la región, tiene edad para trabajar-, escaso acceso a los servicios públicos (educación, atención médica, vivienda, transporte, servicios jurídicos...), se enferman más frecuentemente y mueren más temprano. (OMS, 2011)

Mediante la siguiente Ilustración N° 5 indica la distribución mundial de las principales causas de discapacidad visual:⁶:

Ilustración 4: La distribución Mundial de las principales causas de la discapacidad Visual

CAUSAS	%
errores de refracción (miopía, hipermetropía o astigmatismo) no corregidos	43%
Cataratas	33%
Glaucoma	2%
FUENTE: OMS Plan de acción para la prevención de la discapacidad visual 2009-2013	

Elaborado por: LA AUTORA

En general, tienen un estatus social y cultural marginado y aislado. Del total de personas con discapacidad, en nuestra región, solo del 2 al 3 % tienen acceso a los programas y servicios de rehabilitación. Si bien la discapacidad física y mental pueden restringir hasta cierto punto al individuo, su condición de marginado está enraizada más en las condiciones políticas, sociales, económicas y culturales que en la naturaleza de su discapacidad.

Según informes estadísticos presentados por parte de la Organización Mundial de la Salud en junio del 2011 notificaron que hay en el mundo lo siguiente: Existe un 10% de personas con discapacidad permanente (motriz, sensorial, mental y otras), es decir, cerca de 600 millones de personas con discapacidad.

Además, casi un 15% son discapacitados transitorios - personas que por una u otra causa ven limitadas sus posibilidades de desplazamiento, orientación y/o uso de instalaciones de manera temporal- (por caso, mujeres embarazadas, familias con niños entre 3 meses y 2 años, niños entre 6 y 10 años, personas obesas, accidentados con discapacidad en rehabilitación sin secuela posterior, etc.); y alrededor de un 12% correspondiente a la franja de la 3ª edad; se llega casi a un sorprendente 40% de la población mundial que padece algún impedimento o restricción –permanente o temporaria- en sus capacidades.

La OMS muestra datos importantes como (OMS, 2011):

⁶La OMS aprobó en 2009 el Plan de acción para la prevención de la ceguera y la discapacidad visual, 2009-2013, a modo de hoja de ruta para los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS y los asociados internacionales.

- **Más de 1000 millones de personas viven con algún tipo de discapacidad**

Esta cifra representa alrededor del 15% de la población mundial. Entre 110 y 190 millones de personas tienen grandes dificultades para vivir normalmente. La proporción de personas con discapacidad está aumentando, lo que se atribuye al envejecimiento de la población y al aumento de las enfermedades crónicas a escala mundial.

- **La discapacidad afecta de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables**

De acuerdo a la OM, 2011 ADD Internacional (SnigdhaZaman) los países de ingresos bajos tienen mayor prevalencia de discapacidades que los países de ingresos altos. La discapacidad es más común entre las mujeres, las personas mayores y los niños y adultos que son pobres.

- **En los años futuros, la discapacidad será un motivo de preocupación aún mayor,**

Pues su prevalencia está aumentando y las personas que lo padecen no demuestran importancia en cuidarse al respecto, es por ello se debe concienciar a la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también al aumento mundial de enfermedades crónicas tales como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y los trastornos de la salud mental.

- **La rehabilitación ayuda a potenciar al máximo la capacidad de vivir normalmente y a reforzar la independencia**

OMS, 2011(Sophia Paris), los servicios de rehabilitación en muchos países son deficientes como por ejemplo en África meridional indican que sólo entre un 26 y un 55% de las personas que requerían estos servicios médicos los recibían y sólo entre el 17 y el 37% de los que necesitan dispositivos de ayuda como : prótesis, audífonos, sillas de ruedas; podían acceder a ellos.

- **Las personas con discapacidades pueden vivir y participar en la comunidad**

Según la OMS,2011 en los países de ingresos altos entre el 20% y el 40% de las personas con discapacidades no están satisfechas con sus necesidades de asistencia en relación con las actividades que realizan cotidianamente. En EEUU el 70% de los adultos confían en sus amigos y familiares para que les brinden asistencia en sus actividades.

- **En todo el mundo, las personas con discapacidad tienen peores resultados sanitarios**

Peores resultados académicos, una menor participación económica y unas tasas de pobreza

más altas que las personas sin discapacidad. En parte, ello es consecuencia de los obstáculos que entorpecen el acceso de las personas con discapacidad a servicios en particular la salud, la educación, el empleo, el transporte, o la información. Esas dificultades se exacerban en las comunidades menos favorecidas.

- El Informe mundial sobre la discapacidad reunió la mejor información disponible sobre la discapacidad con el fin de mejorar la vida de las personas con discapacidad, que invita a los gobiernos y la sociedad civil un análisis exhaustivo de la importancia de la discapacidad y de las respuestas proporcionadas, basado en las mejores pruebas disponibles, y encargar la adopción de medidas de alcance nacional e internacional.
- En Latinoamérica se han registrado entre 130.000 y 140.000 casos en unas 5.000 comunidades de los 6 países afectados por la enfermedad:
 - Venezuela (65% de las comunidades)
 - México (18%)
 - Guatemala (10%)
 - Brasil (4%)
 - Ecuador (3%)
 - Colombia (una comunidad)

- **El número de personas con discapacidad está creciendo.**

Esto es debido al envejecimiento de la población -las personas ancianas tienen un mayor riesgo de discapacidad- y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y los trastornos mentales. Se estima que las enfermedades crónicas representan el 66,5% de todos los años vividos con discapacidad en los países de ingresos bajos y medianos (1). Las características de la discapacidad en un país concreto están influidas por las tendencias en los problemas de salud y en los factores ambientales y de otra índole, como los accidentes de tráfico, las catástrofes naturales, los conflictos, los hábitos alimentarios y el abuso de sustancias.

- **Unos de los grandes obstáculos para las personas con discapacidad ha sido las políticas y normas insuficientes**

Es decir la falta de servicios de apoyo y protección social para los niños con discapacidad y sus familias. Como también las actitudes negativas con respecto a la atención de salud, asistencias de apoyo y la participación social.

- **Previo a esos resultados concluyeron** que las personas con discapacidad tienen peores niveles de salud que la población general.

Dependiendo del grupo y el contexto, las personas con discapacidad pueden experimentar mayor vulnerabilidad a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y trastornos relacionados con la edad. Algunos estudios también han indicado que las personas con discapacidad tienen tasas más elevadas de comportamientos de riesgo, como el hábito de fumar, una dieta deficiente e inactividad física. Las personas con discapacidad también corren un mayor riesgo de estar expuestas a violencia.

2.2 Estudios nacionales sobre discapacidades en el Ecuador

Mediante el decreto ejecutivo N°298 de 25 de marzo de 2010, publicado en el R.O. N°167 de 8 de abril del 2010, el Presidente de la República reforma el artículo del Decreto Ejecutivo N°832, publicado en el Registro Oficial N° 251 de 14 de enero del 2008 y dispone la realización del VII Censo de la Población y VI de Vivienda en el año 2010. Se ejecutó el 28 de noviembre del 2010 y esa fecha el país contaba con 14´483.499 habitantes. El contar con esta información ha permitido al Estado desarrollar programas de atención a nivel nacional, la elección de dignidades a nivel nacional y local, Gobiernos locales y parroquiales. (INEC, 2010)

De los cuales estuvieron enfocados en la necesidad de que se generen estadísticas sobre discapacidades en Ecuador, se incluyen en la planilla censal dos preguntas relacionadas con la discapacidad, y conforme a los resultados se logró determinar que alrededor de 815.900 son personas con algún tipo de discapacidad, y que representan el 5,63% de la población nacional.

El Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS), el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), Misión Solidaria Manuela Espejo, Ministerio de Coordinador Desarrollo Social (MCDS) tienen una base de datos de la discapacidad en cifras en base a las encuestas nacionales de discapacidad realizadas durante el año 2010.

Entre 2009 y 2010 la Misión Solidaria Manuela Espejo visitó 1.286.331 hogares donde identificó a 249.166 personas con discapacidades, número que representa una tasa nacional de 2,43 por 100 habitantes. Del total, 36,6 corresponden a discapacidades físico–motoras, 24,3% intelectuales, 11,5% auditivas, 9,3% visuales, 4,3% mentales y 14% mixtas (17).

El INEC DEL CENSO del 2010 en el Ecuador, arroja datos muy importantes a través del programa REDATAM que está expuesta a todo público y de las encuestas realizadas indican que existe 1,936.697 personas con algún tipo de discapacidad, que equivale al 13,37% de la población total ecuatoriana. En la siguiente información por sexo, la población con discapacidad se divide en 436074 Hombres equivalente al 3% de la población total ecuatoriana mientras que a las Mujeres son 380032 personas, que equivale al 2,62% del total de la población. Es decir en el país existe más hombres que mujeres que sufren con algún tipo de discapacidad.

En cuanto a sus tipos de discapacidad se obtuvo un 42% de las discapacidades son físicas, 22% visuales, 14% mentales y 7,3% auditivas. El grupo etario más afectado es el de 30 a 64 años con 41,9%, seguido del grupo de 65 años y más con 27,2% (1). La prevalencia de discapacidad permanente por más de un año asciende a 6% de la población total en el país.

2.3 Principales resultados obtenidos por el CONADIS

- Más de 1.6 millones de personas tienen discapacidad

Según datos por parte del CONADIS en el 2004- Ecuador existen 1.608.334 PCD, que significa el 12,4% de la población total. Son 184.336 hogares con al menos una persona con discapacidad, y el 6% de los hogares al menos tienen algún miembro con discapacidad; de los cuales el 8% de los hogares son rurales y el 5% son urbanos.

- A nivel regional son 116.196 hogares de la Sierra con al menos una PCD

En la Sierra un 8% de las familias tienen al menos una persona con discapacidad; en cambio en la región Costa es con un porcentaje menor del 4% y en la región Amazonía que es del 6%.

- Las provincias con mayor número de personas con discapacidad son: Guayas 22% Pichincha 14% y Manabí.12%

De las cuales son 830.000 mujeres con discapacidad que corresponden al 51,6% mientras en los hombres es 778.594 que son el 48.4% con discapacidad.

- **Población Infantil con discapacidad:**

El 1.4% de la población infantil con menos de 5 años tienen discapacidad; de los cuales un 76% tiene alguna deficiencia y el 24 limitaciones en la actividad. De estas cifras 56,7% son niños y el 43,3% son niñas.

De acuerdo a los datos por el CONADIS hasta octubre del 2012 se han registrado y carnetizado a 3339.219 PCD:

-Según su tipo de discapacidad sufren alrededor de 40.427 personas con discapacidad Auditiva, 163.538 con discapacidad física, 76.208 que representa un 52%, mientras la discapacidad intelectual 4.870 significa que un 18% necesitan ser atendidos; en cambio la discapacidad de lenguaje, 13.559 con discapacidad psicológica y 38.952, lo que implica que un 13% sufre discapacidad visual.

Según el Sexo: un 56% pertenecen al sexo masculino, y el resto corresponde al sexo femenino con un porcentaje menor(44%), lo que implica que existe mayor discapacidad en los hombres. (Conadis, 2012)

-Según su Causa :El porcentaje de discapacidad lo determina un equipo de profesionales, conformado por un médico, un psicólogo y un trabajador social, que evalúa y diagnostica en una persona los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que se presentan por secuelas irreversibles de enfermedades genéticas, congénitas o adquiridas, y cuyas consecuencias limitan o restringen en esa persona las actividades consideradas normales para su edad, sexo, formación, cultura u otros. Es decir un 46% son adquiridas, un 32 % congénito, en cambio por accidentes de tránsito y domésticos son un 4%; mientras que por problemas de parto es el 6%.

2.4 Discapacidad en la provincia de Pichincha

Mediante la información que presenta el RIPS en su página web proporcionada por Manuela Espejo muestra un panorama integral de las personas con discapacidad en la provincia de Pichincha a nivel cantonal

- **Por Sexo:** esta opción de consulta permite identificar a las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 46.09 %, mientras que las mujeres con un porcentaje mayor alcanzan el 53,91% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo en la provincia de Pichincha del 2012.
- **Por Tipo:** El CONADIS hace una clasificación de acuerdo al tipo de discapacidad; esta fuente da cuenta de 6 tipos de discapacidades: auditivo, física, intelectual, lenguaje, psicológica y visual; es preciso indicar que los Cantones donde Quito registran el 88,42% del total de personas con discapacidad. Por otro lado este reporte destaca del total de las personas con discapacidad, cuántas de estas tienen un porcentaje de discapacidad

menor y/o mayor al 40%.

- **Por la población de Pichicha con discapacidad permanente por más de un año:** es del 5% y además se concentra el 15% de población con discapacidad del total nacional. El cantón de mayor población con PCD en la provincia de Pichincha según datos por el INEC, Censo poblacional 2010, es Quito de 101.743 PCD, seguido de Cayambe con una POBLACION TOTAL: 85.795 habitantes. Cabecera cantonal: Cayambe (4,20%); Mejía (3,54%); Rumiñahui(3,14%); Pedro Moncayo (1,60%); Puerto Quito (0,87%); San Miguel de los Bancos (0,69%) y finalmente Pedro Vicente Maldonado con un porcentaje menor del (0,005%) de personas con discapacidad.
- Según por el tipo de discapacidad a nivel cantonal en Pichincha:

Tabla 5: Persona Con Discapacidad, SEGÚN POR TIPO A NIVEL CANTONAL EN PICHINCHA 2012

Cantón	Total	Tipo Discapacidad						% Discapacidad	
		Auditivo	Física	Intelectual	Lenguaje	Psicológica	Visual	Menor 40%	Mayor o igual 40%
QUITO	44659	6825	20483	9499	621	2006	5225	11574	33085
CAYAMBE	1472	287	632	325	19	44	165	304	1168
MEJIA	1287	193	533	373	17	46	125	284	1003
PEDRO									
MONCAYO	727	185	254	179	14	15	80	136	591
RUMIÑAHUI	1177	171	552	268	13	55	118	349	828
SAN MIGUEL DE									
LOS BANCOS	313	36	148	73	7	6	43	58	255
PEDRO VICENTE									
MALDONADO	308	23	149	77	8	14	37	63	245
PUERTO QUITO	310	32	139	93	6	4	36	67	243
TOTAL	50253	7752	22890	10887	705	2190	5829	12835	37418
%	100	15.43	45.55	21.66	1.4	4.36	11.6	25.54	74.46

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

Mediante en la siguiente tabla N°5, se detalla los tipos de discapacidad existentes en los cantones de la Provincia de Pichicha de acuerdo al tipo de discapacidad; esta fuente da cuenta de 6 tipos de discapacidades: auditivo, física, intelectual, lenguaje, psicológica y visual; es preciso indicar que los Cantones donde existe mayor concentración de personas con discapacidad es en la ciudad de Quito que registran el 88,42% del total de personas con discapacidad. Por otro lado este reporte destaca del total de las personas con discapacidad, cuántas de estas tienen un porcentaje de discapacidad menor y/o mayor al 40%.

2.4.1 Discapacidad en la provincia de Pichincha, Registradas por la Misión Manuela Espejo, Según en cada Cantón

- **Cantón Cayambe**

Tabla 6: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Cayambe.

DISTRIBUCION DE LAS PCD EN EL CANTON CAYAMBE, REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
CAYAMBE	1208	557	46.11	651	53.89
ASCAZUBI	210	100	47.62	110	52.38
CANGAHUA	547	234	42.78	313	57.22
OLMEDO (PESILLO)	368	164	44.57	204	55.43
OTON	110	48	43.64	62	56.36
SANTA ROSA DE CUZUBAMBA	163	74	45.4	89	54.6
TOTAL	2606	1177		1429	
%	100	45.17		54.83	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

En la siguiente tabla N°6 claramente manifiesta que el cantón Cayambe junto a sus 6 parroquias donde permite identificar a las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 45.17 %, mientras que las mujeres con un porcentaje mayor alcanzan el 54,83% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto indican que las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto y con servicio oportuno por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública correspondiente.

- **Cantón Puerto Quito**

Tabla 7: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Puerto Quito.

DISTRIBUCION DE LAS PCD REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
PUERTO QUITO	570	328	57.54	242	42.46
TOTAL	570	328		242	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

En la tabla N° 7 se detalla del cantón Puerto Quito está ubicada al noroccidente de la provincia de Pichincha y cabecera cantonal del Cantón Puerto Quito. Se encuentra a 140 km. de la capital donde presenta que las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 57,54 %, mientras que las mujeres con un porcentaje menor alcanzan el 42,46% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto indican que las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto y con servicio oportuno por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

- **Cantón Pedro Moncayo**

Tabla 8: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Pedro Moncayo.

DISTRIBUCION DE LAS PCD REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
TABACUNDO	292	132	45.21	160	54.79
LA ESPERANZA	78	46	58.97	32	41.03
MALCHINGUI	156	69	44.23	87	55.77
TOCACHI	87	42	48.28	45	51.72
TUPIGACHI	117	59	50.43	58	49.57
TOTAL	730	348		382	
%	100	47.67		52.33	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

En la tabla N°8 identifica al cantón Pedro Moncayo es uno de los ocho cantones que conforman la provincia de Pichincha, ubicado al nororiente de la misma. Se encuentra 51 km hacia el norte de la ciudad de Quito, y está atravesado por el by-passGuayllabamba-Tabacundo-Ibarra, derivación de la carretera panamericana. En la tabla N° 8 donde muestra que las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 47,67 %, mientras que las mujeres con un porcentaje mayor alcanzan el 52,33% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto indican que las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto a la salud y con servicio oportuno por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

- Cantón Pedro Vicente Maldonado

Tabla 9: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Pedro Vicente Maldonado.

DISTRIBUCION DE LAS PCD REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
PEDRO VICENTE MALDONADO	249	126	50.6	123	49.4
TOTAL	249	126		123	
%	100	50.6		49.4	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

El cantón Pedro Vicente Maldonado está ubicada al noroeste de la Provincia de Pichincha. Su cabecera cantonal es la ciudad de Pedro Vicente Maldonado, lugar donde se agrupa gran parte de su población total. En la siguiente tabla N° 9 donde muestra que las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 50,6 %, mientras que las mujeres con un porcentaje menor del 49,4% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto revelan que las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto a la salud y con servicio oportuno y de calidad por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

- Cantón Mejía

Tabla 10: Distribución de las PCD en el Cantón Mejía.

DISTRIBUCION DE LAS PCD, REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
MACHACHI	471	208	44.16	263	55.84
ALOAG	216	92	42.59	124	57.41
ALOASI	233	89	38.2	144	61.8
CUTUGLAHUA	309	135	43.69	174	56.31
EL CHAUPI	53	30	56.6	23	43.4
MANUEL CORNEJO ASTORGA (TANDAPI)	153	76	49.67	77	50.33
TAMBILLO	273	145	53.11	128	46.89
UYUMBICHO	162	76	46.91	86	53.09
TOTAL	1870	851		1019	
%	100	45.51		54.49	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

El cantón Mejía está ubicada al sur de la Provincia de Pichincha. Su cabecera cantonal es la ciudad de Machachi, lugar donde se agrupa gran parte de su población total, como también las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 45,51%, mientras que las mujeres con un porcentaje mayor del 54,49% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto revelan que las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto a la salud y con servicio oportuno y de calidad por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

- Cantón San Miguel de los Bancos

Tabla 11: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón San Miguel de los Bancos.

DISTRIBUCION DE LAS PCD REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	268	154	57.46	114	42.54
MINDO	65	39	60	26	40
TOTAL	333	193		140	
%	100	57.96		42.04	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

San Miguel de los Bancos es uno de los 8 cantones de la Provincia de Pichincha ubicado en la zona noroccidental de la misma consta de dos Parroquias, Mindo y la Cabecera cantonal San Miguel de Los Bancos; las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 57,96%, mientras que las mujeres con un porcentaje menor del 42,04% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto a la salud y con servicio oportuno y de calidad por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

- Cantón Quito

Tabla 12: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Quito.

DISTRIBUCION DE LAS PCD REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
QUITO	25644	11649	45.43	13995	54.57
ALANGASI	415	193	46.51	222	53.49
AMAGUAÑA	521	235	45.11	286	54.89
ATAHUALPA (HABASPAMBA)	153	71	46.41	82	53.59
CALACALI	204	94	46.08	110	53.92
CALDERON (CARAPUNGO)	1480	688	46.49	792	53.51
CONOCOTO	1350	602	44.59	748	55.41

CUMBAYA	292	124	42.47	168	57.53
CHAVEZPAMBA	65	26	40	39	60
CHECA (CHILPA)	249	121	48.59	128	51.41
EL QUINCHE	398	184	46.23	214	53.77
GUALEA	99	49	49.49	50	50.51
GUANGOPOLO	50	27	54	23	46
GUAYLLABAMBA	433	219	50.58	214	49.42
LA MERCED	207	93	44.93	114	55.07
LLANO CHICO	175	99	56.57	76	43.43
LLOA	62	31	50	31	50
NANEGAL	175	96	54.86	79	45.14
NANEGALITO	125	64	51.2	61	48.8
NAYON	265	116	43.77	149	56.23
NONO	101	47	46.53	54	53.47
PACTO	183	108	59.02	75	40.98
PERUCHO	55	28	50.91	27	49.09
PIFO	444	215	48.42	229	51.58
PINTAG	435	198	45.52	237	54.48
POMASQUI	408	196	48.04	212	51.96
PUELLARO	252	111	44.05	141	55.95
PUEMBO	345	165	47.83	180	52.17
SAN ANTONIO	495	212	42.83	283	57.17
SAN JOSE DE MINAS	262	141	53.82	121	46.18
TABABELA	86	50	58.14	36	41.86
TUMBACO	831	367	44.16	464	55.84
YARUQUI	403	203	50.37	200	49.63
ZAMBIZA	208	87	41.83	121	58.17
TOTAL	36870	16909		19961	
%	100	45.86		54.14	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

Mediante la siguiente tabla N°12 , se observa lo siguiente: las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 45,86%, mientras que las mujeres con un porcentaje mayor del 54,14% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto a la salud y con servicio oportuno y de

calidad por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública. El Distrito Metropolitano de Quito se divide en 8 administraciones zonales, las cuales contienen a 32 parroquias urbanas y 33 parroquias rurales y suburbanas. Las parroquias urbanas están divididas en barrios. El estudio realizado por la Misión Solidaria “Manuela Espejo” fue gratuito y tuvo como finalidad determinar las causas de las discapacidades y analizar a este segmento de la población con el fin de delinear políticas de Estado reales, e integrar a un trabajo conjunto a las áreas de salud, educación, bienestar social, entre otras.

- Cantón Rumiñahui

Tabla 13: Distribución de las Personas Con Discapacidad en el Cantón Rumiñahui.

DISTRIBUCION DE LAS PCD REGISTRADAS POR LA MISION MANUELA ESPEJO					
POR SEXO A NIVEL PARROQUIAL (MAYO 2012)					
Parroquia	Total	Hombres		Mujeres	
		Cantidad	%	Cantidad	%
SANGOLQUI	1238	566	45.72	672	54.28
COTOGCHOA	100	42	42	58	58
RUMIPAMBA	30	14	46.67	16	53.33
TOTAL	1368	622		746	
%	100	45.47		54.53	

FUENTE: <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

Interpretación: las personas con discapacidad por sexo (hombre y mujer); los hombres constituyen aproximadamente el 45,47%, mientras que las mujeres con un porcentaje mayor del 54,53% del total de las personas registradas en la base de datos de Manuela Espejo del 2012; por lo tanto las personas con discapacidad necesitan ser atendidos con respeto a la salud y con servicio oportuno y de calidad por parte de las autoridades del Ministerio de Salud Pública.

2.5 Resultados de discapacidades por la Misión Manuela Espejo 2010-2012

La base de datos de la Misión Solidaria Manuela Espejo es el resultado de un estudio bio-psico, social, clínico y genético de todas las personas con discapacidad a escala nacional. Este sistema de información presenta de manera estructurada y sistematizada la información de las personas con discapacidad que fueron registradas por la Misión Manuela Espejo a escala provincial, cantonal y parroquial. Este instrumento tiene como propósito ser

un referente útil y necesario a los diferentes programas sociales para la gestión de proyectos que permita propiciar el desarrollo integral y la inclusión plena de las personas con discapacidad.

La Misión nació gracias al convenio suscrito entre Ecuador y Cuba, donde médicos especialistas cubanos y ecuatorianos realizaron un estudio científico-médico para determinar las causas de las discapacidades y palpar la realidad de estas personas. En Junio del 2009 la Vicepresidencia de la República suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con casi todas las instituciones del Estado, para emprender conjuntamente la ejecución de la Misión Solidaria Manuela Espejo y posteriormente el Programa Joaquín Gallegos Lara, para ayudar a madres o familiares de personas con discapacidad.

De acuerdo los datos de personas con discapacidad tanto a nivel nacional como provincial el Programa Manuela Espejo define a las personas con discapacidad severa en condiciones críticas; que corresponden en primer lugar a la Provincia del Guayas 29,76%, seguido por Pichincha 16,74%. Una vez identificadas las necesidades de las personas con discapacidad, en la fase de diagnóstico, la Misión Solidaria “Manuela Espejo” durante el 2011 emprendió una fase de atención integral para llegar con ayudas técnicas (colchones y cojines anti-escaras, sillas de ruedas, especiales, para evacuar, bastones de diversos tipos, pañales, protectores de colchones, bideles entre otros), atención médica, vivienda y bono de 240 dólares en caso de requerirlo, además de rehabilitación, nutrición, derechos y autoestima. Para esta fase se cuenta con brigadas que estuvieron conformadas por un especialista en salud, militar, conductor y un voluntario, quienes se encargan de entregar las ayudas técnicas en cada hogar de las personas con discapacidad. Hasta enero del 2012 se han entregado 265.515 ayudas técnicas a 130.254 beneficiarios. La Misión Solidaria Manuela Espejo en vista de las necesidades de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad impulsó también la construcción de 4.400 viviendas entre el 2010 y 2011 y se espera construir 6.000 más en el 2012.⁷

⁷ Fuente: www.vicepresidencia.gob.ec

Tabla 14: RESULTADOS DEL PROGRAMA MANUELA ESPEJO (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2011)

RESULTADOS COTOPAXI	RESULTADOS CARCHI
38.948 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.	16.352 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.
11.041 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.	4.347 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.
31.025 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.	10.105 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.
1.157 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.	313 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.
RESULTADOS ESMERALDAS	RESULTADOS SUCUMBÍOS
44.464 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.	21.755 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.
9.496 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.	3.492 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.
34.140 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.	13.236 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.
1.309 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.	474 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.
RESULTADOS IMBABURA	RESULTADOS MANABÍ
35.213 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.	135.069 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.
7.388 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.	27.723 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.
18.622 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.	72.457 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.
808 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.	1.398 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.
RESULTADOS NAPO	RESULTADOS LOS RÍOS
10.022 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.	77.916 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.

<p>2.062 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>6.986 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>288 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>	<p>13.083 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>42.273 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>404 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>
---	---

RESULTADOS ORELLANA

RESULTADOS PASTAZA

<p>13.891 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>2.290 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>8.943 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>219 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>	<p>9.101 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>1.734 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>7.543 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>107 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>
--	---

RESULTADOS MORONA SANTIAGO

RESULTADOS ZAMORA CHINCHIPE

<p>12.726 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>2.863 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>11.173 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>209 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>	<p>10.471 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>2.294 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>8.066 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>181 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>
---	--

RESULTADOS EN LOJA

RESULTADOS EN AZUAY

<p>40.589 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>10.696 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>30.527 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo</p>	<p>54.373 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>12.965 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>24.378 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo</p>
--	--

solicitaron durante los recorridos. 689 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.	solicitaron durante los recorridos. 876 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.
RESULTADOS EN CAÑAR	RESULTADOS EN BOLÍVAR
22.552 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión. 6.038 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta. 14.549 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos. 552 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.	19.783 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión. 5.591 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta. 16.569 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos. 713 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.
RESULTADOS EN CHIMBORAZO	RESULTADOS EN TUNGURAHUA
41.404 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión. 12.328 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta. 31.806 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos. 1.436 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.	38.069 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión. 11.198 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta. 23.060 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos. 726 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.
RESULTADOS EN SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	RESULTADOS EN EL ORO
25.099 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión. 7.120 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta. 17.558 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos. 646 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.	39.610 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión. 13.861 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta. 35.361 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos. 1.023 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.
RESULTADOS EN SANTA ELENA	RESULTADOS EN GUAYAS

<p>15.830 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>6.353 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>13.612 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>413 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>	<p>282.709 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>74.833 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>198.945 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>7.766 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>
---	--

RESULTADOS EN PICHINCHA

RESULTADOS EN GALÁPAGOS

<p>270.539 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>270.539 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>45.098 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>144.336 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>4.369 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>	<p>855 visitas realizadas por los especialistas y médicos de la Misión.</p> <p>272 personas con discapacidades identificadas en las visitas puerta a puerta.</p> <p>575 atenciones médicas a familiares de personas con discapacidad que así lo solicitaron durante los recorridos.</p> <p>19 casos identificados de personas con discapacidad en situación crítica.</p>
	<p>Elaborado por la autora.</p>

Fuente: www.vicepresidencia.gob.ec

2.5.1 Casos con Discapacidad Estudiados y Casos Críticos Registrados SEGÚN Misión Solidaria Manuela Espejo:

Tabla 15: PCD SEVERA EN CONDICIONES CRÍTICAS A NIVEL NACIONAL⁸

PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIONES CRÍTICAS		
PROVINCIA	PcD	Porcentaje
Azuay	876	3,36%
Bolívar	713	2,73%
Cañar	552	2,12%
Carchi	313	1,20%
Chimborazo	1436	5,50%
Cotopaxi	1157	4,43%
El Oro	1023	3,92%
Esmeraldas	1309	5,02%
Galápagos	19	0,07%
Guayas	7766	29,76%
Imbabura	808	3,10%
Loja	689	2,64%
Los Ríos	404	1,55%
Manabí	1398	5,36%
Morona Santiago	209	0,80%
Napo	288	1,10%
Orellana	219	0,84%
Pastaza	107	0,41%
Pichincha	4369	16,74%
Sta Elena	413	1,58%
Sto. Domingo de los Tsáchilas	646	2,48%
Sucumbios	474	1,82%
Tungurahua	726	2,78%
Zamora Chinchipe	181	0,69%
TOTAL	26095	100%

FUENTE: MIES, (Dirección de Atención Integral a PCD 2011-2015)

Las provincias que mayor incidencia de personas con discapacidad severa en condiciones críticas son: Guayas con (29,76%), seguido de Pichincha con (16,74%); datos importantes para el estado ecuatoriano para poder llevar a cabo acciones conjuntas y coordinadas con miras de atender a todos quienes necesitan de entregas de ayudas técnicas, habilitación, rehabilitación, como también en los servicios y programas de salud.

⁸ FUENTE: MIES, (Dirección de Atención Integral a PCD 2011-2015)

2.6 Personas con Discapacidad Identificadas por la Misión Manuela espejo

Tabla 16 :PCD Identificadas por la Misión Manuela Espejo.

PERSONAS CON DISCAPACIDAD IDENTIFICADAS POR LA MISIÓN SOLIDARIA MANUELA ESPEJO				
PROVINCIA	POBLACIÓN	PcD IDENTIFICADAS	% POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD	PcD EN SITUACIÓN CRÍTICA
AZUAY	712.127	12.965	1,82%	876
BOLÍVAR	183.641	5.591	3,04%	713
CARCHI	164.524	4.347	2,64%	313
CAÑAR	225.184	6.038	2,68%	552
COTOPAXI	409.205	11.041	2,70%	1.157
CHIMBORAZO	458.581	12.328	2,69%	1.436
EI ORO	600.659	13.861	2,31%	1.023
ESMERALDAS	534.092	9.496	1,78%	1.309
GALÁ PAGOS	25.124	272	1,08%	19
GUAYAS	3.645.483	74.833	2,05%	7.766
IMBABURA	398.244	7.388	1,86%	808
LOS RÍOS	778.115	13.083	1,68%	404
LOJA	448.966	10.696	2,38%	689
MANABÍ	1.369.780	27.723	2,02%	1.398
MOROBNA				
SANTIAGO	147.940	2.863	1,94%	209
NAPO	103.697	2.062	1,99%	288
ORELLANA	136.396	2.290	1,68%	219
PASTAZA	83.933	1.734	2,07%	107
PICHINCHA	2.576.287	45.098	1,75%	4.369
SANTA ELENA	308.693	6.353	2,06%	413
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS	368.013	7.120	1,93%	646
SUCUMBÍOS	176.472	3.492	1,98%	474
TUNGURAHUA	504.583	11.198	2,22%	726
ZAMORA CHINCHIPE	91.376	2.294	2,51%	181
ZONAS NO DELIMITADAS	32.384	-	-	-
TOTAL	14.483.499	294.166	2,03%	26.095

Fuente: MISION MANUELA ESPEJO

La demanda efectiva o actual, se realiza a proyectar la misma tomando como base el año 2010 hasta el año 2015, tiempo de vida útil del proyecto como se observa a continuación.

2.6.1 Demanda y Oferta de la atención a PCD en Ecuador

Tabla 17: DEMANDA EFECTIVA A PCD (Llerena, 2012)

DEMANDA EFECTIVA		
AÑO	PcD	TASA DE CRECIMIENTO
2010	26.095	1,95%
2011	26.604	1,95%
2012	27.123	1,95%
2013	27.652	1,95%
2014	28.191	1,95%
2015	28.740	1,95%

FUENTE: Programa Manuela Espejo, 2010 elaborado: por el MIES

De la información obtenida por el CONADIS, se desprende que un 84% de PCD carecen por completo de cobertura de Salud (CONADIS, 2012) Proyecto de Inversión “Sensibilización y Concienciación sobre los factores de Riesgo Discapacitante, 2008. Si se aplica este indicador a las 26.095 PCD en situaciones Crítica, por lo tanto se obtiene el siguiente resultado expuesto en la siguiente tabla

Tabla 18: OFERTA ESTIMADA DE ATENCIÓN EN SALUD

OFERTA ESTIMADA DE ATENCIÓN EN SALUD		
AÑO	PcD	OFERTA
2010	26.095	4.175
2011	26.604	4.257
2012	27.123	4.340
2013	27.652	4.424
2014	28.191	4.511
2015	28.740	4.598

Fuente: Programa Manuela Espejo, 2010
Elaboración: MIES

2.6.2 Estimación del Déficit o Demanda Insatisfecha.

Ya establecida la oferta y demanda del proyecto se procede a estimar la demanda insatisfecha en la siguiente tabla:

Tabla 19: Oferta Estimada de atención en Salud.

OFERTA ESTIMADA DE ATENCION EN SALUD			
AÑO	PcD	OFERTA	DEMANDA INSATISFECHA
2010	26.095	4.175	21.920
2011	26.604	4.257	22.347
2012	27.123	4.340	22.783
2013	27.652	4.424	23.227
2014	28.191	4.511	23.680
2015	28.740	4.598	24.142

Fuente: Vicepresidencia de la República
Elaboración: MIES

2.7 La investigación epidemiológica del programa misión manuela espejo 2010-2011.

En epidemiología se estudian y describen la salud y las enfermedades que se presentan en una determinada población, para lo cual se tienen en cuenta una serie de patrones de enfermedad, que se reducen a tres aspectos: tiempo, lugar y persona: el tiempo que tarda en surgir, la temporada del año en la que surge y los tiempos en los que es más frecuente; el lugar (la ciudad, la población, el país, el tipo de zona) en donde se han presentado los casos, y las personas más propensas a padecerla (niños, personas con discapacidad, ancianos, etc., según el caso) (WIKIPEDIA, 2011)

Su objetivo es difundir la información de forma breve de vigilancia Epidemiológica en 142 NUTEs (Unidades Territoriales Estadísticas de Epidemiología de los países del Área Andina , y por lo tanto se prioriza estas enfermedades: Dengue Hemorrágico; Dengue Clásico; Malaria por Plasmodium falciparum; Malaria por Plasmodium vivax; Fiebre amarilla, Sarampión, Cólera, Brotes. (OMS, 2009):

Consideradas de notificación seminal, compartiendo cierta información oportuna para las fronteras binacionales y de cierta forma poder contribuir en la toma de decisiones de control y prevención en el marco de integración de nuestros países andinos, y que lo expresaron a

continuación (Bolivia- Chile,Bolivia-Perú, Colombia- Ecuador, Colombia- Perú,Ecuador-Perú, Perú- Chile, Colombia- Venezuela.

2.8 Programas y servicios de atención en salud a las PCD en el Ecuador.

La atención a las personas con discapacidad en el Ecuador en los últimos 15 años estuvo centralizada en las provincias de mayor concentración poblacional como Guayaquil, Quito y Cuenca; con el trabajo comprometido del CONADIS y la creación de las Comisiones Provinciales de carácter voluntario, se inicia una nueva etapa en la atención a las personas con discapacidad;sin embargo no se puede desconocer el trabajo que se ha hecho en años anteriores.

La atención al ámbito de la discapacidad en el país ha presentado un cambio sustancial a partir del 2007, situación innovadora que han sido replicadas en varios países latinoamericanos; el trabajo asumido por la Vicepresidencia de la República del Ecuador, con la presencia del Sr. Vicepresidente, Sr. Lic. Lenin Moreno Garcés, persona con discapacidad física desarrolla un gran giro de 360° en el ámbito de la discapacidad en el país, mediante Decretos Ejecutivos declara a la discapacidad como Política de Estado, y en Estado de Emergencia al tema, demostrándose así un apoyo político dando como resultado contar con un presupuestos importantes, a favor de la discapacidad, mediante una extensa difusión por los medios de comunicación sobre sus programas de atención, liderados en su mayoría.

Por su parte el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social (MCDS), proporciona políticas públicas que permitan la creación de un Sistema Nacional de Prevención de las discapacidades con el fin de cambiar la realidad de exclusión que viven este grupo vulnerable. Mientras que la Secretaría de Pueblos, Movimientos Sociales y Participación Ciudadana buscará consolidar los programas sociales con el apoyo de contrapartes comunitarias.El Ministerio de Economía transferirá los recursos de manera prioritaria , con el fin de cumplir con la planificación de las distintas instituciones.

En cambio la SENPLADES influye dentro del plan de desarrollo del Estado, las actividades programadas por las diferentes instituciones en la segunda fase de la Misión Manuela Espejo.

Las coberturas de atención se han incrementado por ejemplo, en el proyecto de dotación gratuita de ayudas técnicas e insumos médicos en el cual el CONADIS logró atender

10.000 beneficiarios, subieron a 380.000 ayudas entregadas hasta en el año 2012. La meta de la vicepresidencia es cubrir al 100% de las personas con discapacidad y en todos los aspectos prioritarios y orientados a cada tipo de discapacidad y situación socio económica de las PCD. (Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades, 2012)

Para conocer mejor cuales son los programas sociales que tiene a cargo el gobierno ecuatoriano se lo puede conocer mediante un sistema de información que integra y posee una base de datos de programas sociales e instituciones a través de los siguientes mecanismos (RIPS - Registro Interconectado de Programas Sociales, 2012):

- Implementación de subsistemas de información para los programas internos del Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social (Gestión de la Base de Datos del Registro Social).
- Integración de información en un datawarehouse de beneficiarios activos del BDH, CDH, Socio Ahorro, SECAP, PNFPEES, Aliméntate Ecuador, Desnutrición Cero, INFA, Manuela Espejo, MIDUVI, Alfabetización, Registro Social, Registro Civil, y CONADIS.
- Consultas de beneficiarios en línea de las bases integradas en el RIPS mediante servicios web.

Es por ello que uno de los objetivos de este sistema es ser la plataforma pública, que entregue información ágil y oportuna a los diferentes Programas del Sector Social e Instituciones de acuerdo a sus requerimientos a través de herramientas tecnológicas.

2.8.1 Programas de atención en salud elaborado por elCONADIS.

A continuación mediante la siguiente tabla N°18 donde se resume los programas de atención en salud para las personas con discapacidad en el Ecuador mediante la aplicación por el CONADIS, Consejo Nacional de Discapacidades:

Tabla 20 :Programas de Atención en Salud a PCD en Ecuador

PROGRAMA	Objetivos Generales	Objetivos Específicos	Acciones
PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LAS DISCAPACIDADES	Disminuir la aparición de deficiencias físicas, mentales y sensoriales en todas las etapas de la vida y disminuir el impacto de la discapacidad.	1. Incorporar en los programas de prevención de la salud la temática de la discapacidad. (La prevención de la discapacidad no requiere el desarrollo de servicios separados ni de profesionales específicos).	Articular con los diferentes programas de prevención (Ministerios y/o Secretarías de Salud, Desarrollo Social, Educación y Trabajo,
PROGRAMA DE ATENCIÓN SANITARIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD	Garantizar la atención sanitaria desde la atención primaria a las personas con discapacidad o con riesgo de padecerla	1. Capacitación de recursos humanos no convencionales (personas de la comunidad) y convencionales (agentes sanitarios, personal de enfermería y docentes) para la detección y acción dentro del marco de la Estrategia de la Rehabilitación con Base Comunitaria. (Primer nivel de Atención).	1. Taller de capacitación de agentes sanitarios y/o promotores de salud para la implementación de la estrategia de RBC
	Garantizar la atención sanitaria especializada a las personas con discapacidad	2. Capacitación del personal médico del primer nivel de atención, en atención básica de rehabilitación y en estrategias de Rehabilitación con Base en la Comunidad.	1. Curso de capacitación modular para médicos generales en la atención de las personas con discapacidad
		3. Implementar la creación de Unidades Básicas de Rehabilitación como Segundo	1. Puesta en funcionamiento de las Unidades

		Nivel de Atención, para la supervisión del primer nivel de atención y la atención de personas discapacitadas	Básicas de Rehabilitación (médico capacitado en discapacidad y profesionales no médicos del área rehabilitación existentes. De existir médico especialista en medicina física y rehabilitación estará a cargo de la unidad.
		1. Establecer la coordinación operativa de la atención primaria con los distintos niveles de atención de salud (red de complejidad creciente)	
		2. Establecer la coordinación operativa para la atención con los servicios sociales, ONG y el sistema educativo.	1,2 Información cruzada de acciones y de recursos
FUENTE : MSP 2012		ELABORADO POR LA : AUTORA	

2.8.2 Programas de la Vicepresidencia del Ecuador.

Los programas específicos que impulsa el gobierno a partir del 2007, en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, para la atención a las personas con discapacidad son las siguientes:

Tabla 21: Programas de atención a PCD

AÑO	PROGRAMAS PARA PCD	INSTITUCIONES RESPONSABLE	BENEFICIARIOS
2007	A. Ecuador Sin Barreras	Vicepresidencia: <ul style="list-style-type: none"> • MIES • INNFA 	Guías para implementar normas de accesibilidad (ayudas técnicas: sillas de ruedas, prótesis, auriculares; Proyectos de ayudas anti-escaras; No más niños en la cárcel; implementación de guarderías; programas sociales)
2009	B. Manuela Espejo	Vicepresidencia <ul style="list-style-type: none"> • MSP 	Estudio psicosocial, clínico y genético de las personas con discapacidad
2010	C. Joaquín Gallegos Lara	Vicepresidencia	Bono \$240 mensual para el familiar o responsable de los cuidados de la PCD intelectual o física severa.
2012	D. Con Derecho	Pie Vicepresidencia MSP	Es una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar 4 enfermedades y evitar discapacidades.

FUENTE: <http://www.vicepresidencia.gob.ec/> elaborado por la autora.

2.8.3 Ecuador Sin Barreras.

El 7 de julio de 2008, el Presidente de la República, Rafael Correa, mediante decreto ejecutivo 1188, declaró en emergencia al sistema de prevención de las discapacidades. y junto con el apoyo y respaldo de la Vicepresidencia de la República se creó “Ecuador Sin Barreras”, un programa que mantiene como filosofía propiciar la inclusión de personas con discapacidad a la sociedad y garantizar el cumplimiento de sus derechos. Mediante estos proyectos buscan superar los obstáculos de la insensibilidad y conseguir una mayor conciencia social (Diario HOY, 2012).

“Ecuador Sin Barreras” busca sensibilizar a la sociedad ecuatoriana respecto de la realidad de la población más vulnerable del país, que ha permanecido invisible por la inoperancia de los distintos gobiernos de turno.

Para cumplir ese objetivo fueron creadas: la Misión Solidaria Manuela Espejo y el programa Joaquín Gallegos Lara.

2.8.3.1 Misión Solidaria Manuela Espejo.

El estudio se identificó y ubicó georreferencialmente a todas las personas con discapacidad del país, con el apoyo del gobierno de Cuba, se conformaron brigadas que recorrieron el país tanto Médicos, genetistas, psicológicos, trabajadores sociales, voluntarios y militares se desplazaron a los lugares más recónditos con el fin de visitar a más de un millón de hogares en las 24 provincias y en los 221 cantones llegando a diagnosticar 293.578 PCD. (VICEPRESIDENCIA, 2011)

En cuanto a la Atención La Misión Manuela Espejo provee de ayudas técnicas para mejorar la calidad de vida de las PCD, porque en su mayoría carecían de sillas de ruedas, camas, colchones y cojines anti escaras, así como de prótesis y kits visuales y auditivos, y por lo tanto la ayuda en todo el país es de 310.098 ayudas técnicas y 993 prótesis, llegando a atender a 180.560 PCD.

Además, se han equipado tres talleres para la fabricación de prótesis en las ciudades de Quito, Guayaquil, y Loja con el objetivo de producir 1.500 anuales.

En el 2010, 24.114 personas recibieron ayudas técnicas, mientras que en el 2011, fueron 106.140 las beneficiadas. Las ayudas técnicas entregadas en el 2010, alcanzaron las 67.095 unidades; en el 2011 fueron 198.420. (MERCURIO, 2012)

2.8.3.2 Programa “Joaquín Gallegos Lara.”

Al mismo tiempo, se verificó una triste realidad a cerca de las personas con discapacidad severa física o intelectual. Muchas de ellos eran abandonados, debido a que sus familiares salían a trabajar en busca del pan de cada día, dejándoles desprovistas de ayuda y cuidado, razón por la cual nace la idea de crear un programa específicamente para ellos se logró crear el Programa “Joaquín Gallegos Lara” que consiste en una asignación de \$240 mensuales a un familiar para que se encargue de atender a la PCD.

Existen 14.479 personas con discapacidad severa reciben el bono Joaquín Gallegos Lara y el seguro Exequial y su objetivo del programa fue capacitar a 7.133 cuidadoras, contando con un monitoreo satelital y seguimiento a 14.479 beneficiarios y a las personas cuidadoras.

En el 2011 se contó con la Secretaria de Pueblos para el seguimiento y monitoreo de los casos registrados. Las personas cuidadoras se comprometen a (Vicepresidencia de la República, 2010):

En cuanto a los cuidadores reciben capacitación especial en primeros auxilios, atención primaria, higiene, nutrición, terapia, y rehabilitación, con el fin de asegurar un buen trato y cuidado. Así también los beneficiarios del programa reciben un seguro exequial totalmente gratuitos en caso del fallecimiento de la persona con discapacidad, además, la persona cuidadora puede contar con un Seguro de Vida por un valor de 500 dólares.

La Inversión ascendió en: 3'382.700 dólares para atender entre octubre y diciembre del 2012 a los aproximadamente 3.500 nuevos beneficiarios. *Para ampliar la cobertura del programa Misión Joaquín Gallegos Lara se tomó en cuenta las siguientes Enfermedades Catastróficas definidas por el Ministerio de Salud Pública* (Vicepresidencia de la República, 2012):

- ✓ Todo tipo de malformaciones congénitas de corazón y todo tipo de valvulopatías cardíacas.
- ✓ Todo tipo de cáncer.
- ✓ Tumor cerebral en cualquier estadio y de cualquier tipo.
- ✓ Insuficiencia renal crónica
- ✓ Trasplante de órganos: riñón, hígado, médula ósea.
- ✓ Secuelas de quemaduras graves.
- ✓ Malformaciones arterio venosas cerebrales.
- ✓ Síndrome de KlippelTrenaunay.
- ✓ Aneurisma tóraco-abdominal.

Además son 106 enfermedades raras o huérfanas que lo puede conocer en cuanto a Enfermedades raras o huérfanas definidas por el Ministerio de Salud Pública: ver en ANEXO 1 . (Vicepresidencia de la República, 2012)

2.8.3.3 Programa Nacional de Tamizaje Neonatal “Con Pie Derecho”

El programa Nacional de Tamizaje Neonatal, es uno de los programas preventivo-asistenciales esenciales de Salud Pública.

Ilustración 5: Programa "Con Pie Derecho"

Enfermedad	Objetivo del Tamizaje
Hipotiroidismo congénito	Prevención del retraso mental
Fenilcetonuria	Prevención del retraso mental
Galactosemia	Prevención del retraso mental y muerte antes del primer mes de vida
Hiperplasia suprarrenal congénita	Prevención de muerte antes del primer mes de vida y de alteraciones del sexo

Fuente : Protocolo de Tamizaje Metabólico Neonatal; Quito 2011

El objetivo principal es la prevención de discapacidades asociadas a enfermedades congénitas mediante su identificación precoz y la intervención sanitaria correspondiente para evitar el daño neurológico y reducir la morbilidad y la mortalidad así como las posibles discapacidades asociadas a dichas enfermedades. (Protocolo de Tamizaje Metabólico Neonatal, 2011)

La Vicepresidencia de la República en colaboración con el Ministerio de Salud Pública, en su calidad de rector de la salud, tiene la responsabilidad de aplicar, con carácter universal y obligatorio, en la Red Pública de Salud, en los hospitales y clínicas privadas, así como en los establecimientos ambulatorios que atienden niñas y niños durante el periodo neonatal. El inició el programa “Con Pie Derecho, la Huella del Futuro”, que es una directriz internacional de Tamizaje Neonatal, que consiste en tomar una muestra de sangre del talón al cuarto día de nacido, con el fin de detectar cuatro enfermedades.

Según proyecciones del INEC, que nacerían fue de 315.985 niños para el año 2011 donde el estudio que realizó La Misión Manuela Espejo dando como resultado del total de personas con discapacidad intelectual (68.687), en 32.784 personas con discapacidad es de origen prenatal (48%). De ellas el 28,45% son de origen prenatal genético, es decir, afectaciones de diferentes grados en el genoma. Mientras un 42,11% de los casos, se evidenció una etiología multifactorial y esta categoría se destacó el Hipotiroidismo Congénito⁹, encontrado en todas las provincias del país.

⁹ Hipotiroidismo Congénito, es la disminución o la falta de producción de la hormona tiroidea en un RN, es la causa más común de retardo mental prevenible.

En cuanto a las prevenciones son los siguientes datos:

-Prevención de Discapacidades Auditivas, es otro segmento que atendió durante el año 2011 con el servicio de diagnóstico a 300.000 personas; así como realizó el tamizaje a 1'200.000 niños y niñas de nivel pre-escolar y escolar. Además, el programa entregó 1.600 prótesis a niños, tomando en consideración la tasa incidencia del 1,6 por cada 1.000 habitantes.

-Prevención de Discapacidades Visuales, durante el año 2012 se implementaron 7 servicios regionales de baja visión con el Ministerio de Salud Pública y 250.000 niños tamizados en centros de desarrollo infantil. Además, el Programa de prevención de Discapacidades visuales se entregaron 5.000 ayudas de baja visión entre: bastones, regletas, reloj-calculadores, parlantes, lupas, filtros, telescopios y otros.

-Prevención de Discapacidad Intelectual, se aplica a través del programa Nacional de Tamizaje Neonatal para cubrir un universo de 300.000 niños que nacen por año en Ecuador, de esa cifra 251 niños vienen al mundo con discapacidad intelectual.

Durante el año del 2011 en el Ecuador existieron 83.969 casos de discapacidad intelectual; que representa el 28,4% del total de las personas registradas. se implementaron 1.645 servicios de tamizaje y diagnóstico audiológico en el Ministerio de Salud Pública a escala nacional; mientras que en el año 2012 estuvieron diagnosticadas 141.041 en los servicios audiológicos las personas con discapacidad auditiva. (Vicepresidencia de la República del Ecuador, 2012)

Por lo tanto se han tamizado alrededor de 149.643 niños y niñas, de los cuales 30 presentaron resultados positivos, a esos casos se les proporcionó medicamentos que previenen la formación de la discapacidad. En otros países se han implementado desde hace más de dos décadas el tamizaje neonatal a diferentes patologías de origen prenatal y que pueden ser eficientemente controlados en sus efectos negativos a la salud.

En Latinoamérica, se describen a continuación en la siguiente ilustración N°6 demuestra mediante la cobertura de los programas de Tamizaje Metabólico en latinoamérica:

Ilustración 6: Cobertura de los Programas de Tamizaje Metabólico en Latinoamérica

COBERTURA DE TAMIZAJE	PAISES
≥ 80%	Chile, Cuba, Costa Rica, Uruguay
60 – 80%	Brasil, México, Argentina
10-35%	Colombia, Paraguay y Venezuela
≤10%	Nicaragua, Perú, Guatemala, Bolivia República Dominicana, Panamá, Ecuador, El Salvador, Honduras Y Haití.

Fuente: Protocolo de Tamizaje Metabólico Neonatal, MSP, 2011
Elaborado por: MSP 2012

2.9 Atención en salud en el Sector Público, Privado

La Autoridad Sanitaria Nacional procura que el Sistema Nacional de Salud disponga y distribuya de forma oportuna y permanente los medicamentos e insumos gratuitos, requeridos en la atención de discapacidades, enfermedades de las PCD y deficiencias o condiciones discapacitantes. Por lo tanto las discapacidades y sus consecuencias forman un serio problema social y de salud pública para los países, durante décadas las personas con algún tipo de discapacidad se han visto infringidos en sus derechos y excluidos de la sociedad, del trato digno y más aún del acceso a un servicio de salud con capacidad de prevenir, atender, y solucionar sus necesidades.

Los Ministros de Salud de la Subregión Andina¹⁰ con firme voluntad política asumieron el reto de enfrentar y dar respuesta integral a las PCD que tienen problemas de salud, proponiendo la inclusión a las PCD al acceso en servicios de salud. Para lo cual fue necesario que tomaran acciones, estrategias, planes, y políticas que vienen desarrollándose en cada país con fecha del 27 de marzo del 2009, con resolución de los Ministros del Área Andina/REMSAA XXX/457 “Discapacidad: Inclusión y compromiso de todos”, dieron el mandato al Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito UNANUE de conformar la Comisión Técnica y trabajar un Plan Andino que incluya la elaboración de una Política Andina en el tema (Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito UNANUE, 2010, pág. 11) Para mejorar las condiciones de salud de todas las personas se impulsaron campañas de promoción, prevención y tratamiento, con lo cual permitió recuperar la confianza en el

¹⁰ El Organismo Andino de Salud-Convenio HIPOLITOUANNUE, están conformados por los siguientes países de Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela.

sistema de salud público, con lo cual se refleja en el incremento de los usuarios, y por lo tanto el presupuesto en Salud es 3,3 veces en el 2011 en relación al 2006. Mientras que en el 2011 a nivel nacional se mejoró la infraestructura y el equipamiento de las unidades de salud del país, gracias a la inversión que dio el gobierno que fue 1341´319.735 de dólares invertidos en la atención integral de salud gratuita, lo cual permitió descongestionar el servicio que estaba saturado y dificultaba la atención a los usuarios, en cambio para atender los casos de emergencia se adquirieron hospitales móviles, también ambulancias especializadas para pacientes críticos.

El Estado ecuatoriano se desarrolla en función del Bienestar y el SumakKausai de todas y todos, mediante sus reformas democráticas y su marco legal que garantiza los derechos, dando a lugar un reposicionamiento del sector social y la salud como ejes fundamentales del desarrollo y el bienestar (SENPLADES, 2009)

En cuanto a las atenciones brindadas a las PCD a nivel nacional no tiene datos precisos el Ministerio de Salud Pública pero se estima alrededor del 5% del total de las personas atendidas a nivel nacional según fuente considerada por el personal de Estadísticas del Ministerio de Salud.

Tabla 22: Acceso a Servicios de Salud a PCD

SERVICIOS	N°	%
Salud	163.946	58,69
Rehabilitación	51.349	18,38
Odontología	93.652	33,52
Farmacia	109.376	39,15
Fuente: Manuela Espejo 2010-2011		

El acceso de la población con discapacidad del país a los servicios de salud, mediante la investigación realizada por la Misión Manuela Espejo estableció que 163.946 PCD estudiadas durante el año 2010, es decir el 58% acceden a servicios de salud, 51.349 (18,38) a servicios de Rehabilitación, 93.652 (33,52%) a servicios de Odontología, mientras 109.376 (39,15%) a servicios de farmacia (Narváz Montenegro, 2012)

Las unidades del Ministerio de Salud de todas las capitales provinciales cuentan ya con unidades calificadoras de la discapacidad, cuyos profesionales han sido capacitados y

autorizados por el CONADIS para actuar dentro del Sistema Único de Calificación diseñado por el consejo, en el que también participan INNFA, IESS, Junta de Beneficencia, ISSFA (Lucio, 2005)

Las competencias en salud por parte del MSP Ecuador, son muy amplias especialmente relacionadas con la prevención, detección oportuna, intervención temprana y rehabilitación funcional; también le corresponde la evaluación y calificación de la discapacidad. Dichas acciones están fundamentalmente bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y sus 1.743 unidades operativas, de las cuales apenas 23 tienen servicios de rehabilitación ubicados en sólo 13 provincias; además de las del IESS, que cuenta con 25 servicios de rehabilitación; del ISSFA, que tiene dos Servicios de Rehabilitación, y que canaliza sus otras demandas mediante contratación de servicios extra-institucionales; de la Junta de Beneficencia, que tiene dos servicios de rehabilitación; el ISSPOL de la Policía Nacional que cuenta con dos servicios de rehabilitación. El INNFA y la Junta de Beneficencia, junto al Ministerio de Salud, atienden a la población en general, mientras las otras entidades mencionadas solamente a sus respectivos afiliados. (Sistema de Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador, 2010)

2.9.1 Dirección Nacional de Discapacidades, Rehabilitación y Cuidado Especial en Salud

MISIÓN: Contribuir a prevenir las discapacidades y mejorar la calidad y autonomía de vida de las personas con discapacidades, adicciones y necesidades de cuidados especiales garantizado.

Atribuciones y responsabilidades:

Conducir y coordinar la formulación de proyectos de políticas públicas y la elaboración de planes, programas y proyectos para la atención a personas con discapacidades, discapacidad mental, adicciones y necesidades de cuidados paliativos.

-Conducir y coordinar la formulación de proyectos de leyes, reglamentos y otros instrumentos legales para la atención a personas con discapacidades, problemas de salud mental, adicciones y necesidades de **cuidados paliativos**¹¹

¹¹Los **cuidados paliativos** son las atenciones, cuidados y tratamientos médicos y tratamientos farmacológicos que se dan a los enfermos en fase avanzada y enfermedad terminal con el objetivo de mejorar su calidad de vida y conseguir que el enfermo esté sin dolor.

- Conducir y coordinar la formulación de iniciativas, estrategias y mecanismos para la implantación de políticas públicas, planes, programas, y proyectos para la atención a personas con discapacidades, discapacidad mental, adicciones y necesidades de cuidados paliativos.
- Conducir y coordinar la formulación de lineamientos y prioridades de formación el talento humano y capacitación al personal de salud, en atención a las PCD.
- Conducir y coordinar la formulación de lineamientos para el diseños de sistemas de monitoreo y evaluación de la atención a PCD, problemas de salud mental, adicciones y necesidades de cuidado paliativos; y servicios y centros.
- Conducir y definir el funcionamiento de servicios de rehabilitación integral en salud.
- Conducir y definir el funcionamiento de servicios de cuidados paliativos.

2.9.2 Programas y servicios de atención en salud en la Provincia de Pichincha, 2012

La mayoría de los servicios de rehabilitación privilegian la atención a las personas con discapacidad física descuidando a las de origen sensorial o mental, las que se ven obligadas a recurrir a otros servicios de especialidad para la atención de la morbilidad, sin encontrar respuesta a sus necesidades de rehabilitación integral. A nivel nacional el Ministerio de Salud cuenta con 1.800 centros de salud que atienden en las especialidades básicas de medicina familiar y comunitaria, pediatría, ginecología y odontología. En la Provincia de Pichincha, existen 220 sitios de atención primaria; consta de 21 Jefaturas de las áreas de salud pública, tiene 178 subcentros y 9 Hospitales públicos. (Navarrete, 2012) Los servicios del MSP están organizados por niveles de atención en salud según su grado de complejidad: (MSP, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública, 2012):

I NIVEL¹²: El nivel (complejidad baja), se encuentra los puestos de salud, subcentros de salud, centros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, fomento y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas y de saneamiento ambiental y participación comunitaria. Los establecimientos de primer nivel forman parte de una red de atención prioritaria de salud y son considerados como la puerta de entrada al sistema de salud de forma gratuita

¹² El primer nivel de atención es la organización de los recursos que permite resolver las necesidades básicas/ o más frecuentes en la atención de la salud de una población dada, en consideración de que estas necesidades se resuelven con tecnologías simples que deben estar accesibles de forma inmediata a la población.

II NIVEL: El nivel (complejidad intermedia), conformados por hospitales básicos y hospitales generales, que además de la atención de I NIVEL, ofrecen hospitalización de corta estancia. El hospital básico ofrece atención ambulatoria y hospitales de medicina general, Gineco-Obstetricia, pediatría y cirugía. El hospital general ofrece, además de lo mencionado, especialidades de acuerdo a su superficie epidemiológico y auxiliares diagnósticos y tratamientos de mayor complejidad. Los consultorios de especialidad clínico-quirúrgicos y los centros de especialidades, y los hospitales del día son parte de este nivel.

III NIVEL¹³: El nivel (complejidad alta), compuesto por los hospitales especializados y de especialidad, y los centros especializados que ofrecen hospitalización en una especialidad o subespecialidad y atiende a toda la población del país a través de referencia, además realizan docencia e investigación, están ubicadas en ciudades consideradas como polos de desarrollo y de mayor concentración poblacional.

Los servicios del sector privado, está integrado por entidades privadas con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, centros especializados, consultorios, farmacias e instituciones de medicina prepagada)

Los servicios de salud de organizaciones privadas sin fines de lucro como ONG, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social reconocidas por su gestión en la ciudad de Quito son:

-Campamento Cristiano Esperanza: atiende a 32 niños con capacidades especiales ubicado en el sector norte de Quito (carcelén)

-Fundación Triángulo: atiende 81 niños con Síndrome de Down, ubicado en el sector centro de la ciudad de Quito (Plaza San Francisco)

-Fundación Hermano Miguel: atienden a 45 personas con discapacidad, ofreciendo servicios médicos de traumatología, fisiatría, audiología, medicina general, urología, odontología, gastroenterología, neurología, pediátrica, laboratorio clínico.

¹³ El tercer nivel de atención es una organización de los servicios en que se agrupan más recursos con un nivel de complejidad mayor para atender eventos altamente complejos, de menor ocurrencia y para cuya atención se precisa habilidades especializadas y tecnologías avanzadas.

Es importante conocer la calidad de los servicios que tanto el servicio público como el servicio privado y las ONG'S brindan a las personas con discapacidad y un punto importante es el licenciamiento completo de las red de servicios unidades operativas y conocer si han completado un licenciamiento completo, licenciamiento condicional o si existen unidades de salud que no han cumplido el proceso de licenciamiento o no.¹⁴

2.10 Las principales dificultades y beneficios que tienen los programas y servicios de atención en salud en la provincia de Pichincha, 2012.

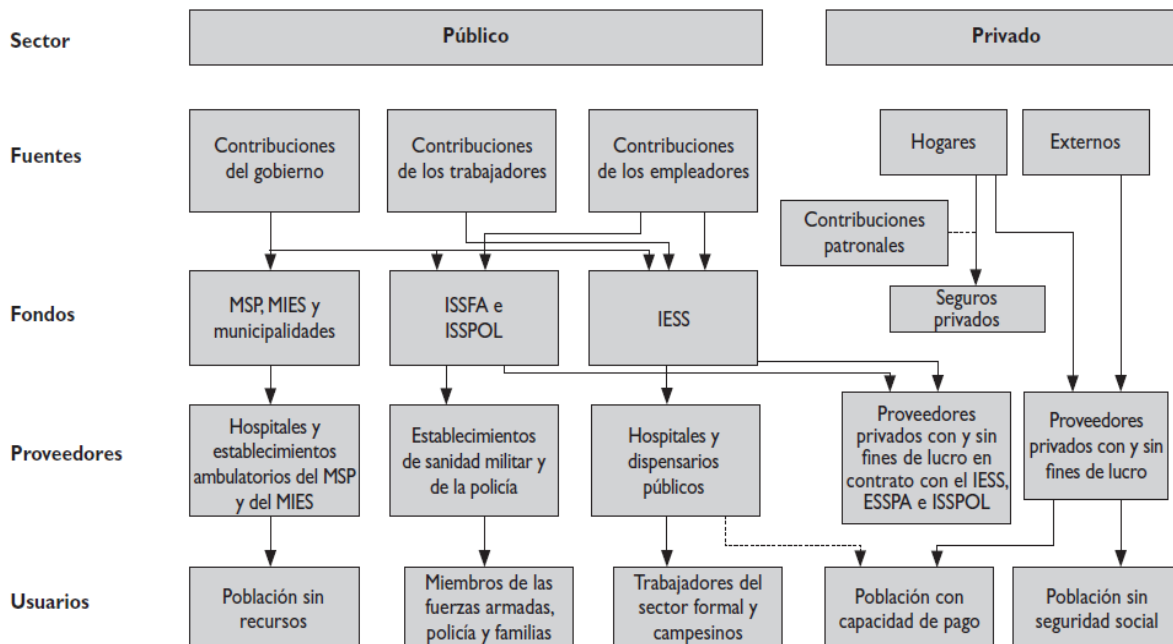
El presente trabajo profundiza las razones por las que una discapacidad repercute en el estado de salud en la provincia y obliga a abordar sus cuidados con especial profesionalidad y cercanía. Una de estas acciones que se ha propuesto el gobierno ha sido integrar la Red Publica Integral de Salud (RPIS) a través de la cual se tiene la posibilidad de referir a los ciudadanos que no puedan ser atendidos en los hospitales públicos sean referidos a otras instituciones como ISSFA, ISPOL, IESS. La RPIS ha atendido aproximadamente a más de 135 mil personas (Ministerio de Salud, 2013).

La salud, es un derecho fundamental de toda persona, pero una persona que tiene una discapacidad necesita mayor atención integral y de calidad. A pesar que la atención en salud es gratuita en el Ecuador, una de las dificultades principales fue el aumento de la demanda y las necesidades insatisfechas de las personas con discapacidad, frente a la oferta de servicios de atención que ofrecen las instituciones como: la falta de recursos humanos, desabastecimiento frecuente de medicamentos, infraestructura hospitalaria, y recursos económicos principalmente, razón por la cual existen bajos niveles de Cobertura, protección insuficiente particularmente para grupos de protección prioritarias entre ellos las personas con discapacidades,

¹⁴ Consulta licenciamiento del MSP.

2.10.1 La cobertura Pública, Privada y Mixta en programas y servicios de salud.

Ilustración 7: Atención en Salud en el Sector Público y Privado



El sistema de salud de Ecuador está compuesto por dos sectores: público y privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud Pública (MSP), el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), los servicios de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional). El MSP ofrece servicios de atención de salud a toda la población. El MIES y las municipalidades cuentan con programas y establecimientos de salud en los que también brindan atención a la población no asegurada. Las instituciones de seguridad social cubren a la población asalariada afiliada. El sector privado comprende entidades con fines de lucro (hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias y empresas de medicina prepagada) y organizaciones no lucrativas de la sociedad civil y de servicio social. Los seguros privados y empresas de medicina prepagada cubren aproximadamente a 3% de la población perteneciente a estratos de ingresos medios y altos. Además existen al menos 10 000 consultorios médicos particulares, en general dotados de infraestructura y tecnología elementales, ubicados en las principales ciudades y en los que la población suele hacer pagos directos de bolsillo en el momento de recibir la atención.

Fuente: Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Quito, 6 de junio 2011

Elaborado por: Ruth, Lucio

2.10.2 Uso de los servicios y programas de atención en salud en la provincia de Pichincha

En términos de necesidades de servicios, se debería tomar en cuenta la población de 0-14 años son los que realmente se benefician y que acaparan en los servicios y programas de salud, mientras que la población entre 15 a 64 años están descontentos con los servicios que prestan los servidores públicos con respecto a sus necesidades de atención en salud.

Los servicios más utilizados son : Rehabilitación Física corresponde a un 30%, mientras el Tratamiento médico (25%); Diagnostico medico el 23%, Estimulación temprana 12% terapia de lenguaje 9% y con la atención menos utilizada es la psicológica

Las personas con discapacidad manifiestan ser atendido por los centros de salud con un 37%, seguido por los hospitales especializados del 34% y luego por los hospitales generales 29% por lo tanto indican que los servicios del sector público y privado mediante las unidades de salud, si son atendidos en los tres niveles de atención, conforme los estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y por lo tanto las PCD, se hacen atender en las siguientes unidades de atención con respecto a su salud y donde se ha fortalecido el primero y segundo nivel de atención que son mayoritariamente ingresados primero por los centros de salud con un porcentaje del 37%; Hospitales de especialidades (34%), y por último se ubica los hospitales generales Básicos(29%).

La falta impulsar y fortalecer la calidad de atención a las personas con discapacidad son datos importante para considerar del por qué? el 65% manifiestan estar insatisfechos debido a que se les dificulta ingresar a los Hospitales, Clínicas, los cuales no llegan a tiempo a sus rehabilitaciones como también la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia; mientras que las personas con discapacidad auditiva tienen dificultad en servicio de interpretación en lenguaje de señas; mientras que los que están poco satisfechos son un 21% debido que no son frecuentes ni consecutivas sus tratamientos médicos porque sus citas son establecidas durante más de un mes y no satisfacen a sus necesidades prioritarias, y los que realmente están satisfechos son un 14% debido a que si tienen prioridad en cuanto a los turnos de estimulación temprana.

Las PCD permanentes con más de un año que viven en los cantones de la provincia de Pichincha son en el Cantón Quito,(84%), el 4% en Cayambe, 3% en Mejía al igual que Rumiñahui, el 2% en Pedro Moncayo y Puerto Quito, y tan solo el 1% en San Miguel de los Bancos y Pedro Vicente Maldonado.

2.10.3 Necesidades de servicios especializados de salud

Los servicios de salud especializados más necesitados son: la rehabilitación física, seguidos por terapia de lenguaje, y estimulación temprana.

El 71% de las personas con discapacidad se encuentran en el área urbana de la provincia de Pichincha y el resto en el área rural.

En pichincha el 64% de las personas con discapacidad carecen de prestaciones de seguro. Las personas con discapacidades suelen ser rechazados por las compañías aseguradoras de salud, pese que está establecido en la Ley orgánica de discapacidades en su artículo 25

cantones de la provincia de Pichincha donde se dispone de datos, donde el 36 por ciento de las personas con discapacidades tienen seguro de salud.

Los cantones que necesitan mayor atención en salud para las personas con discapacidad se concentran en el Cantón de Quito. En el ministerio de salud de Pichincha le falta aplicar ciertas medidas pertinentes para organizar, intensificar, y ampliar y desarrollar redes de servicios y programas de habilitación o rehabilitación integral en el ámbito de la salud, buscando respuestas y resultados apropiados y eficaces al tipo y gravedad de la discapacidad, a fin de que las personas logren alcanzar y mantener un nivel óptimo de funcionamiento y autonomía, incluyendo los servicios de asistencia domiciliaria en todos los hospitales no solo que se concentre el en Hospital del Eugenio Espejo.

Poner los mayores esfuerzos en desarrollar un Sistema Universal de Salud Pública Gratuita, que atienda las necesidades de salud preventiva, curativa y de rehabilitación de las personas discapacitadas en la área rural de Pichincha, reemplazando el sistema actual basado en prepagas y obras sociales. Pensar en cómo gestar la transición del sistema actual al propuesto.

Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó en la provincial de Pichincha en la Instituciones del Sector Público y Privadas que se encuentran relacionadas con la atención a las personas con discapacidad, a través de los programas y servicios de salud; de acuerdo a la ley Orgánica de Discapacidades como también de los objetivos y metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

La Agenda Nacional de la Igualdad para las discapacidades (2010-2013) en el país se ha efectuado tres estudios estadísticos muestrales que son:

- a) Los impedidos en el Ecuador, año 1981
- b) Situación Actual de las Personas con Discapacidad en el Ecuador, año 1996
- c) Ecuador: La Discapacidad en Cifras, año 2004

Asimismo se tomó en cuenta los Censos de población y vivienda año 2001 y 2010, preguntas relacionadas a la detección de personas con discapacidad que han sido de vital importancia para trabajar en programas y servicios para los más vulnerables.

Por lo tanto es necesario conocer si estos programas y servicios en atención en salud ha tenido éxito en la provincia de Pichincha, para medir la calidad y su cobertura de estos como también saber cuál es la relación entre los programas y los servicios con los objetivos del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013

Las personas con discapacidad en la provincia de Pichincha según el último Censo en el 2010 fue de 119.122 es decir 4,62 % necesitan ser atendidos.

Los resultados de esta encuesta de satisfacción de las personas con discapacidad de los servicios de salud, en la provincia de Pichincha, pueden ser complementados y profundizados haciendo uso de metodologías cualitativas en aquellas áreas o aspectos que sean motivo de mayor insatisfacción para las PCD, de tal manera que las propuestas de mejora respondan a situaciones reales y al mejor entendimiento de las necesidades de los usuarios e impacten positivamente en la calidad de los servicios de salud.

3.1 Participantes

La investigación está regida a las instituciones directamente relacionadas con la atención a personas con discapacidad para la obtención de la información fue necesaria para realizar un análisis de la cobertura y calidad de servicios y programas en salud en la provincia de Pichincha, y para ello fue necesario tomar en cuenta ciertos datos importantes como el porcentaje de las PCD en Pichincha.

Tabla 23:PCD, en la provincial de Pichincha, según el INEC 2010.

Nombre del Cantón	PCD	%	N de la muestra
PICHINCHA	INEC 2010		
QUITO	101.743	85,4%	327
CAYAMBE	5.013	4,2%	16
MEJIA	4.219	3.7%	14
PEDRO MONCAYO	1.908	1.6%	6
RUMIÑAHUI	3.743	3.1%	12
SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	832	0.8%	3
PEDRO VICENTE MALDONADO	617	0.5%	2
PUERTO QUITO	1.047	0.8%	3
	119.122		383

FUENTE: www.inec.gov.ec

3.2 Materiales e instrumentos de Investigación

En el presente estudio para recoger los datos necesarios para el análisis de la atención a las PCD, a través de los programas y servicios en salud en la provincia de Pichincha, año 2012; se asistió a los diferentes Centros y Subcentros de Salud Pública y Hospitales como también en las Clínicas Privadas, donde se aplicó las encuestas a las personas con discapacidad permanentes más de una año, entrevistas a los directores y empleados del MSP. Igualmente se utilizó la investigación bibliográfica mediante la selección de información en libros, revistas, artículos, documentos del CONADIS, MCDS, MSP, Dirección Nacional de Discapacidades, INEC, así como datos del internet.

Eje de investigación	MÉTODO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	MUESTRA
PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SALUD.	Cualitativo Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none"> • Encuesta • Entrevista • Análisis de documentos 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Cuestionario ❖ Formularios ❖ Fichas de campo 	Muestreo

3.3 Método y Procedimiento

El tipo de investigación es cualitativa o metodología cualitativa es un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar en la siguiente investigación la calidad que tienen los programas y accesos a servicios de atención en salud a las personas con discapacidad en la provincia de Pichincha y describir la realidad tal como la experimentan estos grupos vulnerables.

En cambio la investigación cuantitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos vulnerables dentro y fuera de las instituciones que son atendidos por los centros de salud, puesto que el presente proyecto se recolectó, sistematizó y analizó la información relacionada con el acceso y atención a las personas con discapacidad, donde los últimos años habido ciertos cambios positivos en comparación en años anteriores.

La naturaleza de este estudio será descriptiva, exploratoria y analítica, debido a la necesidad de conocer la cobertura de los programas y acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad; para eso usé fuentes de investigación primaria y secundaria.

3.4 Técnicas

- ❖ **Observación:** Obtener información general relacionada con el acceso a los programas y servicios en salud para PCD en la provincia de Pichincha.
- ❖ **Encuestas:** Estudio sobre la satisfacción y cobertura a los involucrados con los programas de acceso de servicio en salud a PCD en las instituciones tanto públicas como privadas.
- ❖ **Entrevistas:** Dialogar y analizar la situación dentro de la Provincia de Pichincha, con directores, encargados y funcionarios relacionados con los programas y servicios en salud para PCD, recogiendo información, de acuerdo a los objetivos de estudio, en el MSP, autoridades políticas y todos los involucrados.
- ❖ **Muestreo:** que será de gran ayuda para las instituciones en salud brindando mejores servicios a las personas con discapacidad en sus diferentes posiciones y responsabilidades y se busca seleccionar a individuos que se juzga de antemano tienen un conocimiento profundo del tema bajo estudio, por lo tanto, se considera que la información aportada por esas personas es vital para la toma de decisiones.

Para efectos de esta investigación y considerando que el número de las personas con discapacidad según datos del Censo 2010, realiza una fórmula estadística a efecto de establecer una muestra que será aplicada en la investigación.

✓ SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Una fórmula muy extendida que orienta sobre el cálculo del tamaño de la muestra para datos globales es la siguiente:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- N: es el tamaño de la población o universo (119122).
- k: es una constante que depende del nivel de confianza que asigna El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con un
- a probabilidad del 5%.

Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza son:							
k	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

- **e:** es el error muestral deseado (5%).
- **p:** es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura (50%).
- **q:** es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.
- **n:** es el tamaño de la muestra (número de encuestas que vamos a hacer).

✓ CALCULO DE LA MUESTRA:

UNIVERSO = 119122

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 * (119122)}{(0,05)^2 * (119122 - 1)}$$

$$n = \frac{114405}{299} = 383$$

Nombre del Cantón	n
QUITO	327
CAYAMBE	16
MEJIA	14
PEDRO MONCAYO	6
RUMIÑAHUI	12
SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	3
PEDRO VICENTE MALDONADO	2
PUERTO QUITO	3
	383

Finalmente se explicarán las **conclusiones** a las que se llegue y se expondrán las propuestas a las que se han llegado luego de todo el proceso de análisis a lo largo de este trabajo.

3.5 Análisis de resultados

3.5.1 Datos generales.

1. Sexo:

Tabla N°1

Indicadores	f	%
FEMENINO	179	53
MASCULINO	204	47
TOTAL	383	100

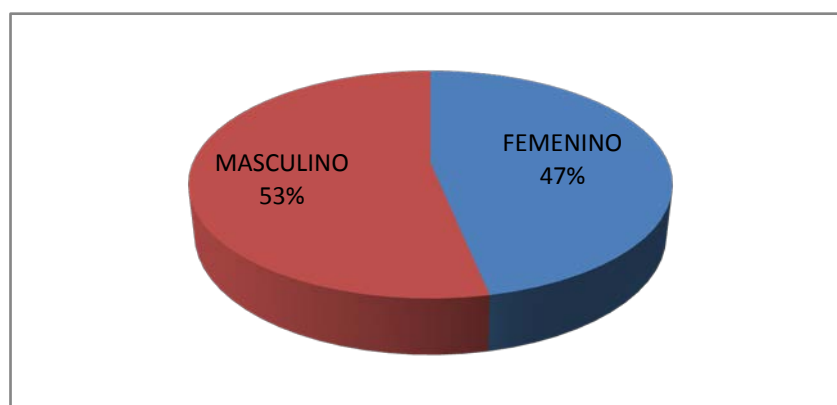


Ilustración 8: PCD en la provincia de Pichincha, según el Sexo.

Fuente: Encuesta aplicada a lasPCD

Elaborada: autora

Interpretación: Como se observa en la siguiente ilustración mayor parte de la población con discapacidad, que se realizó la encuesta durante del mes de junio en la provincia de Pichincha en los sectores de salud se obtiene datos relevantes en cuanto al género como son el sexo masculino (53%) de un total de 204 PCDe en la provincia, mientras que el sexo femenino representa un porcentaje menor 46,7% (179PCD)

2. RANGO DE EDAD:

Tabla N°2

PCD SEGÚN EL RANGO DE EDAD	
0-14 años	49
15-64años	220
65 o mas años	114

Grafico N°2

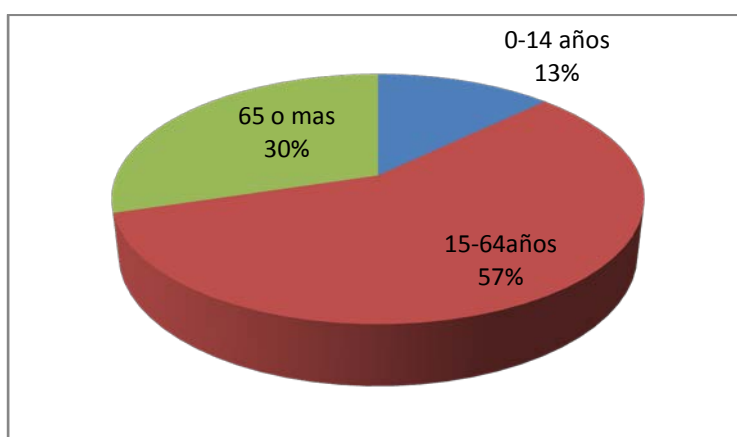


Ilustración 9: PCD según el grupo de edad en Pichincha

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD **Elaborada:** autora

Interpretación del Gráfico N°2: De la encuesta realizada se puede notar que las personas que tienen un mayor grado de discapacidad se encuentran entre el rango de edad entre 15 y 64 años; lo que hace notar la necesidad de atención hacia este grupo prioritario ya que en la mayoría de instituciones o fundaciones atienden a los niños y adolescentes; verificándose el estudio conforme avanza la edad, las personas son más propensas a adquirir algún tipo de discapacidad, mientras que el segundo puesto está entre los 65 años o más.

3. AREA: URBANO/ RURAL

Tabla N°3

AREA	N° PCD
URBANA	271
RURAL	112

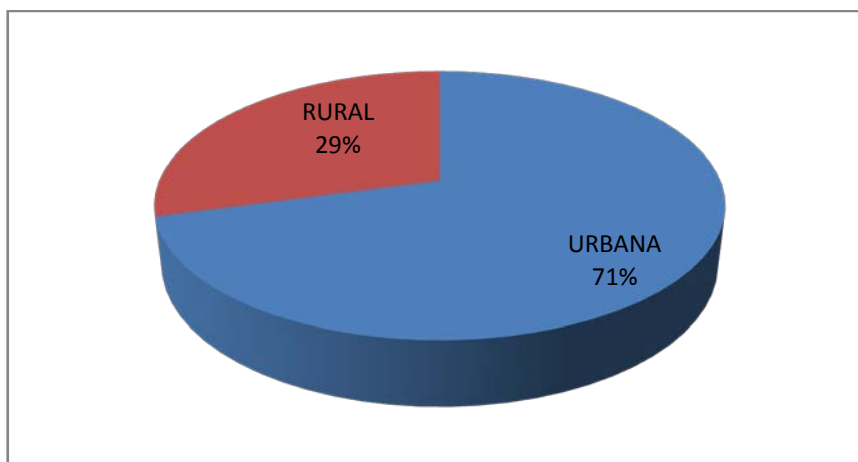


Ilustración 10: PCD en la provincia de Pichincha, según su Área

Encuesta aplicada a las PCD

Elaborada: autora

Interpretación: En la siguiente ilustración se observa que el 71% de las personas con discapacidad se concentran en las áreas urbanas de la provincia de Pichincha debido porque las atenciones en salud son de manera gratuita y existen centros hospitalarios bien equipados con el personal especializado a diferencia en el área rural que no lo posee pese que el gobierno ha puesto mucho énfasis con las atenciones domiciliarias en el área rural para las personas con discapacidad que no pueden ingresar a los centros de salud.

4. Cantones:

Tabla N°4

CANTÓN	N° PCD
QUITO	322
CAYAMBE	15
MEJIA	12
PEDRO MONCAYO	8
RUMIÑAHUI	11
SAN MIGUEL DE LO BANCOS	5
PEDRO VICENTE MALDONADO	4
PUERTO QUITO	6

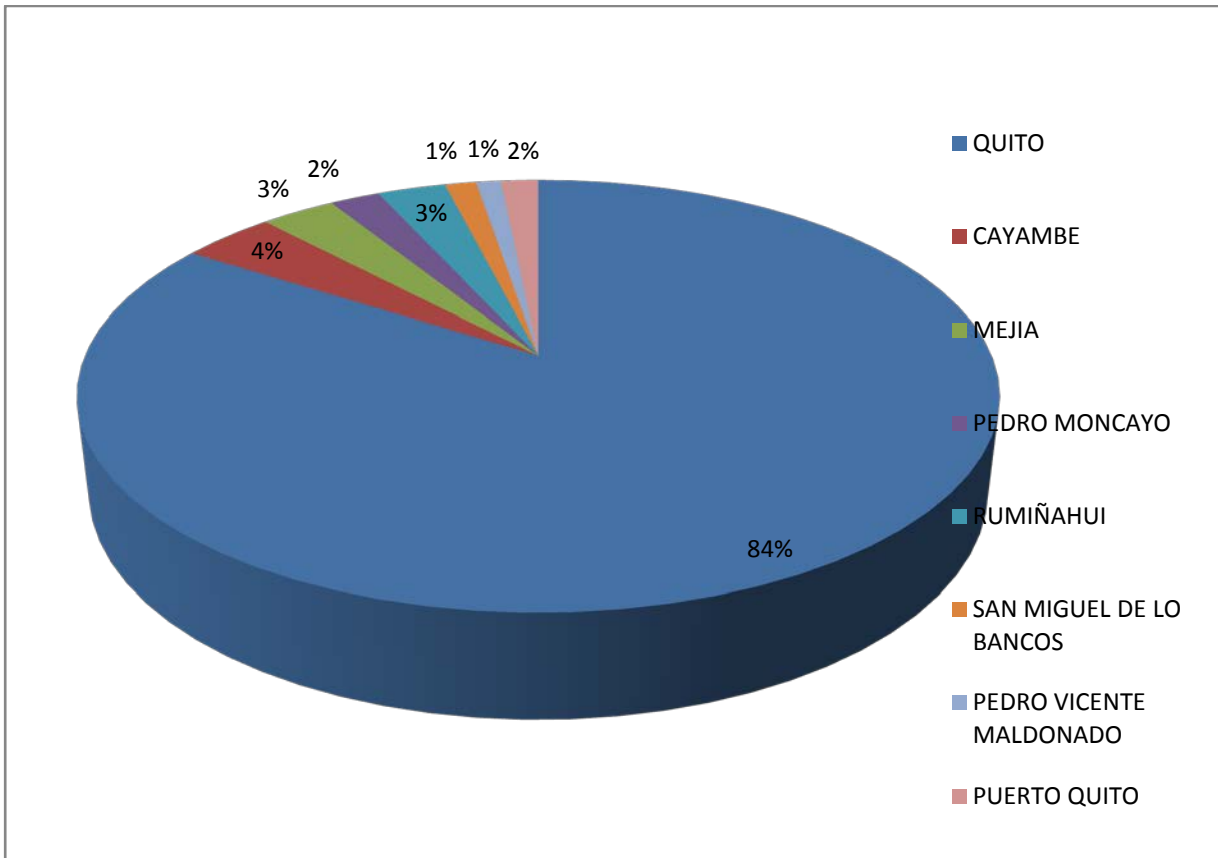


Ilustración 10: PCD según los cantones de Pichincha

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD , según los cantones

Elaborada: autora

ANÁLISIS: En el siguiente ilustración, manifiesta que el 84% de las personas con discapacidad encuestadas en el mes de junio en los cantones de la provincia de Pichincha se hallan y se hacen atender en los centros de salud en su mayoría en la ciudad de Quito, debido que se concentran y existen los mejores hospitales del país porque cuentan con buena infraestructura y cuentan con el personal especializado además la atención es gratuita como por ejemplo son: el Hospital Eugenio Espejo y el Hospital del IESS que atienden en el centro del cantón , luego el Hospital General Enriques Garcés que atiende en el sector Sur de Quito, y al norte el Hospital Pablo Arturo Suarez en el sector norte; mientras que en los demás cantones existe con un porcentaje mínimo del 4% se encuentra en Cayambe, 3% en Mejía al igual que Rumiñahui, el 2% en Pedro Moncayo y Puerto Quito, y tan solo el 1% en San Miguel de los Bancos y Pedro Vicente Maldonado.

3.5.2 Datos sobre la discapacidad.

5 Según el tipo de Discapacidad

Tabla N° 5

TIPOS DE DISCAPACIDAD	NUMERO DE PCD
FÍSICA	159
INTELECTUAL	97
MULTIDISCAPACIDAD	48
AUDITIVA	33
VISUAL	29
MENTAL	17
total	383

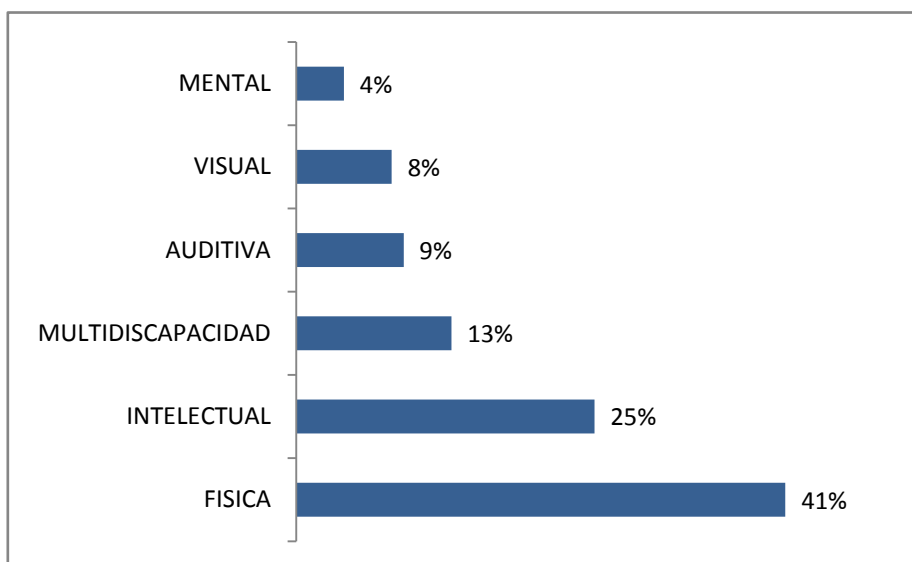


Ilustración 11: Personas con discapacidad según tipos de discapacidad

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD, según tipo de discapacidad

ANÁLISIS: Del total de los encuestados en la provincia de Pichincha en los centros de salud se tiene que el 41% de Personas Con Discapacidad poseen discapacidad física es decir la pérdida o anomalía en la estructura anatómica de los sistema nervioso o muscular; mientras que un 25% sufre de discapacidad intelectual que implica una dificultad de las

personas con discapacidad para adaptarse y satisfacer las exigencias de su medio en diferentes áreas como comunicación, cuidado propio, vida en el hogar, etc y que tiene una gran importancia en la sociedad y en la salud pública; en cambio un porcentaje del 13% representan aquellos que sufren Multidiscapacidad, que significa la concurrencia de dos o más discapacidades por lo tanto puede ser adquirida con el tiempo, ya sea teniendo una discapacidad anteriormente o no; además con un porcentaje menor se observa que un 9% poseen discapacidad auditiva, el 8% discapacidad visual y el 4% con discapacidad mental.

6 Su discapacidad fue causada por?

Tabla N°6

CAUSAS DE DISCAPACIDAD	N° PCD
Enfermedad adquirida	154
Congénico genético	113
Problemas de parto	37
Accidentes de tránsito	32
Accidentes de trabajo	17
Accidentes domésticos	13
Violencia	6
Accidentes deportivos	3
otros	8
total	383

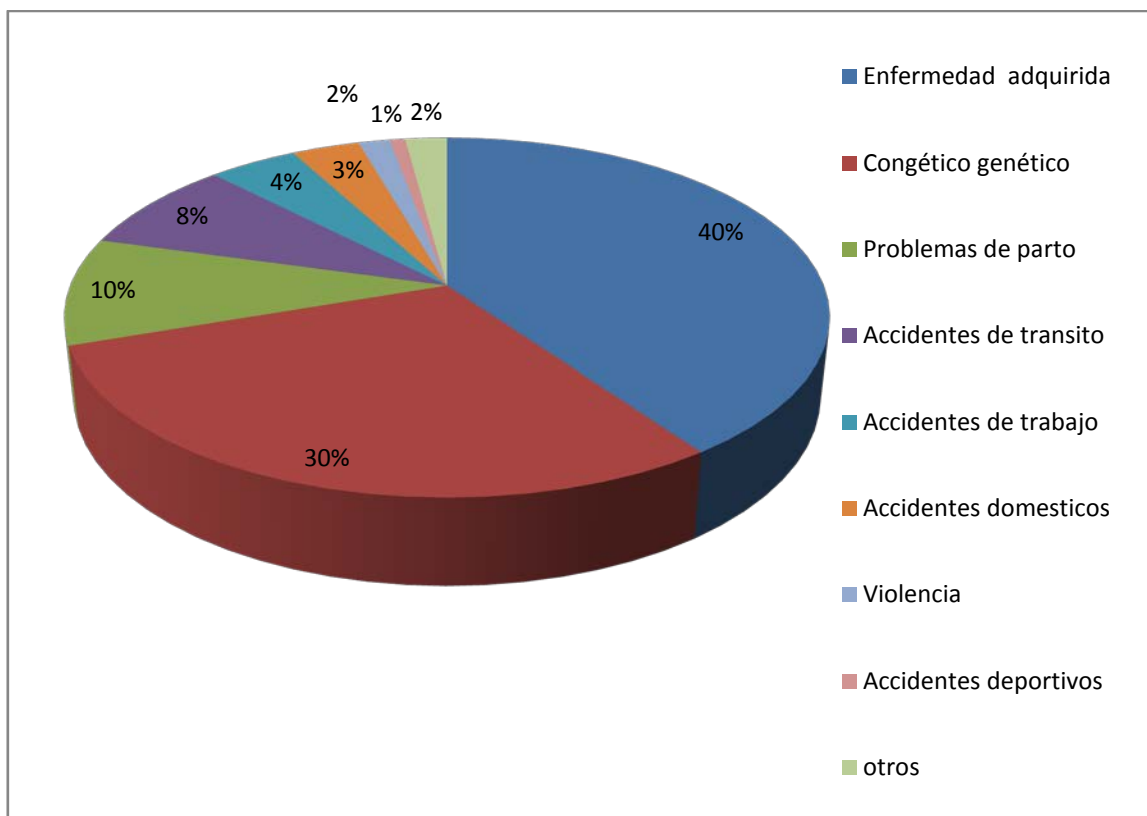


Ilustración 12: PCD según su causa

Fuente: Encuesta aplicadas a las PCD , según su Causa

Elaborada: autora

ANÁLISIS: Se observa en el gráfico N°6, que entre las causas que han creado y generan discapacidad en la población de Pichincha son: **enfermedad adquirida** con el mayor porcentaje del 40% donde las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y la diabetes causan la mayor combinación de discapacidad particularmente en los hombres, es importante resaltar estos datos las autoridades sanitarias deben poner en énfasis en las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas a partir de los 50 años de edad, entre otras causas; en cambio el **congénito** representa un 30% lo que implica que la discapacidad intelectual en las personas puede estar causada por factores genéticos o ambientales y son principalmente vulnerables los niños; además los **problemas de parto** poseen un 10%, debido a las malas prácticas médicas y que no han sido sancionadas oportunamente por las autoridades pertinentes; mientras que con un porcentaje menor son los **accidentes de tránsito** representan un 8%, accidentes de trabajo el 4%, accidentes domésticos el 3%, violencia el 2%, accidentes deportivos el 1% y otras causas el 2%.

3.5.3 Datos Sobre los Seguros de Salud.

7 Ud. tiene seguro de salud?

Tabla N°7

SEGURO DE SALUD	
SI	138
NO	245
total	383

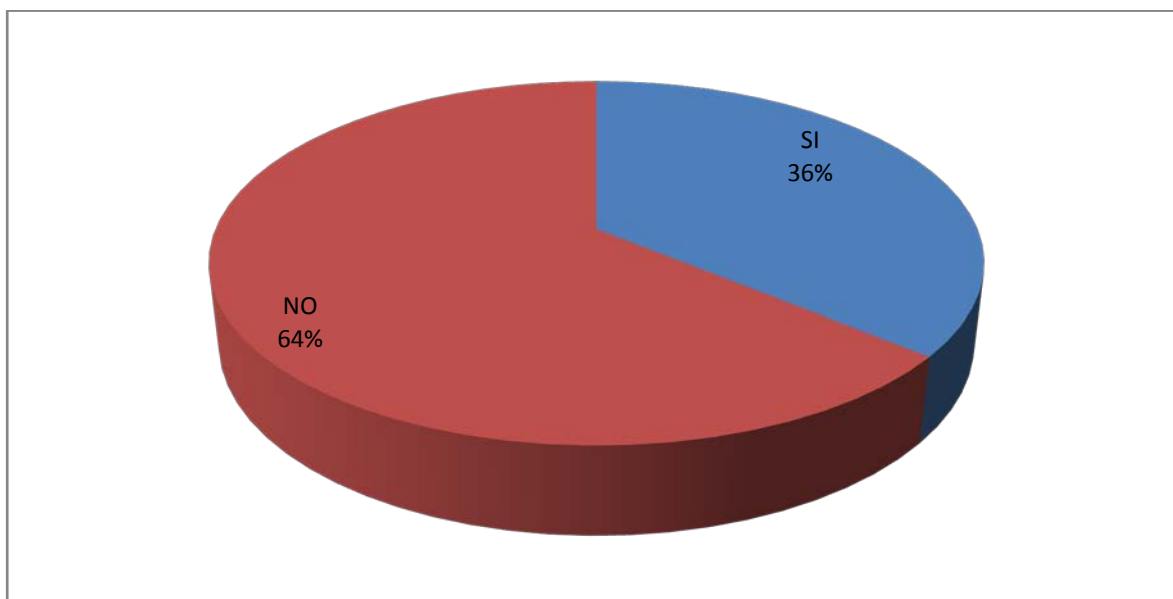


Ilustración 13: PCD que poseen seguro de vida.

Fuente: Encuesta aplicada a PCD, acceso a seguros de salud

Elaborado: por la autora

Interpretación: En el siguiente gráfico N°7 indica un 64% de las personas con discapacidad no cuentan un seguro de vida, a pesar de que existe una ley orgánica de discapacidades en el art. 25 donde las compañías de seguro y medicinas prepagadas no podrán incrementar el valor de los contratos ni mucho menos se les niegue el acceso de salud a las personas con discapacidad queda demostrado que no se cumple en su totalidad razón por la cual las autoridades deben tomar fuertes sanciones y medidas drásticas para aquellas empresas aseguradoras que no accedan a la inclusión de este grupo prioritario.

8 Su seguro de salud a qué tipo de institución pertenece?

Tabla N°8

Tipo de Institución de Seguros	N° DE PCD
SEGURO PRIVADOS	17
IESS	63
ISSPOL	25
ISFFA	33
total	138

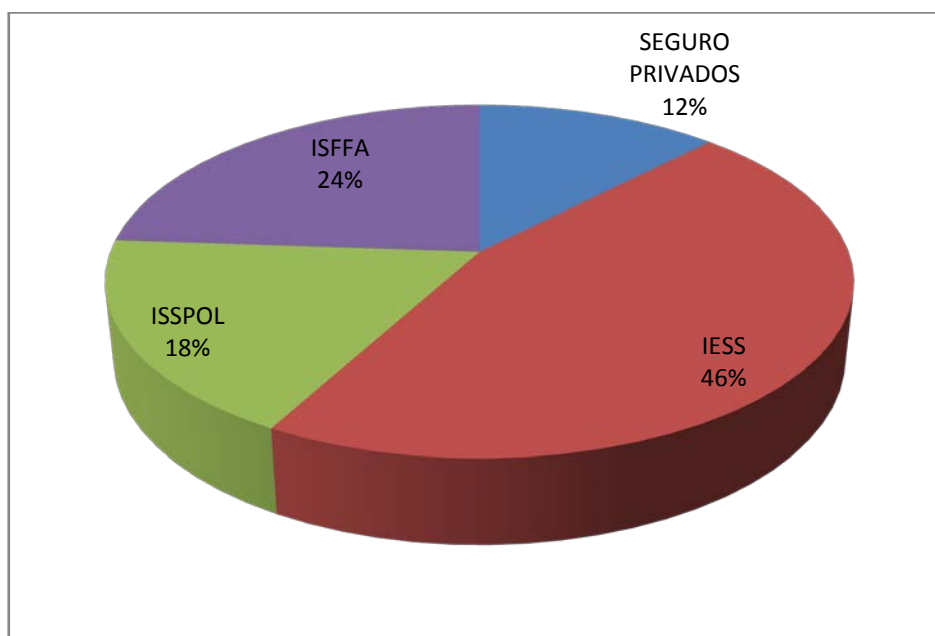


Ilustración 11. Tipo de Institución que cubren los seguros de salud a PCD.

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD, según los tipos de seguro de salud.

ANÁLISIS: De las 184 personas con discapacidad (PCD) que respondieron que si tenían acceso a seguros de vida, corresponden al sector público: con un 46% que están afiliadas al IESS, un 18% al ISSPOL y el 24% al ISFFA y esto se debe gracias al Estado por permitir la inserción laboral en las instituciones de tal manera las personas con discapacidad puedan ser atendidos en los centros de salud; mientras que en el sector privado abarca con un porcentaje menor del 12% a pesar que los costos en los seguros son altos .

9 Cuál es el nivel de satisfacción por el tipo de seguro que Ud. ha recibido?

Tabla N°9

Nivel de Satisfacción	N° atenciones en seguros de Salud
SATISFECHO	12
POCO SATISFECHO	30
INSATISFECHO	96
total:	138

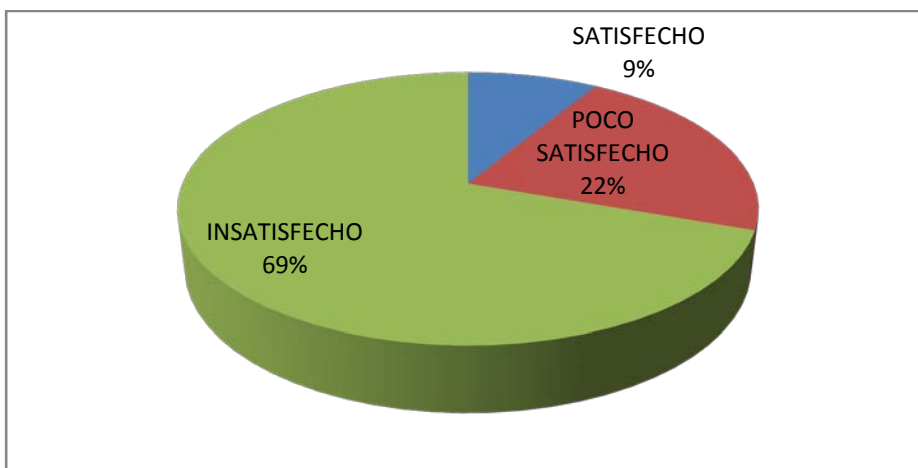


Ilustración 12: Nivel de satisfacción, según el grado de atención

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD en las unidades de atención Elaborada: autora

ANÁLISIS: en la Gráfica N°9 indica de las 138 personas con discapacidad (PCD) que poseen seguro de vida, el 69% están insatisfechas, debido al acceso desigual a los edificios (hospitales, centros de salud), el equipo médico inaccesible en cuanto a la rotación de los turnos, mejorar señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los baños inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles crean obstáculos para usar los establecimientos de asistencia sanitaria, pese a que el gobierno del presidente Rafael Correa ha logrado invertir en infraestructura pero todavía falta mucho más por hacer; mientras que un 22% responden estar poco satisfechas, y el 12% se encuentran satisfechas. •

3.5.4 Datos sobre los niveles de atención en salud y sus servicios

10 Lugar donde se hace atender Ud?

Tabla N°10

Nivel	Unidades de atención	N° PCD atendidos
III	Hospitales de especialidades	129
II	Hospital generales/Básicos	110
I	Centros de Salud	144

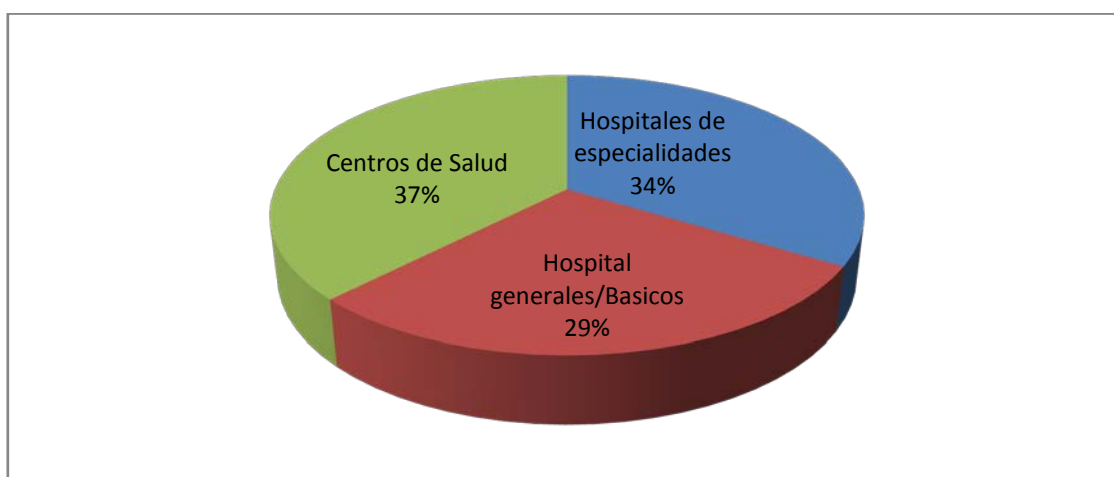


Ilustración 12 Unidades de atención en Salud más utilizadas por las PCD

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD en las unidades de atención.

ANÁLISIS: En la siguiente ilustración N°12 manifiesta que los servicios del sector público y privado mediante las unidades de salud, si son atendidos en los tres niveles de atención, conforme los estándares establecidos por la Autoridad Sanitaria Nacional y por lo tanto se observa que de las 383PCD, se hacen atender en las siguientes unidades de atención con respecto a su salud y donde se ha fortalecido el primero y segundo nivel de atención que son mayoritariamente ingresados primero por los centros de salud con un porcentaje del 37%; Hospitales de especialidades (34%), y por último se ubica los hospitales generales Básicos(29%).

11 Qué tipo de atención Ud. ha recibido?

Tabla N°11

TIPOS DE ATENCIÓN RECIBIDA EN LAS UNIDADES DE ATENCIÓN EN SALUD	N° ATENDIDOS	PCD
DIAGNOSTICO MEDICO	86	
TRATAMIENTO MEDICO	96	
REHABILITACIÓN FÍSICA	116	
TERAPIA DE LENGUAJE	33	
ESTIMULACIÓN TEMPRANA	47	
ATENCIÓN PSICOLÓGICA	5	

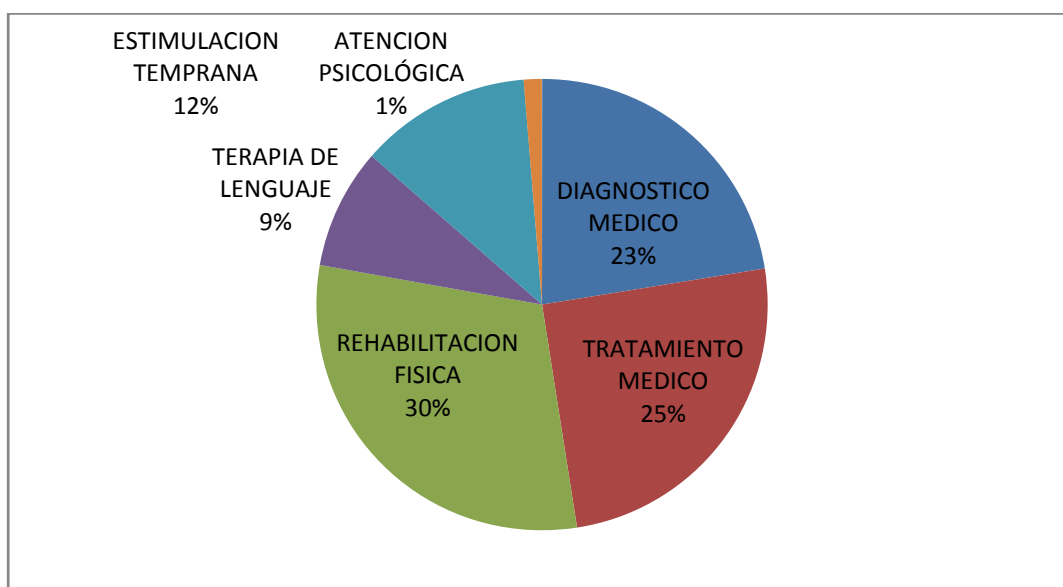


Ilustración 13 Tipos de atención recibido por las unidades de atención a las PCD

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD en las unidades de atención

Elaborada: autora

ANÁLISIS: Los servicios de salud que mayoritariamente han recibido las personas con discapacidad (PCD) en la provincia de Pichincha durante en el mes de junio del 2012 en establecimientos de asistencia sanitaria son: Rehabilitación Física en un 30%, tratamiento médico 25%, diagnóstico médico el 23%, terapia de lenguaje el 9%, estimulación temprana 12% y con un porcentaje mínimo está la atención Psicológica del 1%, cuando en verdad debería ser prioritaria para las personas con discapacidad junto a sus familiares.

12 Cuál es su grado de satisfacción por los servicios recibidos en las unidades de atención y explique sus razones?

Tabla N°12

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS SERVICIOS RECIBIDOS EN UNIDADES DE SALUD	N° PCD atendidos
INSATISFECHOS	247
POCO SATISFECHOS	81
SATISFECHOS	55

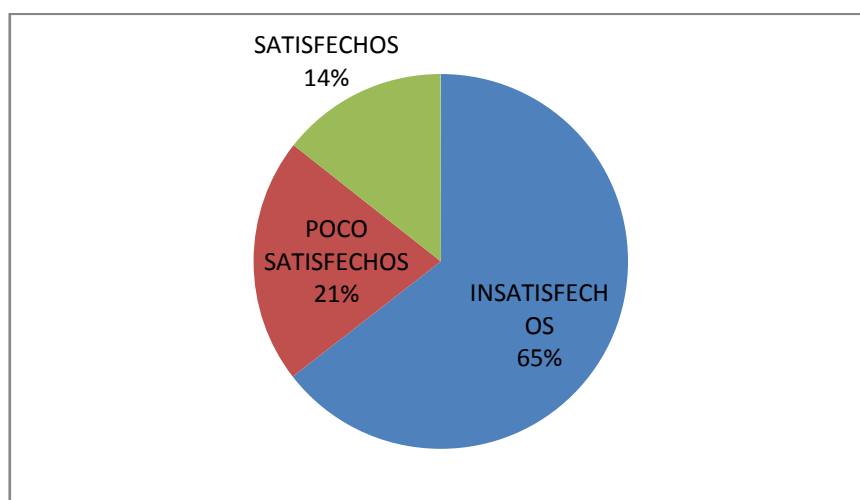


Ilustración 14 Nivel de satisfacción de las PCD por los servicios recibidos

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD

Elaborada: autora

ANÁLISIS: mediante este Gráfico indica que falta impulsar y fortalecer la calidad de atención a las personas con discapacidad son un gran porcentaje del 65% manifiestan estar insatisfechos debido a que se les dificulta ingresar a los Hospitales, Clínicas, los cuales no llegan a tiempo a sus rehabilitaciones como también la dotación insuficiente de personal y su escasa competencia; mientras que las personas con discapacidad auditiva tienen dificultad en servicio de interpretación en lenguaje de señas; mientras que los que están poco satisfechos son un 21% debido que no son frecuentes ni consecutivos sus tratamientos médicos porque sus citas son establecidas durante más de un mes y no satisfacen a sus necesidades prioritarias, y los que realmente están satisfechos son un 14%

debido a que si tienen prioridad en cuanto a los turnos de estimulación temprana.

13 Qué programas de apoyo y atención conoce y ha recibido actualmente Ud?

Tabla N°13

PROGRAMAS DE APOYO Y ATENCIÓN RECIBIDA	N° PCD BENEFICIADOS
CON PIE DERECHO LA HUELLA DEL FUTURO”	49
MANUELA ESPEJO: AYUDAS TÉCNICAS, PRÓTESIS VISUALES/ AUDITIVOS, Si	60
SONRÍE ECUADOR	58
JOAQUÍN GALLEGOS LARA	29
ONG	55
NINGUNO	132

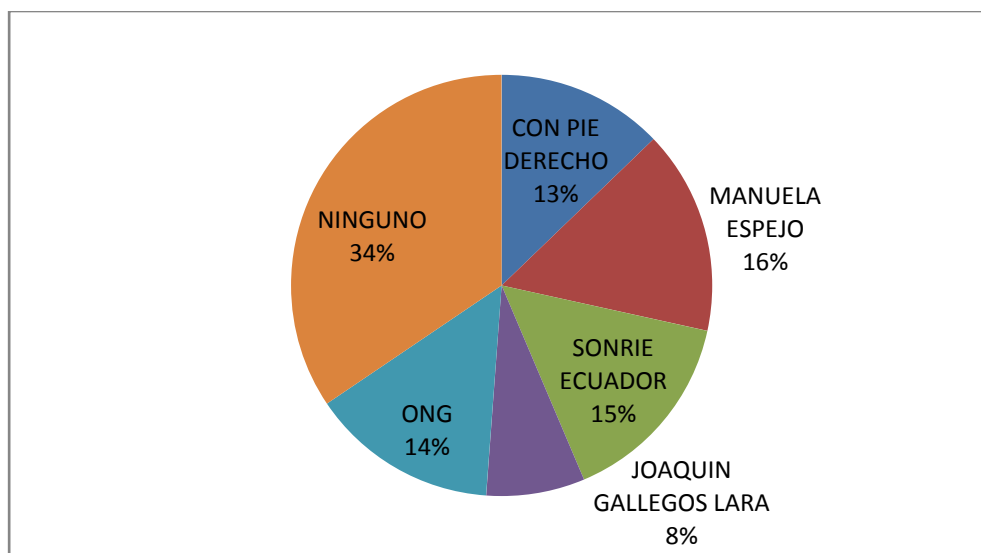


Ilustración 15 PCD que reciben programas de apoyo y atención

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD

Elaborada: autora

ANÁLISIS: En el Gráfico indica que el 66% de la población con discapacidad manifiesta haber sido atendido y conocen los programas incentivados por parte de la Vicepresidencia de la República del Ecuador, liderando la Misión Manuela Espejo que les provee de: ayudas técnicas, prótesis, kits visuales y auditivos y el único programa de atención en salud

específicamente para las personas con discapacidad y que han dado pasos significativos “Con pie derecho la Huella del Futuro” que consiste en tomar una muestra de sangre del talón del bebé al cuarto día de nacido con el fin de detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas a tiempo y prevenir discapacidades de tipo intelectual con el apoyo del MSP; Cabe resaltar también la participación significativa que tienen las ONG, frente aquellos que no reciben ninguna ayuda a pesar de que tienen conocimiento de los programas.

14 Mediante los programas de apoyo de atención en salud que ha recibido Cual es su grado de satisfacción y especifique sus razones?

Tabla N°14

NIVEL DE SATISFACCIÓN POR LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN RECIBIDO	N° RECIBIDOS	PCD
INSATISFECHO	152	
POCO SATISFECHO	138	
SATISFECHO	93	

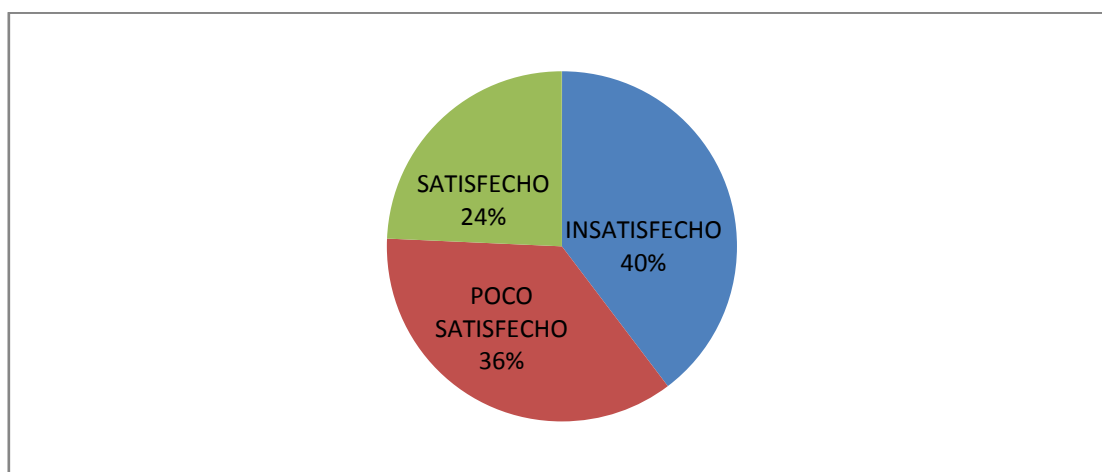


Ilustración 14 Nivel de Satisfacción por los programas de atención recibidos

Fuente: Encuesta aplicada a las PCD

Elaborada: autora

ANÁLISIS: Pese a los grandes esfuerzos durante los 4 años que la Vicepresidencia de la República ha logrado cubrir y gestionaren un 60% mediante los programas de atención para mejorar la calidad de vida de las PCD no se ve reflejada en la respuesta de los mismos, claramente indican su porcentaje de satisfacción son del 24%; mientras que los que están insatisfechos manifiestan estar descontentos porque hasta el momento no reciben la ayudas técnicas, ofrecidos por el Gobierno; además los que están pocos satisfechos declaran que no han sido oportunos: las ayudas técnicas y los bonos, porque sencillamente se encuentran a la espera de ser atendidos.

3.5.5 *Número de entrevista realizadas a las autoridades pertinentes relacionadas con los programas y servicios de atención en salud en la provincia de Pichincha, 2012.*

Pese a las limitaciones de acceso a la información que existen en las instituciones públicas como privadas, Mixtas existentes, se ha logrado realizar 4 entrevistas de las cuales 3 corresponden MSP: el primero entrevistado fue el Dr. Juan Carlos Panchin Director Nacional de Discapacidades; el segundo corresponde al Dr Miguel Valladares del Hospital Enriques Garcés; y el Tercero Dra. Narcisa Navarrete del MSP en discapacidades en Quito; y la cuarta entrevista con Verónica Suárez Paredes Gerente de la Fundación Hermano Miguel:

PREGUNTAS PARA LAS ENTREVISTAS:

1) ¿Qué piensa Ud. sobre los servicios de atención en salud de las PCD tanto en el sector público y privado en Pichincha año 2012?

Rta: en cuanto en los programas y servicios de atención en salud a las personas con discapacidad tanto en el sector público como privado en su mayoría concuerdan que el gobierno ha dado pasos muy significativos dado que la salud es universal y gratuito no existe discriminación de ninguna naturaleza; además por parte de los programas Misión Manuela Espejo que han proporcionado hasta el momento a nivel nacional 310.098 ayudas técnicas y 993 prótesis, pero no existe datos específicos con respecto a nivel de la provincia de Pichincha.

2) Qué tipo de programas y servicios en salud existen en la provincia de Pichincha y cuál es su nivel de cobertura?

Rta: Existen varios programas de atención en salud como La Misión Manuela Espejo; Joaquín Gallegos, y el Tamizaje Neonatal y en cuanto a los servicios de salud se tiene previsto las visitas domiciliarias que realizan a las personas con discapacidad que son de cuidados paliativos con el fin de asegurar un buen trato y cuidado quienes son monitoreados permanentemente y que la institución quien está al frente es Hospital Eugenio Espejo en convenio con la Vicepresidencia de la República.

3) ¿Cree Ud. que existe suficiente recursos humanos, económicos para mejorar la atención en salud para las PCD?

Rta: los encuestados manifiesta que si son suficientes y hacen una diferencia entre el personal sanitario y los recursos humanos, en cuanto al personal sanitario se dice que si son suficientes porque cumplen su actividad de atención en salud es transversal, no es que existen médicos específicamente para atender solamente a las personas con discapacidad porque no es posible mantener un grupo humano especializado considerando ciertos datos oficiales por el CONADIS donde el porcentaje de las personas con discapacidad representan un porcentaje menor del 3% razón por la cual sería subutilizando estos recursos humanos.

En cuanto a los recursos económicos son insuficientes debido que existe un déficit de presupuesto razón por la cual dificulta en cuanto a la entrega de ayudas técnicas y la implementación de infraestructura de reestructuración de los edificios de salud para mejorar el acceso de atención

4) ¿Cuáles son las quejas más frecuentes de los usuarios/as?

Rta: se realizaron varias observaciones y entre ellas si aparece el tiempo de espera, y los turnos con un promedio de 2 horas, que es demasiado cuando el estándar de calidad es de 45 minutos. Pero el problema se agrava por el difícil acceso a los edificios de los hospitales o centros de salud, el equipo médico inaccesible, falta mejorar la señalización, las puertas estrechas, las escaleras interiores, los baños inadecuados y las zonas de estacionamiento inaccesibles crean obstáculos para usar los establecimientos, debido que estos edificios son antiguos y su reconstrucción son muy costosas.

Así mismo dijo que las actividades de promoción de la salud y prevención de las enfermedades pocas veces tienen como destinatarias a las personas con discapacidad. "La detección del cáncer mamario y cervicouterino se practica con menos frecuencia en las mujeres con discapacidad. Los adolescentes y adultos con discapacidad quedan excluidos más a menudo de los programas de educación sexual.

5) ¿Cuáles son los retos que tiene el Ministerio de Salud Pública para mejorar los programas y servicios de atención en salud para las PCD?

Rta:“En todas las Áreas de Salud han comenzado a aplicar el modelo de atención Integral, Familiar, Comunitaria; este tiene varios aspectos pues se enfoca en la prevención, sin descuidar por supuesto la recuperación y la rehabilitación. Los médicos salen a visitar a la población y Dentro de este modelo de atención identificamos las zonas rurales donde existe también estos grupos más vulnerables.”

Además la necesidad de continuar haciendo ajustes en los componentes del sistema de salud que interactúan, así como evaluar y actualizar las políticas vigentes y los servicios actuales, además de determinar las prioridades para reducir las desigualdades sanitarias y planificar el mejoramiento del acceso y la inclusión.

A continuación se detalla un cuadro de resumen sobre análisis de los resultados.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS		
PROBLEMA:	No ofrecen atención a las PCD a través de los programas de Servicios de Salud, en la provincia de Pichincha, 2012	
HIPOTESIS:	Existe una escasa cobertura con baja calidad de la prestación de los servicios públicos, privados y mixtos existentes	
OBJETIVO:	RESULTADOS	CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS
Analizar la calidad y cobertura de la atención a PCD a través de los programas y servicios en Salud en la Provincia de Pichincha año 2012	1.- Los programas y servicios de las Instituciones Públicas, Privadas, Mixtas, son planificadas pero no se ejecutan en su totalidad para las personas con discapacidad (PCD)	Se cumple el objetivo de la investigación que es analizar la calidad y cobertura de los programas y servicios en Salud para las PCD en la provincia de Pichincha año 2012

<p>1. Identificar los programas y servicios publicos, privados y otros existentes para PCD en la Oferta del Área de Salud en la Provincia de Pichincha</p>	<p>1.- Existen programas y servicios en atención para las PCD pero en atención en salud específicamente en la Provincia no existe porque cubre a nivel nacional y es de "de Tamizaje Neonatal"</p> <p>2.- No son suficientes los medicamentos para su tratamiento y falta las ayudas técnicas</p>	<p>El objetivo de identificar los programas públicos, privados, y otros existentes para las PCD en Sector Salud en Pichincha año 2012, se cumple ya que el Ministerio de Salud Pública, pero solo desarrolla 1 programa específico especiales para las PCD en Sector Salud; ya que la atención en salud es para todas las personas</p>
<p>2. Determinar los niveles de accesibilidad y calidad en la prestación de los programas y servicios publicos, privados y mixtos existentes para PCD a partir de la oferta existente en el Area de Salud en la provincia de Pichincha</p>	<p>1.-En las instituciones publicas no existen programas específicos en atención en salud para las PCD</p> <p>2.-EL acceso a los programas en atención en salud, es muy limitado</p> <p>3. Los turnos son insuficientes para la atención de las PCD</p> <p>4.- Falta el seguimiento estricto de los programas de salud diseñadas para cada tipo de discapacidad y su seguimiento de un equipo profesional especializado</p>	<p>El nivel de acceso a los programas y servicios de atención en salud en la Provincia de Pichincha es muy limitada para las PCD</p> <p>Se comprueba que la cobertura y la accesibilidad a los servicios es baja.</p>

<p>3. Realizar un análisis comparativo de los programas entre la calidad y cobertura de los programas y servicios públicos, privados, mixtos existentes para PCD en: Salud, en la Provincia de Pichincha con los objetivos y metas del Plan Nacional del Buen Vivir</p>	<p>1.- En el Plan Nacional del Buen Vivir, consta el objetivo N°3 que hace referencia a "Buscar las condiciones para la vida satisfactoria y saludable de todas la personas, familia y colectividades respetando su diversidad, fortaleciendo la capacidad pública y social para lograr una atención equilibrada sustentable y creativa de las necesidades.</p> <p>2.- La Meta al 2013 es: Aumentar al 70% la cobertura de parte institucional, publica público ; sin embargo no cubre ese porcentaje en la provincia de Pichincha porque en su mayoría la atención en salud se concentran en la capital por los recursos humanos especializados; Aumentar a 7 la calificación del funcionamiento de los servicios de Salud Pública sin embargo falta incrementar los recursos económicos.</p>	<p>Se cumple el objetivo al realizar un análisis comparativo entre la calidad y cobertura de los programas y servicios desarrollados en los sectores públicos, privados, mixtos, en la provincia de Pichincha para las personas con discapacidad y el Objetivo 3 con sus metas del Plan Nacional del Buen Vivir.</p>
---	--	--

Elaborada: autora

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Gracias al apoyo por parte de las autoridades correspondientes del Ministerio de Salud Pública en Pichincha, se pudo realizar la encuesta aplicadas a las personas con discapacidad dentro y fuera de dichas instituciones sanitarias durante el mes de junio del 2012 , en los sectores privados, mixtos, y públicos donde existe mayor acceso de atención a las personas con discapacidad en las unidades operativas del Ministerio como los Hospitales de especialidades, Hospitales especializados que son considerados de Tercer Nivel de atención ; mientras que en los Hospitales Generales, Hospitales básicos son de Segundo Nivel de atención; en cambio en los Centros de Salud, Subcentros de Salud tanto Urbano como Rural, y Puestos de Salud forman parte del Primer Nivel de Atención.

A la vista de las ideas y los datos expuestos en el análisis de la investigación cabe concluir que la población con discapacidad en la provincia, globalmente considerada, tiene un mayor grado de vulnerabilidad y un menor grado de protección frente a las diversas situaciones patológicas que se pueden plantear en su vida a diferencia de las demás provincias. Unas veces, porque no dispone de los mismos sistemas de alarma que los demás, sea por falta de información, o por falta de capacidad para percibirlos como tales, porque carece de autonomía o de iniciativa para responder a esa alarma, para acudir a solucionarla, y para poner en marcha las soluciones adecuadas como por ejemplo las instituciones públicas.

Qué puedo probar con mi investigación?, ¿por qué el problema merece ser estudiado? Con los datos obtenidos, se prueba la hipótesis que hace referencia a la escasa cobertura y baja calidad en atención de los servicios y programas en salud en la Provincia de Pichincha, evidenciada en una incipiente relación entre los servicios prestados a las personas con discapacidad y los objetivos y metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013

Se comprueba la baja calidad en la prestación de los servicios y programas para las personas con discapacidad en el sector salud en la provincia de Pichincha. Las metas que hacen referencia en el Plan Nacional de Desarrollo se refieren: Aumentar al 70% la cobertura de parte instituciones públicas no se cumple porque cubre aproximadamente el 30% hasta la presente fecha, razón por la cual consta mucha demanda en atención y no

existe suficiente recursos humanos especializados, materiales, tampoco Hospitales que puedan cubrir la atención necesaria a este grupo vulnerable para mejorar sus condiciones para la vida satisfactoria.

La discapacidad intelectual es un factor más a tener en cuenta, tanto por las dificultades inherentes a ella misma y los problemas de la persona para cuidarse de sí misma, como por la frecuencia con que se ha de prescribir medicación psicótropa.

A pesar de los grandes esfuerzos que ha hecho el gobierno del Presidente Rafael Correa, falta mucho por hacer con respecto a los programas y servicios a las personas con discapacidad como consecuencia no se cumple las políticas públicas, ni los objetivos orientados a la atención a este grupo prioritario en Salud debido que son un grupo minoritario, razón por la cual implica incrementar y priorizar los recursos económicos ya que las personas con discapacidad requieren mayor demanda de atención en cuanto a los servicios prestados.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Se recomienda el seguimiento estricto de los programas de salud diseñados para cada síndrome o entidad concreta, y se ofrecen normas elementales de prescripción de los fármacos y su seguimiento por parte de un equipo que debe ser multidisciplinario y especializado.

Las acciones que podría realizarse para que las personas con discapacidad en el sector salud tengan una mejor calidad de vida, se resumen en lo siguiente:

- El Ministerio de Salud, y la Dirección que está al frente es la Dirección Nacional de Discapacidades debe desarrollar programas especiales y de calidad para PCD
- El Ministerio de Salud, debe desarrollar un modelo de atención integral con programas de salud específicos, para garantizar la rehabilitación y la inclusión en la sociedad para las PCD
- La incorporación de profesionales multidisciplinarios para los programas de atención integral y para una atención oportuna.
- Realizar el levantamiento y encuestas para obtener una recalificación y acreditación a las PCDy poder determinar realmente su grado de discapacidad y poder cubrir sus necesidades insatisfechas para la preparación de una propuesta metodológica que servirá identificar los problemas y definir objetivos y metas acordes con los procesos de reforma política e institucional.
- Incrementar la asignación de recursos económicos para adecuar la infraestructura de los centros de Salud, para la aplicación de un modelo integral a este grupo vulnerable.
- Se genere propuestas metodológicas de atención, capacitación y motivación para los funcionarios que atienden en el centro de salud.
- Facilitar mejor el acceso de ingreso a las instituciones en cuanto a los turnos de manera secuencial para la atención en salud a las personas con discapacidad.
- Sistematizar el control preventivo de la salud en las estructuras educativas (sanidad escolar), y garantizar una comida nutritiva en las escuelas públicas, especialmente en zonas de mayor pobreza.
- La Dirección Nacional de discapacidades debe verificar y garantizar, si se cumple o no en los centros de salud, el pleno acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que sean inclusivos, oportunos, eficaces, eficientes, con tecnología adecuada y personal especializado, focalizados en la prevención, tratamiento, habilitación,

rehabilitación de las personas con discapacidad y atención de personas con discapacidades severas y en situación de dependencia, de tal manera accedan a una salud de calidad y logren condiciones de rehabilitación integral para su plena igualdad de oportunidades e inclusión social, educativa y/o laboral.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFÍA

Análisis de las personas con discapacidad a través de la investigación del programa Manuela Espejo 2010 – 2011”*Investigacion Epidemiológica del Programa Manuela Espejo* QuitoPichinchaEcuadorUTPL, LOJA

Asamblea Nacional del Ecuador. (2001). *Reglamento General de la Ley Reformativa de la Ley de Discapacidades*. Quito.

Carlos Egea Garcia y Alicia Sarabia Sánchez2001Clasificaciones de la OMS sobre la discapacidad*Boletin del Real Patronato sobre Discapacidad Boletin del Real Patronato sobre Discapacidad*5015-30

COCEMFE CV. (30 de 06 de 2010). *El Consell valenciano elimina términos peyorativos para referirse a PCD*. Recuperado el 1 de 08 de 2012, de <http://www.fundeu.es/noticia/el-consell-valenciano-elimina-terminos-peyorativos-para-referirse-a-personas-con-discapacidad-2983/>

CONADIS2012*Boletín Informativo N°20 Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades*QuitoAndinagrath

CONADIS. (1 de 06 de 2012). <http://www.conadis.gob.ec/causa.php>. Recuperado el 1 de JULIO de 2012

CONADIS<http://www.conadis.gob.ec/genero.php>

CONADIS*Matriz del Plan Nacional del Buen Vivir*

CONADISPCD A NIVEL NACIONAL SEGUN SU CAUSA

Conadis. (1 de 10 de 2012). *Personas registradas en el Conadis según su Género y tipo de discapacidad a nivel nacional*. Recuperado el 1 de 10 de 2012, de fuente: <http://www.conadis.gob.ec/genero.php>

Concepto de Discapacidad

Consejo Nacional de la Igualdad de Discapacidades2012Avances en la atención de las discapacidades en el Ecuador*Boletín Informativo N°20* 8

Demanda Efectiva de las PCD

Diario HOYEcuador sin barrera, alianza efectiva para tender la mano a los seres mas vulnerables QuitoPichinchaEcuador

Grupo de Evaluación, Clasificación y Epidemiología de la OMS. (1 de 07 de 1999). *Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad*. Recuperado el 08 de 08 de 2012, de www.sustainable-design.ie/arch/Beta2fullspanish.pdf

<http://rem.gmtulcan.gob.ec/Leyes/REGLAMENTO%20LEY%20GENERAL%20SOBRE%20DISCAPACIDAD.pdf>

http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf

2011 http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/summary_es.pdf GINEBRA Ediciones de la OMS

INEC *PCD EN LOS CANTONES DE LA PROVINCIA DE PICHINCHA 2010*

INEC *Datos Nacionales*

INEGI2007 *Clasificación de tipo de Discapacidad*

Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía,

INEGI2007 <http://www.inegi.org.mx/default.aspx?>

Los servicios públicos de atención de salud del DMQ2005 *Artículos de Revisión 178*

MERCURIO <http://www.elmercurio.com.ec/316751-vicepresidencia-fortalece-programas-de-atencion-para-personas-con-discapacidad.html> CUENCA AZUAYE Ecuador

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social. (01 de 05 de 2012). *Base de Datos del Rips*. Recuperado el 01 de 06 de 2012, de <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php#>

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social *PCD EN LA PROVINCIA DE PICHINCHA, POR SEXO A NIVEL CANTONAL*

Ministerio de Salud2009 *Eliminación de enfermedades transmisibles en el Ecuador un reto en desarrollo 57 Boletín Epidemiológico Ecuador 7-9*

Ministerio de Salud <http://www.salud.gob.ec/ministerio-de-salud-rinde-cuentas-a-la-ciudadania/>

MSP, Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública2012 *Manual del Modelo de Atención Integral del Sistema Nacional de Salud* Quito SNS y Red (MAIS)

Navarrete, N. (5 de 12 de 2012). Directorio de Establecimientos de Salud Pichincha. (M. Garcia, Entrevistador)

Número de PCD con Enfermedades Crónicas a nivel Nacional Mayra

OMS2011 *Discapacidad y Rehabilitación*

OMS Fortalecimiento del Sistema de Vigilancia de Enfermedades no Transmisibles (ECNT) Quito Pichincha Ecuador

OMS *Informe Mundial sobre la Discapacidad*

OMS y Organización Panamericana de Salud2001 *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud* Español Msero

Organismo Andino de Salud- Convenio Hipólito UNANUE. (2010). *Política Andina en Salud para la Prevención de la Discapacidad y para la Atención, Habilitación/ Rehabilitación Integral de las personas con discapacidad*. Lima: PUBLIASORES.

Protocolo de Tamizaje Metabólico Neonatal Programa Nacional de Tamizaje Neonatal Programa Nacional de Tamizaje Neonatal Quito Pichincha Ecuador Protocolo Versión Original y Edición de Revisiones

RIPS - Registro Interconectado de Programas Sociales <http://www.rips.gob.ec/webRips/index.php>

SENPLADES. (2009). *Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013: Construyendo un Estado Plurinacional e Intercultural* (Primera ed.). Quito, Pichincha, Ecuador: Senplades.

Senplades www.slideshare.net/gavasramo/100-logros-de-la-revolucion-ciudadana

Sistema de Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. (15 de 08 de 2010). <http://www.siise.gob.ec/Principal.aspx>. Recuperado el 03 de 03 de 2012

Sistema de Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador Ministerio Coordinador Desarrollo Social

Vicepresidencia de la República del Ecuador En el 2012 la Vicepresidencia fortalecerá los programas para las PCD Quito Pichincha Ecuador

Vicepresidencia de la República del Ecuador *Resultado del Programa Manuela Espejo*

Vicepresidencia de la República *Mision Juaquin Gallegos Lara*

Vicepresidencia de la República *Nuevos Beneficiarios*

VICEPRESIDENCIA 2011 *Programa "Manuela Espejo"*

WIKIPEDIA *Diccionario, Wikipedia*

ANEXOS

ANEXOS 1:

Nuevos Beneficiarios para el El Programa Joaquín Gallegos Lara amplía su cobertura a 115 enfermedades: nueve catastróficas y 106 raras o huérfanas y a niños y niñas hasta 14 años de edad con VIH-SIDA.

- | | |
|--|--|
| 1.-Tlasemia | 15.-Fenilcetonuria clásica |
| 2.-Otras anemias hemolíticas hereditarias | 16.-Albinismo oculo cutáneo |
| 3.-Anemia fanconi | 17.-Enfermedad de Jarabe de Arce |
| 4.-Deficiencia hereditaria del factor VIII- Hemofilia A | 18.-Acidemia Isovalérica |
| 5.-Deficiencia hereditaria del factor IX- Hemofilia B | 19.-Adrenoleucodistrofia ligada a X |
| 6.-Enfermedad de von Willebrand | 20.-Desórdenes del metabolismo de aminoácidos sulfúreos (Homocistinuria clásica) |
| 7.-Deficiencia hereditaria del factor XI | 21.-Desórdenes del metabolismo de galactosa: Galactosemia |
| 8.-Deficiencia hereditaria en otros factores (II, V, VII, X, XIII) | 22.-Otras esfingolipidosis: Enf de Fabry, EnfNiemann- Pick, EnfGaucher. |
| 9.-Hipotiroidismo congénito | 23.-Mucopolisacaridosis tipo I- Hurler |
| 10.-Síndrome de Secreción Inapropiada de Hormona Antidiurética | 24.-Mucopolisacaridosis tipo II- Hunter |
| 11.-Síndrome de Cushing dependiente de ACTH | 25.-Otras mucopolisacaridosis: MPS III, MPS IV, MPS VI, MPS VII; MPS IX |
| 12.-Hiperplasia suprarrenal congénita | 26.-Desórdenes del metabolismo de lipoproteínas y otras lipidemias (hipercolesterolemiafamiliar e hiperlipidemias. |
| 13.-Enfermedad de Addison | |
| 14.-Enanismo tipo Laron: Síndrome de Laron | |

- 27.-Desórdenes del metabolismo del hierro (Hemocromatosis hereditaria)
- 28.-Desórdenes del metabolismo del fósforo (Hipofosfatemia ligada al X)
- 29.-Fibrosis Quística con manifestaciones pulmonares
- 30.-Fibrosis Quística con manifestaciones intestinales
- 31.-Fibrosis Quística con otras manifestaciones
- 32.-Amiloidosis sistémica primaria
- 33.-Esquizofrenia orgánica de inicio temprano
- 34.-Autismo
- 35.-Enfermedad de Huntington
- 36.-Ataxia Congénita no progresiva
- 37.-Ataxia Cerebelosa de iniciación temprana
- 38.-Ataxia Cerebelosa de Iniciación tardía
- 39.-Ataxia Cerebelosa con reparación defectuosa del ADN
- 40.-Paraplejía espástica hereditaria :StrumpellLorrain
- 41.-Atrofia Espinal Infantil, tipo I [Werdnig- Hoffman]
- 42.-Enfermedad de la motoneurona: enfermedad familiar de motoneurona, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis lateral primaria, parálisis bulbar progresiva, atrofia muscular espinal progresiva.
- 43.-Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso especificadas: degeneración de materia gris, enfermedad de Alpers o Poliodistrofia infantil progresiva; demencia de cuerpos de Lewy; enfermedad de Leigh o encefalopatía necrotizante subaguda. Síndrome neurodegenerativo debido a déficit de transporte cerebral de folatos
- 44.-Esclerosis múltiple (sin especificar, del tronco del encéfalo, de la médula, diseminada o generalizada).
- 45.-Neuropatía hereditaria e idiopática.
- 46.-Distrofia muscular: Duchenne, becker y otras.
- 47.-Transtornos miotónicos: Distrofia miotónica de Steinert y otras.
- 48.-Miopatías Congénitas: Distrofia muscular congénita.
- 49.-Enfermedad de Meniere

- 50.-Hipertensión Pulmonar primaria
- 51.-Epidermólisis ampollar adquirida
- 52.-Lupus eritematoso cutáneo
- 53.-Lupus eritematoso discoide
- 54.-Lupus eritematoso cutáneo subagudo
- 55.-Otros Lupus eritematosos localizados
- 56.-Síndrome de Reiter
- 57.-Otras artropatías reactivas: Uretrítica, venérea
- 58.-Enfermedad de Still de comienzo en el adulto (Artritisreumatoideamultisistémica en el adulto)
- 59.-Artritis Reumatoide Juvenil
- 60.-Espondilitis anquilosante juvenil
- 61.-Artritis juvenil de comienzo generalizado
- 62.-Poliartritis juvenil (Seronegativa)
- 63.-Artritis juvenil pauciarticular.
- 64.-Enfermedad de Kawasaki
- 65.-Lupus Eritematoso sistémico con compromiso de órganos o sistemas
- 66.-Hidrocefalia Congénita
- 67.-Espina bífida
- 68.-Hipoplasia pulmonar congénita
- 69.-Atresia de esófago sin fístula traqueoesofágica
- 70.-Atresia de esófago con fístula traqueoesofágica
- 71.-Ausencia, atresia y estenosis congénita del intestino delgado no especificada.
- 72.-Hidronefrosis congénita
- 73.-Atresia de Uretra
- 74.-Artrogriposis múltiple congénita tipo neurogénico
- 75.-Enfermedad de Crouzon
- 76.-Síndrome de Treacher Collins
- 77.-Disostosis frontofacionasal
- 78.-Acondroplasia
- 79.-Otras Osteocondrodisplasia con defectos del crecimiento de los huesos largos y dela columna vertebral
- 80.-Osteogénesis Imperfecta
- 81.-Encondromatosis
- 82.-Exostosis congénita múltiple

- 83.-Hernia diafragmática congénita
- 84.-Onfalocele
- 85.-Gastrosquisis
- 86.-Síndrome de EhlersDanlos
- 87.-Ictiosis Congénita
- 88.-Ictiosis vulgar
- 89.-Ictiosis ligada al cromosoma X
- 90.-Ictiosis Lamelar
- 91.-Eritrodermia ictiosiforme vesicular congénita
- 92.-Displasia ectodérmica (anhidrótica)
- 93.-Neurofibromatosis tipo 1, tipo 2, espinal familiar
- 94.-Acrocefalosindactilia tipo 1 (Síndrome de Apert) Síndrome de Moebius.
- 95.-Síndrome de PraderWilli, Síndrome de Russel Silver.
- 96.-Síndrome de BeckwithWiedeman
- 97.-Síndrome de Marfán
- 98.-Síndrome de Turner- Cariotipo 45, X.
- 99.-Cariotipo 46, X iso(Xq)
- 100.-Cariotipo 46, X con cromosoma sexual anormal excepto iso (Xq)
- 101.-Mosaico 45, X/ 46, XX o XY.
- 102.-Mosaico 45, X/ otra(s) línea(s) celular (es) con cromosoma sexual anormal.
- 103.-Disgenesia gonadal completa 46, XY (Mujer con cariotipo 46, XY).
- 104.-Disgenesia gonadal mixta 45, X/46,XY (Hombre con mosaico de Cromosomas sexuales).
- 105.-Disgenesia gonadal 46,XX; Disgenesia gonadal-anomalías múltiples; Disgenesia gonadal completa 46,XX.
- 106.-Cromosoma X frágil.

ANEXO: 2

SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Una fórmula muy extendida que orienta sobre el cálculo del tamaño de la muestra para datos globales es la siguiente:

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

Dónde:

- **N**: es el tamaño de la población o universo (119122).
- **k**: es una constante que depende del nivel de confianza que asigna. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos: un 95 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con un
- a probabilidad del 5%.

Los valores k más utilizados y sus niveles de confianza son:							
k	1,15	1,28	1,44	1,65	1,96	2	2,58
Nivel de confianza	75%	80%	85%	90%	95%	95,5%	99%

- **e**: es el error muestral deseado (5%).
- **p**: es la proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura (50%).
- **q**: es la proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$.
- **n**: es el tamaño de la muestra (número de encuestas que va a hacer).

CALCULO DE LA MUESTRA:

UNIVERSO = 119122

$$n = \frac{(1,96)^2 * 0,5 * 0,5 * (119122)}{(0,05)^2 * (119122 - 1)}$$

$$n = \frac{114405}{299} = 383$$

Nombre del Cantón	n
QUITO	327
CAYAMBE	16
MEJIA	14
PEDRO MONCAYO	6
RUMIÑAHUI	12
SAN MIGUEL DE LOS BANCOS	3
PEDRO VICENTE MALDONADO	2
PUERTO QUITO	3
	383

DISEÑO MUESTRAL:

$$n = \frac{PT}{(e)^2 (PT - 1) + 1}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

PT = Población o universo

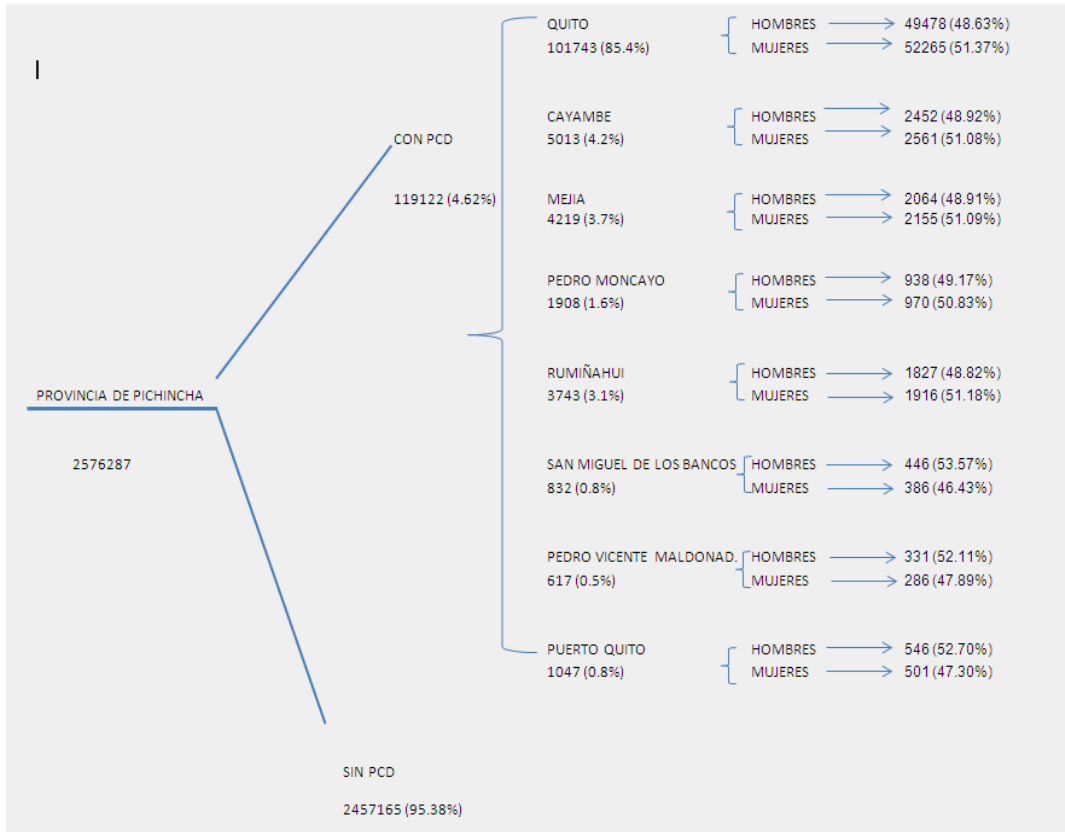
e = Margen de error (0,3)

$$n = \frac{383}{(0,3)^2 * (383 - 1) + 1}$$

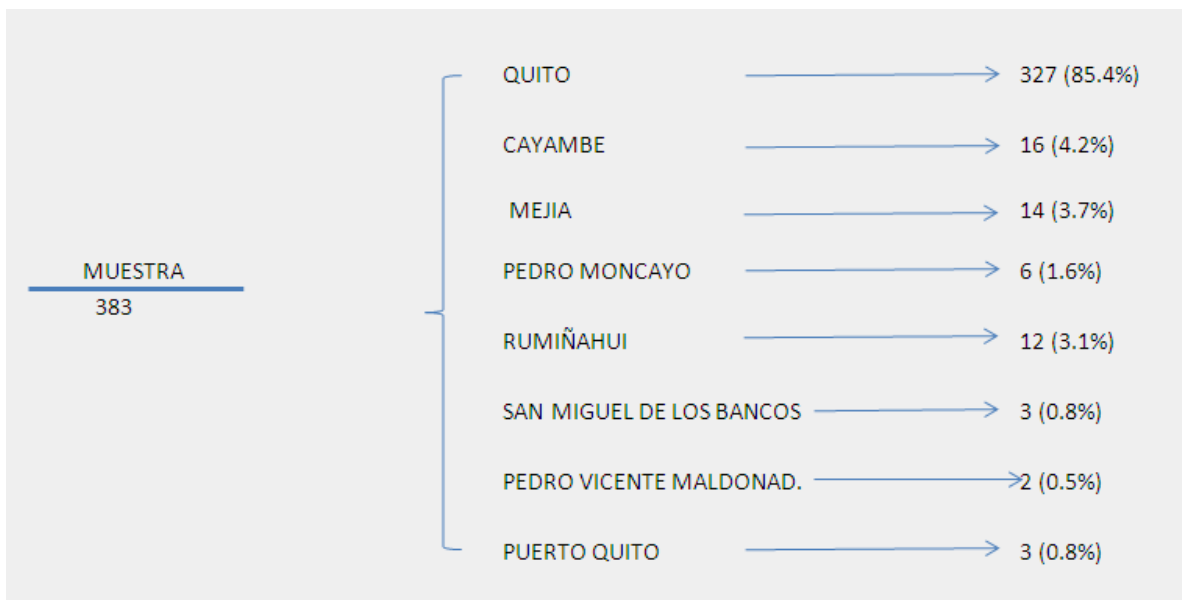
$$n = \frac{383}{0,09 * (382) + 1} = 10,82$$

$$n = 11$$

MERCADO OBJETIVO NUMERO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD



Mercado objetivo de la muestra



ANEXO 3

RED PÚBLICA INTEGRAL DE ATENCIÓN DEL ECUADOR

NIVELES DE ATENCIÓN	NIVELES DE COMPLEJIDAD	NOMBRE
Primer nivel de atención	1° nivel	Puesto de salud
	2° nivel	Consultorio general
	3° nivel	Centro de salud rural
	4° nivel	Centro de salud urbano
	5° nivel	Centro de salud de 12 horas
	6° nivel	Centro de salud de 24 horas
	UM	Unidades móviles
Segundo nivel de atención	1° nivel	Consultorio de especialidad (es) clínico – quirúrgico médico u odontológico
		Centro de especialidad
	2° nivel	Centro clínico- quirúrgico ambulatorio (Hospital del Día)
	3° nivel	Hospital Básico
	4° nivel	Hospital General
	UM	Unidades móviles
Tercer nivel de atención	1° nivel	Centros especializados
	2° nivel	Hospital especializado
	3° nivel	Hospital de especialidades

Elaborado por: Equipo SGS

Los establecimientos descritos en el cuadro 5, podrán contar con el apoyo de unidades móviles de medicina general, de especialidades y odontología, que prestarán servicios programados e itinerantes; su misión es extender la cobertura de atención a comunidades distantes y en lugares donde no existan servicios de salud

ANEXOS 4

Proyecto de Tesis

TEMA: ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, A TRAVÉS DE LOS PROGRAMAS DE SERVICIOS EN: SALUD, EN LA PROVINCIA DE PICHINCHA, 2012.

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN: ESTUDIO DE LA REALIDAD SOCIAL DE GRUPOS VULNERABLES.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es importante saber el significado de Discapacidad ya que es un término general en nuestro medio porque abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación, porque las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal. Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.¹⁵

Las personas con discapacidades enfrentan muchos obstáculos para mantener una buena salud. Existen varios tipos de discapacidad, como los que afectan la audición, la vista, el movimiento, el aprendizaje, la comunicación y la socialización de la persona.

Al mismo tiempo las personas con discapacidades a menudo son más propensas a sufrir problemas de salud prevenibles que deterioran su salud en general y su calidad de vida y pueden surgir afecciones o trastornos secundarios como dolor, fatiga, obesidad y depresión como resultado de una condición de discapacidad.

¹⁵REGLAMENTO GENERAL DE LA LEY REFORMATORIA DE LA LEY DE DISCAPACIDADES (Decreto No. 3603, Registro Oficial N.- 27 del 21 de febrero de 2003) Art. 3.- Persona con discapacidad.- Para efectos del cumplimiento de las disposiciones de la ley y el reglamento, se considerará persona con discapacidad a toda persona que, como consecuencia de una o más deficiencias físicas, mentales y/o sensoriales, congénitas o adquiridas, previsiblemente de carácter permanente se ve restringida en al menos un treinta por ciento de su capacidad para realizar una actividad dentro del margen que se considera normal, en el desempeño de sus funciones o actividades habituales.

En el Ecuador se aprobó, durante el 2008, la nueva Constitución de la República, que mencionó en 21 artículos y una disposición transitoria la defensa de los derechos de las personas con discapacidad y la responsabilidad del Estado en su implementación.¹⁶

Con este marco legal en Junio 2011 la Vicepresidencia de la República suscribió un convenio de cooperación interinstitucional con casi todas las instituciones del Estado, para emprender conjuntamente la ejecución de la Misión solidaria Manuela Espejo y posteriormente el Programa Joaquín Gallegos Lara.

La Misión Solidaria Manuela Espejo¹⁷ es una lucha sin precedentes en la historia del Ecuador; que en un primer momento fue un estudio científico - médico para determinar las causas de las discapacidades y conocer la realidad biopsico social de la población ecuatoriana desde los puntos de vista biológico, psicológico, social, clínico y genético, con el fin de delinear políticas de Estado reales, que abarquen múltiples áreas como salud, educación y bienestar social.

Gracias al estudio sobre la situación de los discapacitados en el Ecuador que realizaron el grupo de la misión "Manuela Espejo" en su informe nacional y que fue entregado en una ceremonia especial en Quito a propósito del Día Mundial de la Discapacidad, registraron más de 294.000 personas con discapacidad con una prevalencia del problema de 2.43 por ciento, luego de visitar casi 1.300.000 hogares, en 221 cantones de las 24 provincias del país entre julio del 2009 y noviembre de 2010¹⁸.

¹⁶Constitución del Ecuador 2008. El 10 de agosto de 1.992 se publica en el Registro Oficial N° 996 la "Ley sobre discapacidades N° 180", la misma que recogiendo las recomendaciones de la Comisión Interinstitucional de Análisis de la Situación de los Discapacitados en el Ecuador "CIASDE" y todas aquellas recomendaciones de los organismos internacionales, establece en su Art. 6, que tiene relación con la equiparación de oportunidades. Constitución Política del Estado

¹⁷ La Misión nació gracias al convenio suscrito entre las repúblicas de Ecuador y Cuba, donde 229 médicos especialistas cubanos y 120 ecuatorianos, integrados por especialistas en salud, guía comunitario, conductor y un militar realizaron intensas caminatas, transportándose a lomo de caballo o en canoas, para encontrar a personas con discapacidad hasta en los lugares más apartados.

¹⁸www.vicepresidencia.gob.ec/programas/manuelaespejo/mision.-En 16 meses, el proyecto ubicó más de 26.300 "casos críticos" los cuales se encuentran en extrema pobreza y reciben "ayudas técnicas" de manera prioritaria. Los discapacitados se ubican especialmente en la provincia costera de Guayas (74.800

Una vez conocida los datos de la población de las personas con discapacidad en nuestro país principalmente en la provincia de Pichincha ya que es la segunda provincia de mayor incidencia de 45755 de personas con discapacidad y ante la falta de estadísticas serias de saber si la cobertura tiene éxito en su totalidad considero necesario realizar esta investigación a fondo para que permitan a la administración pública tomar decisiones o planificar programas dirigidos a prevenir o atender eficientemente a las personas con discapacidad.

De hecho, el deber moral de eliminar los obstáculos a la participación y de invertir fondos y conocimientos suficientes para liberar el inmenso potencial de las personas con discapacidad. Los gobiernos no pueden seguir pasando por alto a los cientos de personas con discapacidad a quienes se les niega el acceso a la salud, la rehabilitación, el apoyo, la educación y el empleo, y a los que nunca se les ofrece la oportunidad de brillar.

Para tener una idea más clara del panorama de los programas y servicios de salud en las personas con discapacidad en la provincia de Pichincha es necesario conocer algunos aspectos básicos que intervienen directamente en el desarrollo de la misma.

Se inicia detallando que es la discapacidad, cuantas personas con discapacidad existen, como ha ido evolucionando históricamente las distintas formas de denominación y connotaciones de discapacidad, además estudios estadísticos en base a los resultados del último censo 2010 en discapacidades, asimismo como ha sido la atención en salud tanto en el sector público y privado para las personas con discapacidad en la provincia de Pichincha.

1.2. OBJETIVOS

1.2.1 GENERAL

Analizar la calidad y cobertura de la atención a personas con discapacidad a través de los programas y servicios en: Salud en la provincia de Pichincha. Año 2012.

casos) y en la andina de Pichincha (45.000 casos), las más pobladas del país. Su distribución por sexo es de 49,57 por ciento mujeres y 50,43 por ciento hombres.

1.2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar los programas y servicios públicos, privados y mixtos existentes para personas con discapacidad en la oferta del área de Salud en la provincia de Pichincha.
- Determinar los niveles de acceso y calidad de los servicios públicos, privados y mixtos existentes para personas con discapacidad a partir de la oferta existente en el área de: Salud, en la provincia de Pichincha.
- Análisis comparativo de la calidad y acceso de los servicios públicos y privados prestados para personas con discapacidad en: servicios públicos, privados y mixtos existentes para personas con discapacidad en: Salud, en la provincia de Pichincha con los objetivos y metas del Plan Nacional del Buen Vivir.

1.3 JUSTIFICACIÓN

Hoy en día el servicio a la atención a las personas con discapacidad tiene un nuevo punto de vista diferente por parte de las autoridades del sector público y privado porque están obligadas, por ley, a incluir personas discapacitadas en sus instalaciones con respeto y dignidad de lo cual nos muestra el desarrollo social alcanzado. Al incluir personas discapacitadas, con un servicio de calidad en las instalaciones del sector salud y que están demostrando la importancia que le dan a la imagen social que ellas representan ante la comunidad ecuatoriana.

El presente estudio está orientado a brindarles un apoyo a las instituciones del sector de salud para que realicen con eficiencia la atención de las de personas con discapacidad, a través de un proceso de selección que les servirá de herramienta para evaluar si las instituciones hospitalarias están en la condiciones necesarias, de infraestructura y de criterios sociales para garantizar la calidad humana.

1.4. HIPÓTESIS

-GENERAL:

Existe una escasa cobertura con baja calidad de la prestación de los servicios públicos, privados y mixtos existentes para personas con discapacidad en: Salud, en la provincia de Pichincha.

-ESPECÍFICO

Existe un incipiente nivel de relación entre la prestación de los servicios y programas públicos y privadas para personas con discapacidad en: Salud, en la provincia de Pichincha con los objetivos y metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013.

1.5 METODOLOGIA

La metodología que se seguirá, comienza con el concepto de que es la discapacidad y cuál es la situación actual y cuál es la cobertura que abarca los servicios y programas de salud para las PCD en el Ecuador y específicamente en la provincia de Pichincha junto a sus cantones correspondientes, mediante aplicación de encuestas y también la recopilación de estadísticas de Censos y demás Instituciones del sector privado como público del sector salud que se dedican a brindar la ayuda necesaria en la atención las personas discapacitadas. Seguidamente se procederá a analizar la situación de los países vecinos de mayor trascendencia en este tema de América, con lo cual se logrará a preciar de manera más clara y precisa que es lo que se quiere lograr y hacia donde se debe ir para poder lograrlo.

Eje de investigación	MÉTODO	TÉCNICAS	INSTRUMENTOS	MUESTRA
PROGRAMAS Y SERVICIOS DE ATENCION A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN SALUD.	Cualitativo Cuantitativo	<ul style="list-style-type: none">• Encuesta• Entrevista• Análisis de documentos	Cuestionario Formularios Fichas de campo	Muestreo

El enfoque será cualitativo.

La naturaleza de este estudio será descriptivo, exploratorio y analítico, debido a la necesidad de conocer la cobertura de los programas y acceso a los servicios de salud de las personas con discapacidad; para eso usaré fuentes de investigación primarias y secundarias. Los métodos investigativos son:

- ❖ **Observación:** Obtener información general relacionada con el acceso a los programas y servicios en salud para PCD en la provincia de Pichincha.
- ❖ **Encuestas:** Estudio sobre la satisfacción y cobertura a los involucrados con los programas de acceso de servicio en salud aPCD en las instituciones tanto públicas como privadas.
- ❖ **Entrevistas:** Dialogar y analizar la situación dentro de la Provincia de Pichincha, con directores, encargados y funcionarios relacionados con los programas y servicios en salud para PCD, recogiendo información, de acuerdo a los objetivos de estudio, en el MSP, MIES, autoridades políticas y todos los involucrados.
- ❖ **Muestreo:** que será de gran ayuda para las instituciones en salud brindando mejores servicios a las personas con discapacidad en sus diferentes posiciones y responsabilidades y se busca seleccionar a individuos que se juzga de antemano tienen un conocimiento profundo del tema bajo estudio, por lo tanto, se considera que la información aportada por esas personas es vital para la toma de decisiones.
- ❖ Finalmente se explicarán las **conclusiones** a las que se llegue y se expondrán las propuestas a las que se han llegado luego de todo el proceso de análisis a lo largo de este trabajo.

1.6 CRONOGRAMA

Actividades	Plazo de cumplimiento
FASE I: ELABORACIÓN DEL PROYECTO*	
1.1 Capacitación presencial en los centros de la UTPL	17 de diciembre del 2011
FASE II: EJECUCIÓN	
2.1 Designación de directores de tesis	Hasta el 23 de diciembre/2011
2.2 Desarrollo de tesis	Desde el 24 de diciembre/2011

2.3 Revisión de avances de tesis	Hasta el 20 de julio del 2012
2.3.1 Primer informe del Director	24 de Marzo del 2012
2.3.2 Segundo informe del Director	Mayo del 2012
2.3.3 Tercer informe del Director	Julio del 2012
2.4 Revisión y aprobación final por parte de directores	Hasta el 31 agosto/2012
2.5 Entrega de tres ejemplares anillados	Hasta el 10 de septiembre/2012
2.6 Designación y envío de anillados para tribunales	Hasta el 15 de septiembre/2012
2.7 Revisión y devolución de informe del tribunal a estudiantes para realizar correcciones (por email)	Hasta el 15 de octubre/2012
2.8 Constatación de cambios sugeridos por el tribunal y aprobación definitiva de la tesis	Hasta el 1 de noviembre/2012
2.9 Presentación de informe definitivo de tesis	Hasta el 10 de noviembre/2012
2.10 Entrega de dos ejemplares anillados, uno empastado y CD	Hasta el 20 de noviembre/2012
Fase III: DISERTACIÓN E INCORPORACIÓN	
3.1 Disertación	Del 3 y 4 de diciembre/2012
3.2 Incorporación	5 de diciembre/2012

1.7 RESULTADOS ESPERADOS

- Alcanzar una visión apropiada y actualizada de la situación de la cobertura y los servicios en salud para PCD en el Ecuador.
- Comprender la efectividad entre los programas y servicios en salud a las personas con discapacidad y los objetivos y metas del Plan Nacional del Buen Vivir 2009 - 2013.
- Proponer soluciones en forma de programas viables que generen accesibilidad y cobertura en el acceso de servicios en salud para personas con discapacidad.

- Recolectar y analizar visiones emergentes, producto del estudio y la investigación del tema.
- Ofrecer herramientas teóricas y prácticas, que pueden traducirse en políticas públicas, que contribuyan al progreso en el campo de las discapacidades en la provincia de Pichincha, Ecuador.

1.8EXTRUCTURA DE LA TESIS

En el Capítulo 1, llamado Marco Teórico, se presentan todos los conceptos básicos su evolución histórica y su respectiva clasificación de las discapacidades así como las referencias de distintos autores acerca del tema que ayudarán a sentar las bases para el desarrollo de la tesis.

En el Capítulo 2 está detallada la Discapacidad en Cifras mediante estudios estadísticos realizados tanto a nivel nacional y provincial en las personas con discapacidad. Además se encuentra los Programas y Servicios de atención a las personas con discapacidad.

En cambio en el Capítulo 3 está la Metodología de forma detallada de como se hizo la encuesta aplicada junto a sus procesos y técnicas aplicadas ya que se presenta el núcleo de la investigación que forma parte el análisis de Resultados de dicha indagación; junto con La comprobación de las Hipótesis que se ha generado mediante los objetivos planteados en la investigación.

Finalmente, en el Capítulo 4, Conclusiones y Recomendaciones, se exponen las conclusiones de la presente tesis; así como también, las recomendaciones que se fueron recopilando a lo largo de la investigación.